



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

İKTİSAT POLİTİKASI ANABİLİM DALI

**SOSYAL GÜVENCE GRUPLARINA GÖRE HASTA/HASTALIK
İLİŞKİLERİNİN ANALİZİ: ÇOMÜ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURAL MADAK

Tez Danışmanı

PROF. DR. SERDAR KURT

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İKTİSAT POLİTİKASI ANABİLİM DALI

**SOSYAL GÜVENCE GRUPLARINA GÖRE HASTA/HASTALIK
İLİŞKİLERİNİN ANALİZİ: ÇOMÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURAL MADAK

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serdar KURT

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Nural MADAK tarafından Prof. Dr. Serdar KURT yönetiminde hazırlanan ve **28/01/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Sosyal Güvence Gruplarına Göre Hasta/Hastalık İlişkilerinin Analizi: ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Örneği**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **İktisat Politikası Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Serdar KURT

(Danışman)

Doç. Dr. Murat Can GENÇ

Dr. Öğr. Üyesi Burcu MESTAV

İmza

.....

.....

.....

Tez No : 10446968

Tez Savunma Tarihi : 28/01/2022

Doç. Dr. Yener PAZARCIK

Enstitü Müdürü

16/02/2022

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; 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 çalışmasında 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 kayıplarımı kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Nural MADAK

10/01/2022

ÖNSÖZ

Gelir düzeyi hem kişilerin hem de onların bağlı oldukları devletin ekonomik gücüyle yakından ilişkidir. Kişinin tüm hayatına etki eden gelir seviyesinin yüksekliği bireyi yaşamda iyi bir statüye getirebildiği gibi düşüklüğü de onda mutsuz, sağlıksız ve sıkıntılı bir yaşama neden olabilir. 1923 yılındaki konuşmalarında Mustafa Kemal ATATÜRK ekonominin, büyümenin ve kalkınmanın önemini şu sözlerle ifade etmektedir:

‘Bundan sonra pek önemli zaferlere kavuşacağız. Fakat bu zafer süngü zaferleri değil, ekonomi ve bilim ve kültür zaferleri olacaktır. Ordumuzun şimdiye kadar kazandığı zaferler, memleketimizi gerçek kurtuluşa yöneltmiş sayılamaz. Bu zaferler, ancak gelecek zaferimiz için değerli bir dayanak hazırlamıştır. Askerî zaferlerimizle gururlanmayalım. Yeni bilim ve ekonomi zaferlerine hazırlanalım.

Türk milleti, bütün tarihinde savaş meydanlarında birçok zafer taçları giymiştir. Bununla övünür, daima övünecektir. Ancak, bu övünç tacını daha çok süsleyerek milletin başında tutabilmek için, diğer bir alanda da kesinlikle başarılı olması gerekir; o da ekonomidir.

Ekonomi demek, her şey demektir. Yaşamak için, mutlu olmak için, insan varlığı için ne gerekli ise onların hepsi demektir. Tarım demektir, ticaret demektir, çalışma demektir, her şey demektir.’

İnsan yaşamında bu kadar önemli olan iktisat biliminin sağlık alanına naçizane katkı sunmaya çalıştığımız bu tez çalışmamda bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren danışmanım Prof. Dr. Serdar KURT’a, tez içeriğindeki analizleri düzenlememde yardımcı olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Burcu MESTAV’a, tez verilerimi aldığım ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine, tüm hayatım ve eğitimim boyunca beni hep destekleyip yüreklendiren sevgili aileme ve özellikle anneme çok teşekkür ederim. Bu tezi, hep okumayı öğrenimi öğütleyen rahmetli ablam ve babama ithaf ediyorum...

Nural MADAK
Çanakkale, Ocak 2022

ÖZET

SOSYAL GÜVENCE GRUPLARINA GÖRE HASTA/HASTALIK İLİŞKİLERİNİN ANALİZİ: ÇOMÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Nural MADAK

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İktisat Politikası Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Serdar KURT

10/01/2022, 189

Çalışmada ÇOMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne 2008-2019 yılları arasında başvuran hastaların sosyal güvence türleri (SGK türü) ile hastalıkları için başvurdukları poliklinikler arasındaki ilişki analiz edilmektedir. Bunun yanında hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgileri ile tabi oldukları SGK türüne, yıllara ve başvurdukları polikliniklere göre dağılımlarına bakılmaktadır. Çalışmanın giriş bölümünde gelir ve gelire ilgili bilgiler açıklanarak gelirin sağlıkla olan bağıntısına değinilmekte, ikinci bölümde ise sağlık sektörü ile sosyal güvence ve türlerinin, dünyada ve ülkemizdeki durumları irdelenerek daha önce ilgili konularda yapılan çalışmalar kuramsal çerçevede incelenmektedir. Üçüncü bölüm ve dördüncü bölümlerde kullanılan veri seti, yapılan analizler ve bulgular açıklanmış olup son bölümde ise elde edilen sonuçlar ve ekonomi politikası önerileri yer almaktadır. Çalışmanın analizlerinde frekans tabloları, yüzde dağılımlar ve Ki-kare nedensellik analizleri kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal güvence, ÇOMÜ Hastane, Ki-kare testi, Gelir, Hasta/hastalık, Sağlık sektörü

ABSTRACT

ANALYSIS OF PATIENT/DISEASE RELATIONS ACCORDING TO SOCIAL SECURITY GROUPS: AN EXAMPLE OF THE ÇOMÜ HEALTH APPLICATION AND RESEARCH HOSPITAL

Nural MADAK

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Animal Science

Advisor: Prof. Dr. Serdar KURT

01/10/2022, 189

In the study, the relationship between the types of social security (SGK type) of patients who applied to ÇOMÜ Health Practice and Research Hospital between 2008-2019 and the polyclinics they applied for their diseases is analyzed. In addition, the distribution of demographic information such as age and gender according to the type of social security they are subject to, years and the polyclinics they apply to is examined. In the introductory part of the study, income and information about income are explained and the relationship of income with health is mentioned, in the second part, the situation of the health sector, social security and its types, in the world and in our country, and previous studies on the related issues were examined in a theoretical framework. The data set, analyzes and findings used in the third and fourth sections are explained, and in the last section, the results and economic policy recommendations are included. Frequency tables, percentage distributions and Chi-square causality analyzes were used in the analysis of the study.

Keywords: Social security, ÇOMÜ Hospital, Chi-square test, Income, Patient/disease, Health sector

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	
	1
1.1. Gelir ve Gelire Etki Eden Faktörler	5
1.1.1. Doğa-Toprak	7
1.1.2. Sermaye	8
1.1.3. Emek	9
İstihdam ve İşsizlik	10
1.1.4. Teknolojik Gelişme	12
1.1.5. Harcamalar ve Yatırımlar	13
1.1.6. Tasarruflar	15
Hane Halkı Tasarrufları	16
Kamu Tasarrufları	16
İşletme Tasarrufları	16
Enflasyon	17
Vergiler	18
1.2. Gelir Dağılımı (Bölüşümü) Nedir?	20
1.2.1. Gelir Bölüşümü Teorisi	20
1.2.2. Gelir Dağılımı Türleri	22

Birincil (Fonksiyonel) ve İkincil (Bireysel) Gelir Dağılımı	23
Sektörel Gelir Dalımı	24
Bölgesel Gelir Dağılımı	25
1.3 Kamu Harcaması	26
1.3.1. Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması	27
Gelir Bölüşümü Açısından Kamu Harcamaları (Ekonomik Sınıflandırma)	27
Reel (Gerçek) Harcamalar	28
Transfer Harcamaları	29
Devletin Faaliyet Alanlarına Göre Kamu Harcamaları (Fonksiyonel Sınıflandırma)	30
1.3.2. Kamu Harcaması Olarak Sağlık Harcamaları	31
1.4. Büyüme ve Kalkınma İçinde Gelir ve Gelir Dağılımı	36
1.4.1. Milli Gelir ve Ekonomik Büyüme İlişkisi	37
1.4.2. Gelir Dağılımının Ekonomideki Rolü ve Önemi	39
Türkiye'deki Sosyal Güvence Grupları ve Gelir Düzeyi İlişkisi	42
1.4.3. Gelir ile Beşeri Sermaye ve Sağlık Bağlantısı	43
1.4.4. Sağlık ve Beşeri Sermaye Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınmaya Etkisi	45

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Sağlık Hizmetleri Sektörü	50
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	52
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	53
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	55
Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	56
2.1.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dünü Bugünü	58
2.1.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Görevli Kurumlar	60
2.2. Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri	64
2.2.1. Sosyal Güvenlik	64
2.2.2. Sosyal Güvenlik Sisteminin Oluşumu ve Gelişimi	65
2.2.3. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Hizmeti Alımı	66

2.2.4.	Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi ve Sosyal Güvence Türleri	68
	Emekli Sandığı	71
	Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	72
	Bağ-Kur	73
	Banka Sandıkları	73
2.3.	Sağlık ve Hastalık (Sayrılık)	74
2.3.1.	Hasta ve Hastalık Tanımları	77
2.3.2.	Hastalıkların Çeşitli Açılardan Sınıflandırılması	79
	Kronik Hastalıklar	80
	Enfeksiyon Hastalıkları	80
	Meslek Hastalıkları	81
	İş Kazaları	83
2.4.	Türkiye ve Dünya Ülkelerindeki Sağlık ve Sosyal Verileri	85
2.4.1.	Türkiye'deki Sağlık Harcaması Verileri (2010-2019)	85
2.4.2.	Türkiye'deki Sosyal Koruma Verileri (2010-2019)	87
2.4.3.	Dünyadaki Sağlık Harcaması Verileri (2010-2019)	93
2.5.	Literatür Taraması	101

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM

112

3.1.	Veri Seti	112
3.1.1.	Veri Kaynaklarının Sınıflandırılması ve Verilerin Derlenmesi	113
3.2.	Araştırmada Kullanılacak Yöntem ve İstatistiksel Testler	116
3.2.1.	Frekans Dağılımları	116
3.2.2.	Çapraz Tablo	117
	Çapraz Tablolarda Yüzde Değerler	118
3.2.3.	Ki-Kare Testi	119

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

124

4.1.	Araştırma Modellemesi ve Bulgu Sonuçları	124
4.1.1.	Model 1	125

4.1.2. Model 2	135
4.1.3. Model 3	144
4.1.4. Model 4	148
BEŞİNCİ BÖLÜM	
SONUÇ ve ÖNERİLER	
KAYNAKÇA	156
EKLER	I
EK 1. Ek Tablo 1. Polikliniklerdeki başvuru sayısının sosyal güvence türüne göre dağılımı ve SGK türü içindeki oranı	I
EK 2. Ek Tablo 2. Polikliniklere başvuran hastalar ile sosyal güvence türü ilişkisine dair çapraz tablo	VI
EK 3. Ek Tablo 3 Polikliniklere başvuran hastalar ile sosyal güvence türüne göre dağılımı	VII
EK 4. Etik Kurul İzni	VIII
ÖZGEÇMİŞ	X

SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇOMÜ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
SB	Sağlık Bakanlığı
DSÖ	Sağlık Bakanlığı
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
MB	Maliye Bakanlığı
TSM	Toplum Sağlığı Merkezleri
SBB	Strateji ve Bütçe Başkanlığı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
EUROSTAT	Avrupa İstatistik Ofisi
DASK	Doğal Afet Sigortaları Kurumu
TRAMER	Trafik Sigortası Bilgi Merkezi
SBM	Sigorta Bilgi Merkezi
SAGMER	Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi
TARSİM	Tarım Sigortaları Havuzu
HAYMER	Hayat Sigortası Bilgi Merkezi
HATMER	Sigorta Hasar Takip Merkezi
HSGM	Halk Sağlığı Genel Merkezi
SHGM	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
RG	Resmi Gazete
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
ÇTSO	Çorlu Ticaret ve Sanayi Odası
ÇASGEM	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi
TDK	Türk Dil Kurumu
TOBB	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
GSMH	Gayrisafi Milli Hasıla

GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi
MPS	Marjinal Tasarruf Eğilimi
MPC	Marjinal Tüketim Eğilimi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
HDI	İnsani Kalkınma Endeksi (Human Development Indeks)
BANK-SEN	Devrimci Banka ve Sigorta İşçileri Sendikası
WB	Dünya Bankası (World Bank)
TÜSPE	Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
ESSPROS	Avrupa Bütünleştirilmiş Sosyal Koruma İstatistikleri Sistemi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
Sd	Serbestlik derecesi
KBB	Kulak Burun Boğaz
FTR	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
vs.	Vesaire
vb.	Ve benzeri
akt.	Aktaran
s.	Sayfa
c	Emek
v	Ücret
s	Artı değer

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	53
Tablo 2	Türkiye'nin son on yıldaki sağlık harcaması verileri	86
Tablo 3	Türkiye'deki sosyal koruma yardımlarının GSYİH'ya oranları	88
Tablo 4	Türkiye'deki sosyal koruma yardımlarının milyon TL olarak net miktarı	88
Tablo 5	Sosyal güvenlik yardımlarına yapılan katkıların oransal dağılımı	89
Tablo 6	Sosyal yardım kapsamında maaş alan kişi sayıları	90
Tablo 7	Türkiye geneli ölüm nedenlerine bağlı vefat sayısı (2010-2017)	90
Tablo 8	Daimi ikametgâh yerine (Çanakkale ili) göre ölüm nedenlerine bağlı vefat sayısı	91
Tablo 9	Türkiye genelindeki 2010-2017 yılları arasındaki ölümlerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı	91
Tablo 10	Ülkemizdeki toplam nüfus içinde engelli birey sayısının engel gruplarına ve yaşa göre dağılım oranı	92
Tablo 11	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin 2010-2019 yılları arası milli gelir miktarları (2010 ABD Doları cinsinden)	93
Tablo 12	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin 2010-2019 yılları arası kişi başı milli gelir miktarları (2010 ABD Doları cinsinden)	94
Tablo 13	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin cari sağlık harcaması miktarları (GSYİH'nın Yüzdesi)	95
Tablo 14	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin kişi başı cari sağlık harcaması miktarı (Cari ABD Doları)	96
Tablo 15	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin yurt içi genel devlet sağlık harcaması (GSYİH'nın yüzdesi)	97
Tablo 16	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD doları)	98

Tablo 17	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD doları)	99
Tablo 18	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması (cari ABD doları)	100
Tablo 19	Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerde 1000 kişiye düşen doktor, hemşire ve ebe ile hastane yatak sayıları	101
Tablo 20	Üniversiteye başvuran kişilerin dağılımı (örnek)	118
Tablo 21	Farklı lise gruplarına ait başarılı ve başarısız öğrencilerin yüzde dağılımı (örnek)	119
Tablo 22	İki nitel değişkenin bağımsız gözlemlerinin sınıflandırılması	120
Tablo 23	Hastaneye yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı ve frekans yüzdeleri	126
Tablo 24	Sosyal güvence türlerine göre hastane başvurularının dağılımı (2008-2019)	127
Tablo 25	Hastaneye yapılan başvuruların yaş gruplarına göre dağılımı	131
Tablo 26	Cinsiyete göre hastaneye başvuruların sayısal ve oransal dağılımları	133
Tablo 27	Hastaların ikametgâh adresine göre sayı ve oranları	135
Tablo 28	Bazı hastalık tanılarında sosyal güvence türlerinin başvuru oranı	149

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	Ki kare dağılışının çeşitli serbestlik derecelerindeki gösterimi	120
Şekil 2	Yıllara göre hastaneye yapılan başvuruların frekans dağılımları grafiği	126
Şekil 3	Sosyal güvence türlerine göre hastane başvurularının nispi frekans dağılım grafiği	128
Şekil 4	Sosyal güvence türüne göre hastaneye yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı	129
Şekil 5	Hastaneye yapılan başvuruların yaşa göre oransal dağılımı	130
Şekil 6	Polikliniklere göre hasta dağılımları (%)	132
Şekil 7	Polikliniklere yapılan hasta başvurularının geometrik dağılımı	132
Şekil 8	Sosyal güvence türüne göre erkek/kadın dağılımları (%)	133
Şekil 9	Sosyal güvence gruplarının en çok gittikleri ilk 15 poliklinik sıralaması	136
Şekil 10	Aynı sosyal güvence türü içindeki hasta sayılarının polikliniklere dağılım oranları	141
Şekil 11	Aynı sosyal güvence türü içindeki hasta sayılarının polikliniklere dağılım oranları (askeri emekli sandığı grubu ayrılmış)	146
Şekil 12	Sosyal güvence gruplarının en çok gittikleri ilk 15 poliklinik sıralaması (askeri emekli sandığı grubu ayrılmış)	147

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi; gerek sağlık alanında çalışmalar yapan bilim insanlarının gerekse devlet bazlı politika üreten siyasi ve ekonomistlerin son yüzyılda fazlaca önem verdikleri bir çalışma alanıdır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki sağlık harcamaları, cari harcamalar olarak sınıflandırılrsa da aslında uzun dönemli bir yatırım harcamasıdır.

Sağlıklı birey fiziksel ve ruhsal olarak daha zinde ve enerjiktir, yaşamdan zevk alır, aldığı eğitimi daha iyi içselleştirir ve uzun vadede değerlendirildiğinde bu kişiler iyi eğitim almış özgüveni yüksek topluma fayda sağlayan, nitelikli işgücü piyasası meydana getirir. Kısa süreli değerlendirme yapılmak istenirse de sağlıklı bireyin emek sektörüne katkısı kuşkusuz daha fazladır. Eğer bir toplumda bulaşıcı hastalıklar önlenemez, hastalıklardan oluşan negatif dışsallıklar kontrol altında tutulabilir ve işgücünde meydana gelen sakatlanma ile oluşan rahatsızlıklar kısa sürede tedavi edilebilirse o ülkenin sağlık tabanlı emek kaybı minimuma indirilir ve sonuçta refah düzeyinde ve ekonomik büyümede artış sağlanır.

Dünya genelinde son yüzyılda ülkelerin sağlığa yaptığı yatırımlar sürekli artmakta ve kendi ekonomileri içindeki ayırdıkları pay da artış göstermektedir. Ancak ülkeler birbiri ile kıyaslandığında yapılan harcamalar çok farklı boyutlardadır. Buradaki farklılık, kıyaslanan ülkelerin hem bütçelerinin hem de bütçede sağlığa ayırdıkları oranların farkından oluşabilmektedir. İki ülkenin (aynı para birimindeki) bütçeleri arasında ciddi bir fark olmasına karşın bütçelerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları oran eşit olabilir veya oransal olarak devlet bütçelerinden sağlık harcamalarına ayrılan pay eşit olmamasına karşın parasal miktar eşit olabilmektedir. Bu yüzden ülkelerin sağlık harcamaları değerlendirilirken sadece yurtiçi gayrisafi milli hasılaya ya da bütçesinden ayırdığı sağlık harcaması oranına bakmak yeterli olmaz. Değerlendirme yapılırken ülkelerin nüfusa

oranlanan kişi başı sağlık harcaması, ülkedeki anne bebek ölümleri, bireylerin yaşam süreleri, herhangi bir hastalık ve/veya kaza durumunda tedavi merkezlerine ulaşılabilirlikleri, tedavi merkezlerinin kapasitesi gibi birçok ölçüt karşılaştırılır. (Tedavi merkezi kapasiteden kasıt sadece metrekaresel yüz ölçümü ya da sadece ayakta bakabilen hasta sayısı değil, yataklı hasta bakım sayısı, tedavi merkezinde kullanılan cihaz ve makinelerin teknolojik düzeyleri ile hasta başına düşen hekim ve sağlık görevlisi sayısı vb.dir.) Tüm bunlara ilave olarak ülkelerin koruyucu sağlık hizmeti olarak adlandırılan hastalık ve kazaları önleme amaçlı yaptığı sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadelesi, bütün halkına eşit düzeyde hizmet sunabilmesi, cepten ödenen sağlık giderlerinin kişilerin gelirleriyle orantılı olması, halka emeklilik ve/veya bir kaza, hastalık sonucunda yeterli maddi desteği sağlayabilmesi de önemlidir. Yapılan maddi destek hem kişilerin yaş ya da malulen emeklilik sonrası hayatlarını idame ettirebilmek için ödenen parasal tutarı hem de onların sağlık giderlerine yapılan katkıyı içermelidir. Çünkü belli bir yaşı geçmiş veya genç yaşta malulen emekli olmuş vatandaşlar artık çalışamayacaklarından bağlı oldukları devletin yardımına gereksinim duyarlar ve eğer devlet, sosyal devlet anlayışı gütmüyorsa çalışamayan halk yoksulluğa sürüklenir.

Günümüzde ülkelerin ekonomik güçleri karşılaştırılırken sadece ekonomilerinin büyüklüğü değil ülkenin kalkınmasına da bakılmaktadır. Kalkınmanın temelinde ise kişilerin ekonomik özgürlükleri, refah düzeyleri, ülkedeki eğitim, sağlık, adalet, savunma harcamaları vb. ile bunların bütün halka hakkaniyetli bir şekilde ulaştırılması yatmaktadır. Ülkelerdeki gelir düzeylerine göre yapılan ve yüzde yirmilik, beş dilime ayrılan gösterge ölçeklerine göre taban ve tavan gelir grubu arasındaki fark ne kadar az olursa ülkedeki gelir dağılımının daha adilane olduğu kabul edilir.

Nasıl ki dünya üzerinde coğrafi konum olarak yakın iki ülkeden, gelişmiş ülkenin sağlığa verdiği önem ve ayırdığı bütçe, gelişmekte olan ülkeye göre daha yüksek olabiliyorsa aynı ülke sınırları içinde de hem bölgeler arası hem de aile ve bireyler arasındaki sağlık harcamaları farklı olabilmektedir. Bölge veya iller arasındaki farklılık devletin, adil ve etkin kaynak dağıt(a)maması ve bunun sonucunda iki bölgenin gelişmişlik düzeyinin farklılığı ile ilgilidir. Aileler ve kişiler arasındaki sağlık harcaması farkıysa

çoğunlukla önceki paragrafta bahsettiğimiz gelir grubu farkından kaynaklanmaktadır. Kişiler arasındaki sağlık harcaması farkının diğer bir nedeni ise bireylerden kronik rahatsızlıkları olanların devamlı olarak tedaviye ihtiyaç duymalarıdır. Yani kronik rahatsızlığı olan birey diğer kişilere göre daha fazla sağlık harcaması yapmak, ilaç kullanmak, sağlık kontrolüne gitmek durumundadır. Gelir gruplarının kişilerin sağlık harcamasındaki etkisi, sağlık kurumu tercihlerine yansiyabilmekte ve gelir düzeyi yüksek kişiler özel sağlık kurumlarını veya üniversite hastanelerinde normal muayene saati dışında öğretim üyelerinden özel kontrol (randevu) tercih ederek cepten daha fazla sağlık harcaması yapabilmektedirler.

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde de sağlığa yapılan yatırımların uzun ve kısa vadede geri dönüş etkisinin incelenip hükümetlerin bu sektöre gerekli ve doğru eğilimi göstermeleri açısından sağlık harcamaları ile gelir düzeyi ilişkisinin belirlenmesi (tahmin edilebilmesi) önemlidir. Ülkelerin sağlık sektöründeki başarısı sadece devletin sağlık harcamasına yüksek pay ayırması değil, ayrılan pay miktarının tüm ülke genelinde efektif kullanılabilmesi ile alakalıdır. Eğer ülkeler sağlık harcamalarını belli bölgelerde ya da belli tıp alanlarında veyahut da belli teknik cihaz, tıbbi ilaç ile sağlık çalışanları grubu üzerinde yoğunlaştırırsa yine sağlıkta istediği gelişimi gösteremez. Tüm sektörler gibi sağlık sektörü de birçok yapı taşından oluşur. Sağlık hizmetini talep eden hasta ile bu hizmetin arz edildiği sağlık kurumlarının karşılıklı talep, çıkar ve uyumları mühimdir. İşte sağlık sektörü ülkedeki herkese yeterli hizmeti sağlayabilecek şekilde tüm yurda dağılmış sağlık birimlerine, teknik personele (hekim, hemşire, ebe, hastabakıcı vb. sağlık çalışanlarına), teknik donanıma (tıbbi cihaz ve ekipmanlar, teknolojik olarak gelişmiş ameliyathaneler ve tedavi birimleri vs.), ilaç ve diğer tıbbi malzemeler ile ülke genelinde birbiriyle uyumlu çalışabilen bir idari ve hiyerarşik bir yapıya sahipse o ülkenin sağlık sistemi gelişmiştir. Bu sacayaklarından biri veya birkaçı eksik veya aksak olursa ülkenin sağlık sisteminde problemler var demektir.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri sektörü çok entegre ve hem kişi hem devlet bazlı ciddi harcama gerektiren bir yapıdır. Sağlık harcamalarının idari ve mali yapısı içinde, ülkenin maliye bakanlığı, sağlık bakanlığı, orta ve yükseköğretim kurumları başta olmak

üzere tüm eğitim kurumları, sosyal güvence ve sigorta kurumları, belediyeler, çevre ve orman bakanlıkları, meslek odaları, dernek ve vakıflar gibi birçok kurum, kuruluş ve sivil toplum örgütü bulunmaktadır. Bu birimlerin bazıları direkt kaynak aktarımında etkinken, bazıları eğitim ve sağlık personeli yetiştirmede, bazıları hastalığı önleme amaçlı olan koruyucu sağlık hizmetlerinde bazıları ise hastalıkların tedavisinde etkin rol oynamaktadır.

Çoğu ülkelerdeki gibi bizim ülkemizde de bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamaları ile devletin verdiği sağlık katkı payları ve emeklilik ödeneklerinin takip edildiği resmi kurum Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dır. 2006 yılında gerçekleştirilen Sosyal Güvenlik Reformu ile ülkemizdeki farklı standart ve normlara tabi sigorta kurumları SGK çatısı altında birleştirilmiştir. Şu an ülkemizde devlet tabanlı sosyal güvence çeşidi olarak dört farklı grup mevcut olup bu grupları emekli sandığına mensup bireyler, sigortalı kapsamındakiler, Bağ-Kur kapsamındakiler ve yeşil kartlı kişiler olarak oluşturmaktadır. Emekli sandığı, devlet memurlarının sigorta kayıt ve takiplerini, Bağ-Kur serbest meslek sahiplerinin sigorta takiplerini yapmaktadır. Sigorta kaydı direkt SGK olanlar, eski adıyla sosyal sigortalı (SSK'lı) diye tabir edilen, özel sektörde bir iş akdi ile çalışanlar ile kamuda sözleşmeli statüde çalışan 4b'li (sözleşmeli memur tabir edilen) personeller ile 4d daimi işçiler ve vizeli/vizesiz işçilerdir. Bu üç grupta da yer almayan, kısaca gelir düzeyi ilgili kanun ve mevzuatlarda belirlenen sınırın altında olup herhangi bir işte çalışmayan ve cepten sigorta ödemesi olmayan kesimin sağlık giderleri ise yeşil kart sistemi ile kayıt altına alınmaktadır. Özel tabanlı sosyal güvence çeşidi olarak en yaygın olanı ise banka sandıklarıdır.

Biz de bu çalışmamızda Çanakkale ilinde kamuya ait üçüncü basamak bir sağlık kurumu olan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi olan farklı sosyal güvence gruplarındaki hastaların demografik bilgileri, tedavi oldukları polikliniklerle, tabi oldukları sosyal güvence grupları arasındaki ilişkiyi incelemek istedik.

1.1. Gelir ve Gelire Etki Eden Faktörler

Gelir gerçek ya da tüzel kişilerin ekonomik gücünde oluşan artıştır. Kişisel açıdan gelir belli bir zaman diliminde (günlük, aylık, yıllık...) ve sürekli olarak elde edilen ücret, rant, kâr, faiz, kira getirisi gibi parasal değerlerdir. İşletmeler açısından değerlendirildiğinde ise bu kalemlerden ücretin yerini, firmanın üretimlerinin satışından elde ettiği getiriler alır. Gelir bir akım değişkendir ve bu yüzden sürekli olması esastır. Tek seferlik mal varlığında oluşan artışlar gelir kabul edilemez, miras, bağış vb. parasal değerler stok değişken olan servet içerisinde yer alır. Başka bir ifadeyle gelir, bir yıl içinde ülke sınırları içinde gerçekleştirilen nihai mal üretimleri için üretim öğelerine aktarılan toplam ödemedir (Ünsal, 2011: 57).

Bir malın toplam değeri: daha önceden üretilmiş olan ve yeni üretilen malzemeye katılan cansız emek (c), ücret (v) ve artı değer (s)'den oluşmaktadır. Ücret ve artı değer malın üretimindeki emek miktarını gösterir ve bu aynı zamanda mal üretimindeki yeni değer miktarı olan katma değeri belirtir. Katma değer aslında yeni üretilen mallarda maddeleştirilen canlı emek miktarı yani gelirdir. Artı değer; kar, rant ve faizden oluştuğundan gelir de ücret ve bu üç değerın toplamından oluşan bir bileşendir. Bu gruplarda yer almayan bir getiri örneğın öğrenci bursu, kumar kazancı gelir olarak kabul edilemez. Gelirin ölçülebilmesi ise zamanla kıyaslanarak yapılır; günlük, haftalık, aylık, yıllık gibi (Aren, 2013: 63-64)...

Ülkelerin geliri ise milli gelir veya milli hasıla olarak ifade edilir. Bu iki kavram farklı anlamda gibi görünse de aslında aynı şeye başka açılardan bakılması sonucu oluşan terimlerdir. Milli gelir siyasi toplumlardaki tüm üretim faktörlerinin toplamı iken milli hasıla o siyasi toplumlardaki tüm üretim kaynaklarıyla elde edilen mal ve hizmetlerin kıymetlerinin parasal olarak ifade edilmesidir (Kaya, 1967; 96). Bir milletin yıllık toplam ekonomik faaliyetleri sonucunda oluşan getiriye *gayri safi milli hasıla (GSMH)* denilir ve

hesaplama yaparken ülke vatandaşlarının yurt dışında elde ettiği gelir de hesaba katılır. Gayrisafi milli hasıla üretim kaynakları (ticaret, ulaştırma, sanayii, kamu hizmetleri, tarım vb.) envanterinin piyasa fiyatı üzerinden hesaplanmasına göre veya daha çok kullanılan harcamalar yöntemine göre bulunur. *Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)* ise belli bir zaman diliminde (genellikle bir yıl) yurt içinde üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerdir. Burada ülkenin vatandaşı sınırlaması yoktur ancak yer sınırı (yurt içinde) bulunmaktadır. Bu değerler bize nominal GSMH ve nominal GSYİH'ı verir (Öcal, 2013: 7-9). Nominal olarak elde edilen bu değerler belli yıl baz alınarak düzeltilir ki bu durumda elde edilen gelir 'reel geliri' verir. GSYİH'ya üretime katkısı olmayan menkul kıymet alım satımı-mülkiyet değişimi, kamu ve özel transfer ödemeleri ikinci el malın el değiştirmesi gibi finansal işlemler ile ev temizliği, çocuk bakımı, yeraltı kaçak üretim veya kazanç gibi kayıt dışı tutulan üretimler katılmaz (Arda, 2009: 136-138).

Gelir, üretilen mal ve hizmetlerin mübadele yoluyla başka mal ve hizmetlere çevrilmesi yani üretim ile oluşmaktadır. Üretimin gerçekleştirilebilmesi için ekonomik kaynakların başka bir deyişle literatürde üretim faktörleri olarak geçen; emek (işgücü-nüfus), sermaye, doğal kaynaklar (toprak-doğa-tabiat) ve müteşebbis gibi girdilerin bir araya gelmesi gerekir. Hiçbir girdi olmadan çıktı (ürün-hizmet) olmayacağı gibi hangi girdinin miktarı bol (yani fiyatı düşük) ise üretimi o girdi belirler. Mesela işgücü fazla olan toplumlarda emek yoğun üretimler tercih edilir. Bazı kaynaklar, üretim faktörü olarak girişimciyi kabul etmezken yapısı gereği sosyalist sistemlerde de girişimci yani müteşebbisten bahsedilemez (Kılıçarslan vd., 2014: 9). Teknolojik gelişme ise üretim faktörlerinin verimlilik ve kalitesini artırmada etkili bir faktördür.

Her ne kadar geliri meydana getiren orijinal faktörler, üretim faktörleri olsa da bunların yanında bu faktörlere dolaylı etki eden ve geliri doğuran veya çoğaltan faktörler vardır. Harcamalar (devlet, yatırım ve tüketim harcamaları) ve birikimler (tasarruflar ve sermaye birikimleri) endirekt faktörlerdir (Kaya, 1967: 81). Aşağıda bu faktörler daha detaylı incelenmektedir.

1.1.1. Doğa- Toprak

Ülkelerin doğal kaynakları yeraltı ve yer üstü zenginlikleri ile ekilen veya kullanılabilen toprak miktarından meydana gelmektedir. Doğal kaynakları oluşturan toprak (doğa) üretimde üç farklı şekilde değerlendirilir: Direkt ekip biçme amaçlı zirai üretim için, bina ve tesis yapımı amacıyla veya toprak altında ve üstündeki doğal kaynaklar kullanılarak. Her ne amaçla kullanılırsa kullanılsın toprak (doğa) diğer iki üretim faktörü gibi artırılamaz, sınırlıdır hatta diğer faktörler olmadan getiri sağlaması imkânsızdır. Çünkü ister ziraat, ister inşaat için kullanılsın bu toprağı üretime katacak ve verimliliğini artıracak emekçiye, sermayeye ve teknolojiye ihtiyaç duyulur. Arsanın bina yapılmaya uygun hale gelmesi, toprağın zirai üretim için hazır duruma gelmesi, doğal kaynakların işlenecek vaziyete ulaşması hep emek ve sermaye ister.

Toprak, sahibine rant sağlar. Yani toprağın kullanılması için ödenen bedele rant denilmektedir. Ancak her şeye rağmen toprağın asıl değerini (rantı) belirleyen toprağın marjinal verimliliğidir. Bu produktivitede toprağın inbat (mahsul verme miktarı) yeteneğı veya mahalli durumu etkilidir. Ulaşım olarak kolay arazi hem zirai hem inşaat için daha yüksek getiri demektir. Burada ziraat açısından üretimde tohum ve satışta pazar yakınlığından dolayı düşük masraf ve yüksek rant sağlarken, inşaatta mesken veya tesis (işyeri ya da sosyal) için ise şehir merkezine, deniz kenarına yakınlık etkili olabilmektedir. Hatta madenlerin olduğu toprak talep edilirken bile ulaşım avantaj sağlamaktadır. Ama unutulmamalıdır ki maden toprağı diğer topraklardan farklı değerlendirilir. Bu toprağın sağladığı rant Royalty diye tabir edilir. Bu, gerçekte mülk sahibine verilen hisse payıdır ve o topraktaki maden bittikten sonra mülk sahibi rant elde edemez. Çünkü maden toprakları diğer araziler gibi zirai ve inşaat işi için kullanılamaz (Kaya,1967: 188-193).

1.1.2. Sermaye

Üretim için kullanılan ve tabiat kapsamına girmeyen tüm araçlar aslında sermayedir. Makine, teçhizat, bina, araç, alet, hammadde, benzin, mazot, kömür vs. eğer üretim için kullanılıyorsa iktisadi olarak sermaye sayılır. Ancak bu araçlar üretim amacı dışında insanların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kullanılıyorsa tüketim malı kabul edilir. Çiftçinin tarla sürmek için kullandığı mazot sermaye iken özel binekte gezi için kullanılan benzin, mazot tüketim malıdır. Yine evde kullanılan bir soğutucu dayanıklı tüketim malı iken fabrikada üretime katılan faktörlerin bozulmaması için kullanılıyorsa sermaye malı kabul edilir. Sermaye tek bir üretim esnasında bitmiyor ve tekrar kullanılabilirse (araç, bina, makine...) sabit sermaye, üretim sonu tükeniyor veya nitelik değiştiriyorsa (hammadde, enerji gibi) değişken sermaye addedilir. Günlük hayatta kabul gören parasal servet ise ancak sermaye mallarının alımında kullanılırsa sermaye olarak değer kazanır. Ekonomide stok değişken olan sermayenin kaynağını tasarruflar oluşturur. Çünkü üretilen malların tüketilmeden daha sonraki üretimlerde kullanılmak üzere saklanması ile elde edilir (Oğuz ve Uludağ, 1981: 133-134).

Sermaye sosyal ve özel sermaye olarak da tanımlanır. Bu durumda emeğin verimliliğinde rol oynayan baraj, okul, yol, toplu taşıma vb. sosyal sermayeyi oluştururken, işletme, araç gereç, cihaz vb. özel sermayeye girer. Emeğin verimliliği, çalışan başına düşen sermaye artışı ile doğru orantılıdır. Sermaye artışı ise yatırımların artışı ile yatırımların artışı ise ülkedeki tasarrufların artırılmasıyla sağlanır. Diğer şartlar sabitken tasarruf oranı ile yatırım, dolayısıyla büyüme hızı doğru orantılıdır (Dinler, 2012: 278). Bazı iktisatçılar ise sermayeyi fiziksel ve sosyal olarak sınıflandırırlar. Makine, teçhizat, işletme, araç gereçler üretim düzeyini artıran fiziksel sermayeyi ifade eder ve bu sermaye için yapılan yatırımlara üretken yatırım denilirken, verimliliği artırıcı elektrik, telekomünikasyon, kanalizasyon, vasita vb. yatırımlara tamamlayıcı yatırım ya da sosyal sermaye yatırımları denilmektedir. Çünkü bu tip yatırımlar olmadan üretim devamlılığı ve verimliliği sağlanamaz. Mesela yeni makine ile üretim artışı sağlayan köylünün bu ürünü satışa sunabileceği pazara götürebilmesi yol ve ulaşım aracı gerektirir veya pazarlamacı ile iletişim için telekomünikasyon hizmetine ihtiyaç vardır.

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde işgücü ve doğal kaynaklar yeterince bulunduğundan, gelişmenin ana belirleyicisi sermayedir. Çünkü hâlihazırda mevcut olan emek ve doğal kaynakların üretime dönüştürülmesi sermaye ile mümkündür (Düğer ve Dulupçu, 2000: 479). Sermaye kullanımı ile doğal kaynakların ve insan faktörünün daha verimli hale getirilmesi de mümkündür. Örneğin bir toprağın verimi sulama kanalları inşası ile daha büyük arazininkine eşit veya ondan fazla hale getirilebilir ya da beşeri sermaye yatırımları (mesleki eğitim kursları, işgücü malzemelerinin kalitesinin artırılması vb.) ile emeğin daha verimli hale getirilmesi mümkündür. Ayrıca henüz emeğe dönüşmemiş potansiyel işgücü oluşturacak kişisel gelişime yönelik ülkedeki eğitimin geliştirilmesi de beşeri sermaye yatırımdır (Berber, 2006: 28-29).

İktisatçılar ayrı bir üretim faktörü olarak görse de işletmecilerin büyük bölümü doğal kaynakları sermayenin içinde kabul etmektedirler. Fakat sermayenin doğadan farkı, kullanım öncesinde yine insanlar tarafından üretilmesidir.

1.1.3. Emek

Emek üretimdeki temel faktörlerdendir ve ülkedeki işgücü göstergesidir. Emeğin değer ölçütü ise niteliğidir. Kalifiyeli bir işgücü, işveren açısından daha fazla üretim ve getiri demekken işçi açısından da aranılan kişi olarak kalifiyesiz emeğe göre daha iyi ücret almak demektir. Kalifiyeli işgücü ise eğitim ve tecrübeyle elde edilir. Bundan dolayıdır ki son yıllarda kişilerin işe girmeden önce veya çalışırken kendi imkânları ile aldıkları eğitimin yanı sıra kurumsal işletmelerde firma tarafından da emeğin gelişimine yönelik eğitimler devam ettirilir. Buradaki amaç kişilerin kendilerinin sağlayamadıkları spesifik eğitimlerin verilerek onları hem değişen, gelişen teknolojiye adapte etmek hem de sermaye mallarının kullanımında yeteneklerini artırmaktır.

Sermaye, doğa, teknoloji faktörleri ile karşılaştırıldığında emek faktörünün geliştirilmesi (artırılması) daha zor olmaktadır çünkü insan bir makine gibi sürekli

çalıştırılmaz. İnsan çalışmasını etkileyen biyolojik, sosyal, psikolojik ve sağlık sorunlarını da dikkate almak gerekir. İnsan gücünün verimli ve sürekli olması kişilerin fiziksel olarak ortaya koyabilecekleri günlük optimum emek miktarına bağlıdır. Bu emek miktarının şartları işin çeşidine göre günlük belli sürelerde, belli fiziksel şartlar altındadır. Örneğin normal çalışma süreleri günlük sekiz saat kabul edilirken, maden işçiliği vb. zor şartlarda daha kısa süreli olabilmektedir. Yine aynı şekilde emek faktörünün biyolojik yaşı da bu sürelerde etkili olmaktadır.

Emek faktörünü diğer faktörlerden ayıran başka bir nokta da emek karşılığı alınan gelirin kişinin hayat kalitesini oluşturmasıdır. Eğer kişi aldığı ücretten memnun değil ve bunu ciddi bir sorun olarak görüp hayatına yansıtıyorsa bu durum yine yukarıda bahsedilen psikolojik sorunları oluşturur ve çıktı/üretimde azalma meydana getirir. Diğer taraftan makroekonomik açıdan incelendiğinde de ülkelerin gelir düzeyinin artması, ülkenin gelişmişlik düzeyinin artmasına; ülkenin gelişmişliğinin artması sosyal yaşamda eğitim, sağlık, kültür vb. gibi yatırımların artmasına bu tip yatırımların artması da insanların refah seviyesini artırdığından daha mutlu daha sağlıklı bir işgücü potansiyeli oluşmasına neden olur. Aksi durumda istihdam yetersizliği ve işsizlik baş gösterir.

İstihdam ve İşsizlik

İstihdam Türkçe’ de çalıştırma, hizmete veya memuriyete kabul etme manasındadır. Ekonomik anlamda yıl içinde çalışmaya veya diğer ifadeyle üretim ve hizmete dâhil olabilecek işgücünün (emeğin) çalışma ve çalıştırma seviyesini belirtir. Bu kavram dar manada sadece insan için kullanırken, diğer üretim faktörlerini (toprak, sermaye) de kapsayan geniş anlamda da kullanılabilir. Ancak genel kullanım dar anlamıdır. Tam istihdam ekonomide yer alan tüm emeğin üretime dâhil olmasını, aksi durum da eksik istihdamı ifade eder (Demirci, 1996: 135-136).

