



**T.C.**  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK EKONOMİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI TÜRKİYE'DE**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI VE ARZI ETKİLEYEN**  
**FAKTÖRLERİN ANALİZİ**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GİZEM ÖZGEN**

**Tez Danışmanı**  
**PROF. DR. ÖZGE UYSAL ŞAHİN**

**ÇANAKKALE – 2023**





T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK EKONOMİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI TÜRKİYE'DE  
SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI VE ARZI EKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GİZEM ÖZGEN

Tez Danışmanı  
PROF. DR. ÖZGE UYSAL ŞAHİN

ÇANAKKALE – 2023



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Gizem ÖZGEN tarafından Prof. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN yönetiminde hazırlanan ve **25/08/2023** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Arzı ve Arzı Etkileyen Faktörlerin Analizi**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

**Jüri Üyeleri**

**İmza**

Prof. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN  
(Danışman)

.....

Doç. Dr. Filiz Tufan EMİNİ KURTULUŞ

.....

Doç. Dr. Sevdâ AKAR

.....

Tez No : .....

Tez Savunma Tarihi : 25/08/2023

.....  
İSİM SOYİSMİ

Enstitü Müdürü

.././2023

## ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Gizem ÖZGEN  
25/08/2023

## TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen ve saygı değer danışman hocam Prof. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN'e, çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve yıllardır yanımda oldukları için Seyfettin SÜLÜN, Rumeysa YILDIRIM ve BüŐra DİNÇER arkadaşlarıma teŐekkürü borç bilirim.

Hayatımın her evresinde bana destek olan değerli babam Erol ÖZGEN ve annem Ayhan ÖZGEN sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Gizem ÖZGEN

anakkale, Ağustos 2023

## ÖZET

# SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI VE ARZI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Gizem ÖZGEN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN

25/08/2023, 135

Tüm toplumlarda sağlık, bireyler için temel bir haktır ve sağlıklı bireyler sağlıklı toplumları oluşturmaktadır. Sağlıklı toplumların oluşabilmesi, sağlık hizmetlerinin bireylere adil ve etkili bir şekilde arzıyla sağlanmaktadır. Bir ülkenin sağlık düzeyinin yükselmesi o ülkenin gelişmişliği ile bağlantılıdır. Bu yüzden ülkeler sağlık politikalarında ve sağlık hizmetleri arzında yapacakları reformlar ile sağlık sistemlerini geliştirerek, vatandaşlarının sağlığını korumayı hedefler.

Türkiye'de 2003 yılında uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sistemi reforme edilmiş, yeni politikalar geliştirilmiş ve sağlık hizmeti arzında iyileşme sağlanarak yenilikler getirilmiştir. Programın amacı tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden en etkin şekilde yararlanabilmesidir. Bu sayede toplumdaki bireyleri sağlık sorunlarından koruyarak ve tedavi ederek hem sistemin hem de ülkenin gelişmişliğine katkıda bulunması amaçlanmaktadır

SDP ile yenilenen sağlık hizmetlerinin arzındaki değişimler geçmiş dönemdeki arz göstergeleriyle karşılaştırıldığında sağlık alanında hastane, hekim, sağlık personeli sayılarında özellikle oransal ve kişi başı bazında artışlar gözlemlenmiştir. Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, Toplum Sağlığı Merkezi gibi yeni tür uygulamalar getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında sistem yeniden yapılandırılmıştır. Özellikle

Sağlık Bilgi Sistemleri ve teknolojik yatırımlarla hem bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmış hem de hizmet kalitesi iyileştirilmiştir. Çalışmada gerçekleştirilen SWOT Analiziyle de SDP sonrası Türkiye’de sağlık hizmetleri arzının gcl ve zayıf yönler ile ortaya çıkan fırsatlar ve tehditler daha net ortaya konmuştur. Bu sonuçlar, atılabilecek başka adımlar olduğunu da göstermiş ve geleceğe yönelik zm nerileri sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Arz, Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye





**ABSTRACT**  
**ANALYSIS OF THE SUPPLY OF HEALTH SERVICES AND THE FACTORS**  
**AFFECTING THE SUPPLY AFTER HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM**  
**IN TURKEY**

Gizem ÖZGEN

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Health Management

Advisor: Prof. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN

25/08/2023, 135

In all societies, health is a fundamental right for individuals and healthy individuals create healthy societies. The formation of healthy societies is ensured by the fair and effective supply of health services to individuals. The increase in the health level of a country is related to the development of that country. Therefore, countries aim to protect the health of their citizens by improving their health systems with the reforms they will make in their health policies and health services supply

With the Health Transformation Program (SDP), which was put into practice in Türkiye in 2003, the health system was reformed, new policies were developed and innovations were introduced by improving the supply of health services. The aim of the program is to enable all citizens to benefit from health services in the most effective way. In this way, it contributes to the development of both the system and the country by protecting and treating the individuals in the society from health problems

When the changes in the supply of health services renewed with the HTP are compared with the supply indicators in the previous period, it has been observed that the number of hospitals, physicians and health personnel in the field of health, especially on a proportional

and per capita basis, increases. New types of practices such as General Health Insurance, Family Medicine, and Community Health Centers have been introduced. The system was restructured in terms of financing health services. Especially with Health Information Systems and technological investments, individuals' access to health services has been facilitated and service quality has been improved. With the SWOT Analysis carried out in the study, the strengths and weaknesses of the health services supply in Türkiye after the HTP, as well as the opportunities and threats emerged. These results also showed that there are other steps that can be taken and what could happen is mentioned.

**Keywords:** Supply, Health Service, Health Transformation Program, Turkey



## İÇİNDEKİLER

JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xiv

### BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	1
GİRİŞ	

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	3
1.1.1. Sağlık Kavramı.....	4
1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı.....	6
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri.....	7
1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	11
Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	11
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	15
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	16
1.2.1. Finansman Yöntemleri.....	17
Doğrudan Finansman.....	17
Dolaylı Finansman.....	18
1.2.2. Finansman Modelleri.....	18
Beveridge Modeli.....	19
Bismarck Modeli.....	20
Özel Sağlık Sigortası Modeli.....	21
Cepten Ödeme Modeli.....	22
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TALEBİ.....	23
1.3.1. Talep ve Talebin Özellikleri.....	23

1.3.2.	Talebi Etkileyen Unsurlar.....	25
1.3.3.	Sağlık Hizmetlerinde Talep.....	26
1.3.4.	Sağlık Hizmetleri Talebinin Özellikleri.....	27
1.3.5.	Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler .....	29
	Sağlık Hizmetinin Fiyatı .....	29
	Sağlık Sigortası .....	30
	İlişkili Diğer Malların Fiyatı .....	30
	Gelir Seviyesi .....	31
	Zaman Maliyeti .....	31
	Geleceğe Yönelik Fiyat Beklentileri .....	31
	Ekonomik Olmayan Diğer Unsurların Etkisi .....	32
1.4	SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI .....	33
1.4.1.	Arz ve Arzın Özellikleri .....	34
1.4.2.	Arzı Etkileyen Unsurlar .....	35
1.4.3.	Sağlık Hizmetlerinde Arz .....	37
1.4.4.	Sağlık Hizmeti Arzının Özellikleri .....	39
1.4.5.	Sağlık Hizmetlerinde Arz Esnekliği .....	41
1.4.6.	Sağlık Hizmetlerindeki Arz Değişimini Etkileyen Unsurlar .....	42
	Hizmetin Fiyatı .....	43
	Yatırım ve Finansman Olanakları .....	44
	Sağlık İş Gücü .....	44
	Sağlık Kuruluşlarının Sayısı .....	45
	Teknolojinin Değişimi .....	45
	Maliyetlerde (Girdi Fiyatları) Değişme .....	46
	İlişkili Diğer Malların Fiyatı .....	47
	Vergi ve Sübvansiyonların Etkisi .....	47
	Geleceğe Dönük Fiyat Beklentisi .....	48
	Devlet Müdahalesi .....	48

## İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’NİN GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	50
---	----

2.1. SAĞLIK POLİTİKALARI .....	50
2.1.1. 1920-1938 Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları .....	51

2.1.2.	1938-1960 Behçet Uz Dönemi Sağlık Politikaları .....	52
2.1.3.	1960 Sonrası Sosyalleştirme Dönemi Sağlık Politikaları .....	53
2.1.4.	1980 Sonrası Yeni Reformlar Sağlık Politikaları .....	55
2.1.5.	2000 Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları .....	58
2.2.	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI .....	59
2.2.1.	Gerekçeleri .....	60
2.2.2.	İlke ve Amaçlar .....	60
2.2.3.	Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri .....	62
	Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması .....	63
	Genel Sağlık Sigortası .....	63
	Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi .....	64
	Aile Hekimliği .....	65
	Sevk Zinciri .....	66
	Sağlık İşletmelerinde Özerklik .....	66
	Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Çalışan Sağlık İnsan Gücü .....	67
	Sağlık Sistemini Eğitim ve Bilim Kurumlarıyla Desteklenmesi .....	68
	Etkili Sağlık için Kalite ve Akreditasyon .....	68
	Akılcı İlaç ve Malzeme Yönteminin Yeniden Düzenlenmesi .....	69
	Ulusal İlaç Kurumu .....	69
	Tıbbi Cihaz Kurulumu .....	70
	Sağlık Bilgi Sistemi .....	71
2.2.4.	Uygulama Süreci .....	71
2.2.5.	Sağlıkta Dönüşüm Programı Kademeleri .....	72
	I. Faz 2003 ve 2009 Yılları Arası Sağlıkta Dönüşüm Projesi .....	72
	II. Faz 2009 ile 2014 Arası Sosyal Güvenlik Reformu Projesi .....	73
2.3.	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI DEĞERLENDİRME .....	74
2.3.1.	Sağlık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Yapılanması .....	74
2.3.2.	Sağlık Harcamalarının Finansmanı .....	76
2.3.3.	Kamu Hastane Birliği .....	77
2.3.4.	Dönüşümün Arza Etkisi .....	77
	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
	TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ ANALİZİ	79
3.1.	TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI .....	80

3.1.1. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamak .....	80
Aile Sağlığı Merkezi (Aile Hekimliği) .....	81
Toplum Sağlığı Merkezi.....	82
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	82
Verem Savaşı Dispanserleri	83
3.1.2 Türkiye Sağlık Hizmetlerinde İkinci ve Üçüncü Basamak	83
3.2 TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETİ ARZINA YÖNELİK GÖSTERGELERİ .....	85
3.2.1 Sağlık Personeli Göstergesi .....	87
3.2.2. Sağlık Hizmetleri Sunan Birim Göstergeleri .....	94
3.2.3. Hastane Yatak Sayısı Göstergesi .....	98
3.2.4. Sağlık Harcamaları Göstergesi .....	100
3.2.5. Sağlık Arzında Teknoloji ve İnovasyon .....	103
3.3. SWOT ANALİZİ KAVRAMI .....	108
3.3.1 SWOT Tekniğinde İç Çevre Analizi .....	109
3.3.2. SWOT Tekniğinde Dış Çevre Analizi .....	110
3.4. TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ SWOT ANALİZİ.....	110
3.5. SWOT ANALİZİ DEĞERLENDİRMESİ .....	114
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
SONUÇ	
KAYNAKÇA .....	122
ÖZGEÇMİŞ .....	i

## SİMGELER VE KISALTMALAR

SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
SB	Sağlık Bakanlığı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
DB	Dünya Bankası
WHO	World Health Organization
SWOT	Strengths / Weaknesses / Opportunities /Threats
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1</b>	Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları	88
<b>Tablo 2</b>	Yıllara ve Sektörlere Göre Personel Dağılımı (%)	92
<b>Tablo 3</b>	100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması (2002-2020)	93
<b>Tablo 4</b>	Yıllara Göre Acil Yardım Bileşenleri Göstergeleri	97
<b>Tablo 5</b>	Türkiye’de ve Sektörlere Göre Hastanelerdeki Cihaz Sayıları, 2021	106
<b>Tablo 6</b>	Yıllara Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları (2002-2021)	108
<b>Tablo 7</b>	Sağlık Hizmetleri Arzı SWOT Analizi	111



## GRAFİKLER DİZİNİ

<b>Grafik No</b>	<b>Grafik Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Grafik 1</b>	Sağlık Personelinin Sayısal ve Oransal Değişimi (1980-2021)	87
<b>Grafik 2</b>	Yıllara Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler	90
<b>Grafik 3</b>	100.000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi, Ebe ve Hemşire ile Eczacı Sayıları (2002-2021)	90
<b>Grafik 4</b>	Sektörlere Göre Hastane Sayıları ve Değişim Oranları (1980-2021)	95
<b>Grafik 5</b>	Yıllara Göre Diş Ünitesi Başına Düşen Nüfus	96
<b>Grafik 6</b>	Sektörlere Göre Hastane Yatak Sayıları ve Değişim Oranları (1980-2021)	99
<b>Grafik 7</b>	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (1980-2020)	101
<b>Grafik 8</b>	Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)	102
<b>Grafik 9</b>	1.000.000 Kişiyeye Düşen Cihaz Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2020	107

**BİRİNCİ BÖLÜM**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ KAVRAMSAL**  
**ÇERÇEVESİ**  
**GİRİŞ**

İnsan yaşamının, en önemli döngüsü olarak kabul edilen sağlık; bireyin en temel haklarından biri olarak görülmektedir. Ülkelerin sağlık hizmetlerinde meydana gelen olumlu veya olumsuz değişimler, hükümetler tarafından analiz edilmektedir. Her ülke kendi coğrafyasına, demografik yapısına, ekonomik, siyasi ve toplumsal özelliklerini göz önünde bulundurarak sağlık sistemlerini oluşturur. Türkiye’de ise mevcut olan ekonomik sorunlar nedeniyle her birey sağlık hizmetine eşit erişime sahip değildir. Toplumun temel yapı taşı olarak görülen bireylerin yaşamlarını devam ettirmeleri için ihtiyaç duyup talep ettikleri sağlık hizmetlerinin yeterli nitelik ve nicelikte arz edilmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinde arzı belirleyen faktörler arasında; fiyat, sağlık gücü, tıbbi teknoloji, sağlık kuruluşlarının sayısı, girdi maliyetleri, vergi ve sübvansiyonlar gibi unsurlar yer almaktadır. Nitekim bireylerin, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerine doktorlar başta olmak üzere tüm sağlık personellerinin etkisi fazladır. Buradaki arz ve talep dengesini sağlayabilmek sağlık hizmetlerinin başarısı için önemlidir.

Küreselleşmeyle beraber dünyada birçok ülkede sağlık sektörünün iyileştirilmesiyle ilgili çalışmalar yaygınlaşmıştır. Türkiye de dünyadaki bu ilerlemelerden etkilenip sağlık sisteminin iyileştirilmesi için adımlar atmaya çalışmaktadır. Bu çalışmalardan biri de 2003 yılında yürürlüğe giren “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” dir. Türkiye’de SDP’nin ele aldığı temel sorunlar; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve liyakatli bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunumu konusunda düzenlemeler yapılmasıdır.

Türkiye’de 2002 yılı sonu itibariyle sağlık sisteminde köklü bir değişikliğin yapıldığı görülmektedir. SDP, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin hem arzını hem de talebini derinden etkileyen ciddi yenilikler getirmiştir. Sağlık sisteminde sigorta uygulaması başta olmak üzere sağlık politikaları ve hastane sistemlerinde değişiklikler meydana gelmiştir. Türkiye’de sağlık hizmet sunum modelinde gerçekleşen bu değişimin nasıl bir etki yarattığını anlamak, olumlu ve olumsuz tarafları ile güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmek

nelerin yapılabileceği ve nelerin yapılamayacağını analiz etmek sağlık hizmetleri arzının başarılı bir şekilde işlenmesi için elzemdir.

*“Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Arzının ve Arzını Etkileyen Faktörlerin Analizi”* başlıklı çalışmada; Türkiye’nin 2003 yılları öncesi ile 2003 sonrası sağlık hizmet arzını ve sağlık sistemini karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu bağlamda sağlık sisteminin güncel durumu değerlendirilmekte ve mevcut sağlık sisteminden ne düzeyde fayda sağlanıp sağlamadığı konusu mevcut bilgiler ışığında tartışılmaktadır. Değişen sağlık sistemiyle beraber sağlık hizmetlerindeki arzın nasıl etkilendiği, veri sonuçlarına göre değerlendirilmektedir. Çalışma sonunda, Türkiye’de sağlık hizmetleri arzına yönelik SWOT Analiziyle, sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönleri tespit edilmeye, önündeki fırsat ve tehditler ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri arzını iyileştirmek için daha fazla neler yapılması gerektiği ele alınmaktadır.

SDP’nin başlatmış olduğu reform çalışmalarıyla beraber Türkiye’de sağlık alanında bugüne kadar yapılan tüm çalışmaların verileri göz önünde bulundurarak sağlık sektöründeki arzı incelenmektedir. Ayrıca bu çalışmada, 2003 yılından itibaren meydana gelen değişimlerin; neyi, nasıl, ne yönde etkilediği, hangi aşamalardan geçildiğinin araştırılmaktadır. 2002 yılı öncesi sağlık sistemi ile 2003 yılından itibaren varlığını sürdüren SDP arasındaki farklılıkları belirlenerek Türkiye’de sağlık arz piyasasındaki durum analiz edilmeye çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın fonksiyonel açıdan yapılandırılması, toplumdaki bireylerin sigorta kapsamını genişletmek adına genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi, sağlık kuruluşlarının bir çatı altında birleşmesi, hastanelerin özerkleşmesi, sağlık hizmetlerinin basamaklandırılarak aile hekimliği uygulamasının yürürlüğe konması gibi uygulamaların Türkiye’de sağlık hizmetleri arzında bir etki yaratıp yaratmadığı, varsa bu etkinin yönü ve büyüklüğü çalışma içerisinde değerlendirilmiş ve yapılan analizle de durum tespiti somutlaştırılmıştır. Ayrıca, öneri ve tavsiyelerle Türkiye’de sağlık hizmetleri arzını daha iyi bir duruma getirmek için yapılması gerekenler tartışılmaktadır.

Bu tez çalışmasının birinci bölümün sağlık hizmetlerinin tanımı, sınıflandırılması, finansman modelleri ve yöntemlerine yer verilmiştir. Daha sonra ayrıntılı olarak sağlık

hizmetlerinin talebi ve talebini etkileyen faktörler ile sağlık hizmetleri arzı ve arzı etkileyen faktörler ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde Cumhuriyet'in kuruluşundan bugüne kadar sağlık politikaları ile sağlıkta yapılan reformlara yer verilmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetleri adına çok önemli bir değişim ve son reform hareketi olan, 2003 yılında yürürlüğe giren SDP'nin içeriği, amaçları, ilkeleri ve Türkiye Sağlık Sistemi için getirdiği inovasyonlar hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde, öncelikle Türkiye'de sağlık hizmetleri arzının yapısı ve arz sistemini oluşturan basamaklar açıklanmıştır. Daha sonra, sağlık hizmetleri arzından etkilenen sağlığa ilişkin temel göstere mevcut durumuna değinilmiştir. Son olarak ise SWOT analizi ile SDP sonrası Türkiye'de sağlık hizmetleri arzının yapısı analiz edilmiştir. Bu sonuçlar ışığında değerlendirme ve öneriler ile çalışma sonlandırılmıştır.

## **1.1 Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Çerçevesi**

Sağlığımız yaşam kalitemizi belirleyen en önemli unsurlardan biridir. Sağlığımızın durumunu ise başta sunulan sağlık hizmetleri olmak üzere birçok faktör etkilemektedir. Nüfus artışı ve yapısı, ortaya çıkan yeni hastalık türleri, bozulan iklim ve çevre koşulları sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Ayrıca, ilerleyen bilgi ve iletişim teknolojileri ve artan beklentilerle beraber sağlık hizmetleri sürekli bir değişim ve gelişim göstermektedir. Bu bakımdan bu başlıkta sağlık kavramı, sağlık hizmeti kavramı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, türleri ve modelleri ele alınarak, açıklanacaktır.

### **1.1.1 Sağlık Kavramı**

İnsanlığın yaşamını sürdürülebilmesindeki en önemli faktörlerden birisi tartışmasız sağlıktır. Sağlık, devletler ve toplumdaki tüm bireylerin vazgeçilmez bir hakkı olarak görülmektedir. Ulusal sağlık anlamında halkların sağlığını korumak ve güvenliğini sağlamak amacıyla ilk adım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kurulması olmuştur DSÖ'ye göre sağlık kavramı, bireyin yalnızca bedensel olarak hastalık veya engelliğin varlığı değil, mental,

fiziksel ayrıca sosyal yapı yönlerinde bütün bir iyilik halidir (Callahan, 1973: 77). Halk arasında ise sağlık kişinin hastalık durumunun olmaması ya da bazen çok rahatsız etmeyen durumlar olarak görülür.

Sağlığın sübjektif ve objektif olmak üzere iki temel boyutu vardır. Sübjektif boyutu; kişinin kendi bedenindeki durumunu yani mental sağlık, beden sağlığı ve sosyal bakımdan kendini algılayıp fark etmesi durumuyken, objektif boyutu ise hekimin kontrolü altında yapılan muayene sonucunda yapılan teşhis ile bireyin sağlığının belirlenmesidir (Bolsoy ve Sevil, 2006: 79). Sübjektif açıdan bakıldığında toplumdaki insanların sağlık anlayışı kişinin yaşam biçimi, dini inançları, tecrübe ve tutumlarından etkilenmektedir (Sert, 2019: 6). Objektif açıdan ise ülkedeki sağlık hizmetlerinin durumu sağlıklı insan gücü, sağlık arz koşulları ve sağlık piyasasındaki fiyat koşulları sağlığı etkilemektedir.

Geçmişten günümüze tarihin farklı zamanlarında farklı toplumlar tarafından hastalık ve sağlık kavramları farklı yönlerde ele alınmıştır. Bu durum ülkelerin ve toplumların kültür aynı zamanda kalkınmışlık seviyesine göre değişkenlik göstermektedir. Toplumlar bazen hastalıkları bulunduğu halde, bu durumlarını hastalık olarak kabul etmeyip görmezden gelebilmektedirler. Özellikler geçmiş tarihlerde gerçekleşen cüzzam, trahom ve şark çıbanı gibi hastalıklar görmezden gelinmiştir ve üstelik hastalığa sahip olmayan kişilerin anormal oldukları bile düşünülmüştür (Akdur, 2006: 11). Bunun yanında, geçmiş dönemlerde bazı toplumlarda kilolu insanlar zenginliğin bir işareti olarak görülmesine rağmen günümüzde aşırı kilo obezite olarak kabul edilmekte ve bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Okursoy, 2010: 7).

Sağlık durumu fiziksel çevreden, ekonomik ve sosyal koşullardan da etkilenmektedir (Yıldırım, 1994: 10). Biyolojik çevremizi oluşturan mikroorganizmalar, parazitler, besinler yanında iklim ve çevre koşulları, kazalar ve teknolojik aletler gibi fiziksel çevre koşulları iyilik halimizi büyük ölçüde belirlemektedir. Gelişen sanayi kentlerinin atmosfere yaydığı zararlı gazlar sadece insan sağlığına değil bütün ekolojik sisteme büyük hasarlar vermektedir. Sanayileşmenin beraberinde getirdiği 'hızlı yaşam' mantığı sonucu sanayilerinin ortaya çıkardığı çevresel kirlilikler ve beraberinde evlerimize kadar ulaşan kirli

sular, tarım sektöründe gelişen ilaçlama ve yapay gübreler sonucu üretilen ürünlerin yapı bütünlüğünün eski usul üretim örneklerinden çok farklı olması ve bu ürünleri kullanan ekolojik sistemdeki her canlının bedensel bütünlüğünün bozulmasına sebebiyet vermektedir (Özcan, 2015: 6). Tüm bu faktörler, geçmişten günümüze varlığını sürdüren insanlığın genlerinde ve hormonlarında değişiklik göstermesine sebep olmakla birlikte nesilden nesile aktarılan kalıcı etkileri de beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, kalıtsal birtakım hastalıklar yaygınlaşmaktadır. Ayrıca, yakın ilişkiler kurduğumuz insanların davranışları ve koşulları, yani sosyal çevremiz de sağlığımızı ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Örneğin, yakın bir arkadaşımızın sigara bağımlılığı olması bizim de bağımlı veya pasif içici olmamıza neden olabilmekte ve sağlığımızı bozmaktadır.

Dünyada tüm toplumlar sağlıkta sürekliliğinin sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması bireylerin bu yönde bilinçlendirilmesi adına gerekli koşulları yerine getirmeyi hedeflemektedirler (Erdoğan, 2014: 10). Devletlerin gelişmişlik seviyesini belli bir döneme kadar sosyo-ekonomik durumlar gösterirken, şu anda eğitim durumu ve sağlık göstergeleri ön plana gelmektedir. Günümüzde sağlık alanındaki sorunları çözen ülkelerin gelişmişlik düzeyi yüksek olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2004). Bu bağlamda, sağlığı iyileştirmek ve gelişmiş ülke olmanın önemli kriterlerinden birini yerine getirmek için sağlık hizmetlerini iyileştirmek gerekmektedir. Sağlık, sağlık hizmetlerinin bir sonucudur. Bu noktada sağlık hizmetlerini oluşturan arz ve talebi belirleyen unsurlar büyük önem taşımaktadır.

### **1.1.2 Sağlık Hizmeti Kavramı**

Sağlık ülkelerin kalkınmasında aktif bir rol oynamaktadır. Ancak sağlık hizmeti sadece hastalara yönelik yapılan tedaviler anlamına gelmemelidir. Hasta olmayan ya da hastalık sonrası bedensel fonksiyonlarını yitirmiş kişiler de özellikle rehabilite edici hizmetlere ihtiyaç duymaktadırlar. Genel olarak sağlık hizmetleri, hem hasta olan hem hasta olmayan her bir birey için tedavi, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler şeklinde bir bütün olarak görülmelidir (Alptekin, 2004: 134).

Sağlık hizmetleri, kişilerin bedensel ve ruhsal durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi için yapılan faaliyetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2015: 72). Bu amaçla yapılan çalışmalar, müdahale ve tedavi gibi verilen hizmetlerin bütünü sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Bu hizmetin sistemsel olarak denetimi, kuralları ve yürütülen çalışmalar daha çok ülkelerin Sağlık Bakanlıklar tarafından gerçekleştirilmektedir. Ülkede yaşayan tüm insanların fiziksel veya mental açıdan iyi olma durumunun devamlılığının sağlanması, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, şartların düzenlenip, geliştirilmesi, hastalıklarla mücadele ve toplum sağlığını bozan ve zarar veren durumlarla mücadele eden sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet vermelerini planlamak Sağlık Bakanlığı'nın görevidir (Başol ve Işık, 2015: 3).

Sağlık hizmetleri denildiğinde daha çok, bireyin sağlık durumundaki zihinsel, fiziksel, yaralanma veya hastalıkların tanısı, tedavi yöntemleriyle kişinin sağlık durumun iyileştirilmesi anlaşılmaktadır. Hizmet sunucuları olan hastaneler küreselleşmeyle birlikte gelişen teknolojiye ve sağlık algısına ayak uydurarak hastaneleri pazarlama faydalarından yararlanarak bir işletme olarak benimseyip daha kaliteli bir hizmet sunmaya çalışmaktadırlar (Lee vd., 2008: 807). Bununla beraber, sağlık hizmetlerinin sadece hastanelerde sunulan hastalıkların tanı ve tedavisi değil, diğer sağlık kuruluşlarınca da verilen sağlığın korunmasına ve gerektiğinde rehabilite edilmesine yardım eden hizmetleri de içerdiği unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olabilmesi için herhangi bir sosyal statü farklılığı olmadan herkese adaletli davranılması ayrıca sunulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğin de kolay ve çağdaş düzeyde olması gerekmektedir (Özcan, 2015: 2). O yüzden, ülkenin içinde bulunduğu siyasal, sosyal ve ekonomik koşullar birçok alanı etkilediği gibi sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Politika yapıcılarının bu konudaki istek ve yeteneği ile hizmeti uygulayan sağlık insan gücünün niteliksel ve niceliksel durumu sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve sürdürülebilirliği belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı niteliklerin tüm bu içsel ve dışsal yönleriyle iyi analiz edilmesi önemlidir.

### 1.1.3 Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri

Sağlık hizmeti sektörü, diğer hizmet türlerinin taşınması gereken tüm özellikleri kapsamına rağmen, kendine has özellikleri de vardır. Öncelikle, bu hizmet türü yerine farklı bir hizmet yerine konamaz yani ikamesi yoktur (Isik vd., 2011: 1922). Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmeti başka bir hizmetle değiştirilmez. Ayrıca, sağlık hizmetleri piyasasında tüketicilerin sağlık hizmeti sunucuları karşısında bağımlı durumdadırlar. Hizmet için pazarlık yapma, bu hizmeti almama, ileri bir zamana erteleme veya başka bir hizmetle değişme gibi bağımsızlıkları yoktur. Yaşam riski bu bağımlılıkların artmasına neden olmaktadır.

Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Çelik, 2016: 55–57; Phelps, 2017; Tengilimoğlu vd., 2015: 74–78):

- ***Hizmetin Belirsizlik Durumu ve Derecesi (Tüketimin Rastlantısallığı):*** Sağlık hizmetlerindeki belirsizlik sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi için geçerlidir. Talebin belirsiz olması demek, kişinin ne zaman hasta olacağını, nasıl bir hastalığa yakalanacağını bilmemesi ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağını kestirememesi anlamına gelmektedir. Sağlık arzı bakımından da bu belirsizlik geçerlidir. Sağlık hizmeti sunucuları talep durumlarını, kendilerine ne tür hastaların geleceğini ve gerekli kaynak planlamasını önceden net bir şekilde belirleme şansına sahip değildirler. Afet durumları, trafik kazaları, deprem gibi olağan dışı durumlar da sağlık hizmetleri arzında belirsizliği arttırmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin bireylerin ve toplumların sağlık statüsü üzerine etkisini doğrudan ve sayısal değerlerle ölçmek oldukça güçtür. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinin sağlık üzerine etkisi bakımında da belirsizlik söz konusudur.
- ***Sağlık Sigortasının Etkisi (Ahlaki Riziko Riski):*** Sağlık hizmetlerinin belirsiz yapısı sağlık sigorta şirketlerinin var olmasının temel nedenidir. Kişiler ne zaman hastalanacaklarını ve bu durumda nasıl ve ne kadar bir hizmet alacaklarını bilemedikleri için karşı karşıya kalacakları finansal risk konusunda da belirsizlik söz konusudur. O yüzden bu riski sağlık sigorta şirketlerinden hasta olmadan önce prim ödemeleri şeklinde satın alırlar. Sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığında ise sağlık hizmetinin fiyatı ne olursa olsun, bu fiyat sağlık sigortası şirketi tarafından



ödeneyeğinden kişi bu hizmeti almaktan vazgeçmediğı gibi hatta ihtiyacı olandan fazla sağılık hizmeti talep eder. Bu duruma ahlaki tehlike denmektedir. Maliyetleri arttırıcı bu etkiden kurtulmak için sigorta şirketleri ödemede üst sınır koyma gibi uygulamalara başvurmaktadırlar.

- **Asimetrik Bilgi Durumu (Sağılık Hizmetinin Boyutu ve Kapsamının doktorların Belirlemesi):** Sağılık hizmetlerinin temel bir özelliğı de sağılık hizmeti sunucularının, genellikle bir hastalık veya onun tedavisi hakkında hastanın sahip olmadığı bilgilere sahip olmasıdır. Bu duruma, asimetrik bilgi denmektedir. Örneğın, hastalar hangi tetkikleri yaptırması gerektiğı ve hangi tedavi yöntemlerinin uygulanması gerektiğini çoğı zaman bilmez. Asimetrik bilgiye sahip olan doktor da hasta adına gerekli kararları veya sağılık hizmetleri talebini şekillendirerek, sağılık hizmetleri kullanımını belirlemektedir. Bu durum arzın talebi şekillendirmesine yol açmaktadır. Olması gereken doktorların tarafsız şekilde hastalarına bilgi sunmasıdır. Ancak doktorlar bilgi asimetrisini kullanarak bazı suistimallere yol açabilmektedir. Gereksiz sağılık hizmeti talebi yaratmakta, hastayı kandırmakta ve bunu yaparak daha fazla kazanabilmektedirler. O yüzden, arzın gereksiz talep üretmesini önlemek için hekimlik meslek birlikleri, etik uygulamaları, meslek yeminleri gibi birçok kurumsal mekanizmaları getirilmiştir.
- **Sağılık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması:** Evine yağı almak isteyen bir kişi, zeytin yağı ve ay çiçek yağı fiyatlarını karşılaştırarak, fiyatı görece daha düşük olanı tercih edebilir. Daha ucuz gördüğü ay çiçek yağını zeytin yağına tercih edebilir. Fakat sağılık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Sağılık hizmeti yerine başka bir hizmet konamaz.
- **Sağılık Hizmetlerinin Ertelenememesi:** Sağılık hizmetlerinin kullanımının ertelenmesi oldukça güçtür. Hizmetin kullanımının ertelenmesi kişide kalıcı hastalıkların veya sakatlıkların ortaya çıkmasına, hatta yaşamının son bulmasına neden olabilir. Özellikle akut hastalıklar ile kanser gibi hastalıklar için sağılık hizmetini ertelemek çok büyük kayıplara yol açabilir. O yüzden kişinin ihtiyaç duyduğu hizmete herhangi bir engelle karşılaşmaksızın alması gerekir. Sağılık hizmeti alması gereken bir kişiye parası ya da sağılık güvencesi olmadığı için sağılık hizmeti verilmemesi insan haklarına aykırıdır.

- ***İhtiyacın Etkisi:*** Sağlık hizmeti ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Tabii bu ihtiyaç kişiden kişiye farklılık arz edebilir. Geçmeyen bir baş ağrısıyla mücadele için de estetik ameliyatı olmak isteyen için de sağlık hizmeti bir ihtiyaç olarak görülebilir.
- ***Sağlık Hizmeti Tüketicilerinin İrrasyonel Davranışları:*** Hastaların sağlık hizmetleri konusundaki bilgileri yetersiz olduğundan hizmetin yeterli ya da kaliteli olup olmadığını ölçmesi ya da yaptığı harcamanın ekonomikliğini değerlendirmesi zordur. O yüzden, irrasyonel (akılcı olmayan) tutum ve davranışlar gösterebilir. Örneğin, birkaç gündür devam eden göğüs ağrısının sıcağın kaynaklandığını düşünerek belki de kalp krizi geçirdiğinin farkına varmayabilir. Doktor başvurusunu erteleyebilir. Yine, birçok tetkik yaptırması gerektiğini, bunun da önemli bir maliyet yükleyeceğini düşünen bir kişi bağırsaklarında bir süredir devam eden rahatsızlıktan dolayı doktora başvurmayabilir.
- ***Sağlık Hizmetlerinde Sağlanan Tatmine ve Doymu Önceden Tespit Etmenin Zorluğu:*** Sağlık hizmetini önceden denemek ve test etmek mümkün olmadığı için hizmeti talep edenle arz eden arasındaki ilişki etik kurallara ve güven duygusuna bağlıdır. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinden sağlanan doymu ve kaliteyi önceden tespit etmek zordur. Toplumun eğitim ve kültür seviyesi yükselmesi, sosyal güvenlik kurumlarının denetimi, sivil toplum kuruluşlarının gelişmesi doymu ve kaliteyi olumlu yönde etkilenmektedir.
- ***Rekabette Sınırlılık:*** Sağlık hizmetlerinde rekabette sınırlamanın temel amacı ortaya çıkabilecek bazı olumsuz toplumsal sonuçların önüne geçmektir. Örneğin hekimlerin daha fazla hasta çekme rekabetine girerek meslektaşlarının hizmetleri hakkında olumsuz söylemlerde bulunmaları rekabette sınırlılığın niye olması gerektiğinin kanıtıdır. Böyle bir durum hem genel ahlak kurallarına hem de sağlık etik kurallarına aykırıdır. Rekabetteki sınırlama ihtiyacı nedeniyle devlet sağlık sektörüne müdahale etmektedir.
- ***Hükümetin Rolü ve Katkısı:*** Birçok ülkede hükümet sağlık hizmetlerini sunan ve de sağlık hizmetlerini talep eden taraf olarak sağlık sektöründe yer almaktadır. Ayrıca, devlet sağlık hizmetini finanse eden en önemli kaynaklardan biridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda temel rolü oynamaktadır.
- ***Sağlık Hizmetlerinin Dışsallığı:*** Sağlık hizmetleri sadece o hizmeti kullananlara değil, hizmeti kullanmayanlara da yarar sunmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinin olumlu/pozitif ya da negatif/olumsuz dışsallıkları vardır. Örneğin,

koronavirüs gibi bulaşıcı bir hastalığa yakalanan sadece kendi hastalanmakla kalmaz, aynı zamanda akrabalarının, arkadaşlarının ve komşularının da aynı hastalığa yakalanma riskini artırır. Bu durum negatif dışsallık yaratmaktadır. Böyle hastalıklardan korunmak için kişiler aşılama ve bağışıklama hizmeti aldığı anda sadece kendilerine değil, etrafındakilere de fayda sağlar. Bu durum ise pozitif dışsallık yaratmaktadır.

- **Kar Amaçlı Olmayan Kurumların Rolü:** Sağlık hizmetleri devlet veya özel sektörden tarafından sunulmaktadır. Bu sektörlerin ağırlığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Özel sağlık sunucuları kar amaçlı olarak faaliyette bulunurken, sağlık sektöründe, kar amaçsız çalışan hastaneler, sağlık sigortası ve bakımevlerine de rastlanmaktadır.

Bahsi geçen özelliklere sahip sağlık hizmetleri beşeri ve fiziki sermaye ile teknolojik ilerlemelerle şekillenmektedir. Sağlık hizmetleri tüm türleriyle niceliksel ve niteliksel olarak iyileştikçe yaşam süreleri uzayabilecek, hastalıklar kolayca tedavi edilebilecek, bireysel ve toplumsal refah arttırılabilecektir. Bu öneminden dolayı sağlık hizmetlerinin içeriği ve arzı ülkeler ve toplumlar için üzerinde hassasiyetle durulması ve değerlendirilmesi gereken bir konudur.

#### **1.1.4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Toplumdaki bireylerin sağlığının korunması amaçlayan sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin gelişimi ülkelerin de gelişmişlik düzeyini belirler. Her ülke için gelişmişlik düzeyini belirleyen kriterlerden biri sağlık politikaları ve hizmetleridir. Sağlık hizmetleri adına yapılacak uygulamalardan ilki hastalanan bireylerin sağlığının korunması, hastalık süreçlerinde teşhis ve tedavilerini sağlamaktır. Devamında tedavileri gerçekleşen bireylerin olası kalıcı engelli olma durumunda rehabilite edilmeleri gelmektedir. Bu hizmetlerin sonrasında her bir bireyin hastalıktan arınmış, sağlıklı ve topluma faydalı bir birey olarak kazandırmak ülkenin temel amaçlarından biridir. Verilen hizmetlerin kalitesi ve devamlılığı, toplum sağlığının daha verimli olmasında büyük rol oynamaktadır (Sünter, 2019: 145). Devlet tarafından her vatandaşın sağlıklı yaşam hakkını korumak için birçok görev planlaması yapılırken, ülkede yaşayan vatandaşların görüş ve düşüncelerinin alınması ve bu

hizmetlerin bireyler tarafınca da kabul edilebilir olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin işleyişinde ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği adına toplumdaki bireylerin de kendisi için yapılan bu hizmetlerde işbirlikçi olması büyük bir önem taşımaktadır (Erer, 2010: 34).

Dünyanın birçok yerinde sağlık hizmeti sadece sağlığını kaybetmiş bireylerin teşhis ve tedavisinden oluştuğuna yönelik algı değişmiştir. Hastalığın tedavisinden önce hastalığa sebep olacak etmenlere bakılması gerektiği öne çıkmaya başlamıştır. Ayrıca çevre sağlığı mücadelesi, temizlik ve hijyen gibi kavramların giderek önem kazanmasıyla insanlar bilinçlenmiştir. Böylece sağlık hizmeti yeni anlamlar ve boyutlar kazandı. Günümüzde sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Erdoğan, 2014: 19).

### **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişilerin sağlık sorunları için öncesinde önlem alınmasına ve kişinin yaşayabileceği hastalıkların erken tanısının yapılmasına koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri; erken teşhis, bireysel ve toplum hijyeni, aşılama, çevresel risk durumu oluşturacak etkenlerin denetimi, içme sularının denetimi, ana çocuk sağlığı ve planlaması, okullarda sağlık eğitimleri vb. birçok hizmeti kapsamaktadır (Döşkaya, 2019: 9).

İnsanların sağlık durumları ne kadar iyiye gidip, sağlığını olumsuz şekilde etkileyen durumlar azaltılırsa, toplumdaki diğer insanların da sağlık durumlarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu durumların tüm toplum için azaltılması ise, koruyucu sağlık hizmetlerinin dışsal faydanın en yüksek olan sağlık hizmeti olduğunu göstermektedir (Yıldırım, 1994: 12). Ödeme gücüne bakılmaksızın bu hizmet toplumdaki herkese sunulmalıdır (Tengilimoğlu vd., 2015: 79).

Temelde koruyucu sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetleriyle kıyaslandığında birçok açıdan daha avantajlıdır. Bu nedenlerin başında toplumun sağlık durumunu

korumanın, yani koruyucu sağlık hizmetlerinin, tedavi hizmetlerine göre maliyetinin daha düşük olması gelmektedir. Hastalığı oluşmadan önlemek hastalığı tedavi etmekten çok daha ucuzdur. Ayrıca, bu hem parasal bir maliyet avantajı hem de zaman ve yaşam kalitesi bakımından kişilere avantaj sunmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bulunduğumuz ve yaşadığımız alanlarda toplum sağlığını etkileyen bütün faktörleri etkilerini azaltmak maksadıyla bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemesini önleyerek çevreyi yaşanılır hale getirilmesini hedefleyen çalışmaların bütününe çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir. Burada hizmetin temel hedefi, çevrede ve yaşam alanlarında insan sağlığına olumsuz yönde etki eden kimyasal, sosyolojik, fiziksel, ekonomik ve biyolojik faktörlerle evre koşullarının doğurabileceği olumsuzlukların en aza indirilmesidir (Kömürlü, 2010: 6). Çevresel hizmetlerde zararlı atıkların dönüştürülmesi veya ortadan kaldırılması, sanitasyon ile içme suları temizliğinin denetlenmesi, barınma ve besin ihtiyaçlarında hijyen denetimi, hava ve su kirliliğine yönelik verilen hizmetleri kapsamaktadır (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 18). Kalabalık nüfuslu kentlerde insanların birbirleriyle olan teması daha fazladır. Hastanın başka insanlara hastalık bulaştırma oranı daha yüksektir. Bu yüzden evre sağlığı bu noktada daha önemlidir. Toplumların sağlığındaki kötü etkileri azaltmak ve kaldırmak için risk olarak görülen etmenleri saptamak ve savaşmak anayasal bir vazifedir.

Diğer tür koruyucu sağlık hizmeti ise kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetidir. Bireye yönelik olan koruyucu hizmetleri kapsamında doktorlar ve sağlık personelleri vasıtasıyla verilen dengeli beslenme, erken tanı ve müdahale, aile planlaması gibi hizmetler yer almaktadır (ztek, 1993: 56). Sağlık sorunlarından önce hastalığa karşı direnç oluşturmak için aşılama ve tedavi yöntemleriyle sağlık problemlerine karşı geniş çaplı bir koruma hizmeti verilir. Bulaşıcı hastalıkların önüne geçilebilmesi adına ilaç tedavisi, obeziteye karşı beslenme alışkanlıkları hakkında toplumu duyarlı hale getirme, anne ve ocuk sağlığı konusunda bilgilendirme, halkı hijyen açısından bilinçlendirme birçok alanda verilen hizmeti ifade etmektedir Böylece hastalıkların etkilerine karşı dirençli hale getirilerek daha az yıkıma yol aması hedeflenir.

Bununla beraber, ortak paylaşılan alanlarda sağlık sorunlarının en aza indirilmesi toplumsal yarar sağlamaktadır. Bir bireyin hastalık olasılığının azaltılması diğer bireylerinde sağlık sorunları riskinin azaltılması anlamına gelmektedir (Bulutoğlu, 1977). Bu bağlamda, tüm boyutlarıyla koruyucu sağlık hizmetleri dışsal fayda açısından en önemli sağlık hizmeti türünü oluşturmaktadır.

### **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Sağlıkları bozulan kişilerin eski sağlıklarına kavuşmaları için verilen hizmetlerin bütünüdür. Bu hizmetler doktorların sorumluluğu ve diğer sağlık personelinin katkısıyla gerçekleşmektedir (Kısa ve Kavuncubaşı, 2004: 31) Sağlığını kaybetmiş bireylerin hastalık belirtileri ya da hastalık meydana geldiği zaman tanı ve tedavi sürecini kapsayan bir hizmettir. Tedavi sonrası doğan verimlilik sayesinde sosyal fayda ortaya çıkar ve bu verimlilik toplumdaki bireylerin yaşam sürelerini de uzatarak milli gelirin artışına destek olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır. Yarı kamusal olan tedavi edici hizmetler toplumun gelir düzeyi düşük olan bireylerin bu hizmeti özel kesimlerden olabilmesi veya talepte bulunabilmesi için özel sağlık hizmeti veren kuruluşlara doğrudan ya da dolaylı finans desteği vermektedir (Aktan ve Işık, 2007: 20).

Sağlığını kaybeden kişilerin sağlığına tekrardan kavuşabilmesi için sağlık personeli tarafından kişiye hastalık sürecinde yapılan müdahale ve çalışmaların tümü bu hizmet türü çatısı altında toplanmaktadır. Hizmetin üretiminden faydalanan bireyin tam bir yarar sağlayabilmesi için kendisi de tedavi hizmetini almayı istemelidir. Tedavi alan hasta doğrudan yararlanırken toplumdaki diğer kişilerde dolaylı olarak fayda sağlar. Örneğin bulaşıcı bir hastalığın bulaşma riski azalmış olur. Bu sadece bulaşıcı hastalıklar örnek değildir, ruh sağlığı bakımından sorun yaşayan insanlar kendi çevrelerine zarar verebilir. Bu bireylerin tedavisi de toplum için fayda olarak görülür.

Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde ue ayrılmaktadır:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavi için sunulan hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2015: 83). Sağlığını kaybetmiş veya sağlıklı bireylerinde ilk müracaat ettiği, tedavilerin hasta yatağı olmadan ayakta yapıldığı kuruluşlarda verilmektedir. Bu kuruluşlarda birinci basamak hizmetleri hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetler birlikte verilmektedir. Türkiye’de yaşıyan bireyler için ikamet ettiği konuma en yakın Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bu hizmeti yerine getirmektedir. Türkiye’de birinci basamak hizmetleri 2007 yılının Temmuz ayından itibaren ücretsiz olarak sunulmaktadır (Sulkü, 2011: 80).

Diğer tür tedavi edici sağlık hizmeti ikinci basamak sağlık hizmetidir. Hastalar birinci basamak kuruluşlarında hastalığın tedavisi için elveriş göstermeyen durumlarda ikinci basamak hizmet sunan sağlık kuruluşlarına başvururlar. Hastanın tanı ve tedavisinin çoğunlukla uzman hekimler tarafından yapıldığı yataklı sağlık kurumlarıdır. Hekim tarafından uygun görüldüğü şekilde hastanın hem ayakta hem de yatarak tedavi aldığı sağlık hizmetidir. Türkiye’de il veya ilçelerdeki devlet hastaneleri ile özel hastaneler bu kuruluşların örneklerini oluşturmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri hastalıklara göre yüksek teknolojinin kullanıldığı, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen ve kendi alanlarında uzmanlaşmış sağlık personelleriyle hizmet veren yataklı tedavi merkezleridir. Cinsiyet, yaş grubu ya da hastalığın türüne göre özel dal hastaneler veya kuruluşlar adı altında yer alabilir. Türkiye’de üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri ayrıca üçüncü basamaklar hizmeti veren kuruluş olarak görülmektedir (Tengilimoğlu vd., 2015: 83). Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti dışında araştırma görevlerini de üstlenmektedir.

## **Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Bireyin geçirdiği hastalığın veya kazanın sonucunda oluşan engel durumu ve kalıcı sağlık problemleri sebebiyle kişinin gündelik yaşamı için sorun teşkil eden durumları kaldırmaya yönelik ya da bu etkileri minimuma indirerek başka birine bağımlı olmamasını sağlayacak hizmetler olarak görülebilir. Böylece, kişinin kaybettiği bedensel ve zihinsel beceriler tekrar kazandırılmaya çalışılmaktadır.

Rehabilite edici hizmetler tıbbi ve sosyal olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri; kişinin bedeninde kalıcı hasar olarak görülen hastalığın veya engelli halinin (işitme, görme engeli) hayat kalitesini yükseltmek amacıyla en aza indirilmesini hedefleyen hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon ise bireylerin günlük hayatını etkileyen engellerin olması durumunda başka birine ihtiyaç duymadan yaşamına devam edebilmesi için verilen hizmet türüdür. Örneğin işe uyum sağlama veya öğretme gibi çalışmaları içermektedir (Hayran, 2016: 39). Yine, bu kapsamda engelli çocuklar için verilen geliştirici, eğitici ve sosyal faaliyetler örnek olarak verilebilir.

### **1.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Ülkenin sağlık harcaması için ayırdığı bütçe oranı, gelişmişlik seviyesiyle doğrudan ilişkilidir. Özellikle son yıllarda gerçekleşen teknolojik gelişmeler ve ortalama yaşam süresindeki artış sağlık sektöründeki harcamaların artmasına neden olmuştur. Bir devletin; sağlık hizmeti sunarken en temel önceliği, sağlık hizmetinin her bireye kaliteli, hakkaniyetli ve verimli arz etmesi olmalıdır. Bu ise sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir şekilde finanse edilip edilmediği ile yakından ilişkilidir. Finans modelleri her ülkede çeşitlilik göstermektedir. Bu yüzden her ülke için birbirinden farklı sonuçlar meydana gelebilir. Farklılıklar olsa da ülkelerin sağlık harcamaları; vatandaşlardan alınan vergiler ve sağlık primler ile özel sigortalar ve cepten ödemelerle finanse edilmektedir (Tatar, 2011: 104).



Sağlık sisteminin, finans kaynağını oluşturulurken ağırlık olarak vergilerden yararlanılmaktadır. Hükümet ülkenin belirlediği genel vergilerle hizmetin finansmanı sağlar. Belirlenen vergi oranları ülkenin yönetim biçimine, siyasi, sosyal ve ekonomik durumlarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Toplanan vergiler bir fon havuzunda biriktirilerek, hükümet tarafından ülkenin tüm vatandaşlarına sağlık hizmeti sunulur. Geri ödemeler ise fon havuzunda biriken gelirler ile gerçekleştirilir.

Hizmet sunumunda özel finansmanın kaynak oluşturmasında ise kişilerin cepten ödemeleri ile özel sağlık sigortaları rol alır. Nüfusun büyük bir kısmı sosyal sigorta çatısı altında olmakla birlikte, bazı bireyler sağlık harcamalarını cepten ödeyerek ve bu ödeme sırasında risk faktörlerini azaltmak için özel sigortaları seçmektedirler (Çakır, 2016: 11). Bu finansman kaynağı kendi içinde çeşitli gruplara ayrılmaktadır.

- Özel sağlık sigortası; birçok ülkede genel sağlık sigortasını destekleyen özel sigortalar sağlık sisteminde bir alternatif ve fon kaynağı olmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde yaygın kullanılır. Ancak tek başına bir finansman kaynağı olarak görülmemektedir (Tatar, 1994: 47).
- İşveren finansmanı; iş yeri sahipleri kendi çalışanlarının sağlık harcamalarının belli bir bölümünü karşılar. Bazı durumlarda sağlık hizmeti doğrudan işyerinde de verilmektedir. Örneğin çalışanların işin sürekliliği için grip aşısı uygulamasının işverenler tarafından karşılanması.
- Toplumsal finansman; toplumdaki bireylerin sağlık hizmetlerine gönüllü olarak istihdam, mali katkılar yapılarak bir fon oluşturulmasıdır.

Toplumdaki her bireyin sağlık hakkını kullanabilmesi devletler tarafından temin edilmelidir. Toplumun her kesimi maddi alım gücü olarak birbirlerinden farklılık göstermesi en temel sağlık hakkından eşit bir şekilde yararlanmasını riske atabilir. Bu yüzden devlet yapacağı çalışma ve düzenlemelerle vatandaşlarına adil bir şekilde sağlık hizmeti sunmayı amaçlar. Burada ödeme gücü olanla kişiyle, ödeme gücü olmayan kişiye sağlık hizmetini verebilmek için devletin müdahalesi gereklidir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 183).

### **1.2.1 Finansman Yöntemleri**

Ülkeler finansman yönetimini belirlerken sosyal, ekonomik, siyasal ve rejim yapısını göz önünde bulundurur. Yöntem belirlenirken birçok faktöre bağlı olması kendine uygun politikaları belirleyerek seçimini yapmaktadır. Finans kaynaklarının kısıtlı olması ayrıca insanların sağlık hizmetlerine eşit olarak erişimde bulunamamaları dünya ülkelerinin kendi finans sistemlerini değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır.

#### **Doğrudan Finansman**

Bu finansman yöntemi sağlık talebinde bulunan kişilerin aldığı hizmet sonucunda hizmet ücretinin aracı bir kurum olmadan doğrudan kendilerinin ödediği yöntemdir. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde katkı payı olarak görülmektedir. Hasta hizmet bedelini kurum veya kişiye kendi öder. Gelişmiş ülkelerde sağlık piyasasında kişinin kendi sağlığını güvence altına almak için türlü sigortalara kayıt yaptırdığı görülürken; sağlık alanında yeterli düzeyde gelişmemiş ülkelerde ise bireyler sağlık harcamalarını kendi bütçelerinden yapmak durumunda kalmaktadır (Alacahan, 2015: 12).

#### **Dolaylı Finansman**

Sağlık hizmeti talep eden ve hizmeti sunan arasında aracı kurumun ödeyici olarak yer almasıdır. Bu sayede risk ve harcama paylaşımı yapılarak maliyet ağırlığı tüketiciye yüklenilmemektedir. Finansman yönetiminde aracı kurumlar kamu ve özel sigortalardır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin yürürlüğe girmesiyle Türkiye'de sağlık hizmetinde doğrudan finansman yerine dolaylı finansmanı benimseyerek, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracı kurum olarak yer almıştır (Çelikay, 2009: 116).

### **1.2.2. Finansman Modelleri**

Ülkeler insanlara kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunabilmeleri için farklı finansman modelleri benimsemişlerdir. Finansman modeli belirlenirken, ülkelerin kendine ait dinamikleri göz önünde bulundurulur. Modeller oluşturulurken belli kriterler dikkate alınmaktadır. Bunlardan biri ülkenin ekonomik açıdan gelişmişlik düzeyidir. Bir ülkenin kişi başına düşen geliri ekonomik açıdan gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olup, vatandaşın sağlık hizmetlerini ödeme gücüyle de doğrudan ilişkilidir. Bunun yanında, ülkenin sosyal yapısı, kültürel dokusu ve siyasi yönetim biçimi gibi başka pek çok unsur da bu kriterler arasında sayılabilir.

Modelin sürdürülebilirliği ülkenin finansal gerçekleriyle bir uyum içinde olması önemlidir. Mali kapasite, ülkedeki kayıt dışı istihdamın yüksek olması ve prim ödeme düzeyinin düşük olması sisteminin sürdürülebilirliğiyle doğrudan orantılıdır. Ülkelerin sağlık hizmetleri finanse edilirken yönetim süreci ile seçilen sistemin toplum içinde kabul edilebilirliği uyum içinde olması uygulanabilirlik için gereklidir. Seçilen modelin finansal maliyeti, toplanan gelir ile birbirini destekleyecek şekilde olması verimliliğin artmasını sağlamaktadır. Finansman modeli seçilirken nüfusun gelir düzeyi göz önünde bulundurularak yapılması, yani hakkaniyetin sağlanması en önemli kriterlerden biridir. Seçilen modelin, sağlık talebini ve tüketici davranışını doğru bir şekilde yönlendirmesi gerekmektedir. Hizmeti sunan kurum veya kişilerin davranışları modelin yapısına göre şekillenmektedir. Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin ödeyeceği ücretlerin ve hizmet sunucuların alacağı ödemelerin söz konusu sistemde hizmet kalitesi ve sunumu üzerinde oldukça belirleyici olduğu ifade edilebilir (Tatar, 2011). Bu modeller kısaca açıklanmaktadır.

#### **Beveridge Modeli**

Ülkelerin çoğu finansman kaynağının büyük bir bölümünü vergilerden karşılamaktadır. Birbirinden farklılık gösterse de genellikle vergiler toplumdaki bireylerin gelirlerinden, mal varlıklarından veya harcamaları üzerinden alınır ve bu alınan vergiler ile

devlet birçok alanda kamusal mal ve hizmet yerine getirir. Kamusal bir mal olan sağlının finansmanında vergiler aracılığıyla sağlanmaktadır. Beveridge modelinde ülkenin sağlık hizmetlerinin çoğunluğu vergilerle finanse edilmektedir. O ülkede yaşayan tüm bireylere ise katkı payları haricinde ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaktadır (Demirci vd., 2020: 231). İngiltere, Yunanistan, İspanya ve İskandinav ülkelerinde bu model ile bireylere hizmet sunulmaktadır. Bu modelin ilk örneği İngiltere’de kamu hastanelerinde çalışan doktorlar ile özel doktorlar devlete bağlıdır ve aylık ücretleri devlet tarafından karşılanmaktadır (İlker ve Volkan, 2015: 106–107).

Bu modeli uygulayan ülkelerde sağlık hizmetinin finansmanı vergiler ile temin edilmektedir. Devletler genel vergilerle sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaktadır. Sosyal sigortalarla sağlanan prim gelirleriyle ağlık hizmetlerinin finansmanına göre toplumdaki bireyleri sağlık güvencesi için daha geniş bir çatı altında toplamayı hedefler (Çelikay ve Gümüş, 2010: 196). Vergiler aracılığıyla yapılan sağlık hizmetleri finansmanında doğrudan ve dolaylı vergiler olmak üzere iki tür vergi vardır. Arz edilen belli bir hizmetin veya malın fiyatı üzerine eklenen verginin bir kısmı sağlık hizmetleri finansmanı için kullanılır. Mal veya hizmetin fiyatı üzerinden alınan bu vergiler dolaylı vergilere denir. Bireylerin veya kurumların geliri üzerinden direkt kesinti yapılarak alınan vergiye doğrudan vergi denilmektedir (Sert, 2019: 36). Ancak sağlık hizmetlerinin ne kadarının doğrudan veya dolaylı vergilerle finanse edildiği ölçmek mümkün değildir. Tahsil edilen vergilerin tamamı tek bir havuzda toplanır ve ödemeler bu havuzdan yapılır.

### **Bismarck Modeli**

Bismarck modeli hizmet sunumunda finansman kaynağı olarak sigorta fonları kullanmaktadır. Bu modeli kullanmakta olan ülkelerde sigorta kurumlarına bağlı olan bireyler prim ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. Başta Almanya’nın benimsediği bu sistem Fransa, İsviçre, Benelüks, Avusturya gibi ülkelerde kabul görüp uygulanmaktadır (Lameire vd., 1999: 5). Devlet sigorta sistemini kullanırken işçilerin brüt ücretleri üzerinden yaptıkları kesintilerle bu fon havuzunu oluşturur. Sistemde sağlık hizmetleri kamu kurum ve kuruluşları tarafından sağlandığı gibi ayrıca devletin anlaşma sağladığı özel sağlık

kurumlarından da tedavi edici ve buna ek olarak rehabilite edici hizmetler sunulmaktadır (Erten, 2016: 28).

Modelin esas hedefi toplumdaki insanları yaşayabilecekleri sağlık problemleri karşısında karşılaşılabilecekleri yüksek maliyetlerden korumaktır. Bu modelde insanlar sigorta fonlarına kendi istekleriyle katılım sağlayabildikleri gibi devlet tarafından yasal zorunluluk olarak da bu sisteme kaydolabilirler. Sigorta sistemi bireylerden yapılan sigorta prim kesintileriyle oluşturulan fon havuzundan karşılanarak üyelerin finansal risklerinin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır (Olsen, 2009: 121).

Bu sistemin temel özelliği sosyal dayanışma ilkesine dayanmasıdır. Sosyal dayanışma ilkesi en yaygın ifadeyle “ortak bir amaç için herhangi bir hesap olmaksızın yapılan işbirliği” olarak tanımlanmaktadır (Saltman vd., 2004: 27). Bu ifadeye göre kişi, bağımsız olarak görmek yerine sistemle beraber karşılıksız iş birliği içinde ele almaktadır. Sosyal sağlık sigortası finansmanı yapılırken işçi ve işverenin belli çerçeveler içinde kişinin aldığı ücrete göre prim öder ve prim havuzunda toplanır. Birey sağlık hizmetlerinden yararlanmak istediğinde havuzda toplanan kaynak kullanılır. Kaynak için toplanan primlerin ne kadar ve nasıl olacağı, sistemle ilgilenen kurumların yapısı ve görevleri her ülkede farklılık gösterebilir (Kutzin, 2008: 272-301). Bununla beraber, her ülkenin sahip olduğu ortak özellikler vardır. Kişilerin aylık geliri esas alınarak prim ödenir. Bu sigorta türü genellikle toplum için zorunlu tutulur ve bağımsız kuruluşlar tarafından idare edilir. Devlet vatandaşlarına belli primler karşılığında vatandaşına sağlık güvencesi vermektedir.

### **Özel Sağlık Sigortası Modeli**

Sağlık hizmeti satın alan bireyler ile bu hizmet sunucuları arasında aracı olan özel sağlık sigorta kuruluşları, kaydolan bireylerin belirli primler ödemesi sonucunda hizmet ve tıbbi harcamalarını güvence altına almasını sağlamaktadır. Bu kuruluşların sosyal sağlık sigortalarının bir tamamlayıcısı olduğu ifade edilebilir.

Özel sağlık sigortaları, devlet tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerinin harcamalarına karşı koruma sağlamak amacı ile oluşturulan bir sistemdir. Bu sistem tamamlayıcı sağlık sigortası ve ikame edici özel sağlık sigortası olarak iki ayrı başlık altında toplanabilir (Mossialos, 1993: 3).

Özel sağlık sigortaları bireyin kendi maddi durumunu, yaşanabilecek çeşitli olasılıklara karşı korumaktadır. Bu tür sigortaların sosyal sağlık sigortalarından farkı bireyin veya toplumun yaşadığı veya yaşayabileceği hastalık riskleri analiz edilerek hazırlanabilmesidir. Şirketlerin ve iş insanlarının çalışanları için desteklediği grup sağlık sigortaları da özel sağlık sigortalarının popülerleşmesinde önemli görevler üstlenmektedir. Özel sağlık hizmet sunucuları kazanç düzeylerini sürdürebilmek adına primlerde indirim sağlayabilirler fakat bu indirimler özel sağlık hizmet sunucularının hizmet kalitesini düşürmesine ve bu hizmetlerden yararlanan bireylerin aldıkları hizmetlerden şikayetçi olmasına yol açabilir (Orhaner, 2017: 401).

Bu sigorta türü genelde sosyal sigortası olmayan gelişmiş ülkelerde başvuru bir finansman türüdür. Ancak sosyal sigorta veya vergilerle sağlık hizmetini finans eden ülkelerde talep karşılığında özel hizmet vermek üzere özel sağlık sigortası kuruluşları bu talebe cevap verirler. Sosyal sigortadan farklı olarak, özel sigortalar emeklilik ve engel gibi durumları içine almaz. Sigorta şirketlerinin topladığı primler kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bir bireyin sosyal sigortaya sahip olsun veya olmasın özel sağlık sigortası kaza veya hastalık sürecinde ihtiyacı olan teşhis ve tedavi ücretlerini karşılar (Kömürlü, 2010: 31–41).

### **Cepten Ödeme Modeli**

Sağlık talebinde bulunan kişilerin aldığı sağlık hizmeti karşılığında bedelini doğrudan kendi bütçesinden karşılamasıdır. Sağlık riskleri karşısında bireyleri koruma altına alan sosyal sigortaların aksine cepten ödeme modeli bazı ülkelerde toplumdaki kişilerin sağlık sorunları karşısında koruma dışı kalmasına yol açmakta ve ciddi sonuçları olmaktadır.

Bu durumda gelir seviyesi yüksek olan sınıflar cepten ödeme modeli ile hizmet alabilirken gelir seviyesi düşük olan sınıflar hizmeti alamamaktadır (Erten, 2016: 28).

Sıkıntılarına rağmen bu modelle sağlık alanında gereksiz hizmet talebinin önüne geçilmektedir. Tam olarak bir finansman kaynağı olarak görülmeyen model genel sigorta sistemini destekleyerek, tamamlayıcı bir rol üstlenir. Kendi içinde üç farklı gruba ayrılmaktadır:

- **Doğrudan ödemeler:** hizmet sunumunda sosyal güvence çatısı altında olmayan bireyin sağlık hizmetleri adına kendi cebinden doğrudan sağlık kuruluşuna ödemesi şeklinde ifade edilir. Bu hizmetler sıklıkla özel sağlık sektöründe yapılır.
- **Kullanıcı katkısı:** Sağlık alanında yetersiz kaynakların desteklenmesi için ek kaynak sağlamak için verilen hizmetlerden kullanıcı katkı payları alınmaktadır. Bu sayede gereksiz talebin önüne geçilip, harcamalar artarak verimlilik hedeflenmiştir. Kayıtlara geçmeden yapılan düşük seviyedeki katkı ödemeleri temel hizmetlerin gelişimini sağlayarak, gelir seviyesi düşük olan bireylere ücretsiz hizmet verilmesine katkıda bulunur.
- **Resmi olmayan ödemeler:** Bu ödeme türü sosyal güvencenin içinde olmadığı sağlık hizmetlerine yapılan ödeme şeklidir. Genellikle bu tür ödemeler tedavi öncesi veya sonrası hekimlere teşekkür hediyeleri olarak yapılmaktadır.

Sağlık alanında cepten ödeme finansman mekanizması en eski model olarak görülmektedir. Hastanın sağlık hizmeti alırken arada aracı kurumlar olmadan hizmet sunucusuna cebinden ödeyerek aldığı hizmetleri ifade eder. Bu finansmanın sistemi gereğince insanların sağlık haklarını derinden sarstığı ve kişiyi zor durumda bırakarak yoksulluğa ittiği görülen bir gerçektir (Kısa, 2000: 6).

### 1.3 Sağlık Hizmetlerinin Talebi

Ekonomi piyasasındaki bir malın üretimi, miktarı, sunumu, pazarlanması gibi unsurlar fiyat mekanizması ile belirlenmektedir. Bu mekanizmayı arz ve talep meydana

getirir (Çelik, 2012: 81). Arz ve talep sektörlerin birçoğunda olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli belirleyicilerdir. Bir ülkede sağlık politikaları belirlenirken o ülkedeki vatandaşların ihtiyaç ve talepleri dikkate alınmak durumundadır. Sağlık hizmetleri talebinin belirlenebilmesi bu hizmet yeterli miktar ve nitelikte karşılanması bakımından önemlidir.

Çalışmanın bu bölümünde talep ve talebin özelliklerine değinildikten sonra talebi etkileyen faktörlere yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde talebin neyi ifade ettiği, hangi unsurlar tarafından belirlendiği açıklanmış, sağlık hizmetlerinde talebin değişmesine neden olan faktörler incelenmiştir.

### **1.3.1. Talep ve Talebin Özellikleri**

Talep; diğer koşullar sabitken, belirli bir maldan, belirli bir zaman diliminde tüketicinin farklı fiyatlardan satın almak isteği ve satın alabildiği mal miktarıdır (Dinler, 2015). Ekonomide talebin var olabilmesi için alıcıların bir mal veya hizmeti hem satın alma arzusu hem de ürünü alabilecek bütçesi, yani satın alma gücü olmalıdır. Bu iki unsurdan birinin eksik olması talebin oluşmamasına neden olur (Arnold, 1999: 60).

Talep; malın fiyatı, alıcıların ekonomik durumu, piyasadaki rakip malların fiyatı alıcıların tercihleri ve coğrafi konum gibi faktörlerden etkilenmektedir (Gürler, 2011: 40). Tüm bu faktörlerin sabit kaldığı varsayıldığında malın veya hizmetin fiyatı yükseldiğinde talepte düşüş görülür. Fiyat azaldığında ise malın talebi artar. Bu sebeple talep ve fiyat arasında ters yönlü ilişki olması durumuna “Talep Kanunu” denir (Miller, 2006: 48).

Malın fiyatı ile talep edilen miktar arasındaki ters yönlü ilişki; ikame ve gelir etkileriyle açıklanabilir. İkame etkisine göre daha düşük fiyatlı hizmetler daha yüksek fiyatlı hizmetlerin yerini alır ve fiyat arttıkça talep edilen miktar azalır. Gelir etkisine göre ise fiyatlar düştükçe kişinin satın alma gücü artarken, fiyatlar yükseldikçe azalmaktadır. Kişinin reel gelirinin düşmesi talep ettiği miktarın da düşmesine neden olmaktadır (Santerre ve Neun, 2010).



Piyasadaki talep doğrudan bir malın veya hizmetin fiyatı ile bağlantılıdır. Fiyat değıştikçe tüketicilerin talep ettiği miktardaki değışimin büyüklüğünün her fiyat düzeyinde farklılık göstermesi durumuna talep esnekliğı denir (Aren, 2009: 124). Başka bir deyişle fiyat değışikliği karşısında, tüketicilerin bu değışiklik ışığında satın aldıkları miktarı değıştirmek şeklinde gösterdiği tepkinin şiddeti ya da duyarlılık derecesi talebin fiyat esnekliğı ile ölçülür. Talebin ne kadar esnek olduğunu göstermek için bir katsayı hesaplaması yapılır (Çelik, 2016: 103).

İnsanların ihtiyaçlarını karşılama niteliğı olan ürünler veya hizmetler, piyasada talebin oluşmasına sebep olur. İhtiyaçların karşılanması, mal veya hizmetlere ulaşabilme arzusu maddi açıdan yeterlilik olduğu sürece sağlanabilmektedir. Gereksinimlere cevap vermesinden dolayı talebin önemli niteliğı fayda sağlamasıdır. Diğer özellikler ise:

- Alıcının bir malı satın alma arzusunun olması,
- Alıcının talep ettiği mal için satın alma gücü mevcudiyeti,
- Satın alma arzusunun belirli bir süreç içinde oluşması,
- Piyasa talep edilen malın birim fiyatının açıklanması,
- Malın alıcının ihtiyacını karşılayarak fayda sağlamasıdır (Gürler, 2011: 39)

### **1.3.2. Talebi Etkileyen Unsurlar**

Piyasada bir malın alıcılar tarafından talep görmesi bazı unsurlardan etkilenir. İlk olarak etkileyen unsur satın alınacak malın fiyatıdır. Talep kanuna göre sözü edilen malın fiyatı arttıkça talep azalır, fiyatı azaldıkça talep artar. Malın kendi fiyatı dışında diğer mal ve hizmetlerin fiyatı da söz konusu malın talebini etkileyebilir. Kısacası ikame etkisi de bu durumun açıklayıcısıdır. Piyasada bir malın başka bir mal yerine kullanılabilmesi ikame kavramıyla ifade edilir. Alıcı bir malı talep ederken sadece ürünün fiyatına değil o ürünün yerine ikame edebilecek başka ürünlerinde fiyatını göz önünde bulundurur (Demirci vd., 2001: 88). Örneğin bir alıcı bulgur talep ederken ikame malı olarak fiyatlarını dikkate alır. İkame mal olan pirincin fiyatlarındaki düşüş bulgurun nispeten alıcıya pahalı gelip, bulgur yerine pirinç satın alma eğilimi gösterecektir. Piyasada bulgur talep oranı düşecektir. Diğer

bir deyişle birbirlerinin yerine kullanılan ikame malın fiyatındaki azalış bir ürüne olan talep oranını da azalmasını sağlayacaktır. Eğer bir malın ikamesi yoksa bu durumun varlığından söz edilemez.

Bir malın kullanımını sürecinde diğeri bir malla birlikte kullanılabilen tamamlayıcı mallardan birinin fiyatındaki artış ise diğeri malın piyasadaki talebini düşürmektedir (Demirci vd., 2001: 88). Örneğin, benzin fiyatlarındaki artış benzi talebini olumsuz yönde etkilerken, onun tamamlayıcı olan otomobile olan talebini de benzer şekilde negatif yönde etkiler.

İkinci olarak, bir malın zorunlu ya da lüks mal olup olmaması da talebi etkileyebilmektedir. Eğer karşılamadığı zaman acı ve üzüntü veren bir mal ise zorunlu bir maldır. Fiyat değişimleri bu mala olan talebi neredeyse hiç etkilemez. Fakat lüks mallarda durum tam tersinedir. Karşılanmadığında acı ve üzüntü vermez. Bu nedenle, bu mallara olan talep, fiyat değişimlerine karşı oldukça duyarlıdır (Dinler, 2015).

Bir malın alıcısı tarafından talep edilme isteği satın alım gücü olması ile desteklenerek alıcının ekonomik bütçesindeki artış daha fazla satın almasıyla doğru orantılıdır. Aksi durumda ise malın satın alınma oranı düşmektedir. Tüketicilerin gelirindeki artış talebi etkilerken malın tür ve özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Gelire bağlı değişimler ile talep miktarı içinde doğru orantılı bir ilişki uyumu gösteren mallara lüks ve normal mallar, ters yönlü ilişki gösteren mallara ise düşük mal denilmektedir. Tüketicinin gelirinde artış gözlemlendiğinde düşük mala talep azalırken, lüks ve normal mallara talep artmaktadır (Çelik, 2012: 90).

Alıcıların bir ürüne olan talebi alıcının zevk ve tercihleriyle de ilişkilidir. Kişinin zaman içerisinde zevk ve tercihlerinin değişmesi talebini de değiştirir. Aynı şekilde, modadaki değişim de söz konusu olan mala talebi değiştirir. Örneğin, sabit telefonların giderek modası geçmekte, bu yüzden onlara olan talep azalmaktadır.

### 1.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Talep

Sağlık piyasasındaki talep kavramı, diğer piyasalarda ortaya çıkan talep modellerinden farklılık göstermektedir. İktisatta talepten bahsedebilmek için belirli bir mal veya hizmete yönelik hem satın alma arzusu hem de satın alma gücü olmak durumundadır. Fakat bu durum sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda aksamaktadır. Satın alma gücü olmayan ama belirli tür sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerin bu hizmeti alabilmesi toplumsal fayda adına da önemlidir. Üçüncü kişilerin karşı karşıya kalabileceği risklerden dolayı bu tür sağlık ihtiyaçları karşılanmalıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri talebinin ihtiyaç bağlamında mı yoksa satın alma gücüyle desteklenmiş istek kapsamında mı düşünülmesi gerektiği literatürde hala tartışma konusu yaratmaktadır (Çelik, 2016: 118). Bununla beraber, sağlık hizmetlerinde, ihtiyaç olmamasına karşın talep olabileceği gibi, ihtiyaç olmasına rağmen talep de olmayabilir. Kişiler sağlık durumları hakkında yanılarak, ihtiyaçları olmadan sağlık hizmeti talep edebilirler. Aksine, hastalık belirtilerini dikkate almayarak sağlık hizmeti talep de etmeyebilirler (Aslan vd., 2021: 152–153).

Sağlık hizmetlerinde talep kavramı yaygın olarak bireyin sağlığını kaybedip hastalıklarla karşılaştığı zaman diliminde sağlık kurum ve kuruluşlarından faydalanabilme olanağı olarak ortaya çıkar. İnsanların sağlık talebi yalnızca tedavi edici hizmetler değil destek ve bilgi hedefli olması da mümkündür (Mills ve Gilson, 1988: 44). Toplumda yaşayan her kişi sağlık hizmetlerinin kendi ihtiyaçları için yararlarını en yüksek seviyeye çıkarmak adına talep ederler (Campbell vd., 2000: 1612). Kişi sağlık sorunu olduğunu düşünüp sağlık kurum ve kuruluşlarından talepte bulunabilir. Fakat düşündüğü sağlık problemi her zaman hastalık bulgusu anlamına gelmemektedir. Bazı durumlarda ise tam tersi olabilir ve kişi sağlık sorunu olduğunun farkında değildir. Birey şeker hastalığı gibi bir hastalığının farkında olmayabilir bu yüzden talebin oluşum şeması diğer talebin oluşum şemasından daha farklı bir şekilde gerçekleşebilir. Sağlık sorunları karşısında talepte bulunan birey, talebinin belirlenmesi için, hekimin yapacağı teşhis ve tedavi hizmetlerine güvenerek vekalet vermiş olabilir. Böylece sağlıkta talep sadece hastayla ilgili değil, aynı zamanda hekimle de ilişkili olduğu görülmektedir (Durmaz ve Erdem, 2017: 581). Sağlık hizmetlerinin ihtiyacı, kullanımını ve arzı, koruyucu ve tedavi edici bir şekilde ortaya çıkan türetilmiş bir taleptir.

Sağlık hizmetlerinde talebi ve özelliklerinin araştırılması, bu hizmeti alan bireylerin ve sağlayıcılarının davranışları hakkında tahmin yürütme ile hizmetinin maliyeti ve faydalarının ölçülmesini de sağlar. (Erdem ve Pirinçci, 2003: 39)

#### **1.3.4. Sağlık Hizmetleri Talebinin Özellikleri**

Kişiler hastanenin indirim yapması gibi nedenlerle bir ilacı kullanmaz, ameliyat olmak istemez veya göz muayenesine gitmez. Sağlık hizmetleri ihtiyaç olduğu, bunu yapmanın sağlığı iyileştireceği düşünüldüğü için talep edilmektedir (Getzen, 2012; Santerre ve Neun, 2010). Grossman (1972), sağlığın kişiler tarafından iki şekilde talep edildiğini ifade etmiştir: tüketim malı ve üretim malı. Tüketim malı olarak sağlık, doğrudan kişinin faydasını ve yaşam kalitesini artırır. Alınan sağlık hizmetiyle mutsuzluk azalır. Üretim malı olarak ise sağlık stokundaki artış, hastalık nedeniyle yüzünden geçen zamanı azaltır ve sağlık yatırımının geri dönüşünü yansıtan bir mali değer yaratır. Sağlık bir fayda kanyığıdır, gelir ve servet üretimini etkiler. Kişi sağlıklı hale geldikçe daha üretken ve verimli çalışır hale gelir.

Sağlık hizmetleri talebi diğer mal ve hizmet taleplerinden birçok başlıkta farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri talebinin en önemli özelliklerinden biri talebinin belirsiz olmasıdır. Hastalıklar ve kazalar insan hayatında aniden yaşanabilir. Bireyin ne zaman sağlık talebinde bulunacağı daha öncesinden bilinmemesi talebin belirsizliğini ortaya çıkarır. Bir hastalığın ne zaman ortaya çıkacağı, nasıl ve ne kadarlık bir tedaviye ihtiyaç duyduğunu önceden bilmek zordur. Talepte bulunan kişi ilk olarak hekimlere veya sağlık personellerine bağımlıdır. Bunu ilaçlar ve tıbbi malzemeler izlemektedir. Sağlık hizmetlerinde talepte bağımlılık söz konusudur.

Doktor sahip olduğu bilgi eğitimi ve tecrübesiyle doğrudan hastalık ve tedavi hakkında tam bilgiye sahiptir. Sağlık hizmetleri tüketiminden hastanın elde edeceği faydayı hesaplayabilir (Mcguire vd., 2005). Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi olarak tanımlanan bu durum, hastanın tüketim kararlarını doktora devretmesine neden olmaktadır. Sağlık

hizmetlerinin arz ve talebi tek kişide toplanmaktadır. Doktor hem hizmeti sunan hem de hastası adına talep eden konumundadır.

Sağlık hizmetleri, sağlık üretiminin girdilerinden biri olarak görülmektedir (Dewar, 2010). Sağlık hizmeti talebinin, sağlık talebinden kaynaklanması nedeniyle, türetilmiş talep olarak nitelendirilmesine neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinden elde edilen fayda sağlık hizmetlerinin kendisinden değil, sağlıkta ortaya çıkan iyileşmelerden kaynaklanmaktadır (Dewar, 2010; Getzen, 2012).

Sağlık hizmetini diğer piyasadaki hizmetlerden ayıran özelliklerden bir diğeri ikamesinin olmayışıdır. Sağlık hizmetinin yerine başka bir hizmeti almamız söz konusu değildir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin özelliklerin de ikamesi olmaması talep yasasında ikamenin oluşu ile farklılıkları ortaya koymaktadır (Çoban, 2009: 73). Talep kanuna göre talep gören her mal benzersizdir. Ancak o malın yerine geçebilecek ikame malların olması ikame etkisini gösterirken, gelir etkisi de bir malın birim fiyatı yükseldiğinde kişinin geliri değişmiyorsa talep gören malın veya hizmetin miktarı azalır (Yavuz, 2020: 24).

Sağlık hizmeti talebinin bir diğer özelliği ise gelir ve fiyat esnekliği ile ilişkilidir. Talep esnekliği sağlık piyasasındaki hizmetin fiyatındaki değişiklik veya bireyin gelirindeki değişiklik sonucunda satın alınan mal ya da hizmetin miktarının değişimiyle talebin duyarlılığı ölçülür (Arefnya, 2018: 48). Sağlık hizmetleri için talep fiyat esnekliği özellikle sigorta sisteminin varlığı ile açıklanabilir. Sağlık sigortası kapsamı genişledikçe sağlık hizmetlerinde fiyata karşı duyarlılık azalmaktadır.

### **1.3.5. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler**

Sağlık sektöründe talepteki değişkenler doktor ve sağlığını kaybetmiş fert tarafından belirlenir. Talep hastanın ihtiyacıyla başlar. Sonrasında doktor tarafından belirlenir. Doktor teşhis ve tedaviyi ihtiyaçlarını gidermek amacıyla çeşitli birçok girdilerden yararlanarak talebi şekillendirmeye ve karşılamaya çalışmaktadır (Yaylalı vd., 2012: 565). Sağlık

hizmetlerinde talebi etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin nasıl bir etki yarattıkları kısaca açıklanmıştır.

### **Sağlık Hizmetinin Fiyatı**

Yapılan çalışmalar sağlık hizmetleri talebinin fiyata oldukça duyarlı olduğunu göstermiştir. Sağlık alanında sunulan hizmet bedelinin yükselmesi, hizmete olan talebin azalmasına neden olmaktadır (Santerre ve Neun, 2010: 113). Sağlık hizmetleri fiyatlarının düşmesi ise talebin artışını sağlar. Bazı ülkelerde ücret bedeli alınmadan verilen sağlık hizmetleri talep bakımından fiyat faktörünün etkisini ortadan kaldırmaktadır. Bismarck modelini kullanan ülkeler için fiyat talebin üzerinde etkisiz durumdadır. Bununla beraber, sağlık hizmetlerinin bedeli vergi veya sigorta katkısıyla karşılanmıyorsa, yani tüketicinin cepten yaptığı ödemelerle sağlanıyorsa sağlık hizmeti talebi düşük kalacaktır. Kişinin kendisinin cepten ödemesi gereken tutar yükseldikçe, sağlık hizmetlerine olan talep düşecektir.