İktisadi açıdan 16-65 yaş arasında olup cari ücret düzeyinde çalışmak istemesine rağmen bu emek miktarının tamamı için iş alanı bulunamıyorsa o ekonomide *işsizlik* var demektir. Bu işsizlik kişilerin istemi dışında olduğundan *gayri iradi (gönülsüz) işsizlik* olarak adlandırılır. İşsizlik her zaman gayri iradi olmaz. Eğer kişiler cari şartlarda çalışmak istemezlerse *iradi (gönüllü) işsizlikten* söz edilir. Eğer ekonomilerde iş arayanlar varsa bu durumda açık işsizlik, emek faktörü görünürde çalışmasına rağmen işten çıkarıldığında ya ayrıldığında üretimde bir eksilme oluşturmuyorsa yani emeğin marjinal verimliliği sıfıra eşitse *gizli işsizlik* vardır (Dinler, 2012: 237). Bunun yanında işsizlik türleri nedenlerine göre de ayrılabilir. Bu şekilde sınıflandırıldığında konjonktürel, yapısal, arızı (friksiyonel) ve temel (doğal) işsizlik olarak ayrılır. Kapitalist sistemin doğası gereği ekonomide faaliyet hacmi dalgalı (daralan ve genişleyen) bir çizgi biçimindedir. Bu dalgalanmalara literatürde konjonktür hareketleri denir ve daralma dönemlerinde oluşan işsizlik *konjonktürel işsizlik* olarak ifade edilir. Konjonktürel işsizlik, istem yetersizliğinden kaynaklanır ve hükümetlerce yapay istem (ağaçlandırma, park-yol yapımı vb.) oluşturularak giderilebilir. Bu tip işsizlik ekonomi bunalım döneminden çıkıncaya dek sürer ve kriz yoğunluğuna göre bir ya da birkaç sene devam edebilir (Aren, 2013: 228). Üretim yapısı ve talebe bağlı olarak ortaya çıkan yapısal işsizliğe teknolojik gelişmeler sonucu daha az işçi çalıştırma, tüketim kalıplarında oluşan farklılaşma sonucu bazı mesleklerin işerliğini yitirmesi ile devletin yüksek asgari ücret politikası sonucu kalifiyeli kişilerin iş bulurken kalifiyesiz emek kesimin iş bulamaması neden olur (Dinler, 2012: 238). *Friksiyonel ya da arızı işsizlik* ise işinden memnun olmayan ve değişiklik isteyip işten ayrılan veya yeni işgücüne katılan gençlerin kendilerine uygun (rıızalarına göre) bir iş buluncaya kadarki zamanda oluşturdukları işsizlik türüdür. *Temel veya doğal işsizlik* olarak adlandırılan işsizlik ise aslında yapısal ve friksiyonel işsizliğin birleşimidir. Doğal işsizlik kapitalist sistemin bir sonucudur ve ortadan kaldırılması ancak kapitalist sistemin yok olmasıyla gerçekleşebilir (Aren, 2013: 229). Ekonomilerin tam istihdamda olamamasının nedenlerinden birisi de her daim yapısal ve geçici (friksiyonel) işsizlerin yani doğal işsizliğin bulunmasıdır. Bu iki grup işsizliğin tam istihdamdan çıkarılması ile yüksek istihdama ulaşılır. Fakat gündelik hayatta yüksek istihdam yerine çoğunlukla tam istihdam terimi kullanılır (Dinler, 2012: 236).

Tam istihdam kavramı özellikle 1930 Dünya Buhranından sonra ilk olarak Keynes tarafından gündeme getirilmiş ve birçok iktisatçının iyi bir ekonomi için ulaşmak zorunda kabul ettikleri amaç ve fiyat ile paradan daha çok üzerinde yoğunlaşılacak değişken olmuştur. Günümüzde ise iktisat teorisi ‘tam istihdamı’ analizlerde bazı şeylerin sınırını belirlemede kullanılmaktadır. Emek ile analizlerde tam istihdam, işgücünün çalışma ortamına sırayla katılması sırasında, arzın daralmaya başladığı ve elastikiyetini kaybettiği nokta olarak kabul edilir. Keynes işgücünü oluşturan birey veya grupların belli bir ücret düzeyinin altını kabul etmeyeceklerini yani emeklerini arz etmeyeceklerini söyler. Genişleyen bir istihdamda eğer işgücü ücreti az bulup emek arzından vazgeçiyorsa ekonomi tam istihdamda kabul edilir (Düğer ve Dulupçu, 2000: 368-369).

1.1.4. Teknolojik Gelişme

Üretim faktörleri olan emek, sermaye ve toprak üretim teknolojisi ile bir araya getirilerek mamul elde edilir. Üretim teknolojisinin amacı üretim faktörlerinin verimliliklerini yükseltmektir. Yani faktörlerin, üretimdeki bileşimlerinin oransal olarak değiştirilmesi ile üretim artışı sağlanıyorsa ya da üretim faktörlerinin artış oranından daha fazla oranda mamul (ürün) artışı elde ediliyorsa teknolojik gelişmeden söz edilir. (Dinler, 2012: 279).

Teknolojik gelişme, hem büyümenin sonucu hem de onun oluşması için ön şartlardandır. Teknoloji sayesinde daha az kaynakla daha fazla mal, dolayısıyla daha fazla kâr elde edilir. Artan kârın bir kısmı tasarruflara ayrılır ve teknolojiye yatırım yapılır. Ayrıca teknoloji sayesinde üretimler daha ucuz ve kaliteli olur. Bu ucuz üretim sonucu oluşan fazla kaynaklar da başka üretimlerde kullanılır ve büyümenin hızlanması sağlanır.

Teknik gelişme, buluş veya yenilenme şeklinde olur. Buluş, fikirsel olarak yeni bir icat ve yapı iken yenilenme bu fikirsel yapının üretim araçlarına ve üretim çeşitlerine uygulanmasıdır. Teknoloji, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyümesinde daha

ehemmiyetlidir çünkü üretim faktörlerinde nicelik artışı olmadan daha fazla üretim yapılabilir ki bu hammadde, işgücü ve sermayeden tasarruf edilmesi anlamına gelir. Teknoloji sermaye birikimi sağlayarak dolaylı olarak üretim artışı sağlayabileceği gibi var olan sermayeyi değiştirmeksizin direkt üretim artışı da sağlayabilir. Fakat teknoloji olmadan sermaye birikimi yalnız başına üretimi artıramaz (Zeytinoğlu, 1971:312-313).

Teknolojik gelişme nötr, emekten veya sermayeden tasarruf şeklinde sınıflandırılır. Nötr teknolojik gelişim, üretim faktörlerinin kombinasyonu ve miktarı değişmeden daha fazla üretim-çıktı eldesidir. Fabrikalardaki iş bölümü ile üretim miktarı artışı bu duruma örnektir. Emekten tasarruf daha çok makineleşme ve otomatik üretime geçilmesi ile olur. Bunların haricinde teknolojik gelişme emek ve sermayenin niteliksel gelişimi ile de sağlanabilir. Mesela çeşitli örgün veya uzaktan eğitimlerle emek faktörünün niteliği geliştirilebilir ya da sermaye malları etkinleştirilerek (ahşap yerine çelik alet kullanımı gibi) sermayenin kullanımında niteliksel iyileştirmeler yapmak mümkündür.

1.1.5. Harcamalar ve Yatırımlar

Harcama bireylerin, kurumların ve tüzel kişilerin iktisadi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yaptığı giderlerin tümüdür. İnsanların, eksikliğini hissettiklerinde acı duydukları ve giderilmesi için ortaya çaba sarf ettikleri veya tatmini durumunda haz aldıkları bu hislere ihtiyaç (gereksinim) veya istek denir. Mal ve hizmetler ile giderilebilen, giyinmek, beslenmek, seyahat etmek iktisadi ihtiyaç kabul edilirken, güzel olmak, zeki olmak gibi istekler iktisadi olmayan istek olarak kabul edilir. İhtiyaçlar fizyolojik (mutlak-zaruri), psikolojik (nisbi-zorunlu olmayan-kültürel) olarak sınıflandırılabilirdiği gibi özel (kişiyi ilgilendiren) ve genel (toplumu ilgilendiren) şeklinde de sınıflandırılabilir. Su, yiyecek gibi giderilmediğinde hayati tehlike yaratan ihtiyaçlar fizyolojik; gezmek, müzik dinlemek gibi giderildiğinde haz vermesine rağmen karşılanmadığında hayati tehlike oluşturmayan ihtiyaçlar psikolojik ihtiyaçtır. İktisadi isteklerin iki belirgin özelliği vardır. Zaruri ihtiyaçlar gibi tekrarlanır ve psikolojik ihtiyaçlar gibi karşılandığında yenisi ortaya çıkar yani sınırsızdırlar (Ünsal, 2016: 5-6). Mesela kişinin beğenilme, güzel-yakışıklı olma,

güzel konuşma, sevilme gibi istekleri varoluş veya yaradılışından gelen özelliklerdir ve bunlar direkt mal ve hizmet gibi satın alınamadıklarından ekonomistler için önem arz etmez (Dinler, 2012: 9). Ancak bu istekler estetik operasyon veya güzel konuşma kursu gibi satın alınabilen hizmet sınıfına girerse ekonomik gereksinim sayılabilir.

Harcama için öncelikle tüketimin olması gerekir. Tüketim içinse ihtiyaç duyulması gereklidir. Harcama yapılırken gerek canlı olsun gerekse tüzel kişi, öncelik zaruri ihtiyaçların karşılanmasıdır. Yani bireyler için zaruri isteklerin, devlet içinse otonom yatırımların gerçekleştirilmesi harcama sıralamasında en önde gelir.

Ekonomideki tüketim harcamalarına ve gelir miktarına bağlı olmayan yapılması zorunlu yatırımlara otonom yatırım (I) denir ve bunlara yapılan harcamalar otonom harcamalardır. Bunlara örnek devletin yaptığı yol, köprü vb. yatırımları, devlet mal ve hizmet satın alımları ile ihracattan oluşur. Toplam harcama içindeki –otonom yatırımlar haricindeki- gelire bağlı olan yatırımlara da uyarılmış yatırım denir. Gelire bağlı olarak mal ve hizmet talebinde artış olur. Bu talep artışı karşısında firmalar mevcut üretim düzeyi ile talebi karşılayamayacaklarını düşünürler ve yeni yatırımlara yönelirler. Artan talep sonucu oluşan bu yatırımlara uyarılmış yatırım denir. Yatırımın belirlenmesinde genel olarak üç etmen söz konusudur. Bu etkiler teknolojik gelişmeler, nüfus artışı ve milli gelir artışıdır. Teknolojik gelişme yeni teçhizat kullanımı gerektirdiğinden nüfus artışı ihtiyaçları dolayısıyla tüketimi artırırken gelir artışı da tüketim (lüks) harcamalarını artırmaktadır (Düğer ve Dulupçu, 2000: 321).

Otonom harcamaların artışına bağlı olarak toplam harcamalarda ve buna bağlı denge harcamasında daha büyük bir artış görülür. Otonom harcamadaki bir değişimin neden olduğu gayri safi milli hasıla (GSMH)'da yol açtığı artış (çoğalma) miktarını gösteren değişken 'çarpan'dır. Çarpan birden büyüktür. Bunun sebebi ise otonom harcamaların, toplam harcama dışında başka (uyarılmış) harcamalarda da artış meydana getirmesidir. Örneğin bir girişimcinin X lira yatırımı, toplam harcama ve reel GSMH'da eş zamanlı X lira artışa neden olurken uyarılmış harcamalara da sebep olur. Çünkü yatırım

yapılan firma çalışanları maaşlarında oluşan artışa bağlı olarak daha fazla tüketim yapar ve buna bağlı harcama yaparlar ve bu harcamalar mal ve hizmet satın aldıkları işletmelerde de ek gelire neden olur. Çarpanın büyüklüğü ise marjinal tüketim eğilimiyle doğru orantılıdır. Marjinal Tasarruf Eğilimi (MPS) ve Marjinal Tüketim Eğilimi (MPC) toplamı bire eşittir. Çarpan = $1/MPS$ olduğundan tasarruf eğilimi azaldığında, tüketim eğilimi artar; aynı zamanda çarpan büyür. MPS'nin (0-1) arasında değer almasından dolayı da çarpan her zaman birden büyük bulunur (Parasız, 2000: 303-304). Çarpan mekanizması, toplam arz fonksiyonunun esnekliği sonsuz olduğunda gerçek manada işlerdir. Çünkü hem hammadde ve yardımcı malların tedariki sorunsuz gerçekleşmeli hem de mekanizmanın tüm aşamalarında atıl emekçi ve kapasite olmalıdır (Demirci vd., 1992: 284).

Gelirin yükselmesi sonucu harcamaların fazlalaşması buna bağlı olarak da üretim çoğalması ve tekrar gelir artması belli bir süreçte ve sırayla gerçekleşir. İşte gelir eldesi ve bu gelirin harcanması arasındaki süre *Robertson gecikmesi* ile ifade edilir. Robertson gecikmesi bazı gelir ve endüstri gruplarında kısa bazılarında daha uzundur. Çiftçinin gelirini elde etmesi ve harcaması arasındaki süre memur ve amele kesime göre daha uzundur. Talep yükselmesi ile yeni makine, hammadde vb. temin edilerek üretim gerçekleşmesi arasındaki gecikme süresi de *Lundberg gecikmesi* olarak adlandırılır (Parasız, 2000: 305).

1.1.6. Tasarruflar

Gelirin harcanmayan ve sermayeye dönüştürülen kısmını tasarruflar oluşturur. Kişiler ve ülkeler yaptıkları tasarruflar sayesinde elde ettikleri sermayeyi yatırımlara çevirerek yeni gelir kaynakları oluştururlar. Tasarruflar *gönüllü ve zorunlu* tasarruflar olarak ikiye ayrılır. Gönüllü tasarrufları fert-hanehalkı tasarrufları, kamu tasarrufları ve işletme tasarrufları oluşturur. Zorunlu tasarruflarda ise devletin uyguladığı sosyo-ekonomik politikalar belirleyicidir. En bilinen yöntemler, vergiler ve enflasyon etkisidir. Milli gelir miktarı ne olursa olsun belli seviyeye kadar tasarruflar negatiftir. Bunun sebebi kişilerin zorunlu ihtiyaçlarını karşılamadan tasarrufa yönelmemeleridir. Gelir seviyesi arttıkça

gelirin tasarrufa ayrılan kısmı (oranı) artarken, harcamaya yani tüketime ayrılan kısmı düşer. Ancak refah artışının sebebinin tasarruf değil harcamaya olduğu unutulmamalıdır çünkü kişisel tedbirler bir süre sonra sosyo ekonomik çöküntü yaratır. Yani tasarrufları sayesinde zenginleşme bekleyen halk ekonomideki harcamaya seviyesi düştükçe bir zaman sonra fakirleşmeye başlar (Parasız, 2000: 302).

Hanehalkı Tasarrufları

Kişiler gelecekte daha iyi bir yaşam sürebilmek ve kendileri güvence altına almak için tasarruf yaparlar. Ülkelerin kültür ve gelişmişlik düzeyleri de tasarrufta etkilidir çünkü gelenekçi, dine bağımlı ülkelerde her daim Tanrının insanlara bakacağı görüşü tasarrufu etkilemektedir. Faiz haddinin yüksek olması tasarrufu artırırken düşmesi azaltmaktadır. Son neden olan istikrar ve hukuk güvencesi de kişileri daha fazla tasarrufa yöneltir. Eğer bir ülkede ekonomik belirsizlik varsa, mülkiyet hakkı korunmuyorsa kişiler tasarruf yapmazlar ve günü kurtarmaya çalışırlar (Dirimtekin,1989: 62-63).

Kamu Tasarrufları

Devletin gelirlerinin giderlerinden fazla yani bütçe fazlası olması durumunda kamu tasarrufundan bahsedilir. Bunun için devletin gelirlerinin artması veya harcamasının azalması gerekir. Bütçenin ana gelir kaynağı olan vergilerin artırılmasının zorluğundan ve devletin halkına karşı yapmakla yükümlü olduğu görev ve hizmetlerin iptal ya da azaltılmasının güçlüğünden dolayı kamu tasarrufu çok sık görülen bir olay değildir.

İşletme Tasarrufları

İşletme tasarruflarını, şirketlerin dağıtılmayan kâr payları ile harcamadan arta kalan kârları oluşturur. Kâr zaten şirketin dönem sonunda elde ettiği bir gelir olduğundan

hanehalkı ve kamu tasarrufları gibi özel çaba gerektirmez. Harcanmayan ve/veya dağıtılmayan kâr direkt tasarruf demektir. Kapitalist sistemin mevcut olduğu gelişmiş ülkelerde tasarrufların ana kaynağını işletme tasarrufları oluşturur (Aren, 2013: 82-83).

Enflasyon

Enflasyon planlı veya plansız şekilde ortaya çıkabilir. Plansız enflasyon ülkelerin hazırlıksız yakalandığı ve ekonomilerinin ağır yaralar aldığı tiptir ve çoğunlukla çok yüksek oranlı gerçekleşir. İlk görülen etkisi de gelir ve servet dağılımında yarattığı adaletsizliktir. Sabit gelirliler diye addedilen işçi, memur ve emekliler tüketimlerini azaltma yoluna gider. Bu tip bir enflasyon para talebini artırır ve faizlerin aşırı yükselmesine neden olurken borç alacak ilişkilerinde borçlu olanlara kâr getirir. Ülkelerde hükümetlerce önceden tahmin edilen ve halktan tasarruf amaçlanan ise planlı olandır. Burada enflasyon etkileri tahminlendiğinden faiz oranları, çalışan maaşlarının artım oranı, vergi oranları vb. kalemleri enflasyon oranına göre belirlenir. Asıl amaç halka, zorunlu tasarruf yaptırıp sermaye birikiminin sağlanmasıdır. Ancak bu tip politika uygulayan hükümetlerin özellikle de az gelişmiş ülkelerde dikkatli olması önerilir. Çünkü eğer enflasyon etkisi belli seviyenin üzerinde olursa halkın zorunlu ihtiyaçlarını karşılaması mümkün olmaz. Unutulmaması gereken bir başka nokta da plan yapılırsa bile toplumda işsiz ve korumasız insanların bu durumdan net bir şekilde etkileneceğidir. Bu etki önceden bilindiğinden çalışan ve emekli kesimin ücretlerine yansıtılsa bile bu orana karar veren, tek taraflı olarak devlettir. Artım oranı tüm bireylere eşit olarak yansıtılsa da harcamadaki farklılıklardan dolayı yine adaletsizlik oluşmaktadır (Unay, 2000: 377-378).

Sermaye birikiminde enflasyon iki farklı görev üstlenir. Birincisi satın alma gücü düşürülen toplumda, talep düşmesine bağlı zorunlu tasarruf elde etmek, ikinci olarak da fakir kesimden sermaye sahiplerine doğru gelir transferi sağlamaktır. Bu sayede sermaye sahiplerinin tasarruf oranları artırılır ve o kesimin daha fazla yatırım yapmasına olanak oluşturulur. Ancak bu ekonomik strateji uygulamada dikkat edilse bile birtakım olumsuzluklara yol açabilir. İlk olarak fon sağlamada büyük şirketler orta ve küçük

ölçeklilere göre avantajlıdır; bu da haksız rekabet oluşturur. Bunun yanında sermaye yoğun işletme ve sektörler emek yoğun duruma gelirler. Kaynak aktarımı ekonomik gelir düzeyi yüksek kesime doğru olduğundan, tüketim talepleri de yurtiçi sermaye yoğun ve/veya ihracat yoğun lüks ürünlere doğru kayar. Bu sayede sermaye yoğun girişimler özendirilir. Bir diğer etkisi de gönüllü tasarruflar azaltılır. Tüm bunlar neticesinde enflasyonun devalüasyon, bütçe açığı ve ücret baskılarıyla desteklendiğini bunun da yurt içi fiyatlarını artırdığını ve toplu büyümede etkili olabildiğini söyleyebiliriz. Lakin bu büyüme yanında işsizliği artırdığı ve kişisel gelir dağılımını daha da kötüleştirdiğinden etkisi hem iyi hem kötü yöndedir (Berber, 2006: 376-378).

Vergiler

Gelir düzeyi düştüğünde tasarruf sağlanabilmesi tüketim kısıtlanması ile mümkün olur. Fakat düşük gelir gruplarında bu gönüllü olarak pek gerçekleştirilemediğinden devlet tarafından vergiler ile zorunlu tasarruf elde edilir. Ancak bu vergileme kişilerde hem yatırım isteğini azaltması hem de tüketimi düşürmesinden dolayı kısa dönemde anti-enflasyonist etki oluşturur. Devlet, kişilerin alım gücünde meydana getirdiği azalışı kalkınma yaratarak bir şekilde telafi etmeyi amaçlar. Vergilemenin amaçları, gelir dağılımını düzenleme ve üretim artışı sağlamaktır. Devletin birbiriyle çelişkili bu iki ekonomik amaçtan hangisini tercih etmesi gerektiği noktasında farklı görüşler mevcuttur. Üretim artışının tercih edilmesini savunanlara göre yatırım ve tasarruf eğilimleri farklı gelir gruplarında farklı seviyededir ve eğer paylaşılacak gelir artırılmadan dağıtılırsa yine adaletli bir dağılım yapılamayacaktır. Gelir dağılımının düzeltilmesinin amaçlanmasını savunanlara göre tasarruf eğilimi mutlak gelir seviyesi ile değil gelir grubunun tüketim alışkanlıkları (gelirin nispi seviyesi) ile alakalıdır. Eğer gelir dağılımında adalet sağlanırsa, tüketim harcamaları artırılır ve iç piyasa büyür; bunun sonucunda fakirlik azalır. Fakat bu öneri ekonomi çevresinde fazla kabul edilmez. Vergilerin teşvik, tasarruf ve tanzim fonksiyonlarının birlikte işletilebilmesi ekonomik dengenin korunması açısından önem arz eder (Berber, 2006: 374-375). Kalkınmanın vazgeçilmez gelir kaynaklarından olan vergilemenin etkin olabilmesi için ülkenin vergi sisteminin iyi bir düzen içermesi -ilkelere sahip olması- gerekir. Düzenli vergileme eşitlik, açıklık, uygunluk ve tasarruf ilkelerini

içermelidir. Bu ilkelerden eşitlik verginin devletten sağlanan yarara ve kişilerin bütçesine göre düzenlenmesini, açıklık verginin kanunda belirtilen esaslar doğrultusunda şeffaf olarak toplanmasını, uygunluk vergi ödemelerinde mükelleflerin gelirini elde ettikleri tarihe göre ödeme takvimi oluşturulmasını, tasarruf ise vergilerin toplanırken en az giderle gerçekleştirilmesini ve verginin tamamına yakınının devlete aktarılmasını ifade etmektedir (Berber, 2006: 374).

Devlet, halktan topladığı vergileri kamu harcamaları şeklinde tekrar halkın giderlerine harcar. Fakat alınan vergiler kısa dönemde, halkın harcanabilir gelirene dolayısıyla toplam talebine ve milli gelire azaltıcı etki eder. Milli gelirdeki bu azalışın miktarı ise vergi çarpanı ile belirlenir. Ancak milli gelirden vergi çarpanından dolayı oluşan azalma, vergiden elde edilen gelirlerin kamu harcamasına dönüştürülmesi sonucu milli gelirden oluşan artış miktarından daha düşüktür. Bunun sebebi ise eğer vergi ödemelerdi, kişilerin vergiye verdikleri paranın bir kısmını harcama eğiliminde olacak olmalarındandır (Dinler, 2012: 194-195). Vergilerin artışı kullanılabilir geliri azaltıcı, azalışı ise geliri artırıcı etki eder. Kullanılabilir gelirin azalışı toplam talebi düşürür. Fakat dikkat edilmesi gereken, talepteki azalışı vergilerin toplam miktarının değil vergi olarak yapılan ödemelerin ne kadarının tüketim harcamalarından çekildiğinin belirlemesidir. Bu oranı da marjinal tüketim eğilimi (c) belirler. Vergi artışı kadar kullanılabilir gelir düşer; toplam harcama ve buna bağlı toplam talep düşer. Kullanılabilir Gelir (Yd) = Milli Gelir (Y) - Vergi (T) + Transfer Ödemesi (Tr) eşitliği mevcuttur (Demirci ve Erdoğan, 1988: 275). Yani Kapalı ekonomilerde vergilendirilen halkın marjinal tüketim eğilimi ile harcama yapılan halkın marjinal tüketim eğilimi eşitse ve bu durumda harcama kadar vergi alınır, milli gelir önceki denge düzeyine göre bir kat fazlalaşır (Düğer ve Dulupçu, 2000: 345).

Sermaye birikiminde iki taraf, tasarruf ve yatırım birbirine eşitlenir. Ülkede ne kadar tasarruf yapılmışsa o kadar yatırım, ne kadar yatırım yapılmışsa o kadar milli gelirden tasarruf edilmiş demektir. Özetle tasarruf sermaye birikiminin yatırıma dönüştürülmesindeki araçtır. Fakat dikkat edilmesi gereken, kişisel tasarrufla ülkedeki tasarrufun farklı anlam ve sonuçlar oluşturmasıdır. Örneğin kişi gelirinden kısım tasarruf etse ve bu tasarrufla başkasına ait bir gayrimenkul alsaydı birey için bu bir yatırım iken ülke

bazında yatırım ifade etmez. Çünkü ülke sınırları içerisindeki bir binanın el değiştirmesidir ve milli geliri artırıcı bir etkisi yoktur. Ancak kişi tasarrufunu yeni bina yapımı için kullanırsa ülkedeki yatırım artmış olacağından milli geliri artırıcı etkisi olduğu kabul edilir (Aren, 2013: 74-75).

Ülkelerdeki enflasyon, işsizlik, çalışan nüfus oranı vb. gibi birçok faktör, tasarrufların milli gelirden yaratacağı artışı etkilemektedir. Milli gelirin toplam artışı herkeste ve her zaman aynı etkiyi göstermez. Daha sonra detaylı açıklanacağı üzere eğer gelir bölüşümü dengeli yapılmazsa ülkedeki kimi kesim daha fazla zenginleşirken kimi kesim de daha fazla yoksullaşır. Eğer ülkedeki gelir grupları arasında ciddi bir fark bulunuyorsa bölüşümdeki en küçük bir adaletsizlik sınıflar arası gelir farkını daha da artırır.

1.2.Gelir Dağılımı (Bölüşümü) Nedir?

Toplumun yarattığı iktisadi değerlerin kümülatif toplamından meydana gelen GSMH bir kaynaktır ve bu kaynak tamamen yine toplum tarafından kullanılmaktadır. Yani toplumdaki her birey GSMH'dan pay alır ve bu pay gelir olarak ifade edilir. Satın alma yetkisini belirten gelir, ona sahip olan fertlerin, aile ya da grupların yaşam düzeylerini belirler ve büyüklüğüne bağlı olarak onu yükseltir (Güçeri, 1993: 95).

1.2.1.Gelir Bölüşümü Teorisi

19. y.y.da Marjinalistlerin ortaya koyduğu ilkeler doğrultusunda bir bakıma fiyat teorisinin bir uygulaması gibi algılanan 'bölüşüm teorisi' günümüzde eksik rekabet koşullarının, devlet ve baskın birim ve çevrelerin etkilerinin de dahil edildiği çok faktörlü bir modeldir. Ana etkenler olan faktör arz ve talebinin yanı sıra marjinal verim (prodüktivite) ilkesi, geniş uygulama alanı olan transfer ödemeleri, sosyal gelirler de teorisinin konusu kapsamına girdi. Bunun yanında devletlerin vergi sistemi, kamu ile özel sektör harcama ve yatırımlarının gelir dağılımı üzerinde etkili olduğu aşikardır. Bugün

faktör verimliliğinin yanı sıra sosyal grupların mücadelesi gelişmiş toplumlarda gelir bölüşümünde ciddi etkindir. Bölüşüm mücadelesi, toplumlarda yer alan dört sosyal grubun (müteşebbis, emekçi, çiftçi ve hammadde satıcıları) ve bu grupların her birinin kendi içindeki alt gruplarında yapılmaktadır (Unay, 2000: 193).

Bir ekonomide, toplam gelirin elde edilmesine katkı sağlayanların bu gelirden almış oldukları değere, gelir dağılımı veya bölüşümü denir. Gelir dağılımı fonksiyonel ve kişisel olarak sınıflandırılabilir. Fonksiyonel gelir dağılımı, gelirin oluşumunda kullanılan üretim faktörlerine düşen payı gösterirken; kişisel gelir dağılımı, gelirin fert ya da aileler arasındaki bölüşüm miktarıdır (Karluk, 1999: 67).

Şahsi gelir bölüşümünde aynı kişi veya aile gelirinin içinde hem ücret hem rant, faiz ve kâr olabilir. Ama fonksiyonel gelir dağılımını ifade eden bu teoride üretim faktörlerine düşen gelir belirlenmektedir. Bölüşüm teorisi nispi fiyatlar üzerinden değerlendirme yapar. Üretim tüm faktörlerin birleşiminden meydana geldiğinden faktör arzında fiyatı yükselen, diğer faktörlere göre daha pahalı kabul edilir. (Oğuz ve Uludağ, 1981: 202-203). Enflasyonist ortamlardaki gibi faktörlerden çoğunun fiyatı artmış ise fiyatı daha fazla oranda yükselen faktör daha pahalı olur ve firmalar üretim için düşük fiyatlı faktör (ikame) tercih ederken faktör arzını sunanlar da daha yüksek gelir elde etme çabasıdadır. Emek yoğun veya sermaye yoğun üretim tercihinde aslında faktör talebi kadar bölüşümden daha fazla pay alma isteğinde olan faktör arzındakiler de etkilidir.

Gelir matematiksel olarak miktar ve fiyat bileşenlerinden oluşur. Bir emekçinin ücreti, çalıştığı saat ile saat başına aldığı fiyatın çarpımı iken pay senedinin geliri (dividant), sahip olunan pay senedi miktarı ile pay başına ödenen miktara bağlıdır. Bu yüzden faktör gelirlerini oluşturan bileşenlerden olan faktör fiyatları da bölüşüm teorisinin asıl etkenidir (Parasız, 2000:179).

Ücret, emeğini yani yetenek ya da verimini satan kişinin geliridir. Nominal ücret emek karşılığı alınan para değeri iken reel ücret bu para miktarı ile alınabilen mal ve hizmet miktarını ifade eder. $Reel\ Ücret = \frac{Nominal\ Ücret}{Fiyatlar} * 100$ çevriminden de görüleceği üzere fiyat artış oranı nominal ücret artış oranından daha fazla artarsa reel ücret azalır kişilerin satın alabilme değerleri düşer. Sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak devlet, çalışanları korumak amacıyla iş ve çalışma kanunlarını çıkartmanın yanında ücretlere de müdahale yapar. Bu müdahaleyi taban ücret fiyatı belirme (asgari ücret) ile yapabileceği gibi ücretlerin artan fiyatlar oranında otomatik artışını sağlayan bir katsayı oluşturarak da yapabilir. Faiz belli süre için kullanılan sermayeye ödenen paradır. Gelirin tüketilmeyen tasarruf edilen kısmı sermayenin kaynağıdır. Bu tasarruflar zorunlu veya iradi olabilir. Tasarruflar gelir düzeyine, faiz haddine, sosyal ve siyasal istikrara, paranın istikrarına (enflasyon etkisine) göre değişkenlik gösterebilir. İradi tasarruflar kişisel olmasına rağmen zorunlu tasarruflar devlet veya piyasa hakimi tüzel kişilikler tarafından alınan vergi, dağıtılmayan kâr payı gibi sermaye değerleridir. Rant, toprağın veya yeraltı yerüstü zenginlikleri olan doğal kaynakların sağladığı gelirdir. Bu gelir toprağın verim yapısındaki azalmadan dolayı ortaya çıkmıştır diyen Ricardo, bu ranta diferansiyel rant adını vermiştir. (Düğer ve Dulupçu, 2000: 249-250).

Tüketim (mal veya hizmet) talepleri, kişilerin satın aldıkları bu ürün(leri) /üretim(leri) kullanmaları sonucunda elde ettikleri tatminden kaynaklanırken, üretim faktörü talebindeki satın alma isteği başka bir amaçla yapılmaktadır. Yani buradaki amaç kişilerde tatmin yaratan mal ve hizmetlerin üretilmesi içindir. Bu nedenle üretim faktörü talebi bağlı-türev (dolaylı) taleptir ve nihai mala olan talebe bağlı olarak artış ya da azalış gösterir (Dinler, 2012: 135-136).

1.2.2. Gelir Dağılımı Türleri

Gelir dağılımı birincil (fonksiyonel), ikincil (bireysel), sektörel, bölgesel gibi çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmaktadır.

Birincil (Fonksiyonel) ve İkincil (Bireysel) Gelir Dağılımı

Fonksiyonel gelir dağılımında gelirin; üretim faktörleri olan emek, toprak, sermaye ve müteşebbis arasında nasıl paylaşıldığı irdelenirken bireysel gelir dağılımı ise bu üretilen mal ve hizmetlerden elde edilen gelirin kişi (fert), grup ya da aile (hane) gibi tüketiciler arasındaki paylaşımını inceler (Şahin, 2011: 631). Burada esas olan belli bir süre (ay, yıl...) içinde kişilerin ne kadar gelire sahip olduğudur, yani gelirin kazanılış veya hak ediliş biçiminin önemi yoktur. Gelir çalışma sonucu alınan ücret olabileceği gibi devlet desteği olan transfer harcamaları da olabilir. Önemli olan bireylerin yer aldığı birinci, ikinci... beşinci vb. yüzdellik ekonomik dilimdir.

Bir ülkede belli bir süre içinde yaratılan milli gelirin o ülkede yaşayan bireyler (daha doğru ifadeyle aileler) arasında pay edilme düzeni olan gelir bölüşümü, ülkelerin talep, yani mal ve hizmet üretimini belirler (Aren, 2013: 93). Bu ikincil gelir dağılımı olan bireysel gelir miktarı artıkça kişilerin alım gücü artacağından akabinde üretim artışı oluşmaktadır.

Gelir dağılımının birincil ve ikincil gelir dağılımı olarak adlandırılmasındaki ayrım aslında piyasa koşullarından ve devletin müdahalesinden kaynaklanmaktadır. Devlet müdahalesinin olmadığı, gelir dağılımının serbest piyasada kendiliğinden oluştuğu sistem birincil gelir dağılımıdır. Burada üretime katılan faktörler üretime katkıları kadar pay almaktadırlar. İkincil dağılımda ise devlet birincil gelir dağılımına etki ederek kişisel gelir dağılımında değişiklikler yapabilmektedir. Burada üretim araçlarının elde ettiği kar, rant, faiz ve ücret devlet eliyle değiştirilmektedir. Devlet bu dağılım değişimini maliye politikaları aracılığıyla yapmaktadır. Özellikle kamu harcamaları ve vergileme en sık kullanılan politika araçlarıdır (Yüce, 2001, Akbulut, 2015: 8).

Sektörel Gelir Dağılımı

Sektör kavramından kast edilen mana, kullanıldığı yere göre değişebilmektedir. Üretim, tasarruf ve dış pazar sektörlerinin GSMH'nın oluşumunda önemli etkisi olsa da bu sektörlerin ondan direkt pay alması söz konusu değildir. Bölüşümde, GSMH pay alan sektörler halk ve kamu sektörleridir. Kamu, alacağı payı kendi belirlediği vergi yasalarıyla tayin ettiği için otonomdur. Devlet aldığı vergi ile yine toplum için hizmet ürettiğinden verginin büyüklüğüne göre yaptığı hizmetin niteliği ve niceliği artacaktır ancak devletin vergi yoluyla GSMH'dan alacağı pay da sınırlıdır ve belli bir düzeyi geçemez. Halk sektöründeki bölüşümden kasıt ise toplumdaki kişi ya da grupların aldığı paydır ve bu pay kamu gibi net bir ölçüde değildir. Örneğin sosyal adalet ilkesi gereği gerçek veya tüzel kişilerin alması gereken pay üretime yaptıkları katkıyı geçmesin diyemeyiz çünkü toplumda üretime katkısı olmayan ya da çok az olan yaşlı, çocuk işsiz, emekli, hükümlü gibi gruplar da bulunmaktadır. Halkın elde ettiği gelir, reel ve transfer geliri olarak ayrılır ve üretimdeki katma değere karşılık olan kısım reel geliri oluştururken hizmet sektörü vasıtasıyla sahip olduğu kısım transfer gelirini oluşturmaktadır (Güçeri,1993:95-96).

Sektör kavramına kamu ve özel sektör olarak üretim araçlarının mülkiyeti açısından bakılırsa bu durumda sektörel gelir dağılımı ekonominin yapısını ve devletin ekonomiye ne kadar müdahil olduğunu gösterir. Türkiye'de sektörlerin gelişimi baz alındığında ilk olarak tarım en son olarak hizmet sektörünün ilerlediği görülmektedir. (Türk, 1999: 314). Karma ekonomiler hem özel sektörün hem devletin sektörlerden pay aldığı görülür.

Yukarıda açıklanan farklı sektör tanımlarından ayrı olarak günümüzde ekonomi literatüründe sektörel gelir dağılımı daha bilinen anlamıyla yatırım sanayiisini oluşturan gruplar arasındaki dağılım manasında kullanılmaktadır. Bu sektörel gelir dağılımındaki amaç ülkenin yatırım sanayiini oluşturan faaliyet gruplarının milli gelirden elde ettiği payı tespit etmektir. Dünya çapında genel kabul görmüş ana faaliyet kolları tarım, sanayi ve hizmet sektörüdür. Gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde emek yoğun sektör olan tarıma daha fazla pay düşerken gelişmiş ülkelerde en fazla pay, yatırımın yapıldığı sanayi

sektöründedir. Daha detaylı analizlerde bu kolların alt birimleri olan (örneğin otomotiv sanayii, kimya sanayii, hububat tarımı, sebzeçilik- meyvecilik tarımı gibi) alt sektörlerin durumu incelenir. Hizmet sektörü olarak da başta eğitim, sağlık, savunma olmak üzere tüm halkın refah ve huzurunda etkili birimlerin durumları değerlendirilir.

Bölgesel Gelir Dağılımı

Gelirin ülke içinde belirlenen alanlardaki (coğrafi bölge, il, ilçe, kıyı veya iç kesim vb.) dağılımı ise bölgesel gelir dağılımının inceleme alanıdır. Ülke sınırları içinde oluşan bölgesel iktisadi farklılıkları minimum yapmak için az gelir elde eden bölgelere vergi indirimi, kredi desteği, ücretsiz işletme alanı tahsisi vb. teşviklerle pozitif ayrımcılık yaparak ülke içi denge sağlamak da bölgesel gelir dağılımının amaçlarındandır.

Bölgesel gelir dağılımı politikacılar ve bölgesel analiz yapan araştırmacılar için önemli bir ekonomik göstergedir. Bölgelerin daha doğru bir ifadeyle o bölgede yaşayanların ulusal ekonomiden ne ölçüde pay alabildiklerini gösterdiğinden bölgenin gelişmişliği hakkında da fikir vermektedir. Bölgeler arası farklılığa bölgenin iklimi, sosyolojik yapısı, engebeli veya düz arazi yapısı gibi sanayileşmede etkili çeşitli faktörler etki etmektedir. Ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça bölgeler arası farklılık azalmaktadır (Uysal, 2007: 251-252). Farklılığın fazla olduğu ülkelerde kimi bölgelerde sanayileşme yoğunlaştığından buralarda istihdam artışı olmakta, diğer bölgelerde ise işsizlik baş göstermektedir (Dikkaya vd., 2018: 323).

Bölgesel ve sektörel gelir dağılımının tespitindeki gaye, devletin yatırım yapacağı veya yapması gereken bölgeyi ve sektörleri belirlemek ve/veya tahminlemektir. Bu dağılımları değerlendiren devletler hem şu anki mevcut durumlarını analiz eder hem de ulaşmak istedikleri ekonomik hedef için çalışma yaparlar. Yatırımlarını dolayısıyla harcamalarını ilgili alanlara aktarırlar.

1.3. Kamu Harcaması

Devletin, yükümlülüklerini yerine getirirken yapmış olduğu tüm giderlere kamu harcaması denilmektedir. Büyük Buhran sonrasında devletler, ekonomiye dahil olmak zorunda kaldıklarından bu kavram o günden beri literatürde yer almaktadır. Kamu harcamaları ülkelerdeki sosyo-ekonomik yapıya göre farklılık gösterebilmekte olup harcamayı belirleyen temelde o ülkenin vatandaşlarının duydukları ihtiyaçlar olmaktadır (Aytaç, 2004: 17). Dar manada kamu harcamaları devletin merkez otoritesinin sunduğu hizmetler için yaptığı harcamalar olarak nitelendirilirken geniş manada, merkez ve yerel yönetimlerin tüm hizmetlerinden doğan harcamalar olarak ifade edilmektedir (Kaya, 2006: 30). Merkezi yönetim bütçe kapsamındaki genel bütçe, özel bütçe ve DDK (Devlet Denetleme Kurulu) içinde yer alan kamu kurumlarının harcamaları dar manada kamu harcamalarını oluşturur. Kısaca devletin para olarak yaptığı giderlerin toplamıdır. Bütçe hesaplarında harcama kalemi olarak yer almayan hiçbir gider (devletin aktifinde oluşan azalmalar, vergi istinası, vergi muafiyeti, özel kişilerin kamuya doğrudan veya dolaylı yaptıkları her türlü yardım vs.) kamu harcamasına dahil edilmez. Geniş manadaki kamu harcamalarına ise dar anlamdaki kamu harcamalarına ilaveten vergi muafiyetleri-istinasları-indirimleri, sosyal sigorta giderleri, merkez ve mahalli idarelerin giderleri, iktisadi devlet teşekküllerinin giderleri, toplum yararına hizmet yapan kurum giderleri, her türlü bağış ve yardımlar ile devlet aktifinde meydana gelen düşüşler eklenir (Batı, 2013: 91-92). Türk'e göre ise kamu harcamaları, kamu kurumlarının toplumun ihtiyaçları karşılamak ve aynı zamanda toplumda düzenin oluşması için sosyo ekonomik hayata müdahil olmasından dolayı koyduğu kural ve kısıtlamalar için yaptığı tüm harcamaları ifade etmektedir (1999: 27). Eskiden devletin asli görevleri için yaptığı harcamaları kapsayan kamu harcamalarının küreselleşmeyle beraber günümüzdeki kapsamı oldukça genişlemiştir. Ekonomik büyümenin gerçekleşebilmesi ve toplumsal refahın yükseltilebilmesi için gelişmekte olan ülkelerde devletin, iktisadi faaliyetleri ve özel sektörü düzenleyici rolü yadsınamaz boyuta geldiğinden, çoğu devlet sosyal ve iktisadi hayata müdahale eder durumdadır. Bugün kamu otoritelerince bu amaçla yapılan müdahaleler ve toplum ihtiyaçlarını karşılamak maksadıyla yapılan tüm kamu hizmeti giderleri, kamu harcaması kabul edilmektedir (Batı, 2013: 91). Yani devletin yaptığı okul, hastane, müze, yol, köprü vb. inşaat işleri de kamu kurumlarının amaçlanan hizmetleri

yerine getirebilmek için yaptığı alt yapı giderleri, çalışan işçi, memur maaş giderleri veya hizmet için kullanılan makine, teçhizat, kırtasiye vb. giderleri de kamu harcamalarını oluşturur. Hatta ekonomik sınıf farklılıklarından doğan negatifliği azaltma amaçlı fakir, yetim, engelli vatandaşlara yapılan nakdi ödemeler de kamu harcamalarını oluşturur.

1.3.1 Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması

Devletin harcamalarının takip edilebilmesi ve bu harcamaların etkin olması açısından çeşitli sınıflandırmalara gerek duyulmaktadır. Çeşitli kaynaklarda farklılıklar ve eklemeler olsa da kamu harcamaları *yönetimsel (idari-organik) sınıflandırma, ekonomik sınıflandırma ve fonksiyonel sınıflandırma* olarak üçe ayrılır. Giderlerin, kamu kuruluşlarındaki idari yapılanma esas alınarak belirlenmesi yönetimsel sınıflandırmadır. Ekonomik sınıflandırma ise muhasebe ve bütçe uygulamalarında kullanılan sınıflandırma türüdür. Bu sınıflandırma, özünde gerçek ve transfer harcamaları olarak ayrılrsa da çoğu kaynakta transfer harcamaları ile gerçek harcamaların alt birimi olan cari harcamalar, yatırım harcamaları olarak üç gruba ayrılmaktadır. Kamu hizmeti kuruluşları yerine giderlerin harcama amaçları dikkate alınarak sektörel olarak ifade edilmesi fonksiyonel sınıflandırma olarak isimlendirilmektedir. Günlük hayatta sıkça duyduğumuz, eğitim, savunma, sağlık, enerji harcamaları iktisadi açıdan giderlerin fonksiyonel olarak gruplandırılmasıdır. (Karluk, 1999: 103). Bunun yanında bazı kaynaklarda, 'karşılığında üretim faktörü (bina, makine, işçi ücreti vb.) alınan' olağan veya gerçek giderler diye nitelenen bir grup daha eklenmektedir.