### **Sağlık Sigortası**

Sağlık hizmetleri sunumunda talep bu modellere göre farklılıklar göstermektedir. Doğrudan finansman modelinin kullanıldığı ülkelerde talep, toplumdaki bireylerin bütçeleriyle doğru orantılıdır. Hizmetin maliyeti bireyin bütçesiyle karşılanır. Bu sebeple bireyin gelirine göre talep artar ya da azalır. Dolaylı finansmanın kullanıldığı ülkelerde ise hatırlanacağı üzere, bireyin bütçesi ve geliri yerine devlet sübvansiyonları, vergiler veya sağlık sigortasıyla sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin finansmanı kamu ve özel sağlık sigortaları tarafından sağlandığı zaman talebin arttığı görülmektedir (Çoban, 2009: 84). Sağlık sigortalarının ulaşılabilirliği arttıkça sağlık hizmeti talebi de artmaktadır. Sağlık sigortaları fiyatı düşürücü bir etki yaratır (Santerre ve Neun, 2010: 113). Sağlık hizmetlerinin fiyatını düşük olarak algılayan tüketici sağlık hizmeti talebini arttırmakta ve gereksiz yere hizmet talep etme veya gerekli olmayan tetkikleri alma gibi ahlaki tehlike yaratan durumlar içine girmektedir. Sağlık sigortasının yarattığı bu durum sağlık harcamalarını yükseltecek ve kaynakların verimsiz kullanımına yol açacaktır.

## **İlişkili Diğer Malların Fiyatı**

Diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de “x” sağlık hizmetinin fiyatının “y” sağlık hizmeti talebini nasıl etkileyeceği “x” sağlık hizmetinin ikame mi yoksa tamamlayıcı mı hizmet olduğuna göre değişmektedir. Örneğin, bir göz muayenesi ve ihtiyaç halinde gözlük birbirinin tamamlayıcıdır. Tamamlayıcı mallarda, diğer koşullar sabitken malın tamamlayıcısının fiyatının artması, söz konusu malın talebini düşürecek, tamamlayıcının fiyatının düşmesi ise asıl malın talebini arttıracaktır. Bu nedenle muayene fiyatları yükseldikçe hem göz muayenesi hem de gözlük talebi düşecektir (Morris vd., 2012). Bunun yanında, anjiyo için operasyon koldan ya da bacadan müdahale şeklinde 2 farklı yöntemle gerçekleştirilebilir. İkame niteliği gösteren bu iki hizmetin maliyetleri birbirinden farklıdır. Koldan yapılan operasyonların fiyatı arttıkça ikamesi olan bacadan yapılan operasyonlara talep artacaktır.

## **Gelir Seviyesi**

Talepten bahsedilebilmesi için hem satın alma isteği hem de satın alma gücü olmalıdır. Satın alma gücünün de temel belirleyicisi gelirdir. Diğer koşullar sabitken, bireyin gelir düzeyi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok talep edecektir. Kişinin artan geliriyle beraber daha önce alamadığı bir sağlık hizmetini alabilmesi, yaptıramadığı bir tetkiki yaptırabilmesi veya özel muayenesine gidemediği bir hekime gidebilmesi mümkün hale gelebilecektir.

## **Zaman Maliyeti**

Sağlık hizmetlerinde bazı işlemler ve hizmetler önemli bir zamanı gerektirir. Genelde kişiler yüksek parasal maliyetleri olan ancak düşük zaman maliyetleri (daha az bekleme süresi gibi) olan sağlık hizmetlerini tercih edebilirler. Kişilerin geliri arttıkça, yoğun zaman

alan hizmetlerden daha pahalı hizmetlere yönelik bir talep artışı olacaktır (Aslan vd., 2021: 157).

### **Geleceğe Yönelik Fiyat Beklentileri**

Ertelenebilen sağlık hizmetleri için gelecekte bu hizmetlerin fiyatında bir düşüş bekleniyorsa şu anki talebi azalacak, ama fiyatında artış bekleniyorsa şu anki talebi yükselecektir. Örneğin, burun estetik operasyonlarının fiyatını arttıracak bir kararın alınacağı yönündeki bir beklenti, bu sağlık hizmetine olan talebi arttıracaktır.

### **Ekonomik Olmayan Diğer Unsurların Etkisi**

Tüketicinin bir mala olan talebi zevk ve tercihlerden etkilenmektedir. Bir malın satışında diğer unsurlar sabitken bireyin zevk ve tercihlerinin lehine bir değişim olması o malın talebinde değişime neden olmaktadır (Bocutoglu ve Berber, 2012: 62). Sağlık hizmetlerin zevk ve tercihler diğer mal ve hizmetlere göre daha az etkili olsa da örneklerine rastlanmaktadır. Hamile olan bir kadının normal doğum yerine sezaryen doğumu tercih etmesi bu duruma örnek gösterilebilir.

Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın şiddeti de sağlık hizmeti talebini etkilemektedir. Sağlık hizmeti kalp krizi geçiren ve hayati tehlikesi olan bir kişi tarafından talep edilebileceği gibi, burnunun şeklinden memnun olmayan ve estetik yaptıran birisi tarafından da talep edilebilir. İki hizmete yönelik ihtiyaçların şiddeti aynı olmayacağı için talebi de aynı olmayacaktır. Kalp krizi geçiren hastanın sağlık hizmeti talebi, ihtiyacın şiddeti diğer hizmet ihtiyacına göre daha fazla olduğundan yüksektir.

Kişinin sağlığının iyi ya da kötü olması sağlık hizmeti talebini belirleyen en önemli etmenlerden biridir. Kişinin sağlık statüsü bozuldukça, yararlanmak istediği sağlık hizmeti talebi de artacaktır (Çelik, 2016: 125).



Talepte bulunan bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim seviyeleri, medeni halleri gibi demografik faktörler de talebi etkilemektedir (Saraçoğlu ve Öztürk, 2015: 307). Örneğin yaş faktörüne göre, kişi yaşlandıkça sağlık düzeylerini iyileştirmek için sağlık hizmetli harcamalarını da arttıracaktır. Toplumda bireylerin eğitim seviyesi yüksek olmasının talep üzerindeki etkisi, sağlık problemlerinde erken tanı, tedavi ve hekimlerin değerlendirilmesiyle birlikte birinci basamak olan koruyucu sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına yol açacaktır. Bireylerin eğitim seviyeleri yükseldiğinde sağlık hizmetleri talebi arasında kompleks bir ilişki meydana gelmektedir. Bunun sebebi toplumda eğitilmiş kesimin sağlık ve koruyucu hizmetler konularında farkındalık seviyelerinin yüksek olmasıyla hizmetleri etkin bir şekilde kullanmalarıdır. Kişinin eğitimi, yaşam kalitesini arttırmasından dolayı sağlığı olumsuz etkileyecek risk faktörlerini azaltarak birçok hastalığın oluşumuna sebep vermeden hizmete olan talebin düşmesini sağlar. Sağlık alanında talebin doğuşu bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmeti arama tutumları ile bağlantılıdır (Sayım, 2016). Bununla beraber, eğitim düzeyindeki artış kişilerin hastalık durumunda daha hassas davranmasına ve geleneksel yöntemler yerine sağlık kuruluşuna başvurmasına yol açmaktadır.

Hekimlerin tutum ve davranışları da sağlık hizmeti talebini etkiler. Eğer hekim arz kaynaklı talep yaratacak şekilde asimetrik bilgiye sahip olduğu için kendi çıkarını arttırmak için hastanın daha fazla sağlık hizmeti talep etmesine, gereksiz tetkikler yaptırmasına neden olabilir.

Sağlık alanında gelişen teknoloji ile birçok hastalığa yeni tedavi türleriyle iyileşme oranının yükselmesi talebin de yükselmesine neden olur. Ayrıca, gelişen bilgi ve iletişim teknolojileriyle beraber sağlık hizmetlerine, e-sağlık gibi uygulamalar aracılığıyla ulaşım imkanı artmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerine teknolojik erişebilirlik kadar ve hatta belki ondan daha önemlisi fiziki ulaşılabilirlik oldukça önemlidir. Hastanelerin sayısal artışı ve bunlara insanların engelsiz kolay ulaşımı sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Bunların yanında, ülkenin nüfusunda yaş ortalamasının yüksek olması, doğum oranları,

ekonominin gelişmişliği, toplumun imkanları, sosyal nitelikler, sanayileşme gibi birçok unsur da sağlık hizmeti talebini etkilemektedir.

#### **1.4. Sağlık Hizmetlerinin Arzı**

İhtiyaç duyulan veya talep edilen sağlık hizmetlerinin yeterli ve nitelikli bir düzeyde karşılanması sağlık hizmetlerinin arzına bağlıdır. İktisatta arz kavramı temelde piyasada bir üreticinin belli bir zaman diliminde, ürettiği farklı şartlarda belirli bir ücretten satmak istediği mal ve hizmet miktarı olarak tanımlanabilir. Tüketicinin tercihleri, sunulan malın veya hizmetin fiyatı ve piyasada rekabette olduğu malların fiyatları arzı etkileyen unsurlardan bazılarıdır (Kurtulmuş, 1998: 182).

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle arz ve arzın özelliklerine değinilmekte, arzı etkileyen unsurlar açıklanmaktadır. Ardından sırasıyla, sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık hizmeti arzının özellikleri, sağlık hizmetlerinde arz esnekliği ve sağlık hizmetlerinde arzı etkileyen faktörlere yer verilmektedir.

##### **1.4.1. Arz ve Arzın Özellikleri**

Firmaların piyasalarda mal ve hizmetleri tüketicilere belirli bir fiyat karşılığında satmak istemelerine arz denir (Bulmuş, 2003: 228). Diğer koşullar sabitken, belirli bir zamanda çeşitli fiyat seviyelerinde firmaların satmaya hazır oldukları mal ve hizmetlere arz edilen miktar denir (Keat ve Yong, 2004: 80). Piyasada malın arz edilme miktarı, bütün satıcıların karşı karşıya geldikleri sınırlamalar göz önünde bulundurulduğunda belirli bir zaman dilimi boyunca satmayı istedikleri bir malın birim sayısıdır (Hall ve Lieberman, 2008: 65). Ekonomide satışa sunulan hizmet ve mal miktarıyla fiyat arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Diğer koşullar sabitken, satılmak istenen malın veya hizmetin fiyatı yükseldikçe, malı satmak isteyecek birçok satıcı firma olacaktır. (Tıraş, 2013: 137). Tam tersi durumda ise diğer koşullar sabitken mal veya hizmetin fiyatının düşmesi firmaların daha az malı piyasaya sürme arzusuna yol açacaktır. Buna iktisatta Arz Kanunu

denmektedir. Arz Kanunu; piyasada satılmak istenen malın belirlenmiş fiyatı ile o malın satılmak istenen miktarı arasındaki doğrusal ilişkisi olarak ifade edilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus fiyat dışında arzı etkileyen diğer faktörler sabit düşünülürken ürünün fiyatının artması ile arzın artması, azaldıkça arzın almasıdır.

Arzın özellikleri satıcıların davranışlarıyla şekillenir. Bu özellikler şöyle ifade edilebilir (Gürler, 2011: 49):

- Arzın meydana gelebilmesi üretici firmanın satma isteği doğrultusunda elindeki stoklu malın olması yeterli değil, mal stokunun satışıyla oluşur.
- Piyasada satılmak istenen malın farklı koşullar altında satılmasına razı olma durumudur.
- Belirli ürünün belli zaman diliminde piyasada belirli bir fiyat verilerek üreticinin satışa çıkarması gerekmektedir.

Piyasadaki mal veya hizmetlerin arz ve talebini etkileyen birçok etmen vardır. Ancak bu etmenler belli bir kısmı aynı çatı altında sıklıkla ters yönlü bir şekilde işlemektedir. Buna örnek olarak fiyat kavramı hem arzı hem de talebi etkiler. Malın fiyatında yükseliş oldukça arzda yükselir, talep teorisinde ise yükselen fiyatlar talepte azalma görülmektedir. Bazı durumlarda ise malın fiyatı sabitken yani bir değişim yokken malın maliyetinde doğan yükseliş veya düşüşler malın arzını etkilemektedir. Piyasadaki malın satış fiyatındaki değişimler, diğer malların satışı üzerindeki artış veya azalışlar, teknolojinin ilerlemesi, özel etkenler, üretim unsurlarının ücretlerindeki birtakım değişiklikler arzı etkileyen etmenlerdir (Sayım, 2016: 90).

#### 1.4.2. Arzı Etkileyen Unsurlar

Piyasada firmaların satmayı arzu ettikleri mal ve hizmet miktarını etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenler sırasıyla şu şekilde açıklanabilir:

- **Mal/Hizmetin Kendi Fiyatı:** Arzı etkileyen temel unsur talepteki gibi malın fiyatıdır. Tüm işletmelerin temel amacı kar oranını arttırmak olduğu için satılması istenen

ürünün fiyatının yüksek olması durumu daha yüksek arz demektir. Genelde arz edilen malın miktarıyla fiyat faktörü arasında doğru yönlü bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Buna göre fiyat yükseldikçe arz yükselir yada fiyat azaldıkça arz da azalır (Miller, 2006: 60).

- **Girdi (Üretim Faktörleri):** Fiyatları: Üretim sürecinde malın üretim faktörlerinin maliyetinde artışlar üretilecek malın arzıyla ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Malın maliyetleri, yani üretim faktörlerinin fiyatları arttıkça arz düşmekte, maliyetleri düşen bir malın arzı ise yükselmektedir. Üretim faktörlerinin fiyatları malın arzını etkilemektedir. Girdi fiyatlarının değişim ile arz miktarı arasında ters yönlü bir ilişki vardır (Thomas ve Maurice, 2020: 53).
- **İlişkili Diğer Mal ve Hizmetlerin Fiyatları:** Piyasada diğer malların fiyatlarındaki artış ve azalış arzı etkilemektedir. Satılmak istenen ürünün fiyatı sabitken, ikamesi olan diğer ürünlerin fiyatlarındaki artış bu ürünlerin üretimini yükseltirken söz konusu satılmak istenen ürünün arzının azalmasına neden olur. Aynı üretim faktörleri ile üretilebilecek diğer malların fiyatındaki bir artış, o malın arzını azaltacaktır. Bir malın yüksek fiyattan satışı satıcıya daha fazla kar getireceğinden satıcı o malı daha çok satmak isteyecek ve üretici ise o malın üretimini artırma yoluna gidecektir. Tamamlayıcı malların fiyatları da bir ürünün arzının belirlenmesinde önemli rol oynar. Tamamlayıcısının fiyatı arttığında o ürünün de arzı atmaktadır (Bentzen ve Hirschey, 2016: 85).
- **Teknoloji:** Teknolojinin gelişmesiyle birlikte üretim alanlarında insan iş gücü yerine makinelerin kullanımı daha hızlı üretimi sağlayarak, malın arz miktarını etkiler. Teknoloji etkeni arzı arttırmak amacıyla kullanılır (Gürler, 2011: 50). Teknolojik gelişmeler daha verimli üretim yapılabilmesine olanak sağlar ve birim başı maliyetleri azaltır. Bir malın üretim maliyetlerini düşürerek, o ürünün karlılığının artmasını sağlayan teknolojik ilerlemeler diğer koşullar sabit iken, satıcının piyasaya sunmak /arz etmek isteyeceği malın miktarını artırır (Ünsal, 2017: 85). Bu yüzden arz miktarı artar. Günümüzde yapay zeka ve robot teknolojileri daha hızlı ve ucuz üretimi sağlamaktadır.
- **Üreticilerin Fiyat Beklentileri:** Üreticilerin arz ettikleri ürünün gelecekteki fiyatına yönelik beklentileri arz miktarını etkiler. Diğer koşullar sabitken, üreticiler arz ettikleri malın gelecekte fiyatının yükseleceğini düşünüyorlarsa malın hepsini arz etmeyerek fiyatının yükselmesini bekleyeceklerdir. Ama diğer koşullar sabitken,

malın fiyatının düşeceğini bekliyorlarsa malın hepsini satmak isteyeceklerinden arz edilen mal miktarı artacaktır. Arz edilen malın geleceğe dönük fiyat beklentisi ile arz edilen miktar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır (Ünsal, 2017: 86).

- **Zevkler ve Moda:** Tüketicilerin zevk ve tercihleri firmaların arz ettikleri mal miktarı üzerinde etkilidir. Modadaki değişimler tüketicilerin zevk ve tercihlerini değiştirerek malın arzını artış ya da azalış yönünde değiştirmektedir. Örneğin bir malın modası geçtiği zaman arzı azaltıcı bir etki yaratmaktadır (Bocutoglu ve Berber, 2012: 62).
- **Vergiler ve Sübvansiyonlar:** Firmaların ürettikleri mal ve hizmetler için ödediği vergiler maliyetlerini artırır ve karlılıklarını azaltır. O yüzden, diğer koşullar sabitken, vergilerin artışı firmanın arz ettiği mal miktarının azaltmasına neden olur. Bununla beraber, sübvansiyonlar ise firmanın piyasaya arz ettiği mal miktarının arttırmasına neden olur. Diğer koşullar sabitken, sübvansiyonlar üretim maliyetini azaltacağından arz miktarını pozitif yönde etkiler (Karahana, 2021: 186).
- **Firma Sayısı:** Eğer bir mal piyasasında karlılık artarsa, o piyasaya yeni işletmelerin girmesine yol açabilir. Piyasada artan firma sayısı ile beraber arz edilen mal ve hizmet miktarı da artar. Tam terine, ürünün fiyatı düşerse karlılık azalacağından bir kısım firma piyasanı çekilir ve arz edilen ürün miktarı düşer (McPake vd., 2008: 45).

### 1.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Sağlık piyasasında arz kavramı, sağlık hizmetleri geniş anlamda, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici üniteler tarafından verilen hizmetler ile ilaç, medikal bakım, tıbbi araç ve gereçlerin sunumu kapsamaktadır (Loş, 2016: 10). Fakat sağlık hizmetinin daha çok koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin toplamından ibaret olduğu düşünülmektedir. Bunlardan koruyucu sağlık hizmetlerinin sahip olduğu yüksek dışsallık ve hastalıkların önlenmesine yardım ettiği için topluma ücretsiz sunulmasına gayret edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır. Bununla beraber, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ayakta tanı ve tedavi yapılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ise hem ayakta hem de yatarak sağlık hizmeti vermektedir. Rehabilite edici hizmetler ise sağlık hizmetleri arzı içinde fiziki veya zihinsel yetilerini kaybeden bireylere verilen iyileştirici hizmetlerden oluşmaktadır.

Sağlık hizmetleri arz edenler kurumlar, ayakta ya da yatan hastalara hizmet sunan ve çeşitli sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan sağlık evi, aile hekimliği, sağlık merkezi, dispanserler, hastaneler, muayenehaneler, tahlil ve tetkik laboratuvarları ile diğer sağlık birimlerinde sunulan hizmetleri kapsamaktadır (Karabulut, 2015: 125). Hatta sağlık hizmeti arzı geniş manada düşünüldüğünde ilaç şirketleri de bu kapsam içine alınabilir.

Sağlık sektöründe hizmet ve mal üretimi yapılırken toplumdaki kişilerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi temel amaçtır. Bu alanda yapılan hizmet arzı kendine has nitelikleriyle ile diğer sektörlerin arz nitelikleri arasında bazı farklılıkları bulunmaktadır. Sağlık piyasasında üretilen hizmet arzı sınırlıdır. Ülkeden ülkeye değişmekte ve daha çok monopol piyasa yapısına sahip olduğundan malın fiyat ve patent gibi durumlarında yasal sınırlamalar vardır. Bu da sağlık hizmetinin arzı farklı özelliklerindedir (Mutlu ve Işık, 2015: 96). Sağlık piyasasında verilen hizmetleri arzını, doktor, hemşire, ebe, eczane, radyoloji ve sağlık teknisyenleri gibi kendi alanında eğitim almış, ehliyetli personeller tarafından yapılmaktadır (Karabulut, 1998: 53). Sağlık personelleri tarafından arz edilen sağlık hizmetleri genellikle sağlık kurum ve kuruluşları çatısı altında veya belli dönemlerde kendi evlerinde de verilebilmektedir. Kâr amacı önceliği olmayan sağlık kuruluşlarınca verilen hizmet fiyatı maliyetin altında tutularak devlet desteği almaktadır. Sağlık hizmeti özel sektör tarafından arz edildiğinde hizmetten kar edilmesi amaçlanır. Kısacası sağlık hizmeti hem kamu sektörü hem de özel sektör tarafından sunulabilirken, özel sektör bu hizmeti diğer hizmetlerde olduğu gibi kar etmeden sunmaz.

Sağlık hizmetleri piyasasında kamu kurum ve kuruluşlarıyla ile özel kurumların arasında rekabet söz konusu değildir. Bunun sebebi toplamda arzın yeterli olmamasıdır. Toplumda yüksek geliri olan kesimler özel sağlık hizmetleri için özel kurumları tercih ederken, toplumda daha geniş kitleler ise kamu sağlık kurum ve kuruluşlarını tercih etmektedir. (Karaibiş, 1990: 34). Bu durumda kamu ile özel sektör arasında rekabet görülmemesine yol açmaktadır.

Sağlık sektöründe arzın yeterli olmadığı durumlar toplumsal problemlere sebep olur. Sağlık hizmeti arz edilirken, bu alanda profesyonel eğitimin maliyetinin oldukça yüksek olması başka piyasalardaki arzdan farklılık göstermektedir (Arrow, 1963: 952). Ülkede sağlık eğitiminin yüksek maliyetli olması, bu alanda çalışacak eğitilmiş personelin yetersizliği arza engel teşkil etmektedir. Bir ülkede doktorların ve sağlık çalışanlarının sayısının fazla olması, ülkenin sağlık alanındaki gelişmişlik düzeyiyle doğru orantılıdır. Ekonomik olarak kalkınmış toplumlarda sağlık hizmeti sunan insan gücü yeterli ise, sağlık hizmeti arzında herhangi bir sorun yaşanmayabilir.

Sağlık hizmetlerinin arzında ortak hedef, insanların sağlığını korumak, sağlığı geliştirmek, toplumu sağlıklı kılmak ve sağlıklı bir dünya oluşturmaktır (Sargutan, 2005: 403).

#### **1.4.4. Sağlık Hizmeti Arzının Özellikleri**

Sağlık piyasada diğer mal ve hizmetlerden daha farklı bir yapıya sahiptir ve farklı özellikleri de içinde barındırmaktadır. Bu hizmetin ikamesi yoktur. Ancak birbirlerinin yerine kullanılabilir alternatif tedaviler ve buna ek olarak ilaçların ikamesi bulunmaktadır. Sağlık, tüm bireylerin en temel hakkı olarak görülür. Bu yüzden hizmet sahası çok geniş ve çeşitlilik gösterir. Bireyin alacağı hizmet hekim tarafından belirlenir. Hekim arzı belirlerken talebi de şekillendirmektedir. Ekonomideki standart arz ve talep kanunu burada karmaşıklaşır. Bu karmaşıklığın nedenleri sağlık hizmetleri piyasasının birtakım özelliklerinden kaynaklanmaktadır, (Mankiw, 2017: 2–3) Bunlar:

- Sigorta şirketleri, hükümetler ve diğer üçüncü taraflar sağlık hizmet sonuçlarını izlerler.
- Hastalar neye ihtiyaç duyduklarını tam olarak bilmezler ve aldıkları tedavileri tam olarak değerlendiremezler.
- Özel sağlık sigortaları ve devlet sağlık sigortaları tarafından sağlık hizmet sunucularına ödeme yapılır.
- Sigorta şirketleri tarafından belirlenen kurallar kaynak tahsisini belirler. Fiyat mekanizması sağlık hizmet piyasasında sağlıklı işlemez.

- Bu nedenle görünmez el kuralı bu piyasada işe yaramaz ve kaynak tahsisi verimsiz bir şekilde gerçekleşebilir.
- Sağlık hizmetlerinin arzını piyasada büyük ölçüde merkezi otorite belirler.

Sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabet vardır. Arz eden sayısı sınırlıdır. Bunun yanında, hizmetin arzı için gerekli insan gücünün uzun süreli ve yüksek maliyetli bir eğitim alması, hizmetin arzı için lisans, diploma, ruhsat ve yeterlilik belgelerinin devletten alınması, merkezi otoritenin planlamasıyla hizmet arzının gerçekleşiyor olması tam rekabet piyasası olmasını engelleyen unsurlar arasındadır (Cöğür, 2015: 15). Bu faktörler piyasaya giriş ve çıkışları sınırlar. Tüm bu faktörler ışığında, sağlık hizmet piyasası doğal tekelleşmiş ya da oligopol piyasa niteliği taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri karmaşık yapısı ve ileri teknoloji ihtiyacının dolayısıyla büyük sermaye yatırıma gereksinim vardır. Bununla beraber, yatırımların büyüklüğü sektörde ölçek ekonomisi kavramını önemli hale getirmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında ölçek ekonomilerinin varlığı diğer işletmelerin piyasaya girmesine engel olan diğer bir faktördür. Sağlık piyasalarında oluşan bu monopol yapılanmadan dolayı ortaya çıkan verimsizliklerle başa çıkmanın yolu hizmetlerin temininde ve düzenlenmesinde kamunun daha çok yer almasıdır (McPake vd., 2008: 64). O yüzden, devletin sağlık hizmetlerine müdahale etmesinin temel gerekçelerinden biri budur. Bununla beraber, devlet müdahalesinin bir diğer gerekçesi dışsallıkların varlığıdır. Dışsallık bir mal veya hizmetin üretilmesinin veya tüketilmesinin, o üretim ve tüketimle doğrudan ilişkisi olmayan üçüncü kişi veya kurumlar üzerinde ortaya çıkan olumlu veya olumsuz etkiler olarak ifade edilir. Eğer ortaya çıkan bu durum üçüncü kişilerin üzerinde olumsuz bir etki yaratıyorsa negatif dışsallık (dışsal maliyet), olumlu bir etki yaratıyorsa pozitif dışsallık (dışsal fayda) söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasasında dışsallıklar çok fazla olduğu için devletin harekete geçmesi gerekir. Bu bağlamda, dışsallıkları içselleştirmek için bazı tedbirler alınmalı ve düzenlemeler yapılmalıdır (Mankiw, 2017: 3).

Emek yoğun bir hizmet olan sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallığı ve sosyal faydası yüksek olduğundan, bu hizmetin arz edilen miktarı ile fiyat arasındaki pozitif yönlü ilişkinin



ana unsuru olan fiyat önemsiz hale gelebilmekte ve devlet sağlık hizmetlerini halka ücretsiz olarak sunabilmektedir. Bu yüzden, özel sektörden daha fazla kâr amacı gütmeyen kamu kuruluşları sağlık hizmetleri arzını üstlendiği için her zaman klasik piyasa koşulları işlemeyebilir. Sağlık hizmetleri piyasasını klasik piyasa yapısına en çok yaklaştıran kâr amacı güden özel hastanelerin varlığıdır. Fakat bunların payı en kapitalist ülkelerde dahi kamunun payının altında yer almaktadır. Kamu sektörü sağlık hizmetlerini bedelsiz sunarken, kar amacı gütmeyen kuruluşlar da devlet teşvikleri ve yardımlarla beraber hizmetin fiyatını maliyetin altında tutabilmektedir (Karabulut, 2015: 125–126). Tüm dünyada sağlık hizmetleri içinde kamu ve kar amacı gütmeyen kuruluşların ağırlığının hala çok fazla olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketim aşamaları diğer sektörlerdeki hizmetlerin üretim ve tüketiminden tam anlamıyla farklılık göstermektedir. Çoğu sektörde, tüketiciler bir mal veya hizmeti satın almadan önce o mal veya hizmetin ne olduğunu, neye benzediğini ve aynı zamanda tüketiciyi ne kadar tatmin edebileceğini öngörebilirler. Ancak sağlık hizmetleri gibi bir sektörde böyle bir durum söz konusu değildir. Çünkü verilen hizmetler üretildiği anda tüketilir. Herhangi bir stoklanabilme durumu yoktur. Bu sebeple sağlık hizmetlerinden yararlanan tüketicilerin alacağı hizmeti öngöremediği için hizmet veren sunuculara olan güven faktörü önem arz etmektedir. Bir hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi ve memnuniyeti için hekimlerin verdiği hizmete olan güven unsurunun tam olabilmesi en iyi sonuçları doğurmaktadır (Karabulut, 2015). Böylece hastalık ve yaralanmalarda insanlar hekimleri uzman olduklarını kabul ederek güven ilişkisine dayalı birtakım riskler alınmasını sağlar. Tabi burada bilgi asimetrisine sahip olan hekimlerin etik davranmaları önemlidir. Gereksiz tetkik ve tedaviler sunarak çıkarını maksimize etmeye çalışması bu güvenin zedelenmesine yol açar.

#### **1.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz Esnekliği**

Sağlık alanında verilen hizmetler genellikle yüksek fiyatlara sahiptir ve günden güne gelişen teknoloji ile fiyatlar yükselme eğilimi göstermektedirler. Arz yasasına göre hizmetin fiyatının yükselmesi, mal veya hizmetin arz miktarının da yükselmesi şeklinde

açıklanmaktadır. Malın fiyatında meydana gelen değişimler karşısında, arzı etkileyen diğer faktörler sabit durumundayken, arz miktarının hassasiyetinin/duyarlılığının boyutu arz esnekliğini ifade etmektedir (Karahana, 2021: 187). Özetle, malın fiyatı değiştiği zaman, arz edilen miktarın ne kadar değişeceği arzın fiyat esnekliğini vermektedir.

Sağlık hizmetlerinin arz esnekliği düşüktür. Çünkü bu hizmetin emek yoğun özelliğinin olması hizmetin kısa zamanda ihraç edilmesi güçlüğü yaratmaktadır. Ayrıca etkili ve verimliliğinin yükselmesinin yavaş bir şekilde olması durumundan da kaynaklanır (Normand, 1991: 1574).

Sağlık hizmetlerinin arzını etkileyen faktörlerden biri hekimlerin eğitim süresinin uzun ve maliyetli olmasıdır. Hızla gelişen teknolojiyi takip ederek teknolojik tıbbi cihazların sağlık hizmetlerinde kullanımı ve maliyetinin karşılanması da güçtür. Bu yüzden arzı etkileyen unsurların teminin çok kısa zamanda sağlanamaması arz esnekliğini etkilemektedir. Kamu sektörü aracılığıyla verilen sağlık hizmetleri için sektörlerindeki arz esnekliği düşükken özel sağlık sektöründe ise yapısal ve yönetsel durumundan dolayı arz esnekliği yüksektir verimliliği arttırmaktadır (Çoban, 2009: 53).

#### **1.4.6. Sağlık Hizmetlerindeki Arz Değişimini Etkileyen Unsurlar**

Sağlık piyasasında arz yetersizliği birçok sorunlara neden olur. Fiyat unsuru tek başına hizmeti dengeleyemez. Bu yüzden fiyat dışında, sağlık piyasasında sunulan hizmetin arzını etkileyen unsurlar; üretim etmenlerinin fiyatı ve ulaşılabilirliği, tıbbi teknolojik gelişmelerin takip edilip kullanılması, devletin uyguladığı sağlık politikaları, sağlık pazarının özellikleri (sağlık insan gücü ve sağlık hizmet birimi miktarı), beklenti ve uluslararası sağlık kuralları şeklinde sıralanabilir (T. Eren vd., 2016: 13). Bu çerçevede sağlık hizmetlerinde arzı etkileyen ve sağlık hizmetleri arzında değişime yol açan faktörler ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır.

Sağlık sektöründe gelişen teknolojiyle meydana gelen yeni tekniklerin arzı, maliyet olarak yüksek olsa da toplumda sağlık hizmeti açısından yüksek bir talep meydana getirmektedir. Ancak diğer sektörlerde kısa bir zaman diliminde talebin artışıyla birlikte arzda artış gösterirken, sağlık alanında maliyetlerin yüksek olmasından dolayı o kısa zaman diliminde talebin artışına sağlık hizmetleri arzı cevap vermekte zorlanmaktadır. Bu pazardaki arzın arttırılması bürokratik sebeplerden veya hizmetin üretim sürecinin hazırlıkları ve topluma sunulması diğer pazarlara göre daha uzun bir zaman ve gayret istemektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında serbest fiyat düzeneği yoktur. Bunun sebebi ise üreticiler hizmet arz ederken bağımsız değildirler ve devletin idari etkisindedir. Sağlık piyasasında arz esnek değildir. Çünkü arzın artabilmesi hizmetin etkili bir şekilde sunulabilmesi sağlık çalışanlarının sayısı ile doğru orantılıdır ve eğitilmiş personelin artması kısa bir zaman diliminde güçtür. Mevcut kaynakların etkin kullanılması teknoloji ve tıbbi eğitim, bilgiyle birlikte en yüksek faydayı vermeyi hedeflemektedir (Mutlu ve Işık, 2015: 96–99).

### **Hizmetin Fiyatı**

Arz kanununa göre fiyat unsuru mal veya hizmetin arzını en çok etkileyen faktördür. Piyasada mal ve hizmetin fiyatı ile arz edilen miktar arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Diğer unsurlar sabitken malın/hizmetin fiyatının artması arzını da arttıracaktır. Hizmetin fiyatında yükselme görüldüğünde, arz da paralel bir şekilde yükselir Firmalar bir maldan veya hizmetten ne kadar arz edeceklerine en çok malın/hizmetin fiyatına bakarak karar verirler (Eren ve Yıldız, 2020: 56; Ünsal, 2017: 85). Malın fiyatının artması, diğer koşullar değişmezken, bu maldan daha fazla kar elde edilmesini sağlayacaktır.

Fiyat, sağlık hizmetleri arzında her zaman belirleyici rol oynamayabilir. Devlet aile planlaması, aşılama, sağlık eğitimi gibi bir takım sağlık hizmetlerini bedelsiz sunmaktadır. Fiyat ile mal/hizmet miktarı arasındaki pozitif yönlü ilişki koruyucu sağlık hizmetleri gibi birtakım sağlık hizmetlerinin arzında işlemez. Genel olarak da sağlık hizmetleri arzı fiyata karşı duyarsızdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri arzının fiyat esnekliği inelastiktir. Hizmetlerin fiyatı değişse dahi arz edilen miktarı ve hizmet miktarını kısa dönemde

arttırmak mümkün değildir. Sağlık hizmetleri piyasasında fiyat artışı yaşandığı zaman karlılık sağlamak adına arzu doktor ve hastane gibi üretim unsurlarının yerine başkalarını koyarak arttırmak mümkün değildir. Bunun yanında, yeni doktor yetiştirmek, hastane inşa etmek veya hastane kapasitesini genişletmek de maliyetli ve uzun zaman alan bir süreç olduğundan kısa dönemde bu şekilde arz artışı sağlanamaz. Ayrıca, arz edilen miktarı arttırmak için yüksek teknoloji kullanımı gerekir. İlaç ve cihazları üretecek teknolojik alt yapıyı kısa dönemde arttırmak oldukça zordur (Karabulut, 2015: 126). Fiyat unsurunun sağlık piyasasında dengeleyici görev üstlenememesinin bir nedeni de devletin, piyasada gerçekleştirecek fiyatı denetim altına almasıdır.

Sağlık hizmetleri arzında fiyatın arz miktarı üzerinde arttırıcı etki yarattığının çok sayıda örneğine rastlanmaktadır. Örneğin, sezaryen doğum ücretleri yükseldiğinde doktorların daha fazla bu hizmete yöneldiğini görülmektedir. Fiyatı artan bu hizmetlerden doktorların aldığı pay da artacağından daha fazla arz etme yoluna gidebilirler. Estetik ameliyatların fiyatı arttığı zaman daha çok özel sağlık kuruluşu estetik ameliyat yaparak karını arttırmaya çalışır.

Doğru yönlü bir ilişkide içinde olan fiyat artışı ve arz, sağlık piyasasında firmalara veya işletmelere başta kar olmak üzere fayda sağlarken, yeni firma, işletmelerin arza katılmasına neden olabilir (Sayım, 2016: 5). Örneğin, enerji veren ilaçların artışı bu ilaçların arzını arttırırken, yeni firmaların da piyasaya girerek üretim yapmalarını mümkün kılabilir. Sağlık hizmetlerinin arzı sadece fiyatından değil, diğer faktörlerden de önemli ölçüde etkilenmektedir. Diğer başlıklarda bu diğer faktörler açıklanmıştır.

### **Yatırım ve Finansman Olanakları**

Sağlık alanında verilen hizmetler için genellikle pahalı yatırımlar veya büyük bütçeli finansman kaynaklarına ihtiyaç duyulur (Çelik, 2016: 78). Hizmet arzını sağlayacak çalışanların gelişimi için eğitimler, kurum ve kuruluşların inşaatı, yeni teknolojiye sahip

tıbbi cihazların temini gibi yatırımlar büyük bütçeler gerektirdiğinden hizmetin fiyatının artmasına sebep olması hizmetin arzını etkiler.

### **Sağlık İş Gücü**

Tüm sektörlerdeki gibi sağlık sektöründe de verimli bir hizmetin verilebilmesi nitelikli ve yeterli sayıda çalışanın olmasıdır. Bu çalışanlar hekimler, hemşireler, ebeler, sağlık teknisyenleri, eczacılar, hastane yöneticileri, laborantlar gibi sağlık uzmanlarını içerir. Sağlık sektörü emek yoğun olmasından dolayı sağlık çalışanlarının kendi alanlarında eğitim almaları gerekmektedir. Bu eğitimler dünyanın her yerinde uzun zaman almaktadır. Sağlık işgücünün yetişmesi ve uzmanlaşmasının böyle uzun bir süreci alması ve ayrıca ekonomik açıdan maliyetli olması kısa dönemde sağlık işgücü sayısının ve bu bağlamda sağlık hizmet arzının yükselmesini engellemektedir (Çelik, 2016: 78). Sağlık çalışmaları sayısı yetersiz kaldığında sağlık hizmeti arzı da genel olarak yetersiz kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan araştırmalarda hekim sayısının artmasıyla ortalama yaşam süresinin de uzadığı sonucuna ulaşılmıştır (Karabulut, 2015: 127).

### **Sağlık Kuruluşlarının Sayısı**

Sağlık hizmet arz miktarını arttıran unsurlardan biri de sağlık kuruluşlarının sayısının artmasıdır. Sağlık piyasasında fiyatlar arttıkça daha fazla işletme hizmet sunmak isteyecek ve arz miktarı yükselecektir (Witter vd., 2000).

Sağlık hizmeti arzı için sağlık kuruluşu sayısındaki artış kadar, kişi başına düşen hizmet miktarı da önemlidir. Sağlık kuruluşlarının artış oranı nüfus artış oranından fazla ise reel olarak bir artış var demektir. Tersine durum söz konusuysa kişi başına düşen sağlık hizmeti arzı azalacaktır. Ayrıca, sağlık kuruluşu sayısı arttıkça rekabet izleyecek ve fiyatlar düşme eğilimine girecektir. Hastaların, ucuza sağlık hizmetine ulaşma şansı artacaktır (Karabulut, 2015: 134). Büyük kentlerde rekabetçi ortam fazladır ve hizmeti bu rekabetçi ortamda veri fiyattan sunmak isteyen çok sayıda sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Küçük

kentlerde sağlık hizmeti sunan birkaç sağlık kuruluğu çıkmaktadır ki bu da eksik rekabet ortamı yaratmakta ve sağlık hizmetleri yüksek fiyatlara sunulmaktadır (Rice ve Unruh, 2009: 178).

### **Teknolojinin Değiğimi**

Teknolojinin geliğimi sağlık hizmetlerinde kullanılan laboratuvarlarda, yeni tedavi yöntemlerinde, görüntüleme cihazlarında yeni sağlık yatırımları alanları oluşturmaktadır. Arzı olumlu yönde etkileyen teknolojik geliğmeler sağlık hizmetlerinin de geliğmesine etki ederek talebin de yükselmesini sağlamaktadır. Günden güne geliğen bu teknoloji, branşlaşmayı arttırarak yeni sağlık kurum ve kuruluşlarının yapılanmasına yardımcı olmaktadır. Hekimlerin sağlık sorunları karşısında hızlı tanı koyarak erken tedaviye başlayabilmesi teknolojik imkanlar ile mümkün olmaktadır. Böylece hizmetlerin etkinliği yükselerek, hizmetin arzı olumlu yönde etkilenmektedir (Eren ve Yıldız, 2020: 57). Ancak teknolojinin maliyetleri, çok hızlı değiğimi ve kendini geliğtirmesi bazı durumlarda sağlık hizmetlerinin bütçelerinin zorlamakta ya da var olan teknolojik cihazların kullanımı zaman aşımına maruz kalarak arzı olumsuz etkileyebilir.

Teknoloji kısa dönemde bir maliyet baskısı yaratsa da orta ve uzun dönemde maliyetleri düşüren bir unsurdur. En önemlisi ise üretim ve hizmet arzını pozitif yönde etkiler ve verimlilik artışı yaratır. Örneğin, yeni teknolojik araçlarla beraber açık kalp ameliyatı türündeki cerrahi işlemler azalmaya, kanser tedavilerinde giderek akıllı ilaçlar alınmaya, görüntüleme cihazlarında süreyi ve yan etkileri azaltan teknolojiler kullanılmaya başlamıştır. Sağlık hizmet sunumundaki bu teknolojik ilerlemeler hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini arttırmaktadır. Hastalar daha az endişeyle sağlık kuruluşlarına başvuru yapmaktadır. Böylece hastaların sağlık hizmet talebinde hızlı tanı ve tedavi, daha konforlu ve kaliteli hizmet alabilir hale gelmesi hizmet talebini de yükseltmektedir. Artan talebi karşılamak içinse sağlık hizmetlerinin arzını yükseltmesi gerekmektedir. Bu görev hem devlet hem de özel sektör sağlık kuruluşları için de geçerlidir. Özellikle, karlarını maksimize etmeyi amaçlayan özel sağlık kuruluşları yatırımlarını ve arzını talep artışıyla beraber hızla arttırmaya çalışmaktadırlar.

## **Maliyetlerde (Girdi Fiyatları) Değişme**

Sağlık hizmet sunumunda girdi maliyetleri temelde sağlık çalışanlarına ödenen ücretlerden oluşmaktadır. Doktorlara ödenen ücretler arttığı zaman maliyetler artacaktır. Özellikle özel sektörde bu durumda doktor sayısında azaltmaya gidilebilmektedir. Fakat hizmet sunumunu düşecektir. Bununla beraber, maliyetler düşerse arz edilen hizmet miktarı yükselecektir. İstihdam edilen doktor sayısı arttırılabilecektir. Maliyetlerdeki artış ve azalış sağlık hizmeti arz miktarını etkilemektedir (Karabulut, 2015: 132–133).

## **İlişkili Diğer Malların Fiyatı**

Arzın değişimini etkileyen faktörlerden biri de diğer malların fiyatıdır. Tıbbi cihazların fiyatlarının artışıdaki bir değişim sağlık hizmeti arzının düşmesine, bu cihazların fiyatındaki azalış ise ilişkili olduğu sağlık hizmeti arzın artmasına neden olmaktadır. Hizmeti sunan sağlık kuruluşunun kârlılığı azalmaktadır. Benzer şekilde, ilaç piyasasında değişen fiyatlar hizmetin arzını etkilemektedir. İlaç kullanımı devletin kontrolünde olsa dahi harcamaların yükselmesi durumunda sigortalı vatandaşların ilaç ödemesi yaparken katkı payları da yükselir. Bu durumlarda arz değişiminin etkilendiği görülmektedir (Kurtulmuş, 1998: 220).

Sağlık hizmetlerinde ilişkili malların varlığını tamamlayıcı ve ikame mallar açısından iki şekilde incelemek gerekir. Birbiri yerine kullanılan ikame mallara örnek olarak özel bir sağlık kuruluşunda aynı olanaklarla yapılan burun ameliyatı ile diz üzerine yapılan ortopedi ameliyatı verilebilir. Hastane için burun ameliyatının fiyatı sabitken, diz üzerine yapılan ortopedi ameliyatlarının fiyatı artarsa bu sağlık kuruluşu için diz üzerine gerçekleştirilen ameliyatlara öncelik vermek rasyonel olacaktır. Bu konudaki doktor ve ekipman yatırımlarını arttıracaktır. Kaynakları bu sağlık hizmetine yöneltecektir.

Sağlık hizmetleri açısından tamamlayıcı mallara örnek olarak özel bir sağlık kuruluşu için fiyatı artan diz üzerine gerçekleştirilen ameliyatlara öncelik verildiğinde muhtemelen ultrason, tomografi gibi görüntüleme hizmetlerinin arzında da bir artış meydana gelebilecektir.

### **Vergi ve Sübvansiyonların Etkisi**

Piyasada üretilen mallar üzerinden alınan vergiler üreticilerin ürettikleri malın maliyetinin yükselmesine neden olmakta ve mal veya hizmetlerin kar oranını düşürmektedir. Devletin aldığı bu vergilerden dolayı maliyetin artması piyasadaki mal veya hizmet miktarının azalmasını neden olabilmektedir. Vergilerin yükselişi üretimi düşürücü bir etki yaratmaktadır. Kısaca mal miktarı ve vergiler arasında ters orantı vardır. Sağlık hizmetleri açısından bu duruma bakıldığında yerli tomografi cihazına ithal tomografi cihazına göre daha düşük oranda vergi uygulayarak yerli sağlık hizmet üretimini teşvik etmiş olur. Vergileri cezalandırıcı olması yanında teşvik edici amaçla da kullanmış olur. Böylece insanların sağlık ihtiyaçlarını daha rahat karşılayabilmeleri konusunda da bir etki yaratır. Devlet tarafından yapılan finansal destekler işletmelerde üretilen mal miktarını paralel bir şekilde arttırmaktadır. Üreticileri desteklemek için düşük faiz oranlarıyla kredi sağlayıp ödeme kolaylıklarıyla beraber maliyeti yüksek olan sağlık piyasasının dengelenmesine yardımcı olmaktadır (Karahana, 2021: 186). İşte, düşük kredi verme, hibe desteği sunma gibi devletin uygulamaya koyduğu bu türden mali desteklere sübvansiyon denilmektedir. Sağlık piyasasında sübvansiyonların varlığı özellikle özel sektörün sağlık hizmet arzını pozitif yönde etkilemektedir.

### **Geleceğe Dönük Fiyat Beklentisi**

Sağlık hizmetlerinin taşıdığı birtakım özelliklerden dolayı geleceğe dönük fiyat beklentisinin doğrudan hizmet arzını etkilediği ileri sürülemez. Sağlık hizmeti daha önceden üretilip depolanamaz. O yüzden gelecek için hizmetin arzını azaltma ve arttırma planı



yapmak oldukça zordur. Genel olarak sağlık hizmetleri acil nitelik taşır. Hizmet ihtiyacının giderilmesi daha sonraya ertelenemez. Ayrıca, sağlık hizmetini başka bir hizmetle ikame edemeyiz. Tüm bu faktörler düşünöldüğünde, geleceğe dönük fiyat beklentisinin doğrudan sağlık hizmeti arzını etkilediğini söylemek güçtür. Bununla beraber, geleceğe dönük fiyat beklentisi sadece sağlık işletmeleri için yatırım ve kapasite artırma kararları üzerinde bir etki yaratır (Karahana, 2021: 186).

### **Devlet Müdahalesi**

Sağlık hizmetleri arzı devletin müdahalesine bağlı olarak da değişiklik göstermektedir. Günümüzde sosyal devlet anlayışıyla devletlerin sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları içindeki payının hala fazla olduğu görölmektedir. Özellikle yoğun dışşallığı olan bu hizmetlerin yeterli miktarda ve kalitede üretilebilmesi için devletin sağlık hizmeti arzına müdahale etmesi elzemdir. Devlet bazen hizmet sunumunu bizzat kendi sağlayarak arzı üstlenir ya da kural koyma, düzenleme ve denetim yapma yollarıyla sağlık hizmeti arzını etkileyebilir

Devlet müdahalesine bağlı sağlık hizmetleri arzındaki değişmelerin neler olduğunu şu şekilde gibi maddeleştirmek mümkündür (Karabulut, 2015: 134–135):

- **Sağlık Sigortasıyla Arzı Değiştirme:** Devlet genel sağlık sigortası sistemi kurup, tüm vatandaşları bu sigorta kapsamına aldığında sağlık hizmeti talebi ve arzı artacaktır.
- **Kalite Standartları Koyma:** Devlet sağlık hizmetleri için kalite standartları oluşturup, bunları uygulatmaya çalıştığında hizmet kalitesi pozitif yönde etkilenirken, hizmet arzı bundan negatif yönde etkilenecektir.
- **Tıp Eğitimini Arttırma:** Devlet tıp faköltesi sayısını veya var olan faköllerin öğrenci kapasitesini arttırması sağlık hizmeti arzını pozitif yönde etkileyecektir.
- **Doktorlar için Çalışma Kurallarını Düzenleme:** Doktorlara mesai saati dışında muayenehane aıp hizmet verme gibi fırsat sunan düzenlemeler getirildiğinde sağlık hizmeti arzı pozitif yönde etkilenirken, bunlar kaldırıldığında veya kısıtlandığında sağlık hizmeti arzı negatif yönde etkilenecektir.



## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’NİN GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Tezin bu bölümünde Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla beraber sağlık hizmetleri arzında nasıl bir etki ortaya çıktığını analiz edebilmek için Türkiye’nin sağlık sisteminin tarihsel süreci ana hatlarıyla ele alınmıştır. Daha sonra SDP ile değişen sağlık hizmetleri ve yapılan reformlara yer verilmiştir. Özellikle, Sağlıkta Dönüşüm Programı ayrıntılı olarak incelenmiştir.

#### 2.1. Sağlık Politikaları

Sağlık politikaları bir ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı, sunumu, tüketiciye ulaşımına kadar devlet yönetimi tarafından alınan karar ve düzenlemeler şeklinde tanımlanabilir. Ülkelerin en temel hedeflerinden biri toplumun ve bireyin sağlığını uzun dönemler içinde korumak ve önlemek için sağlık politikalarını geliştirmektir (Chernichovsky, 2019: 340). Bu politikalar için karar alınıp düzenlemeler yapılırken arz edilecek sağlık hizmetlerinin toplumdaki tüm bireylere eşit bir şekilde etkili ve kolay ulaşabilmesi amaçlanır. Ancak sağlık hizmetlerine erişim içinde bulunulan bölgenin hem coğrafi hem de finansal etkileri oldukça fazladır. Bu bağlamda, genellikle yeterli maddi durumu ve sosyal sigortası olmayanlar ile sağlık veya diğer sosyal hizmetlere erişemeyen kırsal bölgede yaşayanlar oluşturmaktadır (McKee, 1996: 31). Sağlık sektörü birçok ülkede birbirinden farklı özellikler taşır ve hatta ülkelerin kendi içinde bile bölgeden bölgeye farklı yapılanmalar olduğu görülür. Sağlık politikaları çok çeşitli gözükse de aslında iki temel ayaktan biri üzerine oturmaktadır. İlkinde sağlık doğuştan kazanılmış bir hak ve toplumsal bir olgu olarak görülür. İkinci politika ayağı ise sağlığı toplumsal dayanışma yerine bireysel ele alan, sektördeki hizmetin arza ve talebe göre şekillenip, bireylerin gelir düzeylerine göre sağlık hakkından yararlanabilmesine odaklanan politikadır (Akdur, 1998: 1). İlk politikanın finansmanı devlet aracılığıyla olurken; ikinci noktadaki politika finansmanı cepten ödeme veya özel sigortalar aracılığıyla gerçekleşir. Her ülkenin nüfus dağılımı, ekonomik durumu, sağlık kaynakları, ihtiyaçları, coğrafi, siyasi ve toplumsal değer yapısı ve tarihsel süreciyle sağlık politikaları şekillenerek kendi sağlık sisteminin oluşumunu sağlar. Türkiye sağlık

sistemin durumunu anlamak ve değerlendirmek için geçmişten bugüne tarihsel süreciyle incelenmesi gerekmektedir.

Türkiye'nin geçmişten günümüze sağlık politikaları yasal düzenlemelerle yürürlüğe giren politikaları, mevzuatları, belgeleri göz önünde bulundurularak incelenmelidir. 1920 yılında kurulan SB aracılığı ile verilen sağlık hizmeti devlet vazifesi olarak kabul edilmiştir. 1930 yılında başlayan ve İkinci Dünya Savaşı'na kadar olan süreçte Türkiye sağlık alanında koruyucu hizmetlere önem vermiştir. Zamanla birçok reformlar yapılmış, yeni politikalar yürürlüğe girerek, koruyucu hizmetler yerine tedavi edici hizmetler önem kazanmıştır. Türkiye'nin sağlık alanının yapı taşı olarak sağlık hizmetlerinin devletçilik prensibine dayanarak var olduğu görülür (Alacadağlı, 2016: 2). Bu bölümde sırasıyla Cumhuriyet döneminden günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları ana hatlarıyla açıklanmıştır. Sonrasında Türkiye'nin sağlık sisteminde büyük bir değişim yaratan SDP ayrıntılı olarak ele alınıp incelenmiştir. Böylelikle, sağlık hizmetleri arzı üzerinde ne gibi etkiler yarattığı daha iyi analiz edilmek istenmiştir.

### **2.1.1. 1920-1938 Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları**

TBMM'nin kuruluşundan sonra 3 Mayıs 1920 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasıyla başlayan ve Mustafa Kemal Atatürk'ün vefatına kadar olan birinci dönemin, ilk bakanı Adnan Adıvar'dır. Savaşın verdiği hasarlar giderilmeye çalışılırken bu dönemde veriler sistemli bir şekilde kaydedilmemiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra 1923 yılında Refik Saydam bakan olarak atanmıştır (Akdağ, 2012: 45). Refik Saydam döneminde Türkiye'de sağlık adına teşkilatlanma, düzenlemeler ve hizmetleri ülkenin birçok köşesine ulaştırarak büyük adımlar atılmıştır. O yıllarda yapılan çalışmalarda, geliştirilen mevzuatlar günümüzdeki sağlık hizmetlerinin ve örgütlenmesinin temeli olarak görülür. Şehirlerde kurulan müdürlükler, kazalarda kurulan tabipliklerle birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ülke içerisinde geliştirilip yaygınlaşması sağlanmıştır. Koruyucu hizmetleri merkezi yönetime, tedavi edici hizmetleri ise yerel yönetimlere verilmiştir.

SB, Sağlık hizmetlerin gelişimi ve arzı için, tıp okuyan öğrencilere yatılı yurtlar açmış, sağlık personellerinin atanması adına çalışmalar yapmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, personel arzı, örgütlenme gibi sağlık için büyük atılımların gerçekleştiği dönemdir. 1923 ve 1938 yılları arasında ağırlıklı olarak nitelikli personel yetiştirme, temelden örgütlenme ve sağlık mevzuatları üzerinde durulmuştur.

### **2.1.2. 1938-1960 Behçet Uz Dönemi Sağlık Politikaları**

1938-1960 arası dönemde Türkiye’de sağlık alanında örgütlenmeyi güçlendirmek amacıyla önemli politik düzenlemeler yapılmıştır. 1946 yılının Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından şekillendirilen bu politikalar “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” içerisinde ifade edilmiştir. Bu bağlamda, ülkede koruyucu hekimliklerin örgütlenmesinin sağlanması, yeni sağlık kuruluşları kurularak bu tesislerin çağdaş bir düzeye getirilmesi, sadece şehirlerde değil köylerde de yaşayan insanlar için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık örgütlerinin kurulması gibi önemli unsurları içerisinde barındıran bir plan sunulmuştur (Döşkaya, 2019: 20). Behçet Uz’un faaliyete koyduğu bu planda koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir çatı altında toplanarak, yataklı tedaviler yerel yönetimden alınmış ve hükümetin sorumluluğuna verilmiştir. Ayrıca bu dönemde yataklı tedavi kurumlarının ön plana çıktığı görülmektedir.

Behçet Uz dönemi örgütlenmeleri ile Refik Saydam dönemi örgütlenmelerinin aralarında ilke farklılıkları vardır. Sunulan sağlık planına göre nüfusu kalabalık olan belirli sayıdaki köyler için sağlık merkezleri kurulacağı ve her kuruluş başına iki doktor ve on bir sağlık çalışanın görev alacağı bilgisi verilmiştir. Nüfus yoğunluğuna bakılarak çalışan ilkesi göz önünde bulundurulmuştur. Refik Saydam ise şehirlerde sunulan tedavi edici hizmetlerden ülkenin daha kırsal bölgelerinde yaşayan bireylerin de faydalanabilmesini hedeflemiştir. Behçet Uz’un planındaki bu ilkelerin daha sonra gerçekçiliğinin olmadığı düşünülerek uygulanmamıştır (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 13–14).

1946 ile 1950 yılları arasında sağlık kuruluşlarının tüm şehirlerde faaliyet göstermesi amaçlanırken 1946’da SSK kurulmuştur. Ayrıca SSK’ye bağlı hastanelerin yapılması gerçekleşmiştir. Bu sayede işçiler sigortayla devlet güvencesi altına girmiş ve sağlık

hizmetlerinden yararlanabilme haklarına sahip olmuşlardır. Sigorta kapsamının genişlemesiyle sağlık hizmeti talebi de hızla artış göstermiştir. Toplumun artan bu sağlık talepleri karşılanamayacak duruma geldiğinde ise hastaneler ve sağlık tesisleri kendi imkanlarını kullanarak talebi karşılamaya çalışmışlardır (Çakır, 2016: 83).

1954 yılında Behçet Uz ilk plandan sonra yeni bir program olan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ile Türkiye’yi yedi ayrı sağlık bölgesi şeklinde bölmüş ve her bölgede bir tane tıp fakültesinin olmasını hedeflemiştir. Böylece sağlık hizmetlerinde doktor ve sağlık çalışanı sayısını arttırmayı amaçlamıştır (Erdoğan, 2014: 84).

1938 ve 1960 yılları arasında tifüs, sıtma gibi salgın hastalıklar ortaya çıkmış ve 1945’te “Sıtma Savaş Kanunu” yürürlüğe konulmuştur. 1949 yılında Verem ile Mücadele hizmetleri şehirlerde SB tarafından verilirken, köylerde bu hizmetler dernekler tarafından sağlanmıştır. 1960 yılında verem ile mücadele hizmetleri tek bir çatı altında toplanmış ve SB tarafından verilmeye başlanmıştır (Kahraman, 2013: 20).

### **2.1.3. 1960 Sonrası Sosyalleştirme Dönemi Sağlık Politikaları**

Türkiye’de 1961 Anayasa’sında, her birey için sağlığın bir hak olduğu vurgulanarak toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı yaşaması devletin bir vazifesi olarak kabul edilmiştir. Türkiye vatandaşları için sağlık anayasal boyutuyla devletin kamu görevi olarak kabul edilmiştir (Kol, 2015: 140). Bu sayede önceki politikalarda sağlık hizmetlerinin; kırsal bölgelere ulaştırılmasında yaşanan problemlerin en aza indirilmesi ve toplumdaki her bireyin eşit olarak yararlanabilmesi için çalışmalar arttırılmıştır. 1960 yılı öncesi sağlık politikaları sayesinde koruyucu ile tedavi edici hizmetlerde yaşanan gelişmelere rağmen kırsal alanlarda yaşayan vatandaşlar, şehirde yaşayan vatandaşlar kadar sağlık hizmetlerinden yararlanamamıştır.

1960 yılında Sağlık Bakanı olarak atanan Nusret Fişek'in "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı" çalışması 1961 yılında 224 sayılı Kanun ile yürürlüğe konulmuştur (Ak, 2021: 31). Bu sosyalleştirme çalışması;

- Sağlık hizmetlerinde çalışanların yetiştirilip atanması,
- Tıp fakültelerindeki eğitimcilerin dışarıda serbest olarak çalışmaması,
- Halk sağlığına önem verip, bu konuda çalışmaların arttırılıp geliştirilmesi,
- Yataklı tedavi merkezlerinde yatak sayılarının yükseltilmesi,
- Vatandaşların ayakta tedavide sağlanan ilaç ve iyileştirme rehabilite ücret ödemededen sunulmasının göz önünde bulundurulmasıdır (Üner ve Fişek, 1961: 6).

1960 yılının bir diğer özelliği ise Türkiye'de askeri darbenin gerçekleştiği bir yıl olmasıdır. Bu gelişme tüm alanları olduğu gibi sağlık alanını da etkilemiştir. Özellikle hizmetlerde yapılan iyileştirme çabalarında kısa bir duraksamaya neden olmuştur. 1963 yılında kalkınma hedefleriyle ilişkin sağlık politikalarını içeren, kalkınma planlarına bağlı bir devire geçiş yapıldığı görülmüştür. İlk olarak 1962 yılında kabul gören, ancak 1963'te yürürlüğe giren "Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı" 224 sayılı Kanun temel alınarak uygulamaya konmuş ve sağlık kamu hizmetleri altında değerlendirilmiştir. Bu plan dahilinde pilot uygulama Muş şehrinde gerçekleştirilmiştir (Akkavak, 2018,: 34). Kalkınma planında, sağlık hizmetlerinde çalışacak personellerin o günün sayısı ile 2,5 katına yükselmesi, ülkenin sağlık düzeyinin arttırılması için toplumun bu konuda eğitilmesi, insanların beslenme koşullarının iyileştirilmesi, evde veya ayakta tedavi edici hizmetlerin önem kazandırılması ve hastanelerle tamamlayıcılığın sağlanması gibi birçok planlama yer almıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 1963: 39).

1968 yılından 1972 yılına kadar olan dönemde "İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı"nda birinci plandaki amaçlara ek olarak "*Tek bir sağlık sigortası tatbikatına geçişi kolaylaştırmak amacıyla ve bu tatbikata geçinceye kadar kamu sektörüne ait sağlık tesislerinde (Milli Savunma Bakanlığı özel tesisleri hariç) iyi bir koordinasyon sağlanacağı*" ifadesini kullanılmıştır. Böylece aşamalı bir şekilde Genel Sağlık Sigortası (GSS)'ye geçiş öngörülmesine rağmen bu tasarı onaylanmamıştır (DPT, 1968: 223). Bu planda birçok politika yer alırken sosyal güvenlik üzerinde diğer politikalara oranla daha fazla

durulmuştur. Ülkenin sağlık sisteminde en iyi uygulama olarak sağlık ocaklarının kurulması ve yaygınlaşması olduğu belirtilmiştir. Ayrıca tedavi edici hizmetlerin ilerlemesi için özel sağlık kurum ve kuruluşları desteklenmesi planlanmıştır.

1972 yılında sosyal güvenlik sistemiyle birlikte birçok meslek dalları sigorta kapsamına alınırken tarım işçileri sigorta kapsamı dışında kalmıştır. Kırsal bölgelerde koruyucu hizmetlerin istenildiği gibi yürütülememesinden dolayı hastanelerde yığılma söz konusu olmuştur. Karşılanamayan talep için kademeli olarak yürürlüğe girecek olan GSS için bir mevzuat hazırlanması uygun görülmüştür (Çakır, 2016: 87). 1973 ve 1977 yılları arasındaki Üçüncü Kalkınma Planı yürürlüğe girmiştir. Bu plan diğer kalkınma planlarının bir tekrarı niteliği taşımış ve mevcut sağlık politikaları pekiştirilmiştir. Bu dönemin en önemli ilkesi sağlık hizmetlerinin bir çatı altında toplanması ve tek elden yönetilmesi olmuştur. Bu ilke koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden yataklı tedavi kurumlarında talebin karşılanmaması, iş birliği eksikliği ve hizmetlerin tek elde olmaması gibi sorunların çözümü için “tek elden yönetilmesi” ilkesine önem verilmiştir. Bu ilke koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden yataklı tedavi kurumlarında talebin karşılanmaması, iş birliği eksikliği ve hizmetlerin tek elde olmaması gibi sorunların çözümü için “tek elden yönetilmesi” hedefine dayanmaktadır.

#### **2.1.4. 1980 Sonrası Yeni Reformlar Sağlık Politikaları**

1979 ile 1983 yılları arasında uygulamaya konan Dördüncü Kalkınma Planı ile toplumda sağlık sigortası olmayan bireylerin sağlık ihtiyaçlarının hükümet tarafından karşılanması planlanmış ama zamanla hükümetin neoliberal politikalarıyla bu planın ters düştüğü görülmüştür. O yüzden, bu uygulama hayata geçirilememiştir.

Kamu görevlisi olan doktorların 1978 yılında “ Tam Gün Çalışma Kanunu” ile yataklı tedavi kurumlarında hekim yetersizliğinden kaynaklı oluşan sorunlara bir çözüm yolu oluşturulmak istenmiştir (DPT, 1979: 144–145). Ancak 1980’de hekimlerin “Tam Gün Çalışma Kanunu” uygulaması kaldırılıp Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde hekimlerin özel sağlık hizmetlerini sunmasına dair talimat verilmiştir. Fakat bu uygulama 2002 yılında



yürürlüğe konmuştur. Yapılan bu düzenlemeyle Bakanlığa bağlı en az 100 yatak kapasitesine sahip tedavi edici hizmet veren hastanelerde doktorlar için çalışma saatlerinden sonra insanlara özel sağlık hizmeti sunma olanağı sağlanmıştır (Altay, 2007: 33–58).

Türkiye’de bu dönemde bir Anayasa değişikliği yaşanmıştır. 1980 darbesi sonrası yürürlüğe giren 1982 Anayasası 1961 Anayasası’yla, özellikle sağlık hizmetleri açısından düşünüldüğünde, benzer ilke ve hedeflere sahip olmasına rağmen ilk defa sağlıkta küreselleşme ve neo-liberal politikalara olanak sağlayan programların uygulanması bu dönemde gerçekleşmiştir. Bu yeni politikalarla devletin sağlık hizmetlerinde rolü değişerek devlet ve özel sektör bir arada hizmet vermeye başlamıştır. 1987 yılında yapılan ayrı bir çalışmada sağlık hizmetlerinin temelde görevlerini ve çerçevesini belirlemek adına “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. SB tarafından verilen hizmetin planı, denetimi, personel ataması ve sağlık adına yapılan her hizmetin ücretlendirilmesi gibi hususlarda bu kanunun neo-liberal bir anlayış çerçevesinde oluşturulduğu görülmektedir (Yılmaz ve Akman, 2019: 238). 1980’li yılların başından itibaren neo-liberal politika anlayışıyla birlikte ülkede sağlık sektörünün özelleştirilme çabaları tartışılan mevzular arasında yer almıştır. Bu dönemden itibaren sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin zemini oluşturmaya başlamıştır.

1985-1989 yılları arasındaki Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, önceki planlardaki gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanıp, hizmetin kademelendirilerek şehirlerde oluşan yığılmanın önüne geçilmesi üzerinde durulmuştur. Sağlık kuruluşlarının işletmecilik bakımından ele alınan sağlık hizmetlerinin randımanın artırılması hedef alınmıştır. Özel sağlık kuruluşları teşvik edilip burada sunulan hizmetlerin fiyatlandırılması serbest bırakılmıştır (DPT, 1984: 152).

1989 yılında toplumdaki bireylere hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetler veren aile hekimliği sistemi ve her vatandaşın sağlık sigortasından yararlanması konusu o dönemin gündemini oluşturmuştur. Fakat bu uygulamalardan hiçbiri o dönemde hayata geçirilememiştir.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990 ve 1994 yılları arasını kapsamaktadır. Bu dönem politikalarında sağlık kurumları ve ünitelerin modern işletmecilik bakış açısıyla yürütülüp idare edilmesi, hizmetin sunumunda rasyonelliğin ön planda tutulması ve sevk zinciriyle birlikte kademeli sağlık sisteminin kurulması ele alınmıştır (DPT, 1994: 289–291).

Türkiye’de 1990’lı yıllarda sağlık reformlarının süreci başlamış ve bu süreçte Dünya Bankası (DB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) belirleyici rol oynamıştır. DB ile SB arasında anlaşma yapılarak projeler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çerçevede geliştirilen “Birinci Sağlık Projesi”; Bakanlığın yönetim ve işleyiş açısından geliştirmeyi, hizmetin sunum özelliklerini, sağlık tesislerinin inşaatlarını, sağlık sistemi ve hizmetin ulaşılabilirliğini kapsayan bir projedir. Bu projenin hayata geçirilmesi için DB’den kredi alınmıştır. “İkinci Sağlık Projesi” ilk projeye ortak ve benzer hedefler içermektedir. Ancak bu proje kapsamı daha çok hizmet, hastane ve politika yönetimin tekrardan yapılanma süreci ve teknolojiyle beraber sağlık kurumları yönetimlerinin bilgisayarla destekleyecek konuların nasıl şekillendirileceği ile ilgilidir (Görgün, 2009: 111–116). Projelerle birlikte sağlık sistemini yeniden yapılandırma ve teknolojiyle birlikte sistem destekleme hedefleri amaçlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından önemli bir adım olan “Ulusal Sağlık Kongresi” ilk olarak 1992 yılında gerçekleşmiştir. Kongrenin temel konusu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması üzerinedir. 1993 yılında ikincisi düzenlenen Ulusal Sağlık Kongresi’nde ise politikalar üzerinde durulmuştur. Kongrenin mevzuatında; sağlık hizmetlerinin sunum sistemi ve hizmetin finansman kaynaklarının ayrıştırılması, yataklı tedavi kurumu olan hastanelerin özerk bir işletme haline getirilmesi, tüm vatandaşları içine alan GSS düzeninin oluşturulması, kademeli sağlık sisteminde birinci basamağında aile hekimliğinin uygulanmasına geçilmesi maddeleri yer almaktadır. Bu süreçte ülkede sağlık harcamaları yeterli olmayan vatandaşlar için Yeşil Kart sistemine geçilmiştir (Görgün, 2009: 116).

“Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı” 1996 ve 2000 yıllarını kapsayacak şekilde çıkarılmıştır. Bu planda sanayi, sigortacılık, tarım, ekonomi gibi konuların yanında sağlık alanında “Sağlık Reformları Projesi” adı altında sağlık reformları yerini almıştır. Temel

olarak üzerinde durulan konular; şehirlerde aile hekimliği sistemine geçilmesi, hizmet sunumu ve finansmanını birbirinden ayrılması, birinci basamak hizmetlerin güçlendirilerek hastanelerin yükünün azaltılması ve sağlıkta özerkleştirmeyi gerçekleştirerek merkeziyetçilikten çıkartılıp rekabetin oluşturulması olmuştur (DPT, 1996: 45–46).

### **2.1.5. 2000 Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları**

Sağlığın sürdürülebilirliği ve düzeyini yükseltmek için 1978 yılında Kazakistan'ın eski başkentinde Alma-Ata'da yapılan konferansta 2000 yılında itibaren DSÖ “Herkes Sağlık” politikası ile Temel Sağlık Hizmeti yaklaşımı kapsamında insanlara yüksek bir hizmet verilmesi yaklaşımını gündeme getirmiştir. Toplumdaki bireylerin hem kendi hem de diğer bireylerin sağlığını düşünmesi temel amaçlarından biri olarak görülmektedir. “Herkes Sağlık” politikası ile ülkeler arası sağlık birliğini oluşturma, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlayabilme bu politikanın hedefleri arasında yer almaktadır (Bilim ve Aydınlanma Akademisi, 2019: 108). 1980’den sonra liberal anlayışın benimsenmesi ile yapılan sağlık alanındaki reformlar yeterli olmamıştır. Türkiye’de 2000 yılından sonra köklü değişimlerin gerekliliği anlaşılmıştır. Getirilen reformlar özellikle GSS'nin aktif edilmesi, sayıca fazla olan finansman tedarik mekanizmasının bir araya getirilmesi ve belirli bir aile hekimliği modelinin uygulanması üzerine olmuştur. 1990’da hayata geçirilmesi hedeflenen bu reformun aktif hale gelmesi ise on yıldan fazla sürmüştür. Ancak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile uygulamaya konulmuştur (Venkateswaran ve Singh, 2022: 6).

2001 ve 2005 yıllarını kapsayan “Sekizinci Kalkınma Planı” içerisinde koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi, sağlık sektörüyle diğer sektörler arasında iş birliği kurularak tüm bireylerin sağlığının korunmasının sağlanması ve sevk zincirinin geliştirilmesi hedefleri bulunmaktadır (DPT, 2001: 87). Bu dönemde kentler ve kırsal bölgeler arasında hizmet düzeyinde denge sağlanamamıştır. Sağlık alanında mobil hizmet uygulaması ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmış, hizmetin sunum ve finansmanın ayrı ayrı ele alınabilmesi için kamu yataklı tedavi merkezleri Sağlık Bakanlığı tarafından bir şemsiyenin altında toplanmıştır (Çakır, 2016: 96–91).

Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013 arası dönemi kapsamaktadır. Hükümet, sağlık alanında özel sektörün gelişiminin teşvik edilmesini ön planda tutmuştur. Toplumun hizmete ulaşımının kolaylaştırılmasına ve hizmet sunumunda hasta odaklı olmaya önem verilerek sağlık sisteminin uluslararası ölçütlere uygun olması hedeflenmiştir (Yardan ve Kiremit, 2016: 106–107). Türkiye’de bölgeler arası sağlık hizmeti dağılımında eşitsizlikler, sevk zinciri sisteminde istenilen verimlilik alınmadığı için diğer basamaklarda yığılmaların oluşması ve sağlık çalışanı eksikliği gibi faktörler hizmetin etkinliğini azaltarak kaliteyi düşürmektedir. Bu konular üzerinde iyileştirmeler yaparak SB’nin denetleme ve planlama görevleri güçlendirilmiştir. Sevk sisteminin daha etkin bir halde çalışabilmesi için aile hekimliği uygulamasının güçlü bir şekilde oluşturulması gerekmektedir (TBMM, 2006: 41) Kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi ve sağlık çalışanları için performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilerek personel motivasyonunun sağlanması hedeflenmiştir.

## **2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

2002 yılı “Acil Eylem Planı” açıklamasında hükümet, sağlıkta önceliklerini belirleyerek, Bakanlığın yönetsel olarak yapılandırılmasına gitmiştir. Planda sağlığın sevk zinciriyle işleyebilmesi için aile hekimliğine geçiş ve koruyucu hizmetlerin yaygın duruma gelmesi, bütün sağlık kurumlarının tek bir şemsiye altında toplanması, bütün bireylerin sağlık hakkından yararlanabilmesi için GSS kapsamında olması, ana-çocuk sağlığı üzerinde durulması, ülkenin gelişip kalkınabilmesi adına bölgelere sağlık çalışanının arzının artırılması, koruyucu hekimlik uygulamasının geliştirip yayılmasının sağlanması gibi önemli hedefler yer almaktadır (Çilhoroz ve Arslan, 2018: 801). Hükümet yataklı tedavi hizmeti veren hastanelerin farklılıklarını ortadan kaldırmak ve sağlık sisteminin ek bir çatı altında toplanması hedefini gerçekleştirmeye öncelik vermiştir.

Dünya ülkelerinde kamu yönetimi için farklı arayışlara girilmiş ve kamuda devletin rolü azaltılarak özel sektörün güçlendirilmesi ve daha iyi bir sağlık hizmeti verilebilmesi için performans ve hasta memnuniyeti odaklı bir anlayış yaygın hale getirilmeye çalışılmıştır. Türkiye’de 1989 ve 1993 yılları arasında reform adı altında birçok yapılandırma politikaları

ele almıştır. SDP ilk olarak o dönemlerde gündeme gelmiş fakat tam olarak bu sistemin oluşması zaman almıştır. Ülkedeki tüm vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti arzı, örgütlenme, finansman sağlanması adına 2003 yılında SDP kamuoyuna sunulmuştur. Program geçmiş dönemdeki sağlık reformlarını değerlendirmekte, ülkenin birikimiyle birlikte gelecekte planlanan yapılandırmaları ve yeni sistem için gerekli olan değişimleri ele almaktadır. 2003 yılında başlatılan bu proje Dünya Bankası tarafından da desteklenmiştir.

### **2.2.1. Gerekçeleri**

SDP'nin oluşturulmasının gerekçelerinin başında sağlığın finansmanı tek bir çatı altında toplanması ve sağlık alanında çalışan birimler arasında uyumlu bir çalışma sistemine geçilerek koordinasyon sorunlarının çözümlenmesi gelmektedir. Bu çerçevede sevk zinciri yeniden oluşturulmuş ve toplumun belli bir kısmını içine alan sosyal güvenlik sistemi tüm nüfusu kapsayacak hale getirilmiştir. Sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunda eksikliklerin ve verimliliğin düşük olduğu görülmekteydi. Kent ve kırsal alanlardaki hizmetlerde eşitsizliğin toplumda, sosyo-ekonomik seviyesinde yüksek farklar oluşturduğu ve bireylerin kırsal bölgede talep ettiği hizmete ulaşabilmesi için resmi olmayan ödemeler yaptığı gözlemlenmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar ve problemler programın p bir an önce gerçekleştirilmesi noktasında baskı unsuru yaratmıştır. Hizmetin günden güne artan maliyeti devletin sağlık hizmetini geliştirmesi ve yapılandırmasını zorunlu hale getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı başta olmak üzere içinde bulunduğu sıkıntılı durum kamu üzerinde reform baskısını arttırmıştır. Ayrıca, toplumda yaşlı nüfustaki artış, hizmet yetersizliği, hizmete ulaşımındaki eşitsizlikler, vatandaşların artan talebini karşılamak için SDP'nin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Memişoğlu, 2016: 65–74).

### **2.2.2. İlke ve Amaçlar**

Türkiye'de sağlık politikaları geçmişten bugüne önemli konulardan biri olmuştur. Uygulanan politikalar zaman içinde ciddi değişimler göstermiştir. Bu değişimde dünyada yaşanan ekonomik ve siyasi dönüşümlerin, iniş ve çıkışların etkisi büyüktür. Türkiye'de de değişen ekonomik ve siyasi konjonktür, küreselleşen dünyada artan talep baskıları ve sağlık

sektöründe mevcut sorunlar ışığında; SDP'nin temel çatısı, ilke ve amaçları şekillenmiştir. Hizmet sunumunda, örgütlenmesinde ve finansmanın sağlanmasında çıkan problemlere karşı hizmete erişimde eşitliği sağlama, maliyetleri minimize edecek maliyet-etkin sistem kurma, sağlık düzeyinin gelişimi için sunulan hizmet kalitesini yükseltme, sağlık talebinde bulunan hastanın beklentilerine hızlı bir şekilde karşılama ve memnuniyetin artmasını sağlama amaçlarına dayanan bir programdır (Sert, 2019: 70).

Türkiye'de devlet kendi vatandaşlarına SDP ile sunduğu hizmetinin kalitesini yükseltmek için hizmeti verimli, etkili ve eşitlik ilkelerine uygun hale getirmesi, hakkaniyetli bir anlayışla finansmanın sağlanması, aynı ilke ve amaçlarla organizasyon ve sunumunun gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24). Bu temel ilkeler ve neyi ifade ettikleri sırasıyla şöyledir:

- **Verimlilik:** Verimlilikle ifade edilen, sağlık alanında kullanılan kaynakların uygun ve tasarruflu kullanımı sayesinde maliyetlerin düşürülmesi, kullanılan aynı kaynaktan daha fazla sağlık hizmeti üretebilmesidir.
- **Etkililik:** Sağlık hizmetlerinde etkililikle kastedilen yürürlükte olan sağlık politikalarının ve hizmetin toplumun sağlık seviyesini yükseltebilmesidir.
- **Hakkaniyet:** Toplumdaki tüm bireylerin hizmete ulaşımındaki eşitsizlikleri en aza indirerek bireyin kendi maddi gücüne göre hizmetin finansmanına katkıda bulunmasıdır.

SDP'nin Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen temel prensipleri ise şunlardır (SB, 2003: 25)

- **İnsan Merkezilik;** bireylerin sağlıktan beklentilerini göz önüne alarak, ayrımcılık yapmadan, eşit bir şekilde sağlık hizmeti sunması olarak ifade edilir.
- **Sürdürülebilirlik;** halk sağlığında iyileştirme yapılırken sağlık sisteminin ekolojik sorunlara sebep olmadan kendini geliştirip beslemeyi hedefler.
- **Güçler Ayrılığı;** etkili ve verimli bir hizmet sunabilmek için sağlık sektöründe hizmet finansmanın, planlanmasının ve denetiminin ayrılarak çatışmaların önüne geçilmesidir.

- **Uzlaşmacılık;** ülkenin kendi sağlık sisteminde karar alırken sektör içinde bölümlerin kendi arasında birlik içinde hareket edip oluşabilecek çıkar çatışmalarına birlikte çözüm aranmasıdır.
- **Gönüllülük;** kişinin kendi sağlığı kadar toplumda yaşayan diğer kişilerinde sağlığını düşünerek sağlık hizmetindeki tüm tarafların toplumun güçlenmesi adına ortak bir amaç doğrultusunda gönüllü olarak yer almasıdır.
- **Hizmette Rekabet;** Sürekliliğin sağlanması ve hizmet kalitesinin gelişmesi için sağlık kuruluşlarına mali teşviklerde bulunarak hizmet sunucuları arasında rekabetin oluşturulmasıdır.
- **Desantralizasyon;** zaman içinde değişime uğrayan koşullara uygun bir şekilde sağlık sisteminde bir üst makama bağlı olarak mali ve idari açıdan kendini yönetebilen sağlık kuruluşlarının kaynaklarını etkin bir şekilde kullanımını ve karar mekanizmalarının hızlanmasıyla etkili bir sunum verilmesidir
- **Sürekli Kalite Gelişimi;** ülkedeki vatandaşlara en iyi hizmeti sunabilmek adına sağlık için varılan noktada hep daha iyisini aramak, sistemin sürekli bir şekilde kendini değerlendirme çalışmaları yaparak geri bildirim sağlayabilmesidir.

### 2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

Dönüm noktası olarak görülen ilkeler ve hedefler doğrultusunda hazırlan SDP'nin sekiz ana bileşeni vardır. Bunlar (SB, 2007: 270);

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
- Etkili ve kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi'dir

### **Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması**

Sağlık alanında yeni gelişmelerle hizmet kalitesini yükseltmek için Sağlık Bakanlığı'nda da yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Bu bağlamda, bakanlığın daha çok politika geliştiren taraf olma rolü üstlenmesi hedeflenmiştir. Politikalar geliştiren taraf olarak bakanlıkta birçok çalışma başlatması hem sağlık kuruluşları hem sağlık personeli ve idare gibi alanlarda yapılandırmaya gidilmesi planlanmıştır. Bakanlığın üstünde durduğu önemli nokta ise sağlık kaynaklarının eşit ve etkili bir şekilde topluma sunulmasını sağlamaktır.

Dönüşümde bakanlığın altında toplanan sağlık kurumlarının yerinden yönetim ile yapılandırılması ve ayrıca yürürlüğe girecek politikalar ve plan dahilindeki düzenlemelerle bir teşkilat halini alması hedeflenmiştir (Özcan, 2015: 85–86). SB, sağlık kuruluşlarının denetimi ve planlamasını üstlenerek, hizmetin etkin sunulması, kaynakların verimli kullanılması, koruyucu hizmetlerin ve birinci basamak hizmetlerin geliştirilmesi gibi amaçlara hizmet etmeye başlamıştır.

### **Genel Sağlık Sigortası**

Programın temel faktörü olan eşitlik, tüm bireylere aynı düzeyde hizmet vermeyi hedefler. Tüm toplumun hizmetlerden eşit seviyede yararlanabilmesi için sağlık hizmeti gereksinimi ölçüsünde bireyin yapacağı ödeme gücü göz önünde bulundurularak bir model planlanmıştır. SDP'den önce sosyal sigorta sistemi Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar şeklinde parçalı bir yapıdaydı. Bundan dolayı sistemde aksaklıklar mevcuttu ve bireyler farklı sigorta kurumlarından yararlanırken ortak riskler için farklı ödemeler yapmaktaydı. Bu sorunların çözümü için 2006 yılında bir düzenleme yapıldı. Ancak yaşanan aksaklıklardan dolayı gecikmeli olarak 2008 yılında 5510 sayılı yasa ile değişiklik yapılabilirdi. Dağınık olan sistem tek bir çatı altına toplandı. Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girerek diğer tüm sigortalar GSS kapsamına alındı. GSS hizmeti sağlayan ve ondan sorumlu



olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oldu (Çakır, 2016: 101–102). Tüm nüfusu içine alan, finansmanını havuzda topladığı primlerden sağlayan bir yapı oluşturuldu. Sağlık kurumlarında hizmet talep eden hastayla hekim arasında para ilişkisi olmaması ve bunun prim aracılığıyla sağlanması sunulan hizmetin kalitesinin artmasına katkı sağlayan bir düzenlemedir. Primin belli bir kısmı işverenden belli bir kısmı çalışanın kendi cebinden ödemesiyle gerçekleşir. Bununla beraber sistemde ayrıca özel sağlık sigortacılığı desteklenerek sağlık sisteminde yer almasının üzerinde durulmuştur.