Gelir Bölüşümü Açısından Kamu Harcamaları (Ekonomik Sınıflandırma)

Kamu harcamalarının iktisadi özelliklerine göre sınıflandırılması ekonomik sınıflandırma olarak adlandırılır ve bu sınıflandırma aslında bütçe tekniği olarak kullanılan tasnif türüdür. Burada temel alınan kriter, kamu harcaması ile üretim faktörü alınıp alınmamasıdır. Eğer böyle bir satın alma gerçekleşmişse gerçek kamu harcaması, değilse

transfer harcaması olarak bütçede yer alır. Gerçek harcamalar için literatürde kullanılan *reel, tüketici veya efektif harcama* gibi terimler de mevcuttur. Ancak niteliklerine göre *yatırım harcamaları* ve *cari harcamalar* olarak ikiye ayrılmaktadır (Şahin ve Çelik, 2001:384). Transfer harcamaları ise *dolaylı ve dolaysız transfer harcamaları, gelir transferi- sermaye transferi, üretken olan (verimli) ve üretken olamayan (verimsiz) transfer harcamaları* olarak gruplandırılmaktadır.

Reel (Gerçek) Harcamalar

Bütçe tekniği açısından reel harcamalar cari harcamalar ve yatırım harcamaları olarak ikiye ayrılırken mali analizlerde bu iki sınıfa kalkınma carileri adında bir sınıf daha eklenir.

Cari harcamalar, devletin idari hizmetlerini gerçekleştirebilmesi için oluşturduğu mal ve hizmet taleplerine ödediği tutarlardır. Etkileri kısa sürelidir ve her yıl için tekrarlanır. İdari işler için yapılan maaş ödemeleri, kira, elektrik, doğalgaz, su giderleri, kırtasiye harcamaları, yolluklar cari giderleri oluşturur. Mal ve hizmet satın alımı söz konusu olduğundan yatırım ve tüketim mallarına karşı talep artışı yaratır ve hızlandıran prensibi gereği ekonominin makro dengelerini etkileyecek nitelikteki giderlerdir (Batı, 2013: 129).

Yatırım harcamaları daha sonraki dönem veya yıllarda kullanılacak üretim kapasitesini artırıcı etkisi olan giderlerdir. Genellikle ilk harcama yapıldığı dönemde inşaat durumunda bulunduğu için faydaları ve üretime katkıları birkaç yıl sonra görülür. Kamu tarafından yapılan fabrika, işletme, yol, baraj, liman, nükleer tesis, köprü, havaalanı, sulama tesisleri vb. yapılar devletin yatırım harcamalarını oluşturur.

Bazı kaynaklarda ve mali analizde ayrı bir kalem olarak belirtilen kalkınma carileri ise devletin yaptığı harcamalardan geri dönüşünü veya üretime fiili katkısını sonraki yıllarda alabileceği tüketime yönelik bazı giderleri içerir. Örneğin eğitim, sağlık gibi aslında cari harcama kabul edilen bazı sınıflar, makro düzeyde düşünüldüğünde devletin kendi geleceğine yaptığı yatırımdır. Çünkü iyi eğitim almış sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum kalifiye elamanlardan oluşan iyi bir işgücü ve müteşebbis kapasitesine sahip olacak demektir. İşte bu yüzden bu tür giderler tüketime yönelik harcama olduklarından ‘cari’, aynı zamanda ülke kalkınmasında etkili bir yatırım gideri olduklarından ‘kalkınma’ gideri olarak düşünülmekte ve adına kalkınma carileri denilmektedir (Şahin ve Çelik, 2001:384).

Transfer Harcamaları

Milli gelirden herhangi bir değişiklik yaratmayan, devletin üretim faktörü satın almadığı harcamalara transfer harcaması denir. Brochier ve Tabatoni’ye göre milli gelirin birey ve sosyal gruplar arasında el değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Transfer harcamaları karşılıklı veya karşılıksız olabilir. Karşılıksız transfer harcamalarına emekli-dul-yetim-yaşlı aylıkları, öğrenci bursları, borç faizi ödemeleri örnek verilebilir. Burada esas olan bu ödemeler yapılırken kişi veya kurumlardan karşılığında mal ve hizmet alınmamasıdır. Bu yüzden aktif çalışan memur maaşı cari harcama sayılırken, emekli aylıkları veya anaparası ile zamanında yatırım yapılan borç faizi ödemeleri transfer harcamasıdır. Bunun yanında sermaye teşkili amacıyla yapılan karşılıklı olan transfer harcamaları da mevcuttur. Örneğin devletin sahip olduğu bir binanın, devletin bir kurumu tarafından kullanılmak üzere satın alınması karşılığı olan bir transfer harcamasıdır. Bahsi geçen kurum orada üretim yapacağından her ne kadar yatırım harcaması gibi görünse de esasında devletin sahip olduğu bir binanın kurumlar arasında el değiştirmesi olduğundan ve milli gelirden herhangi bir artış yaratmadığından transfer harcaması kabul edilir (Batı, 2013: 126-127). Transfer harcamalarında devlet satın alma gücünü, bu güce sahip olmayan bireylere veya bir kurumuna geçirmiş olur. Yani birinci elden değil ikinci elden piyasaya etki eder. Devlet emekliye ödediği maaşla aslında piyasada talep yaratır çünkü emekliler aylıkları ile piyasadaki mal ve hizmet olarak tüketim oluşturur. Yine devletin karşılıksız verdiği çocuk, malul, yaşlı yardımları veya öğrenci bursları da verildiği kişiler vasıtasıyla

tüketime katılmış olur. Daha önce farklı bir kamu kurumunun veya belediyenin yaptırdığı binayı kullanan bir kurum da aynı şekilde hem hizmet üretip hem de bu hizmetler için cari harcama oluşturarak piyasaya etki etmiş olur. (Fakat burada unutulmaması gereken önemli nokta her ne kadar transfer harcamaları dolaylı olarak cari harcamalar gibi piyasaya etki etse de büyüme ve kalkınmayı sağlayan asıl verimli harcamalar, yatırım harcamalarıdır.)

Transfer harcamaları kendi içinde gelir-sermaye, dolaylı-dolaysız veya verimli-verimsiz transfer harcamaları olarak alt birimlere ayrılır. Gelir transferi kişilere sağlanan yardımlar iken, sermaye transferleri ise firma ve işletmelere yapılan yardımları kapsar (Şahin ve Çelik, 2001:385-386). Devletin belli üretimler için şirketlere arsa başışı veya vergi muafiyeti sermaye transferine örnek verilebilir. Dolaylı transfer harcamalarında bütçeden nakdi aktarım söz konusu değildir. Bireylere parasal bir ödeme yapılmaz ancak bireylerin tüketim hizmet ve ürünlerini üretene bir aktarım söz konusudur. Bu sayede üretici firmalar arz fiyatlarında devletten gelen yardım kadar indirim yaparlar ve bireyler hizmet ve ürünleri daha ucuza almış gibi görünür. Dolaysız transfer harcamalarına örnek ise kişilerin gelirlerinde direkt artış sağlayan, sosyal yardımlar, kamunun borcu karşılığı ödediği faiz ödemeleri ve emekli maaşları verilebilir. Verimli ve verimsiz transfer harcaması ayırımında ise dikkat edilen husus transfer giderinin milli hasılda artış yaratıp yaratmamasıdır. Sosyo-mali amaçlı harcamalar iktisadi büyüme sağlamadıkları ve milli gelirden artış yaratmadığından verimsiz; yatırım harcamaları, gerçek harcamalar ve ekonomik amaçlı transfer harcamaları ise büyüme ve milli gelir artışı yarattıklarından verimli (üretken) transfer harcaması kabul edilir (Batı, 2013: 126-128).

Devletin Faaliyet Alanlarına Göre Kamu Harcamaları (Fonksiyonel Sınıflandırma)

Fonksiyonel sınıflandırma yukarıda da belirtildiği gibi harcamayı yapan kuruluştan ziyade harcamanın yönlendirildiği faaliyetlere bakarak sektörler arasındaki yatırımları izlemek amacıyla kullanılır. Mesela devlet bir üniversiteye 40000 TL, Sağlık Bakanlığına 100000 TL ayırdığında eğitime direkt üniversiteye ayrılan kaynağa bakarak 40000 TL

yatırım yapıldı diyemeyiz. Çünkü üniversitenin sağlık harcamalarında kullandığı mediko giderleri de aslında ülke açısından sağlık harcamasıdır. Yani gerçekte eğitime bahsedilen rakamdan daha az, sağlığa ise daha fazla pay ayrılmıştır. İşte bu gibi tekrarlı yatırımları belirleyebilmek, benzer hizmetleri tek çatı altında toplamak ve hizmet tekrarını düşürerek maliyeti azaltma amacıyla yapılan fonksiyonel sınıflandırmada kamu harcamaları üç ana hizmet başlığında toplanır: Bunlar *genel hizmetler, sosyal hizmetler ve ekonomik hizmetlerdir*. Fakat ülkemizde kullanılan bütçe gerekçesinde idari-fonksiyonel adı verilen daha açık bir sınıflandırma kullanılır. Buradaki harcama kalemleri ise genel hizmetler, borç faizleri, tarım-orman-köy, bayındırlık, kültür-turizm, savunma, karayolları, madencilik, adalet-emniyet, sağlık, ulaştırma, su işleri, eğitim, sosyal hizmetleridir (Batı, 2013: 124-125).

Bu harcama kalemleri aslında yukarıda bahsedilen üç hizmet sınıflandırmasının alt başlıklarında yer alır. Genel hizmet sınıflandırmasını, kamu kurumlarında yönetsel işler için ayrılan genel yönetim giderleri ile ülkenin refah ve huzurlu olmasında aktif rol oynayan savunma, adalet ve kolluk hizmeti giderleri oluşturur. Yani ülkelerin sükut ve barış ortamında belli bir idari bürokrasi içinde düzenli yaşama alanına dönüşmesini sağlayan ana giderler bu grupta yer almaktadır. Sosyal hizmetler, toplumu oluşturan bireylerin hepsinin fayda sağlayabileceği grupları içermektedir. Bireylerin kişisel gelişimlerine katkı sunan eğitim hizmetleri, kültür-turizm hizmetlerinin yanında onlara psikolojik fayda ve esenlik-iyilik sağlayan sağlık hizmetleri, din hizmetleri ve geleceğe bireysel olarak yaptıkları ekonomik yatırımları güvence altına alan sosyal güvence hizmetleri aslında birer sosyal hizmet sınıfıdır. Ekonomik hizmetler adından da anlaşılacağı üzere ülkelerin yaptığı ekonomik yatırımları ve bu yatırımlara aracılık ya da kolaylaştırıcılık görevi üstlenen her türlü altyapı, enerji ve ulaşım yatırımlarını içerir.

1.3.2. Kamu Harcaması Olarak Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin üretimi için gerekli kaynaklar sağlık harcaması olarak değerlendirilmektedir. Toplumlar ya da ülkeler sağlığı oluşturmak için harcama yapmak

zorundadır. Ülkelerin sağlık harcamasında onların kültür yapıları, tarihi, nüfusunun demografik yapısı, sağlığa verdikleri değer, ekonomik güçleri, sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları, teknoloji düzeyleri gibi birçok faktör etki etmektedir (Arı, 2018: 1).

Sağlığı koruma ve geliştirme gayesiyle yapılan bakım, koruma, beslenme, acil programlar ve geliştirme harcamaları sağlık harcaması olarak adlandırılmaktadır. İkinci dünya Savaşı sonrası çoğu devlet tarafından sağlık hakkı, temel insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Bunu kabul eden o zamanki özellikle sosyal blok ülkeleri yurttaşlarının sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için kendi sağlık sistemlerini kurdular. Sağlık riskleri kolektif risk kabul edilerek ve hem sağlık hizmetlerinin finansmanı hem de sağlık harcamalarının büyük bölümü devlet tarafından karşılanacak şekilde kamulaştırmıştır. Bu akıma uyan Türkiye de sosyal devlet anlayışı gereği sağlık hizmetlerini kamulaştıran ülkelerden biri olmuştur (Yılmaz ve Yentürk, 2015: 1).

Kamu harcaması olarak sağlık sektörü değerlendirildiğinde tüm topluma yarar sağlayan sosyal hizmet olması sebebiyle yatırım harcaması ancak hizmetin kullanıldığı dönemde tüketilmesinden cari harcama gibi düşünülür. Çoğu iktisatçı tarafından sağlık hizmetlerinin sonuçlarının ileriki zamanlarda görülebilmesinden dolayı kalkınma carisi kabul edilmektedir.

Dünyadaki çoğu ülkede genel sağlık sigortalarının ve sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetleri için sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları ile devletin yapmış olduğu diğer sağlık harcamaları birleştiğinde toplam sağlık harcamalarındaki özel sektörün payı kamuya göre oldukça azdır (Sayım, 2017: 16).

Ülkemizde kamu sağlık harcaması Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve genel bütçe olarak iki ana kalemden yapılmaktadır. Genel bütçe Sağlık Bakanlığı (SB) üstünden sağlık hizmetlerine doğrudan kaynak aktarırken SGK'nın gelirleri, işveren-işçi ve devlet primleri ile genel bütçeden yapılan transfer harcamaları oluşturduğundan SGK bu gelirlerin hepsini yapısı gereği sadece sağlık harcamasına ayıramamaktadır. 2010 yılı öncesinde tüm kamu

görevlilerinin sağlık harcamaları SB tarafından ödenmekte iken bu gün genel bütçeden kamu görevlisi olarak milletvekili, Anayasa Mahkemesi üyeleri, er ve erbaşlar ile tutuklu hükümlüler gibi belirli grupların sağlık harcamaları karşılanmaktadır. 2012 yılı itibariyle ile yeşil kartlı kesimin de SGK'ya devredilmesi sonucunda kamunun tedavi ve ilaç alıcısı olarak sağlık harcaması yapan temel kurumu SGK olmuştur. SB ise daha çok hastaneler ile SGK altında birleşen sosyal güvence sahiplerine tedavi tedarik eden kurum niteliğine geçecektir. Bakanlık yaptığı harcamaların kaynağı olarak ise yine merkezi bütçeden ayrılan ödenekleri ve SGK'dan tahsil edeceği fatura karşılıklarını kullanacaktır (Sönmez, 2011: 47-50).

2000'li yıllardan 2015 yılına kadar sağlık sektörüne ve sağlık giderlerine yapılan harcama OECD ülkelerinde artarak devam etmiş ancak sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oransal miktarında ciddi bir değişiklik olmamıştır. Yine aynı dönemlerde GSYİH'nın sağlık harcaması oranında kamunun payı artarken özel sağlık harcamalarının düşüş göstermiştir. Sağlık harcamalarındaki bu artışta OECD ülkelerinde ortalama yaşam süresinin artması ve bunun sonucunda ileri yaşlara bağlı hastalıkların harcamaları artırması neden gösterilebilir. Eğer sağlık harcamaları aynı şekilde yükseliş eğilimi gösterirse bunun devlet bütçelerine ciddi bir yük bindireceği de unutulmamalıdır (Kılıç, 2017; 44-45).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve çoğu Avrupa ülkesindeki siyasi konulardan birisini sağlık harcamalarının yüksek olması oluşturmaktadır. Bundan dolayı birçok ülkede maliyetleri ve sağlık harcamalarını kontrol altına almak, hizmete ulaşımında vatandaşlar arasında eşitlik yaratmak vb. nedenlerle çeşitli sağlık reformları yapılmaktadır. Buradaki asıl amaç gelecekte daha da artacağı düşünülen sağlık harcamalarını kontrol altında tutabilmektir. Gelişen teknolojinin tıp alanında da yaygın kullanımının gerekliliği ve yeni hastalıkların ortaya çıkması, var olan hastalıklardaki virüslerin mutasyona uğraması, bu hastalıkları oluşturan virüs ve diğer hastalık yapıcılara karşı yeni ilaçların üretiminin zorunluluğu sağlık giderlerinin artmasına sebep olmaktadır (Okunade & Suraratdecha, 2000 akt. Karasoy ve Demirtaş, 2018:1).

Sağlık hizmetleri finansmanının hakkaniyetinin araştırıldığı çalışmalarda; ülkedeki yoksullaştırıcı sağlık harcamalarının boyutu, bireylerin cepten yaptığı harcamaların gelir düzeylerine göre alınıp alınmadığı, gelir gruplarının kamunun yaptığı sağlık harcamalarından ne oranda yararlanabildiği karşılaştırılmaktadır (O'Donnell vd., 2008 akt. Çukur, 2010: 8).

Adil bir sağlık hizmetleri sunumunda; hem sağlık hizmetleri finansmanının hem de sağlık hizmetleri kullanımının hakkaniyetli olması gerekir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 1998 akt. Çukur, 2010: 7). Eğer bir ülkede kişiler yeterli düzeyde sağlık hizmeti alamıyor ve/veya bu hizmetlere ulaşmada sıkıntı yaşıyorsa ya da sağlık harcamalarına yaptıkları bireysel ödemeler ile gelirleri arasında ciddi bir orantısızlık bulunuyorsa o ülkedeki sağlık hizmetleri sisteminde sorun var demektir. Ancak ülkelerin toplam sağlık harcamalarını artırması-ki bu artış o ülkedeki bir salgın vb. için yapılmamışsa- sağlık hizmetlerinde o ülkenin daha iyi durumda olduğunu göstermektedir. Genel kabul gören araştırma sonuçlarına göre de sağlığa iyi bir bütçe ayrılması o ülkenin kalkınmışlık seviyesi ile doğru orantılıdır. Bu da o ülkedeki kişilerin sağlık durumlarının daha iyi olduğuna işaret etmektedir.

Teknoloji, tıp alanındaki ve eğitimdeki iyileşmeler, doğumda yaşam beklentisini artırmaktadır. Bu ise emekli kişilere ödenecek maaş ve onların sağlık harcamaları için devletlerin bütçelerinden daha fazla pay ayırmalarına neden olmaktadır. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tahminlerine göre dünya genelinde nüfus yaşlanması yaşanmakta ve 2050 senesinde 60 yaş ve üzeri kişiler toplam nüfusun %22'ni oluşturacaktır. Özellikle gelişmiş ülkelerde görülecek olan yaşlı nüfusun artış beklentisi; klasik emeklilik sistemi (çalışan kesimin, emekli kesimin maaş ve sağlık harcamalarını karşıladığı) içindeki dağıtım yönteminde (pay-as you-go) yenilemeyi düşündürmektedir. Uzun yıllardan sonra ilk kez 2009 yılında OECD ülkelerinde sosyal güvenlik harcamaları, GSYİH'nin %21'ni oluşturmuştur. Bu ülkelerde yaklaşık olarak GSYİH'nin %6'sını sağlık harcamaları, %8'ini emekli maaşları oluşturmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 6).

Sağlık harcamalarında artışın sebeplerinden birisi de gelir artışına bağlı olarak kişilerin kamunun değil özel sektörün sağlık hizmetlerini tercih etmesidir. Bireyler yaşam standartları yani gelir düzeyleri yükseldikçe daha kaliteli bir hizmet isterler çünkü sağlıklarına yaptıkları yatırımlar, sonuçlarını tüm ömürleri boyu gösterecektir ve bu konuda bir kısıtlama yapmak istemezler. Ayrıca kapitalist düzende; özel sektörün, hizmetlerini daha kaliteli yaptığı ve gelir düzeyi artan kesimin de daha kaliteli hizmet almak istediği kabul edilir. Bireyler ister sağlık hizmetleri için kamuyu isterse kendilerine daha kaliteli hizmet sunulduğunu düşündüklerinden özel sektörü tercih etsinler sonuçta geliri artan herkes hayat standartlarının artmasına bağlı olarak daha fazla sağlık hizmeti istemektedir ve eğer burada özel sektör tercih edilirse de sağlık harcamalarının daha da artacağı aşikârdır (Görgün, 1993;74).

Bireylerin gelir düzeyi arttıkça özel sektörü tercih etmelerinden dolayı sağlık harcamaları bireysel veya toplumsal olarak artış gösterse de birçok ülkede halen kamunun toplam sağlık harcamalarındaki payı daha fazladır. Bu durum ülkelerin büyüme ve kalkınma durumlarına veya ülkenin uyguladığı sosyal ya da kapitalist ekonomi anlayışına göre değişebilmektedir.

Ülkelerin sağlık harcamalarını artırması aslında emek faktörünün, fiziksel ve ruhsal olarak daha iyi duruma gelmesine neden olmakta; iyileşen emek faktörünün, bunu verimliliğe dönüştürmesiyle de ekonomiye bir yatırım yapılmaktadır. Sağlık harcamaları ile ekonomik kalkınma ve/veya büyüme arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur.

İktisadi ve sosyal kalkınmanın temel taşlarından birisi beşeri sermayedir. Beşeri sermayenin temelini ise sağlık ve eğitim oluşturmaktadır. Toplumdaki kişilerin sağlıklı olması; bireysel ve sosyal açıdan değerlendirildiğinde bedenen ve ruhen sağlıklı olmalarını, ekonomik açıdan değerlendirildiğinde çalışabilir, üretime katkı yapabilir olmalarını ifade eder (Söğüt, 2019: 1). Sağlıksız bir bireyin emeği değerlendirildiğinde, verimliliği düşüktür. Eğer toplumda sağlık hizmetleri yeterli düzeyde değilse üretimde, kişi ve toplum emeği açısından verimlilik kaybı oluşur. Genellikle sağlık sistemini iyileştirmeye çalışan

ve sağlık harcamalarına daha fazla pay ayıran ÷lkelerde, sağlık göstergeleri görece daha iyi ve bundan dolayı üretim düzeyleri daha yüksek olmaktadır (Söğüt, 2019: 1).

Büyüme üzerinde pozitif dışsallık oluşturan beşeri sermayeye yapılan yatırımlar büyüme oranının artmasına neden olur. Sağlık sektörüne dolayısıyla beşeri sermayeye ayrılan kaynakların payı ile büyüme arasında doğru orantı bulunmaktadır. Sağlığa ayrılan kaynak bireylerin yaşam beklenti seviyesinin yükselmesine neden olur; böylece emeğe yapılan yatırım sonuçta verimlilik artışını getirir. Verimliliği artan kişiler daha fazla üretim gerçekleştireceğinden ÷lkenin ekonomik büyümesine katkı sunar ve sonuçta gelişmiş bir ÷lke ekonomisinde sağlığa yapılan harcamalar yükselir (Yardımcıoğlu, 2012: 28).

1.4. Büyüme ve Kalkınma İçinde Gelir ve Gelir Dağılımı

Büyüme, gelişme ve kalkınma iktisadi literatürde iç içe geçmiş kavramlardır. Büyüme iktisadi olarak ölçülebilirken gelişme, ekonomi biliminin yanı sıra diğer bilim dallarının yardımıyla değerlendirilebilir. Ekonominin gövdesel gelişimi büyüme olarak adlandırılırken çatısal gelişimi, gelişme ismini alır. ÷lkelerde işgücündeki vasıf ve verimlilik artışı, sosyal adaletin varlığı, adil gelir dağılımının oluşması, kalkınmayı engelleyen ÷lke adetlerinin değişmesi, organizasyonun ve kurumsallaşmaların artması gelişme kapsamındadır. Büyüme daha çok gelişmiş ÷lkeler için kullanılırken kalkınma tabiri gelişmekte olan ÷lkelerin ekonomik durum değerlendirmelerinde kullanılır. Az gelişmiş ÷lkelerde gör÷len hızlı nüfus artışı, beslenme, sağlık ve eğitimde yetersizlik, düşük sanayileşme, ilkel tarımcılık, ulusal ve kitlesel örgütlenmenin eksikliği, sosyal çevrenin gelişmemesi, fert başı milli gelir düşüklüğu ve adaletsizliği, işsizlik, dışa ekonomik bağımlılık gibi unsurlar kalkınmanın gerçekleşmesi için düzeltilmesi gerekli alanlardır. Kalkınmış ileri ÷lkelerin politik, teknik, coğrafi, bilimsel, ideolojik, demografik yeniliklere açık olduğu ve bu yenilikleri kullandığı ve uyguladığı genel kabul görmüştür (Unay, 2000: 475-479).

Günümüzdeki genel kabul, büyümenin yanı sıra yeterince gelişme olmazsa büyüme devamlılığı sağlanamaz veya az gelişmiş ülkeler için kalkınma gerçekleşemez şeklindedir. Ancak unutulmaması gereken büyüme için öncelikle üretim faktörlerinin artması, ki bu artış bazen mevcut sayıyla verimliliklerinin artmasını ifade eder ve bunun sonucunda bu faktörlere düşen gelir miktarının yükselmesidir. Kısaca büyüme için milli gelir artışı tek başına yeterli olmasa da büyümenin olabilmesi için gerekli temel etkenlerdendir.

1.4.1. Milli Gelir ve Ekonomik Büyüme İlişkisi

Günlük yaşamda her ne kadar milli geliri yüksek olan ülkeler ekonomik açıdan daha iyi bir ekonomiye sahip gibi algılsa da iktisadi açıdan bu tam olarak doğru değildir. Bir ülkenin ekonomisinin iyi olabilmesi için ekonomik büyümeye olarak ifade edilen niceliksel değer artışlarının yanı sıra kalkınma göstergeleri diye tabir edilen eğitim, sağlık, adalet, politik vb. niteliksel sistemlerinin de iyi olması gerekmektedir. Yani iktisadi büyüme için kişi başı milli gelir artışı bunun için de milli gelir artmalıdır fakat ülke nüfusunun fazlalığı veyahut milli gelirin dengesiz bir dağılımı büyümeyi engelleyebilir veya büyüme hızını düşürebilir.

İktisadi büyümeyi GSMH'deki artışlar olarak değerlendiren yaklaşımlar çoğunluktadır ancak GSMH artışı ile büyüdüğü düşünülen ekonomilerde farklı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin yoksullaşmanın çok geniş kitlelere yayılması, bölgeler arası dengesizlikler, toplumsal gerilimler ile doğal çevrenin tahribatı vb. gösterilebilir. Bu yüzden ülkeler artık sadece iktisadi büyümeyi değil toplumsal gelişme ve refah seviyesinin artmasını hedeflemektedirler. Ülkelerin kalkınmaları (gelişme) ise üretim artışının yanında ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve politik alanlardaki yapısal değişimleriyle gerçekleşebilmektedir (Karataş ve Çankaya, 2010: 32).

Millet ekonomisi tıpkı canlılar gibi büyüyen bir varlıktır. Teçhizatı, kaynakları, işgücü, nüfusu kimi zaman birbiriyle denk kimi zaman farklı oranlarda büyüme gösterir. Ekonomik büyümenin amacı büyümeye etki eden faktörlerin hepsinin ayrı ayrı ve

diğerlerini duraklatmadan artması ve milli gelir artışı sonucu kişi başı milli gelirin kademe kademe yükseldiği bir akım dengesine ulaşmaktır. Bir yıldan diğer yıla kişi başı reel gelirden artış sağlayacak, ekonominin temel verilerindeki (emek, doğal kaynaklar, sermaye) devamlı artışlara ekonomik büyüme denir (Ülgener, 1991: 407-409). Ancak ekonomik büyüme için bu artış tek başına yeterli olmaz çünkü üretimin atıl duruma düşmemesi için efektif talep de mevcut olmalıdır (Demirci ve Erdoğan, 1988: 336).

Ekonomik büyümenin olabilmesi için üretim faktörleri diye adlandırılan üretken kaynakların miktarının yanı sıra niteliklerinin iyileştirilmesi gerekir (Dinler, 2012: 277). Büyümenin gerçekleştirilebilmesi için üretim faktörlerinin produktivitesi, stoku artmalıdır ve teknolojik gelişme olmalıdır (Parasız, 2000: 500).

İktisadi büyüme, iki farklı tür üretim artışı ile gerçekleşir. Birinci üretim artışı tam istihdamdaki ekonomilerde teknolojik gelişme veya yeni üretim faktörü eklenmesi ile sağlanır. Burada elde edilen üretim artışı orta ve uzun vadelidir çünkü bu artışın sebebi üretim kapasitesindeki büyümedir. Diğer üretim artışı, talep artışının neden olduğu mevcut kapasite kullanımının artırılması ile elde edilir ve ekonomi eksik istihdamdayken gerçekleşir. Bu büyüme çeşitlerinden makul olan/arzu edilen ilkidir. Ülkelerin üretim gücünün de göstergesi olan üretim kapasitesi sahip olunan fiziki ve beşeri sermayeye, nitelikli işgücü miktarına, teknoloji ve girişimcilere bağlıdır (Berber, 2006: 2-3).

Dengeli büyüme aynı zamanda içinde bulunulan milletler- veya daha doğru bir ifadeyle bloklar- arası gerginlikte ayakta durabilmektir. Az gelişmiş ekonomilerin bir taraftan bu şartı sağlamaları diğer yandan kalkınma ve ilerleme amaçları büyüme kavramını daha derinlikli gözler önüne sermektedir. Bazı ekonomistlere göre büyüme, sadece üretim artışını oluşturan faktörlerin belirlediği ölçülebilir bir oluş değil aynı zamanda sayısal ifadesi olmayan etkenlerin (eğitim sistemi, politik düzen, halkın yeniliklere açıklığı ...) de katıldığı geniş kapsamlı bir ifadeyi belirtir ki bu durum karşıt görüşte olanlar için 'gelişme' demektir (Ülgener, 1991: 408-412). Keza günümüzde genel kabul, bu karşıt görüştekiler gibidir. *Gelişme* diğer anlamıyla *kalkınma* ekonomideki nicel

değer artışlarının yanında ülkelerin sosyal, siyasi yönden de refah içinde olmasını ifade etmektedir. Büyüme, kalkınma olmadan gerçekleşebilir fakat kalkınmanın varlığı için büyüme ön koşuldur. Örneğin petrol zengini bir ülkenin fert başı geliri dünya ortalamasının üstünde ve süreklilik arz eder ama ne yazık ki bu ülkede gelişmeye sebep olan etkenlerin yeterliliği söz konusu değilse kalkınmış bir ülke olarak kabul edilemez. Ya da gelirin çoğu belli bir kesimin elinde bulunuyorsa yine ülke kalkınmasından bahsedilemez.

1.4.2. Gelir Dağılımının Ekonomideki Rolü ve Önemi

İktisadın temel hedefi ilgili toplumdaki kişilerin yaşam standartlarını yükselterek bireylere en iyi hayatı verebilmektir. Bu ise eldeki kaynaklardan (toprak, emek, sermaye, teşebbüs) en yüksek fayda sağlanıp onu tekrar toplum hizmetine sunmakla mümkündür. Ekonomi sistemlerinde nihai hedef aynı olmasına rağmen farklılık, üretim araçlarının organizasyonunda ve kişilerin onlardan yararlanmasında görülmektedir. Peki en iyi refahı sağlayacak yöntem; üretim, tüketim ve dağıtım aşamalarında nasıl olmalıdır? Üretim faktörleri üzerinde kişilerin mülkiyet hakkı tam veya kısıtlı olabileceği gibi hiç de olmayabilir. Tüketimde kişiler serbest bir piyasada tüketim harcaması yapabilmeli ve bu piyasa harcamaları merkezi planlama biçiminde olabilmelidir. Dağıtım ise piyasaya bırakılabileceği gibi kayıtlandırılarak da bilir (Dirimtekin, 1989: 21).

Gelir bölüşümünün, kişilerin refah seviyesini belirlediği göz önüne alınırsa, tüketim harcaması yüksek olan kişilerin daha müreffeh olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu yüzden refah ölçütü gelir bölüşümü alındığında sadece tüketim ürünlerini dikkate almak gerekir. Fakat burada dikkat edilmesi gereken önemli nokta gelir bölüşümünde, tüketimde istediği kadar alım yapabilen imtiyazlı sınıfları (kendi payını kendi belirleyen) ve bu sınıfın tüketimlerini hesaplamalara katmamaktır. Bölüşüm demek, insanların istedikleri ölçü değil paylarına düşen miktar demektir. Kısaca gelir bölüşümüne nüfusun tamamı ya da milli gelirin tamamı katılmaz. Bölüşüme zenginlerin tüketimlerinden geri kalan tüketim malları ve zenginlerin dışında kalan emekçi kesimi katılır. Zengin kesimden kasıt toplam tüketimleri kısa dönemde herhangi bir şekilde değiştirilemeyen sabit tüketime sahip

olanlardır. Çünkü bu kesimdekiler isteseler zaten imkânları olduğu için tüketimlerini kendileri artırabilirlerdi ve bunu tasarruflarını azaltarak gerçekleştirirlerdi. Yani zengin kişi istediği tüketimi yaptıktan sonra önemli miktarda tasarrufa sahip olanlardır (Eren, 2013: 93-95). Bir ülkede büyük ve kudretli bir otorite tüm gelirleri toplayıp sonrasında bütün vatandaşlara eşit dağıtamadıkça gelirin mülkiyetini ifade eden servet bölüşümünde eşitlikten söz edilemez dolayısıyla gelir eşitliğinden de bahsedilemez. Zaten üretim faktörlerinin herkeste eşit miktarda bulunduğu hayal edilse bile bu faktörlerin verimlilikleri onlara sahip kişiler sayesinde farklılıklar gösterecektir. Fakat büyümekte ve kalkınmakta olan bir ülkede hedef en azından kişiye, aileye ya da firmaya asgari yaşamlarını sürdürecektir miktarda gelir düşmesidir. Aksi takdirde üç grup için de mutlak son ölümdür (Kaya, 1967:82). Kişi başına üretim indeksinin sürekli artışı büyüme olayının nedeni değil sonucudur (Ülgener, 1991: 409-412).

Milli gelirin, kişiler ile faktör sahipleri arasındaki bölüşüm biçimi sosyo-ekonomik bakımdan da ayrı önem arz eder. Tasarrufa ve tüketime ayrılacak gelir miktarına, gelir sahiplerinin karar verdiği göz önüne alınırsa; gelir dağılımının yatırım, büyüme ve tasarrufa yani ekonomik büyümeye etkisi aşikârdır. Dağılımdaki eşitsizlik ve buna neden olan iktisadi politikalar büyümeyi de etkiler (Şahin, 2011: 631).

Ülkelerin refah ve gelişme seviyelerini tespitinde nesnel bir ölçüt olarak ekonomistler, uluslararası kuruluşlar genellikle kişi başına milli geliri kullanmaktadır. Fert başına milli gelirin yüksek oluşu ise ülke halkının tamamının iktisadi durumunun iyi olduğunu ifade etmez. Matematiksel olarak kişi başı milli gelir toplam milli gelirin nüfusa bölünmesidir ancak gerçek hayatta bu toplam gelir ülkedeki belli bir zümreye, halkın bir kısmına veya devlete ait olabilir. Örneğin Kuveyt milli geliri yüksek, petrol zengini bir ülke olmasına rağmen bu rezervlerin yüzde doksan beşi Kuveyt sarayına ait olduğundan halk sadece kağıt üstünde yüksek fert başı gelire sahiptir. İşte bu yüzden az gelişmiş tanımında sadece kişi başı milli gelir değil bireylerin beslenme yetersizliği, okuma yazma bilenlerin azlığı, sağlığı korumadaki gerilik, yüksek doğum ölüm oranları gibi kıstaslara da bakılmaktadır (Zeytinlioğlu, 1971: 299-300). Bunun yanında aynı para birimi cinsinden ifade edilse bile kişi başına milli gelire, ülkelerin gelişmişliklerini ve refah seviyelerini tahmin etmek

mümkün değildir. Çünkü her ülkede aynı miktar ve türden bir paranın satın alabileceği mal ve hizmet miktarı farklıdır. Örneğin bir dolar ile ülkenin birinde bir kilo, birinde yarım kilo mal alınmaktadır ya da kira bedelleri ülkeler arası farklıdır ve aynı döviz miktarında milli gelire sahip iki ülkeden kira bedeli düşük olandaki halk (diğer giderler sabit sayıldığında), daha yüksek refaha sahip olabilir. Bahsedilen bu farklılık sebeplerini ortadan kaldırmak ve daha sağlıklı bir analiz yapabilmek için kullanılan ölçüye Satın Alma Gücü Paritesi (SGP) denir. SGP ülkeler arası fiyat düzeyi farklılıklarından kaynaklanan refah tespitindeki hata ve yanlışları engellemede kullanılan indekstir (Düğer ve Dulupçu, 2000: 307-308). Ekonomistler GSYİH'yı uluslararası düzeyde karşılaştırmak için cari döviz kurunun yerine paraların gerçek değerini ölçme adına benzer ürünleri alabilme potansiyelini kullanırlar. Bu dönüştürme faktörü, satın alma gücüyle düzeltilmiş döviz kuru (satın alma paritesi) olarak da isimlendirilir (Jones, 2007:5).

Gelir dağılımını etkileyen bazı temel faktörler olarak; kamu hizmetlerinin dağılımı, üretim araçlarının mülkiyeti, işgücü hareketliliği, toplumun politik tercihleri sayılabilir. Bir ülkede eğitim, sağlık, güvenlik, haberleşme, ulaşım imkânları ne kadar yaygın ve halkın yararlanma oranı yüksekse gelir dağılımı daha hakkaniyetleşir. Aynı şekilde üretim araçlarının mülkiyeti belli bir zümrede olmaz ülke geneline yayılırsa ya da devletin kontrolünde ise bu araçlara düşen payın da topluma dağılımı daha adilane olabilmektedir. Bunun yanında ülke içindeki kırsaldan şehre göç veya ülkeden yurt dışına göç, göç edenlerin daha fazla kamu hizmeti almalarına imkân sağladığından dağılımda eşitsizlikler oluşturmaktadır. Benzer durum halkın politik tercihleri içinde geçerli olup politik güç oy alacağı ve/ veya aldığı kesimlere belli gelir transfer yaparak eşitsizliğe sebebiyet verebilmektedir (Karluk, 1999: 67-68). Ancak bu durum diğer sebepler kadar uzun vadede dağılımı değiştirmez.

Gelir bölüşü ne kadar eşitlikten saparsa ülke vatandaşlarının gelir seviyesini belirleyen yüzdeler dilimler arasındaki yaşam standardı farklılıkları artacaktır. Bu ise güçlü bir ekonomide istenmeyen bir durumdur. Böyle bir ekonomide sadece ülke dışına göre iktisadi politika belirlemek yetmez. Ülke içinde ekonomik istikrarı sağlamak da oldukça zorlaşır. Çünkü uygulanan politikalar üstteki yüzde yirmi, yüzde kırk dilimi daha da

zenginleştirirken alttaki yüzdeler dilimleri daha da fakirleştirir. Devlet faiz, enflasyon, vergi, tavan -taban fiyat uygulamalarından istenilen etkiyi göremediği gibi fakir kesime aktarım yaptığı transferler de bu sorunu çözemez.

Bir ülkede gelir dağılımını ne kadar eşitliğe giderse ülke o denli gelişmiş ve refah kabul edilir. Bu yüzden ülkeler hakkaniyetli bir gelir dağılımını amaçlarken; halkın sağlıklı, mutlu, huzurlu olmasını bunun sonucunda da talep artışını ve neticede üretim artışını hedefler. Üretim artışı ise ülke ekonomisine tekrardan gelir olarak döneceğinden milli gelirin yükselmesine ve dolayısıyla gelir dağılımının artmasına sebep olur.

Türkiye'deki Sosyal Güvence Grupları ve Gelir Düzeyi İlişkisi

Sosyal güvence grupları ile gelir düzeyi tahmini yapmak aslında ülkemiz için zordur. Böyle bir tahminlemede en gerçek veriyi yeşil karta sahip olanlar verebilir. Çünkü yeşil kart, sosyal devlet gereği, devletin hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara tedavi olabilmeleri için sağladığı sosyal güvence türüdür ve dolayısıyla 'Türkiye'de en düşük gelir seviyesine sahip kişiler yeşil kartlıdır' diyebiliriz.

Diğer sosyal güvence türleri olan emekli sandığı ve sigortalılık ve Bağ-Kur arasında ise böyle net bir ayırım yapılamaz. Çünkü kamu kurumlarında memur statüsünde çalışan herkes emekli sandığına tabi iken özel sektörde çalışanlar ile kamu kurumlarında sözleşmeli çalışanlar, sigortalı olarak kabul edilmektedir. Dolayısı ile emekli sandığının içinde de düşük ve yüksek maaş alan (örneğin işe yeni başlayan bir memur ve emekliliği yaklaşmış bir profesör) kişiler olabileceği gibi sosyal sigortalılar arasında da asgari ücretle veya part time çalışan düşük gelirli kişilerin yanı sıra holding/ fabrika sahibi işadamları bulunmaktadır. Hatta yaklaşık aynı maaşı alan sözleşmeli memur ile kadrolu memur bile farklı sosyal güvenceye grubunda yer almaktadır.

İşte bu yüzden yeşil kart haricinde yer alan diğer üç sosyal güvence türü direkt gelire ilişkilendirilemez. Ancak vatandaşların sağlık hizmetini almalarında tercih ettikleri kurumlar vasıtası ile bir tahminde bulunulabilir. Çünkü çok yüksek gelire sahip kişiler genellikle özel sağlık kurumlarını tercih ederken vasat gelirli kesim daha çok kamu kurumlarını tercih etmektedir. Kamu hastanelerini tercih eden Bağ-Kur'lu, sigortalı ve emekli sandığına tabi vatandaşların gelir karşılaştırmasında ise memur kesiminin görece daha iyi maaş aldığı ve gelire sahip olduğu kabul edilebilir.

1.4.3. Gelir ile Beşeri Sermaye ve Sağlık Bağıntısı

Sağlık; son yıllarda birçok iktisatçının üzerinde durduğu, gelir fonksiyonunun temel değişkenlerinden beşeri sermayeyi oluşturan ana kalemlerdendir. Her ne kadar gelir üzerinde direkt etkisi olmasa da sağlığın beşeri sermaye yoluyla oluşturduğu etki ciddi bir orandadır.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık; bireylerin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması durumudur. Bedensel iyilik, vücudu oluşturan doku ve organların mikrop taşımadan herhangi bir eksiklik veya işlev bozukluğu olmaması halini ifade ederken; ruhsal iyilik, kişinin kendisiyle barışık hem başarı hem başarısızlıklarını kabullenip, yaşına uygun düşünce, tavır ve davranışlara sahip karşısındakilerle iletişim kurduğunda onları anlayabilme ve kendini anlatabilme durumunu belirtir. Sosyal iyilikten kasıt ise kişinin insanlarla iyi ilişkiler içinde nerde nasıl davranacağını bilmesi, büyük ve küçüklerine karşı saygı ve sevgi çerçevesinde toplumla barışık olma durumudur (SB Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi, 2020).

Sağlığın; toplumun gelir ve refahı, işçi verimliliği, işgücü katılımı, tasarruf ve yatırım oranları, demografik faktörler ile diğer beşeri sermaye faktörleri üzerinde doğrudan bir etkisi vardır (Antonia ve Zamora, 2000'den akt: Taban, 2006: 33).

En geniş anlamıyla beşeri sermaye; kişilerin kendini geliştirme, eğitim vb. yollarla diğer insanlara göre kendilerini daha nitelikli hale getirerek gelecekte daha yüksek gelir ve yaşam standardı için yaptıkları yatırımlardır.

İşgücünün sahip olduğu bilgi ve becerilerin tümü beşeri sermayeyi meydana getirir. Eğitim, bilgi ve tecrübe beşeri sermayenin temel unsurlarını oluşturur. Tarihte fiziki sermaye ve doğal kaynakların sağladığı ekonomik önem, bilgi toplumuna geçiş ile birlikte yerini beşeri sermayeye bırakmaya başlamıştır (Koç, 2013: 242).

Günümüz iktisat öğretilerinde üretime pozitif (olumlu) katkısı olan, maddi ve maddi olmayan, her türlü ekonomik değer sermaye olarak ifade edilir ve büyümenin ana elementidir. Her ne kadar sermaye denildiğinde akla ilk fiziki değerler; para, makine, teçhizat vb. gelse de teknolojiyi üretime kazandırmak ve kullanmak iyi yetişmiş becerikli insan gücü ile mümkün olmaktadır. Klasik iktisat öğretisinde sadece üretime katılan fiziksel değerler (makine, araç, gereç, ekipman vb.) sermaye olarak kabul edilmekteyken, beşeri sermaye ile bunun sonucu ortaya çıkan sosyal sermaye (kişi ve kurumlar arasındaki güvene dayanan iletişimin iktisadi getirisi) de artık bu kavramın alt bileşenlerini oluşturmaktadır. İşte üretime katkı veren emek gücü ve onun nitelikleri beşeri sermaye olarak adlandırılır. Beşeri sermaye ülkedeki bireylerin nitelik ve niceliklerine bağlı olduğundan fiziksel sermayenin aksine değişken ve dinamik yapıdadır. Dinamik olmasından dolayı da fiziksel sermaye gibi stoklanıp istenildiğinde kullanılamaz. Yani beşeri sermayenin (emeğin) kullanılmadığı zaman dilimi emek kaybıdır. Beşeri sermayenin değeri ise üretilen mal ve hizmetlerin tüketim değeriyle ölçülür. Yani doğrudan ya da dolaylı olarak üretilen mal ve hizmetlerin kıymeti arttıkça beşeri sermayenin de kıymeti artmaktadır (Çolak, 2010: 122, Karagül, 2003: 81-82).

Beşeri sermaye kavramı, sadece eğitim ve yetiştirme değil, işgücünün verimlilik ve kalitesini arttıran ve gelecekte daha yüksek gelir sağlayan bir etkinlikle de ilişkilendirilebilir (Woodhall, 1987'den akt. Yardımcıoğlu, 2012: 28).

İşgücünün verimliliğinde ise emek faktörünün ruhen ve bedenen iyi durumda olması temel etmenlerdendir. Sağlıklı olmayan bir kişi, tam kapasitede yapılması beklenen günlük çalışmayı (işyerlerinde çeşitli etüt çalışmaları sonucu oluşturulan) gerçekleştiremez. Çünkü bedenen ağrı acı çeken ve/veya ruhen sıkıntı içinde olan birey, kendini yeterince işine yoğunlaştıramaz. Buradaki sorun iş dışından kaynaklı olabileceği gibi çalışanların işten zevk almamasından ya da işi yavaşlatma, üst yönetimin dikkatini çekme, onları zarara uğratma amaçlı da olabilir. Ancak unutulmaması gereken; çalışan bireyin, genel kabul görmüş günlük rutinde yeterli iş yapamaması, onun sağlıksal bir sorununun olduğunu gösterir ve bu problemi tedavi edilmezse artarak devam edecektir.

1.4.4. Sağlık ve Beşeri Sermaye Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınmaya Etkisi

Ekonomik büyüme ve kalkınma için günümüzde beşeri sermayenin değer ve önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Çünkü ülkelerin sahip oldukları sermaye ve doğal kaynaklar sınırlıdır ve bu kıt olan üretim faktörlerinden ancak teknolojik gelişme ve verimli üretim ile daha fazla mal ve hizmet oluşturulabilir. Bunu sağlayabilecek olan ise iyi yetişmiş ve iyi işgücü oluşturabilecek, sağlıklı emekçi ve müteşebbislerdir yani eğitilmiş ve sağlıklı insandır. Eğitilmiş birey gayrisafi yurtiçi hasılda (GSYİH) artış yaratırken çift yönlü etkiden dolayı GSYİH'daki artış da toplumda üretim artışı buna bağlı sağlık düzeyinde artış, eğitim imkanı, refah artışı ve mutluluk oluşturmaktadır. Ancak bu iki yönlü ilişkinin varlığı o ülkedeki imkânların topluma eşit ulaştırılabilmesi ile de ilgilidir. Çünkü milli gelir seviyesi yüksek olan çoğu ülkede gelir dağılımında eşitsizlikler bulunmakta ve ülkedeki sosyo ekonomik sorunlar devam etmektedir.

Günümüzde, geçmişteki gibi ülkelerin gelişmişlik düzeyini ölçmede sadece gayrisafi yurtiçi hâsıla gibi gelir göstergeleri kullanılmaz. Ülkelerin kalkınma standartlarını ölçmede, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından geliştirilip kullanılan İnsani Kalkınma Endeksi (Human Development Indeks HDI) vb. endeksler yer almaktadır. Bu endeks birçok değişkeni temsilen; eğitim, sağlık ve refah (gelir)

değişkeninin insani kalkınma üzerindeki bileşik bir göstergesidir (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009:3). Bu üç sacayağı değer belirlenirken şu ölçütler göz edilir. Eğitim standartı için iki farklı element değerlendirilir. Bu unsurlar; yetişkinlerin eğitim yılı ortalaması (gerçekleşen okullaşma) (yirmi beş yaş üzeri bireylerin yaşamları boyunca aldıkları eğitimlerinin ortalaması) ve okula başlama yaşındaki çocukların okullaşma (beklenen okullaşma) oranıdır. Refah ölçütünde satın alma gücü paritesine göre hesaplanan Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla esas alınmaktadır. Sağlık standartı olarak, ülkedeki ortalama hayat süresi beklentisi yani doğumda beklenen hayat süresi baz alınmaktadır (Koç, 2013: 245-246).

Ekonomik büyümedeki sacayaklarından birisini oluşturan beşeri sermayenin alt birimi olan sağlığa yapılan yatırım, beşeri sermaye aracılığıyla ekonomik büyümenin sebebi, ekonomik büyüme ise sağlıklı yaşamın bir sebebi olarak değerlendirilir (European Commission, 2005: 20). Sağlık, eşitsizlik, yoksulluk vb. sorunların neden olduğu negatif dışsallıkları azaltmakta etkindir ve sağlık alanında yapılan iyileşmeler ekonomide güçlü büyüme oluşturur (Akıncı ve Tuncer, 2016: 48).

Sağlık ve beşeri sermayeye yapılan yatırımlar ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması ve bu hizmetlerin artırılması kişilerin yaşam beklenti düzeylerini artırmaktadır. Bu ise beşeri sermaye yatırımı ve kalkınma carileri bağlamında değerlendirildiğinde, bireylerin verimliliklerini artırır. Verimlilikleri artan bireyler çıktı üretim düzeyindeki artışa daha fazla katkı sağlarlar ve bu da milli gelirin/ekonomik büyümenin artmasına katkı sağlar. Milli geliri artan ve ekonomisi büyüyen ekonomiler bütçe olanakları geliştiği için sağlığa daha fazla kaynak ayırma imkânı bulurlar (Yardımcıoğlu, 2012: 28).

Ülkelerin beşeri sermaye harcamalarının kendi ekonomileri içindeki payının artması her ne kadar ülkelerin kalkınma verilerinde olumlu bir izlenim yaratsa da bu veriler tek başına o ülkelerin, kalkınmış ülke kabul edilmesini sağlamaz. Çünkü ülkelerin yıllık bütçeleri oldukça farklıdır ve her ne kadar iki ülke eş oranda beşeri sermayeye pay ayırsa bile bu pay kişi başına düşen beşeri sermaye miktarı olarak eşit olmaz. Bunda hem

yukarıda belirttiğimiz gibi ülkelerin yıllık bütçe farkı hem de ülke nüfusları etkilidir. Tüm bu matematiksel etkilerin yanında gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında farklılığa neden olan bir etki daha vardır: Bahsi geçen ülkelerin geçmiş yıllar içinde yaptıkları beşeri sermaye harcamalarının bireyler üzerindeki etkisi. Çünkü bütçeden ayrılan kişi başı beşeri sermaye miktarı (aynı para cinsinden) eşit olan iki ülkeden birisi gelişmiş birisi gelişmekte olan ülke ise ayrılan pay gelişmiş ülkedeki bireylere daha olumlu yansıyabilmektedir. Bundaki neden o ülkelerdeki bireylerin daha iyi eğitim, sağlık vb. hizmetler almış olmalarındandır. Birçok gelişmekte olan ülkelerde uygulanması zorunlu olan bir aşı, gelişmiş ülkede artık o hastalık görülmediğinden uygulanmayabilir. Aynı şekilde eğitimde gelişmiş ülkelerin sahip olduğu olanaklara daha yeni yeni sahip olan gelişmekte olan ülkelerde, bireylerin eğitim ve yetkinlikleri diğer ülkeye göre daha geride olduğundan, kişi başına düşen eşit beşeri sermayenin iki farklı karakterdeki ülke insanına yaptığı katkı farklı olacaktır.

İşte bu yüzden büyüme verileri yıllık belirlenebilirken; kalkınma, sürekli büyüme sonucu oluşan bir kavramdır. Kalkınmış ülkelerde sağlık, kültür, eğitim alt yapısı ve sistemleri oturmuş olduğundan ülke nüfusu daha refah, sağlıklı, eğitilmiş ve kültürlüdür. Her yıl ayrılan bir sağlık harcaması gelişmekte olan bir ülkede bulaşıcı hastalıkların tedavisine harcanırken gelişmiş ülkelerde teknolojik ameliyathane cihazlarının alımına veya yeni ortaya çıkan hastalıkların tanı-tedavisine harcanabilmektedir. Dolayısıyla zaten psikolojik ve fiziksel yönden daha sağlıklı olan toplum bireyleri, aldıkları daha iyi eğitim şartlarında kendilerini geliştirip birkaç yıl içinde ülke için kalifiyeli işgücü oluşturur. Fakat daha zorunlu ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılayamayan üçüncü dünya ülkelerinde insanlar gelirlerini kendilerinin gelişimine veya basit hastalıklarının tedavisi için harcamamaktadır. Bir ağrı şikâyetinde, iktisadi durumu iyi olan ülkelerde kişilerin yeterli tedavi alarak kısa sürede iyileştirilip bireylerin hayat kalitelerinin devamlılığı sağlanırken, fakir ülke insanı yeterli sağlık sistemine ve bireysel harcama gücüne sahip olmadığından basit gördüğü şikâyetler için tedaviyi düşünmemekte ve şikâyetin kendi kendine geçmesini beklemektedir. Bu ise bir veya birkaç gün o bireyin rahatsız, mutsuz ve verimsiz çalışmasına neden olur. Aynı tercih durumunu tek ülkenin içindeki gelir düzeyi farklılıkları bulunan insanlar arasında da görebiliriz. Ekonomik gelir düzeyi daha yüksek olan fertler gerektiğinde özel sağlık ve eğitim kurumlarını tercih ederek hayat kalitelerini

artırabilirken ekonomik sıkıntı içinde bulunan bireyler sosyal devletin imkânları ölçüsünde eğitim, sağlık hizmeti ve diğer beşeri kaynakları kullanırlar. Ve eğer devletin yeterli bütçesi yoksa yeterli kaynak aktarımı yapılamıyorsa o ülkelerde diğer hizmetler gibi beşeri hizmetlerde sorunlar oluşur. Başta sağlık ve eğitim olmak üzere bu tip hizmetlerde oluşan ana sıkıntılar için bu hizmetleri sağlayan yeterli kurumun olmaması, sağlık veya eğitim çalışanı başına düşen fert sayısının çokluğu ve bunun neticesinde oluşan daha az bireysel tedavi veya eğitim süresi, hizmet sunan görevlinin yorgunluğundan veya cihaz-araç yetersizliğinden kaynaklanan kalitesiz hizmet örnek verilebilir. Oysaki yeterli donanım, uygun çalışma saatleri, hizmetlerin ulaşılabilir olması hem hizmeti alan hem de hizmette görevli çalışanlar için daha mutluluk ve refah sebebidir. İsteddiği tetkik ve tedaviyi makul süre içinde alabilen birey kendi işine döndüğünde fiziksel ve ruhsal olarak çalışmasına devam ederken, gün içinde çalıştığı hastane düzen içinde olan bir doktor veya sağlık çalışanı da hem daha az yorgun hem psikolojik olarak daha sakin hizmet verebilmekte ve hastanenin hizmet kalitesini artırmaktadır. Çünkü ancak yeterli donanım, yeterli çalışan, yeterli altyapı ile hizmet kalitesi sağlanabilir. Ama çalışanın çalışma koşullarından memnun olmadığı emeğinin karşılığını alamadığı, hizmeti sağlayacak gerekli ekipmanı olmadığı, hizmet almak isteyenlerin bekledikleri hizmeti alamadıkları bir toplumda refah ve mutluluktan psikolojik ve fiziksel iyi halden dolayısıyla kaliteli bir yaşamdan ve kalkınmadan söz edilemez. Ülkelerin olmazsa olmazları arasında beşeri sermaye harcamalarının neden önemli olduğu aşikârdır. Sağlıklı ve mutlu birey, kaliteli ve kalifiyeli işgücü, verimli üretim ve hizmet, refah içinde toplum, kalkınmış ülke demektir. Bu ise ancak devamlı ekonomik büyüme ile sağlanabilir.

Gündelik konuşmalarda *gelir seviyesi* ve *gelişmişlik seviyesi* eş anlamlı gibi kullanılsa da ekonomi açısından farklı kavramlardır. Kişilerin parasal kaynakları gelirlerini oluştururken, bireylerin hayat kalitesini meydana getiren haklar ve ihtiyaçlarına erişim olanakları, sahip olunan gelişmişlik durumunu belirtir. Ekonomistlerin bir kısmı gelişmişlik seviyesini ifade etmede ‘kişi başı milli gelir’in yetersiz kaldığını düşündüklerinden gelişmişliği açıklamada *İnsani Kalkınma Endeksini* oluşturmuşlardır ve sağlık da bu endeksin bir göstergelerindendir (Sökmen, 2014: 1).

Sosyo ekonomik statü kişilerin toplum içinde hiyerarşik eşitsizliğini belirten, bir tanımlamadır. Bu tanımlama onların gelir düzeyleri, eğitim seviyeleri, mesleki ve kültür birikimleri sonucu oluşmaktadır ve bahsedilen bu faktörlerin artışı ile de sosyo ekonomik statüleri doğru orantılıdır. Yani toplumdaki bireylerin buldukları statü, onların yaşam standartlarını oluşturmaktadır. Kişilerin yaşam standartları ile sosyo ekonomik durumları ise onların sağlıklı veya hasta olmalarında önemli bir etkidir. Kalabalık konut ve ortamlar, yoksulluk, kötü beslenme; sağlıklı olmaya engel, hastalık yapıcı ve ölüm oranını artırıcı faktörlerdir (Özen, 1994: 135-137). Aksine bireylerin sağlıklı oluşu onların daha iyi eğitim almaları demektir ve sonuçta daha nitelikli insan gücü yetişir. Böylece sağlık; kalkınmada, üretim artışı yaratan bir faktör olmaktadır (Kılıç, 2017: 37).

Tüm ülkelerin gelişmişlik seviyesi tespit edilirken kullanılan büyüme ve kalkınma göstergelerinde sağlık verilerinin önemi oldukça fazladır. Kalkınmanın temel taşlarından olan refah seviyesinin artırılması ve kişilerin refah içinde yaşamasının önemli hedeflerinden biri ve aynı zamanda ön koşulu; ülke nüfusunun sağlıklı, uzun bir yaşama sahip olmasıdır. Özellikle son yıllarda kalkınma, eğitim ve sağlık sorunlarının çözülmesi ile doğru orantılı kabul edildiğinden; ülkelerin kalkınmış sayılabilmesi için o ülkenin, her bireyine ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini tam, istenilen kalite ve miktarda verebilir olması gerekmektedir. Yani vatandaşlarına yeterli sağlık hizmeti sunamayan ve sağlık göstergelerini istenilen düzeylere getiremeyen ülkeler, kalkınmış ülke kabul edilmemektedir (Tokat ve Seçim, 1994: 72). Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini, kalkınmak için yaptıkları atılımların etkinliğini gösteren sağlık kavramı, aynı zamanda ülkelerin karşılaştırılmasında önemli bir ölçüttür (Şen ve Bingöl, 2018: 90).

Sağlıklı bireyin toplumda daha başarılı, daha üretken ve psikolojik açıdan daha mutlu olarak çalıştığı göz önüne alındığında, sağlığın emek faktörüne yaptığı katkı Mikro düzeydeyken; bunun toplum geneline yayılarak, toplumun ortalama sağlığını ve verimliliğini artırması Makro düzeydeki etkisini göstermektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'deki sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik sistemi incelenmiş ve daha sonra bazı dünya ülkeleriyle kıyaslamalar yapılmıştır.

2.1. Sağlık Hizmetleri Sektörü

Kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım süreçlerinde, kurumsal veya bireysel olarak sunulan hizmetleri içeren sağlık hizmetleri, her ne kadar diğer hizmet sektörlerinin özelliklerinin taşısa da bazı yönleriyle öteki sektörlerden ayrılır. İster kamu ister özel şahıslarca sunulsun sağlık hizmetinde; mübadele (değişim) sürecinin kar amacı güdüp gütmemesi ehemmiyet arz etmez, bu sektörde asıl önemli olan ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır. Bu yüzden sağlık sektörü hem kar amacı taşıyan hem kar amacı taşımayan işletmeler olarak kabul görür (Tengilimoğlu vd., 2012: 72-73).

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti ihtiyacı olanlar (hasta- sağlık talep ediciler), sağlık hizmetini arz eden çalışanlar (doktor, hemşire, ebe, diş hekimi, sağlık memuru, diğer hastane personeli: müdür, sekreter, memur, muhasebeci vd., eczacı, tıbbi mümessil...) ile arz hizmetinin sunulduğu kurum ve işletmelerden (hastaneler, sağlık ocakları, dispanserler, halk sağlığı merkezleri, il sağlık merkezleri, sağlık bakanlığı, kişisel muayenehaneler ilaç ve tıbbi malzeme-cihaz üreten şirketler, sigorta şirketleri, laboratuvarlar...) oluşan çok geniş bir sektördür ve bu sektörün yapısı klasik piyasa yapısından bazı farklılıklar arz etmektedir. Bu farklılıklar; sağlık hizmetlerindeki talep yapısı, talepte bulunan hastaların irrasyonel davranışları, hekim davranışı, hizmet belirsizliği, arz şartları, ahlaki problemler, hizmetlerdeki dışsal yapı ve fiyat yapısıdır. Klasik mal ve hizmet talebi sürekli ve düzenli iken sağlıkta talep, hastalık dönemlerinde oluşur ve yeterli gelir sahibi olmak da hizmeti alabilmek için tek başına belirleyici değildir. Çünkü hasta, hastalığının farkında olmayabilir, sonuçta potansiyel talep oluşur ki bu da bize demografik değerlendirmeler ile bu talebi ve hizmet ölçüsünü tahminleyemeyeceğimizi gösterir. Ayrıca hasta acil tedavi

olması gerektiğini bilse bile maliyeti karşılayamadığı için de tedaviyi istemeyebilir. Hastalar bilinçli olarak veya psikolojik sorunlu olduklarında bilinçsizce tedaviyi reddedebilir. Hekimler tedavi seçerken maliyetten ziyade sonuç odaklı nesnel gerçeklere göre seçim yaparlar. Hekimin hizmetini sınamadığımız gibi doktor kendi kar maksimizasyonundan ziyade toplum yararını gözetmektedir veya öyle olması umulur (Mortan ve Toköz, 1984: 11). Bunun yanında hastalar tedavi süreci boyunca maliyet hesabı yapamazlar, tedavinin niteliğini bilemezler. Tam rekabet piyasasından farklı olarak kişiler piyasa hakkında bilgi sahibi değildirler. Hizmetin boyutunu ve kapsamını hastalar değil doktorlar belirler. Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmadığından hekimin önerdiği tedavi kabul edilir. Kişilerin daha az maliyetli bir başka hizmet alanı seçme şansı yoktur. İkame imkânı tüketicileri irrasyonel davranışlara karşı koruduğundan sağlık sektöründe tüketicinin böyle bir imkanı yoktur. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği hasta kendine ıstırap veren, tahammül edemediği yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarına karşı hizmetleri hemen almak ister erteleme istemez. Alınan hizmetin sağlayacağı doyum ve kaliteyi önceden kestirmek neredeyse olanaksızdır. Hastalar, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmete güvenmek zorundayken hizmeti sunan doktor ve personel de hizmeti daha önce test etme şansı olmadığından tamamen etik kurallar çerçevesinde hizmet sunmaktadır. Toplumda bilinç, kültür ve eğitim seviyesinin artması, sektörde rekabetin oluşabilmesi, meslek ve sivil toplum kuruluşlarının gelişmesi, sigorta sosyal güvenlik kurumlarının denetiminin artması tüketici doyumunda ve kalitede artı yönde etkilidir (Tengilimoğlu vd., 2012: 74-77). Bunların yanında rekabetçi piyasadan farklı olarak arz edilen hizmetin getirisi başka bir hizmetle kıyaslanamaz çünkü getiriyi etkileyen tıp diploması, kamunun çalışma izni vermesi ve tıp eğitiminin maliyetli yapısı söz konusudur. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, kamusal mal olarak değerlendirilip devlet tarafından alınan tedbirlerle önlenir. Salgın hastalıkların tedavisi tüm topluma yarar oluşturur bu tip rahatsızlıklarda kişilerin para verip vermemesine bakılmaksızın tedavi ve önleme hizmetleri tüm topluma yönelik yapılır. Ancak salgın ve bulaşıcı hastalıklar dışında kalan rahatsızlıklar için hizmetler kamusal mal niteliğinden çok sağlık hizmetinin bölünme, bireyselleşme özelliğinden dolayı yarı kamusal mal sayılır ve talebini direkt devlet otoritesi belirleyemez. Bu belirsiz halinden dolayı da sağlık hizmetleri diğer kamusal mallar gibi değerlendirilemez. Ayrıca fiyatlandırma mekanizması da tam sigortalılık, hastalığın

bireysel veya toplumsal olarak taşınması ve sağlık hizmetlerindeki sosyal devlet yapısının varlığına göre çeşitlilik arz eder (Mortan ve Toköz, 1984: 12-13).

Sağlık hizmetlerinin arz yapısında ise diğer hizmet piyasalarından farklı olarak kar amacı gütmeyen yapıların mevcut olmasıdır. Sağlık hizmetleri tamamen devlet tarafından karşılanmayan özel sektörün sağlık hizmetlerini yürüttüğü ülkelerde bile etki ve ağırlıkları değişkenlik gösteren kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri, vakıflar, hayır kurumları gibi kuruluşların kar amacı gütmeyen sağlık hizmetleri piyasasında faaliyet gösterdiği görülmektedir. Yani normal serbest piyasa yapısının aksine sağlık hizmetleri sektörü kar amaçlı kuruluşlar, özel sağlık kuruluşları ve kar amacı gütmeyen karma bir piyasa yapısına sahiptir. Tıbbi hizmetlerin fiyatlandırılması, tüm halka eşit ve adil ulaşımının sağlanması ve toplumun sağlığının topyekûn korunabilmesi için ülkeler sağlık politikalarında karma yapı tercih etmektedirler (Kurtulmuş,1998: 59-60). Tıp hizmetinin sosyolize edilmesi sadece bu hizmeti üreten dalın kamu sektörüne kayması demek değildir. Çünkü devlet hastanelerinde fiyatlandırma ve işletme zihniyeti normal piyasadaki gibi yapılmaz. Buradaki asıl amaç tıp hizmetinin tam anlamıyla kamu hizmeti kabul edilmesidir ve ekonomik ölçülerden daha çok sosyal refah hesaba katılmaktadır (Kılıçbay, 1991:41).

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, hem sunulmasında özel uzmanlık gerektirmesi hem de tıbbi tanı ve tedavi araçlarının ileri teknoloji içermesi ve oldukça pahalı olmasından dolayı karmaşık bir örgütlenme yapısına ihtiyaç duyar. Ülkeler bu hizmeti sunarken sosyal devlet anlayışı içinde tutarlı hizmet veren bir modelin yanı sıra ekonomik açıdan optimum maliyetli bir model belirlemek zorundadırlar. Hizmet sunum modeli üç temel bileşenden oluşur ve ülkelerin sağlık hizmetleri sektörü değerlendirilirken bu bileşenlerin nasıl örgütlendiği ve ağırlandırıldıkları, hizmette yararlanılan tüm donanım, teknoloji ve işgücüne bakılmaktadır (Erginöz ve Erdoğan, 2010: 21).

Temelde; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite çalışmaları olarak üçe ayrılan sağlık hizmetleri tabloda 1’de gösterildiği üzere alt basamaklara ayrılır.

Tablo 1

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık Hizmetleri					
Koruyucu Sağlık Hizmetleri		Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Basamakları			Rehabilitasyon Hizmetleri
Kişiyeye Yönelik	Çevreye Yönelik	Birinci Basamak	İkinci Basamak	Üçüncü Basamak	

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı bir topluma sahip olmak için devletlerin, oluşabilecek herhangi bir hastalığa karşı veya oluşmuş ve bulaşma riski yüksek salgın hastalıklar için çevre şartlarını iyileştirerek ya da toplum bireylerini bilinçlendirip onlara aşı, ilaç tedavisi sağlayarak hastalık öncesinde ve sonrasında yapılan tüm hizmetlerine koruyucu sağlık hizmeti denilmektedir.

Prof. Dr. Nusret Fişek’e göre ise bu hekimlik hizmetleri, kendi içinde derecelendirilebilir. Birincil koruma olarak hastalığa yakalanmadan halka (kişilere) ve çevreye yönelik hastalıklardan koruma amaçlı çalışmaları, ikincil koruma olarak erken tanı ve tedavileri, üçüncül koruma ise hastalığın nüksetmesinin önlenmesi ve tedavi sonucu oluşacak komplikasyonların gelişmesini engellemeyi içerir (Fişek, 1982).

Koruyucu sağlık hizmetleri, ileride ortaya çıkabilecek hastalık ve sakatlık risklerini en aza indirmek, hastalığın daha hafif ve kısa sürede atlatılmasını sağlamak için bireyler hastalık belirtisi göstermeden önce hastalığın erken dönemde teşhis ve tedavisi edilmesine yönelik sağlık hizmetleridir. Bu potansiyel tehlikeler fark edilip tedavi edilmez veya

önlenemezse toplum ve kişilerde güvensizlik görülür. Çünkü önlenemeyen hastalık ve sakatlık sonuçta can kaybı, insan sağlığının kaybedilmesi veya hayatın anlamının yitirilmesi bunlara ek olarak da ekonomik kayıp, üretim ve verim kaybı demektir (Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 2021).

Koruyucu sağlık hizmetleri halka (kişilere) ve çevreye yönelik olarak gerçekleştirilmektedir.

Bireylere yönelik aile ve okul aracılığıyla öğretilen temizlik, hijyen, yeterli ve dengeli beslenme eğitimleri, afet, kaza anında hayatta kalınması için yapılması gerekenler veya hastalıklarla ilgili bilinçlendirme ile erken tedaviye yönlendirme çalışmaları, hastalık öncesi bağışıklama (aşılama) hastalık anında ilerlemesini önleyici ilaç kullanımına yöneltme, anne sağlığının korunması, çocukların iyi şartlarda yetişmesi ve ülke nüfusunun daha sağlıklı-kaliteli toplum olması için verilen aile planlaması çalışmaları kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir (İzmit Seka Devlet Hastanesi, 2021).

Çevresel sağlık hizmetleri; sosyal bir varlık olan insanın fiziksel-biyolojik-sosyal çevre şartları iyileştirilerek sağlanır. Her ne kadar toplumsal bilinç, sağlıklı çevre için önemliyse de bu tip hizmetlerin büyük çoğunluğu sosyal devlet anlayışıyla ülkelerin imkânları ile sağlanır. Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerde, toplumsal hastalıkların sıklığı ve tedavi yetersizliği ciddi problemler yaratmaktadır. Küreselleşmeyle birlikte hem çevresel sağlık hizmetlerinin hem de kişilere yönelik bağışıklamanın ve tedavi içerikli sağlık hizmetlerinin önemi daha da artmıştır. Çünkü seyahat özgürlüğü, ortak iş yapma ve ticaret ilişkileri ülkelerin birbirleriyle olan etkileşimini artırmakta günümüzde de tanık olduğumuz salgın ve pandemi hastalıklarının ülkeler arası yayılımı, eski tarihtekilere göre çok hızlı olmaktadır.

Fiziksel çevrede yapılan koruyucu sağlık hizmetlerinin başlıcaları; içilebilir su tahsisi, kirlenmiş suların, sanayi ve çöp atıklarının temizlenmesi, en kırsal kesimler dâhil

alt yapının iyileştirilmesi, radyasyonun etkisiz hale getirilmesi, kemirici, yumuşakça, antropotlar gibi hastalık yapıcılarla savaşıması, halka açık yerlerin denetlenmesi ve temiz tutulması, gıda üretimlerinin denetlenmesi, hava ve gürültü kirliliklerinin kontrol altına alınması, barınakların temiz düzenli oluşturulması, radyasyonun canlılara zarar vermeyecek düzeylerde kullanılması, kazaların önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması sayılabilir. Biyolojik çevreyi oluşturan bitki, hayvan ve mikroorganizmaların sağlık açısından tehlike oluşturmayacak biçimde yaşamalarına izin verilmesi ve denetlenmesi biyolojik çevre için yapılan koruyucu sağlık hizmetleri iken sosyal bir varlık olan insanın toplumsal şartlardan kaynaklanan sıkıntılarının azaltılması ve daha sağlıklı bireyler oluşmasına yönelik çalışmalar da sosyal çevreye yönelik koruyucu hizmetlerdir (Akar ve Özalp, 1998: 18-19).

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak, hastalık veya sakatlık durumları ortaya çıktıktan sonra doktor ve yardımcı sağlık personeli tarafından tamamen kişiye özel, hekim kontrolünde sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen tanı-teşhis-tedavi sürecini içeren hizmetlerdir. Hastalıkların tedavisi ile kişilerin yaşam kalitesinin artarken toplumun ortalama ömrünü de uzamakta bu ise verimliliği yükselterek milli geliri pozitif etkilemektedir. Bu hizmetler hastalığın durumuna göre üç farklı basamakta gerçekleştirilir. 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Alma Ata bildirgesinde devletlere, sağlık sistemlerini *birinci basamak* sağlık hizmetleri üzerine kurmaları önerilmektedir (Erginöz ve Erdoğan, 2010: 23). DSÖ '21.yy'da herkes için sağlık' hedefini 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma yönelik temel sağlık hizmetlerine (birinci basamak sağlık hizmetlerine) ulaşılabilmesi olarak açıklamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliği toplumda hastalık yükünü azaltırken ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının daha kaliteli, verimli ve iyi sağlık hizmeti ve eğitimi vermelerine imkân tanır. Bu ise ancak ülkelerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir anlayış içinde düzene koyulup yaygınlaştırılması ve herkes tarafından tercih edilebilir düzeye getirilmesiyle gerçekleştirilebilir. Ülkemizde 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerinden olan çağdaş aile hekimliği planı da bu

minvalde bir uygulamadır. Planın temeli Prof. Dr. Nusret Fişek'in de önerdiği bireylere yönelik hem koruyucu hekimlik hem de tedavi hizmetlerini kapsayan entegre sağlık modelidir (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2021). Bugün ülkemizde uygulanan birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta veya evde teşhis tedavi ve rehabilite hizmetleri ile bazı koruyucu sağlık hizmetlerinin beraber yürütüldüğü kişilerin sağlıkla ilgili konularda ilk başvurduğu, ülke genelindeki yaygın aynı zamanda etkin, düşük maliyetli sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (HSGM Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı, 2021).

Sağlık kurumları sınıflandırmasında, ilk başvuru ve evde veya ayakta tedavi hizmetlerinin gerçekleştirildiği sağlık ocakları, sağlık merkezi, dispanserler ve muayenehaneler gibi yerler birinci basamak sağlık kuruluşlarını oluştururken, yataklı tedavi hizmetlerinin mümkün olduğu ve çok yoğun teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavi edildiği yataklı sağlık birimleri ve hastaneler ikinci basamak sağlık kuruluşlarını meydana getirmektedir. İleri teknoloji ve uzmanlaşmış ekibe sahip ileri tetkik ve özel tedavilerin yapılabildiği fakülte (tıp-dış) hastaneleri, dal-branş hastaneleri ile araştırma-eğitim amaçlı kurulan hastaneler üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır (Tengilimoğlu vd., 2012: 82).

Bu hizmetler; tedavi başlangıcından (ister ambulans vb. gezici araçlarda ister muayenehane vb. en alt basamak sağlık kuruluşunda olsun isterse acil servis veya ameliyathaneler de dâhil hastanelerde olsun) tedavi içeriğinde yer alan ilaç ve sağlık ekipmanlarının kullanımının sonlandırılmasına kadar geçen tüm süreyi kapsar.

Rahabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Her ne kadar koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı durumlarda tedavilerle kişiler sağlıklarına kavuşturulmak istense de bu her zaman mümkün olamaz. Geç kalınmış, eksik ya da yanlış uygulanmış tedaviler ve kazalar sonucunda bireyler yaşamlarını kaybedebilir, sakat kalabilir veya kendilerinde meydana gelen sağlık sıkıntılarına bağlı

ruhsal çöküntü yaşayabilirler. İşte tüm bu sorunların çözümü diğer bir sağlık hizmeti olan rehabilite edici sağlık hizmetlerini oluşturur.

Bu hizmetler, koruyucu ve tedavi edici çabalara rağmen oluşan kalıcı hasarların ve sağlık engellerinin etkilerini minimum düzeye getirmek; bireylerin, hayatlarını mümkün mertebe ikinci kişilere bağımlı olmadan tek başına idame ettirebilmesini amaçlar. Rehabilite hizmeti alan kişilerin yeniden üretken bir hayat sürdürmesi, sosyal açıdan yeterli ve yetkin hale gelmelerinde kişinin sosyal çevresinin ve aldığı sağlık hizmetinin katkısı oldukça yüksektir. Yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezlerince sağlanan rehabilite sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve mesleki (sosyal) rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır (MEB, 2015: 7).

Eğer sunulan bu çözümler protez vb. tıbbi cihaz takma, dolgu yapma, güç kaybı oluşan organlara fizik tedavi uygulama gibi işlevini yitirilen uzvu tedavi etmeye yönelikse tıbbi rehabilite çalışmaları olarak adlandırılır ve bu tip çalışmalar sağlık personellerince (hekim, hemşire, fizik tedavi uzmanı, ortopedist, protez ortez teknikeri-teknisyeni...) verilirler. Psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı gibi hekim ya da destek personelleri ile kişilerin tıbbi ve rehabiliteye yönelik tedavileri son bulmasına rağmen devam eden veya afet ve kaza sonrasında oluşan psikolojik travmalarının çözümüne yönelik olan, kişilere esenlik kazandırma çalışmalarına ise sosyal veya mesleki rehabilitasyon denilmektedir.

Başka ifade ile mesleki rehabilitasyon belirli bir işte çalışamayan ya da iş kazaları sonucu daha önceki mesleklerini yapamayan kişilere yönelik yeni bir iş sağlama, meslek öğretme ve/veya bu işlere uyum sağlamalarına yönelik gerçekleştirilen sağlık hizmetleridir ('Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri Nelerdir?' 2021). Mesleki iyileştirme bireylerin moral ve motivasyonlarını artırmanın yanında kaybettikleri fiziksel gücü mümkün mertebe geri getirme yönelik bunun mümkün olamayacağı uzuvların tamamen kaybedilmesi ya da işlev göremez hale gelmesi durumunda ise bireyin çalışma isteğini karşılayacak ve ampute olarak yapılabilecek yeni meslekleri öğretip kişiyi o yöne yönlendirme olarak yapılabilmektedir. Mesela bir kaza sonucunda elinde hasar kalmış genç bir cerrahın,

rehabilite edilerek mesleğine geri dönmesi sağlanabileceği gibi kalıcı hasar durumunda, hekim eğitim sektörüne yönlendirilebilir. Böylece hem hekimin bilgilerinden öğrencilerin yararlanması sağlanır, hem de kişinin erken emekli olup hayattan kopmasının önüne geçilir.

2.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dünü Bugünü

Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması; T.C. Anayasası ile güvence altına alınmış olup madde 56’da şu şekilde gibi düzenlenmiştir: ‘Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir’ (T.C. Anayasası, 1982).

Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadar Türkiye’de sağlık hizmetleri gelişmeye devam etmektedir. 3 Mayıs 1920’de 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan ADIVAR atanmıştır. Bu dönemde savaştan çıkan ülkenin tüm alt yapıları gibi sağlık sistemi de yok denecek düzeyde olup Türkiye’de sağlığın alt yapısının bu tarihte başladığı kabul edilmektedir.

Cumhuriyetin ilanından sonra Dr. Refik SAYDAM sağlık alanındaki gelişmelerde önemli roller üstlenmiştir. 1930’da çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlık hizmetlerinin planlanması, programlanması ve yürütülmesi düzenlenmiş; yoğun nüfuslu yerlerden kırsal kesime doğru sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlanmıştır. Günümüzde ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi devam etmektedir. Programla amaçlananlar arasında; sağlık hizmetlerini daha düzenli ve efektif bir hale getirme, sağlık çalışanlarının daha iyi şartlara kavuşması, koruyucu hekimliğin

geliştirilmesi, kişileri kendi sağlık durumlarını kontrol edebilir düzeye getirme, anne bebek ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı ve kronik rahatsızlıkların risk faktörlerinin bireylere aşılması, ülke vatandaşlarının sağlık düzeyinin daha iyi konuma getirilmesi, etkin kaynak kullanımı ve israfın önlenmesidir. Bu hedefler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetleri (ki en yaygın hali aile hekimliği) ülkenin her köşesine götürülerek halkın kolaylıkla ayakta sağlık hizmetlerini alabilmesi sağlanmaktadır. Aile hekimliği projesi ile bireylerin hem sağlık durumları (tercih ettikleri) hekim tarafından takip edilmekte hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının rahat ve etkin çalışmasına olanak verilerek uzman hekimlerin daha ileri seviyedeki hastalıklarla ilgilenmesi ve eğitime katkı sunmaları gerçekleştirilmektedir ('Türkiye'de Aile Hekimliği', 2021).

Türkiye'de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın (SB) uhdesinde olup bakanlığın izin ve yönlendirmeleri ile kamu ve özel sektör tarafından gerçekleştirilir. Tüm sağlık işlerinin yürütme görevini gerçekleştiren Bakanlığın amaçları arasında; halkın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık risklerinin önlenmesi veya azaltılması, uluslararası yayılım gösteren hastalıkların ülkeye girmesinin önlenmesi, teşhis, tedavi, rehabilite hizmetlerinin yürütülmesi, ilaçlar, tıbbi ürünler ile bunların etken veya yardımcı maddelerinin, tıbbi cihazların kaliteli ve güvenli olarak halka ulaştırılması, piyasaya sürülmesi ve sonrasında denetimlerinin gerçekleştirilmesi, tüm yurt içine eşit kaliteli verimli hizmet sunulmasının plan ve alt yapısı yapılarak ülke genelinde sağlıklı bir toplum için uygun hizmet dağılımının yapılması, sağlık hizmetlerinin sorunsuz yürütülmesinin sağlanması, sayılabilir. Tüm amaçların gerçekleşmesi için ise bakanlık; yurt genelinde gerekli tedbirleri almakla, insan sağlığını etkileyen her türlü faktöre yönelik uygulama ve düzenleme esaslarını belirlemekle, sağlık birimleri arasında koordinasyonu sağlamakla, strateji ve hedeflerini belirlemekle, acil hal ve afet durumlarında sağlık hizmetlerini belirlemekle, bölgesel farklılıkların en aza indirilmesini sağlamakla, görev ve hizmet gereği olan tedbirleri almakla, ilaç fiyatlarının belirlenmesine yönelik usul ve esaslar için Bakanlar Kuruluna teklif sunmakla yükümlüdür (SB, 2019).

2.1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Görevli Kurumlar

Yukarıda da bahsedildiği üzere ülkemizde tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu olup bu hizmetler kamu ve özel sektör tarafından koordineli bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Sosyal devlet politikası gereği ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm yurttaşlara ulaşabilmesi amacıyla kamuya ait sağlık kurumları önemli bir görev üstlenmektedir. Çünkü özel sağlık kurumlarının hem tedavi ücretlendirmesi açısından daha pahalı hem de ulaşılabilirlik açısından daha çok büyük kent merkezlerinde olmalarından dolayı yurt çapında yeterli dağılım gösterememeleri kırsal kesim için ulaşım maliyeti ve zorluğu oluşturmaktadır.

Tedavi edici hizmetleri birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilirken; koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kurumu olan aile hekimlikleri ve toplum sağlığı merkezleri ile belediyeler, il özel idareleri, muhtarlıklar, il sağlık müdürlükleri, çevre ve şehircilik bakanlığı, gıda tarım ve hayvancılık bakanlığı gibi hem bireylere yönelik hem de çevrenin temizlik, ıslah işlerinde görevli çok çeşitli kurumlarca gerçekleştirilmektedir. Sağlık sektörünün alt yapısındaki insan kaynağını ise üniversiteler ile sağlık meslek liseleri yetiştirmektedir. Bunun yanında sigorta şirketleri, Sosyal Güvenlik Kurumu, iş sağlığı ve güvenliği birimleri, çeşitli vakıf ve dernekler, işyerleri, okullar gibi insan ve toplum sağlığı ile ilgili çok çeşitli birimler sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve/veya koruyucu- tedavi edici hizmet aşamasında rol oynamaktadır.

Sağlıkla ilgili politikaların oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), sivil toplum kuruluşları ile özel sektör kuruluşları yer alırken bu politikaların kanunlaştırılması ve Anayasaya uygunluk denetimlerinde Anayasa Mahkemesi ve Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) rol almaktadır. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ise hem Bakanlık ve DPT’ye danışmanlık hizmeti vermekte hem de sağlık sektörünün insan kaynağını sağlamakta olup Maliye Bakanlığı (MB), Sosyal Güvenlik

Kurumu (SGK) ve özel sigorta kuruluşları sağlık hizmetlerinin finansmanında görev almaktadır. Sağlıkta idari karar alma yetkisi ise Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı İl Sağlık Müdürlüğü uhdesindedir (Tengilimlioğlu vd., 2012: 145-146).

Ülkemizde daha önceleri birinci basamak yataksız sağlık hizmetleri; sağlık evleri, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, hıfzıssıhha enstitüleri, bölge laboratuvarları, entorobakteri laboratuvarları, özel muayenehane ve laboratuvarlarca gerçekleştirilirken sağlık alanında yapılan reformlarla günümüzde bazı değişikliklere gidilmiştir. İlk olarak 2004 yılında çıkarılan kanunla pilot uygulama olarak başlatılan aile hekimliği uygulaması 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede (R.G.) yayınlanan yönetmelikle kaldırılmış ve aynı yıl tüm illerde pilot uygulama yerine normal uygulama biçimine geçilmiştir. 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile '*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun*'un içeriğinde değişiklik yapılarak ismi '*Aile Hekimliği Kanunu*'na çevrilmiştir.