### **Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi**

Türkiye'nin farklı coğrafi ve sosyoekonomik yapısı göz önünde bulundurulduğunda tek bir sistemi uygulamak güçtür. Sağlık hizmetinin verimli bir şekilde sunulmasında ve erişiminde köylerin, ilçelerin ve kentlerin kendine özgü sorunlarıyla heterojen bir yapıda olduğu görülmektedir. Sağlık bakımından istenilen amaç ve hedeflere ulaşmak için bu farklılıklara dikkat edilmelidir. Toplumda nüfus sayısındaki yükseliş, doğudan batıya ya da köyden şehirlere yapılan göçler (mülteci sorunu) ve şehirlerdeki nüfus yoğunluğu gibi sorunlar için geçmiş dönemdeki sağlık politikalarını aynı şekilde devam ettirmek zordur. Bu nedenle sistemin günümüze uygun bir yapıya dönüştürülerek ülkeye uyarlanması gerekir (Çiftçi, 2011: 43–44).

Tüm bireylerin hizmete erişim imkanının sağlanması adına hizmet arz etmek isteyen tüm dinamiklere izin verilerek rekabet ortamı oluşturulmasına önem verilmektedir. Amaç eşitsizlikleri gidermek için tüm bölgelerde kamusal sağlık hizmetlerini sınırlandırarak özel sektöre bırakılması değil, kamu imkanlarından verimli bir şekilde vatandaşların faydalanabilmesi için özel sektör olanaklarıyla rekabet yaratarak daha iyi bir hizmet anlayışı ortaya çıkarmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 29–30).

### **Aile Hekimliği**

Birinci basamak hizmetlerinde değişimi 2003'te ele alınmış olmasına rağmen adımları 1961 yılında 224 sayılı kanuna dayanmaktadır. Sağlık ocakları, kişiye yönelik ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta tedavi edici hizmet türleri birinci basamakta devletin denetimi altında verilmekteydi. Fakat 1982 yılında devletin rolü azaltılmaya başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması da bu sürecin bir uzantısıdır. Aile hekimliği uygulaması insanların doğumu ile ölümü arasındaki süreci biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak bütüncül bir şekilde ele alarak hem koruyucu hem tedavi edici hizmetleri veren birimdir. Hekimler bu uygulama aracılığıyla bireyleri yakından takip ederek sağlık sorunlarının önüne geçmeye ve sağlık sorunlarını gidermede önemli bir rol üstlenmeye başlamıştır. Uygulamanın en temelinde aile sağlığı merkezleri bulunmakta ve her birey için bir aile hekimi görevlendirilmektedir.

Türkiye'de için düşünölen aile hekimliği uygulaması geçmiş dönemlerde başlamış, SDP' ye kadar birçok kez toplantılarda tartışma konusu olmuştur. Fakat bu uygulama 2004 yılında "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile resmîyet kazanmıştır (Öztek, 2006: 2). Bu yasayla beraber SB tarafından vazifelendirilen veya sözleşmeli sağlık personeli aracılığı ile hizmet sunumu gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Uygulamada bireyin aile hekimi sevki olmadan ikinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelere müracaatı sırasında bireyden katkı payı alınması ve aile hekimi uygulaması değerlendirilmesi yapılırken sevk değerlerinin göz önünde bulundurulması esas alınmıştır.

### **Sevk Zinciri**

Sevk zincirinin oluşumunda en etkin nokta, kişinin isteği doğrultusunda seçtiği hekimden, yani birinci basamakta yer alan aile hekiminden sağlık hizmeti alabilmesiyle başlar. Kişinin kendi tercih ettiği aile hekiminden aldığı hizmetten memnuniyet ve hizmetin yeterliliği sevk başlanmasında ve hizmetin değerlendirilmesinde önceliklidir. Bu uygulamanın hayata geçirilmesindeki temel amaç toplumun sağlık sorunlarının birinci

basamak hizmetlerde çözümlenmesiyle hastanelerdeki yığılma önlenerek verilen hizmet kalitesinin yükselmesidir.

Bu zincirin önemli noktalarından biri alt ve üst basamakların arasında hastalar hakkında geri bildirim vermesidir. Hasta tedavi amaçlı birinci basamaktan ikinci basamağa sevk edildiğinde tedavi sürecinde izleme veya bakımı adına alt basamaklardaki kuruluşlara geri gönderilir ve sevkini sağlayan doktor tarafından sağlığı izlenerek geri bildirimler sayesinde sistem güçlendirilir (SB, 2003: 36).

### **Sağlık İşletmelerinde Özerklik**

Hizmete erişimi kolaylaştıran bileşenlerden biri sağlık işletmesi olan hastanelerin yönetim ve mali açıdan bağımsızlaşmasıdır. Bu bağımsızlaşma gerçekleştirilirken hem kalite hem de hizmetin fiyatlandırılması kontrol altında tutularak verimlilik sağlanacaktır.

Kamuya bağlı sağlık işletmelerinin, programın istenilen hedeflerine ulaşabilmek için devlete olan bağımlılık düzeyinin azaltılarak ve özerkleştirilerek rekabet ortamı oluşturulması ve böylece hizmetteki verimliliğin yükselmesine katkı sağlanması beklenmektedir. Ülkenin nüfus dağılımı ve coğrafi yapısından dolayı mahrumiyet bölgeleri göz önünde bulundurularak etkinliği istenilen seviyede olmayan hastanelere destek olunacaktır (SB, 2003: 32).

2003 yılında Dünya Bankası kamuoyuna açıkladığı raporunda sağlık işletmelerinin mali ve idari özerkliği kazanması gerektiğine yer vererek bu konu üzerinde önemle durmuştur (Akkavak, 2018:58). Tüm bunlar bağlamında SDP ile SB denetimi esas alınarak kamu çatısı altında hastanelerin özerkleştirilmesi, sağlık işletmesi olan hastanelerde ayırım gözetmeksizin SGK uyumlu bir şekilde çalışması, sevk zinciri ve basamaklara dikkat edilerek toplumdaki bireylere hizmet verilmesi amaçlanmaktadır.

## **Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Çalışan Sağlık İnsan Gücü**

SDP'nin etkili bir şekilde hayata geçebilmesi büyük ölçüde donanımlı çalışan insan gücüne bağlıdır. Programla birlikte yıllardır netliğe kavuşmamış sağlık alanında çalışanların görev tanımlaması yeniden yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması için bu basamakta çalışacak sağlık personelinin uzmanlaşması adına yeni müfredatın yapılması sağlanmaya başlamıştır. Bu bağlamda, hekimlere diş sağlığı ve diğer hastalıklar hakkında farkındalık sağlama, sağlıkla ilişkili konularda bilinçlendirme adına eğitim çalışmaları yapma ve ayrıca toplumun koruyucu hizmet verme gibi başlıca görevler yüklenmiştir. Bunun dışında, ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan hekimlerin görevleri daha çok uzmanlık alanlarıyla ilişkilidir.

İstenilen hedeflerin gerçekleştirilmesi ve sağlık kurumlarının etkin bir şekilde yönetimi için aktif yöneticilere ihtiyaç vardır. Sağlık kuruluşlarında yöneticilik görevi için hekimlerin rol alması birtakım sorunlara sebep olmaktadır. Bu yüzden dönüşüm programı işletme yöneticiliğini hekimlik dışında farklı bir disiplin olarak görüp bunun üzerine çalışmalar veya eğitimlere öncelik verilmesi üzerinde durmaktadır. Ülke çapında sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılması için politikaların düzenlenmesi, kamuda çalışacak sağlık personelleri için motive edici tedbirler alınması planlanmıştır (SB, 2003: 32–33).

## **Sağlık Sistemini Eğitim ve Bilim Kurumlarıyla Desteklenmesi**

Programın başarılı bir şekilde gerçekleşmesi ve bunun sürdürülebilmesi için sağlık alanında politika, işletmecilik, ekonomi, planlama ve analizleri yapabilecek uzman insanların istihdamını sağlayacak bir kuruma gereksinim duyulmaktadır. Halk sağlığı biliminin geliştirilmesi ve bu alanda personel yetiştirilmesi hedeflenmektedir. Dönüşümün öncelikleri arasında aile hekimliğini de kapsayan geniş bir yelpazeye sahip olan halk sağlığı bilimini bir kurum olarak kazandırılması bulunmaktadır. Ayrıca hekimlerin tıpta uzmanlık eğitiminin düzenlenmesinde ve bu düzenlemenin kontrolünü sağlayacak bir kurumun

oluşturularak akademik bir yapıya geçmesi sistemin desteklenmesine olanak sağlayacaktır (SB, 2003: 33–34).

### **Etkili Sağlık için Kalite ve Akreditasyon**

2000’li yıllarda dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmeti veren hastanelerde önemli değişimler ve ilerlemeler gözlemlenmiştir. Ayrıca teknolojinin de gelişmesi tanı ve tedavi, tedavi süresinin azalmasına yardımcı olmuştur. Bu gelişmeler daha kaliteli bir hizmeti kısa vadede vermeyi amaçlar. Sağlık alanında kalite kavramı günden güne önem kazanmaktadır. Bunun nedeni ise genellikle ülkelerin sağlık hizmetlerinin birçok kısmı kamu aracılığıyla sağlandığı için kamu aktif bir rol almaktadır. Bireylerin hizmet sırasında kalite beklentilerinin yükselmesi ve sağlık kuruluşları idaresinde kalite kavramı sürekli önem kazanmaktadır (Önder, 2013: 129).

Ülkelerin sağlık sistemlerinin en önemli bileşenlerden biri olan akreditasyon, verilen hizmetlerin kalite ve organizasyonunda bütün aşamaların inceleme ve değerlendirme süreçlerinde önemlidir. Akreditasyon, uluslararası geçerliliği olan kuruluş aracılığıyla daha öncesinde saptanmış ve yayınlanmış standartlar ile değerlendirilen sağlık kurumlarının onaylandığı resmi bir süreçtir. Bu sayede dünya ülkelerinde sağlık standartlarının oluşumu sağlanmaktadır (Kavak, 2018: 2). Sağlık alanında gelişen kalite kavramı akreditasyon çalışmalarıyla sağlandığı için sağlık kuruluşunun akredite olabilmesinin önemli şartlarından biri sağlık hizmetlerindeki kaliteli sunumuyla gerçekleşmektedir.

Dönüşüm bu konuyu ele alıp “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” kurarak gerekli olan uygulama ve düzenlemeleri sağlayarak sağlık alanındaki standartlarını sağlam bir zemine oturtmayı amaçlamaktadır.

## **Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminin Yeniden Düzenlenmesi**

Sağlık alanında ilaçların, malzemelerin yönetimi, verilen hizmetlerde kullanılacak tıbbi cihazların ve araç gereçlerin uluslararası standartlara uygun şekilde ruhsatlandırılması için özerk kurumsal yapılara gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda söz konusu kurumsal yapının tıbbi cihazlar ve ilaçlara yönelik olarak ulusal seviyede denetleyici ve düzenleyici yetkilere sahip olan özerk kurumlar haline getirilmesi SDP kapsamındaki hedefler arasındadır (SB, 2003: 34).

### **Ulusal İlaç Kurumu**

Eski tarihlerden günümüze kadar insanlar sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için ilaçlarla hastalıklardan hem korunmuş hem de tedavilerinde kullanmışlardır. İlaç kullanımında dikkate alınması gereken konular ilacın uygun hastalığa kullanımı ve kullanımı sırasında dozajı ve doğru zamanıdır.

Türkiye’de sağlık sektöründe ilaçlara olan harcamalar oldukça fazladır. Doğru ilaç kullanımı yanında özellikle ilaç sektöründeki finansman sorunu bu alanın en temel sıkıntısı durumundadır. Özellikle, ithalata bağımlılığın yüksek olduğu bu sektörde harcama kontrolünü sağlama, düzenleme ve denetim mekanizmalarını kurma ve yerli Ar-Ge ve üretim çalışmalarını güçlendirme elzemdir. Sağlıkta dönüşümle beraber yaşanmakta olan bu sorunların önlenmesi için politikaların düzenlenmesi, ilacın üretim, tanıtım, satış sürecinden ruhsatlandırılmasına kadar olan adımlarda düzenleme ve kontrol işlevlerini yerine getirmek için Ulusal İlaç Kurumu’nun oluşturulmasına karar verilmiştir. Böylece, özellikle ruhsatlandırma sürecinin şeffaf ve etkili bir duruma getirilmesine olanak tanınmıştır (SB, 2003: 35).

## **Tıbbi Cihaz Kurumu**

Sağlıkta verimliliğin artması tıbbi cihazların ve alanda kullanılacak malzemelerin uluslararası düzeye uygun olmasına da bağlıdır. Ayrıca bu durum hem malzeme müsrifliğini hem de zaman kaybını önleyerek tüm vatandaşlara uluslararası standartlarda hizmet sunumunu sağlamaktadır. Dönüşümden önce cihaz ve malzeme tedariki yurtdışından gerçekleşmeydi. Bu alanda Türkiye standartlarını ve kalite belgesinin uluslararası referanslarla desteklenerek düzenlenmesi yerli üretime yardım sağlayacağı öngörülmektedir. Tıbbi cihazın ve malzemelerin denetimi ve standartlara uygun olması için ulusal düzeyde denetleme ve düzenleyici sorumluluğu olan hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine yoğunlaşan Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulması SDP'yle beraber hedeflenmiştir (SB, 2003: 35).

Kurulması hedeflenen bu kurum tıbbi cihazların planlanması, satın alınması, değerlendirilmesi, yasalar, düzenlemeler ve denetlemeler hakkında bilgi sağlanması, eğitim programlarının verilmesi gibi birçok alanda görevlendirilmektedir (Eke, 2014: 141). SDP sonrası aktif hale gelen bu kurumla beraber Türkiye'de tıbbi cihazlar bakımından önemli adımlar atılmıştır. Nicelik ve nitelik olarak güncel ihtiyaçlar ve gelişmelere göre sürekli iyileştirmeye gidilmesine gayret edilmiştir.

## **Sağlık Bilgi Sistemi**

Programın hedef ve ilkelerinin gerçekleşebilmesi için uyum içinde işleyecek bir sisteme gereksinim olduğu bilinmektedir. Diğer alanlara göre sağlık alanı emek yoğun yapısıyla verilen hizmet, hastanın sağlık geçmişinin ve iyileşme sürecini belli bir sistem dahilinde takip etmelerini gerekli kılar.

Kişilerin tıbbi kayıtlarının tutulması, sevk zincirindeki basamak geçişlerinin takip edilmesi, sağlık düzeyini gösteren çizelgelerin oluşturulması, toplum sağlığının incelenmesi ve temel sağlık uygulamalarıyla birlikte tüm verilere ulaşılabilmesi için bilgi sistemin kurulması gerekmektedir (SB, 2003: 36).

Günümüzde bilgi sistemiyle beraber teknolojinin getirdiği e-reçete uygulaması kağıt reçeteleri kaldırarak, reçeteleri elektronik bir yapıya dönüştürmüştür. Diğer bir uygulama ise SB'nin "Çekirdek Kaynak Yönetim Sistem" dir. Bu sistem doktorların görev şekilleri, unvanları, göreve başlama ve ayrılış bilgilerini içeren bir uygulamadır (Şen, 2013: 55–56). Bunların yanında, Merkezi Hastane Randevu Sistemi, e-Nabız gibi uygulamalar sağlık hizmetlerine vatandaşın erişimini kolaylaştıran teknolojik yatırımlardır. Özel sağlık kuruluşları ve araştırma hastaneleri kendine özel programlar geliştirerek, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırırken, bu kuruluşlar kendilerine de bir kayıt ve bilgi deposu oluşturmaktadır. Bu türden uygulamaların temeli SDP'nin getirdiği sağlıkta reform hareketine dayanmaktadır.

#### 2.2.4. Uygulama Süreci

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanabilmesi için alınan kararlara uyulmalı ve bu kararlar doğrultusunda yapılacak olan her çalışma itinalı adımlarla atılmalıdır. Dönüşümün geçiş sürecindeki uygulamalar dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla şöyledir:

- **Kavramsallaşma:** Uygulamanın ilk aşamasında geçmiş tarihlerdeki çalışmalar ve projeler de göz önünde tutularak yeni programın hedefleri hazırlanarak bir taslak oluşturulmuştur. Bu taslak çalışmasında SDP'nin amaç ve ilkeleri kavramsal olarak ortaya konarak geliştirme çalışmaları yapılmıştır.
- **Yasalaşma:** Bir sonraki adım hazırlanan taslağın kavramsal açıklığa kavuşmasıyla gerekli olan yasalarda ve yönetmeliklerde düzenlemelerle yasal mevzuatın meydana getirilmesidir (SB, 2003: 37).
- **Kontrollü Yerel Uygulamalar:** Programın yaşama geçmesinin bir anda zor olduğu kararına varıldıktan sonra uygulamada yer alan yeniliklerin kontrollü bir şekilde ve sınırlı olarak belli bölgelerde hayata geçilerek gözlemlenmesi planlanmıştır. Bu sayede uygulamanın işlemeyen yönleri ele alınarak iyileştirmeler yapılmasına olanak sağlayacaktır (Sert, 2019: 84)



- **Uygulamaların Türkiye Geneline Yayılması:** Son aşamada sağlık alanında hedeflenen noktaya ulaşabilmek için programın Türkiye'nin her bölgesinde uygulamaya geçilmesidir. Türkiye'de bu süreçte SDP'nin sendikaların, özel sağlık sektörünün, bilim insanlarının görüşleriyle birlikte dünya ülkelerindeki gelişmelerin takibi için uluslararası kurum ve kuruluşlardan, uzmanlarının da tecrübe ve görüşlerinden yararlanılmıştır (SB, 2003: 89).

### **2.2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programının Kademeleri**

Program kendi içinde iki kademedeyden meydana gelmektedir. İlk kademe 2003 ile 2009 seneleri arasındaki Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin uygulama ve amaçları ilk fazı, 2009 ile 2014 seneleri arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi adı altında uygulama ve hedefleriyle ikinci fazı oluşturmaktadır.

#### **I. Faz 2003 ve 2009 Yılları Arası Sağlıkta Dönüşüm Projesi**

İlk faz Dünya Bankası ile SB arasında 21 Nisan 2004'te imzalanan anlaşma ile aynı yıl içerisinde 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. İkraz anlaşması beş yılın sonunda 30 Haziran 2009'da sona erdirilmiştir. Projenin ilk fazında bulunan bileşenler SB'nin yeniden düzenlenmesi, SGK'nın kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılarak etkili ve verimli duruma getirilmesi, halk sağlığının hizmetlerinin güçlendirilmesi, proje yönetimi ile sağlık eğitim merkezlerinin tamamlanması şeklinde belirlenmiştir (SB, 2023b).

Projenin başlangıcı ile ülkenin sağlık sisteminin idari yapısında değişiklikler meydana gelmiştir. Sağlık hizmetlerinden, SB'nin yönetim yapısından, sosyal güvenlik sisteminin düzenlenmesine ilişkin etkinlikler planlanmaktadır. Bu projenin 2009 yılında kapanışı ile dönüşüm programının ikinci projesi ile devamlılığı desteklenmiştir.

## II. Faz 2009 ile 2014 Arası Sosyal Güvenlik Reformu Projesi

İlk fazın devamı olarak 2009 yılında Türkiye Cumhuriyeti ile Dünya Bankası arasında imzalanan anlaşma Sağlıkta Dönüşüm Projesinin üzerine temellendirilmiştir. Bu projenin finansmanı için yapılan anlaşma 29 Eylül 2009 tarihinde aktif bir şekilde hayata geçmiştir. Kendi içinde üç tamamlayıcı unsurdan meydana gelmektedir. Hedeflenen bu unsurlardan ilki SB'nin stratejik planına destek verilmesi, ikinci unsur koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı bazlı finansmanın pilot çalışmalarının yapılması ve üçüncü olarak SGK'nin kapasitesinin geliştirilmesi başlıkları adı altında kamuoyuna sunulmuştur (SB, 2023a).

Projenin ilk bileşen amacı SB'nin etkili bir şekilde sektöre önderlik edecek duruma gelmesi için kurumsal kapasitenin genişletilmesidir. Bu bileşen 2010 yılındaki Sağlık Sektörü Stratejik Planı'nda olan programların çoğuna teknik, eğitim ve malzeme gereksinimlerine destek vererek finansman sağlama amacı taşımaktadır. İkinci bileşen doğrultusunda çıktı bazlı finansman mekanizmalarından faydalanarak il düzeyinde bulaşıcılık göstermeyen sağlık sorunları için koruyucu hizmet uygulamalarının gerçekleştirilmesi adına bir modelin pilot çalışmasının yapılması planlanmıştır. Ancak bu planın ülke genelinde uygulanması ve ortaya çıkan maliyetin genel bütçeden karşılanmasından dolayı bileşen projeden çıkarılmıştır. Son olarak SGK'nin kapasitesinin geliştirilmesi olan bileşen SB ile SGK'nin tedarikçi ödemeleri ve sistemin performansının verimliliğinin artması için yapılan reformları hedef almaktadır (SB, 2023a).

### 2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Değerlendirme

Sağlıkta dönüşüm süreciyle başlayan sağlık alanında hizmet sunumu, finansman yönetimi idari, insan kaynakları ve örgütlenme gibi alanda gerçekleştirilen değişikliklerle önemli adımlar atılmıştır. Hem kamu sektörü hem de özel sektörü etkileyen yeni bir sistemin uygulamaya geçmesi yönünde oldukça kapsamlı bir reform hareketi gerçekleştirilmiştir.

### 2.3.1. Sağlık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Yapılanması

Dönüşüm programıyla yeniden yapılanan sağlık hizmetleri geçmiş dönemde SB, SSK ve üniversite hastaneleri tarafından yürütülmesinden dolayı hizmet sunumunu karmaşık bir duruma getirmekteydi. Ayrıca bu dönemde kamu personeli olan doktorlar özel sağlık kurumlarında yarı zamanlı olarak çalışarak, kamuda toplumun bu hizmete erişimini güçleştirmekteydi. Kırsal bölgelerde yaşayan nüfusun hizmet erişiminde zorlanmaması adına yeni politikalara ihtiyaç vardı. 2002 yılında bu programla birlikte hastaneler aynı çatı altında SB' ye bağlanarak hizmet sunumundaki karmaşık yapı sorunu ortadan kaldırılmaya çalışıldı. Bu süreçte hastaneler daha verimli hizmet arz edebilmek için özel sektörden alt yapı ve tanı hizmetlerini satın alarak hizmet kalitesini yükseltmemiz ve özel sağlık kurumlarıyla rekabeti ortamını geliştirme yönünde ilerleme sağlamıştır (Sulkü, 2011: 15–16). Bu rekabeti öne çıkaran diğer bir unsur ise hastanelerin döner sermayesini kendi aldıkları kararlar doğrultusunda kullanabilmesiyle oluşmuştur. SDP ile sunumda etkin olan aile hekimi uygulamasına geçilmesi sistemi güçlendirerek, basamaklar arasındaki hasta dağılımını düzenlemiştir.

Yeniden yapılandırılan sağlık hizmetlerinde, merkezi hastane randevu sistemi, kronik ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, anne-çocuk sağlığı korunması, hasta hakları, ilaç piyasasında düzenlemeler ayrıca hizmetin kamu ve özel şekilde birlikte yürütülmesi gibi birçok alanda yenileme çalışmaları yapılmıştır. Bunların yanında hizmetteki yeni yapılanmayla birlikte sağlık çalışanları da etkilenmiştir. Değişim ve dönüşümle çalışanların sözleşmeli olarak çalışması imkânını doğurmuştur. Böylece çalışan sayısının artırılması ve istihdam sağlanması hedeflenmiştir (Memişoğlu, 2016: 79).

Hizmetin yeniden yapılanması sürecinde haklar konusuna önem verilmiştir. Dönüşüm ile ilk olarak 60 hastanede, 2004 yılında ise bütün şehirlerde “Hastane Hasta Hakları Birimi” uygulaması vatandaşların kaliteli bir hizmet alabilmesi için yürürlüğe konulmuştur. Bu uygulama ile hasta ve hasta yakının hastanelerde bir sorunla karşı karşıya kaldıklarında bu birime başvurmaya başlamışlardır. Sorunun ortadan kaldırılmasını sağlayacak olan bu birim kalite ve verimliliğin artırılması noktasında düzenlemeler

yapmaktadır (Aydemir ve Işıkkhan, 2013: 11). Hasta hakları yönergesi, insanların hastalık sürecinde haklarının korunması, sürecin her kademesinde hastaların bilgilendirilmesi, mahremiyete önem vererek, hastanın onayının alınması, tedavi sırasında hekimi değiştirme hakkına sahip olması gibi ilkeleri içermektedir (Türk Tabipler Birliği, 2005).

Bireylerin kendilerinin hekim seçme hakkı 2004 yılında hastanelerde uygulamaya başlanmıştır. Tüm hastanelerde uygulamaya geçilmesi 2010 yılında olmuştur. Böylece hastaların memnuniyetinin sağlanması ve hizmetin etkinliğinin artırılması mümkün hale gelmiştir. Hekim seçimi sırasında hasta gün, saat şeklinde randevularını oluşturabilmektedir. (Eke, 2014: 200). Bu hizmete erişimi ve hizmet kalitesini kolaylaştıran bir uygulama olmuştur.

Anne-çocuk sağlığına önem verilerek üreme, doğum ve cinsel sağlık hakkında verilen hizmetlere erişim kolaylaşmıştır. Aile hekimi, bireyin gebelik sürecini takip ederek danışmanlık hizmeti sunmaktadır. Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı uygulamalarıyla anneler desteklenmeye başlamıştır. Dönüşüm dahilinde çocukların aşılama sürecinde de gelişmeler meydana gelmiştir. 2006 yılında aşılama kapsamı genişletilmiş kabakulak ve kızamıkçık aşuları eklenmiş ve tüm sağlık kurumlarında bu aşılama uygulaması hizmete geçmiştir. 2008’de birçok aşı tek bir enjektör içinde kullanılarak, az enjeksiyonla daha çok aşılama gerçekleştirilmeye başlanmıştır (Eke, 2014: 186).

2005 yılında bulaşıcı hastalık olan grip, kızamık, verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi” uygulamasıyla yeniden düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde etkinliği artırma, hasta memnuniyetini yükseltme ve koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirme bakımından bu düzenlemeler önemlidir.

### 2.3.2. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Her ülke için sağlık hizmetlerini ne şekilde finanse edileceği önemli bir sorundur. Ülkelerin finansman modeli birbirinden farklılık göstermesine rağmen genellikle sosyal sigorta primleri, cepten ödeme, vergiler ve özel sigortaların bir arada olduğu bir sistem tercih edilmektedir (Tatar, 2011: 104).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı temelde sosyal sigorta primlerine dayanmaktadır. Günümüzde SGK, Türkiye’nin finansmanında ve sağlık harcamalarında büyük rol oynamaktadır. Diğer önemli kurum ise SB’dir. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde finansman kaynağı olarak devlet bütçesini kullanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014: 27–28). Özetle, Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanını zorunlu sigorta ve vergilerle finanse etmekte, ek olarak özel sigorta ve cepten ödemelerle desteklemektedir. Türkiye’de tek bir finansman modeli söz konusu değildir. Birçok ülkede sağlık sistemi Türkiye’deki gibi karma model yapısıyla finanse edilmektedir (Yurdadoğ, 2007: 592).

1992 yılında hayata geçirilen Yeşil Kart uygulaması, hükümetin maddi açıdan yetersiz ve sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık masraflarını karşılayan bir uygulama olmuştur. Bu uygulama sağlık hizmetlerinin finansmanında 2008 yılına kadar rol almıştır. Yeşil kartlı vatandaşların giderleri Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmıştır. Ancak yıldan yıla artan harcamalara karşı tedbir olarak hastanelere bütçe kısıtlaması getirilmesi için SB ile SGK arasında düzenlemeler yapılmış fonlar öncelikle SGK’dan SB’ye, daha sonra ise hastanelere aktarılarak Bakanlık, hastanelerin aylık bütçelerini düzenlemeye başlamıştır.

Toplum yararına birinci basamakta verilecek hizmetler ücretsiz olarak verilmektedir. Bu hizmetin sağlanabilmesi adına 2007’de global bütçe sistemine geçilerek ilk basamağın hizmet fiyatlandırılması yapılmış ve SGK fonları Bakanlığın Merkez Döner Sermaye Saymanlığına aylık olarak yatırılmıştır. Ayrıca SB kendisine bağlı olan hastanelerde görev alan sağlık personellerinin aylık ödemelerin kendi üzerinden gerçekleştirmektedir (Sulkü, 2011: 33). Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda ciddi bir

dönüşüm gerçekleştirilmiştir. Böylece büyüyen bütçe baskısı azaltılmaya ve sistem mali açıdan sürdürülebilir bir yapıya oturtulmaya çalışılmıştır.

### **2.3.3. Kamu-Hastane Birliği**

Kamu hastanelerinin bir çatı altında toplanarak yerinden yönetim anlayışıyla beraber bir kamu hastanesinin finansal ve idari manada kendi kendini yönetebilme sahipliğine kavuşması yönünde dönüşüm sağlanmıştır. Bu kapsamda hastaneler kendi kaynaklarını daha verimli bir şekilde kullanabilmesi için serbestlik verilmiştir. Ayrıca bu hastanelerde sağlık çalışanlarına performansa göre ek ödeme yapılarak hizmetin kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Kaliteyi artırma hedefi ise kamu hastanelerinin özel sektörden sağlık hizmetleri alabilmesini doğurarak, kamu ve özel sektör ortaklığını kolaylaştırıcı bir ortam yaratmıştır. SDP ile kamu hastaneleri adına yaşanan söz konusu bu dönüşüm kamu özel sektör ortaklığıyla kurulan şehir hastaneleri veya sağlık kampüslerini hayal olmaktan çıkararak proje aşamasına geçilmesini sağlamıştır. Bu yeni modelle hastanelerin özerkliği daha güçlenirken, kaliteli ve verimli hizmet sunma potansiyeli de yükselmiştir.

Kamu hastanelerinde yaşanan bu yapısal dönüşümü organize etmek ve özerk yapıdaki hastaneler üzerinde düzenleme ve denetim sağlamak için “Kamu Hastane Birlikleri” kurulmuştur. Kamu Hastane Birlikleri finansal ve yönetim bakımından Bakanlığa bağlı bir sisteme sahiptir (Eke, 2014: 169).

### **2.3.4. Dönüşümün Arza Etkisi**

Nüfus artışıyla birlikte sağlık kurumları sayısındaki artış, hizmet üretimini ve kullanımını olumlu etkilemiştir. Hastane sayısı, muayene başvuru sayısı, yatak sayısı, cerrahi girişimler, sağlık çalışanı sayıları hizmet artışı beraberinde talep artışını getirmektedir. SDP ülkede yaşayan tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaşmasını ve hizmetten yararlanmak isteyen insanların hizmete olan talebin artış seyrine geçmesini sağlamıştır.

Talepteki bu gelişmeye ve sağlık alanında yapılan birçok reforma rağmen, hala sağlık insan gücü bakımından nitel ve nicel olarak iyileşme ihtiyacı söz konusudur. Bu sorun için dönüşüm programında hekimlerin maaşlarında iyileştirmeler yapılması ve 2004 senesinde Performansa Dayalı Ödeme sisteminin başlamasıyla birlikte hizmetin arzında verimliliğin yükselmesine yol açmıştır.

Zaman içerisinde yerinde yönetim anlayışıyla döner sermaye harcamalarında, üretim ve yönetim harcamalarındaki giderlerin yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu yüksek giderlerin önünü alabilmek için global bütçe uygulaması öngörülerek bakanlığa bağlı hastaneler adına bir senelik bütçe olmasına karar verilmiştir. SDP ile hem arz hem de talepte artış görülmektedir. Harcamalarda meydana gelen artışı dengeleyebilmek için sağlıkta kullanılan kaynakların verimli ve tasarruflu kullanımına yönelik yeni uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. GSS sayesinde belli bir standart çerçevesinde, geri ödeme için düzenlemeler oluşturulmuş, aile hekimliği uygulamasıyla ilaç uygulamalarında ve diğer basamaklarda yığılmalar önlenmiş sağlık sistemleri etkili bir şekilde hayata geçilerek ve tasarruf hedeflenmiştir. Bu sayede harcamalardaki yükselişin dengeleneceği ve birim maliyetlerde azalışın meydana geleceği öngörülmüştür. Bununla beraber, program sürecinde birtakım sorunlar da yaşanmıştır. Örneğin yeterli sayıda hekimin olmaması sevk zincirine geçişi zorlaştırmıştır. Tüm vatandaşların hedeflendiği şekilde GSS içine alınamaması da ayrı bir sorun teşkil etmektedir. SDP kapsamında belirtilen hedeflere ve iyileştirmelere ne kadar ulaşıldığı bir sonraki bölümde mevcut veriler değerlendirilerek analiz edilmeye çalışılmıştır

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ ANALİZİ

Her ülke için sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, örgütlenmesi o ülkenin ekonomik ve sosyal yapısından karşılıklı olarak etkilenmektedir. Türkiye’de TBMM’nin açılmasıyla birlikte sağlık hizmet sunumunda atılan ilk adımı Sağlık Bakanlığı’nın kurulması olmuştur. Bu kurum savaştan çıkan halkın sağlık sorunlarıyla ilgilenmiştir.

Cumhuriyetin ilanından itibaren ilk 15 sene içinde gerçekleştirilen düzenlemeler ve uygulamalar Türkiye’nin dünden bugüne olan sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmuştur. SB’nin kuruluşuyla beraber 15 yıl içinde hekim ve sağlık personeli sayısının artırılması, salgın hastalıklarla mücadelenin gerçekleştirilmesi, sağlık örgütlenmesinin kurulması, koruyucu hizmetlerinin güçlendirilmesi, tıp öğrencileri için yatılı yurtların açılması gibi sağlık hizmetlerinde birçok çalışma yapılmıştır (Kasapoğlu, 2016: 135).

SDP ile günümüzün sağlık hizmetleri yeniden düzenlenerek toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Parçacıklı bir yapıya sahip olan sağlık sistemi tek elden SB tarafından yürütülmesi sağlanmış ve tüm vatandaşları kapsayacak şekilde GSS geçilmiştir. Bir diğer uygulamaya ise aile hekimliği olmuştur. Bu sayede hastanelerdeki yığılmaların önüne geçilmiş ve bireylerin sağlık durumlarının takibi yapılmıştır. Bunlar dışında sağlık hizmetlerinde kaliteyi, verimi ve etkinliği arttırmak, sağlık hizmetleri açısından arzı güçlendirmek gibi pek çok yeni düzenleme de yapılmıştır.

SDP kapsamında yapılan bu düzenlemeler sonrası Türkiye’de, sağlık hizmetleri arzının nasıl bir değişim gösterdiği ya da bir değişim gösterip göstermediği reformun başarısını değerlendirme noktasında önemlidir. Çalışmanın bu bölümünde SDP öncesi ve sonrası Türkiye’de sağlık hizmeti arzını yansıtan sağlık kurumu göstergeleri, sağlık insan gücü göstergeleri, sağlıkta teknolojik ekipmanlara ilişkin göstergeler, sağlık harcamaları incelenmiştir. Bunlardaki gelişmeler ışığında Türkiye’de sağlık hizmetleri arzı ve sağlık



sistemi bakımından güçlü ve zayıf yönler ile fırsatlar ve tehditleri gösteren SWOT Analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonunda çeşitli öneriler sunulmuştur..

### **3.1. Türkiye Sağlık Hizmetleri Arzı**

Türkiye’de sağlık sisteminin düzenlenmesinden, denetiminden ve sağlık hizmetleri sunumun önemli bir kısmından Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık hizmetleri arzı hem SB hem de özel kuruluşlar aracılığıyla gerçekleştirilir. Türkiye’de birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde sınıflandırılmış olan sağlık hizmetleri arzının nasıl işlediği sırasıyla açıklanmaktadır.

#### **3.1.1. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamak**

Resmi olarak “Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, 122 acil sağlık hizmeti birimleri, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Kurum tabipliği, belediyelere ait poliklinikler” birinci basamak hizmet sunucularıdır (Resmi Gazete, 2022).

2021 yılının sağlık istatistiklerine göre Türkiye’de 26.928 aile hekimliği birimi, 8.057 ASM, 778 TSM resmi birinci basamak kurumları mevcuttur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021: 145).

112 acil sağlık hizmetleri toplumda sigortalı veya sigortasız tüm bireyler için ücretsiz olarak taşıma hizmeti sunmaktadır. Bunun yanı sıra hava ambulans hizmeti geliştirilerek kullanılmaktadır (Atasever, 2014: 38).

## **Aile Sağlığı Merkezi (Aile Hekimliği)**

Birinci basamak hizmetlerinde halk sağlığı, ana-çocuk sağlığı, aile hekimliği, dispanserler ve hastanelerde yığılmaların oluşumunu önlemektedir. Aile hekimliği toplumda bireylerin sağlık durumunun takibi yapılmakta, yalnızca tedavi değil aynı zamanda hastalık öncesi bireyi korumayı hedeflemektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerini köy, ilçe ve şehir merkezlerinde bulunan sağlık ocakları vermektedir. Türkiye’de SDP ile birinci basamakta hizmet veren sağlık ocakları yerini Aile Hekimliğine bırakmıştır. Aile hekimliği, din, dil, cinsiyet, hastalık ve yaşı ayırımı yapmaksızın hem koruyucu hizmetleri hem de birinci basamaktaki tanı, hastalık tedavisi ve rehabilite hizmetleri tüm bireylere sürekli bir şekilde veren sağlık hizmeti sunucusudur (Aloğlu ve Taşlıyan, 2016: 4). Birinci basamakta hastanın hekim muayenesinden sonra hekimin kararıyla hastanelere sevk etmesi hastanelerdeki yoğunluğu azaltarak sevk zincirini devreye sokmaktadır (Özkara, 2006: 13) Aile hekimliği uygulaması ASM’de gerçekleştirilir. ASM ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki karmaşıklıkla önüne geçme potansiyeli sunar. Bu sayede her bireye aile hekimi atanarak hasta takibini kolaylaştırması ve ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluğun önlenmesi amaçlanmıştır. İlk teşhis ve tedavilerin öncelik olarak aile hekimleri tarafından yapılması, daha kapsamlı çalışan hastanelerin iş yükünü azaltmaktadır (Yenice, 2015: 34). Fakat sevkin zorunlu olmadan herkesin istediği basamaktan sağlık hizmeti alabilmesi, bu sistemin etkin işlemlerini önlemekte ve maliyet yükünü arttırmaktadır.

Bu uygulamayla birlikte daha kapsamlı bir koruyucu sağlık hizmeti sunabilmek mümkün hale gelmiştir (Aloğlu ve Taşlıyan, 2016: 3). Koruyucu hizmetler kapsamında aşılama, ana-çocuk sağlığı, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi ve aşılama gibi çalışmalar yapan aile hekimleri hastaların bu konudaki bilinçlenme ve farkındalık düzeylerini daha kolay takip edebilmektedir. Hizmetlerin etkinliğinin de bakımında da aile hekimleri tarafından sunulması isabetli bir karardır.

## **Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)**

Aile hekimleri yanında TSM'ler de Türkiye'de koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlardır. Bu yapılanmayla SB koordinasyonunda koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenir. Farklı birimler aracılığıyla çeşitli araçlar kullanılarak toplumun koruyucu sağlık hizmetleri konusundaki farkındalığı arttırılmaya çalışılır. Toplum sağlığı düzeyini yükseltmek için SB denetimi altında TSM'ler aile planlama, aşılama, ana çocuk sağlığı hizmetlerinde aile hekimlerine destek veren birimlerdir (Tengilimoğlu vd., 2015: 172). Günümüzde ilerleyen bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde koruyucu sağlık hizmetleri için hizmet sunucusuyla kişinin fiziki olarak bir araya gelmesi zorunluluğu ortadan kalkmıştır. Hkmetler; televizyon ve sosyal medya gibi araçlarla vatandaşlara bu hizmetler hakkında bilgiler verebilmektedir. Ayrıca, kimi zaman sivil toplum kuruluşlarıyla yapılan iş birlikleriyle toplumun daha fazla kesimine ulaşılmaya başlanmıştır.

## **Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)**

Kanser, ilerleyen teknolojiye rağmen halen en büyük risk taşıyan sağlık sorunlarından birisidir. Kanserinin tam anlamıyla bir tedavisi olmamakla birlikte kansere karşı yeni tedaviler sürekli geliştirilmektedir. SDP sonrası 2009 yılında "Erken Teşhis Hayat Kurtarır" sloganıyla kanser taramalarına yönelik ülke genelinde 81 adet Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) hayata geçmiştir (Tengilimoğlu vd., 2015: 174). KETEM, hastaneler veya özel kurumlar tarafından kurulan KETEM bireylere erken tanı ve kanser hastalığı risk etkenleri hakkında danışmanlık yapmaktadır (Durmuş, 2022: 33).

Türkiye'de en sık görülen kanser türleri kadınlarda meme kanseri, erkeklerde ise akciğer ve prostat kanserleridir. Tütün kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan akciğer kanseri erkek bireylerde daha fazla görülmektedir. 2020 yılı on beş yaş ve üzeri bireylerin tütün kullanımının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında, Türkiye ikinci sırada yer

almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021: 59). İstatistiklere göre tütün kullanan her dört bireyden üçü erkektir.

2021 yılı itibariyle faaliyet gösteren KETEM sayısı 336'dır. Bunun 205 tanesi ise Sağlık Hayat Merkezleri bünyesinde hizmet vermektedir. Bu hizmetten her yıl çok sayıda kişi yararlanmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021: 145). 2019 yılında kanserle mücadele ve erken teşhis kapsamında yaklaşık yedi milyon kişi ücretsiz kanser taramasından faydalanmıştır. Kanser Araştırma Ajansı (IARC) verilerine göre; 2020 yılında dünya genelinde 19,3 milyon kanser tespit edilirken, Türkiye'de tespit edilen kanser sayısı yaklaşık 234 bin olarak görülmektedir.

### **Verem Savaşı Dispanserleri**

Türkiye'de tüberküloz ile mücadelede hastalığının tanı, tedavi ve takibi süreci Verem Savaşı Dispanserleriyle kontrol edilmektedir. Dönüşüm ile yeniden yapılanan sağlık hizmetleri çerçevesinde bütün şehirlerde en az bir tane dispanser olması planlanmıştır (Çevirme, 2017: 3). Bu dispanserler hastaların kayıtlarını tutmakta ve takibini gerçekleştirmektedir.

### **3.1.2. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde İkinci ve Üçüncü Basamak**

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri tedavi hizmetlerinin arzını sağlayan ve yataklı olarak tedavi hizmeti veren kurumlardan oluşmaktadır. Birinci basamakta tedavi hizmetinin karşılanamadığı durumlarda, daha çok uzmanlık bilgisi gerektiren ve poliklinik hizmeti sağlayan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri devreye girmektedir. Ancak birinci basamakta tedavisi gerçekleşebilecekken önem arz etmeyen ve tedavisi kolay hastalığı olan bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayan kuruluşlara başvurduğu görülmektedir. Bu durum, sevk zincirine uyulmamasından dolayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarında

gereksiz yığılmalara sebep olmakla birlikte gereksiz hizmet ve kaynak harcanmasına yol açmaktadır. Örneğin; 2002-21 yılları arasında sağlık hizmeti almak adına hekime yapılan başvuru sayısına bakıldığında her üç kişiden ikisinin, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini tercih ettiği görülmektedir. Bu sebeple aile hekimliği kapsamında ilerleyen sevk zincirindeki hız 2002 yılında %22 ve 2003 yılında %18,2 olarak görülürken 2010 yılına gelindiğinde %0,4 oranına kadar düşüş göstermiştir. 2010-13 yılları arasında yükseliş göstererek %3 oranına kadar çıktığı görülmektedir. 2013 yılından itibaren tekrar düşüşe geçen sevk hızı 2021 yılında %0,6 olarak gerçekleşmiştir. 2002-21 yılları arasında tüm sektörlerdeki sağlık hizmeti sunucularına kişi başı müracaat sayısı 2002 yılında %1,9 iken 2021 yılında %4,9 olarak görülmektedir. Bu yıllar arasında özellikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere talep %1,7'den %3,6 oranına yükselirken, özel hastanelere olan talep ise %0,1'den %0,9 oranına yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021: 152–159).

2021 Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı verilerine bakarak sevk hızının oldukça düştüğü, yılları içerisinde hem Sağlık Bakanlığı'na bağlı hem de özel hizmet sağlayıcılarına olan talebin arttığı ve sevk zincirinin yeterince aktif rol oynayamadığı açıkça görülmektedir. Bu nedenle üçüncü basamakta bulunan ve asli görevi araştırma olan üniversite hastaneleri ya da ikinci basamakta bulunan yataklı ve poliklinik hizmetleri bulunan devlet hastaneleri gibi hizmet sağlayıcıları için hem kaynaklarının hem de çalışan iş gücünün boşa harcandığını söylemek mümkündür.

Resmi olarak “Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, Entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu kurumlarına ait ağız ve diş sağlığı hastaneleri” kamu kurumlarına ait olup Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışan hekimleri ile hemşireler ve sağlık personelleriyle ikinci basamak sağlık hizmetleri arzında rol alır. Bu basamakta teşhis tanı ve yataklı tedavi hizmeti sunan hastanelerde gelişmiş teknolojik tıbbi cihaz ve eğitilmiş sağlık çalışanlarıyla bireylere etkili bir şekilde sağlık hizmeti sunmaktadır.

Türkiye’de “Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, Tıp fakülteleri bulunun devlet ve vakıf üniversitelerinin sağlık uygulama ve araştırma merkezleri” üçüncü basamak sunucularıdır (Resmi Gazete, 2022). Ayrıca sağlık turizmi içinde yer alan kaplıcalar da özel üçüncü basamak hizmetleri içinde yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın 2021 yılı istatistiklerine göre 183.569 hekim, 232.442 hemşire, 219.630 diğer sağlık personelleriyle hastane ve sağlık kurumlarında sağlık hizmeti arz edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), 2023). Sağlık hizmeti arzında rol alan sağlık çalışanlarının sayısının artması hizmet verimliliğinin artmasını sağlayarak ülkenin sağlık seviyesinin gelişimine yardımcı olmaktadır.

### **3.2.Türkiye Sağlık Hizmeti Arzına Yönelik Göstergeleri**

Bir ülkenin sağlık düzeyinin yükselmesi sağlık hizmetinin gelişimi ve arzını etkileyen faktörlerin iyileşmesine bağlıdır. Türkiye’de sağlık hizmetleri üç basamakta arz edilirken, sağlık hizmeti arzının durumunu sağlık hizmeti sunan birimler, sağlık insan gücü, tıbbi cihazlar ve sağlık harcamalarına ilişkin göstergeleri büyük ölçüde göstermektedir. Toplumdaki tüm bireylerin sağlık hizmetlerine daha rahat erişim sağlayabilmesi için hastanelerin yeterli sayıda olması, kişi başına düşen tıbbi cihaz sayısının uluslararası ortalamaları yakalaması, etkili tedavi ve hastalıklarla savaş için kişi başına yeter sayıda sağlık çalışanı düşmesi gibi faktörlere bağlıdır.

Sağlık hizmetinin performansını yansıtan göstergelerin temel amacı ise ülkelerin sağlık sistemlerinin ve düzeylerinin verimliliğini yükseltebilmeleri adına bilgi sağlamaktır (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 20). Bu göstergelerle yıllara göre performans değerlendirilmesi sonucunda birtakım iyileştirmeler yapılarak sağlık düzeyinin geliştirmesi amaçlanır.

Sağlık hizmetleri arzına ilişkin göstergelerdeki SDP öncesi ve sonrası durumu değerlendirmeye geçmeden önce Türkiye’nin temel sağlık göstergelerindeki duruma

bakmak yerinde olacaktır. Böylece, sağlık hizmeti arzı verilerini daha doğru bir bakış açısıyla incelenip değerlendirilebilir.

2019 yılı verilerine dayanarak Türkiye’de toplam ölüm sayısının 435,941 olduğu bununla beraber ölümlerin %37’sinin dolaşım sistemi rahatsızlıklarından meydana geldiği görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı devreye girdiği 2002 yılında %72,5 olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2019 yılında %78,6’lara kadar yükselmiştir. Bunun nedeni sadece SDP ile sağlık hizmetlerinde meydana gelen iyileşmeye değildir. Toplumsal ve ekonomik gelişmeler de insanların yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin yıllar içerisinde artması sebebiyle 2002 yılında %5,5 olan 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı, 2020 yılına bakıldığında %8,2’ye yükselmiştir. Bununla birlikte 2013 yılında %28.9 olan adolesan doğurganlık hızının 2020 yılında %14,7’ye düştüğü görülmektedir. Bebek ölüm hızı göstergelerine bakıldığında 2002 yılında 1000 canlı doğumda 36’sı ölümle sonuçlanırken 2020 yılında 1000 canlı doğumda 10 gibi bir sayıya düştüğü görülmüştür. Bebek ölüm hızları özellikle İngiltere ve Almanya gibi sağlık sisteminin örnek teşkil ettiği ülkelerde %2-4 aralığında seyretmektedir. Bu durum ise sağlık hizmetlerindeki imkanların iyileştirilmesi ve bilinçsiz şekilde yapılan doğumların hızının düşmesi sebebiyle orta yaş ve üzeri nüfus yoğunluğunun giderek artmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki iyileşme ömrün uzaması ve yaşam kalitesinin yükselmesi yönünde bir etki yaratırken, demografik yapıda meydana gelen değişime göre ülkelerin sosyo-ekonomik koşulları ve politikaları reforme etmeleri gerekmektedir. Örneğin, Türkiye’de de 2000 yılında %2 civarı olan 75+ yaş nüfusu 2020 yılında %4’ün üzerine çıkmıştır. Ayrıca 1990 yılında %21,7 olarak kayıtlara geçen yıllık nüfus artış hızı 2020 yılına gelindiğinde %5,5 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021; Worldbank, 2023). Türkiye’deki temel sağlık göstergelerindeki bu iyileşmeye SDP’nin katkısı olduğu aşıkardır. Fakat bundan sonra önemli olan iyileşme seyrini devam ettirmek ve demografik yapıdaki değişime göre reformlar oluşturmaktır.

SDP’nin sağlık hizmetleri sunumunda ne gibi yenilikler getirdiği ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Getirilen bu yenilikler sonrasında sağlık hizmeti arzına ilişkin göstergelerde nasıl

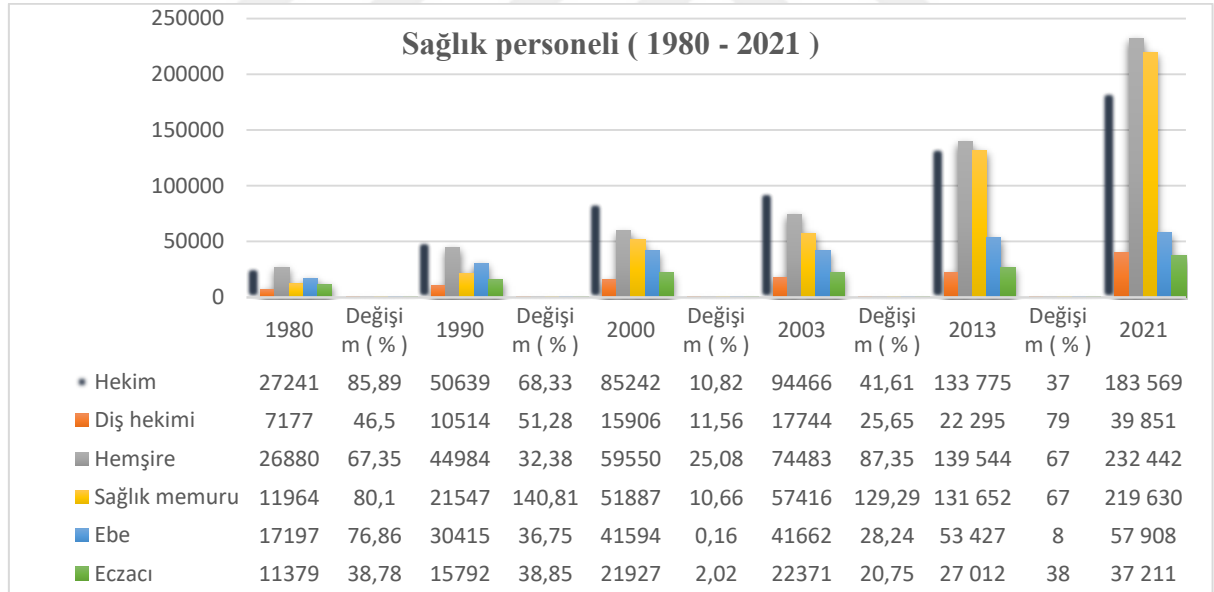
ve ne kadar bir değişim olduğunu değerlendirmek, SDP sonrası sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönleriyle, önündeki fırsatları ve tehditleri analiz etmek açısından önemlidir.

### 3.2.1. Sağlık Personeli Göstergesi

Sağlıklı bir toplumun sürdürülebilirliği sağlık hizmetinin verimliliğinin yükseltilmesi ve hizmet verecek sağlık personellerinin etkin bir şekilde istihdam edilmesiyle sağlanır. Hastanelerde yeterli hemşire sayısının bulunmaması çalışan her bir hemşirenin iş gücünü arttırarak verimliliğin azalmasına sebep olur. Hekim sayısının da yeterli durumda olmaması çalışan hekimlerin yoğunluğunu arttırarak verilen hizmetin kalitesini olumsuz etkiler (Denli, 2022: 226).

#### Grafik 1.

Sağlık Personelinin Sayısal ve Oransal Değişimi (1980-2021)



Kaynak 1: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Grafik 1'den görüleceği üzere 1980 yılında toplam sağlık personeli sayısı 101.838'ken bunlardan 27.241 hekim, 7.177 diş hekimi, 26.880 hemşire, 11.964 sağlık memuru, 17.197 ebe ve 11.379 personel ise eczacı olarak görülmektedir. 2021 yılına



bakıldığında ise toplam sağlık personel sayısı 770.611'e yükselmektedir. Toplam personel içerisindeki hekim sayısı 183.569, diş hekimi sayısı 39.851, hemşire sayısı 232.442, sağlık memuru sayısı 219.630, ebe sayısı 57.908 ve eczacı sayısı ise 37.211 olarak görülmektedir. 1980-2021 yılları arası sağlık personeli sayılarındaki değişime bakıldığında, yüzdeler olarak artışın en yüksek gerçekleştiği aralığın sağlık memurları hariç diğer tüm sağlık personeli açısından 1980-90 yılları arasında olduğu görülmektedir. 1980 de sağlık piyasasının özelleştirilmesiyle kamu görevlisi hekimlerin mesai saatleri dışında hastanelerde teşhis ve tedavi yapabilmelerine, özel muayene açabilme teşviklerinin uygulanmasına izin verilmiştir. Hekim sayısındaki artışın nedenlerinden bir diğeri, bu dönemde özel sağlık hizmeti sunan birim sayısının, yapılan düzenlemelerle artmaya başlamasıdır. Bu artış, istihdam edilen hemşire, ebe ve eczacı sayılarının da hızla yükselmesine yol açmıştır.

Sağlık memurları açısından ise en ciddi yüzdeler olarak artış 1990-2000 yılları arasında gerçekleşmiştir. Sağlık memuru sayısının %140,81 oranında artış sergilediği görülmektedir. 1980 yılı toplam sağlık personeli sayısı ile 2021 yılı toplam sağlık personeli sayısı arasındaki fark 7 kattan daha fazladır. 1980-2021 yılları arasındaki personel sayısındaki en belirgin artış sağlık memuru sayısında görülmektedir. Sağlık memuru sayısının ardından en fazla artış ise hemşirelerde görülmektedir.

**Tablo 1.**

Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayılar

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Yeni Kayıt Yapılan	Toplam	Mezun Olan	Öğretim Üyesi Sayısı
2002-2003	44	4.998	31.966	4.804	7.172
2017-2018	94	14.555	82.865	8.530	14.133
2018-2019	96	15.859	89.356	9.395	14.81
2019-2020	103	17.076	95.035	10.854	15.842
2020-2021	115	18.954	102.549	11.909	16.474
2021-2022	125	20.910	108.786	13.239	17.037

*Kaynak 2: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*

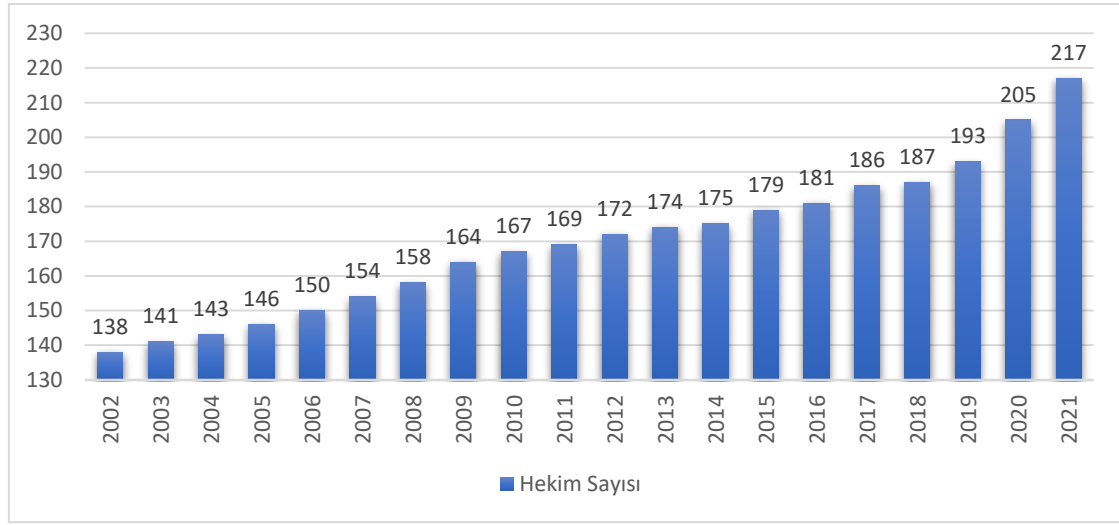
Özellikle 2003 yılında SDP'nin devreye girmesi ile sonraki on yıllık süreçte en fazla artışın sağlık memuru ve hemşire sayılarında olduğu görülmektedir. Bu programın amacı toplumun sağlık haklarından eşit bir şekilde yararlanabilmesi ve sağlık hizmetlerinin gelişiminin sağlanmasıydı. Bu gelişim adına yapılan çalışmalardan biri hekim yetersizliğinin önüne geçebilmek için üniversitelerde tıp fakültesi kontenjanları artırılması ve yeni tıp fakültelerinin açılması olmuştur. Tablo 1'den de görüleceği üzere 2002 yılından bu yana üç katına çıkmıştır. Tıp fakültesine kayıt yaptıran ve okuyan toplam öğrenci sayılarında da benzer artış gerçekleşmiştir. Fakat öğretim üyesi artış hızı da buna eşlik edememiştir. Bu da hizmetin niteliksel olarak yeterliliği üzerinde soru işareti yaratmaktadır.

Yetişen hekim sayısı hızla arttırılmaya çalışırken ihtiyacın daha fazla olmasından dolayı hekim açığını azaltıp iyi hizmet verebilmeleri adına maaşlarda iyileştirmeler, Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ile de hem hekimlerin hizmet verimliliğini hem de toplumun hizmete ulaşımı arttırılmaya çalışılmıştır (Sulkü, 2011: 74). Sonuç olarak sağlık hizmetinde hekim ve personel eksikliği hasta memnuniyetin azalmasına, hastanın tanı ve tedavi sırasında muayene süresinin kısaltmasına, sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasıyla da hizmet kalitesinin düşmesine yol açacaktır. O yüzden hem yetişen hem de istihdam edilen sağlık personeli sayısını yeter ölçüde arttırabilmek ve bunların nitelikli bir eğitim süreci geçirerek donanımlı bir sağlık insan gücü olmalarını sağlayabilmek gerekir.

Grafik 2’de görüldüğü üzere 2002 yılı itibariyle SDP’nin de devreye girmesinin ardından kişi başına düşen hekim sayısının giderek arttığı görülmektedir. Kişi başına düşen hekim sayısının artması; verilen tedavinin kalitesinin artmasına, çalışanların iş yükünün azalmasına ve muayene sürelerinin uzayarak hekim-hasta arasındaki güvenin giderek artmasına neden olmaktadır.

## Grafik 2.

Yıllara Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler

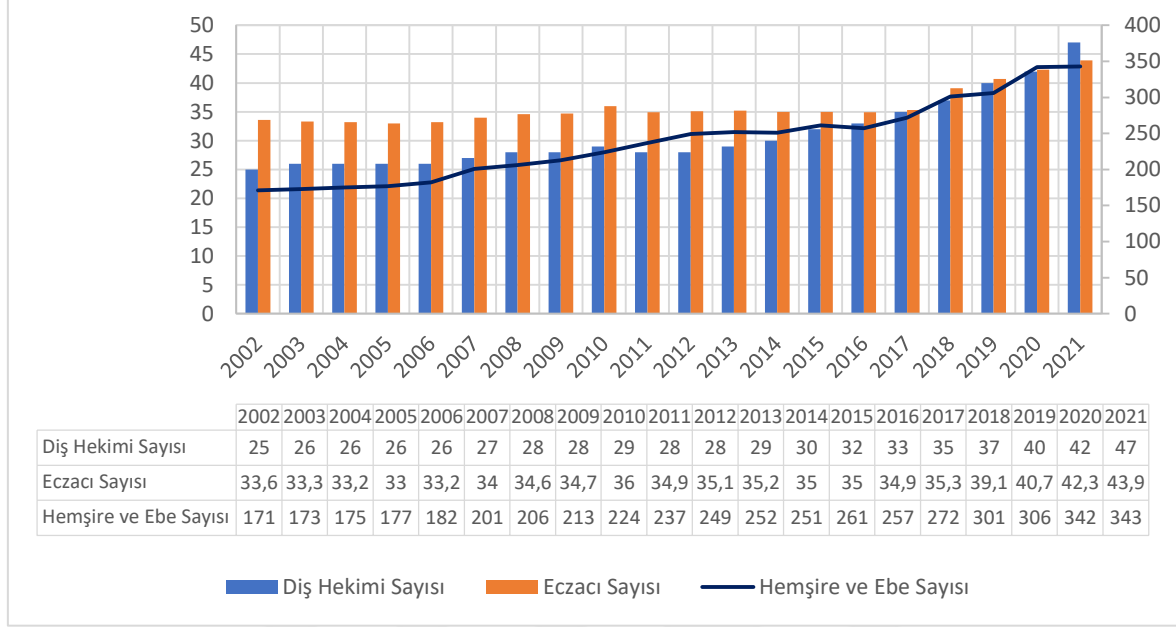


Kaynak 3: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Bunun yanında 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi, hemşire ve ebe ile eczacı sayılarının da 2002 yılından bu yana nasıl bir seyir izlediği önemlidir. Bunlar Grafik 3’te gösterilmiştir.

### Grafik 3.

100.000 kişiye düşen personel sayısı (2002-2021)



Kaynak 4: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

SDP'yle beraber sağlık hizmetleri arzını iyileştirmek adına sağlık personeli için çalışma koşullarını düzelteren ve istihdam olanakları yaratan düzenlemeler yapılmıştır. Tabii, bu düzenlemelerin de etkisiyle 100.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı ile diş hekimi sayısında 2 katlık bir artış yaşanmıştır. Hızlı nüfus artışı düşünüldüğünde bu artış yeterli olduğu şüpheli de olsa fena değildir. Bununla beraber, 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı da artış göstermiş olmasına rağmen bu artış hızı diğer sağlık personeline kıyasla daha düşüktür. Tüm sağlık personeli için dikkat çeken nokta 2017 yılıyla beraber 100.000 kişiye düşen sayıların hızlı artış göstermesidir. Bunun temel nedenlerinin SDP'nin temelini hazırladığı şehir hastanelerinin hızla hayata geçirilmesi ve özel sağlık hizmeti sunucularının yaygınlaşmasıdır.

**Tablo 2.**

Yıllara ve Sektörlere Göre Personel Dağılımı (%)

	2002			2017			2018			2019			2020			2021		
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
Toplam Hekim Sayısının Dağılımı (%)	62,4	21,9	15,7	60,2	20,2	19,7	59,8	21,0	19,2	60,4	21,0	18,6	60,8	21,3	17,9	58,4	21,6	20,0
Toplam Dış Hekim Sayısı Dağılımı (%)	19,6	4,2	76,2	35,0	9,0	56,0	35,3	13,8	50,9	34,6	13,4	52,0	33,3	13,7	53,1	29,2	12,6	58,2
Eczacı Sayısı Dağılımı (%)	7,2	0,6	92,2	10,0	1,2	88,8	9,6	2,2	88,3	10,1	2,5	87,5	10,5	2,8	86,8	10,8	2,0	87,2
Hemşire ve Ebe Sayısının Dağılımı (%)	82,4	7,9	9,7	73,3	11,4	15,4	72,7	12,2	15,2	72,6	12,6	14,8	73,9	12,5	13,5	72,2	13,1	14,7

Kaynak 5: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Hekimler ile ebe ve hemşirelerin 2002 yılından bu yana sektörlere göre dağılımına bakıldığında özel sektörde çalışma oranının yükseldiği görülmektedir. Tablo 2'e 2002 yılında hekimlerin %62,4'nün Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalıştığını, 2021 yılında ise %58,4 bu rakamın aldığı görülmektedir. Hekimlerin %15,7'si özel sektörde çalışırken %20'si 2021 yılı itibariyle özel sektörde çalışmaktadır. Hemşire ve ebelerin ise 2002 yılında %82,4'ü Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmet sunucularında ve %9,7'si özel sağlık kuruluşlarında çalışırken, 2021 yılı itibariyle %72,2'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmet sunucularında ve %14,7'si özel sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. Dış hekimlerinde baktığımızda ise bu durum tersine dönmektedir. Dış hekimlerinin 2002 yılında %19,6'sı Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmet sunucularında ve %76,2'si özel sağlık kuruluşlarında çalışırken, 2021 yılı itibariyle %29,2'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmet sunucularında %58,2'si özel sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. Bu durumun temel nedenin SDP'yle beraber yapılan düzenlemeler neticesinde Sağlık Bakanlığı'na ait dış hastanelerinin illerde açılmaya başlaması ve bir yandan da dış fakültelerine bağlı araştırma hastanelerini sayısının hızla artmasıdır. Bu süreçte eczacıların sektörel dağılımında çok ciddi bir değişim gözlenmemiştir. Bu meslek alanında büyük değişim yaratacak bir reform çalışmasının gündeme gelmemesi bu sonucun ortaya çıkmasında etkilidir.

**Tablo 3.**

100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması (2002-2020)

	2002			2010			2015			2020		
	Türkiye	OECD	AB	Türkiye	OECD	AB	Türkiye	OECD	AB	Türkiye	OECD	AB
Hekim	138	276	304	167	310	340	179	334	364	217	365	397
Toplam	25	61	64	29	66	71	32	71	75	47	78	83
Dış Hekimi												
Eczacı	34	59	52	36	68	67	35	77	82	44	85	89
Hemşire ve Ebe	171	704	653	224	815	762	261	871	809	343	942	873

Kaynak 6 Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

100.000 Kişiyeye düşen hekim sayısı, toplam dış hekimisi sayısı, ebe ve hemşire sayısı ile eczacı sayısında Türkiye’de 2002 yılından bu yana, başta SDP olmak üzere yapılan reformlarla birlikte bir artış sağlanmasına rağmen, hala OECD ve AB ortalamalarının altındadır. Tablo 3’te 100.000 kişiyeye düşen sağlık personeli sayılarının uluslararası karşılaştırması verilmiştir. 2020 yılı itibarıyla Türkiye’de 100.00 kişiyeye düşen hekim sayısı 217 iken, OECD’nin 365, AB’nin 397’dir. Hemşire ve ebe sayısında da durum farklıdır. 100.00 kişiyeye düşen hemşire ve ebe sayısı 343 iken, OECD’nin 942, AB’nin 873’tür. Dış hekimisi ve eczacı sayıları da benzer şekilde OECD ve AB ortalamasının altında kalmaktadır.

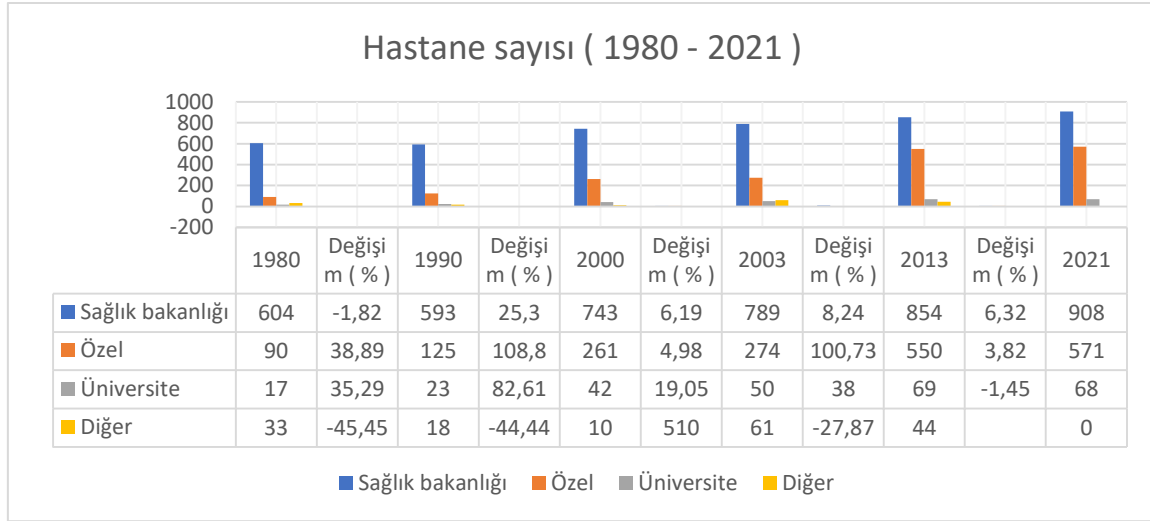
### **3.2.2 Sağlık Hizmetleri Sunan Birim Göstergeleri**

Sağlık sisteminde toplumdaki bireylere sağlık hizmeti verilmesinde hastaneler önem arz etmektedir. Hastaneler tedavi edici hizmetlerin yanında insanları hastalıklara karşı koruyucu hizmetler vermesi ve bu hizmetlerden insanların eşit bir şekilde erişimi hastanelerin hem kalite hem de sayısal anlamda ihtiyaçlar doğrultusunda iyileşme göstermesiyle bağlantılıdır.

Hastaneler sadece sağlık hizmeti veren bir kurum dışında uzman personel, öğrenci ve toplum içine bir eğitim kurumu olarak da görülür. Hastalıklara karşı koruma eğitimleriyle toplumunda eğitimine katkıda bulunmaktadır (Okursoy, 2010: 81).

#### Grafik 4.

#### Sektörlere Göre Hastane Sayıları ve Değişim Oranları (1980-2021)



Kaynak 7: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

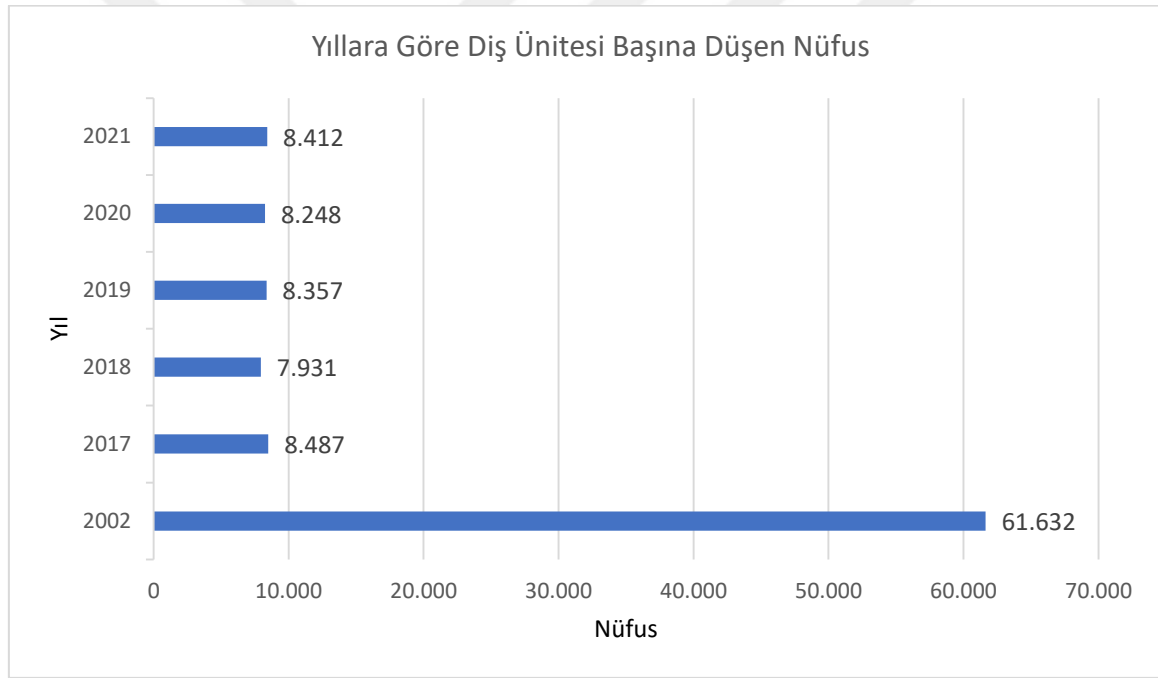
1980 yılında faaliyet gösteren toplam hastane sayısı 827 olarak görülmektedir. 2021 verilerine göre ise toplam hastane sayısı 1547'dir. Özellikle 1980'nin başlarında piyasalardaki özelleştirilmenin ardından sayısı 90 olan özel hastaneler 2021 yılına gelindiğinde bu sayının 571'e yükseldiği görülmektedir. Kar amacı gütmeyen kamu hastanelerinin sağlık piyasasındaki sağlık personeli yetersizliği ve dengesiz kaynak dağılımı özel sağlık sektörünü güçlendirmiştir (Okursoy, 2010: 81). 16/6/2017 tarihli ve 30098 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin adı "Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" şeklinde, birinci maddesinin birinci fıkrasında yer alan "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna" ibaresi "Sağlık Bakanlığına" şeklinde, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının" ibaresi "Sağlık Bakanlığına bağlı" şeklinde değiştirilmiştir. Bu durum "Afiliasyon" olarak bilinmektedir. Yayımlanan bu yönetmelik dolayısıyla diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlar (askeri hastaneler vb.) "Sağlık Bakanlığı" bünyesinde toplanmış ve bundan dolayı 2016 yılından sonraki diğer sağlık kuruluşlarının sayısı "0" olarak kayıtlara geçtiği görülmüştür.



Grafik 4'ten görüleceği üzere 1980 yılında başlayan özelleştirme furyasıyla özel sağlık işletmelerinin sayısında ciddi bir artış olmuştur. %39 oranında artış göstermiştir. Üniversitelere bağlı araştırma hastanelerinin sayısı da yine bu dönemde %35'in üzerinde artmıştır. Üniversitelerin bu dönemden sonra hızla büyümeye başlamıştır. Özel hastanelerin sayısındaki hızlı artış SDP öncesi ve sonrasında da devam etmiş, 2013 yılından sonra yavaşlamıştır. Burada yavaşlamanın sebebi SDP'nin getirdiği düzenlemelerden öte bu alandaki özel sektör yatırımlarının azalması olduğu söylenebilir. Bununla beraber, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin artış oranı da 2000 yılı sonrası yavaş kalmıştır.

### Grafik 5.

#### Yıllara Göre Diş Ünitesi Başına Düşen Nüfus



Kaynak 8: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Diş ünitesi başına düşen nüfus 2002 yılında 61.632 iken SDP sonrası diş hastanelerinin açılması ve diş fakültesi araştırma hastanelerinin artması bu sayının da azalmasına yol açmıştır. Grafik 5 incelendiğinde bu durum açıkça görülebilir. 2021 yılı itibariyle diş ünitesi başına düşen nüfus 8.412'dir. Fakat 2017 yılından bu yana çok fazla değişmemesi buradaki hızlı yapılanmanın durağan bir seyre gelmeye başlamasının, hastane yatırımlarının azalmasının ve göçlerle beraber nüfus sayısının normalin üzerinde artmasının

belirleyici olduğu ifade edilebilir. Özellikle Türkiye’de son 10 yıldır göçmen sayısındaki hızlı artış kişi başına düşen rakamları yukarılara çekmektedir.

SDP’nin en önemli düzenlemelerinden biri olan Aile Sağlığı Merkezleri verilerine bakıldığında 2002 yılında 6.076 iken 2021 yılında 26.928’e yükseldiği görülmektedir. 2017 yılında bu rakam 25.198 idi. 2021 yılı itibariyle aile hekimi başına düşen nüfus ise 3.306’dır.

**Tablo 4.**

Yıllara Göre Acil Yardım Bileşenleri Göstergeleri

	2002	2003	2008	2013	2018	2019	2020	2021
Acil Yardım İstasyon sayısı	481	494	1308	2072	2735	2886	3050	3170
Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus	138050	136007	54677	37002	29983	28813	27415	26413
Acil Yardım Ambulans Sayısı	618	949	2029	3357	4910	5382	5711	5801
Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus	107446	70798	35247	22838	16701	15451	14641	14598

Kaynak 9: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Tablo 4’te tabloda acil yardıma ait göstergeler verilmektedir. 2002 yılında toplam acil istasyon sayısı 481 iken, 2021 yılında bu sayının 3.170’e çıktığı görülür. 2002 yılında istasyon başına 138.050 kişi düşerken, 2021 yılında ise istasyon başına 26.413 kişi düşmektedir. Ayrıca 2002 yılında 618 olarak verilere geçen ambulans sayısı, 2021 yılına gelindiğinde 5.801 olduğu görülmektedir. 2002 yılında ambulans başına düşen kişi sayısı 107.446 iken bu sayı 2021 yılında 145.98’e düşmektedir. Genel olarak bakıldığında hem acil yardım istasyonu hem de ambulans sayılarında düzenli bir artış olduğu görülmektedir. Bu

sağlık araçlarının üzerindeki yoğunluğun her yıl gidere azaldığını ifade etmektedir. SDP kapsamında acil yardım hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi, bu konuda düzenlemelere gidilmesi bu iyileşmenin en önemli belirleyicilerindendir.

Bunların yanında SDP ile sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri arzında birçok yenilik gerçekleştirilmiştir. Bunlardan biri olan sağlık turizmi 2007 yılında programa eklenmiştir. Türkiye sağlık cazibe merkezi olarak termal turizmle istihdam sağlamış, özel sağlık sektörünün payı genişlemiştir. Bu alandaki hekim, hemşire, personel ve sağlık kurumlarının sayıları günden güne artmaktadır (Şahin ve Şahin, 201: 291).

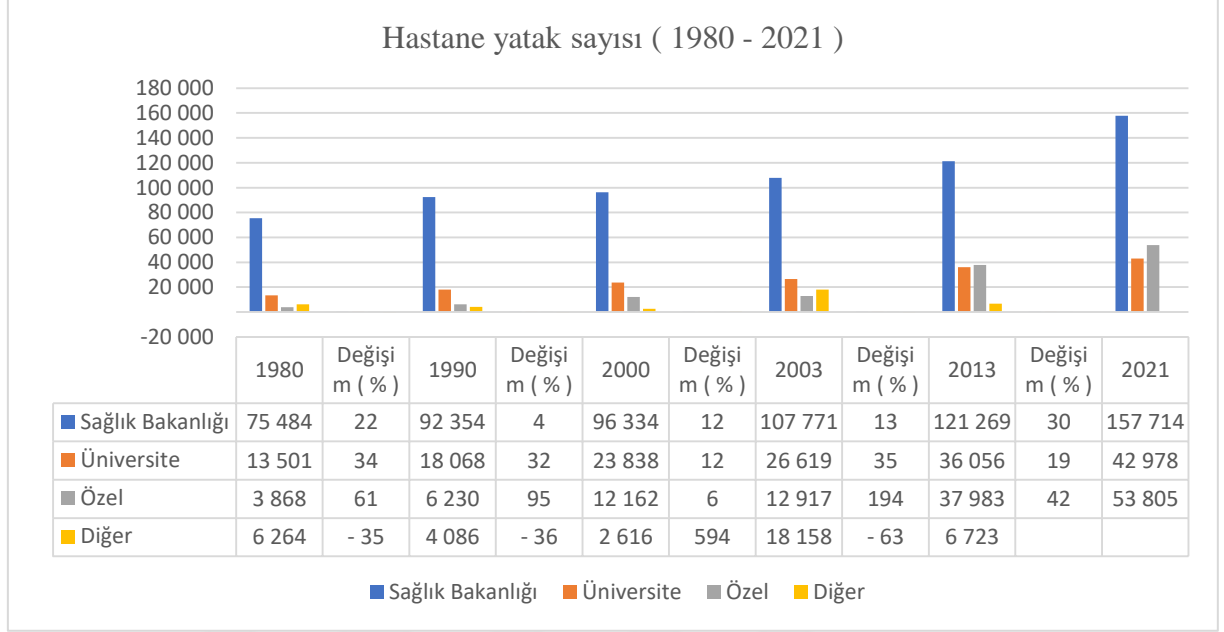
### **3.2.3. Hastane Yatak Sayısı Göstergesi**

Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunan hastanelerde yatak sayısı kapasitesinin yeterli sayıda olması ve bunun için yapılan çalışmalar hizmetin kalitesiyle birlikte arzının artmasını da sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri sunan hastanelerin sağlık personeli eğitimi ve verdiği hizmet kalitesi kadar hastanenin yatak kapasitesi sağlık düzeyini ve sağlık hizmet arzının durumunu belirleyen en önemli göstergelerdendir.

Hastanelerde yatak kapasitesinin ne kadar kullandığının hesaplanması hastanelerin performanslarını gösterirken diğer hastaneler ile kıyaslanmasına yardımcı olmaktadır (Yigit ve Ağırbaş, 2004: 143). Bu sayede sağlık göstergeleriyle hizmet arzının mevcut durumu geçmiş dönemler ışığında değerlendirilebilir. Yatak sayısına ilişkin göstergelerdeki iyileşmeler sağlık hizmet kapasitesi ve sunumundaki ilerlemenin göstergesidir.

## Grafik 6.

### Sektörlere Göre Hastane Yatak Sayıları ve Değişim Oranları (1980-2021)



Kaynak 10: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Grafik 6'da Türkiye'de yıllara göre yatak sayısı verilmektedir. Her 5 yataktan 1'i özel hastanelere ayrılmaktadır. 1980'li yıllara bakıldığında özel hastane yataklarının genel toplam içindeki payı %25,1 olarak görülmektedir. 1980-2021 yılları arasında özel hastanelerin sağlık sektöründeki genel payının giderek arttığı görülmektedir. 2021 yılı verilerine bakıldığında Türkiye'deki toplam hastane yatak sayısı 254.497 olarak hesaplanmıştır. Bu yatakların yarısından fazlası Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yer almaktadır. Özel sağlık kuruluşlarındaki yatak sayısı (özellikle de yoğun bakım yatak sayısı) SDP sonrası hızla artmıştır. Özellikle, kişilerin özel hastanelerden hizmet alımının kolaylaştırılması hem özel hastane sayısının hem de bu hastanelerdeki yatak sayısının artmasında etkili olmuştur. Devlet belirli bir katkı payı vererek kişilerin özel hastanelerden daha uygun ücrete hizmete erişebilmesine olanak tanımıştır.