Ülkemizde ilk kurulan birinci basamak sağlık merkezlerinden olan sağlık ocakları bugün aile hekimliğinin yürütüldüğü sağlık birimlerindedir.

Aile hekimleri, bireylerin ve ailelerin ikamet yerlerine yakın kolay ulaşılabilir yerlerde hizmet veren birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilite ve danışmanlık hizmetlerini gerçekleştiren tam gün esasına göre çalışan aile hekimi uzmanlarından veya Bakanlığın şart koyduğu eğitimleri alan tabip ya da uzman tabiplerden oluşmaktadır. Aile hekimleri; aynı zamanda birey ve ailelerin yaşama şartlarını, sağlık durumlarını takip ederek gerekli kayıtları tutmakta, periyodik sağlık muayenelerini, izlem ve sağlık taramalarını (kanser, kronik rahatsızlık, gebelik, loğusalık, yenidoğan, bebek, yaşlı takibi) gerçekleştirmektedirler. Aile hekimleri, gerektiğinde yatalak hastalar için gezici sağlık hizmeti sağlamakla da yükümlüdürler ('Aile hekiminin tanımı', 2021).

Diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan ve Cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan hıfzıssıhha enstitüleri 1983 yılında merkezi Ankara olan ve on beş farklı ilde şubesi bulunan *Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı*'na dönüştürülmüştür. (2011 yılında 663 sayılı kararname ile tüm yetkileri Halk Sağlığı Kurumu'na devredilmiştir.) Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının temel görevlerinin başlıcaları; aşı, serum, antijen üretmek, ilaçların, kozmetik ve biyolojik ürünlerin kontrollerini, su, gıda kimyasal madde kontrollerini, laboratuvar tetkiklerini yapmak, sağlık personeline hizmet içi eğitim ve ilgili tüzükler doğrultusunda uzmanlık eğitimi yapmak sayılabilir. Bölge Laboratuvarları başkanlığa bağlı ve onunla aynı görevleri yapmakla yükümlü fakat yetkileri daha kısıtlı olan farklı illerdeki çalışma merkezleriydi. Enterobakteriyel Laboratuvarlar ise bölge laboratuvarlarının yükünü hafifletmek amaçlı kurulmuş rutin hizmetleri yapmaya yönelik il merkezlerinde kurulan daha küçük laboratuvarlardır. Bugün 'Halk Sağlığı Laboratuvarı' ismiyle hizmete devam edilmektedir. Dispanserler ise tek yönlü sağlık hizmeti veren ve ilgilendikleri hastalıkların uzmanı olan hekim ve sağlık çalışanı bulunan sağlık merkezleridir. Ülkemizde halen 'verem savaş' dispanserleri mevcut olup daha önceki yıllarda 'deri ve tenasül (zührevi) hastalıklar', 'trahom savaş' ile 'akıl ve ruh sağlığı' dispanserleri de bulunmaktaydı (Akar ve Özalp, 1998; 52-56).

Bugün birinci basamak sağlık hizmeti veren diğer birim ve kurumlar ise şunlardır: Eczaneler, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), İlçe Sağlık Müdürlüğü, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık üniteleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, resmi kurum tabiplikleri ile işyeri sağlık ve güvenlik hizmet birimleridir ('Sağlık Hizmeti Basamakları', 2021).

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), bölgesinde ikamet eden halkın sağlığını korumak ve iyileştirmek için bölgedeki risk ve sorunları tespit edip gerekli önlemleri alan ve/veya aldırarak, bölgesindeki bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşların koordineli çalışmasını sağlamakla görevlidir. TSM birinci basamak koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkin verimli bir biçimde bireylere verilmesini destekleyen, denetleyen ve değerlendiren sağlık kurumlarıdır (HSGM Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı, 2021).

‘Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik’e göre faaliyet gösteren özel poliklinikler de birinci basamak özel sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır. Hekimlerin serbest olarak açtıkları muayenehaneleri ise bu kapsamda değildir (‘Birinci ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları hangileridir?’ 2021).

İkinci basamak (yataklı) sağlık hizmetleri başta devlet hastaneleri olmak üzere, özel hastaneler ve çeşitli sağlık merkezlerince yürütülmektedir. Bu kapsamdaki resmi sağlık kurumları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, dal hastaneleri, diğer resmi kurum hastaneleri iken özel sağlık kurumları; ‘Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik’e göre açılan özel tıp merkezleri ve özel dal hastaneleri ile Özel Hastaneler Yönetmeliği’ne göre açılan özel hastanelerdir (‘Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları Hangileridir?’ 2021).

Yüksek teknoloji ve donanıma sahip, ileri düzeyde tetkik ve tedavilerin yapılabilirdiği, eğitim ve araştırma hizmetlerinin verildiği hastaneler ise üçüncü basamak sağlık kurumlarını oluşturmaktadır. Bu kurumlar, birinci ve ikinci basamakta teşhis ve tedavisi yapılamayıp sevk edilen hastaları kabul ettiği gibi direkt randevu ile müracat eden hastalara da hizmet vermektedir. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, vakıf üniversite hastaneleri ile özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık kurumlarına örnektir.

Bunların dışında ilgili mevzuat kapsamında, ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının izin belgelerine, bağlı birim olarak eklenerek açılan birimler mevcuttur. Bu birimler: Diyaliz merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezleri, semt poliklinikleri, çocuk ve ergen madde bağımlılığı tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar, obezite merkezleri, toplum ve ruh sağlığı merkezi, üremeye yardımcı tedavi merkezi vb.’dir (‘Sağlık Hizmeti Basamakları’, 2021).

2.2. Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri

Hayatın akış ve devamlılığı gereği canlılar hayatlarını sürdürürken çeşitli (çevresel, sosyal, ekonomik) zorluk, afet, hastalık, kaza ve ölüm gibi risklerle karşı karşıya kalırlar. Bu riskler canlının kendinden kaynaklı olabileceği çevre kaynaklı da olabilir. Canlının hayatına sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için oluşan bu sıkıntıların giderilmesi gerekir. Doğal yaşamda her ne kadar ‘güçlü güçsüzü yener’ mantığı işlese de bu anlayış (özellikle insanlar için), medeniyetlerin gelişmesi ile birlikte yerini güvenceli ve sağlıklı ortak yaşam anlayışına bırakmıştır. Ülkelerin birinci hedefi, *insan yaşamının kalitesi* olsa da devletler, topraklarındaki *tüm canlıların kaliteli yaşamalarına* yönelik tedbirler almaktadır. Buradaki amaç hem ekolojik dengeyi korumak, hem tüm canlı yaşamına saygı göstermek hem de temel amaç olan insan sağlığı için yaşadığı çevre şartlarını iyileştirmektir. Anayasamızın 60. maddesinde ‘Herkes Sosyal Güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar’ hükmü yer almaktadır (TBMM,(t.y.)). Bu amaçlar doğrultusunda devlet, insanların sağlıklı bir çevre (yeterli miktarda yeşil alan) ile evcil ve yaban hayvanlarının yaşam hakkı için kanunlar düzenlemektedir. Bu kanunlara örnek olarak; orman kanunları, avcılık düzenlemeleri, sokak hayvanlarının korunması, çevre ve şehir düzenlemeleri ile direkt insan hayatına yönelik sosyal güvenlik sistemleri gösterilebilir.

2.2.1.Sosyal Güvenlik

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO)’ya göre sosyal güvenlik; kamusal tedbirler olarak, iş kazası ile meslek hastalıkları, analık, aile yükleri, işsizlik, malullük, yaşlılık, hastalık, ölüm ve hamilelik gibi durumlarda oluşacak sosyal ve ekonomik zorluklarla karşılaşan toplum bireylerinin korunması ve gelir sağlanması, çocuklu ailelerin desteklenmesi ve tıbbi tedavilerinin karşılanmasıdır (Dur, 2015: 128).

İnsan hakları Evrensel Bildirgesinin 22 maddesinde de ‘Herkes, toplumun bir bireyi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir; sosyal güvenlik, bireyin onurunu, kişiliğinin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesi temeline dayanır’ denilmektedir (TBMM, 2021). Toplumsal huzur, sağlık ve mutluluk için o toplumu oluşturan tüm bireylerin gelecek kaygısının minimum olması hedeflenir.

Gelişme; kültürel, ekonomik, siyasi ve toplumsal olarak bir bütündür ve niceliğinin yanında, gelişmenin niteliği de önem arz etmektedir. Kalkınma ve büyümenin getirdiği değişimlerden oluşan sorunlara; toplumun tamamına huzur, sağlık ve mutluluk verecek şekilde çözümler üretilmeli ve bu çözümler sosyal demokratik devlet anlayışı içinde adaletli ve sağlıklı olmalıdır. Ülke vatandaşlarının tümü ekonomik ve toplumsal haklardan Anayasa’ya uygun şekilde yararlanabilmelidir (DPT, 1979: 655).

2.2.2.Sosyal Güvenlik Sisteminin Oluşumu ve Gelişimi

İnsanlar, iradeleriyle oluşan veya iradeleri dışında gerçekleşen; ekonomik, sosyal, fizyolojik, mesleki ve sağlıkla ilgili çeşitli rizikolarla karşılaşabilmektedirler ve bağlı oldukları veya yaşadıkları devletlerin bu riskleri bertaraf etmesini, sonuçlarını onarmasını ve kendilerini en az zararla kurtarıp geleceklerini daha yaşanılır hale getirmesini beklerler. Bunun yanında güvenlik ihtiyaçları karşılanmış, insan onuruna yaraşır, sağlıklı, mutlu, huzurlu bir hayat beklemektedirler. İşte sosyal güvenlik sistemi, toplumda bireyler arasında gelir statülerine göre ayırım ve ayrıcalık yapılmaksızın, sosyal ve ekonomik olarak hem bugünlerini hem gelecek yaşantılarını güvence altına almayı hedefleyen, yukarıdaki ihtiyaçlara cevap verecek devlet sistemini içerir (SGK, t.y.).

Sanayi devrimine kadar sosyal güvenlik hizmetlerini, dini kurumlar, yardım sandıkları ve aileler karşılamaya çalışmıştır. Yani bir nevi zenginden yardım toplayarak gelir düzeyi düşük bireylerin ve ailelerin ihtiyaçları sağlanmaya çalışılmıştır. Bu durum sosyal yardımların sistemli ve güvenilir olmasını engellemiştir. Çünkü yardım yapan kişi

ve kurumların bütçe ve ödeme durumları ile yardıma ihtiyacı olanların talepleri her zaman örtüşmeyebilir.

Fransız Devrimiyle birlikte toplumun ihtiyaçlarının devletlerce karşılanmasına dikkat çekilerek, sağlık yardımları, istihdam gibi kavramlar gündeme gelmiş ve bu düşünceler 1793 senesinde yayınlanan İnsan Hakları Bildirisine de konu olmasına rağmen istenilen sonuç elde edilememiştir. 1819 yılında Güney Amerikalı lider olan Simon Bolivar ‘En mükemmel yönetim sistemi mümkün olan azami mutluluğu, azami sosyal güvenliği ve azami siyasi istikrarı yaratabilendir’ diyerek sosyal güvenlik kavramını dile getirmiştir (Karadağ Erdem, 2010: 6-7).

Günümüzdeki anlamıyla sosyal güvenlik kavramının temeli Alman devlet adamı Bismarck tarafından atılmıştır. İlk olarak 1883’de hastalık sigortası oluşturulmuş, 1884’de iş kazası sigortası ile 1889’da sakatlık ve yaşlılık sigortaları oluşturulmuş bu sigortaların fonları ise işçi ve işverenlerden yapılan kesenekler ile devlet katkısından oluşturulmuştur. 1942 yılında İngiltere’de yayınlanan Beveridge Raporu ile sosyal güvenliğin finansmanının vergilerle sağlanması düşüncesi ortaya konulmuştur. Kavram olarak ‘sosyal güvenlik’ 1935 yılında Amerika Sosyal Güvenlik Kanununda geçmiş ardından 1944 yılında Philadelphia Konferansında, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından kullanılmıştır (SGK, t.y.).

2.2.3. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Hizmeti Alımı

Sosyal güvenliğin insanlar için amacını; iki temel grupta belirtebiliriz. Bu amaçlar yaşlılıklarında yani çalışma performansları düştüğünde veya yok olduğunda onlara devamlı bir getiri (emeklilik maaşı) sağlaması ile çalışma hayatı boyunca veya sonrasında tedavi giderlerinin tamamının veya bir kısmının karşılanmasıdır.

Bireyler çalışma ya da serbest zamanlarında karşılaştıkları hastalık, kaza, afet gibi olaylarda ekonomik durumları olmasa bile sağlık giderlerinin karşılanmasını, yeterli ve

gerekli hizmetleri alabilmeyi isterler. Eğer bu sağlık sorunları kalıcı ve onların iş yapamaz duruma gelmesine neden olduysa erken-malulen emeklilik ile yine hayatlarının geri kalanında belli bir gelire sahip olmayı amaçlarlar.

Sosyal devlet anlayışı gereği sosyal güvenlik sistemi sadece çalışan bireylerin değil tüm halkın hakkı olup bütün vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanması ve geçici süre işsiz kalan veya sürekli çalışamayanların (engelli, yaşlı, dul, yetim vb.), vatan uğruna can veren şehitlerin yakınları ile gazi ve gazi yakınlarının gelirinin olması amacını taşır. Bu gruplardaki ödemeler ve sağlık hizmetleri belli istisnalar dâhilinde yapılmaktadır. Örneğin emekli sandığı ve SGK ödemeleri hiç olmayan ve aylık gelirleri asgari ücretin altında olan vatandaşlara yeşil kart sağlanırken, daha önce sigortalı işte çalışıp işten ayrılanlar veya çıkanlar için yeşil kart uygulaması yapılması, ancak kişilerin illerdeki sosyal hizmetlere başvurup gelir durumuyla ilgili kurum şartlarını sağlaması halinde olmaktadır. Bunun yanında yeşil kart sahiplerinin tümü de aylık gelire sahip olmayabilir. Mesela hiçbir sağlık güvencesi ve sigorta girişı olmayan vatandaşlar yeşil karta sahip iken işe girdiklerinde çalışabilecek durumda olduklarından maaş gelirleri yoktur. Bu durumdaki kişiler genelde anne babası yeşil kartlı olup kendileri sigortalı işte çalışmayan gençlerdir. İşten çıkartılan ve kanunda öngörülen şart ve süreleri taşıyan kişilere işsizlik ödeneği sağlanırken, yeşil kart hakkı verilmeyebilir. Yeşil kartlı kişilere ödenen yaşlılık aylığında, kişilerin altmış beş yaş üstü ve geçimlerini sağlayacak başka yeterli bir gelirlerinin olmaması esastır.

Türkiye’de sağlık hizmeti alınabilmesi için genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında bulunmak esastır. Yani ya kişi kendisi sağlık sigortasına sahip olmalı ya da ona bakmakla yükümlü olanların sağlık sigortasına tabi bulunmalıdır. Bu kapsamdaki kişilerin tedavi olabilmeleri için dört şart vardır. Bu şartlar, sağlık sigortası primlerini ödemesi (veya bağlı oldukları kurum, işyeri tarafından ödenmesi), sağlık kurumlarında kimliklerini ibraz etmeleri, sevk zincirine uymaları ve devlet tarafından karşılanmayan ilaç ve muayene bedellerindeki katılım payı ile ilave ücretleri ödemeleridir. GSS kapsamında olmak için sigortalı bir işte olma zorunluğu yoktur ancak bu durumda kişiler ya sigorta primlerini kendileri yatıramayacak durumda olduklarını ispat etmeli ve primleri devlet tarafından ödenip Yeşil kart kart kapsamına alınmalıdırlar ya da 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve

Genel Sağlık Sigortası Kanununun ilgili maddelerinde belirtilen istisnai sınıf ya da durumda yer almalıdırlar (Çallı, 2016: 147-150). ‘18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, analık sebebiyle gerekli olan her türlü tedavi hizmetleri ve afet ve savaş ile grev ve lokavt hali’ Kanunun 63, 67 ve 75. maddelerinde istisnai bahsedilen kişi ve durumlardır.

5510 sayılı kanunun ilgili maddelerinde sigortalı olmayıp (herhangi bir emeklilik hakkı olmamasına rağmen), genel sağlık sigortası (GSS) kapsamına girenler belirtilmiş olup kanunun temelindeki amaçlardan birisi de sigortalı olmasa bile İnsan Hakları ve Anayasamız gereği Türkiye’deki tüm bireylerin sağlık hizmeti alabilmesinin önünü açmaktadır. Bu kapsamda çalışabilir durumda olmalarına rağmen herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan ve yeşil kart kapsamına da girmeyen kişiler de acil durumlarda ve kanunda belirtilen şartlar altındayken ücretsiz sağlık hizmeti alabilmektedir.

2.2.4. Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi ve Sosyal Güvence Türleri

Cumhuriyet sonrasında ülkenin her alandaki gelişme ve yenilik faaliyetleri sosyal güvenlik alanında da oluşturulmaya çalışılmış ancak bu çalışmalar 1945 yılına kadar oldukça dar kapsamlı olmuş tam anlamıyla sosyal sigorta sayılabilecek bir yasa çıkarılmamıştır.

Bu amaçla çeşitli yardımlaşma ve dayanışma sandıkları oluşturmuş olup ilk olarak 1926 yılında İmalatı Harbiye Teavün ve Sigorta Sandığı kurulmuştur. Daha sonra sırayla Devlet Demiryolları ve Limanlar İdaresinin Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı (1934), Telgraf Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı (1935), Deniz Yolları ve

Akay İşletmeleriyle Fabrika ve Havuzlar İdareleri Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı (1937), T.C. Ziraat Bankası Memurları Tekaüt Sandığı (1937) kurulmuştur. Bunları, 1938 yılında kurulan Emlak ve Eytam Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, T.C. Merkez Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, Devlet Hava Yolları Umum Müdürlüğü Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı takip etmiştir (SGK, t.y.).

1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1936 senesinde 3008 sayılı İş Kanunu çıkarılmıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile elli kişi üzeri çalışanı olan işyerlerine hekim ve revir zorunluluğu getirilmiş, çocuk işçi ve çalışan kadınların korunması yasalaşmıştır. 1945 tarihli ve 4763 sayılı Kanun ile birlikte Çalışma Bakanlığı kurulmuş daha önce kurulan birçok sandık tek çatı altında toplanmıştır. Aynı yıl 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu yürürlüğe girmiştir. 1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile de farklı sigorta kolları bir araya getirilmesi hedeflenmiştir (Çiçek ve Öcal, 2016: 125-126).

Fakat bu kanuna eklenen geçici 20. Madde ile bankaların, sigorta şirketlerinin, ticaret ve sanayi odalarının kurdukları sandıklar bu kapsam dışında bırakılmış ve bu tip sandıkların özel sosyal güvenlik kurumu gibi faaliyet yürütmeleri mümkün hale gelmiştir (Bank-Sen, 2012).

İhtiyarlık, hastalık ve malullük durumlarını düzenlemek amacıyla 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu (1951) ve 6900 sayılı Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu (1957) çıkarılmıştır.

Ülkemizde 1939 yılında sigorta şirketleri Ticaret Bakanlığına bağlanmıştır. Sigortacılık alanındaki en genel kanun 1959 tarih ve 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu'dur. 3379 sayılı yasa ile 1987 senesinde sigortacılık kanunu revize edilmiş sigorta şirketlerinin mali anlamda gelişmesi amaçlanmış ve bu şirketler Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'na bağlanması kabul edilmiştir (Türkiye Sigortalar Birliği, 2021). Daha

önceki yasalara göre ‘iş sağlığı ve güvenliği’ alanlarında daha kapsamlı olan 1475 sayılı İş Kanunu 1971 yılında yürürlüğe girmiştir. Daha sonra ise Avrupa Birliğine uyum hazırlıkları sırasında 2003 senesinde yerini daha da kapsamlı olan 4857 sayılı İş Kanunu’na bırakmıştır (Çiçek ve Öcal, 2016: 125-126).

2000 yılında başta 99 depremi sonrası gündeme gelen *deprem sigortası* olmak üzere afetlere karşı sigorta işlerini yürütecek Doğal Afet Sigortaları Kurumu (DASK) kurulmuştur. ‘Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu’ 2001 yılında çıkarılmış olup sistem fiili olarak ise 2003 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Aynı yıl Trafik Sigortası Bilgi Merkezi (TRAMER) kurulmuş ve trafikteki tüm araçların sigorta ve poliçe işlemleri bu merkez üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. 5363 sayılı kanunla 2005 senesinde ‘Tarım Sigortaları Kanunu’ çıkarılarak Sigorta Havuzu (TARSİM) kurulmuştur. 2008 senesinde Sigorta Bilgi Merkezi (SBM) kurularak Trafik Sigortaları Bilgi Merkezi (TRAMER), Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER), Hayat Sigortası Bilgi Merkezi (HAYMER) ve Sigorta Hasar Takip Merkezi (HATMER) de bu birimin ait alt görev birimleri haline gelmiştir (Çorlu Ticaret ve Sanayi Odası (ÇTSO), 2017: 3).

Gelişmekte olan ülkemizde yukarıda da belirtildiği gibi Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze sosyal güvenlik kapsamına giren çok çeşitli kanunlar ve bunlara bağlı yönetmelikler çıkarılmış, çeşitli kurumlar ve merkezler kurulmuş olup halen ihtiyaç duyuldukça bu yasalarda revizyonlar yapılmaktadır. Fakat sosyal güvenlik sisteminin temelini oluşturan asıl kanunlar, bireylerin sağlık güvenceleri ile emeklilik maaş ödemeleri ve emeklilik sonrası sağlık güvenceleri ile ilgili olanlardır. Bu bağlamda kurulmuş olan en kritik üç kurum Emekli Sandığı (1949) , Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) (1964) ve Bağ-Kur’dur (1971).

Ülkemizdeki sosyal güvenlik kurumları; aktif sigortalı (sigorta kapsamında, sistemine adına prim ödenen kişiler) sayısının, pasif sigortalı (sigortalılık kapsamında sistemden aylık ve gelir ödemesi alan kişiler) sayısından fazla olduğu 1950-1990 yılları arasında, fon birikimi sağlamış olmasına rağmen emeklilik sistemindeki yanlış ve popülist

uygulamalar, makro ekonomik sebepler ve emek sektöründe görülen olumsuzluklardan dolayı 1990 yılı sonrasında açık vermeye başlamıştır. Finansman açıklarının en önemli nedeni; en verimli çalışma dönemindeki bireylerin, ülkemizdeki erken emeklilik yaşı nedeniyle emekli olup sistemde yüksek oranda fon açığı oluşturmasıdır. Bu açıklar bir süre merkez bütçeden kapatılmaya çalışılsa da sigorta sistemimizde reform yapılmasını esas kılmıştır. Bu sebeple 4447 sayılı kanunla 1999 yılında ülkemizdeki emeklilik yaşının yükseltilmesi de dâhil çoğu temel uygulamalarda düzenlemeler yapılmış, kurumların finans yapısını iyileştirmek için farklı sosyal güvenlik kurumları arasında belli bir standart oluşturulması amaçlanmıştır (Erdem, 2017: 4).

Türkiye’de tüm çalışan ve emeklilerin bilgi kayıtlarının tutulduğu bugünkü adıyla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5502 sayılı kanunla 2006 yılında üç kurumun (Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-Kur) birleştirilmesi ile oluşturulmuştur. 2008 yılında ise 5510 sayılı kanunla sosyal güvenlik sistemi yeniden düzenlenerek sistemin daha katılımcı ve eşit bir yapıya kavuşması amaçlanmıştır. Ayrıca genç nüfusa sahip Türkiye’de, erken emeklilik ve bunun devlete yüklediği harcamaların önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Farklı tarihlerde çıkarılan kanunlarla banka sandıklarında çalışanlar da SGK kapsamına alınmaya çalışılsa da bu kapsamdakilerin hak kaybına uğrayacağı iddiası ile ya Anayasa Mahkemesine açılan itiraz davaları sonucu bu birleştirmeden vazgeçilmiş ya da (bugün olduğu) gibi birleştirmenin uygulanacağı son tarih için yapılan süre uzatmaları ile kanunun uygulanması ertelenmektedir.

Emekli Sandığı

17 Haziran 1949 tarihinde 7235 sayılı T.C. Resmi Gazete (RG) ile kuruluşu bildirilen Emekli Sandığı, 8 Haziran 1949 tarihinde 5434 sayılı kanunla kurulmuştur. Kurum, Maliye Bakanlığına bağlı *'kanunda belirtilen emeklilik işlerini görmek üzere'* kurulmuştur. Emekli Sandığı 657 sayılı kanuna göre görev yapmakta olan Devlet Memurları ve onların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin memuriyet görevi

vasıtası ile hak ettikleri sosyal güvence işlerini yürütmektedir ('Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu' 1949).

Kanunun tanıdığı haklar arasında; emekli aylığı, adi malullük aylığı, harp malullüğü zammı, emekli keseneklerinin geri verilmesi, son hizmet zammı, vazife malullüğü aylığı, ikramiyeler, dul ve yetim aylığı, toptan ödeme, kanunun ilgili maddesinde belirtilen yardımların yapılması ve Biriktirme Sandığında biriken paraların geri verilmesi yer almaktadır. Yasanın ilk halinde kanundan yararlanacaklar; Cumhurbaşkanları, daimi kadrolarda görev yapan memurlar, hizmetliler, bekçiler ile kurumların özel kanunlarına göre teşekkül etmiş yönetim kurullarının başkan ve üyeleri, Amele Birliği aylık, ücretli daimî memur ve hizmetlileri, iller daimî komisyon üyeleri ile emeklilik hakkı tanınan bir görevde daha önce çalışmaları şartıyla belediye başkanları, ticaret ve sanayi odaları kadrosundaki ücretli memurları, rütbeli subaylar ve rütbeli erbaşlar ile uzman çavuşlar, harp okulu öğrencileri, erler (gazilik ve şehitlik durumunda), hatbakkı, dağıtıcı, vaizler, hayrat hademeleri olarak açıklanmıştır. Sandığın yapacağı emeklilik keseneklerinin ise aylık, ücret veya ödeneklerin kadro karşılığındaki orana göre hak sahiplerine ödenmesi sırasında kurumlarca kesileceği yasalaştırılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 1949: 16394-16395).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); Cumhuriyetin kuruluşundan beri farklı sigorta kollarına yayılmış olan işçi statüsünde çalışanların tek çatı altında toplanması amacıyla 1964 yılında 506 sayılı Kanunla kurulmuştur. Kurum iş akdine bağlı tüm özel sektör çalışanları ile kamudaki tüm işçi statüsündekilerle sözleşmeli memurların sigortalılık iş ve işlemlerini gerçekleştirir. Bu işlemler arasında kurum kapsamındakilerin doğum, yaşlılık, mesleki kazalar ve malullük, meslek hastalıkları, sağlık sigortası, emeklilik işleri ve hakları sayılabilir. Kurum 2006 yılında bünyesinde görev yapmakta olan memur ve işçileri ile sahip olduğu taşınır ve taşınmazlar mal varlıklarıyla beraber Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir (Gür, 2015: 39).

Bağ-Kur

1479 sayılı kanunla 1971 yılında esnaf ve sanatkârlar ile serbest (kendi adına) çalışanların, emeklilik fonu olarak kurulan Bağ-Kur, 1988 senesinden itibaren sağlık sigortasını da içerecek şekilde hizmet alanını genişletmiştir (Gür, 2015: 39). Diğer bir ifadeyle herhangi bir işverene bağlı çalışan veya işçi statüsünde olan 4/a'lılar ile 4/c memur statüsü ve kamuda daimi işçi 4/d'li olanlar dışında kalan serbest meslek sahiplerinin bağlı olduğu ve günümüzde SGK kayıtlarında 4/b'li olarak adlandırılan sigorta grubudur. Herhangi bir hizmet akdine bağlı olmadan kendi adına çalışıp vergi mükellefi olan; doktor, noter, avukat, mimar, mühendis, bakkal, terzi, manifaturacı vb. ile çiftçiler, anonim şirket ortakları, köy ve mahalle muhtarları Bağ-kur kapsamına girmektedir ('Bağ-Kur'luların Emeklilik Şartları', 2021). Bu kapsamdaki sigortalılar; sağlık sigortası, yaşlılık, malullük ve ölüm yardımı alabilmektedirler. Bu yardımlar ödenen primlere göre değişmektedir. Kurum mevzuatına göre yirmi dört farklı gelir basamağı için o yılki bütçe kanununda belirlenen katsayıya göre belirlenen tutarda ödeme yapılmaktadır. Sigortalılar ilk altı basamak için her yıl bir yukarı basamağa kurumca çıkartılırken diğer basamaklarda sigortalının talebi ve en az iki yıl aynı basamakta olmak şartı aranmaktadır. Kişiler sigorta başlangıcında talep ettikleri gelir basamağının %25'i kadar sigorta başlangıç keseneği öderken her ay %20 oranında yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası ile %12 oranında sağlık sigortası primi ödemektedirler ('Bağ-Kur', 2021). Emeklilikte, sigortalı hayattayken kendisine aylık ödemesi yapılırken sigortalının ölümü halinde eş, çocuk, anne ve babaya maaş ödemesi yapılmaktadır.

Banka Sandıkları

1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasıyla bağımsız olarak faaliyet gösteren çeşitli sandıkların tek bir çatı altında toplanması amaçlanmış ve 1964 yılında çıkartılan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile de çeşitli sigorta kollarının tek bir yerde toplanması hedeflenmiştir. Ancak adı geçen kanuna eklenen geçici 20. Maddede "Bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya

bunların teşkil ettikleri birlikler personelinin malullük, yaşlılık ve ölümlerinde yardım yapmak üzere, bu kanunun yayımı tarihine kadar tesis veya dernek olarak kurulmuş bulunan sandıklar...” denilmiş ve belirtilen şartların yerine getirilmesi halinde bu tip sandık ve teşekküllere bağlı çalışanlar 506 sayılı kanunun kapsamı dışında tutularak sandıkların özel sosyal güvenlik kurumu gibi faaliyet yürütmeleri mümkün hale gelmiştir. Düzenlemede bu tür sandık kapsamındakilerin sağlık kaynaklı hakları da gözetilmiş ve özel sandıklara bünyelerindeki sigortalılara hastalık, iş kazaları, meslek hastalıkları, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm, eşlerin analık, eş ve çocuklarının hastalık hallerinde diğer sigortaların haklarıyla eş haklar sağlanması zorunluluğu getirilmiştir. Türkiye’de halen faaliyet gösteren 18 özel emekli sandığı mevcut olup bunların on üçü bankalara ait kalan beşi ise sigorta şirketlerinin ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) ne aittir. (Bank-Sen, 2012).

2.3. Sağlık ve Hastalık (Sayrılık)

Canlılarda sağlığı korumak ve üreme en temel içgüdüdür. Beslenme, tehlikelerden uzaklaşma, acılarını yok etme, çiftleşme isteği vb. çoğu içgüdü ve davranışın asıl nedeni de bu temel içgüdülerdir. Bu temeldeki sağlıklı olma ve neslini sürdürme isteği hayvanlarda bazı sezgisel hareketlere dönüşmüştür. Keçilerin gözlerindeki kataraktı çalılara sürterek gidermesi, kabızlık çeken köpeklerin ayrık otu yiyip kendilerini ishal yapmaları bu tip davranışlara örnek verilebilir. Hayvanlardaki içgüdü seviyesindeki bu davranışlar insanlarda zamanla gelişerek bilinçli ve istemli bir hal almış ve bireyselden toplumsal davranışlara dönüşmüştür (Akdur vd., 1998: 3).

Her canlı tam iyilik ve esenlik hali olarak adlandırılan sağlığını korumak ister. Çünkü canlıların refah ve huzur içinde bir ömür geçirmeleri önce sağlıklı oluşlarına daha sonra ise tüm zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir ekonomik getiriye bağlıdır. Birey için hayatını zorlaştıran diğer öğeler, sağlık ve zorunlu ihtiyaçlardan sonra önem arz eder. Hatta beslenme barınma gibi temel ihtiyaçlar bile sağlıktan sonra ehemmiyetli hale gelir. Örneğin ciddi sağlık sorunları, ağrı ve acısı olan kişiye en mükellef sofraya hazırlansa, en iyi

giysiler verilse dahi öncelikle sağlık sorunlarının giderilmesini ya da en azından katlanılabilir düzeye getirilmesini ister. Yeme, barınma ihtiyacını ve onlardaki lüksü ikinci sıraya atar. Çünkü bilir ki kendisi sağlıklı olursa bu ve birçok ihtiyacını kendisi giderebilir onlar için yeterli kazanımı elde edebilir veya en azından onun için çabalayacak gücü kendisinde bulabilir. İşte bu yüzden coğrafyamızda ‘her şeyin başı sağlık’ sözü sıkça tekrür edilmektedir.

DSÖ’nün sağlık tanımında yer alan ruhen ve bedenen tam iyilik hali, sağlığın herkes tarafından direkt algılanan yönüdür. Sosyal yönden tam iyilik hali ise sağlığın kişisel bir olgudan ziyade aynı zamanda toplumsal bir olgu olduğunu ifade eder. Bireyin sosyal hayatı sağlıklı ise sosyal yönden tam iyilik hali mevcut olur. Bir toplumda iş bulma ihtimali yoksa yaşam ve çalışma güvenliği bulunmuyorsa, gelir dağılımı ciddi huzursuzluk oluşturacak boyutta ise o toplumdaki kişiler sosyal yönden tam iyilik durumunda olamazlar (Fişek, 1982).

Tıbbi olarak insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olamaması, hastalık (sayrılık) olarak tanımlanır. Kişide dert ve görev bozukluğuna neden olan bu anormal durumlara bazen sakatlık, yaralanma, semptom, sendrom gibi normalin dışındaki fizyolojik olaylar da eklenerek hastalık terimi daha kapsamlı manada kullanılır (Hastalık nedir?, 2021).

Her ne kadar hastalık tanısını resmiyette hekim koyabilse de sağlık/hastalık yalnızca tıbbi bir inceleme alanı değil sosyal ve kültürel bir konudur. Dolayısıyla hastalık tanımı hekim ve hekim olmayanlar için farklı anlamlara gelebilir. Hekimlere göre hastalık hücre ve dokularda normal dışı fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin oluşturduğu durumdur. Doktor olmayanlar için ise bağlı olduğu kültüre göre şekillenmekte ve kişinin eğitim düzeyi arttıkça yaptığı hastalık tanımı da hekiminkine yaklaşmaktadır (Fişek, 1982). Sağlık ve hastalık, manasını bir nevi içinde bulunduğu toplumdan almaktadır. Tıbbi olarak hastalık belirtisi olan bazı semptomlar, kimi zaman o toplumda hastalık emaresi sayılmadığından kişiler kendini hasta kabul etmez ve tedaviye ihtiyaç duymazlar.

Hastalığın algısında ve ona verilen tepkide toplumdaki inançlar, tutum, eğilim ve değerler rol oynamaktadır. Aslında bireyin kendisini rahatsız hissettiği çoğu semptom o kültürde hastalık belirtisi kabul edilmiyorsa kişi de kendini hasta olarak algılamaz. Hastalığın toplumca tıbbi karşılığını bulabilmesi yaşanan kültürle yakından alakalıdır. Tarihte hastalık kabul edilmeyen şişmanlık, günümüzde obezite olarak değerlendirilmekte ve eskiden olduğunun aksine zenginler kilolu görünmek yerine zayıf ve fit görünmeyi tercih etmektedirler (Aytaç ve Kurdaş, 2015: 231, 247). Diğer yandan günümüzde ruh sağlığı hekimlerince tedavi edilen çoğu rahatsızlık belli dönemlerde ya da halen belli coğrafyalarda, maneviyatla bağlantılı olduğu düşünüldüğünden, hastalara tıbbi tedavi yerine birtakım dini muameleler yapılmaktadır. Bazı hastalar ise kırık, çukuk gibi sorunlarda sağlık merkezleri yerine çukukçu diye tabir edilen ve hekimlik eğitimi olmayan kimselere gitmeyi tercih edebilmektedirler.

Sağlıklı hayat idamesinde sosyo ekonomik etkilerin önemi yadsınamaz. İnsanların yaşadığı konutlar, çevre şartları, beslenme alışkanlıkları gibi faktörler onların hayat kalitelerini belirlediğinden bu tip şartların iyileşmesi bireylerin ve toplumun sağlığını olumlu etkilerken yaşam şartlarının kötüleşmesi aksi durum oluşturur (Özen, 1994: 135).

Sağlık ve hastalık algısında diğer önemli etmen kişisel ve milli gelirdir. Ülkenin ve bireylerin iktisadi durumunun iyiliği, bazı semptomların hastalık göstergesi kabulünde etkili olmaktadır. Örneğin ağızdaki dişlerin çarpık yerleşimi estetiksel görünüm kadar bireyin beslenme alışkanlığında da etkilidir. Ancak eğer o ülkede diş tedavileri pahalı ve/veya devletçe karşılanmıyorsa bireyler genelde diş hekimine başvuramazlar ve kendilerini tedaviye ihtiyacı yokmuş gibi kabul ederler. Oysaki gerçekte bu sorun beslenmede etkiliyse biyolojik, kişinin bilinçaltında estetik kaygısı oluşturuyorsa ruhsal bir problemdir ve DSÖ tarafından kabul edilen tam iyilik durumunu karşılamadığından sağlıklı bir durum kabul edilmez.

Hastalık, ister fiziksel olsun ister sosyo-ekonomik ve/veya çevresel etkiler sonucu oluşan ruhsal sıkıntılardan oluşsun; sağlıklı bir birey ve toplum için hastalığın tıbben tedavi

edilmesi gerekir. Yaşadığı kültürden dolayı birey kendini hasta algılamayıp durumu kabul etmese bile onun bedeninde ve ruhunda oluşan her türlü problem kişiyi gitgide daha çok rahatsız edecek ve sonunda kişinin iyice ağırlaşmasına, sakatlanmasına ya da ölümüne neden olabilecektir.

2.3.1. Hasta ve Hastalık Tanımları

Hasta kavramı tıbben sağlıklı durumda olamayan kişileri nitelemek için kullanılan kavramdır. Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre Farsça kökenli hasta kelimesi; kaza, yaralanma ya da hastalık sebebiyle beden ve ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi ihtiyacı olan kişileri niteleyen, rahatsız ile eş anlamlı olan sıfat olarak tanımlanır. Bunun yanında mecaz ve teklifsiz konuşma olarak da aşırı düşkün, müptela ve zihinsel kabiliyetleri bozulmuş insanlara yakıştırılan tabir olarak açıklanmaktadır (Türk Dil Kurumu, t.y.). Arz talep açısından değerlendirilirse sağlık hizmeti talep eden, bu hizmet sektörünün müşterisi olan canlılar, 'hasta' olarak tanımlanmaktadır. Kökeni Latince olan İngilizce ve Uluslararası literatürde 'hasta' anlamına gelen 'patient' sözcüğü ise kavram olarak acı çeken, sakatlanan, sabreden manasındadır. Bu durumdaki kişiler tıp, diş hekimi, psikolog, hemşire, veteriner veya herhangi bir sağlık hizmeti veren insanların yardımına ihtiyaç duyarlar ('Hasta', 2021, Sayan, 2016). Kişiler kendilerinde bir ağrı, sızı duymamaları halinde sağlıklı olduklarını düşünebilir ancak herhangi bir amaçla yapılan sağlık muayenesinde hekim tarafından hasta olduklarına kanaat getirilebilir veya tam tersi kişi kendini hasta olduğuna inandırabilir fakat sağlık muayenesi ve test sonuçları sağlıklı olduğunu gösterebilir (Dağlı, 2006: 12). Yani hasta kavramı da sağlık ve hastalık gibi çok kesin çizgilerle belirlenen net bir kavram değildir. Eğer kişi DSÖ'nün 'sağlık' tanımlarına aykırı fizyolojik veya ruhsal durumdaysa hasta kabul edilir. Sosyal bilimcilere göre ise birey kendinden beklenen sosyal rolü gerçekleştiriyorsa hasta olarak nitelendirilir ve genelde fertler, iş yapmalarını önleyecek kadar hastalık belirtisi gösteriyorlarsa kendilerini hasta kabul ederler. Öksürük hekim için hastalık göstergesi iken kişinin çalışmasını engellemiyorsa kendine göre hasta değildir. Aynı şekilde boynunda çevresine yapışık katı ve ağrı yapmayan bir kitle olan insan bunun ciddi bir sağlık problemi olduğunu akıl etmeyebilir ama doktor, o insana birkaç ay ömrü kalan akciğer kanseri teşhisi koyabilir

(Fişek,1982:1). Hastalık, doktorlar açısından nesnel bir durumdur ve organlar veya sistemlere ait patolojiyi açıklar. Doktorun koyduğu hastalık tanısı, belirti ve bulgular diğer hekimler tarafından gözlenebilir. Kişiler açısından hastalık durumu, kişinin semptomları algılayıp değerlendirmesine bağlı öznel durumdur. Hasta, hastalık ve sağlıklı olma kavramlarının, kişiler, toplum ve hekimler açısından farklı algılanması, olumlu ya da olumsuz çok ciddi neticelere sebep olmaktadır. Kişilerdeki algı eksikliği hastalıkların erken tanı ve tedavisini engellerken tersi durumdaki algı fazlalıkları da devamlı sağlık kuruluşlarına gitmelerine, sağlık personellerinin tanı koyma hevesleri sayesinde de günlük olası insani durumların tıplaştırılması'na sebep olmaktadır (Hayran, 2012.82-85).

Birey rahatsızlığının farkına varıp kendini hasta kabul edebileceği gibi çevresindeki kişiler bunu fark edip (burada birey kendini hasta olarak görmez ya da kabul etmez) ona uyarıda bulunabilir veya hem kişi hem toplum o insanı hasta olarak görmeye de bilir. Peki, kişilerin ve canlıların kendi ya da yakınlarının gözünden hasta kabul edilme veyahut da edilmemesi tıbben yeterli midir? Unutulmaması gereken hasta tanımının kime göre veya kim tarafından yapıldığıdır. Tıbbi açıdan hastalık teşhisine tıp doktoru, diş hekimi veya veteriner hekim gibi tıbben yetkin kişi karar verebilir. Her ne kadar hayvanlar bu tip bir girişimde bulunmasa bile kimi zaman insanlar sağlık kuruluşlarına değişik amaçlarla da gidebilmektedir. Okuldan kaçmak isteyen öğrenci hasta olmadığı halde böyle bir hizmet talep edebilirken halk arasında hastalık hastası diye tabir edilen sürekli hasta olduğunu ve mikrop kapıldığını düşünen insanlar da sağlık birimlerine gitmektedirler. İşte bu gibi durumlarda öğrencinin gerçekte hastalık taşımadığına dolayısıyla hasta olmadığına, hastalık hastası insanların fiziken değil psikolojik rahatsızlığının olduğuna teşhis koyup tedavi öneren, hekimler ve tıbbi eğitimi olan diğer sağlık personelleridir. Tam tersi bir durumda 'Hekime gitmeyen herhangi bir tıbbi tedavi almadan evinde grip, nezle atlatan kişi sağlık kurumuna başvurmadığından gerçekte hasta değil midir?' sorusu akıllara gelmektedir.

Farklı disiplin ve bakış açılarına göre farklı yorumlanıp algılanan hasta tanımı 01.08.1998 tarihinde çıkarılan ve ülkemizde halen yürürlükte olan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4.maddesi b bendinde 'Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı

bulunan kimse' olarak yapılmaktadır. Yönetmeliğin 6. Maddesinde de 'Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.' denilmiştir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), 2021). Kısaca SB için kişinin hasta kabul edilmesinde, hizmet ihtiyacı duyup talepte bulunması esastır.