Türkiye'de 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı incelendiğinde ise 2002 yılında %30,1 iken 2021 yılında %24,8 olmuştur. Uluslararası düzeyde karşılaştırmalı hastane yatak sayısını incelenmiştir. Türkiye'nin OECD'nin 10.000 kişiye düşen yatak sayısı

ortalamasının oldukça altında olduğu görülmektedir. OECD ortalaması %43,3, Avrupa Birliği ortalaması ise %48,4'tür. Dünya genelinde en çok yatak sayısına sahip ülke Japonya iken, Avrupa'da en çok hasta yatak sayısına sahip olan ülke Almanya'dır. Komşu ülkelere bakıldığında ise Yunanistan'da 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı %41,8 ve Bulgaristan'da ise %77,4 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021: 117). Özellikle 2019'da başlayan ve günümüze kadar devam eden Covid-19 salgınıyla mücadelede sağlık sisteminin ve yataklı hastanelerin hizmeti karşılayabilme durumları belirleyici olmuştur. Dünyanın birçok ülkesinin bu salgınla mücadelede başarısız olduğunu ileri sürülebilir. Dünya'nın en iyi sağlık sistemine sahip olduğu kabul edilen İngiltere dahil olmak üzere Covid-19 salgınından çoğu ülke ve sağlık sisteminin yetersiz kaldığı görülmüştür.

### **3.2.4.Sağlık Harcamaları Göstergesi**

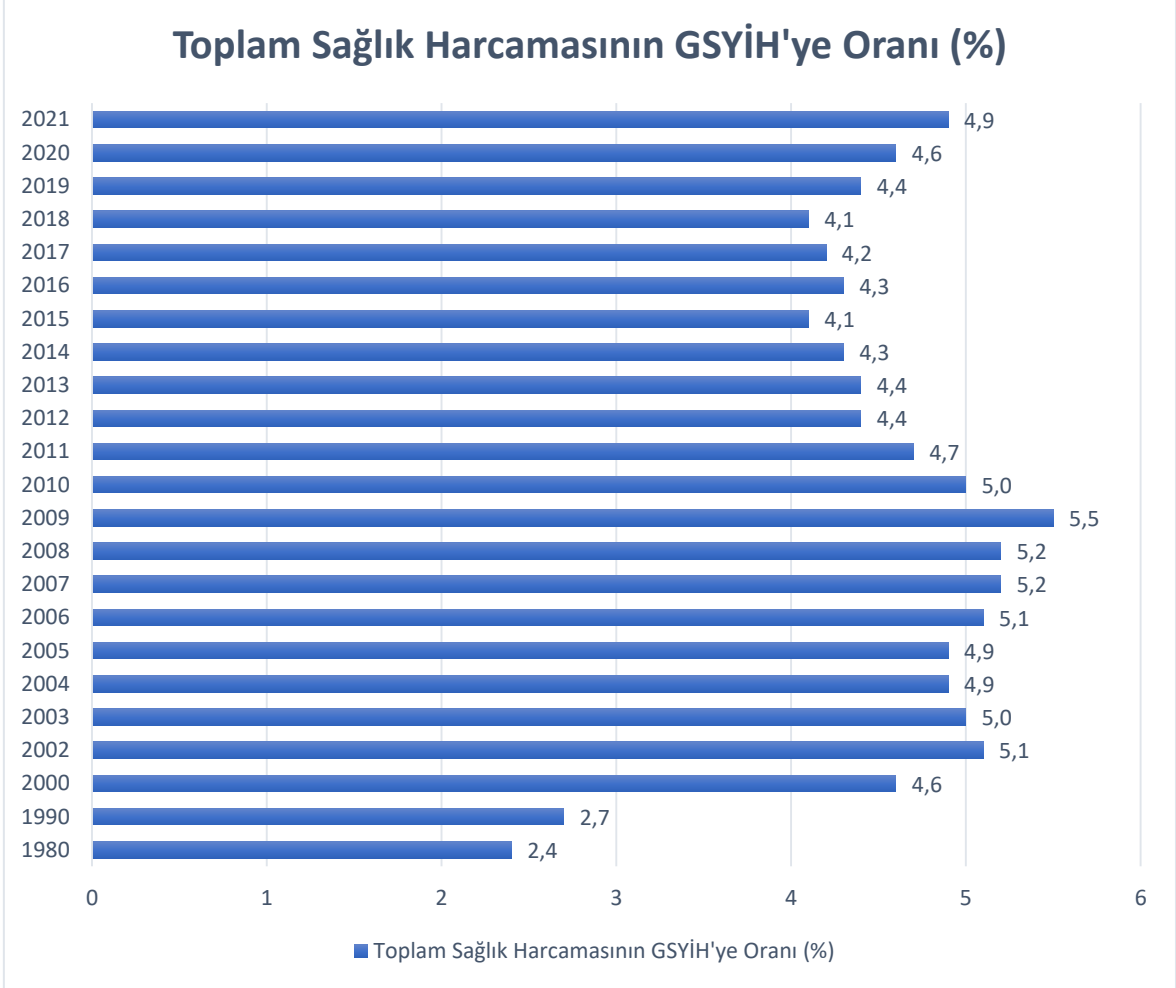
Her ülke için ekonominin gelişiminde sağlık harcamaları önemli bir oynar. Türkiye içinde sağlık alanında kalkınma çalışmaları topluma fayda sağlamakta ve ekonomik olarak gelir dağılımındaki farkların azalmasına yardımcı olmaktadır (Erkaya, 2019,: 26). Sağlık harcamaları artan nüfusla, yükselen maliyetlerle, gelişen teknoloji ve olağanüstü durumlar nedeniyle artmaktadır. Her ülke için kişi başı sağlık harcamaları oranı ülkenin gelişmişlik seviyesi ilişkilidir.

Türkiye, sağlık alanında çoğunlukla kamusal finansmanı kullanmaktadır. Genellikle bu finansman modeli kullanan ülkeler de artan sağlık harcamalarına karşı bütçe sınırlaması yapılmaktadır. Bu sınırlandırmanın temel amacı ise, harcamaları denetim altında tutmaktır (Akyürek, 2012: 125).

Sağlık harcamalarının daha fazla gerçekleştirilmesi aynı zamanda ülkelerde ekonomik büyümenin ve kalkınmanın sağlanmasına yol açmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişki literatürde de önemli bir yer tutmaktadır (Akar, 2014: 320–321).

## Grafik 7.

Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (1980-2020)



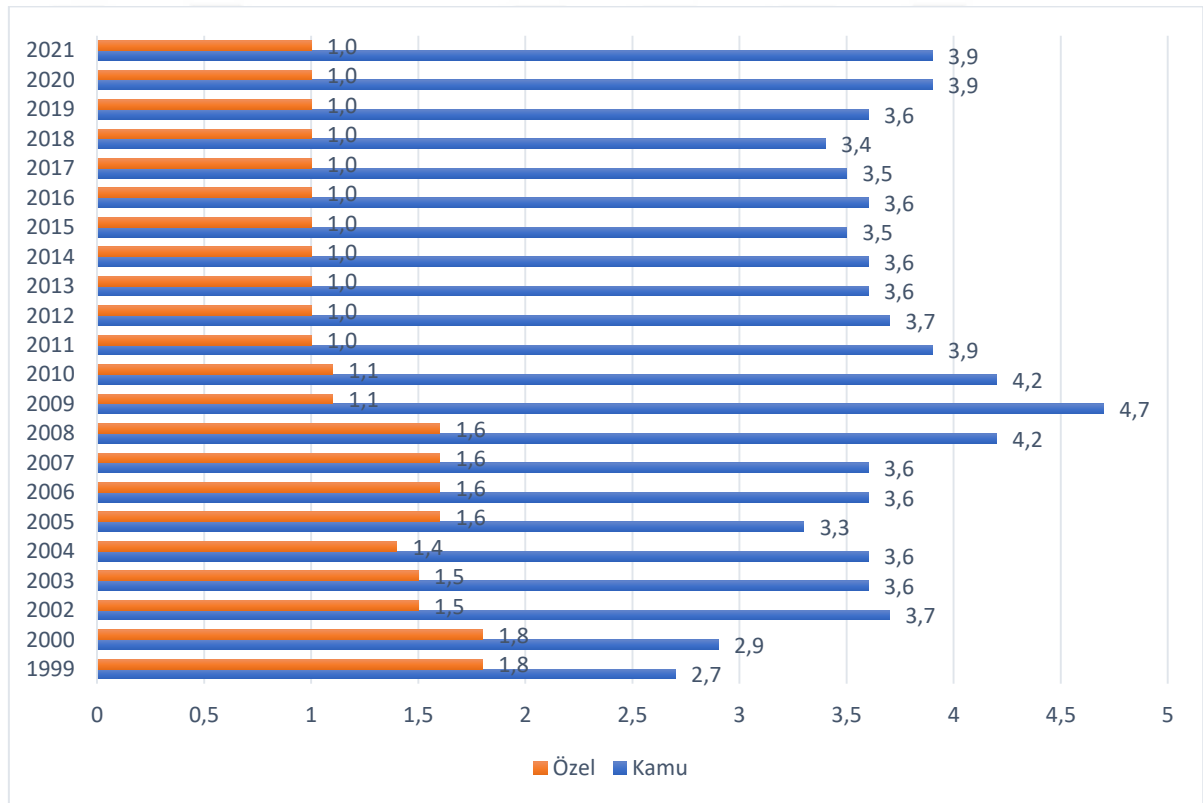
Kaynak 11 : TÜİK, Worldbank

1980'li yıllarda başlayan neoliberal düzen üzerinden Türkiye sağlık sistemin incelendiğinde olursak 80'li yıllarda sağlık harcamaların %29,4'lük kısmının kamu sektörü tarafından yapıldığı görülmektedir. 2020'de bu oran %79,22'ye yükselmiştir. Buna; sağlık sektöründe yapılan hem hukuki hem kurumsal değişiklikler sebep olmuştur. 1982 Anayasasının 56. Maddesi gereğince sağlık hizmetleri, devletin vermekte yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmıştır. 1980-90 yılları arasında ciddi bir yükselme görülmektedir.

Grafik 8’de özel ve kamu sektörü sağlık harcamalarının GSYH içindeki payları verilmiştir. Grafikten de anlaşılacağı üzere kamu sağlık harcamalarının oranı özel sektör sağlık harcamaları oranından yüksektir. SDP ile yapılan düzenlemelere rağmen devletin düzenleyici ve denetleyici rolünün varlığı, sağlık hizmetlerinde kamu sektörünün payının yüksek kalmasını sağlamıştır. Afet ve salgın hastalık gibi durumların da ortaya çıkması bu payın aşağıya düşmesini engellemektedir. Sosyal devlet anlayışına sahip her devlet için bu artış sürekli olarak devam etmektedir.

### Grafik 8.

Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)



Kaynak 12 : [sbsgb.saglik.gov.tr](http://sbsgb.saglik.gov.tr), Worldbank (Erişim tarihi 28.07.2023)

1990-2020 yılları arasında da bu yükseliş devam etmiştir. 2003 yılında SDP’nin devreye girmesi ve aile hekimliği modeline geçilmesiyle birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri özelleştirilme çabasına girilmiştir. Ayrıca kamu özel sektör ortaklığı modeliyle yapılan şehir hastaneleri de bu uygulamanın bir uzantısı olmuştur. Kamu hastanelerinin daha

çok bir işletmeye dönüşmesine yol açmıştır. 2013 yılında 6428 sayılı kanunla devlet ile özel sektör arasında kurulan yatırım ve hizmet modeli olarak bilinen kamu özel iş birliği modeli hayata geçirilmiştir. Bu sayede kamu hizmeti verecek olan tesislerin özel şirketler tarafından yapılarak, bu tesisler devlete kiralanmaya başlamıştır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine geçmesiyle birlikte faaliyete başlayarak 2012 yılından sonra farklı illerde 17 projeyi devreye sokmuştur. Böylece devletin üstündeki finansman yükü hafifletilmiştir.

### **3.2.5.Sağlık Arzında Teknoloji ve İnovasyon**

Hızla gelişen teknoloji sağlık hizmetleri arzını etkilemektedir. Sağlık alanında geliştirilen medikal aletler ve tıbbi cihazlar sağlık düzeyini yükseltmek için kullanılmaktadır. Sağlık hizmetinde kullanılan teknolojinin temel hedefinin bireyin sağlığının korunmasıdır. Bu durum sağlık teknolojisini diğer uygulamalarından ayrı kılar (Banta ve Behney, 1981: 451). DSÖ'ye göre sağlık teknolojisi, karşılaşılan hastalıkların iyileştirilmesinde kullanılan metot, teknikler ve tıbbi araç gereçlerin birliği ile ayrıca bunları kullanabilecek kişiler şeklinde tanımlamıştır (World Health Organization, 1978: 59). Sağlık sektörü, sağlık alanında verilen hizmet yapısı gereğince karmaşık ve teknolojik bakımdan yoğun bir sektördür. Hızlı değişen teknoloji ve artan ihtiyaç ve beklentiler sağlık hizmetleri için inovasyonu gerekli kılmaktadır. Hastalıklar için yeni tedaviler, tıbbi cihazlar, medikal araç ve gereçler ile geliştirilen ilaçlar sağlıkta hizmet inovasyonu içinde yer almaktadır. Teknolojik inovasyonların asıl amacı hastalar için erken teşhis imkanı ve tedaviler için yeni yöntemler sunarak hastalığın sürecini kısaltma ve ayrıca yüksek maliyetlerin önüne geçmektir. Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin inovasyonu o ülkenin ekonomik gelişmelerdeki sürdürülebilirliğiyle ilişkilidir.

Küreselleşmeyle birlikte tüm ülkeler için bilgi toplumuna geçiş, üretilen bilginin stoklanması ve işlenmesi için uygun teknolojik altyapının oluşturularak kamusal işlemlerin bilgi akışı teknolojik inovasyonlarla gerçekleştirilir (Emini & Kocaoğlu, 2016: 21). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü kamusal hizmetlerden oluştuğu için bu kamusal alanda da teknolojik altyapının geliştirilerek bilginin işlenmesi ve depolanmasında yardımcı olacaktır.



Burada unutulmaması gereken şudur ki sağlık hizmetlerinde inovasyon denildiğinde sadece yeni tıbbi cihazlar geliştirmek veya ilaçlar üretmek anlaşılmamalıdır. Ürün pazarlama ve sunum süreçlerinde getirilen yenilikler de inovasyon içinde yer almaktadır. O yüzden, örneğin SDP ile GSS'nin geliştirilmesi, aile hekimliği uygulamasının getirilmesi, hastanelerin özerk hale getirilmesi de birer inovasyon örneğidir. Fakat bu başlık altında özellikle teknolojik bağlamda sağlık hizmet arzındaki yeniliklere yer verilecektir.

Sağlık alanında kullanılan tıbbi teknolojik donanımların tedarikleri ve yeni teknolojinin hızlı değişimine uyum sağlamaları yüksek maliyetli olduğu için ülkelerin bu maliyetleri karşılayabilmeleri işlevsel sağlık politikalarının uygulamasıyla mümkündür. Türkiye'de toplumun hizmete olan talebin artması, politikalarla maliyetin tam anlamıyla kontrol altına alınamaması sağlık hizmeti verimsizliğine sebep olmaktadır (Sargutan, 2005: 116).

Küreselleşmenin etkisiyle teknolojinin yaygın kullanımı sağlık alanında elektronik randevu sistemleri, insanların sağlık verilerini saklanması ve bu verilerin kurumlar arası paylaşımını mümkün kılan bilgi sistemleri, evde sağlık verilerini izlemeyi ve gerektiğinde evde sağlık hizmeti almayı mümkün kılan uygulamaların gelişimine imkan tanımıştır. Sağlık dijitalleşmesi ile sağlık talebinde bulunan bireyler ile hizmet arz eden kurumlar arasında iletişimin teşviki, sağlık çalışanı olmayan bireylerin koruyucu sağlık etkinliklerine katılımının sağlanmasına, tedavi gerektiren hastalıklar için bireyin gerekli olan takip ve bu süreci bireyin kendisinin yönetmesine olanak sağlar (Lupton, 2013: 257). Gelişmiş teknolojinin sunduğu sağlığın dijitalleştirilmesi kısıtlı kaynakla sağlık hizmetinin arzının maliyet etkin yönetilmesini sağlayarak sürdürülebilirliği desteklemektedir (Cocır, 2015: 5). Sağlık hizmetlerinin en önemli hedeflerinden biri insanların hizmete erişim kolaylığını hızla artırma ve bu erişim için mobil teknolojiler aracılığıyla sağlığını kaybetmiş insanlar ile sağlık kurumları veya hizmet sunucuları arasında daha hızlı erişim sağlamaktır (Liu vd., 2011: 2024). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı, SDP sonrası başlatılan inovasyon çalışmalarıyla beraber e-nabız, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), aşı takip sistemi

gibi mobil uygulamaları kullanıma açarak, sağlık hizmetlerini dijital olarak desteklemektedir.

Türkiye’de SDP ile birçok inovasyon ihtiyacına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Teknolojik inovasyonlar bağlamında 2014 yılında kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) sağlık ve teknoloji alanlarında çalışmalar yapmaya başlamış, ülke vatandaşlarına daha iyi sağlık hizmet vermeyi ve ülkenin gelişmişlik düzeyi yükseltmeyi hedeflemiştir. Bunun yanında, dönüşüm programının inovasyonlarından bir diğeri 2011 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması olmuştur. Böylelikle Türkiye’nin ilaç ve cihaz ile ilgili mevzuatları Avrupa Birliği (AB) mevzuatlarına uyumlu olacak bir düzene getirilmiştir (Arık vd., 2016: 2). Böylece hizmet sunumunda da etkinlik, düzen ve denetimin sağlanması amaçlanmıştır.

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında yapılan teknolojik inovasyonları ve Ar-Ge çalışmaları topluma daha verimli bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlanmakta ve maliyet azaltıcı yönüyle sektördeki sağlık işletmelerinin sürdürülebilirliğini gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık hizmetleri arzında teknolojik manada SDP’nin de etkisiyle yapılan yenilik hareketleri tıbbi cihazlarda olmuştur. Tüm hastanelerin en son teknolojiye sahip tıbbi cihazlara sahip olabilmesi noktasında çalışmalar başlatılmıştır. Bunların önemli kısmı ithal edilirken, Ar-Ge çalışmalarıyla yerli üretim de gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Tablo 5’te 2021 yılı itibarıyla 1 milyon kişi başına düşen cihaz sayıları sektörel bazda görülmektedir.

**Tablo 5.**

Türkiye’de ve Sektörlere Göre Hastanelerdeki Cihaz Sayıları, 2021

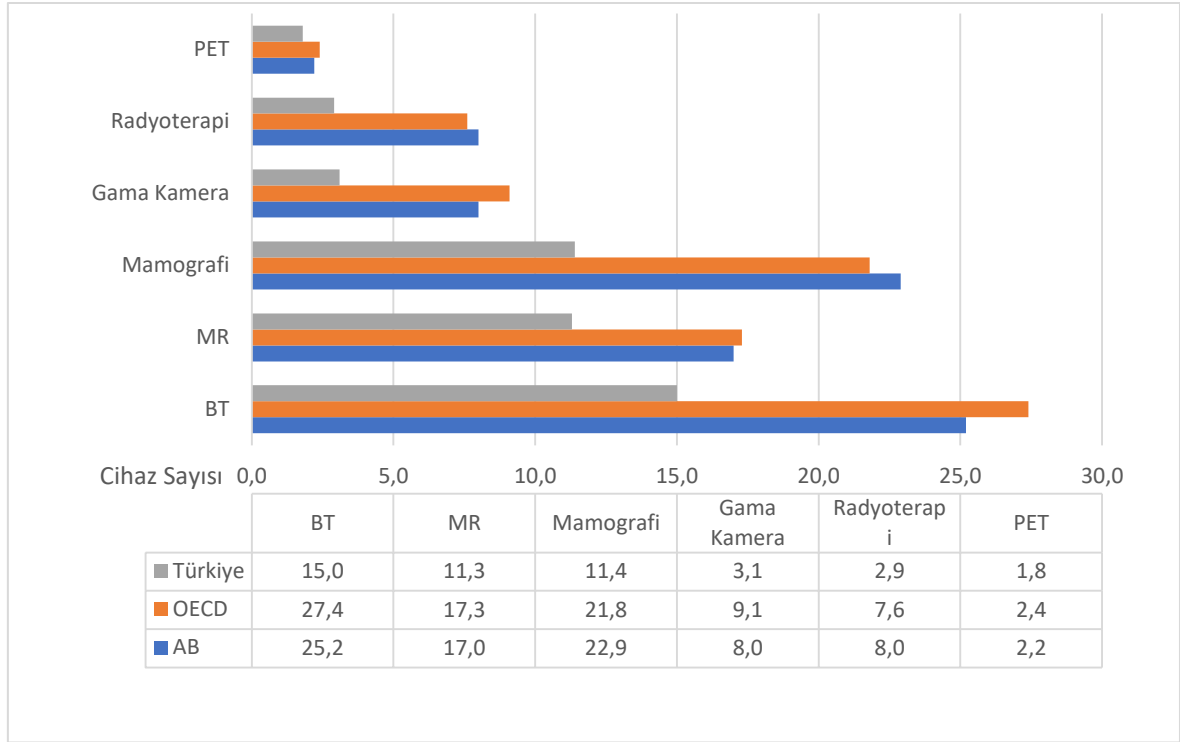
<b>Türkiye’de Sektörlere Göre Hastanelerdeki Cihaz Sayıları (1.000.000 kişiye düşen), 2021</b>				
<b>1.000.000 kişiye düşen cihaz sayısı</b>	<b>Sağlık Bakanlığı</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Özel</b>	<b>Toplam</b>
<b>Hemodiyaliz</b>	80,6	14,1	124,5	219,1
<b>MR</b>	4,4	1,3	5,6	11,3
<b>BT</b>	6,9	1,7	6,4	15,0
<b>Ultrason</b>	32,2	12,2	28,7	74,1
<b>Doppler Ultrason</b>	51,4	7,9	21,4	80,6
<b>EKO</b>	20,3	4,0	9,4	33,7
<b>Mamografi</b>	4,7	0,9	5,8	11,4

*Kaynak 13 : Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*

2021 yılına ait hastanelerdeki cihaz sayılarına göre; tüm cihazlar içerisinde en çok arzı karşılayan hemodiyaliz cihazıdır. Bir milyon kişiye 219,1 adet hemodiyaliz cihazı düşmektedir. Bu cihazın arzının büyük kesimini 124,5 ile özel sektördedir. En fazla kişi başına düşen diğer cihazlar ise sırasıyla doppler ultrason ve ultrason olarak görülür. Doppler ultrason ve ultrason hizmetlerinin arzının büyük bölümü Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer almaktadır. Üniversite hastanelerinin cihaz sayıları, Sağlık Bakanlığı ve özel sektör hastanelerine göre daha az hizmet arzı sağlayacak durumdadır. Araştırma ve uygulama faaliyetlerinin en çok yapıldığı hastanelerdeki bu yetersizlik sağlık hizmetlerinin gelişimi noktasında olukça sıkıntıdır. Ayrıca, bu sayılar gelişmiş ülke veya ülke gruplarıyla karşılaştırıldığında daha çok anlam arz etmektedir.

## Grafik 9.

### 1.000.000 Kişiyeye Düşen Cihaz Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2020



Kaynak 14: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Grafik 9'a bakıldığında 2020 yılına ait verilere göre en fazla cihaz sayısının Bilgisayarlı Tomografi (BT) olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinin ortalamasına göre bir milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı 27,4 ve AB ülkelerinin ortalamaları 25,2 iken Türkiye'nin BT cihaz sayısının 15,0 ile oldukça geride kaldığı görülmektedir. Bir milyon kişiye en fazla düşen cihazlardan bir diğeri ise mamografi cihazlarıdır. OECD ülkelerinde 21,8, AB ülkelerinde 22,9 olarak 1 milyon kişiye düşen mamografi cihazı, Türkiye'de 11,4 olarak gerçekleşmiştir. Genel olarak bakıldığında bir OECD üyesi olan Türkiye'nin 1 milyon kişiye düşen cihaz sayısı hem OECD hem de AB ülkelerinin ortalama değerlerinin altında kalmıştır. Özellikle radyoterapi ve gama kamera gibi hizmetlerde oldukça geridedir. Gelişmekte olan bir ülke olarak yapılan reformlarla birlikte, sağlık teknolojisi inovasyonlarında yeterli düzeyde yatırımın yapılamadığı gerçeği ortadadır.

**Tablo 6.**

Yıllara Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
<b>MR</b>	58	884	925	902	939	960
<b>BT</b>	323	1186	1211	1213	1248	1271
<b>Ultrason</b>	1005	5635	5846	6098	6080	6276
<b>Doppler</b>	681	4892	5557	6383	6538	6828
<b>Ultrason</b>						
<b>EKO</b>	259	2269	2520	2714	2823	2850
<b>Mamografi</b>	647	947	966	961	982	964

*Kaynak 15: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*

Tablo 6 ise bize Türkiye’deki MR, BT, Doppler Ultrason gibi tıbbi cihazların 2002 yılı ile 2017 yılı sonrası değerlerini vermektedir. Tabi bu sayısal artışlardan öte kişi başına düşen rakamların durumudur. Cihaz sayısındaki artış nüfus artışını takip edebiliyorsa anlamlıdır. Bu verilere bakıldığında kişi başına düşen cihaz sayıları oldukça azdır.

### **3.3. SWOT Analizi Kavramı**

Bir analiz tekniği olan SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) kurumların zayıf ve güçlü yanlarını tespit ederek kurumların ileri dönemlerde oluşabilecek tehlikeleri fark etmesini ve yakalanabilecek fırsatları analiz edebilmesini sağlar. Böylece kurumun geleceği hakkında farkındalık yaratır. İngilizce bir terim olan SWOT dilimizde güçlü, zayıf, fırsatlar ve tehditlerin baş harflerinden oluşmaktadır (Bazar, 2016: 85).

Son yıllarda teknolojik gelişmelerin de hızlanmasıyla sağlık sektöründeki değişimler, gelişmeler ve rekabet ortamı giderek artmaktadır. Bu nedenle düzenli olarak SWOT analizi yapmak bir sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak pazardaki tüm olumlu ve olumsuz yönleri görmeyi mümkün kılarak rekabet içerisindeki durumu avantajlı hale

getirebilir (Strongitharm, 2022). SWOT Analizi genellikle işletme içerisinde bulunan araçların ve verilen performansın dışarıdaki diğer işletmelerin sahip oldukları ve verdikleri hizmetlerle karşılaştırılarak piyasada aktif rol alabilmek adına yapılan bir dizi kuraldır (Wijngaarden vd., 2012: 38–39).

Analizin amacı işletmenin performansını inceleyerek zayıf yönler için iyileştirme çalışmaları yapmak, tehditler karşısında önlem alarak işletmenin sürdürülebilirliğini sağlamak, fırsatların tespitiyle de işletmenin kendini geliştirmesi ve sermayeye çevirebilecek açılar geliştirmesini mümkün hale getirmektir. SWOT analizi kendi içinde iç ve dış çevre analizi olarak ikiye ayrılmaktadır.

### **3.3.1. SWOT Tekniğinde İç Çevre Analizi**

Bir işletmenin analizi yapılırken ilk adım iç çevre analizinin yapılmasıdır. O işletmenin iç çevresi olan örgüt yapısı, arz ettiği hizmet veya mal, kullandıkları teknoloji, mali hesapları analiz edilerek zayıf yönlerin tespit edilip geliştirilmesi ve iyileştirmeler adına yapılan çalışmaların neler olabileceğinin ortaya konması iç çevre analizini oluşturmaktadır. Sağlık alanında iç çevre analizi hastane içinde klinik işlemler, sağlık bilgi sistemi, ekonomi yönetimi, insan kaynakları gibi faktörlerle kaynak ve yetenek analizi yapılmakta ve böylece sağlık kurumunun geleceği şekillendirilmektedir. Bu faktörler tek tek incelenerek sağlık kurumunun güçlü ve zayıf durumları hakkında bilgi sağlanır (Kandemir vd., 2013: 3).

Stratejik planın bir parçası olan bu analiz sayesinde o işletmenin güçlü ve zayıf yönleri diğer rakip işletmelerle karşılaştırılarak daha iyi bir durum analizi yapılmasına yardımcı olur. Her işletmede olduğu gibi sağlık kurumlarında da yapılan bu analiz sayesinde kurum zayıf ve güçlü her iki yönden incelenmektedir. Sağlık kurumunun zayıf olan yönleri ele alınarak birtakım iyileştirme çalışmaları yapılabilir. Kurumun güçlü yönlerinin de farkına varmasını sağlar. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda kalitenin ve verimliliğin artmasına yardımcı olmaktadır.

### **3.3.2. SWOT Tekniğinde Dış Çevre Analizi**

Tüm örgütler ve işletmeler üzerinde çevre unsuru büyük önem taşımaktadır. Çevre etkisi bir işletmenin durumunu etkileyerek şekillenmesine yardımcı olur. Dış çevre analizi bir işletmenin hem genel hem de iş çevresinin analiziyle tehdit unsurlarını ve fırsatlarını inceler (Yigit ve Ağırbaş, 2004: 121). Yapılan analizin en büyük amacı piyasadaki işletmelerin sürdürülebilirliğinin sağlanması ve hızlıca değişen koşullara en etkin şekilde uyum gösterilmesidir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşların bu analizle birlikte dış çevrede hızlıca gelişen durumları inceleyerek kuruluşa olan etkilerini gözlemlerler. Sağlık kuruluşunun hedefleri doğrultusunda gelişmesine olanak sağlayarak kurumun kendi konumunu belirler (Uğurluoğlu, 2013: 157). Dış çevrenin hızlı değişimleri sağlık kuruluşlarına fırsatlar sağlayabileceği gibi tehdit edici durumlar da oluşturabilir. Bu yüzden stratejik planlarında analizlere önem verilir. Dış çevreden gelebilecek tehditler adına alınan önlemler kurum için fırsata dönüştürme imkanı sağlar.

### **3.4. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Arzının SWOT Analizi**

Türkiye 2003 yılında uygulamaya koyduğu SDP ile sağlık sistemi üzerinde birtakım yenilikler yaparak sistemin gelişiminin ve etkinliğinin yükselmesini sağlamıştır. Sağlık hizmetleri arzında hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri konusunda, sağlığın finansmanında, toplumdaki bireylerin daha rahat bir şekilde hizmete ulaşımı konularında gelişim göstermiştir. Pek çok yeni düzenleme yapılmış ve uygulamalar geliştirilmiştir. Tüm bunlar sağlık hizmetleri arzının güçlü taraflarını oluştururken, aynı zamanda önündeki fırsatları da şekillendirmektedir. Ancak bu yaşanan gelişmelerin yanında zayıf yönlerini ve tehdit oluşturacak söz konusu durumları analiz ederek sağlık hizmeti arzını tüm boyutlarıyla değerlendirmek gerekir. SDP’nin sağlık hizmet arzı üzerindeki etkisi görülmeli ve böylece daha fazla yapılabilecekler tespit edilmelidir. Sağlık hizmetleri arzını iyileştirmek ve kalite

artışını sağlamak için bunun yapılması önemlidir. Analizle beraber çıkan sonuçlara göre alınacak tedbirler ortaya konulabilir, yeni düzenlemeler ve uygulamalar geliştirilebilir. Sağlık hizmet arzının güçlü yönlerinin nasıl fırsata dönüştürüleceği, aksaklıkların ne gibi tehditler yaratacağını görmek mümkün hale gelir. Bu analiz sonuçlarına göre de bazı öneriler ve tavsiyeler geliştirilebilir. Tablo 7’de sağlık hizmetleri arzının özellikle SDP ile ortaya çıkan güçlü ve zayıf yönleriyle, karşı karşıya olduğu fırsat ve tehditleri içeren SWOT analizi sonuçları verilmiştir.

**Tablo 7.**

Sağlık Hizmetleri Arzının SWOT Analizi

GÜÇLÜ YÖNLER	ZAYIF YÖNLER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık hizmet sunucularının artması ve çeşitlenmesi</li> <li>• Özel sağlık hizmetlerinin gelişimi</li> <li>• Hekimler için performans dayalı ek ödeme uygulaması</li> <li>• Sağlık hizmetlerine hızlı ve kolay erişim</li> <li>• Nüfusun büyük kısmını içine alan GSS yürürlüğe girmesi</li> <li>• Kamuya ait hastanelerin SB altında toplanması</li> <li>• Karmaşık sağlık finansmanın SGK ile tek bir çatı altında denetlenmesi</li> <li>• 112 Acil yardım ünitelerinin oluşturulması</li> <li>• Sağlık işletmelerinde tıbbi teknolojinin ve cihazların etkin kullanımı</li> <li>• Hekim, hemşire ve sağlık personelleri sayılarının artması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık personeli sayısının yeterli olmaması</li> <li>• Sağlık sigortası ülke nüfusunun hepsini kapsamaması</li> <li>• Tıbbi teknolojik cihazların çok az bir kısmını yerli üretimin karşılaması</li> <li>• Arz edilen hizmetin ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanması</li> <li>• Sağlık harcamalarına bütçeden daha fazla pay ayrılabilmesi</li> <li>• İlaç sektörünün yerli üretimden çok dışarıya bağımlılığı</li> <li>• Sevk zincirinin etkin işleyememesi</li> <li>• Sağlık hizmetleri sunumunda kamunun yükünün ağırlığı</li> <li>• Sağlık hizmetleri finansmanı sağlanırken büyük bir kısmının vergi, fonlarla karşılanması</li> <li>• Tıbbi cihaz firmalarında gelişme olsa da yerli üretiminin kısıtlı sayıda olması</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Aile hekimliği sayesinde hizmet alanın genişletilerek fiziksel alt yapı oluşturulması</li><li>• Toplumun sağlık sorunları karşısında hekime müracaat etme alışkanlığı oluşması</li><li>• Politikalarla, hastanelere döner sermaye sistemi kurularak modern işletmelere dönüştürülmesi için çalışmalar yapılması</li><li>• Bebek ölüm hızı sağlık hizmetlerinin takip sistemi ve aşılamaıyla beraber azaldığı görülmesi</li><li>• Sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmesi.</li><li>• Kamu ve özel ortaklığı sayesinde risklerin paylaşılması</li><li>• Hasta yatak sayılarındaki artış</li><li>• Hizmet arzındaki gelişmeler ile sağlık turizmine talebin yükselmesi</li><li>• AB standartlarına uygun sağlık ürünlerinin üretimi</li><li>• İnternet alt yapılı uygulamaların kullanımındaki artış</li><li>• Sağlık Bakanlığı'nın düzenleme ve denetleme rolü üstlenmesi</li><li>• Yeni sağlık kurum ve kuruluşlarının oluşturulup uzmanlaşmaya gidilmesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kısıtlı kaynakların tam bir şekilde etkin kullanılmaması</li><li>• Teknolojinin hızlı değişiminin maliyetleri yükselmesi</li><li>• Sağlık sisteminin bütünüyle SB' ye bağlı olması</li><li>• Döner sermaye sistemi istismar edilerek gereksiz uygulamaların yapılması</li><li>• Sağlık hizmetleri AR-GE harcamalarının düşük olması</li><li>• Şehir hastanelerinin şehirlere uzak olması</li></ul>
---	--

FIRSATLAR	TEHDİTLER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelişen sağlık sektörünün nüfusa istihdam sağlaması</li> <li>• Sağlık sektöründe AB standartlarına uyumlu hale getirilmesi</li> <li>• İnternet bazlı uygulamaların artması</li> <li>• Özel sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle hizmet sunucuların gelirinin artması ve yeni yatırım imkanları sunabilir hale gelmeleri</li> <li>• Sağlık alanındaki verilerin sağlıklı ve sürekli şekilde raporlanarak diğer ülkelerle karşılaştırılabilir duruma gelmesi</li> <li>• Küreselleşmeyle birlikte medikal ürünlerin ihracat imkanlarının oluşması</li> <li>• Sağlıkta Ar-Ge yatırımlarının artmasıyla ilaç ve tıbbi cihazlar gibi alanlarda giderek ithalata bağımlılığın azalması</li> <li>• Sağlık turizmine verilen destekle ülkeye döviz girişi imkanı doğması</li> <li>• Yatırım fırsatı arayan yabancı ve yerli yatırımcılar için gelişime açık bir sektör durumunda oluşu</li> <li>• Kamu ve özel ortaklığı sayesinde sektörler arasında yeni imkanlar ve iş birliği doğurması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık teknolojisi inovasyonlarının maliyetinin yükselmesiyle tedarik güçlüğü</li> <li>• Küreselleşmeyle yabancı büyük firmaların iç pazara girmesi</li> <li>• Yerli medikal üretim sürecinde hammadde için dışarıya bağımlılık</li> <li>• İleriki dönemlerde yaşlı nüfusun beraberinde sağlık hizmetlerinin üzerinde baskı oluşturması</li> <li>• Performans adına gereksiz tedavi uygulamaları</li> <li>• Nüfusun çoğunu kapsayan GSS sisteminin uygulanmasından dolayı özel sağlık sigortacılığının az tercih edilmesi</li> <li>• Artan sağlık talebine karşı finans kaynaklarının yetersizliği</li> <li>• Sevk zincirinin doğru işleyememesi sonucunda yüksek giderlerin doğması</li> <li>• İthalata hali hazırda bağımlılığı olan sağlık hizmetlerinin finansmanında yükselen döviz kurunun etkisi</li> <li>• Performansa dayalı ödeme sisteminin etkin işlememesi ve suistimal edilmesi</li> </ul>

### 3.5. SWOT Analizi Değerlendirmesi

Tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de daha verimli ve nitelikli sağlık hizmeti arzı sağlayabilmek için sağlık alanındaki sorunları ele alarak bunlar üzerinde çözüm odaklı çalışmalar yapmak gerekmektedir. Türkiye’de SDP ile sağlık hizmetleri arzında önemli iyileşmeler sağlanmıştır. SWOT Analizi Türkiye’nin sağlık hizmetleri sunumu bağlamında sahip olduğu güçlü yönlerin birçoğu bu dönüşümün olduğunu göstermektedir. Nüfusun büyük kısmını içine alan GSS yürürlüğe girmesi, kamuya ait hastanelerin SB altında toplanması, karmaşık sağlık finansmanın SGK ile tek bir çatı altına alınması, 112 acil yardım ünitelerinin oluşturulması, aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi bu güçlü yönlerden bazılarıdır.

Sağlık hizmetlerinin söz konusu güçlü yönleriyle beraber sistem bazı fırsatları da beraberinde getirmiştir. Sağlık sektörünün AB standartlarına uyumlu hale getirilmesi, özel sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle hizmet sunucuların gelirinin artması ve yeni yatırım imkanları sunabilir hale gelmeleri, sağlık alanındaki verilerin sağlıklı ve sürekli şekilde raporlanarak diğer ülkelerle karşılaştırılabilir duruma gelmesi, sağlıkta Ar-Ge yatırımlarının artmasıyla ilaç ve tıbbi cihazlar gibi alanlarda giderek ithalata bağımlılığın azalması, sağlık turizmine verilen destekle ülkeye döviz girişi imkanı doğması bunlardan öne çıkanlardır.

SDP sağlık hizmetlerini önemli ölçü de güçlendirmesine ve yeni fırsatlar sunmasına rağmen, halen sistemin zayıf tarafları bulunmaktadır. Bu zayıf taraflar da bazı tehditleri beraberinde getirmektedir. Bunları analiz edebilmek atılması gereken adımların ortaya konması, çözüm üretilmesi bağlamında önemlidir. Böylece Türkiye’de sağlık hizmetlerini daha yüksek bir seviyeye getirmek mümkün olacaktır. Tıbbi teknolojik cihazların çok az bir kısmını yerli üretimin karşılaması arz edilen hizmetin ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanması, sağlık harcamalarına bütçeden daha fazla pay ayrılamaması, ilaç sektörünün yerli üretimden çok dışarıya bağımlılığı, sevk zincirinin etkin işleyememesi sağlık hizmetleri arzının zayıf taraflarını oluşturmaktadır. Yerli medikal üretim sürecinde hammadde için dışarıya bağımlılık, ileriki dönemlerde yaşlı nüfusun beraberinde sağlık hizmetlerinin üzerinde baskı oluşturması, performans adına gereksiz tedavi uygulamaları ve nüfusun

çoğunu kapsayan GSS sisteminin uygulanmasından dolayı özel sağlık sigortacılığının az tercih edilmesi sistemin önündeki riskleri oluşturmaktadır.

Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık alanında özellikle harcamaları etkileyen ve büyük boyutlara ulaşmasına neden olan birçok faktör mevcuttur. Hizmetin finansman modeli, sunumu, politikalar, ekonominin istikrarı, nüfus artışı, teknolojinin hızlı değişimi ve yeni hastalıkların çıkması gibi faktörlere bağlı sağlık harcamalarının geçmişten bugüne arttığı görülmektedir. Türkiye sağlık sisteminin ve hizmetinin performansının yükselmesi için sağlık harcamaları konusunda politikalarla sağlık sektöründeki maliyeti en aza indirecek uygulamalarla en iyi hizmet verme çalışmaları gerektirmektedir. Kıt kaynakların israf edilmemesi adına tedbirler alınması önemlidir. Sağlık harcamaları analizi mali açıdan önem arz etmektedir. Sağlık alanında büyük harcamaların çoğu hastanelere yapılmaktadır. Sağlık talebinde bulunan bireylerin hastane yerine ilk olarak aile hekimliğine gitmesi hastane maliyetlerini kontrol altına almak için önemli bir noktadır. Bu yüzden hem sevk zincirinin hem de birinci basamak hizmet sunucularının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Yapılan yatırımların çoğunluğunun hastanelere olması ve yıllar içerisinde hem hastane yatak hem de sağlık personeli sayılarında artış görülmesine rağmen artan nüfusun da etkisiyle bin kişi başına düşen yatak sayısındaki artış OECD veya AB ortalamasını yakalayamamıştır. Sağlık hizmeti sunan birimlerin sayısının ve yatak kapasitelerinin, özellikle kamu özel sektör modeliyle ve bunun yansıması olan şehir hastaneleriyle beraber artması sağlık hizmeti bakımından güçlü bir yön oluşturmaktadır. Ama artan talebin arza yetişemediği görülmektedir. Bunun yanı sıra kişi başına düşen pratisyen hekim ve hemşire sayıları da yıllar içerisinde bir artış yakalamış olmasına rağmen hala uluslararası ortalamaların altında seyretmektedir. Göstergelerdeki artışlar ne kadar yüksek olursa olsun kişi başına yatak sayısı veya personel sayısı gibi göstergeleri daha da yukarıya çekmeye ihtiyaç vardır. Fakat finansman sıkıntısı buradaki iyileşmenin sağlanamamasının zayıf tarafını oluşturmaktadır. Bu yetersizlik sonucu hastanelerde yoğunlaşma gözlenerek, sevk zincirinin rahat işleyememesine neden olmaktadır. Ayrıca, bu duruma çözüm bulunamaması ilerleme kaydedilen doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızı gibi oranları da tehdit eder duruma gelebilir. Bu göstergelerdeki iyileşmeler zayıflayabilir.

Sağlık hizmetleri arzını güçlendirmek ve hastanelerde sağlık çalışanlarını motive için geliştirilen performans dayalı sistemi sağlık hizmeti arzını hem finansman hem de kalite noktasında iyileştirmeyi hedeflese de gereksiz tahlil ve uygulamaların önüne geçilmesi gerekmektedir. Döner sermayeden elde edilen gelirin paylaşılmasıyla ilerleyen bu işleyişte çıkabilecek sorunlar karşısında sağlık kurumu yöneticilerinin çözüm odaklı olması gerekir. Sağlık kurumlarında tecrübeli yöneticilerin istihdamı ile verimli bir hizmet arzı ortaya koyabilmek mümkün hale gelir. Sağlık kurumlarında hekimlerin yöneticilik pozisyonlarında yöneticilik ile ilgili eğitim alması birçok sorunun önüne geçecektir. Performans sistemi dışında sağlık çalışanlarına yönelik motivasyon artırıcı çalışmalar yapılması hizmetin kalitesini olumlu yönde etkiler. Böylece sağlık hizmetini tehdit eden performans dayalı sağlık hizmet sunucularına ödeme yapma sisteminin revize edilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmet arzının SDP ile bir diğer güçlü tarafını oluşturan aile hekimliği uygulaması ile her vatandaş kendi hekimini seçme hakkına sahip olup, hekimler tarafından sağlık verilerinin kontrolü ve takibini yaparak toplum sağlığının seviyesinin yükselmesini hedeflemektedir. Aile hekimliği ülkenin her bölgesinde aktif edilmeye çalışılmıştır. Bu yaygınlaştırma çalışmasında ülkenin coğrafi durumunu göz önünde bulundurup geri bildirimleri değerlendirerek yaşanabilecek aksaklıklar tespit edilip çözüm geliştirilmelidir. Aksi takdirde sistem verimsiz bir yapıya dönüşecektir. Hali hazırda, sevk sisteminin zorunlu olmamasından dolayı etkin işlememesi aile hekimliği uygulamasından beklenen performansı düşürmektedir. Giderek sistemin zayıf karnı olma potansiyeli taşımaktadır.

Türkiye nüfusunun büyük bir kısmını kapsayan GSS uygulamasından dolayı özel sağlık sigortacılığına olan talep düşük orandadır. Sosyal sağlık bakış açısı ekonomik gelir için bir engel teşkil etmektedir. Uygun yasal düzenlemeler ve bu sigorta alanında eğitimli insan gücüyle özel sağlık sigortacılığı sektörü desteklenebilir. Sağlık hizmetleri arzını finansal boyutuyla tehdit eden bu duruma müdahale edilmeli, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Dijitalleşmeyle ile tıbbi teknolojik inovasyonlarının gelişimi bireyler için sağlık hizmetlerinin kullanımında kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca yükselen maliyetlerin önüne

geçebilmek için Türkiye’de tıbbi teknolojik inovasyonlara yatırım yapılmalıdır. Türkiye bu konuda hala zayıf da olsa, sektördeki Ar-Ge çalışmalarını arttırması sağlık hizmetleri arzı için fırsat yaratmaktadır. Bu alan için yapılacak çalışmalarla yerel ve yabancı yatırımcılar ülkenin ekonomisine katkı sağlayabilir ve personel istihdamına katkı sunabilir. Sağlık politikalarıyla inovasyonların desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri arzında zaman içerisinde, özellikle SDP’nin getirdiği reformlarla yaşanan gelişmelerin vatandaşların farkındalığının artmasına ve daha bilinçli olmasında fayda sağlamıştır. Bu reform hareketi kapsamında sağlık eğitime özellikle koruyucu hizmetler bazında önem verilmektedir. Adolesan doğurganlık hızının zaman içinde düşmesi, bebek ölüm oranlarının azalması ve 65 yaş üzeri nüfus yoğunluğunun giderek artması sağlık sisteminin olumlu yönde ilerlediğinin bir göstergesidir. Yapılan reformlar sonrasında gelişme sağlayan sağlık sistemi diğer gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleriyle karşılaştırıldığında her ne kadar henüz istene seviyeye getirilemediği söylene de olumsuz yönleri olduğu kadar olumlu yönleriyle daha fazla ön plana çıkmaktadır. Gelişmekte olan bir ülkede, yapı, sistem veya birey için sürekli yeniliklere, teknolojiye ve açık fikirliliğe ihtiyaç duyulacaktır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### SONUÇ

Sağlık hakkı tüm toplumlarda insanlar için doğuştan kazanılmış bir haktır. Bu sağlık hakkının yerine getirilmesi için her insanın sağlık hizmetlerinden en etkin ve adaletli bir şekilde yararlanması ülkeler için önemli bir konudur. Sağlık hizmetleri bir ülkede yaşayan bütün vatandaşların doğumuyla başlayıp, beklenen yaşam süresinden, ruhsal ve fiziksel durumlarını, bu durumların gelişimini doğrudan etkilemektedir. Sağlıklı toplum ve bu alandaki göstergeler ülkelerin gelişmişlik seviyesini gösteren önemli bir faktör olarak kullanılır. Bu yüzden ülkeler sağlık düzeylerini yükseltmenin belirli politikalar, inovasyonlar ve uygulamalar geliştirmekle mümkün olduğunu bilmektedir.

Sağlık düzeyini yükseltmek refah ve sağlıklı toplumlar yaratmak hükümetlerin izlediği politikalar, hizmet sunumu, kullandığı finansman modelinin doğru planlanmasıyla gerçekleşir. Türkiye sağlık düzeyini yükseltmek için çeşitli reformlar yapmıştır. Bu reformların en gelişmiş örneği SDP'dir. Önceki reformları da kapsayan bir proje olan SDP sağlık alanını yeniden yapılandırmak için SB tarafından planlanmış ve hayata geçirilmiş bir reform çalışmasıdır. Bu programın temel hedefi kıt kaynakların doğru kullanımı ile israfın önüne geçilerek maliyetlerin düşürülmesi, yüksek kaliteli ve verimli hizmet sunma olarak planlanmıştır. Program kapsamında koruyucu hizmetlerin üzerinde durulmuş aşılama ve takibiyle birçok hastalığın oluşumunun engellenmesi, anne bebek ölüm oranlarında iyileşmeler sağlanması, teknolojik inovasyonlar geliştirilerek erken tanı ve tedavi yapılarak hastalık süreçlerini kısaltma gibi birçok amacın yerine getirilmesi hedeflenmiştir. Aile hekimliği uygulamasıyla sağlık alanında sevk zinciri kurularak yüksek maliyetli hastanelerdeki yığılmalar önlenmiş ve hekimlerin iş yükünün yoğunluğu belli oranda dengelemiştir. Ayrıca bireylerin sağlık verileri yakından takip edilerek sağlıklı toplum oluşturma hedefi için faydalı bir sistem olmuştur. Sağlık hizmetleri yapılandırmasında sağlık çalışanları, hastane ve hasta yatak sayılarında yükselme söz konusudur. Fakat bu rakamlar hala OECD ve AB ortalamalarının altındadır. Hizmet arzındaki iyileştirmeler olmasına rağmen sevk zinciri uygulaması tamamen sağlanamamıştır. İnsanlar günümüzde aile hekiminden önce hastanelere müracaat etmektedir. Sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesi hizmet arzında etkinliği ve verimliliği sağlamak, hastanelerdeki gereksiz yığılmaları

önlemek için gereklidir. Bu durumun hizmet arzını yavaşlattığı görülmektedir. Bunu yaparken aile hekimliği de daha fazla güçlendirilmelidir. Daha yaygın ve etkin hizmet verilir hale getirilmelidir. Bununla beraber, her ne kadar koruyucu sağlık hizmetlerini iyileştirme konusunda önemli adımlar atılmış olsa da aşılama ile ilgili gösterilen direnç, sağlıklı beslenme alışkanlığını yaygınlaştırma gibi alanlarda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu konuda birinci basamak sağlık hizmetleri de daha çok desteklenmelidir.

İlk dönemlerde nüfusun büyük bir kısmını içine alan GSS, 2012 yılında toplumdaki tüm bireyler için zorunlu hale getirilerek vatandaşlara adaletli bir şekilde hizmet sunucularından ücretiz yararlanma imkanı sağlamıştır. Vatandaş odaklı bu uygulama hekimlere müracaat oranını yükseltmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının primlerle desteklenme gücü artırılmıştır. Hükümetin kamu ağırlıklı sunduğu sağlık hizmetleri, özel sektörlerle paylaşılmaya başlamış ve bu yük hafifletilmeye çalışılmıştır. Sağlık alanında yatırım yapmayı planlayan girişimciler hükümet tarafından teşvik politikalarıyla desteklenmektedir. Türkiye’de vatandaşların mevcut durumlarını daha iyi bir seviyeye getirip refah düzeyini daha yukarıya çıkarabilmek için adına kamu ve özel sektörle birlikte hem sağlıklı toplum hem de sağlık harcamalarını minimize etmek için reformlar uygun görmüştür. Bu durumun ortaya çıkmasında, ekonominin içinde bulunduğu finansal ve mali sıkıntılar yanında, dünyadaki konjonktür de etkili olmuştur. Neoliberal politikaların etkili olduğu bir sistemde özel sektörün giderek büyümesi ve kamunun özel sektörle iş birliği yapar duruma gelmesi beklenen bir durumdur. Bu kapsamda, sağlık alanında Türkiye’de özel hastanelerin sayısı artmış, şehir hastaneleri ve sağlık kampüsleri gibi kamu özel sektör ortaklığıyla hazırlanan projeler hayata geçirilmiştir. SDP’yle de önemi vurgulanan bu durumun finansman yükünü ne kadar hafifleteceği, hizmetlerin ne kadar istenen niteliğe ulaşabileceği, ulaşabilirliği ve etkinliği artırmanın mevcut projelerle nasıl sağlanacağı konusunda ciddi tartışmalar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerini güçlendirmesi beklenen bu uygulamaların hizmetin zayıf yönünü oluşturacağı konusunda endişeler dile getirilmektedir. Tüm bu tartışmalara rağmen, hizmet kapasitesini artırma, istihdam yaratma ve niteliksel iyileşme sağlama noktasında bu uygulamaların katkı sağladığı ortadadır.



Sosyal devlet anlayışına sahip olan ülkelerde sağlık alanında verilen hizmeti devlet aracılığıyla topluma ücretsiz bir şekilde sunulur. Ancak küreselleşmeyle birlikte son teknolojilerin sağlıkta kullanımı, insanların yaşam sürelerinin uzaması, nüfusun artması, yeni bulaşıcı hastalıklar, artan sağlık harcamaları gibi faktörler devletin sunduğu hizmetlerin kalitesini ve finansmanını olumsuz etkilemektedir (Bayansar ve Özer, 2021: 419). Sosyal devlet anlayışıyla yönetilen Türkiye’de dönüşüm sürecinde bu olumsuz etkilere karşı ve risklerin paylaşılması adına özel sektörü teşvik etmek amaçlı yatırımcılar için yeni mevzuatlarla düzenlemeler yapılmıştır. İnsanlar hastalık sürecinde yetersiz sağlık hizmetlerinden dolayı büyük şehirlerdeki hastaneleri tercih etmekteydiler. SDP ile hastalıkların il düzeyinde faaliyete geçirilen ve sağlık hizmetlerini bölgesel olarak vermeyi hedefiyle oluşturulan şehir hastaneleri farklı bölgelere ve şehirlere kurulmuştur. Kurulan şehir hastanelerinde özel sektörden destek hizmet alınarak topluma daha iyi sağlık hizmeti arz etme hedeflenmiştir. Kamuda tıbbi hizmetlerin haricinde diğer hizmetlerin ve alanların özel sektöre bırakılması yukarıda bahsettiğimiz yararları yanında, toplumda iş alanında her iş kolunun uzmanlaştığı alanda çalışmasına bir zemin hazırlamıştır (Yıldırım, 2013: 71).

Sağlık alanında dönüşüm yaşayan Türkiye’de, hizmet organizasyonundaki karışıklığı gidermek için SSK hastaneleri tek bir çatı altında toplanarak bu hastaneler SB’ye bağlanmıştır (Erdoğan, 2014: 163). Programdan önce SSK’ye bağlı bireyler o kurumun kendi hastanesinden yararlanırken farklı sosyal güvenceye bağlı bireyler bu hastaneler yerine sadece devlet hastanelerinden yararlanabilmeleri adalete uygun düşmediği gibi yığılmalara sebep olmakta ve hizmetin kalitesini düşürmekteydi. Dönüşüm sayesinde hem hasta hem de sağlık personelinin hizmete erişimi ve memnuniyeti artmıştır.

SDP sonrası Türkiye’de sağlık alanında önemli teknolojik çalışmalar başlatılmıştır. E-sağlık, e-nabız, mobil uygulamalar, MHRS, giyilebilir teknoloji gibi birçok teknolojik inovasyonlar sağlık hizmetlerinde dijital dönüşümü desteklenmektedir. Bu gelişmelerle beraber, sağlık verilerinin elektronik depolanması, hasta bireylerin mobil uygulamalar sayesinde bekleme süresinde kısılma sağlanması, gündelik yaşamda kullanılan giyilebilir teknolojilerle sağlık göstergelerini yakından takip edilebilmesi ve hastalıklar için önceden önlem alınması mümkün hale gelmiştir. SDP ile TÜSEB ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz

Kurumu teknolojik bakımdan hizmet arzı ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulmuştur. Bunların yanında, sağlık hizmetlerinde inovatif çalışmalar yapan, Ar-Ge yatırımları gerçekleştiren işletmeler ve girişimciler kamu tarafından çeşitli araçlarla teşvik edilmekte ve desteklenmektedir. Fakat mevcut göstergelere bakıldığında, hala Türkiye'nin OECD ve AB ortalamasının altında olması bu konuda daha çok yatırım yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Türkiye'de teknolojik anlamda dışarıya bağımlılığı sağlık hizmetleri arzının zayıf taraflarından birini oluşturmaktadır.

Daha rahat ve refah bir coğrafyada yaşayabilmek için yenilikleri ve sürekli gelişen teknolojiyi takip etmek kaçınılmaz bir ihtiyaçtır. Özellikle sağlık hizmetleri gibi sürekli gelişime aç olan bir sektörde yeniliklerin sağlık hizmetlerine ve sağlık personeline entegre edilmesi ve bu entegreden elde edilen performansın olumlu yönlerinin yanı sıra olumsuz yönlerinin de göz önüne alınarak daha iyi ve sürdürülebilir bir sistem yaratılması, bir hizmetten beklenen en temel ihtiyaçtır. Sağlık sisteminin yeterliliğinin belirleyicilerinden biri ise bir ülkenin sosyal hizmet kaynaklarına bütçesinden ne kadar ayırdığıdır. Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin belirleyicisi ise sağlık ve eğitim göstergelerinin ne kadar iyi olduğuyla doğru orantılıdır. Bu nedenle Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkenin özellikle sağlık sistemini iyileştirici çalışmalar yapması ülkenin geleceğini ve halk sağlığını tehditlerden uzak tutmak için hem koruyucu hem de önleyici sağlık çalışmalarında doğru yöntemlerin izlenmesi oldukça önemlidir. Türkiye'de SDP sayesinde sağlık hizmetleri arzında önemli gelişmeler yaşandığı görülmektedir. Bu reformla beraber sağlık hizmetlerinin hem finansman hem de etkinlik, erişebilirlik ve kalite gibi alanlarda iyileşme gösterdiği sağlık verilerine bakıldığında da görülmektedir. Fakat Türkiye'nin gelişmiş ülke ortalamalarıyla durumu kıyaslandığında daha atması gereken adımlar olduğu ortadadır. Çalışma kapsamında, gelişen ve zayıf kalan taraflar yanında önündeki fırsat ve tehditlerin ne olduğu gösterilmeye çalışılmıştır. Yapılması gerekenler konusunda bazı öneri ve tavsiyelerle yol gösterici olması hedeflenmiştir.

## KAYNAKÇA

- Ak, S. (2021). *Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları*. ASHD, 20(1), 28–36.
- Akar, S. (2014). *Türkiye 'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yönetim Ve Ekonomi, 21(1), 312–321.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. (Recep Akdağ, Ed.)T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> adresinden erişildi.
- Akdur, R. (1998). *Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri*. Yeni Türkiye, 4, 1–13.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü “*Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiyenin Birliğe Uyumlu*”. (Ç. Erhan, Ed.) (2. baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi -2006. tarihinde [www.ankara.edu.tr](http://www.ankara.edu.tr) adresinden erişildi.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye'de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)*. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.
- Aktan, C. C., ve Işık, K. (2007). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. (C. C. Aktan & U. Saran, Ed.). Ankara: Aura Kitapları.
- Akyürek, Ç. E. (2012). *Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye*. Global Budget as a Reimbursement Method in Health and Turkey. Haziran, 2(2).
- Alacadağlı, E. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma ve Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik*. JOEEP | Journal Of Emerging Economies And Policy, 1, 1–10.
- Alacahan, E. (2015). *Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye'nin Kalkınmasındaki Rolü*. Anadolu Üniversitesi.
- Alma Ata Bildirgesi. (2019). Madde, Diyalektik ve Toplum Bilim. Bilim ve Aydınlanma Akademisi, 2(1), 108. tarihinde <https://bilimveaydinlanma.org/belge-alma-ata-bildirisi/> adresinden erişildi.
- Aloğlu, N., ve Taşlıyan, M. (2016). *Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Geçmiş Sistem (Sağlık Ocakları) ile Bugünkü Sistemi (Aile Hekimliği) Değerlendirmeleri: Kahramanmaraş İl Merkezinde Bir Alan Çalışması*. Uluslararası

- Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2(3), 1–14. tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/pub/usaysad/284882> adresinden erişildi.
- Alptekin, K. (2004). *Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 12(2), 132–138.
- Altay, A. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirmesi*. Sayıştay Dergisi, (64), 1–56.
- Arefnya, N. (2018). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri: Bir Mikro Veri Analizi*. Journal of Controlled Release. Hacettepe Üniversitesi.
- Aren, S. (2009). *Ekonomi Dersleri*. (Ş. Ç. Tabakçı, Ed.) (3. baskı). Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Arık, Ö., İleri, Y. Y., ve Kaya, B. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Cihaz Sektörü*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2), 87–202.
- Arnold, R. (1999). *Economics In Our Times*. (L. A. Dollison, Ed.) (Lincolnwood: National Textbook Company).
- Arrow, K. J. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review, 25 Haziran 2023 tarihinde [https://web.stanford.edu/~jay/health\\_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf](https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf) adresinden erişildi.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Sağlık Harcamalarının Analizi : 2002-2013 dönemi*. (M. Atasever, Ed.). Ankara: Bakanlık.
- Aydemir, İ., ve Işıkhani, V. (2013). *Hasta Hakları Birim Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Toplum ve Sosyal Hizmet, 24(1), 7–24.
- Banta, H. D., ve Behney, C. J. (1981). *Policy Formulation and Technology Assessment*. *The Milbank Memorial Fund quarterly*. Health and Society, 59(3), 445–479. tarihinde <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-59/issue-03/59-3-Policy-Formulation-and-Technology-Assessment.pdf> adresinden erişildi.
- Başol, E., ve Işık, A. (2015). *Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler*. IAAOJ Social Science, 2(2), 1–26.

- Bayansar, R., ve Özer, A. (2021). *Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Uygulama Alanları Üzerine Değerlendirmeler*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 18 Haziran 2023 tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1598827> adresinden erişildi.
- Bazar, B. (2016). *İç Çevre Analizi*. D. Taşçı & C. Ulukan (Ed.), *Stratejik Yönetim I* 84–86. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Bentzen, E., ve Hirschey, M. (2016). *Managerial Economics*. (H. Close, Ed.) (14. baskı). China: Annabel Ainscow.
- Bocutoglu, E., ve Berber, M. (2012). *Genel İktisada Giriş* (2. baskı). Ankara: Murathan Yayıncılık Maatbacılık Tic.Ltd.Şti.
- Bolsoy, N., ve Sevil, Ü. (2006). *Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3), 78–87.
- Bulmuş, İ. (2003). *Mikroiktisat* (5. baskı). Ankara: İsmail Bulmuş.
- Bulutoğlu, K. (1977). *Kamu Ekonomisine Giriş : Devletin Ekonomik Bir Kuramı*. Temat Yayınları (2. baskı). Ankara/ Kavaklıdere: Temat Yayınları.
- Çakır, Ö. D. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*. 16 Haziran 2023 tarihinde <https://katalog.marmara.edu.tr/veriler/yordambt/cokluortam/A/D/B/B/E/2869B664-3733-2A49-9EE6-82AE550366CB.pdf> adresinden erişildi.
- Callahan, D. (1973). *The WHO definition of “health”*. *Studies - Hastings Center*, 1(3), 77–88.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., ve Buetow, S. A. (2000). *Defining quality of care*. *Social science & medicine* (1982), 51(11), 1611–25. 18 Haziran 2023 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11072882/> adresinden erişildi.
- Çelik, K. (2011). *Genel Ekonomi* (3. baskı). Trabzon: Murathan Yayınevi.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi* (3. baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelikay, F. (2009). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

- Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177–216.
- Çetin Aslan, E., Aslan, H., ve Top, M. (2021). *Sağlık Ekonomisi*. (H. Aslan, E. Ç. Aslan, & M. Top, Ed.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çevirme, A. (2017). *Dünyada ve Türkiye ’ de Tüberkülozun Önlenmesi ve Kontrolü ile İlgili Yasalar*. Türkiye Klinikleri, (3 Ocak). tarihinde [https://www.researchgate.net/profile/AyseCevirme/publication/319546127\\_Dunyada\\_ve\\_Turkiye'de\\_Tuberkulozun\\_Onlenmesi\\_ve\\_Kontrolu\\_ile\\_Ilgili\\_Yasalar/links/59b295a2a6fdcc3f8891dca1/Duenyada-ve-Tuerkiyede-Tueberkuelozun-Oenlenmesi-ve-Kontrolue-ile-Ilgili-Yas](https://www.researchgate.net/profile/AyseCevirme/publication/319546127_Dunyada_ve_Turkiye'de_Tuberkulozun_Onlenmesi_ve_Kontrolu_ile_Ilgili_Yasalar/links/59b295a2a6fdcc3f8891dca1/Duenyada-ve-Tuerkiyede-Tueberkuelozun-Oenlenmesi-ve-Kontrolue-ile-Ilgili-Yas) adresinden erişildi.
- Chernichovsky, D. (2019). *Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*. Management of Health Care, 73(3), 340–367.
- Çiftçi, H. İ. (2011). *Sağlık Sistemi ve Finansmanı: Türkiye ve Çeşitli Ülkeler*. Marmara Üniversitesi.
- Çilhoroz, Y., ve Arslan, İ. (2018). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Akademisyenler Üzerinde Nitel Bir Araştırma*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(28), 798–810.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Cocir. (2015). Cocir eHealth Toolkit: Integrated Care: Breaking The Silos, (May), 1–10. tarihinde [https://www.cocir.org/uploads/media/15013.COC\\_2.pdf](https://www.cocir.org/uploads/media/15013.COC_2.pdf) adresinden erişildi.
- Cöğürçü, İ. (2015). *Sağlık Hizmetleri Piyasa Arz ve Talebi*. B. Güvenek (Ed.), Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları 9–44. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Demirci, R., Arıkan, R., ve Erdoğan, B. (2001). *Genel Ekonomi Mikro-Makro*. (B. Ofset, Ed.). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Demirci, Ş., Konca, M., ve İlgün, G. (2020). *Sağlık Finansmanın Sağlık Sistemleri Performansına Etkisi: Avrupa Birliği Üyesi ve Adayı Ülkeler Üzerinden Bir Değerleme*. Sosyoekonomi, 28(43), 229–242.

- Denli, M. B. (2022). *Sağlık Harcamalarına Etki Eden Faktörler: Hekim ve Hemşire İstihdamı Üzerine Bir Çalışma*. Journal Of Emerging Economies And Policy 2022, 7(2), 224–232.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Devlet PlânlamaTeşkilâtı. Ankara.
- Dewar, D. (2010). *Essential of Health economics*.
- Dinler, Z. (2015). *İktisada Giriş* (21. baskı). Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Döşkaya, İ. E. (2019). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- DPT. (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi (C. 23).
- DPT. (1979). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara. tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Dördüncü-Beş-Yıllık-Kalkınma-Planı-1979-1983.pdf> adresinden erişildi.
- DPT. (1984). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Spo. Ankara. tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Beşinci-Beş-Yıllık-Kalkınma-Planı-1985-1989.pdf> adresinden erişildi.
- DPT. (1994). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Elektronik. Ankara. tarihinde Kalkınma planları adresinden erişildi.
- DPT. (1996). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara.
- DPT. (2001). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara. tarihinde [https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2022/07/Uzun\\_Vadeli\\_Strateji\\_ve\\_Sekizinci\\_Bes\\_Yillik\\_Kalkinma\\_Planı-2001-2005.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Planı-2001-2005.pdf) adresinden erişildi.
- Durmaz, T., ve Erdem, R. (2017). *Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi*, (29), 579–604.
- Durmuş, A. (2022). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Ve Değerlendirmeler*. (E. Şahna, H. Akgül, & Z. Selamoğlu, Ed.) (Birinci.). Ank: Yaşar Hız- Gece Kitaplığı. tarihinde <https://www.gecekitapligi.com/Webkontrol/uploads/Fck/saglikaralik2022v1.pdf#page=33> adresinden erişildi.

- Eke, E. (2014). *Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı*. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Elias Mossialos, A. D. (1993). *Funding Health Care*. Health Services Management (C. 89).
- Emini, F. T., ve Kocaoğlu, M. (2016). *Kırıkkale’de E-Dönüşüm Yapılanmasının Boyutları: İl Özel İdaresi Örneği*. Sakarya İktisat Dergisi, 5(4), 20–36.
- Erdem, R., ve Pirinççi, E. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler*. O.M.Ü. Tıp Dergisi. Elazığ.
- Erdoğan, H. (2014). *Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010)*. Beykent Üniversitesi.
- Eren, M., ve Yıldız, Ş. (2020). *Sağlık Ekonomisi*. (S. Başar, Ed.). Eskişehir: ekampus.anadolu.edu.tr.
- Eren, N., ve Tanrıtanır, N. (1998). *Cumhuriyet ve Sağlık*. Türk Tabipler Birliği. Ankara:
- Eren, T., İnce, Ö., ve Bedir, N. (2016). *Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörlerin Analitik Ağ Prosesi ile Ağırlıklandırılması*. III. Sağlık Ekonomisi Kongresi Bildiri Özet Kitabı ( 13). Ankara: SEPD.
- Erer, S. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 36(1), 33–38. tarihinde [http://uludagtipdergisi.org/pdf/pdf\\_UTF\\_268.pdf](http://uludagtipdergisi.org/pdf/pdf_UTF_268.pdf) adresinden erişildi.
- Erkaya, E. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamaları Etkileyen Faktörlerin Analizi*. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Erol, H., ve Özdemir, A. (2014). *Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi*. Journal of Social Security (SGD), 4(1), 9–34. tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/280268> adresinden erişildi.
- Erten, Z. (2016). *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Statüsü Açısından Sağlıkın Yakınsaması OECD Örneği (2003-2014)*. Beykent Üniversitesi.
- Getzen, T. E. (2012). *Health Economics and Financing* J. Hollenbeck, Ed.) (5. baskı). 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923: Wiley.
- Görgün, H. (2009). *Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*



*Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri.*  
https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.

- Grossman, M. (1972). 1. *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health.* Determinants of Health, 6–41.
- Gürler, A. Z. (2011). *Genel Ekonomi.* (P. Gülter, Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Hall, R. E., ve Lieberman, M. (2008). *Economics Principles And Applications.* (J. W. Calhoun, Ed.) (Fourth.). Thomson South Western.
- Hayran, O. (2016). *Sağlık Yönetimi “Kanıtı Dayalı İnsan Odaklı”.* Yüce Yayınları.
- İlker, D. ve, ve Volkan, Ç. (2015). *OECD Ülkeleri ve Türkiye ’ nin Sağlık Sistemleri , Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması.* Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), 1(1),104–133.
- Isik, O., Tengilimoğlu, D., ve Akbolat, M. (2011). *Measuring Health Care Quality With The Servqual Method: A Comparison In Public And Private Hospitals.* Healthmed, 5(6), 1921–1930.
- Kahraman, E. K. (2013). *Türk Sağlık Sisteminde Evde Bakım Hizmetlerinin Yeri ve İstanbul İli Beşiktaş İlçesindeki Alzheimer Hastalarına Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Bir Araştırma (Anket Uygulaması).* Beykent Üniversitesi.
- Kandemir, A., Şantaş, F., ve Uğuruoğlu, Ö. (2013). *Sağlık Kurumlarında İç Çevre Analizi.* Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 5, 1–15.
- Karabulut, K. (1998). *Türkiye’de Sağlık Sektörü- Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama.* Atatürk Üniversitesi.
- Karabulut, K. (2015). *Sağlık Hizmetleri Arzı.* İçinde K. Karabulut (Ed.), *Sağlık Ekonomisine Giriş* ( 123–143). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Karahan, A. (2021). *Sağlık Ekonomisi.* (H. Aslan, E. Ç. Aslan, & M. Top, Ed.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Karaibiş, M. (1990). *Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü.* İstanbul Üniversitesi.
- Kasapoğlu, A. (2016). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü.* Sosyoloji Araştırmaları

- Dergisi, 19(2), 131–174. tarihinde <https://dergipark.org.tr/download/article-file/228165> adresinden erişildi.
- Kavak, D. G. (2018). *Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Sağlıkta Akreditasyon Standartları*. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 20, 14–20.
- Keat, P. G., ve Yong, P. K. Y. (2004). *Economía de Empresa*. Conceptos. tarihinde <https://cee.colmex.mx/licenciatura/economia> adresinden erişildi.
- Kısa, A. (2000). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*, (Ocak 2015), 28–28.
- Kısa, A., ve Kavuncubaşı, Ş. (2004). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. (N. Tokgöz, Ed.) (5th baskı). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.
- Kol, E. (2015). *Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi*. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(1), 135–164.
- Kömürlü, Y. (2010). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Aile Hekimliğine Geçiş Süreci*. İstanbul Üniversitesi.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. (İ. Demirci, Ed.). İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kutzin, J. (2008). *Health financing policy: a guide for decision-makers*. The Regional Office for Europe of the World Health Organization, Pages: 29, 5 Suppl 5, 2.
- Lameire, N., Joffe, P., ve Wiedemann, M. (1999). *Healthcare systems - An international review: An overview*. Nephrology Dialysis Transplantation, 14, Suppl. 6, 3–9.
- Lee, W. I., Shih, B. Y., ve Chung, Y. S. (2008). *The Exploration of Consumers’ Behavior in Choosing Hospital By The Application of Neural Network*. Expert Systems with Applications, 34(2), 806–816.
- Liu, C., Zhu, Q., Holroyd, K. A., ve Seng, E. K. (2011). *Status and trends of mobile-health applications for iOS devices: A developer’s perspective*. Journal of Systems and Software, 84(11), 2022–2033. Elsevier Inc. tarihinde <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2011.06.049> adresinden erişildi.
- Loş, N. (2016). *Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği*. İstanbul Üniversitesi.

- Lupton, D. (2013). *The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care In The Digital Health Era. Social Theory and Health*, 11(3), 256–270. tarihinde <https://www.dhi.ac.uk/san/waysofbeing/data/data-crone-lupton-2013b.pdf> adresinden erişildi.
- Mankiw, N. G. (2017). *The Economics Of Health*. 1–155.
- Mcguire, A., Henderson, J., ve Mooney, G. (2005). *The Economics of Health Care* (1st baskı). New York: Routledge.
- McKee, M. (1996). *Health Care Systems in Transition - Turkey. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen*. tarihinde <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108395/E72483.pdf> adresinden erişildi.
- McPake, B., Normand, C., Smith, S., ve Nolan, A. (2008). *Health economics: An international perspective*. Health Economics: An International Perspective (2nd baskı). Canada: Routledge.
- Memişoğlu, D. (2016). *Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Yasama Dergisi, (34), 62–93. tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasamadergisi/issue/54465/741347> adresinden erişildi.
- Miller, R. L. (2006). *Economics Today the Micro View* (13. baskı). Boston: Adison Wesley.
- Mills, A., ve Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries : A Survival Kit*. Health (San Francisco), (17), 135.
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., ve ©wiley, A. S. (2012). *Economic Analysis In Health Care* (Wiley, Ed.) (2nd Baskı). Padstow,Cornwall.
- Mutlu, A., ve Işık, K. (2015). *Sağlık Ekonomisine Giriş* (3. baskı). Bursa: Ekim Kitabevi. tarihinde <https://www.surelikitap.com/tr/kitap/saglik-ekonomisine-giris-aysegul-mutlu-9786055335991> adresinden erişildi.
- Normand, C. (1991). *Economics, Health, And The Economics Of Health*. British Medical Journal, 303(6817), 1572–1577.
- Okursoy, A. (2010). *Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adnan

Menderes Üniversitesi.

Olsen, J. A. (2009). *Principles in Health Economics and Policy*.

Önder, B. (2013). *Türk Sağlık Reformlarını Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*. Adnan Menderes Üniversitesi. Tarihinde adresinden erişildi <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23956527/>

Orhaner, E. (2017). *Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü*. Usaysad Dergi, 3(3), 398–412. tarihinde [www.saysad.org](http://www.saysad.org) adresinden erişildi.

Özcan, O. (2015). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2005 Yılları Arasında Ülkemize Katkısının İncelenmesi*. Teaching and Teacher Education. Atılım Üniversitesi. Tarihinde adresinden erişildi <http://dx.doi.org/10.1080/01443410.2015.1044943> <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.581> <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2547ebf4-bd21-46e8-88e9-f53c1b3b927f/language-en> <http://europa.eu/> <http://www.leg.st>

Özkara, Y. (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama*. Akdeniz Üniversitesi.

Öztek, Z. (1993). *Sağlık Ocağı Yönetimi*. (N. Eren & Z. Öztek, Ed.) (6. Baskı). ANKARA: Palme Yayıncılık.

Öztek, Z. (2006). *Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği*.

Phelps, C. E. (2017). *Health Economics* (6th baskı). New York.

Resmi Gazete. (2022). *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*, 31934, 1–37.

Rice, T., ve Unruh, L. (2009). *The Economics of Health Reconsidered* (3rd.). Chicago: Health Administration Press.

Sağlık Bakanlığı. (2003). Donusum\_Turk\_2.Pdf. tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden erişildi.

Sağlık Bakanlığı. (2007). *2007 Turkiyede Sagliga Bakis*.

- Sağlık Bakanlığı. (2023a). T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi.
- Sağlık Bakanlığı. (2023b). *Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi* ( II . Faz ), Sağlıkta Dönüşüm Projesi ( I . Faz ) üzerine temellenmiştir .
- Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. (2004). *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, (Ocak), 1–57.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2021). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*. (B. B. Başara, İ. S. Çağlar, A. Aygün, T. A. Aydemir, & B. Kulalı, Ed.). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- Şahin, M., ve Şahin, Ö. U. (2018). *Türkiye’de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: Swot Analizi*. *Journal of Awareness*, 3(5), 287–300. tarihinde <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/660089> adresinden erişildi.
- Saltman, R., Busse, R., ve Figueras, J. (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe (European Observatory on Health Systems and Policies)*, (January 2004), 27. tarihinde <http://www.amazon.com/Insurance-Systems-European-Observatory-Policies/dp/0335213634> adresinden erişildi.
- Santerre, R. E., ve Neun, S. P. (2010). *Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies* Fifth Edition. (Steven Scoble, Ed.)South-Western, Cengage Learning. Joe Sabatino. tarihinde <https://books.google.com/books?id=VfsKAAAAQBAJ&pgis=1> adresinden erişildi.
- Saraçoğlu, S., ve Öztürk, F. (2015). *Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama*. *İş ve Hayat*, 293–342. tarihinde [https://www.sekeris.org.tr/dergi/multimedia/dergi/50\\_saglik\\_hizmetlerine\\_yonelik\\_talbin\\_belirleyicileri\\_turkiye\\_uzerine\\_bir\\_uygulama.pdf](https://www.sekeris.org.tr/dergi/multimedia/dergi/50_saglik_hizmetlerine_yonelik_talbin_belirleyicileri_turkiye_uzerine_bir_uygulama.pdf) adresinden erişildi.
- Sargutan, A. E. (2005). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 81–111.
- Sargutan, E. (2005). *Sağlık Teknolojisi Yönetimi*. Hacettepe Sağlık İdaresi DergisiSağlık İdaresi, 8(1), 113–144. tarihinde adresinden erişildi.
- Sayım, F. (2016). *Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler*. Akademik Arge Dergisi, 89–

98.

Şen, H. (2013). *Türkiye’de SDP Bağlamında Toplam Kalite Yönetimi ile İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi*. Gazi Üniversitesi.

Sert, S. (2019). *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019)*. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.

Strongitharm, J. (2022). *What is a SWOT Analysis in Healthcare and Why You Need It*. Venngage. tarihinde <https://venngage.com/blog/swot-analysis-in-healthcare/> adresinden erişildi.

Sulkü, S. N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, s. Yayın No:2011/414.

Sünter, M. (2019). *Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin Önemi*. Verimlilik Dergisi, 3, 143–158.

Tatar, F. (1994). *Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları*. Toplum ve Hekim, 11(72), 42–50.

Tatar, M. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi*. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 103–133.

TBMM. (2006). *Dokuzuncu Kalkınma Planı*. Resmi Gazete, 1–100.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (M. Karataş, Ed.) (7. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Thomas, C. R., ve Maurice, C. (2020). *Managerial Economics “Foundations of Business Analysis and Strategy”* (13. baskı). New York: McGraw-Hill Education.

Tıraş, H. H. (2013). *Sağlık Ekonomisi : Teorik Bir İnceleme*, 3, 125–152. tarihinde <http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/tr/pub/issue/10267/125936> adresinden erişildi.

Türk Tabipler Birliği. (2005). *Hasta Hakları Uygulama Yönergesi*.

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK). (2023). *Sağlık Personeli Sayısı*. tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/DownloadIstatistikselTablo?p=W0/pMuKB0qoLVQV9NS9VKEdV6ar5Sb1VNpITwkl2WnzwhXsy131IRZ0g0Kj9AoSN> adresinden erişildi.

- Uğurluoğlu, Ö. (2013). *Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 155–178. tarihinde <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/798351> adresinden erişildi.
- Uğurluoğlu, Ö., ve Çelik, Y. (2005). *Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3–29.
- Ünsal, E. M. (2017). *Mikro İktisat* (11. baskı). Ankara: Murat Yayınları.
- Venkateswaran, S., ve Singh, A. K. (2022). *Health System In Turkey - Reforms, Transformations And Challenges. CSEP Working Paper-36 / September*, 5–38.
- Van Wijngaarden, J. D. H., Scholten, G. R. M., ve Van Wijk, K. P. (2012). *Strategic Analysis For Health Care Organizations: The Suitability Of The SWOT-Analysis. International Journal of Health Planning and Management*, 27(1), 34–49.
- Witter, S., Ensor, T., Jowett, M., ve R., T. (2000). *Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide. Health Economics* (11. baskı, C. 45, ss. 181–182). London: Wiley InterScience.
- World Health Organization. (1978). *Alma-Ata 1978 Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care.* tarihinde <https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf> adresinden erişildi.
- Worldbank. (2023). *Sağlık göstergeleri. Worldbank.* 30 Nisan 2023 tarihinde <https://data.worldbank.org/> adresinden erişildi.
- Yardan, E. D., ve Kiremit, B. Y. (2016). *Türkiye Kalkınma Planları'nda Sağlık Sektörü. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 93–110. tarihinde <https://dergipark.org.tr/jshs/issue/27924/290338> adresinden erişildi.
- Yavuz, F. (2020). *Talep ve Arz. Erzurum.* tarihinde <https://avesis.atauni.edu.tr/resume/downloadfile/fyavuz?key=645143f0-382d-4088-8827-cd0a1a8dcbdb> adresinden erişildi.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., ve Karaca, Z. (2012). *Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. Ege Academic Review*, 12(4), 563–563.
- Yenice, Ö. (2015). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Evrimi*

- (1960Sonrası). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Beykent Üniversitesi.
- Yigit, V., ve Ağırbaş, İ. (2004). *Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2), 141–162.
- Yıldırım, H. H. (2013). *Çalışanları Sendikası Türkiye Sağlık Sistemi : Sağlıkta Dönüşüm Programı*.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Devlet PlânlamaTeşkilâtı, (2350), 1–132. tarihinde <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Saglik-Hizmetlerinde-Harcama-ve-Maliyet-Analizi-Savas-Yildirim.pdf> adresinden erişildi.
- Yılmaz, S., ve Akman, A. (2019). *Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkın Finansmanı*. Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, 3(6), 235–251.
- Yurdadoğ, V. (2007). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), 591–610.



# ÖZGEÇMİŞ

## KİŞİSEL BİLGİLER

İsim SOYİSİM :

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

## EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi :

Yüksek Lisans Öğrenimi :

Bildiği Yabancı Diller :

## İLETİŞİM

E-posta Adresi :

ORCID :