2.3.2. Hastalıkların Çeşitli Açılardan Sınıflandırılması

Tıp literatüründe hastalıklar binlerce çeşit olabilmektedir. Bu binlerce çeşit hastalığın önlenmesi ve/veya teşhis, tedavi edilmesi için onların belli gruplara ayrılması önem arz etmektedir.

Hastalığın altındaki ana nedene bağlı olarak kanser, diyabetik, genetik, kronik, alerjik, psikolojik gibi çeşitli gruplandırmalar yapılabilmekte, hastalığın meydana geldiği organ ve dokulara göre göğüs hastalıkları, kalp hastalıkları, göz rahatsızlıkları vb. şekilde isimlendirilebilmekte ya da insanların çalıştıkları ve yaşadıkları çevre şartlarının etkisi ile oluşan meslek hastalığı, enfeksiyon hastalıkları vb. sınıflandırmalara da gidilebilmektedir. İnsanların yaş ve cinsiyetlerine göre de çocuk hastalıkları, ergen ruh sağlığı, kadın hastalıkları vb. bir takım ana gruplandırmalar da olabilmektedir. Yayılım açısından ise bazıları binde veya on binde bir gibi çok ender görülen nadide hastalıklar olabildiği gibi bazıları salgınlara hatta pandemiye yol açan çok bulaşıcı hastalıklar olabilmektedir.

Hastalığın her türlü kişilerde motivasyon kaybı, verim düşüklüğü oluşturmalarına rağmen tedavileri genellikle ömür boyu devam eden kronik rahatsızlıklar bireylerin çalışma yaşamını çok ciddi oranda etkilemektedir. Kronik hastalık, gerçekleştiği vücut sistemindeki organ ve dokularda fonksiyon kaybına neden olurken uzun süreli bu

hastalıklar kişilerde devamlı ağrı, duygu durum bozukluğu ve halsizlik gibi günlük yaşantısını etkileyen farklı belirtilerde meydana getirir. Dolayısıyla bireylerin iş yapabilme yeteneklerinde düşme olduğundan tedavi edilmemeleri halinde ekonomik anlamda işgücü kaybına da sebep olmaktadır ('Kronik hastalık nedir? Çeşitleri nelerdir?', 2021). Tarih boyunca önemini koruyan, çok sayıda insanı hastalandıran hatta ölümlere neden olan, işgücü ve ekonomik kayıp oluşturan bir diğer hastalık grubu bulaşıcı (enfeksiyon) hastalıklardır (Akdur vd., 1998: 389) Bunun yanında kişilerin çalışma hayatlarının sebep olduğu meslek hastalıkları da devam eden iş hayatlarına ve emeklilik dönemlerine tesir edebilmektedir. İnsanların çalışma hayatlarında uzun süreli ve olumsuz yönde etkisi olan bazı hastalık grupları kısaca aşağıda açıklanmıştır.

Kronik Hastalıklar

Genellikle bir yıldan uzun süreli tedavi gerektiren veya hastanın hayatında bir yıldan fazla kısıtlıma neden olan rahatsızlıklardır. Bu hastalıkların genel özellikleri, gelişimini uzun sürede tamamlaması, kimi zaman kişinin fark edemediği belirtisiz bir seyir izlemesi, tedavilerinin uzun süreli ya da ömür boyu sürmesi, bir çok nedene bağlı kompleks olması, bireyde işlev yitimine neden olması sayılabilir. Kronik rahatsızlıkların bazen toplumun çoğunda bazense nadir olarak görülebilmektedir. 'Sağlıklı beslenme, aktif ve pasif sigara içicisi olmamak, egzersiz yapmak, erken tanı ve tedavi' bu tip hastalıkların gelişmesinde önleyici olabilmektedir. Sıklıkla karşılaşılan kronik hastalıklar; diyabet, kalp hastalıkları, kanser, alzheimer vb. demanslar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), yüksek tansiyon, depresyon, astım, kemik erimesi, eklem iltihabı (artrit)'dir ('Kronik Hastalıklar Nelerdir? Kronik Hastalıkların Özellikleri', 2021)

Enfeksiyon Hastalıkları

Çeşitli mikroorganizmaların (bakteri, mantar, parazit, virüs) insan ve hayvan vücudunda meydana getirdiği bulaşıcı hastalıklardır. Hayati risk oluşturabilen bu

hastalıklar akut veya zamana yayılmış çeşitli komplikasyonlarla birlikte gelişebilmektedir. Tüberküloz, ishal, menenjit, ensefalit vb. beyin omurilik enfeksiyonları, sarılık (hepatitler), tifo, HIV, grip, AIDS, yumuşak doku enfeksiyonları, bruselloz, diyabetik ayak enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları bu hastalık grubundakilere örnek verilebilir ('Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji', 2021).

Meslek Hastalıkları

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 14. maddesinde 'Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir' şeklinde tanımlanmaktadır. Kanunun devamında hastalığın bu kategoriye girip girmediğinin tespitiyle ilgili açıklamalar bulunmaktadır. Hastalığın tespiti kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularınca usulüne uygun olarak yapılmalı ve raporlanmalıdır. Bu raporlamalarda işyerindeki çalışma şartları ve tıbbi denetim raporları kullanılmaktadır. Meslek hastalığının ortaya çıkışı çalışanın ayrılışından sonra gerçekleşmiş ise işten ayrılma ve hastalığın ortaya çıkışı arasındaki süre Kurum yönetmeliğinde belirtildiği maksimum süreyi aşmamalıdır aksi halde meslek hastalığının sağladığı haklardan çalışanın yaralanması mümkün olmamaktadır.

Meslek hastalıklarına sebep olan etyolojik faktör (hastalığa neden olan mikroorganizmalar ya da onların toksinleri) bilindiğinden bu hastalıklardan teknik ve tıbbi bir takım önlemlerle korunulabilir. Hastalık sonucu çalışanın sakat kalması, ölmesi vb. durumlarda ise kişinin veya ailesinin tazminat hakkı vardır ve bu da hastalık grubunun sosyal ve hukuki yönünü oluşturur (Akdur vd.,1998: 437).

İş hastalıklarının meydana gelmesinde çalışma ortamı ve biçimi önemli bir faktördür fakat tek başına etken olması beklenmez. Bu hastalıkların oluşumu genellikle karmaşık yapılıdır. Bir hastalığın bu sınıfa dâhil edilebilmesi için meslek ve hastalık

arasında nedensellik bağı olmalıdır. Bu nedensellik bağının yani hastalığın, işin yürütülmesine bağlı olup olmadığının tespiti için meslek hastalıklarında çeşitli sınıflandırmalar yapılmaktadır. Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri tüzüğünde meslek hastalıkları etkenlerine ve görüldüğü organa göre beş grupta toplanmıştır: Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları, mesleki cilt hastalıkları, pnömokyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları, mesleki bulaşıcı hastalıklar, fizik etkenlerle meydana gelen meslek hastalıkları. Meslek hastalıkları etkiledikleri bölge büyüklüğüne, etkenin vücuda giriş yoluna, hastalığın gidişatı ve görünümüne göre de sınıflandırılabilirler. Örneğin; lokal, sistematik meslek hastalıkları; solunum, deri, sindirim yoluyla geçen meslek hastalıkları; kronik, akut görünümlü meslek hastalıkları gibi. Sınıflandırmalarda tıbbi kapsam, SGK kapsamı gibi farklılıklar olmasına ve uluslararası sağlık kuruluşları (EUROSTAT, ILO, DSÖ vb.) ile de tam anlamıyla bir standartlaşma sağlanamamasına rağmen SGK gruplandırmalarında sınıflandırmalar tüm çalışanları kapsamaktadır (ÇASGEM, 2013: 7-13) (Akdur vd.,1998: 437).

Meslek hastalıkları kişilerin üretim süreçlerini etkilediği ve bu süreçlerden etkilendiği için diğer hastalıklardan farklıdır. Kişiler normal şartlarda hastalıkları çevreden, diğer insan ve hayvanlar kaparlar ve bundan dolayı işlerini geçici veya devamlı olarak yapamaz hale gelirler. Ancak burada yaptıkları işler o insanların sağlıklarının bozulmasına neden olmakta ve sağlıklarının bozulmasından dolayı kişiler yine iş yapamaz hale gelmektedirler. Zaten üretim ve verim kaybına neden olan hastalıkların bir de yapılan işten kaynaklı olması o işin devamlı yapılabilmesini engellemektedir. Bu yüzden meslek hastalıklarının tespiti ve meslek hastalığına neden olan işteki etkenlerin belirlenip tamamen veya insan vücuduna zarar veremeyecek limite çekilmesi gerekmektedir. Ülkemizde de bu tip hastalıkların belirlenmesi, hastaya (işçi-çalışan) gerekli tedavi, izin, yardım vb. fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik desteğin yapılabilmesi için bu hastalıklar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, tedavi eden sağlık kurumlarınca takip edilmektedir.

İş Kazaları

İş kazaları DSÖ, İLO gibi dünya örgütlerinin ve 5510 sayılı kanunumuzda tanımlanmakta olup DSÖ'ye göre çoğunlukla kişilerin yaralanmalarına, makine ve teçhizatın zarara uğramasına neden olan önceden planlanmamış ve belli bir süre üretimi aksatan veya durduran olaydır. İLO'nun tanımında ise beklenmeyen ve daha önceden planlanmamış belirli yaralanma ve zarara sebebiyet veren olay olarak açıklanmaktadır.

5510 sayılı kanunun 13. Maddesinin a, b, c, d ve e bentlerinde iş kazası şu şekilde tanımlanmaktadır:

- a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle veya görevi nedeniyle, sigortalı kendi adına ve hesabına bağımsız çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş veya çalışma konusu nedeniyle işyeri dışında,
- c) Bir işverene bağlı olarak çalışan sigortalının, görevli olarak işyeri dışında başka bir yere gönderilmesi nedeniyle asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- d) Emziren kadın sigortalının, çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında, meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ya da ruhen özüre uğratan olaydır.' Tanımdan da anlaşıldığı gibi iş kazası geçirenin kaza anında asıl işini yapması zorunlu değildir. Kazanın zamanın, yerinin ve sebebinin kanunda belirtilen duruma uyması yeterlidir.

İş kazalarının nedenleri güvensiz davranışlar ve güvensiz ortamlardır. İşçi dalgın, dikkatsiz yapmak, bilinçsiz çalışma, makinelerle çalışırken tehlikeli hızlarda, koruyucusuz çalışmak, yanlış araç gereç ile çalışmak, hızlı iş makinesi veya araç kullanmak, görevi olmayan işleri yapmak, görev yeri dışında iş yapmak veya yasak bölgelere izinsiz girmek bu tip davranışlara örnektir. Güvensiz ortamlara neden ise üretimde kullanılan araçların nitelik ve teknolojik özellikleri, denetim ve yönetim hataları, çevre şartlarının sağlıksız oluşu, yeterli kontrollerin yapılmaması, düzensiz çalışma yeri vb.dir. Uygun olmayan basınç alanı ya da kapları, topraklanmamış elektrik hatları, güvenlik alanı belirlenmeyen

boşluklar, yükseklikler, kişisel koruyucu sağlanmayan çalışma ortamları gibi sebepler iş yerlerini iş kazalarına açık hale getirmektedir (Türkiye Genel Hizmetler İşçileri Sendikası, 2021).

İş kazaları işveren tarafından kazadan sonraki üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ya aynı günde o yerde görevli kolluk kuvvetlerine bildirilmelidir. Kaza işverenin kontrolü haricindeki bir yerde oluşmuşsa bildirim süresi kazanın öğrenilmesi tarihinde başlamaktadır. Sigortalı rahatsızlığının bildirimine müsaade ettiği en kısa zamanda olmakla beraber en geç bir ay içinde iş kazası bildirgesi ile doğrudan veya taahhütlü posta ile kazayı SGK'ya bildirmekle mükelleftir ('İş Kazası Bildirim Süresi', 2021). Resmi tatiller veya hafta sonu meydana gelen iş kazalarında bildirim süresi tatilden sonraki ilk iş gününden itibaren işlemektedir ('İş Kazası Bildirimi Nasıl Yapılır, Süresi ve Cezası Ne Kadar?' 2021).

Sağlık kuruluşları ise iş kazalarını olayın kendilerine intikal ettiği günden itibaren on gün içinde SGK'ya bildirmelidir ('İş Kazası Bildirim Süresi', 2021). İşverenler idari para cezası almamak, sigortalı iş kazası haklarından yararlanabilmek için bu bildirimleri yapmak zorundadır ('İş Kazası Bildirimi Nasıl Yapılır, Süresi ve Cezası Ne Kadar?' 2021).

Bu haklar çerçevesinde 5510 sayılı kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bendi kapsamında sigortalı olanlar ile hak sahiplerinin tahsis işlemlerine ilişkin tebliğin 12. Maddesi: 'İş kazası ve meslek hastalığı sigortasından tahsise bağlı yapılan ödemeler; sigortalıya sürekli iş göremezlik geliri, hak sahiplerine ölüm geliri bağlanması, evlenme ve cenaze ödeneği ödenmesidir' şeklindedir (T.C. Resmi Gazete, 2010: 27609).

Normalde sağlık problemi olmasına karşın iş saatleri içinde meydana geldiğinde, beyin kanaması, kalp krizi, sinir krizi ve ani bayılmalar da iş kazası kabul edilmekte ve

sigortalı bu haklardan yararlanmaktadır ('İş Kazası Bildirimi Nasıl Yapılır, Süresi ve Cezası Ne Kadar?' 2021).

2.4. Türkiye ve Dünya Ülkelerindeki Sağlık ve Sosyal Veriler

Çalışmamızın bu başlığında Türkiye ve Dünya'daki sağlık ve sosyal veriler değerlendirilmiş olup Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Dünya Bankası (World Bank) (WB)'dan alınan nicel veriler, önceki başlıklarda işlenen sağlık ve sosyal veriler ile ülke ekonomilerinin durumu yorumlanmaktadır.

2.4.1. Türkiye'deki Sağlık Harcaması Verileri (2010-2019)

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'nin sağlık harcaması verilerinin yer aldığı Tablo 2'de son on yılda toplam sağlık harcamalarının 61678 milyon Türk Lirasından 201031 milyon Türk Lirasına yükseldiği görülmekte ve harcamalar on yıl boyunca devamlı artmaktadır. Ancak Amerikan Doları bazında incelendiğinde 2010 yılında 41067 milyon olan toplam sağlık harcaması 2018 yılında 35000 milyon civarına gerilediği görülmektedir. (Kurumun 2019 verileri için ABD doları cinsinden veri kaydı vermeyişini TL/Dolar kurunun ilgili yıldaki ani artışından olduğu düşüncesindeyiz.) Sağlık harcamaları 2016 yılında bir önceki yıla göre 1100 dolar civarı artış gösterse de sonraki yıllarda yine düşüş eğiliminde olmuştur.

Yine aynı tabloda 2010 yılında 845 milyon TL olan kişi başı sağlık harcamaları devamlı bir artışla 2019 yılında 2434 milyon TL'ye çıkmıştır. ABD Doları cinsinden 2010 yılında 563 milyon dolar olan kişi başı sağlık harcaması, 2013 yılına kadar düşüşteyken, 2013 senesinde 583 milyon dolara çıkmış 2014 ve 2015 yılında yeniden düşüş eğilimi göstermiş, 2016 yılında bir kez daha yükselmiş olup daha sonra tekrar düşüş göstermiştir.

Tablo 2

Türkiye'nin son on yıldaki sağlık harcaması verileri

Veriler/Yıl	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Toplam Sağlık Harcaması (milyon TL)	61678	68607	74189	84390	94750	104568	119756	140647	165234	201031
Toplam Sağlık Harcaması (milyon ABD doları)	41067	40919	41173	44317	43325	38537	39608	38551	35006	-
Kişi başı Sağlık Harcaması (TL)	845	928	987	1110	1232	1345	1524	1751	2030	2434
Kişi başı Sağlık Harcaması (ABD Doları)	563	553	548	583	563	496	504	480	430	
Toplam Sağlık Harcamasının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)	5,6	5,3	5,2	5,4	5,4	5,4	4,6	4,5	4,4	4,7
Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	78,6	79,6	79,2	78,5	77,4	78,5	78,5	78	77,5	78
Hanehalkı Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı	16,3	15,4	15,8	16,8	17,8	16,6	16,3	17,1	17,3	16,7

(TÜİK, 2021)

Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı incelenecek olursa; 2010-2015 yılları arası GSYİH'nin ortalama % 5,4'ü toplam sağlık harcamalarına ayrılmışken 2016-2019 yıllarında bu oran düşerek ortalama % 4,5 civarında gerçekleşmiştir.

On yıllık süreçte kısmi dalgalanma gösterse de toplam sağlık harcamalarının devlet tarafından karşılanan kısmının oranı %77,4 ile %79,2 arasında gerçekleşmiştir. Bu da bize daha önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payının oldukça yüksek (% 3/4 ile % 4/5 arasında) olduğunu göstermektedir.

Bu on sene içerisinde hane halkının sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranının %15,8 ile %17,8 arasında değiştiği görülmektedir. 2010 yılında %16,3 olarak gerçekleşen bu oran, devlet harcamaları ile ters yönlü bir ilişki göstermiş olup devletin sağlık harcamalarının arttığı senelerde iniş, düştüğü dönemlerde yükseliş eğilimindedir.

2.4.2. Türkiye'deki Sosyal Koruma Verileri (2010-2019)

Sosyal koruma yardımları, sekiz farklı ihtiyaç veya risk grubu için yapılmaktadır. Bu gruplar: emekli/yaşlı, işsizlik, hastalık/sağlık bakımı, aile/çocuk, engelli/malül, dul/yetim, sosyal dışlanma b.y.s. ile konut yardımlarıdır. Bu gruplamalar Avrupa Bütünleştirilmiş Sosyal Koruma İstatistikleri Sistemi (ESSPROS) el kitabına göre düzenlenmiştir. Sosyal koruma yardımlarının, idari giderlerin ve diğer giderlerin toplamı ise sosyal koruma harcamasını oluşturmaktadır (TÜİK, 2021).

Aşağıdaki Tablo 3'de bu sekiz grubun ve toplam sosyal koruma yardımlarının GSYİH'a oranları verilmiştir. Tablo ülkemizde son yıllarda sosyal koruma harcamalarının GSYİH'nın %10 ila %14,1'i arasında değişmekte olduğunu göstermektedir. Ortalama %12,74 civarında gerçekleşen harcama miktarı, 2010 yılında en düşük orandayken 2013 yılında ise %14,1 ile bahsedilen on yıllık süreçte en yüksek GSYİH'daki orana ulaşmıştır. Harcamalardan idari masraf ve giderler çıkıldıktan sonra sosyal koruma yardımlarının GSYİH'daki oranı ortalama %12,53 civarında olup 2013 yılı %13,8 ile en yüksek orana sahip yıl olmaktadır. Sosyal yardımların içinde ise en yüksek harcama yüzdesi, 6,21 ile emekli/yaşlı aylıkları iken en düşük yüzdeyi ortalama 1,39 ile dul/yetim aylıkları oluşturmaktadır. Konut yardımlarının ise 2010-2019 yıllarında yapılmadığı gözlenmektedir.

Tablo 3

Türkiye’deki sosyal koruma yardımlarının GSYİH’ya oranları

Harcama Türü/Yılı	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sosyal Koruma Harcamala. Topla.	13,03	12,79	13,8	14,1	12,1	12	12,9	12,3	11,9	12,5
İdari masraf ve diğer harcamalar	0,2	0,21	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Sosyal Koruma Yardımları Topla.	12,83	12,58	13,5	13,8	11,9	11,8	12,7	12,1	11,8	12,3
Hastalık/Sağlık Bakımı	3,97	3,77	4,2	4,2	3,6	3,4	3,5	3,3	3,2	3,4
Engelli/Malül	0,37	0,39	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Emekli/Yaşlı	6,75	6,76	6,5	6,6	5,7	5,7	6,2	5,9	5,9	6,1
Dul/yetim	1,15	1,04	1,6	1,6	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5
Aile/Çocuk	0,35	0,38	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
İşsizlik	0,15	0,13	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
Konut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sosyal Dışlanma b.y.s	0,12	0,09	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Yuvarlamalardan dolayı tablodaki rakamlar toplam değeri vermeyebilir										

(TÜİK, 2021)

Tablo 4

Türkiye’deki sosyal koruma yardımlarının milyon TL olarak net miktarı

Sosyal Koruma Harcamalarının Miktarı (Net) (milyon TL)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sosyal Koruma Harcamala. Toplamı (Brüt)	148	171	195	220	247	280	336	382	448	542
Sosyal Koruma Harcamaları Toplamı (Net)	450	668	663	429	244	074	520	665	727	002
İdari Masraf ve Diğer Harcamalar (Net)	148	171	195	220	247	279	335	381	447	540
Sosyal Koruma Yardımları Toplamı (Net)	428	632	494	269	012	519	783	916	730	761
Hastalık/Sağlık Bakımı	2 205	2 586	2 976	3 982	4 332	5 163	5 744	7 108	6 700	8 834
Engelli/Malül	146	169	192	216	242	274	330	374	441	531
Emekli/Yaşlı	223	045	518	287	680	356	038	808	031	927
Dul/yetim	49 429	56 046	60 518	65 839	73 322	80 463	91 330	103 077	121 755	146 035
Aile/Çocuk	4 280	5 654	7 035	8 088	9 251	10 124	11 982	13 317	14 840	18 030
İşsizlik	71 725	80 243	92 137	104 554	117 390	133 515	162 139	184 984	219 939	263 078
Sosyal Dışlanma b.y.s	14 148	19 200	22 424	25 568	28 931	32 719	39 615	44 687	52 262	63 586
Sosyal Dışlanma b.y.s	3 681	4 603	5 597	6 899	7 580	8 901	12 319	14 966	16 986	23 177
Sosyal Dışlanma b.y.s	1 602	1 703	2 262	2 413	2 935	4 707	7 435	7 923	9 361	14 492
Sosyal Dışlanma b.y.s	1 359	1 596	2 545	2 927	3 271	3 927	5 218	5 853	5 887	3 529

(TÜİK, 2021)

Tablo 4’de ise sosyal koruma harcamaları toplamıyla sosyal koruma yardımlarının son on yıl içindeki milyon-TL cinsinden miktarları karşılaştırılmıştır. Tablonun ilk satırı toplam harcamaların brüt miktarını ikinci satırı ise net miktarını vermektedir. Toplam brüt harcama ile toplam net toplam harcama farkı 2014 yılına kadar % 0,015-%0,094 arasında değişirken 2015 yılı ve sonrasında bu fark % 0,2-0,23 arasında değişmektedir. Yani toplam harcamaların sosyal korumaya ayrılan net oranı son yıllarda azalmıştır. Sekiz kalem içinde en yüksek harcama net harcamanın yaklaşık yarısını oluşturan emekli/yaşlı aylık ödemelerinde olmuştur. Bu kalemi, yaklaşık % 28-32 payla hastalık/sağlık bakımı ve %10-12 payla dul/yetim aylıkları takip etmektedir.

Tablo 5

Sosyal güvenlik yardımlarına yapılan katkıların oransal dağılımı

Sosyal Güvenlik Yardımlarına Yapılan Katkılar (%)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Devlet Katkıları	46,1	41,4	41,5	36,8	40,7	38,1	35,4	40,2
İşveren Sosyal Katkıları	24,2	27,5	26,4	31,2	27,7	28,9	30,3	27,9
Koruma Kapsamındaki Bireyler Tarafından Yapılan Sosyal Katkılar	20,3	25,1	26,2	26,3	26,5	26,3	26,9	23,6
Diğer Gelirler	9,3	6	5,8	5,7	5,1	6,7	7,4	8,3

(TÜİK, 2021)

Tablo 5’de sosyal devlet anlayışına sahip olan ülkemizde, 2012-2019 yılları arasındaki sosyal güvenlik yardımlarına yapılan katkıları incelenmektedir. Toplam katkıları içinde %35-46 arasında devlet katkısının ilk sırayı aldığı bunu % 24-31 civarındaki payla işveren sosyal katkılarının takip ettiği görülür. Koruma kapsamındaki bireyler tarafından yapılan sosyal katkıları ise toplam güvenlik yardımlarının yaklaşık %20-27’lik bölümünü oluşturur.

Sosyal yardımlar kapsamında maaş alan toplam kişi sayısı 2014 yılında on iki bin civarındayken 2019 yılında bu rakam on dört bine yükselmiştir. (Tablo 6)

Tablo 6

Sosyal yardım kapsamında maaş alan kişi sayıları

Maaş Alan Kişi Sayısı (Bin Kişi)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(Engelli/Malul), (Emekli/Yaşlı), (Dul/Yetim) Aylığı	12009	12536	12898	13261	13766	14089
Alan Toplam Kişi Sayısı*						
* mükerrer maaş alanlar ayıklanmıştır.						

(TÜİK, 2021)

Tablo 7’de Türkiye geneli ölüm sayısının nedenlere göre dağılımı Tablo 8’de Çanakkale ilindeki toplam ölüm sayısının nedenlerine göre dağılımı verilmektedir. Türkiye’de yıllık ölüm sayısının 2010 yılından 2017 yılına doğru sürekli arttığı görülmektedir. Toplam ölüm sayısının 1/3 ile 1/2’si arasında yer alan miktarına dolaşım sistemi hastalıklarının sebep olduğu görülmektedir. Dolaşım sistemi hastalıklarının neden olduğu ölüm sayısının tüm yıllarda en yüksek oranı oluşturduğu, bu nedeni yaklaşık 1/5 ölüm oranı ile iyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölüm nedeninin takip ettiği görülmektedir. Çanakkale ilinde de ölüm nedeni ve ölüm sayısı arasında Türkiye geneline benzer bir durum mevcuttur.

Tablo 7

Türkiye geneli ölüm nedenlerine bağlı vefat sayısı (2010-2017)

Türkiye Geneli Ölüm Nedeni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ölüm Nedeni/ Toplam Ölüm Sayısı	294 501	312 249	320 967	360 873	383 676	397 037	420 189	423 878
Dolaşım sistemi hastalıkları	116 712	121 143	121 740	143 071	153 649	159 194	166 069	167 265
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	63 930	67 450	69 270	76 534	78 074	79 160	81 647	81 886
Solunum sistemi hastalıkları	24 418	31 384	31 024	35 331	40 593	43 820	49 296	50 224
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	10 807	11 621	13 775	14 710	16 617	19 114	20 220	20 623
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	18 993	19 634	19 255	20 092	19 430	19 804	20 731	20 219
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	12 981	12 690	13 173	20 409	20 155	18 936	21 473	21 533
Diğer	46 660	48 327	52 730	50 726	55 158	57 009	60 753	62 128

(TÜİK, 2021)

Tablo 8

Daimi ikamet yerine (Çanakkale ili) göre ölüm nedenlerine bağlı vefat sayısı (2010-2017)

Daimi İkametgaha Göre Ölüm Nedeni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ölüm Nedeni/ Çanakkale İli Sayısı	2 884	3 762	3 850	3 910	4 156	4 260	4 400	4 492
Dolaşım sistemi hastalıkları	1 222	1 614	1 654	1 748	1 890	1 945	1 862	2 118
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	607	816	793	863	829	831	847	816
Solunum sistemi hastalıkları	263	347	360	364	449	439	468	496
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	109	156	127	152	172	229	304	278
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	176	213	216	219	208	234	258	160
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	61	71	161	197	216	185	194	199
Diğer	446	545	539	367	392	397	467	425

(TÜİK, 2021)

Tablo 9

Türkiye genelindeki 2010-2017 yılları arasındaki ölümlerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Türkiye Geneli Ölüm Sayısı (Yaş Grubu/Yıl)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Toplam Ölüm Sayısı	294 501	312 249	320 967	360 873	383 676	397 037	420 189	423 878
Toplam Ölüm Sayısı (Erkek)	161 734	171 734	175 980	198 882	208 856	215 977	228 954	231 075
Toplam Ölüm Sayısı (Kadın)	132 767	140 515	144 987	161 942	174 747	180 994	191 170	192 744
Toplam Ölüm Sayısı (Cinsiyeti Belirlenemeyen)	-	-	-	49	73	66	65	59
0 - 14	15 868	15 515	15 533	19 054	20 681	20 108	20 907	20 087
15 - 24	3 988	4 026	4 187	5 429	5 446	5 076	5 976	5 839
25 - 34	5 448	5 186	5 444	6 462	6 294	6 002	6 978	6 732
35 - 44	9 289	9 197	9 331	10 632	10 579	10 254	11 527	11 674
45 - 54	23 178	22 534	22 756	24 942	25 258	24 805	26 157	26 063
55 - 64	41 447	44 664	44 999	48 729	50 333	51 858	54 776	55 209
65 - 74	63 415	67 526	68 354	74 270	77 118	80 715	84 872	85 141
75 - 84	93 709	99 007	100 642	110 707	117 978	121 213	124 854	123 180
85+	38 026	44 553	49 695	60 614	69 920	76 926	84 061	89 851
Yaşı Bilinmeyen	133	41	26	34	69	80	81	102

(TÜİK, 2021)

Yukarıdaki Tablo 9'da ise Türkiye genelindeki 2010-2017 yılları arasındaki ölümlerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Tablodaki tüm yıllarda erkek ölüm

sayısının kadın ölüm sayısından yaklaşık olarak 30-40 bin arasında fazla olduğu, 2013 yılı ve sonrasında her yıl 49-73 arasında cinsiyeti belirlenemeyen, 26-133 arasında ise yaşı belirlenemeyen ölüm kaydının olduğu görülmektedir. Cinsiyeti belirlenemeyen cesetlerin, vücut geneli deforme olan veya çift cinsiyetli, yaşı belirlenemeyenlerin de kimlikleri tespit edilemeyen kişiler olduğu düşüncesindeyiz. Yine aynı tablodaki veriler değerlendirildiğinde en fazla ölüm sayısı 75-84 yaş arasındadır, bu grubu 2017 yılına kadar 65-74 yaş arası takip etmektedir. 2011 yılına kadar üçüncü en yüksek ölüm sayısı, 55-64 yaş arasında iken 2012-2017 yılları arasında 85 yaş üstünün ölüm sayısı üçüncü sıraya yükselmiştir. Toplam sayı içindeki en düşük ölüm sayısına sahip yaş grubu ise 15-24'tür.

Tablo 10

Ülkemizdeki toplam nüfus içinde engelli birey sayısının engel gruplarına ve yaşa göre dağılım oranı

Engel gruplarının yaş grubuna göre dağılımı (%) 2016	Toplam	15-44	45-54	55-64	65-74	75+
Görme sorunu olan bireyler	6,9	2,1	9,4	13,3	18,5	31,9
İşitme sorunu olan bireyler	4,5	1,1	4,1	5,4	15,0	34,7
Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan yürüyemeyenler	6,5	1,3	5,1	10,8	23,4	48,0
Merdiven inip çıkamayanlar	8,7	1,9	8,8	15,4	29,3	55,4
Yaşlarına göre öğrenmekte çeken bireyler	5,1	1,8	4,6	7,2	15,1	33,1
Yaşlarına göre hatırlamakta zorluk çeken bireyler	3,5	1,5	3,1	4,1	9,5	22,5

(TÜİK, 2021)

Tablo10'da ise 2016 yılında TÜİK'in yayınladığı toplam nüfus içinde engelli birey sayısının engel gruplarına göre dağılımı ile engelli bireylerin yaş grupları içinde oluşturduğu oran verilmektedir. Toplam nüfus içinde en yüksek oranı %8,7 ile merdiven inip çıkamayanlar oluştururken en düşük oranı % 3,5 ile yaşlarına göre hafıza sıkıntısı çekenler oluşturmaktadır.

2.4.3. Dünyadaki Sağlık Harcaması Verileri (2010-2019)

Dünya ülkelerindeki GSYİH büyüklüğü değerlendirildiğinde Türkiye'nin Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Çin, Japonya, Almanya, Hindistan, Birleşik Krallık, Fransa, İtalya, Brezilya, Kanada, Rusya, Güney Kore, İspanya, Avustralya, Meksika, Endonezya, Hollanda, Suudi Arabistan ve İsviçre ile birlikte ilk yirmi içinde yer almaktadır.

Tablo 11

Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin 2010-2019 yılları arası milli gelir miktarları (2010 ABD Doları cinsinden, *10¹¹)

Ülkeler/ yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brezilya	19,1	20,1	20,7	21,5	21,5	20,8	20,2	20,4	20,1	20,4
Rusya	12,0	13,2	13,7	13,7	13,6	12,8	12,4	12,7	13,6	13,6
Türkiye	6,52	7,13	7,47	8,18	8,54	9,09	9,44	9,92	10,3	10,3
Endonezya	5,66	5,98	6,28	6,63	6,89	7,33	7,9	8,38	8,88	9,25
Almanya	28,5	29,6	29,6	29,7	30,5	31,4	32,3	32,9	33,2	33,5
Fransa	22,3	22,7	22,6	22,9	23,1	23,7	24,0	24,4	24,7	25,0
İtalya	17,5	17,5	16,8	16,6	16,7	16,8	17,5	17,8	18,1	18,1
Avustralya	8,86	..	..	..	..	..	..	..	..	..
İsviçre	4,86	4,69	4,84	4,86	4,86	5,11	5,0	4,91	5,16	5,34
Suudi Arabistan	4,23	5,05	5,32	5,32	5,31	4,71	4,64	4,84	5,18	5,32
ABD	127	130	135	136	141	146	148	151	155	158
Birleşik Krallık	21,0	21,2	21,2	21,6	22,5	23,2	23,5	24,1	24,3	..
Güney Kore	9,39	9,50	9,73	10,1	10,4	11,0	11,4	11,9	12,0	11,9
İspanya	11,9	11,6	11,3	11,2	11,3	11,9	12,3	12,7	13,0	13,2
Hollanda	6,98	7,14	7,09	7,05	7,02	7,29	7,33	7,77	7,97	8,06
Kanada	13,2	13,7	13,9	14,3	14,6	14,3	14,4	15,1	15,4	15,8
Japonya	44,9	44,5	45,3	46,5	46,7	48,6	49,1	50,0	49,8	49,9
Meksika	8,38	8,52	8,69	8,68	9,14	9,44	9,64	9,89	1,01	1,02
Çin	49,4	51,7	57,2	61,1	66,5	71,8	77,9	84,1	88,5	93,0
Hindistan	14,5	15,2	16,1	17,1	18,3	19,9	21,4	23,2	24,7	25,5

(WB, 2021)

Tablo 11’de GSYİH’ya göre 2020 yılında ilk 20 sıradaki devletlerin son dokuz yıldaki milli gelir miktarları 2010 ABD Doları cinsinden verilmektedir. Genel itibariyle ABD’nin tüm yıllarda en yüksek milli gelire sahip olduğu görülmektedir. ABD’yi Çin ve Japonya takip etmektedir. Avustralya’nın son 9 yıllık verilerine ise Dünya Bankası kayıtlarından ulaşılamamaktadır.

Tablo 12

Dünyada en yüksek GSYİH’ya sahip ülkelerin 2010-2019 yılları arası kişi başı milli gelir miktarları (2010 ABD Doları cinsinden)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brezilya	9774,8	10192,2	10363,7	10697,6	10591,5	10193,6	9791,5	9802,5	9601,5	9643,1
Rusya	8429,5	9229,8	9589,4	9534,7	9326,6	8764,7	8420,9	8678,0	9234,2	9298,7
Türkiye	9020,0	9713,0	10009,7	10775,2	11057,3	11570,3	11826,4	12231,8	12543,7	12365,0
Endonezya	2338,7	2437,6	2527,2	2633,0	2699,6	2838,0	3019,1	3167,9	3317,9	3418,2
Almanya	34850,3	36876,6	36792,7	36885,3	37623,2	38422,7	39253,7	39838,9	40051,8	40270,0
Fransa	34362,6	34779,6	34464,7	34624,0	34859,6	35587,5	35928,8	36533,8	36837,0	37210,4
İtalya	29580,8	29428,7	28244,8	27481,8	27492,4	27729,8	28849,8	29411,3	29895,4	30269,1
Avustralya	40233,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..
İsviçre	62059,7	59303,4	60545,6	60122,0	59359,5	61670,4	59754,6	58143,8	60598,8	62284,2
Suudi Arabistan	15435,6	17858,6	18243,9	17699,4	17163,4	14849,7	14295,1	14635,8	15382,9	15536,8
ABD	40995,9	41608,2	42903,9	43178,8	44370,9	45646,5	45709,3	46384,4	47287,1	48191,1
Birleşik Krallık	33450,3	33511,0	33273,5	33653,4	34764,9	35559,1	35819,5	36408,9	36545,5	..
Güney Kore	18945,9	19024,2	19377,5	19990,0	20476,3	21561,4	22353,5	23087,3	23240,8	22949,2
İspanya	25461,5	24719,2	24098,1	23967,7	24358,0	25566,3	26464,1	27160,7	27682,3	27910,9
Hollanda	42035,8	42779,9	42332,4	41931,5	41612,5	43013,9	43059,6	45354,7	46235,7	46446,7
Kanada	38702,4	40013,0	40136,6	40792,8	41285,6	40009,7	39837,0	41433,2	41587,5	41967,9
Japonya	35088,5	34806,1	35486,6	36517,3	36703,2	38203,6	38675,8	39451,3	39357,6	39508,0
Meksika	7342,7	7364,3	7413,5	7308,4	7597,5	7744,3	7813,3	7927,8	7980,7	7987,1
Çin	3693,3	3845,9	4235,2	4500,5	4874,0	5235,2	5651,5	6065,5	6351,9	6650,8
Hindistan	1172,9	1215,8	1274,6	1331,8	1408,6	1516,0	1612,4	1729,4	1822,8	1864,1

(WB, 2021)

Tablo 12 incelendiğinde ise yukarıda belirtilen yirmi ülkenin 2010 ABD Doları cinsinden kişi başı milli gelir miktarları gösterilmiştir. İsviçre’nin tüm yıllarda açık ara

önde olduğu ikinciliği ise 2013 yılına kadar Hollanda daha sonra ise ABD'nin aldığı görülmektedir. Yine tabloya bakıldığında ilk yirmi büyük ekonomiye sahip ülkelerin kişi başı milli gelir bakımından kendi içinde ikiye ayrıştığı aşikârdır. Bazı ülkelerde kişi başı milli gelir yıllık yirmi-kırk bin arasında iken diğerlerinde on binin altındadır. Suudi Arabistan ve Güney Kore ise on bin-yirmi bin arası ABD Doları yıllık kişi başı gelire sahip ülkelerdir. Türkiye yıllık fert başı geliri on binin altındaki ülkeler içinde en yüksek olandır ve Rusya ve Brezilya'nın da üstünde yer almaktadır.

Tablo 13

Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin cari sağlık harcaması miktarları (GSYİH'nın Yüzdesi)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brezilya	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	9,5	9,5
Rusya	5,0	4,8	4,9	5,1	5,2	5,3	5,3	5,3	5,3
Türkiye	5,0	4,7	4,4	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2	4,1
Endonezya	3,0	3,0	2,9	3,0	3,1	3,0	3,1	2,9	2,9
Almanya	11,1	10,8	10,8	11,0	11,0	11,2	11,2	11,3	11,4
Fransa	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,4	11,3
İtalya	8,9	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7
Avustralya	8,4	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,2	9,3
İsviçre	10,3	10,3	10,6	10,8	11,0	11,4	11,7	11,9	11,9
Suudi Arabistan	3,6	3,7	4,0	4,5	5,2	6,0	5,8	7,0	6,4
ABD	16,3	16,3	16,3	16,2	16,4	16,7	17,0	17,0	16,9
Birleşik Krall.	10,0	10,0	10,1	10,0	10,0	9,9	9,9	9,8	10,0
Güney Kore	5,9	6,0	6,1	6,2	6,5	6,7	6,9	7,1	7,6
İspanya	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	8,9	9,0
Hollanda	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0
Kanada	10,7	10,3	10,4	10,3	10,3	10,7	11,0	10,8	10,8
Japonya	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,8	11,0
Meksika	6,0	5,7	5,8	5,9	5,6	5,8	5,6	5,5	5,4
Çin	4,2	4,3	4,5	4,7	4,8	4,9	5,0	5,2	5,4
Hindistan	3,3	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5

(WB, 2021)

Tablo 13’de ülkelerin dokuz yıldaki cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki yüzdesi karşılaştırılmaktadır. Tablo 14’de ise kişi başı cari sağlık harcamalarının cari ABD doları cinsinden değeri verilmektedir. GSYİH içinde sağlık harcamasına oransal olarak en yüksek pay ayıran ülkeler ABD, Almanya, Fransa, İsviçre, Kanada, Hollanda ve Birleşik Krallık olup bu ülkeler %10 ve üzerinde pay ayırmaktadırlar. Türkiye ise ortalama %4,4 oranında GSYİH’den pay ayırmaktadır. Yıllık kişi başı sağlık harcamaları cari ABD doları cinsinden karşılaştırıldığında ise İsviçre ve ABD’nin yaklaşık 9200 dolarla başı çektiği onları yaklaşık 5400-4900 dolar aralığında Avustralya, Hollanda, Kanada ve Almanya’nın takip ettiği görülmektedir. Türkiye için ise bu rakam yıllık ortalama 491 dolardır.

Tablo 14

Dünyada en yüksek GSYİH’ya sahip ülkelerin kişibaşı cari sağlık harcaması miktarı (Cari ABD Doları)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brezilya	896,7	1031,6	957,0	981,2	1017,0	781,8	801,4	935,3	848,4
Rusya	566,1	682,7	757,0	807,1	737,6	498,1	464,9	579,7	609,0
Türkiye	539,3	531,4	524,3	551,4	525,8	453,1	466,8	442,6	389,9
Endonezya	92,5	107,7	107,2	107,3	108,8	99,7	109,9	110,0	111,7
Almanya	4611,8	5036,5	4762,8	5096,8	5304,3	4622,2	4742,0	5052,7	5472,2
Fransa	4598,3	4939,3	4651,1	4901,9	4998,7	4208,4	4268,2	4424,5	4690,1
İtalya	3217,7	3392,0	3086,3	3149,2	3154,3	2675,7	2699,7	2809,7	2989,0
Avustralya	4945,0	5861,7	6025,3	5814,0	5607,9	4860,4	4971,6	5308,8	5425,3
İsviçre	7705,2	9192,0	8917,1	9275,8	9578,6	9382,8	9439,4	9606,3	9870,7
Suudi Arabistan	702,7	881,4	1014,7	1109,5	1279,0	1237,3	1160,0	1456,9	1484,6
ABD	7930,2	8130,8	8399,2	8599,5	9023,6	9491,1	9877,9	10209,6	10623,8
Birleşik Krallık	3955,5	4208,4	4282,0	4350,3	4740,9	4472,5	4066,1	3978,6	4315,4
Güney Kore	1366,4	1512,5	1566,1	1701,2	1898,9	1918,7	2034,4	2258,7	2542,8
İspanya	2789,5	2909,1	2591,0	2629,6	2679,8	2349,2	2376,7	2522,6	2736,3
Hollanda	5191,7	5562,1	5284,6	5532,7	5601,9	4676,6	4734,8	4910,9	5306,5
Kanada	5048,3	5355,7	5460,0	5409,8	5189,8	4615,6	4610,9	4845,6	4994,9
Japonya	4060,5	5087,4	5212,2	4336,1	4099,3	3733,4	4174,4	4121,0	4266,6
Meksika	554,0	581,7	598,3	637,2	615,0	556,9	490,8	512,1	519,6
Çin	186,5	236,4	281,7	326,0	359,3	390,1	395,4	437,3	501,1
Hindistan	45,1	48,6	48,9	56,1	57,1	58,9	60,6	69,3	72,8

(WB, 2021)

Tablo 15’de en yüksek GSYİH sahip ülkelerin genel devlet sağlık harcamalarının GSYİH’deki yüzdesi verilmektedir. En yüksek devlet harcaması yüzde oran olarak Japonya’ya ardından Birleşik Krallık ve Almanya’ya aittir. Hindistan ve Endonezya’da bu oran %1’in altındayken Türkiye % 3,43 yıllık ortalamayla Rusya ve Brezilya’nın üzerinde yer almaktadır. Tabloda dikkat çekici olan bir ayrıntı da yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler arasında bu oranın İsviçre’de %3,57 olması.

Tablo 15

Dünyada en yüksek GSYİH’ya sahip ülkelerin yurt içi genel devlet sağlık harcaması (GSYİH’nın yüzdesi)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brezilya	3,58	3,47	3,35	3,55	3,70	3,81	3,96	3,97	3,96
Rusya	3,05	3,00	3,15	3,17	3,20	3,11	3,00	3,05	3,16
Türkiye	3,92	3,68	3,52	3,42	3,36	3,22	3,36	3,25	3,19
Endonezya	0,76	0,80	0,87	0,93	1,08	1,23	1,41	1,33	1,42
Almanya	8,40	8,13	8,18	8,40	8,48	8,60	8,68	8,80	8,88
Fransa	7,92	7,87	7,96	8,06	8,17	8,30	8,35	8,35	8,26
İtalya	6,99	6,76	6,66	6,65	6,69	6,59	6,49	6,40	6,40
Avustralya	6,10	6,26	6,18	5,92	6,08	6,36	6,31	6,34	6,41
İsviçre	3,33	3,41	3,58	3,55	3,53	3,62	3,63	3,75	3,71
Suudi Arabistan	2,26	2,49	2,74	3,11	3,73	4,11	3,89	4,50	3,97
ABD	7,95	7,93	7,91	7,94	8,24	8,47	8,59	8,55	8,51
Birleşik Krallık	8,22	8,18	8,17	7,96	7,97	7,94	7,93	7,81	7,86
Güney Kore	3,51	3,52	3,54	3,61	3,71	3,82	3,98	4,12	4,42
İspanya	6,79	6,74	6,60	6,44	6,39	6,51	6,41	6,32	6,32
Hollanda	6,83	6,89	7,04	7,12	7,15	6,72	6,56	6,49	6,48
Kanada	7,82	7,63	7,73	7,68	7,55	7,91	8,02	7,90	7,93
Japonya	7,50	8,89	9,06	9,09	9,11	9,15	9,11	9,09	9,21
Meksika	2,91	2,93	3,01	3,13	3,00	3,08	2,94	2,84	2,69
Çin	2,18	2,32	2,54	2,69	2,79	2,94	2,89	2,92	3,02
Hindistan	0,86	0,94	0,93	0,87	0,86	0,92	0,94	0,96	0,96

(WB, 2021)

Tablo 16 ve 17’de ise karşılaştırılan 20 ülkenin cari ABD Doları cinsinden kişi başı devlet ve özel sağlık harcaması miktarları verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde 3000 dolardan fazla olan devlet harcamaları gelişmekte olan ülkelerde 350-450 dolara gerilemekte Çin ve Hindistan gibi kalabalık ülkelerde ise iki basamaklı rakamlara düşmektedir. Devlet sağlık harcamasında dolar cinsinden diğer gelişmiş ülkelerle paralel giden İsviçre’nin özel sağlık harcamasında 6200 dolar ile ABD’den de önce ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye ise 110 dolar kişi başı özel sağlık harcaması ile sonlarda yer almaktadır ancak ülkemizde özel sağlık sigortacılığında ziyade devlet tabanlı sağlık sigortası uygulamaları olduğu unutulmamalıdır.

Tablo 16

Dünyada en yüksek GSYİH’ya sahip ülkelerin kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD doları)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brezilya	403,7043	459,0427	414,9756	436,8039	448,0372	335,4883	344,2847	391,6956	353,5392
Rusya	347,4613	427,6909	482,2939	503,4595	455,768	292,4511	264,7595	330,9276	362,096
Türkiye	420,6666	420,4964	415,0564	432,0262	408,0843	354,0344	366,1647	343,9604	301,6868
Endonezya	23,77714	29,15834	32,2137	33,57172	37,57886	40,96139	50,39714	51,18388	55,08997
Almanya	3491,109	3797,882	3592,593	3894,808	4085,027	3556,986	3663,696	3926,52	4251,029
Fransa	3240,314	3469,142	3270,59	3454,189	3526,99	3046,713	3099,929	3243,368	3441,167
İtalya	2524,388	2612,265	2341,789	2385,82	2379,11	1991,647	2008,629	2071,759	2208,52
Avustralya	3578,095	4294,301	4292,134	3928,037	3774,329	3315,086	3410,266	3654,971	3747,029
İsviçre	2493,588	3027,883	3008,86	3041,344	3074,464	2985,307	2925,794	3031,386	3081,698
Suudi Arabistan	435,1823	591,1411	692,8693	772,1534	912,787	847,2502	773,8849	936,0004	926,9507
ABD	3857,065	3957,62	4078,008	4210,838	4530,335	4811,91	4977,191	5130,769	5355,787
Birleşik Krallık	3254,427	3450,119	3481,038	3471,558	3794,269	3584,386	3268,359	3162,259	3392,086
Güney Kore	810,9215	885,7593	903,1264	983,9056	1088,55	1100,475	1170,246	1308,075	1486,45
İspanya	2076,639	2137,787	1868,398	1867,23	1883,019	1675,411	1700,647	1782,317	1926,461
Hollanda	3492,056	3744,184	3529,064	3723,812	3789,585	3043,021	3029,861	3167,649	3444,808
Kanada	3694,088	3953,731	4045,858	4017,186	3821,846	3417,483	3367,22	3547,402	3670,843
Japonya	3326,648	4260,185	4374,622	3653,643	3448,227	3139,134	3508,068	3470,518	3587,739
Meksika	269,4941	298,571	308,699	336,1855	327,4461	295,6064	257,1409	263,7776	260,1743
Çin	96,8007	126,9856	156,9935	186,0077	209,8923	234,7686	229,7098	247,8081	282,6798
Hindistan	11,82685	14,03345	13,69979	12,9472	13,50609	15,10637	16,26476	18,80768	19,63145

(WB, 2021)

Tablo 17

Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD doları)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brezilya	490,7875	569,0355	540,8394	543,6823	567,6064	445,6915	456,5331	542,9807	494,1098
Rusya	218,6296	254,9697	274,7507	303,617	281,8812	205,6048	200,1383	248,7446	246,9131
Türkiye	118,6606	110,9141	109,194	119,382	117,7628	99,08114	100,6313	98,65858	88,17873
Endonezya	67,46921	77,46557	73,99403	72,53048	69,15093	58,28304	59,08401	58,27164	56,16561
Almanya	1120,702	1238,586	1170,239	1202,013	1219,292	1065,206	1078,338	1126,153	1221,159
Fransa	1358,006	1470,168	1380,518	1447,744	1471,685	1161,675	1168,252	1181,141	1248,911
İtalya	693,295	779,724	744,5148	763,4231	775,1654	684,0242	691,1037	737,9628	780,4758
Avustralya	1366,943	1567,402	1733,211	1885,948	1833,589	1545,286	1561,349	1653,812	1678,312
İsviçre	5211,587	6164,075	5908,26	6234,454	6504,183	6397,484	6513,632	6574,964	6788,967
Suudi Arabist.	267,4888	290,2547	321,8304	337,3524	366,1895	390,0833	386,1651	520,9391	557,6428
ABD	4073,087	4173,136	4321,231	4388,689	4493,276	4679,181	4900,681	5078,862	5268,063
Birleşik Krall.	700,7148	757,9419	800,6273	878,2731	946,1458	887,6661	797,2599	815,8578	922,7775
Güney Kore	555,4628	626,6932	662,9965	717,2487	810,3708	818,2144	864,1911	950,5928	1056,368
İspanya	712,8953	771,3306	722,6181	762,3756	796,8284	673,8225	676,0741	740,3277	809,8621
Hollanda	1699,718	1817,937	1755,586	1808,914	1812,379	1633,541	1703,764	1741,93	1860,372
Kanada	1354,221	1401,945	1414,102	1392,602	1367,981	1198,159	1243,707	1298,188	1324,059
Japonya	733,8425	827,1725	837,5621	682,4636	651,0535	594,2421	666,3542	650,5184	678,8483
Meksika	284,4837	283,1393	289,6498	300,9742	287,5282	261,2602	233,6585	248,2881	259,4312
Çin	89,46375	109,2109	124,5251	139,8531	149,3086	155,302	165,6438	189,4468	218,3764
Hindistan	32,86493	34,14771	34,78508	43,0196	43,14155	43,39118	43,94884	49,95356	52,69656

(WB, 2021)

Tablo 18'de ise kişi başına cepten yapılan sağlık harcamaları cari ABD doları cinsinden verilmektedir. Yüksek gelir grubundaki ülkeler içinde yaklaşık yıllık 2400 dolarla İsviçre birinci sırada yer almaktadır. Devletin yaptığı sağlık harcamalarının diğer üst gelir düzeyli ülkelere göre az olduğu göz önüne alınırsa İsviçre'nin sağlık giderlerini daha çok bireysel karşıladığı söylenebilir. İsviçre'yi 1055 dolarla ABD ve 1032 dolarla Avustralya takip etmektedir. Çoğu üst gelir grubu ülkede cepten yapılan kişi başı sağlık harcamaları 500-600 dolarken Brezilya'da 260 dolar, Meksika'da 235 dolar, Rusya'da 231 dolar Türkiye'de 82, Endonezya'da 47 Hindistan'da 36 dolara kadar düşmektedir. Her ne kadar çoğu ülke sosyal devlet anlayışı gereği sağlık harcamalarını kendi ödese de cepten yapılan kişi başı sağlık harcamalarında aradaki fark ciddi boyuttadır.

Tablo 18

Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerin kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması (carî ABD doları)

Ülkeler/yıllar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brezilya	263,4963	302,2475	284,0591	276,4601	286,6064	222,3813	219,6422	256,791	233,6786
Rusya	199,9757	233,432	252,8343	281,123	264,2681	192,4804	188,2122	234,7271	233,3215
Türkiye	90,99645	84,46996	83,52144	93,3346	93,2082	76,7975	76,86311	76,94553	68,19302
Endonezya	52,68581	61,2817	57,01851	52,91925	46,2749	41,2454	41,76337	39,62932	38,92067
Almanya	643,749	705,4507	675,2795	678,757	689,9968	605,0175	616,5203	645,9256	692,163
Fransa	470,0508	505,0215	470,0313	486,8042	491,7836	408,2053	407,675	421,9073	433,7547
İtalya	661,1993	747,1554	681,5886	699,9603	710,9726	627,8876	629,6695	668,8837	703,7618
Avustralya	976,6098	1123,834	1201,113	1145,808	1099,795	920,9277	911,6849	952,496	961,402
İsviçre	2017,837	2357,311	2306,447	2334,058	2493,954	2426,216	2508,255	2536,642	2762,005
Suudi Arabist.	133,122	137,6842	153,79	159,3235	168,0047	177,9702	182,1973	186,6024	213,2796
ABD	971,5601	996,3074	1016,532	1033,07	1041,084	1064,908	1105,879	1123,426	1148,317
Birleşik Kral.	509,6083	551,9857	591,7737	664,8878	717,4567	675,1769	620,0529	631,7311	721,0371
Güney Kore	464,8239	516,4182	541,064	582,0577	643,0107	644,6619	671,9952	736,8934	826,4543
İspanya	566,0256	593,1864	565,0158	598,8542	619,9491	523,7826	521,8964	557,9817	606,4933
Hollanda	472,2194	527,4216	533,257	638,1936	649,1222	527,8169	534,7704	542,6353	573,0497
Kanada	768,9193	776,9028	779,1833	758,2908	757,1396	657,2717	699,2752	725,7623	735,6852
Japonya	591,6281	667,5519	676,1424	550,7411	527,5643	483,3853	536,5969	521,5142	543,9235
Meksika	252,9974	248,5574	254,9138	263,202	245,7753	224,9809	198,8484	211,3975	218,5982
Çin	76,08855	95,17764	110,5149	124,4159	131,3808	136,8847	141,9587	157,6329	179,132
Hindistan	29,41774	30,24373	30,83618	38,76268	38,24778	38,09827	38,30457	43,2562	45,64328

(WB, 2021)

Tablo 19'da ise Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerde 2010,2016 ve 2017 yıllarındaki 1000 kişiye düşen doktor, hemşire ve ebe ile hastane yatak sayıları verilmiştir. 2017 itibariyle doktor sayısı Almanya ve İsviçre'de 4,2; İspanya'da 3,8 iken Türkiye'de 1,8'dir. Hindistan ve Endonezya'da ise bu rakam 1'in altındadır. Hemşire ve ebe sayılarında İsviçre 17,3; ABD 14,5; Almanya 13,2 ortalamaya sahiptir. Türkiye'de 2,7 olan rakam Meksika ve Çinde yaklaşık 2,5 Endonezya ve Hindistan'da 2'nin altındadır. Hastane yatak sayılarında ise 13 ortalamayla Japonya ve 12 ortalamayla Güney Kore başı çekmektedir. Onları yaklaşık 8 ortalamayla Rusya ve Almanya takip etmekte Türkiye'de ise hastanelerde bin kişiye 2,8 yatak düşmektedir. Meksika ve Endonezya'da bu rakam yaklaşık 1 iken Hindistan'da 0,5'dir.

Tablo 19

Dünyada en yüksek GSYİH'ya sahip ülkelerde 1000 kişiye düşen doktor, hemşire ve ebe ile hastane yatak sayıları

Ülkeler/yıllar	Doktor sayısı			Hemşire ve ebe sayısı			Hastanedeki yatak sayısı		
	2010	2016	2017	2010	2016	2017	2010	2016	2017
Brezilya	1,8139	..	2,1652	7,3497	9,351	9,737	2,37	2,11	2,09
Rusya	2,393	4,0139	..	7,671	8,5434	8,5429	9,41	8,16	8,05
Türkiye	1,7068	1,8142	1,8492	2,2829	2,5731	2,7107	2,74	2,75	2,81
Endonezya	0,1395	..	0,3767	1,1014	..	2,0532	0,57	0,99	1,04
Almanya	3,7567	4,1944	4,2488	11,9143	13,1397	13,2352	8,25	8,06	8
Fransa	3,3736	3,2376	3,2565	9,0124	10,8898	11,162	6,43	6,06	5,98
İtalya	3,816	3,9504	3,9805	5,516	5,8359	6,0605	3,64	3,17	3,18
Avustralya	3,3429	3,5672	3,6778	10,4017	12,4053	12,5508	3,78	3,84	..
İsviçre	3,8166	4,2473	4,2957	14,9586	17,3278	17,5357	5,19	4,69	4,65
Suudi Arab.	2,4074	2,3776	2,5366	4,7332	5,6705	5,4627	2,2	2,23	2,24
ABD	2,4354	2,5881	2,612	12,5927	..	14,548	3,05	2,77	2,87
Birleşik Krallık	2,6265	2,7563	2,7863	8,789	8,2751	8,2245	2,93	2,57	2,54
Güney Kore	1,9839	2,3037	2,3608	4,6385	7,022	7,1203	8,74	11,98	12,27
İspanya	3,0292	3,8112	3,8723	5,1111	5,4967	5,7295	3,11	2,97	2,97
Hollanda	2,9516	3,547	3,6054	..	10,9279	11,1839	4,05	3,41	3,28
Kanada	2,0384	2,3105	2,6102	9,3233	9,8803	9,9491	2,78	2,6	2,53
Japonya	2,2059	2,4115	..	10,2738	11,9502	..	13,51	13,11	13,05
Meksika	2,2362	2,3244	2,3827	2,4118	2,5101	2,5076	1,05	1	0,99
Çin	1,4532	1,8647	1,9798	1,4881	2,4665	2,6621	2,47	4,02	4,31
Hindistan	0,6616	0,759	0,7779	0,8698	1,4953	2,1079	0,47	0,48	0,53

(WB, 2021)

2.5. Literatür Taraması

Literatür çalışmaları incelendiğinde gelir ve sağlık harcaması incelemeleri üç temelde yapılmıştır. Ya Türkiye'nin ekonomik büyüme ve sağlık gideri (veya alt kalemlerinin) incelemeleri, ya Türkiye ile diğer dünya ülkelerinin karşılaştırılması ya da sağlık ve ekonomide yapıcı politikaların analizi şeklindedir. İlgili çalışmalara örnekler aşağıda detaylı olarak verilmiştir.

Taban (2006) yaptığı çalışmada; 1968 yılından 2003 yılına kadar olan Türkiye'deki sağlık göstergeleri ile reel GSYİH'nın kullanıldığı ekonomik büyüme dataları arasındaki nedenselliği araştırmıştır. Çalışmada 'sağlık verileri' yerine; sağlık kurumlarının sayısı, doğuştan yaşam beklentisi, hastane vb. merkezlerin yatak sayısı, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı kullanılmıştır. Değişkenlerin uzun dönemde birbirlerine etkilerinin tespiti amacıyla yazar, Johansen Eşbütünleşme Testi, Var analizlerindeki gecikme sayısının tespitinde de Akaike kriterlerini kullanmıştır. Taban, çalışma sonucunda, doğuştan yaşam beklentisi ve sağlık merkezlerinin yatan hasta kapasite sayısının artışı; sağlık personeline düşen hasta sayısının azalışı ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik tespit etmiştir. Personel başına düşen sayı azaldıkça bu verinin etkisinin diğer iki etkiden daha yüksek olması da sağlık personellerinin de kendi sağlıklarını daha olumlu yönde etkileyen bir unsur olarak iş yükünün azalmasının tüm ülke geneline olumlu dönüşünü de kanıtlar niteliktedir. Ülkedeki Sağlık Merkezlerinin adedi ile ekonomik büyümenin kayda değer oranda birbirini etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Buradaki nedeni yazar Türkiye'deki sağlık merkezlerinin sayısının azlığı, bunun yanında yataklı hastane sayısının daha da düşük oranda olması ile açıklamaktadır.

Tüylüoğlu ile Tekin (2009)'nin çalışmasında ise; ilk olarak doğumda beklenen yaşam süresi üzerinde GSYİH'nın ve satın alma gücü paritesi (SGP)'ne göre sağlık harcaması/kişi sayısı'nın etkisi, ikinci olarak ise bebek ölüm oranlarına GSYİH'nın ve satın alma gücü paritesine göre sağlık harcaması/kişi sayısı'nın etkisi çoklu regresyon yöntemiyle incelenmiştir. Dünya üzerinde farklı kıtalarda yer alan 176 ülke değerleri üzerinden örneklem kütesinin oluşturulduğu çalışmada yazarlar; birinci model için bağımsız değişkenlerin %72,4 düzeyinde bağımlı değişkeni açıkladığı, ikinci modelde ise %68,4 düzeyinde bağımlı değişkeni açıkladığını tespit etmişlerdir. Bağımsız değişkenlerin kendi aralarında açıklayıcılık düzeylerine bakıldığında ise kişi başına yapılan sağlık harcamalarının GSYİH'ya göre daha yüksek etki oranına sahip olduğu görülmüştür. Yani ülkenin gelir düzeyinden çok sağlığa yapılan yatırım sağlığın belirleyicisi durumundadır.

Pehlivan (2009), devletin gelir dağılımı eşitsizliğinde kullandığı araçları incelediği uzmanlık tez çalışmasında özellikle yeşil kart sahipleri gibi ülkemizdeki en yoksul kesime

kaynak transferinde aracılık yapan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan (SYDTF) yapılan transfer harcamalarının dağılımdaki etkisini örneklemiştir. Çalışmada gelir dağılımı incelemede TUIK'in kullandığı Gini Katsayısı ve yüzde paylar oranı üzerinden irdelenmiştir. Sıfır ve yüz (0 ile 100) arasında değer alan ve sıfıra yaklaştıkça dağılımda daha eşitlikçi bir ekonomik yapı olduğunu ifade eden Gini katsayısının ülkemiz için 1968'de 56 iken 2005'de 38 'e indiği ve OECD ülkelerinde bu rakamın 30 civarında olduğuna dikkat çekilmiştir. Eğer yoksul kesime Teşvik Fonundan yapılan aktarımlar olmaması halinde 2005 yılında bu katsayının yüzde 1,6 artarak 38,76 olacağı öngörüldüğünden ülkemizde SYDTF yeterince etkin rol alamadığı belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada fonun kaynak tahsisinde toplumun bütün kesimlerinden alınan KDV, ÖTV gibi tüketim vergileri sayesinde 1 milyar TL artırması durumunda Gini katsayısının yüzde 1,26 azalacağı eğer zengin kesimi ilgilendiren lüks tüketim, gelir vergisi gibi yollarla finansman edilmesi durumunda ise azalacağına vurgu yapılarak sadece fonun transfer görevi yanında bu transferde kullandığı finans kaynaklarının önemine de değinilmektedir. Eğer fonda yaratılan artış 20 milyar gerçekleşmiş olsa ve bu dolaylı vergilerle karşılanırsa Gini katsayısı yüzde 28,46 seviyesine, dolaysız vergilerle karşılanırsa yüzde 25,30 seviyelerine ineceği öngörülmüştür.

Çukur, 2010 yılında hazırladığı tez çalışmasında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini incelemektedir. Özellikle gelir eşitsizliğinin etkilerinin araştırıldığı tezde önce regresyon analizi ile 2000 senesine ait makro veriler, alternatif ekonomik modeller çerçevesinde incelenmiş ve gelir eşitsizliği hipotezini doğrular sonuçlar elde edilmiştir. İkinci olarak da 1975-2001 senelerine dair bölgesel veriler panel veri analizi ile incelenmiş olup mutlak gelir hipoteziyle eş yönlü sonuçlar bulunmuştur. Bu inceleme birinci derece fark hesaplaması ve sabit etkili hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Mikro verilerle yapılan örnek incelemesinde ise ilk olarak Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları (2002-2003) verileri yine alternatif ekonomik modeller çerçevesinde regresyon analiziyle incelenmiş olup gelir eşitsizliği hipotezini doğrular sonuçlar elde edilmiştir. Diğer mikro analizde de cepten yapılan sağlık harcamalarında dikey adalet incelenmiş ve analiz Kakwani endeksi ile gerçekleştirilmiş ve dikey adaletin Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanında gerçekleştirilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak çalışma gelir bölüşümünde adalete yaklaşıldıkça sağlık verilerinin iyileşeceği neticesine ulaşmış ve bu yöndeki politikaların önemine dikkat çekilmiştir.

Karadağ, Erdem (2010) hazırladığı doktora tezinde Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Yapısal Düzenlemelerin Etkinliğini araştırmıştır. Teorik ve anket çalışması ile hazırlanan tezde sosyal güvenlik sistemimizdeki sorunlar tespit edilmeye çalışılmış ve ana sorun olarak da finansman eksikliği dikkat çekmiştir. Bunun yanında kurumun özerk yapıda olmaması nedeniyle kaynaklarının farklı hükümet dönemlerinde farklı amaçlarla da kullanıldığı veya uygulanan yanlış politikalara maruz kaldığı belirtilmektedir. Tüm bunların yanında yüksek işsizlik, büyüme ve kalkınmada yeterli seviyelere gelinememesi vb ekonomideki problemler de ülkemizdeki sosyal güvenlik sistemi üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Yıllık nüfus artışı yaklaşık %1,5 olarak gerçekleşen ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki azlığına rağmen Türkiye’de 2010 yılında aktif/pasif emekli oranının 1,75 gibi oldukça düşük bir seviyede olduğuna vurgu yapılmaktadır. Türkiye’de ne yazık ki yıllardır sosyal sigortalar sisteminin temel problemi olarak emekli maaşları ve erken emeklilik gösterilmekte oysa nüfusun %75’i aktif çalışabilecek durumdayken sadece % 41,2’sinin işi olduğuna ve bunların da %54,1’nin kayıtlı çalışan olduğuna değinilmektedir. Yani yüksek işsizlik, kayıt dışı ekonomi, bölgesel iş farkları gibi büyümeyi etkileyen birçok neden hem teorik araştırmalarda hem anket sonuçlarında kurumun finansmanında başrol olarak görülmektedir. Anketlerdeki diğer ilginç sonuç ise ülkedeki yüksek emekli maaşları, erken emeklilik, sosyal hakların çokluğu, yaşlı nüfusun çok oluşu gibi nedenlerin kurum finansmanındaki sorunlarda en az etkili olan olarak görülmesidir. Tezde, öncelikle sıkıntıların giderilmesi için ekonomide makro çözümlere ulaşmanın zaruriliği dile getirilmekte çözümler için sigortalıların haklarının kısıtlanmamasının önemi vurgulanmaktadır.

Çelik (2011) ise çalışmasında; önceki yıllarda yapılan Türk sağlık harcamaları ile farklı ülke gruplarının sağlık harcamalarını analiz etmiş ve “en optimal sağlık harcama düzeyi ne olmalıdır” sorusuna cevap bulmaya çalışmıştır. Yazar Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH’daki payını 1999 yılı için %4,8; 2007 yılı için %6 olarak, kişi başı sağlık harcamalarını 1999’da 186 ABD doları, 2007’de 553 ABD doları olarak

belirtmekte, OECD ülkeleri içinde SGP değerlerine göre 767 ABD Doları ile Türkiye'nin en düşük ülke olduğunu, Türkiye'yi Meksika, Şili ve Polonya'nın takip ettiğini vurgulamaktadır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta GSYH'daki oran olarak Meksika ve Estonya'dan daha iyi Şili ve Polonya'ya yakın olmasıdır. Ancak bu sonuç, GSYH içinde sağlığın payının yüksek olmasının veya sağlık harcamalarının değerinin ülkeleri karşılaştırmada yetersiz olduğunu, aynı gelir düzeyine sahip ülkeler arasında yapılan karşılaştırmaların daha iyi netice vermesine rağmen ülkelerin coğrafi ve/veya ülke bazlı sorunları olan hastalıkların varlığının da bunda etkisi olduğunu göstermesi açısından anlamlı görünmektedir. Ayrıca Türkiye'de cari sağlık harcamalarındaki kalemler arasında da orantısızlık olduğu, hasta bakımından ve ilaç ödemelerinden ziyade teknik malzeme alımında ve alt yapı yatırımında daha fazla pay kullanıldığını söylemek yerinde olacaktır. İlaç ödemelerinde ise SGK'nın bütçesinde ilaç payının (yaklaşık %46) Maliye Bakanlığında yüksek oluşu (yaklaşık %32 -bakanlık memur ve Yeşil kart ilaç ödemelerini yapmakta-) dikkat çekerken Sağlık Bakanlığı bütçesinde bu kalemin az yer tutması bakanlığın sağlık personeli ödemelerine yüksek pay ayırmasından dolayıdır. Her şeye rağmen Türkiye'nin 1999 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarında cepten ödemelere göre %61,1'ni, 2007 yılı itibariyle de %67,8'ini kamunun karşılaması sosyal sağlık politikaları gözetildiğine kanıt oluşturmaktadır.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) çalışmalarında; 2006 yılı birinci ayından 2012 yılı dördüncü ayına kadarki 75 aylık Türkiye GSYİH ve sağlık harcamaları kalemleri arasındaki ilişkiyi; birim kök testleri (Lee ve Strazicich) ve eş bütünleşme (Gregory ve Hansen) testleri ile incelemiştir. Testlerin ortak özelliği ise bir kırılmaya izin verir olmalarıdır. Çalışma sonucunda, üç değişik uygulamada da serilerin kırılmalı birim köke sahip oldukları ve temel hipotezlerin (seriler arasında eş bütünleşme mevcut değildir) reddedildiğini tespit etmişlerdir. Yazarlar, uzun dönemde büyüme (GSYİH) ile sağlık harcamaları arasında eşbütünleşme mevcuttur sonucuna ulaşmaktadırlar.

Yardımcıoğlu (2012), sağlık üzerine yaptığı çalışmada; 25 OECD ülkesi (Türkiye, Yunanistan, Güney Kore, Yeni Zelanda, Avustralya, ABD, Japonya, Meksika, Kanada, İspanya, Norveç, Finlandiya, Portekiz, Almanya, Birleşik Krallık, Belçika, Fransa, İsviçre,

İsveç, Belçika, Avusturya, Lüksemburg, İtalya, Danimarka, Hollanda) verisini kullanarak 1975 yılından 2008 yılı dahil sağlık (yaşam beklenti düzeyi) ve ekonomik büyümenin (GSYH-işçi başına) etkileşimlerini çift yönlü olarak araştırmıştır. Yazar testlerinde Eşbütünleşme ve bu testte ortaya çıkan katsayıları tespit için de Panel Veri Analizi kullanmıştır. Panel veri birim kök hesaplamalarında Augmented Dickey Fuller kullanılmıştır. Çalışma sonucunda GSYH'nın sağlık kriterlerini ortalama %1,7 düzeyinde etkilediği, sağlık kriterlerinin de GSYH'ı %1,8 düzeyinde etkilediği çift taraflı bir nedensellik bulmuştur. Türkiye için bu değerleri ise %3,8 ve %3,9 olarak tespit etmiştir.

Akar (2014) yaptığı çalışmada; 2004 Ocak ayından 2013 Nisan ayına kadarki zamanlarda Türkiye'de yapılan sağlık harcamaları ve bunların nispi fiyatı ile hasıla deflaktörü yerine kullanılan sanayi üretim endeksi'yle arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Analizde kullanılan serilerin normal dağılım incelemelerinde Jarque Bera testi, durağanlık tespitlerinde birim kök testlerinden ADF ve Philips-Peron (PP) kullanılmış ve birim kök gecikme belirlemede Akaike test kriteri kullanılmıştır. Çalışmanın Eşbütünleşme değerleri Johansın testine göre bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre kısa dönemde; sağlık harcamalarının görece fiyatları, sağlık harcamaları ve GSYH değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur fakat uzun dönemde ilk iki değişken hasılayı olumlu etkilemektedir ve bu etkide nispi fiyat daha kayda değer bir değişim yaptırmaktadır.

Erol ve Özdemir'in 2014 yılında yaptıkları çalışmada; Türkiye'deki sağlık düzeninde gerçekleştirilen reformların sağlık harcamalarında oluşturduğu değişimler değerlendirilmeye alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının en önemli nedeni, fazlaşan sağlık harcamalarının kontrolünün sağlanmasına harcanan emek olduğunu ve bunun da finansman sorununu gündeme getirdiğini tespit etmişlerdir. Ortaya çıkan finansman sorununun ise adaletli ve dayanışma ilkeleri doğrultusunda, sağlık sektörünün hizmetinden yararlanma kısıtlaması olmadan, sosyal devlet ilkesi çerçevesinde çözümlenebilecekken Türkiye'de sağlık sektörünün kamu hizmetinden ziyade özel veya devlete sağlık primi ödeyenlerin yararlandığı bir özel sektör piyasası haline getirilmeye başlanmasının yanlışlığı vurgulanmaktadır.

Akbulut (2015) yılında eğitim ve sağlık harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisini incelediği tez çalışmasında kamunun yaptığı sağlık harcamalarının artışının cepten yapılan sağlık harcamalarını düşürdüğü bunun sonucunda da gelir dağılımı eşitsizliğinin bozulduğu ve hane halklarının refah düzeyini artıracı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada eğitim (yükseköğrenim) harcamalarına yapılan gelir dağılımını değiştirici etkisi tespit edilmiş ve bunun nedeni olarak da kendini geliştiren bireylerin daha iyi gelir elde ettiği ve daha üst gelir seviyesine çıkabileceği savunulmaktadır. 1994-2013 yılları arasındaki bağımlı ve bağımsız değişkenler Regresyon modelinde incelenmiş ve Eviews-8 programında en küçük kareler yöntemi kullanılmıştır.

Taşkaya ve Demirkıran (2016)'nın çalışmaları da; 1975 ve 2013 yılları arasındaki toplam sağlık harcaması kaleminin GSYİH'daki payını, kişi başı GSYİH ve enflasyon oranının etkileşimini içermektedir. Değişkenler içine enflasyon oranı eklenerek hem sağlık giderlerini hem de geliri etkileyen çift taraflı bir değişkenin etki sonucu analiz edilmiştir. Çalışmanın durağanlık analizleri Philips Peron, Genişletilmiş Dickey-Fuller testleri ile ölçülmektedir. Johansen testi ile eşbütünlük durumları incelenen verilerin nedensellik analizlerinde Granger testi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda enflasyonun sadece gelir düzeyini etkilediği, sağlık harcamalarını etkilemediği görülmüş üç değişken arasında nedensellik bulunamamıştır.

Uçan ve Atay (2016)'ın çalışmalarında ise 2006 birinci çeyrekte 2014 dördüncü çeyrek arasındaki büyüme ve sağlık harcamaları etkileşimi incelenmiştir. Analizde gecikme uzunluklarının tespitinde Schwartz, Bayesyan Kriteri kullanılmış. Durağanlıklar Dickey Fuller Testi ile belirlenip eşbütünlük analizleri yapılmıştır. Çalışma sonucunda değişkenler arasında nedensellik olduğu bunun yanı sıra, ekonomiyi iyileştirici teknolojik ilerleme ve fiziksel yatırımların da ekonomiyi iyileştirdiği ve uzun dönemde ekonomi vasıtasıyla sağlık harcamalarını da artıracığı vurgulanmaktadır.

Sayım (2017) çalışmasında; 1995 yılı dahil 2015 yılına kadar olan yirmi yıllık süreçte Türkiye’de kamunun sağlık harcamalarındaki görevi, sağlık sektörüne yapılan yatırımlar, özel ve kamunun sağlığa ayırdığı yatırımların oranı, kamunun rolünü belirleyen alt etmenler ve konuya dair hizmet yatırım paylarını incelemiş ve Dünya ülkeleriyle karşılaştırmalar yapmıştır. Çalışma sonucunda Türkiye Dünya ülkeleri arasında 567 ABD doları/kişi sağlık harcamasıyla (2014) orta sınıfta yer almaktadır. Bu değer 96 ABD Doları olduğu 1995 yılından beri sürekli yükseliş göstermiştir. SGP’ne göre değerlendirildiğinde başlangıç yılında 180 ABD Doları iken son referans alınan 2014’de 1036 ABD Dolarıdır. Sağlık Harcamalarının genel bütçedeki payı da sürekli yükseliş trendini 2008 yılına kadar korumuş ve 2008’de bu değer %12 dolaylarında gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları kriz döneminde %11’lere düşse de genel olarak WHO verilerine göre %15 olan dünya ortalamasına göre ortalama %10,1-13 (2014) arasında yer alarak Doğu Asya- Doğu Avrupa Ülkeleri arasında bulunmaktadır. Aynı şekilde dünya ülkelerinin GSYH’larının %9,9 kadarını sağlığa harcadığı göz önüne alındığında Türkiye %5,1-8 değer aralığında Doğu Asya- Doğu Avrupa Ülkeleri arasında bulunmaktadır. Yazar ayrıca önceki bölümlerde detaylı olarak bahsettiğimiz, yirmi yıllık süreçte sağıkta gerçekleştirilen reformlara özellikle SGK çatısı altındaki birleşimlere, Kamu Hastaneleri’nin büyük oranda birleşimine, ülkemiz kanunlarının sağıkta kanunen rolü olan belediyelerin misyonuna ve özel-kamu sağık hizmeti almadaki ortaya çıkan talep sebeplerine de değinmektedir.

Sayılı ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada; Türkiye ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)’nde yer alan ülkelerin; temel sağık göstergeleriyle sağık giderlerini karşılaştırarak Türkiye’nin OECD ülkeleri arasındaki mevcut konumunu incelemiştir. Çalışmada Türkiye ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütünde (OECD) yer alan 34 ülkenin 2013-2015 yıllarındaki sağık verileri (sağıklı yaşam beklentisi, anne ölüm hızı, beş yaşın altı ölüm hızı, neonatal ölüm hızı) ve ilgili ekonomik verileri (sağık harcamaları, bütçedeki sağık harcaması payı vb) kullanılmıştır. 2015 yılında kişi başı sağık harcamalarının 1064 ABD doları ve bütçedeki sağık giderlerinin payı yaklaşık %5 civarında olup OECD ülkeleri içinde son sıradaki yerini korumaktadır. Yaklaşık elli yıl önce binde 162 olan bebek ölüm hızı 2013’lere gelindiğinde ‰ 16’ya, beş yaşın altı ölüm hızında ‰ 218’den 2015 yılında ‰ 13’e düşmesine rağmen hâlâ ‰ 4,66 orana sahip diğer ülkelere göre oldukça yüksektir. Bunda etkili olan unsurlara ise yeterli doktor ve

sağlık çalışanı olmayışı, gelişmemiş sağlık hizmetleri, ailelerin eğitim ve ekonomik durumu örnek gösterilebilir. Tüm bu olumsuzlukları bertaraf etmek içinse daha iyi, adil sağlık politikaları üretmek bütçeden sağlığa ayrılan payı, sağlık personeli ve hizmetlerini artırmak gerekmektedir.

Kılıç (2017) yaptığı tez çalışmasında sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedenselliği Granger Nedensellik Testi ve Birim Kök testi ile araştırmıştır. Sağlık harcamaları verileri olarak kişi başına düşen kamu sağlık harcaması, kişi başına düşen özel sağlık harcaması kişi başına düşen sağlık harcaması ve ekonomik büyüme verileri olarak da kişi başına düşen GSYİH değerlerini kullanmış araştırma sonucunda kişi başına düşen sağlık harcamaları ve GSYİH (ekonomik büyüme) arasında bir nedensellik ilişkisi tespit edememiştir.

Salman (2017), sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisinin araştırıldığı tez çalışmasında 1980 yılından 2014 yılı sonuna kadar olan kamu ve özel sağlık harcamaları verileri ile gayri safi yurtiçi hâsıla verileri kişi başına düşen miktarlara çevrilerek kullanılmıştır. EVIEWS programı VAR modellemesi ile yapılan analizler sonucunda kişi başına düşen GSYİH'nin artması sonucu sağlık harcamalarının artışının ilerleyen zamanlarda hem kamu sağlık harcamalarında hem de özel sağlık harcamalarına katkı yaptığı görülmüştür. Yazar 2003 yılında uygulamaya konulan 'sağlıkta dönüşüm projesi (tüm sağlık hizmet sunucularının tek elden-SGK tarafından hizmet almaları)'nin de bu iyileşmelerde etkili olduğunu yapılan reformlar sonucu özellikle 2002-2014 yılları arasında artarak devam ettiğini 2009 yılında %80 gibi bir paya ulaştığını ifade etmektedir. Bu da aslında devletin, ekonomik büyümeye bağı olarak kamu sağlık harcamalarını artırdığı ve sağlıkta iyileşme yönünde politikalar izlemeye çalıştığını göstermektedir. Fakat çalışmada regresyon analizi ile değişkenler arası bağımlılık tespit edilse bile nedensellik analizleri sonucunda kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen özel ve kamu sağlık harcamaları arasında karşılıklı nedensellik bağı bulunamamıştır.

Şen ve Bingöl (2018) çalışmalarında ekonomik büyümenin zaten sağlık giderlerini olumlu etkilediği varsayımından yola çıkarak analizlerini genel tedavi harcaması, genel

ilaç harcamaları, tıbbi malzeme harcaması, sağlık için yapılan transferlerle büyüme arasında yapmışlardır. Verilerini 2006 birinci çeyrekle 2016 dördüncü çeyrek arasındaki değişken değerleri oluşturmaktadır. Augmented Dickey Fuller ve Phillips Peron birim kök ile durağanlık incelemelerini tamamladıkları çalışmada Var modelinde analizlere devam etmektedirler. Sonuç olarak ekonomik büyümeyi sağlık harcamalarının alt kalemleri olan ilaç, tedavi vb. değerlerin artıracığını, aynı zamanda sağlık transferine artan kaynak aktarımı yapılabileceğini tespit etmişlerdir.

Karasoy ve Demirtaş (2018); 27 OECD ülkesinde (Avusturya, Kanada, Kore, İzlanda, Çek Cumhuriyeti, Birleşik Krallık, Yeni Zelanda, Almanya, Portekiz, Macaristan, İtalya, Finlandiya, İrlanda, Belçika, İsveç, Japonya, Avustralya, , Fransa, Polonya, Yunanistan, ABD, İsviçre, Danimarka, Türkiye, İspanya, Hollanda, ve Norveç) , 2000-2015 yıllarını kapsayan verileri kullanarak, sağlık harcamalarını etkileyen değişkenleri (ortalama yaşam beklentisi, çalışan nüfusa genç ve yaşlı nüfusun oranı, gelir) panel veri testleri ile incelemiş ve gelir ve ortalama yaşam beklentisindeki iyileşmelerin sağlık harcamalarını olumlu etkilediğini belirlemiştir. Ayrıca kişilerin yaşam sürelerinin uzamasına ve Yönetişim katsayısının artmasına (irtikap, rüşvet yolsuzluk vb durumların azalması), endeksli olarak sağlık harcamalarının arttığı da bir diğer gerçektir. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde devlet etkisi serbest piyasa ekonomisine göre daha iyi neticeler ortaya çıkarmaktadır.

Atasever vd. (2018); Türkiye’de 2002 ile 2015 yılları arasında sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyini, cepten verilen sağlık giderlerinin tüm sağlık giderlerine oranını ve katastrofik sağlık giderleri olan hane sayısı oranını Pearson korelasyon testi ve regresyon analizi ile araştırmışlardır. Bireylerin katastrofik sağlık giderleri ve cepten yaptıkları sağlık gideri artıkça memnuniyet oranının düştüğü, cepten yapılan harcamaların düşmesinin katastrofik harcama yapan hane sayısını da düşürdüğü belirlenmiş. Bunun yanında kamu sağlık merkezleri dışında kalan sağlık kuruluşlarına ve Üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin özel muayenesine ödenen ek ödemelerdeki artışlar katastrofik gider yapan hane sayısını artırmaktadır.

Prof. Dr. Recep Akdur (2008); sağlık giderlerinin açık piyasa ekonomisi Şeklinde yurütüldüğü ölkelerde diğer ölkelere kıyasla niçin daha yüksek olduğu, sorusuna cevap aramış ve sonuçta; ölkeler arasındaki sağlık harcaması farklılıklarının ilgili ölkelerdeki sosyo-költürel yapılarından çok, orada yurürlükte olan sağlık politikası tarafından belirlendiğini ve yönetimlerin sağlık sektörünün kendileriyle aynı görüşte hareket etmesi amacıyla; sağlık örgütüne, nakdi harcama ve nakit toplama, ayrıca insan gücü sağlama biçiminde müdahale ettiğini tespit etmiştir.

Türkseven 2019 yılında yaptığı tez çalışmasında Türkiye ile OECD ölkelerini sağlık harcamaları bazında değerlendirmiş ve harcamaların etkinliğinin incelemiştir. Analizlerde OECD ölkelerinin verileri Veri Zarflama Analizi (VZA) ve Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksi ile değerlendirilmiştir. Girdi değişkenleri olarak, GSYİH içindeki kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamaları kullanılırken çıktı değişkenleri olarak bebek hayatta kalma oranı (ISR) ve doğumda yaşam beklentisi değerleri kullanılmaktadır. OECD Sağlık Veritabanı 2018 (OECD Health Data 2018)'den alınan verilerde (verilere erişim durumuna göre) 17-25 ölkelere dahil edilmiş ve 2004 ile 2014 yılları arasındaki çift yıllar esas alınmıştır. VZA yönteminde ölçeğe göre sabit ve değişen getiri yaklaşımına göre iki farklı model türetilip hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda mevcut teknolojileri etkin kullanılabilen ve yeni teknolojileri takip edip sağlık harcama sistemlerine entegre edebilen ölkelerin toplam faktör verimliliğinin daha yüksek olduğu görölmüŐtür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırmada Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden alınan veriler R Programı ile analiz edilerek kişilerin gelir düzeyi ile hasta ve hastalıklar arasındaki ilişki incelenmektedir.

3.1. Veri Seti

Çalışmada 12 Kasım 2008 ile 24 Ekim 2019 tarihleri arasında hastanede giriş kaydı olan hastaların kimlik bilgileri haricindeki verileri kullanılmıştır. (Yukarıda belirtilen tarihler hastanenin poliklinik hizmeti vermeye başladığı zamandan itibaren olup bitiş tarihi hastane personelinin verileri en son sistemden alabildiği tarihtir.) Kullanılan verilerdeki bilgiler: hastaların hastaneye başvuru tarihi, cinsiyeti, yaşı, başvurduğu poliklinik, konulan tıbbi tanı, ikametgâh adresi il ve hastanın dâhil olduğu sosyal güvence türüdür.

Toplamda yukarıda belirtilen süre zarfında hastaneye 4357397 (dört milyon üç yüz elli yedi bin üç yüz doksan yedi) hasta girişi yapılmış olup biz analizlerimizi 4288074 veri ile gerçekleştirdik. Analiz dışında bıraktığımız 69323 adet veri genel olarak bilgi girişinde eksiklik olan hastalar, araştırmaya dışında bıraktığımız polikliniklere yapılan girişler ve bilhassa sosyal güvence türü net olmayan hastalardır. Çünkü hastane verilerindeki sosyal güvence türleri çok çeşitli isimler altında girilmiş olup bu girişleri elimizdeki tablo verileri ile bizim analizlerimizde kullanacağımız ana kategorilere dâhil etmemiz mümkün olmamıştır. Bu tip dışlanan verilere sosyal güvence türü belirsiz olan; farklı hastanelerden sevk edilen hastalar, adli vakalar ve mahkeme ismiyle giriş yapılan muayeneler, üniversitenin iş sağlığı ve güvenliği muayeneleri, milletvekilleri, portör muayeneleri vb. örnek verilebilir. Farklı isimlerle kayıt açılmasına rağmen belli bir sosyal güvence türüne yakın görülen kayıtlar yakın görüldüğü sosyal güvence sınıfının içine dâhil edilmiştir. Örneğin önceki yıllarda mediko olarak kayıt yapılan ve sigortası olamayan öğrencilere ait

kayıtlar, devlet yetiştirme yurdundaki çocuklar, tutuklular, er-erbaşlar yeşil kart sınıfına dâhil edilmiştir. Çünkü mediko hizmetinden yararlanan öğrenciler günümüzde müracaatları halinde Yeşil kartlı olabilecek durumdadırlar. Yurtlardaki çocuklar, tutuklular ile er erbaşların sağlık ödemeleri ise kendi kurumları ya da bağlı oldukları bir üst kurum/bakanlık tarafından, Yeşil kartlılar gibi devlet tarafından, SGK'ya aktarım yapılarak ödenmektedir. Özel şirket ismiyle giriş yapılanlar özel sigorta kapsamında olduklarından banka sandığı içine, yine askeri kurum adıyla kayıt açılıp er-erbaş belirtilmeyen kayıtlar da emekli sandığı içine dahil edilmiştir.

Hastanede toplamda otuz beş Anabilim Dalı bulunmakta olup bunların bazıları poliklinik hizmeti vermektedir. Hastanın müracaatı ile randevu verilen ve direkt hasta giriş kaydı olan bu poliklinikler dışında Radyoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Patoloji, Tıbbi Biyokimya, İmmünoloji, Nükleer Tıp gibi hastaların teşhis ve tedavisinde rol alan ancak diğer poliklinikler aracılığıyla hasta kaydı açılan Anabilim Dallarını da mevcuttur. Ayrıca Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve şüpheli ölümlerde inceleme ve rapor hazırlama gibi hizmet vermekte olan Adli Tıp Anabilim Dalı da hastane bünyesinde yer almaktadır. Kimi Poliklinikler ise alt yapı değişikliği vb. nedenlerle hizmetlerine devam etmemekte kimi poliklinikler ise zaman zaman kapanıp veya son yıllarda tekrar açılmıştır. Diş Hekimliği polikliniği şu an hizmet vermeyen polikliniklere örnekken Su Altı Hekimliği ve Hiberbarik Anabilim Dalı da son yıllarda açılanlara örnektir.

3.1.1. Veri Kaynaklarının Sınıflandırılması ve Verilerin Derlenmesi

Çalışmada kullanılan verilerden *sosyal güvence türleri* bağımlı diğer değişkenler bağımsız değişken olarak incelenmiş olup sosyal güvence türü olarak emekli sandığı, SGK, Bağ-Kur, yeşil kart ve banka sandıkları olarak gruplandırma yapılmıştır. Bunun yanında ücretli muayene olarak bahsedilen veri grubu ise bağlı olduğu sosyal güvence türü fark etmeksizin belli bir ücret ödeyerek normal poliklinik saatinden sonra öğretim üyelerince gerçekleştirilen hasta değerlendirme ve muayeneleri alanlar ile normal poliklinik hizmetini ücret karşılığı alanlardan oluşmaktadır. (Normal poliklinik hizmetine ücret ödenmesi ya

hastanın sosyal güvencesi tarafından karşılanmayan çeşitli amaçlarla (ehliyet, iş başvurusu vb.) sağlık raporu istemesi durumunda veya kendisi yahut devlet tarafından genel sağlık primleri yatırılmadığı için hiçbir aktif sosyal güvencesi olmaması durumunda oluşmaktadır.) (Banka sandıkları Ağustos 2021'den itibaren Devlet verilerinin elektronik ortamdaki gösterimi olan *e-devlet* sisteminde SGK sistemi içinde yeni bir sekme olarak yer almaya başlamıştır ancak banka sandıkları diğer sosyal güvence türlerinden farklı olarak özel sigorta kapsamında yer almaktadır.) Yukarıda bahsedilen sosyal güvence türlerinden emekli sandığı 657 sayılı kanunda 4/a maddesinde *devlet memurları* olarak sınıflandırılan grubun sosyal güvence türünü ifade etmektedir. Fakat SGK sisteminde emekli sandığı 4/c başlığı altında gösterilmektedir. Çünkü SGK'ya göre 4/a grubu iş akdine bağlı özel sektör çalışanları ile 657 sayılı kanunun 4 maddesi d ve b bentlerine göre kamuda işçi ve sözleşmeli personel statüsünde çalışanların dâhil olduğu gruptur. SGK sisteminde 4/b olarak sınıflandırılanlar ise Bağ-kur'a tabi olan yani serbest meslek sahiplerinin bağlı olduğu gruptur.

Gruplar arasında gelir düzeyi belirlemesi yapılırken emekli sandığı en yüksek gelir grubu, yeşil kart ise en düşük gelir grubu olarak kabul edilmiştir. SGK ve Bağ-Kur sigorta türü olarak gösterilenler emekli sandığından daha düşük gelir grubuna dâhil kişiler olarak değerlendirilmiştir. Banka sandığına tabi olanlar ise banka çalışanlarının ve emekli sandığı çalışanlarının maaşları göz önüne alınarak gelir düzeyi olarak benzer yakın grup olmalarına rağmen banka sandıklarının sağlık tedavilerinde emekli sandığına göre daha fazla tedavi türünü karşıladığı göz önüne alınarak en yüksek gelir grubu kabul edilmektedir. Her ne kadar sosyal güvence türü SGK ve Bağ-Kur olanların içinde de emekli sandığı ve banka sandığının en yüksek çalışanı kadar gelir sahibi olanlar olsa da incelediğimiz hastanenin bir kamu kurumu olması ve belli gelir düzeyinin üstündeki kesimin genel itibariyle özel sağlık kuruluşlarını veya ücretli muayeneleri tercih ettiği göz önüne alındığında gelir düzeyleri arasında yaptığımız sıralama yüksek olasılıkla doğru kabul edilebilir.

Bağımsız değişkenler ise poliklinik çeşitleri, hasta cinsiyeti, yaş ve bazı testlerde tıbbi tanıya göre sınıflandırılarak analizlerde kullanılmıştır.

Biz çalışmamızı 27 poliklinik üzerinden analizlerimizi gerçekleştirdik. Hasta girişleri analiz edilen bu poliklinikler şunlardır: Acil Tıp, Aile Hekimliği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Nöroloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Genetik, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Üroloji ve Çocuk Acil Poliklinikleridir.

Anabilim dallarının alt bilim dalını oluşturan ve spesifik poliklinik hizmeti veren İç hastalıkları veya Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarına bağlı nefroloji, gastroloji, hemotoloji, çocuk nörolojisi, çocuk kardiyoloji gibi polikliniklerin verileri Anabilim Dalının adına açılan temel poliklinikler içinde değerlendirilmiştir.

Analizlerde tekrarlı veri kullanımını engellemek adına poliklinik hizmeti veren birimlerin koydukları teşhisleri netleştirmek adına; kan ve idrar testi, sürüntü kültürü, biyopsi incelemesi, MR, radyolojik film vb. işlemlerin gerçekleştirildiği *Tıbbi Biyokimya* ve *Tıbbi Mikrobiyoloji*, *Tıbbi Patoloji*, *Radyoloji*, *Nükleer Tıp* birimlerine kayıtlı hastalar analiz dışı bırakılmıştır. Nedeni ise örneğin Radyoloji biriminde girişi olan ve işlem yapılan hasta, aslında poliklinik hizmeti veren İç Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji gibi diğer birimlerin yönlendirdiği hastalardır.

Yine direkt hasta girişi olmayan Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı ile daha çok adli inceleme ve otopsi incelemelerinin yapıldığı *Adli Tıp* birimi ve bazı dönemlerde açık olan ve çalışanlara yönelik hizmet veren *İşyeri Hekimliği*, *Diş Hastalıkları* polikliniklerinin verileri de analizlerde dışlanmıştır.

3.2. Araştırmada Kullanılacak Yöntem ve İstatistiksel Testler

Çalışmada öncelikle sosyal güvence türleri ile hastalık türleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı değerlendirilmek istenmiştir. Bunun için tüm tıbbi hastalık tanımlarının ekonomist yaklaşımıyla yorumlanamayacağı göz önüne alınarak hastaların başvurduğu poliklinikler vasıtasıyla daha dar bir hastalık sınıflandırması (enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları vb.) yapılmak istenmiştir. Hastaların başvurduğu poliklinikler ile sosyal güvence türleri arasındaki ilişkinin yanında polikliniklere başvuran hastaların sayısı, cinsiyeti, yaş değişkenleri ile sosyal güvence türleri incelenmiştir.

Araştırma verileri hem nicel (sayısal) hem nitel (sözel) olduğundan analizlerde yüzde hesabı ve frekans gibi betimsel istatistikler ile çapraz tablo analizleri ve Ki Kare testi kullanılmıştır.

3.2.1. Frekans Dağılımları

Frekans 'f', bir nicel ya da nitel değerinin örneklem veya ana kütlede kaç defa tekrarlandığını gösteren tekrar sayısıdır. *Sınıflama* işlemi ise basit bir seride yer alan aynı değerlerin birer kere gösterilip karşılıklarına tekrar sayıları olan frekansların yazılması ile oluşturur. Sınıflanmış seri demek aslında frekansların değerlere nasıl (kaçar adet) dağıldığını gösterir. Örneğin 20 terimli bir seri olsun ve bu seride yer alan değerlerin 3 tanesinin 4, 2 tanesinin 18, 2 tanesinin 27 gibi bir dağılım gösterebilir. Seri değerlerinin karşısına yeni bir sütun/satır (veya değerlerin dikey/yatay durumuna göre) frekans değerleri yazılarak bir tablo oluşturulsun. İşte bu tip sayısal değerlere frekansların nasıl dağıldıklarını gösteren iki sütun veya satırlı tablolara *frekans dağılımı* denilir. Eğer serideki frekanslar bir önceki frekansın üstüne toplanarak (kümülatif biçimde) sınıflararak seri oluşturulmuşsa bu tip dağılımlara *birikimli frekans dağılımı* adı verilir (Gürsakal, 2001,95-99). Frekans dağılım tablolarında çoğunlukla 8-10 arası sınıf oluşturulur. Genel kabul sınıf sayısının 8'den az 15'den fazla olmamasıdır eğer on beş üstü sınıflama yapılırsa

özetlemeden beklenen hedefe ulaşamaz. 'n' veri sayısını göstermek üzere sınıf sayısı 'k' aşağıda 3.1'de gösterilen Sturges formülüne göre hesaplanır. Örneklemelerdeki en büyük değer ile en küçük değer farkına *dağılım genişliği* 'R' denir. İki sınıf arasındaki farka ise *sınıf aralığı* 'c' denir. R, k ve c arasında 3.2'deki bağıntı geçerlidir (Ankara Üniversitesi, 2021).

$$k = 1 + 3.3 \log(n) \quad (3.1)$$

$$c = \{R + (R\text{'nin Son basamak rakamına 1 eklenir})\} / k \quad (3.2)$$

Frekans yüzdesi veya görelî (relatif) frekans 'p', her sınıfa düşen veri sayısının toplam veri sayısına oranıdır. İ; 1'den k'ya kadar olan sayıları göstermek üzere p için 3.3'deki eşitlikler geçerlidir ('Frekans Dağılımları', 2021). Relatif frekansların değerlere dağılımları ise *relatif frekans dağılımını* oluşturur. Mutlak frekans, sıfır (0) ve pozitif sayılar alırken görelî frekans 0 ile 1 kapalı aralığında değer alır ve görelî frekansların toplamı her zaman 1'e eşittir (Gürsakal, 2001:104).

$$p = f_i/n \quad (i= 1,2,\dots,k), \quad \sum_{i=1}^k p_i = 1 \quad (3.3)$$

3.2.2. Çapraz Tablo

Sayısal verilerin iki nitel değişkene göre sınıflandırılması sonucunda, çift girişimli verilerin yer aldığı çapraz tablolar (cross tables) veya diğer adıyla kontenjans tabloları (contingency tables) elde edilir. Mesela nitel değişken olan öğrencilerin üniversiteye kabul ve ret olunma durumları ile cinsiyetlerine göre sınıflandırıldığı bir tablo hem çift nitel değişken hem de oranlara dair sayısal verileri birlikte barındırdığından çapraz tablo dağılımı oluşturur (örnek: tablo 20) (Gürsakal, 2001:102).

Tablo 20

Üniversiteye başvuran kişilerin dağılımı (örnek)

	Kabul	Red	Toplam
Erkek	233 (%42)	324(%58)	557 (%100)
Kız	88(%31)	194(%69)	282(%100)
Toplam	321	518	839(%100)

(Gürsakal, 2001:102).

Çapraz Tablolarda Yüzde Değerler

Çapraz tablolarda yer alan frekans değerleri istenirse yüzdeler olarak da verilebilir. Yüzde değerler çoğunlukla sütun, satır ve toplam yüzde değerler olarak gösterilir (Akbulut, 2021:10-11). Amaç frekans değerlerinin yüzdeler olarak göstererek ilk bakışta daha açıklayıcı bir tablo sunmaktır.

Aşağıdaki Tablo 21'deki örnekte farklı okullardaki öğrencilerin başarı durumları, frekanslara ve yüzde dağılımlara göre gösterilmiştir. Farklı liselerdeki üç yüz öğrencinin 245'i başarılı 55 başarısızdır. Başarılı öğrencilerin liselere dağılım frekanslarının toplam başarılı öğrenciye oranları ile başarılı öğrencilere dair satır yüzdeleri oluşturulmuş. Sütun yüzdelerinde ise aynı lisedeki öğrencilerin başarı ve başarısızlıkları kendi okullarının mevcut sayısına oranlanarak bulunmuştur. Örneğin Fen lisesindeki toplam 80 öğrencinin 75'i başarılı olduğundan %93,8 oranında bir başarı yüzdesi görülmekte aynı şekilde 5 başarısız öğrenciden dolayı da okulun % 6,2'si başarısız sayılmaktadır. Toplam yüzdeler ise satır veya sütun yüzdelerinin toplamından elde edilmektedir.

Tablo 21

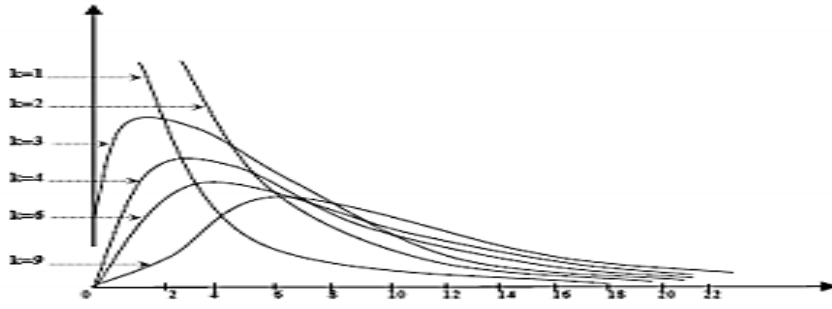
Farklı lise gruplarına ait başarılı ve başarısız öğrencilerin yüzde dağılımı (örnek)

Başarı Durumu		Mezun Olunan Lise			Toplam
		Fen L.	Anadolu L.	Meslek L.	
Başarılı	n	75	90	80	245
	satır % /	30.6	36.7	32.7	100.0
	sütun %	93,8	90,0	66,7	81,7
Başarısız	n	5	10	40	55
	satır % /	9.1	18.2	72.7	100.0
	sütun %	6,2	10,0	33,3	18,3
Toplam	n	80	100	120	300
	satır % /	26.7	33.3	40.0	100.0
	sütun %	100,0	100,0	100,0	100,0

(Akbulut, 2021:10-11)

3.2.3. Ki-Kare Testi

Nitel verilere sahip istatistiksel hesaplamalarda kullanılan Ki-Kare Testi (Chi-Square Test) gözlenen frekanslar ile beklenen frekanslar arasındaki istatistiksel farkın anlamlılığını araştırır. Ki-Kare testinde dağılımın ortalaması, serbestlik derecesi (sd)'ye eşitken, varyansı ise sd'nin iki katı değer almaktadır. Sürekli bir dağılım gösteren Ki-kare dağılımı, serbestlik derecesi küçük olduğunda basık, derece artıkça normal dağılıma doğru gider (Şekil 1). Test birbirinden bağımsız iki nitel değişkene dair gözlemlerin ilişkisini inceler. H_0 diye ifade edilen sıfır hipotezi değişkenlerin bağımsız olduğunu, araştırma hipotezi olan H_1 ise bu nitel değişkenlerin birbiriyle ilişkili yani bağımlı olduğunu belirtir (Güngör ve Bulut, 2008: 84).



Çeşitli Serbestlik Derecelerinde Ki - kare Dağılışı

Şekil 1.Ki kare dağılışının çeşitli serbestlik derecelerindeki gösterimi

Ki kare istatistiği aşağıdaki şekilde hesaplanır.

Burada G : gözlenen değer, B : beklenen değeri ifade eder. (Şen, 2018)

$$X^2 = \sum (G-B)^2 / B \quad (3.4)$$

Tablo 22

İki nitel değişkenin bağımsız gözlemlerinin sınıflandırılması

Birinci sınıflandırma kriteri	İkinci sınıflandırma kriteri				Toplam
	Kategori 1	Kategori 2	...	Kategori c	
Kategori 1	G_{11}	G_{12}	...	G_{1c}	$n_{1.}$
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
Toplam	$n_{.1}$	$n_{.2}$	...	$n_{.c}$	n

(Güngör ve Bulut, 2008: 84).

Tablo 22'deki gibi nitel değişkenden oluşan n hacimli bir örneklem verileri çapraz tabloya yerleştirildiğinde bütün hücrelerdeki G 'lerin ve H_0 hipotezinin doğru kabulü altında 'B' değerleri 3.5'deki gibi hesaplanır. Bu 'B' değerleri belli bir tanıma göre gerçekleştirilmesi olası frekansları ifade eder ve 'B' ile 'G' değerlerinin karşılaştırılmasında eğer aradaki farklara küçük olursa Ki-kare hesaplanan değeri de küçük olacağından H_0 red edilmez fakat tersi durumda hesaplanan Ki-kare değerinin (X^2_{hes}) ilgili

serbestlik derecesindeki (sd) tabloda bulunan Ki-kare değerine (X^2_{tab}) göre durumuna bakılır. 3.6’daki eşitlik gerçekleşirse H_0 red edilir (Güngör ve Bulut, 2008: 84).

$$B_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n} \quad (3.5)$$

$$X^2_{hes} \geq X^2_{tab} \quad (3.6)$$

X^2_{hes} değeri formül 3.7’ye göre bulunurken (X^2_{tab}) değeri ise saptanan yanılısama oranı (α) ve serbestlik derecesine göre bulunur.

$$X^2_{hes} = \sum_{j=1}^c \sum_{i=1}^r \frac{(G_{ij} - B_{ij})^2}{B_{ij}} = \sum_{j=1}^c \sum_{i=1}^r \frac{G_{ij}^2}{B_{ij}} - n \quad (3.7)$$

Ki-kare Testinin varsayımları iki başlıkta özetlendiğinde:

İlk olarak veriler bağımsız olmalıdır yani çaprazlık tablosu hazırlanırken bir veri yalnız bir göze girebilir. Mesela A ve B partilerine oy verenlerden oluşan bir tabloda birey ya A partine oy veren hücrede ya B partisine oy veren hücrede yer alabilir. İkinci olarak çaprazlık tablolarındaki her göz için belenen değerin sayısının 5 ve üzeri olmasıdır. Çok büyük tablolar için bu 5 değerinin biraz daha düşmesi genelde sorun oluşurmaz ancak bu durumda da en küçük beklenen değerin 1 ve üzeri olması tercih edilir. Eğer 5’ten küçük frekanslı gözler mevcutsa bunların oranı % 20’nin altında olmalıdır ve böyle küçük frekanslara sahip veri analizlerinde Fisher Kesin Olasılık Testinin tercih edilmesi yerinde olur (şen, 2018).

Ki-kare bağımsızlık testleri 2x2 veya $r \times c$ ($r > 2$ ya da $c > 2$) şeklindeki satır-sütün sayılı tablolardan oluşabilir (olak, 2014) .

Ki Kare bağımsızlık testinin hedefi: $r \times c$ (r ve c tablolarındaki satır ve sütunları göstermek üzere) şeklindeki çapraz tablolarda gözlenen frekansların (G_{ij}) marjinal olasılık yoğunluk fonksiyonuna göre hesaplanan teorik frekanslara (B_{ij}) benzerliğini analiz etmektir (Bircan ve diğerleri, 2003). 2×2 şeklinde ifade edilen çapraz tablolarda ikili kategoriye sahip iki değişken ve bunların alt kategorileri gözlenmekte olup analizde hesaplanan teorik frekanslara göre kullanılan istatistiksel test yöntemi farklılaşmaktadır. Eğer hesaplanan *en küçük teorik frekans* > 25 ise *Pearson Ki kare Test*, $5 < \text{En küçük teorik frekans} < 25$ ise *Yates' Ki kare Test*, $\text{en küçük teorik frekans} < 5$ ise *Fisher Exact Test* (*Fisher's kesin Ki kare Testi*) ile analizler gerçekleştirilir. İki'den fazla kategorili iki değişkenin alt kategorilerinin beraber gözlemlendiği ve $r \times c$ şeklindeki çapraz tablolarda ise *5'ten küçük olan hesaplanan teorik frekansların* toplamda oluşturduğu orana göre kullanılan istatistiksel yöntem belirlenir. Hasaplanan teorik frekanslar dikkate alındığında eğer her bir göz için *5'den küçük olanların yüzdesi %20'den küçükse*, *Pearson ki-kare testi*, eğer *%20'den büyükse exact* test kullanılır (Çolak, 2014).

Ki Kare testi çoğunlukla; iki değişken arasında ilişki (bağ) olup olmadığı, iki ve daha fazla sayıdaki grupların arasında fark bulunup bulunmadığı, uyum iyilik testi (örneklemden edinilen sonucun herhangi bir dağılıma uygunluğu) ve grupların homojenlik testinde kullanılabilir (Ankara Üniversitesi, 2021). Bu testlerin varsayımları ise şöyledir:

Bağımsızlık Testi: Ki kare bağımsızlık testinin amacı 2×2 veya $r \times c$ şeklindeki çapraz tablolarda değişkenlerin arasında bağımsızlık olup olmadığını ya da diğer bir ifadeyle değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını incelemektir. Hipotezleri: H_0 , Değişkenler arasında ilişki yoktur (Değişkenler birbirinden bağımsızdır). H_1 , Değişkenler arasında ilişki vardır (Değişkenler birbirinden bağımsız değildir.) Kontenjans tablosu olarak adlandırılan çift yönlü ve değişkenlerinin her ikisi de nitel olan değişkenler arasındaki ilişkiler bağımsızlık testi ile analiz edilebilir. Serbestlik derecesi $(r-1) \times (c-1)$ şeklinde bulunur. Testin varsayımları 'iki kategorik değişken', 'bir kategorik değişkenin diğeriyle ilişkisinin test edilmesi', 'yalnızca tek örnek

ve oranlarla alakalı varsayım yoktur' biçimindedir (Güngör ve Bulut, 2008: 84) ('Ondokuz Mayıs Üniversitesi', 2021).

Uyum İyilik Testi; Bu teste örneklem dağılımının ana kütle dağılımına uygunluğu veya gözlenen iki değişkenin aynı dağılıma sahip olduğu H_0 , örneklem dağılımının ana kütle dağılımına uygun değil oluşu veya gözlenen değişkenlerin farklı dağılımda oluşu H_1 ile ifade edilir (Güngör ve Bulut, 2008: 85). Testin hipotezleri; 'ikiden fazla kategorili (çok değerli) değişken veri', 'tek örnek ve birden çok araştırılan oran' ile 'örnek oranları için varsayılan oranların analiz edilmesi' olup testte ana kütlede alınan n miktar örneklemin ana kütle temsil durumu araştırılmaktadır (Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2021). Bu testte gözlenen değerler (G) tek sütun veya satırı oluşturan k sınıftan meydana gelir ve dolayısıyla gözlenen değerlere karşılık gelen beklenen değerler (B) de k sınıflı bir satır veya bir sütun oluşturmaktadır. X^2_{hes} hesaplanan Ki kare değeri olmak üzere denklem 3.8 yazılabilir (Güngör ve Bulut, 2008: 85).

$$X^2_{hes} = \sum_{j=1}^k \frac{(G_j - B_j)^2}{B_j} = \sum_{j=1}^k \frac{G_j^2}{B_j} - n \quad (3.8)$$

Homojenlik Testi: Test iki örneklemin aynı kategorilere göre homojenliklerinin analizinde kullanılır. H_0 hipotezi homejen olduklarını H_1 hipotezi homojen olmadıklarını ifade eder. Test iyi uyum testindeki aşamalarda gerçekleştirilir (Güngör ve Bulut, 2008: 84). Testin varsayımları 'her gruptan alınan farklı birer örnek', 'bir tek kategorik değişken', 'bir grupta çıkan oranın diğer gruplar için de aynı bulunup bulunmamasının test edilmesi' ve 'varsayılan oranın olmaması'dır Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2021).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI ve ANALİZLER

Çalışmanın bu bölümünde verilerin R programı ile yapılan analizleri hakkında bilgiler verilmiş olup incelendiğimiz verilerden elde ettiğimiz bulgu sonuçları değerlendirilmiştir.

4.1. Araştırma Modellemesi ve Bulgu Sonuçları

Analiz dört farklı aşamada gerçekleştirilmiştir. Öncelikle hastaneye başvuran hastaların yıllara göre dağılımları, yaş aralıklarına göre dağılımları, ikametgâh iline göre dağılımları ve sosyal güvence türüne göre dağılımları ile polikliniklere göre dağılımları belirlenmiştir.

Daha sonra poliklinikler ile sosyal güvence türleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Polikliniklere başvuran hastaların sosyal güvence türlerinin dağılımı yaklaşık eşit mi farklılıklar var mı? ‘Hangi poliklinikler dağılımlarda eşitlikten uzaklaşıyor? Belli sosyal güvence türleri özellikle bazı polikliniklere yoğun başvuru yaparken bazılarını daha az mı kullanıyor?’ sorularının cevabı araştırılmıştır.

Üçüncü olarak gelir grupları içinde daha spesifik incelenebilecek dar bir sınıf olan 2014 ve 2016 yılın arasında kayıtlara askeriye, komutanlık mensubu/ailesi olarak kaydedilen ve bizim *askeriye emekli sandığı*, olarak adlandırdığımız (sadece devamlı çalışan askeri personel ve yakınlarının yer aldığı, er ve erbaşların olamadığı) meslek grubu örnekleme ile çalışmalar yapılmıştır. Buradaki amacımız hem gelir grubunun daha yaklaşık olduğu bir örneklem elde ederek değerlendirme yapmak hem de belli meslek gruplarının belli sağlık hizmeti alımlarını daha yoğunlukta isteyip istemediğinin tespit edilmesidir.

Dördüncü olarak ise halkın gelir düzeyleri ile bazı hastalıklar (ki burada örnek tanı olarak üç başlık ve bir yıllık veriler değerlendirilmiştir) arasında daha detaylı bir inceleme yaparak kişilerin sağlıklarının kötüleşmesine bağlı olarak sağlık hizmeti taleplerinde hastalığın toplum tarafından ciddiyete alınma algısı ile gelir düzeyi ilişkisi analiz edilmeye çalışılmıştır. Kısaca ‘toplumda hastalığın kabulünde *zengin veya fakir hastalığı* gibi bir algı var mıdır, toplumca basit görülen hastalıklar ile ağır düzeyli hastalıklar herkes ve her gelir grubu için hastaneye başvuru sebebi midir?’ sorularına yanıt aranmıştır.

4.1.1. Model 1

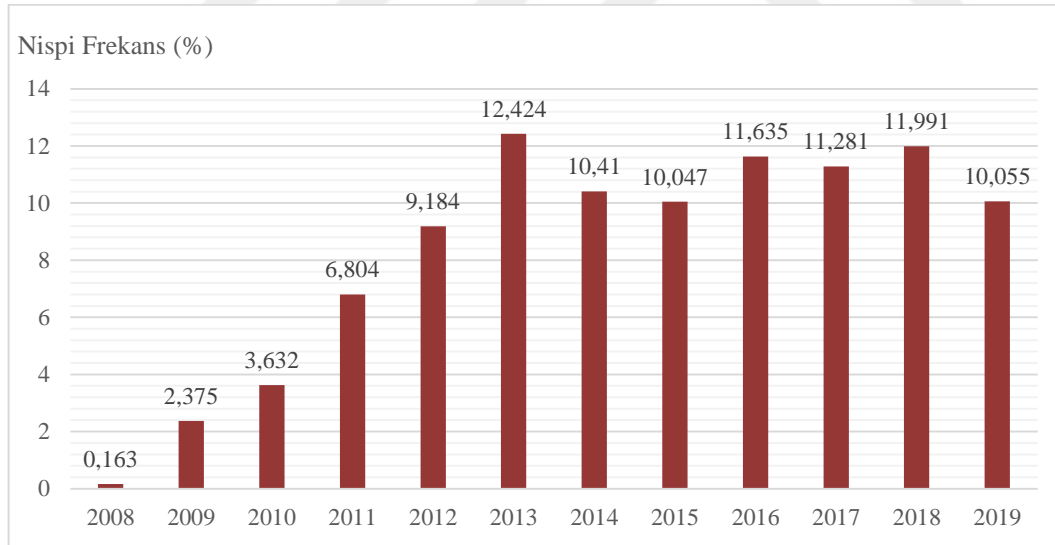
Model 1’de öncelikle analizlerimizde kullandığımız hasta başvurularının yıllara, SGK türüne, cinsiyete, ikametgâh iline, polikliniklere göre dağılımları incelenmiştir.

Tablo 23’deki değerlerden elde edilen, hastaneye başvuran hastaların yıllara göre dağılımının nispi frekansı şekil 2’deki grafikte incelenmiştir. 2008 yılı Kasım ayından itibaren hasta kabul edilen hastanede 2009 yılından 2013 yılına kadar düzenli bir hasta artışı olmuş 2013 yılında ise son on yılın en yüksek hasta sayısına ulaşmıştır. İkinci en yüksek hasta kabulü 2018 yılına aittir. 2018 yılını 2016 ve 2017 yılları takip ederken, sonrasında 2014 ve 2015 yılları yer almaktadır. Kimi yıllar bir önceki yıla göre düşük hasta sayısına ulaşsa da genel olarak hasta sayısında devamlı bir yükselişin olduğu söylenebilir. Bunda hastane imkânlarının gelişen teknoloji ile birlikte her geçen yıl daha iyiye gitmesinin de etken olabileceği göz önüne alınmalıdır. Grafikte son yedi yılın en düşük üçüncü hasta sayısı 2019 yılında gibi gözüke de bu doğru bir sonuç olmamaktadır. Çünkü 2019 yılının yaklaşık son iki buçuk ayının verileri analiz değerleri içinde yer almamaktadır. Ortalama bu değerler de ilave edilirse 2019 yılı en yüksek hasta başvurusu olan iki seneden biri olacaktır.

Tablo 23

Hastaneye yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı ve frekans yüzdeleri

Yıllar	Başvuru Sayısı	Nispi Frekans (%)	Birikimli Frekans (%)	Toplam (%)	Kümülatif Toplam (%)
2008	6983	0.163	0.163	0.163	0.163
2009	101825	2.375	2.537	2.375	2.537
2010	155727	3.632	6.169	3.632	6.169
2011	291751	6.804	12.973	6.804	12.973
2012	393812	9.184	22.157	9.184	22.157
2013	532760	12.424	34.581	12.424	34.581
2014	446401	10.41	44.991	10.41	44.991
2015	430810	10.047	55.038	10.047	55.038
2016	498932	11.635	66.673	11.635	66.673
2017	483725	11.281	77.954	11.281	77.954
2018	514199	11.991	89.945	11.991	89.945
2019	431149	10.055	100	10.055	100
Total	4288074	100	100	100	100



Şekil 2. Yıllara göre hastaneye yapılan başvuruların frekans dağılımları grafiği

Tablo 24’de sosyal güvence türüne göre hastane başvuruları sınıflandırılmış olup 2008-2019 yılları arasındaki tüm başvuruların nispi ve birikimli frekansları ile yüzde dağılımları yer almaktadır. Bu tablodan elde edilen şekil 3’deki grafikte ise sosyal güvence

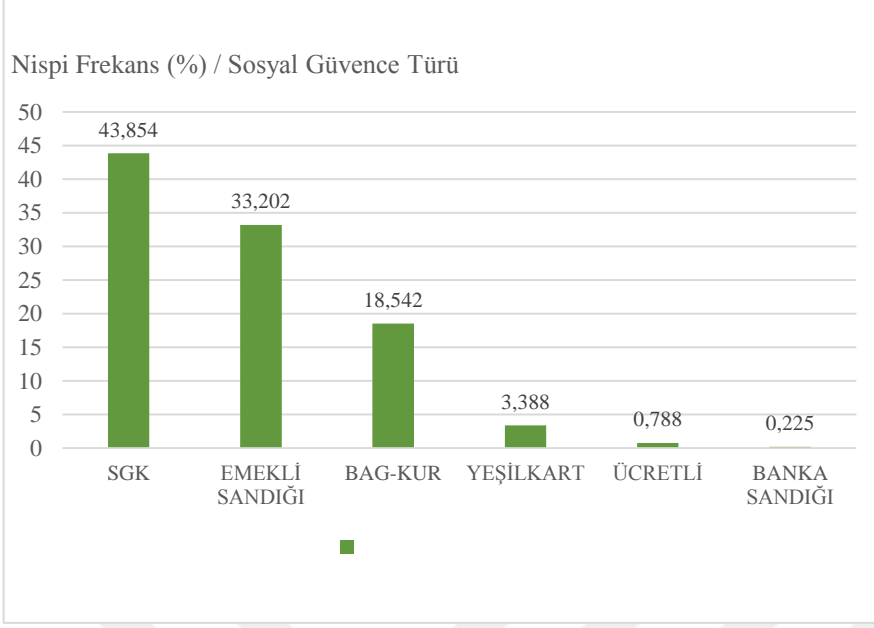
türlerine göre hastaların nispi frekans yüzdeleri incelenmektedir. En yoğun başvuru SGK sosyal güvence türünde olup hastaların %43,55'i ile başvuruların 1/3'ü ile 1/2'i arasındaki bir kesimi oluşturmaktadır. Bu grubu % 33,20 ile emekli sandığı takip etmektedir. Yeşil kartlılar ise hasta başvurularının yaklaşık %3,39 civarını oluştururken Bağ-Kur'a bağlı sigortalılar da yaklaşık %18,5'lik kesimi oluşturmaktadır. Banka sandığı ve ücretli muayenelerin toplamı ise tüm hastaların yaklaşık %1'i dolayındadır.

Çanakkale ilinin memur şehri ve eski bir sanayi kenti olduğu göz önüne alınırsa ilk iki sigorta grubunun daha yüksek çıkması ve hastanenin kamu kurumu olduğu göz önüne alındığında ücretli veya özel sigorta grubuna giren hastaların üniversite hastanesini pek tercih etmemesi muhtemel sonuç olmaktadır. (Türkiyedeki toplam aktif yeşil kartlı sayısı 2007 yılı itibariyle 14332215 kişi olup bu sayısının 25135 kişisi Çanakkale iline aittir. Çanakkale'de 2007 yılında toplam nüfusun yaklaşık %5'i yeşilkartlıdır. (TBMM, 2007). Yeşil kartlıların daha az başvuru yapmasında, bu sosyal güvence türünün 2017 yılına kadar diğer hastanelerden sevk ile üniversite hastanesine başvuru yapabilmesi etkili olan nedenlerden sayılabilir. Ayrıca şehrin genel olarak çalışan ve emekli bir nüfusa sahip olması da etkilidir.

Tablo 24

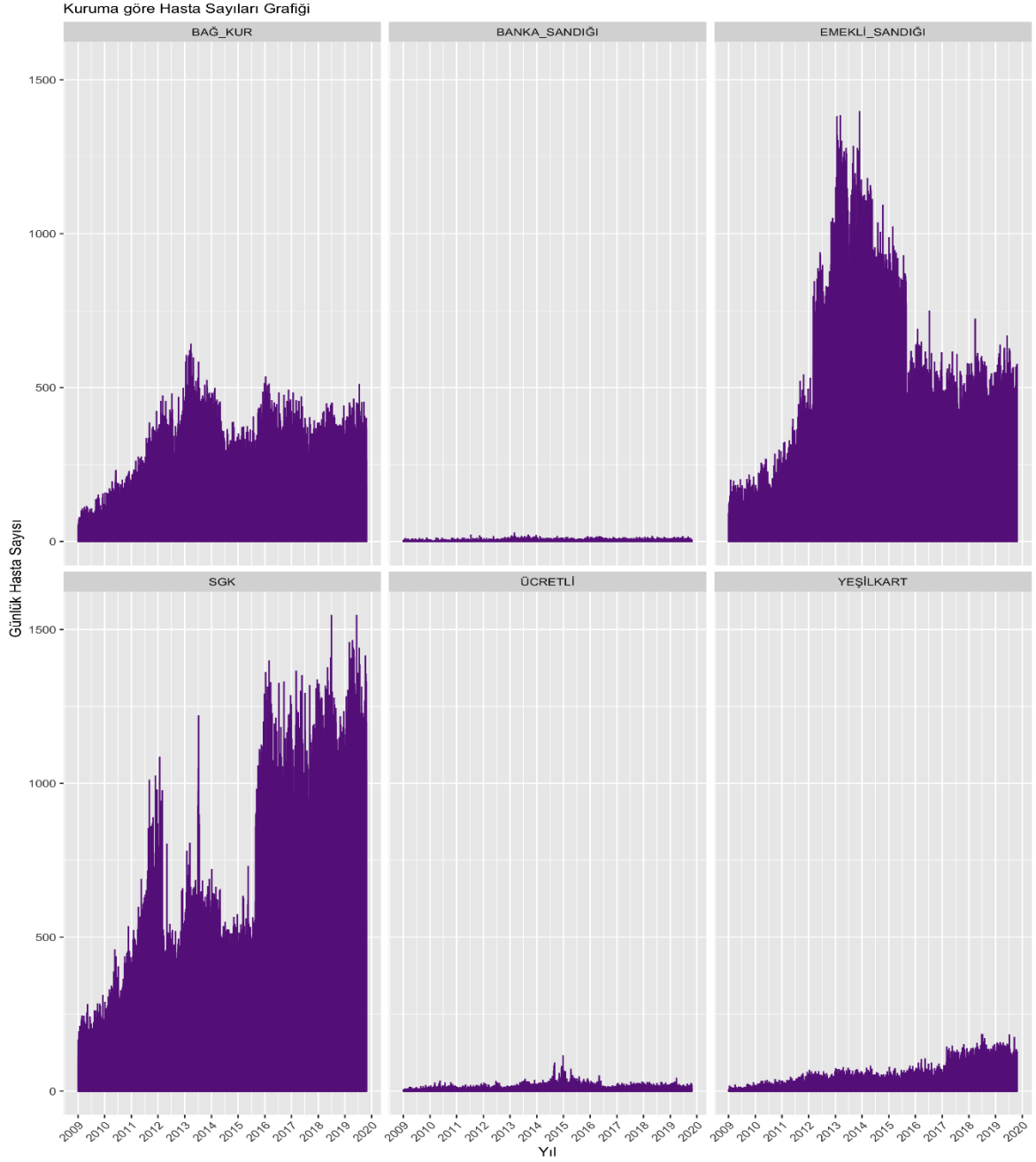
Sosyal güvence türlerine göre hastane başvurularının dağılımı (2008-2019)

SGK Türü	Başvuru sayısı	Nispi Frekans (%)	Birikimli Frekans (%)	Toplam (%)	Kümülatif Toplam (%)
SGK	1880510	43.854	43.854	43.854	43.854
EMEKLİ SANDIĞI	1423732	33.202	77.057	33.202	77.057
BAG-KUR	795089	18.542	95.598	18.542	95.598
YEŞİLKART	145292	3.388	98.987	3.388	98.987
ÜCRETLİ	33788	0.788	99.775	0.788	99.775
BANKA SANDIĞI	9663	0.225	100	0.225	100
Total	4288074	100	100	100	100



Şekil 3. Sosyal güvence türlerine göre hastane başvurularının nispi frekans dağılım grafiği

Sosyal güvence türüne göre hastaneye yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı şekil 4'te verilmiş olup 2012-2013 yıllarında emekli sandığı ve Bağ-Kur güvencesi kapsamındakilerin yoğun bir başvurusu görülmektedir. Bağ-Kur kapsamındaki hasta başvurularında 2014-2015 yıllarında azalma görülse de daha sonra artarak 2016-2019 yıllarında daha düzenli bir grafik çizmektedir. Emekli sandığı başvurularındaki yükseliş 2016 yılına kadar zirvede kalmakta 2016-2019 yılları arasında ise azalmasına rağmen daha düzenli olduğu görülmektedir. SGK başvurularındaki artış 2011'de ani bir artış ardından 2012 yılında ciddi bir düşüş göstermiş ardından 2013 yılının belli bir döneminde tekrar zirve yapmıştır. 2014 ve 2015 yıllarında azalan SGK kesimi başvurusu 2016-2019 yılları arasında tekrar artmış ve önceki yıllara göre daha düzenli bir seyir izlemiştir.

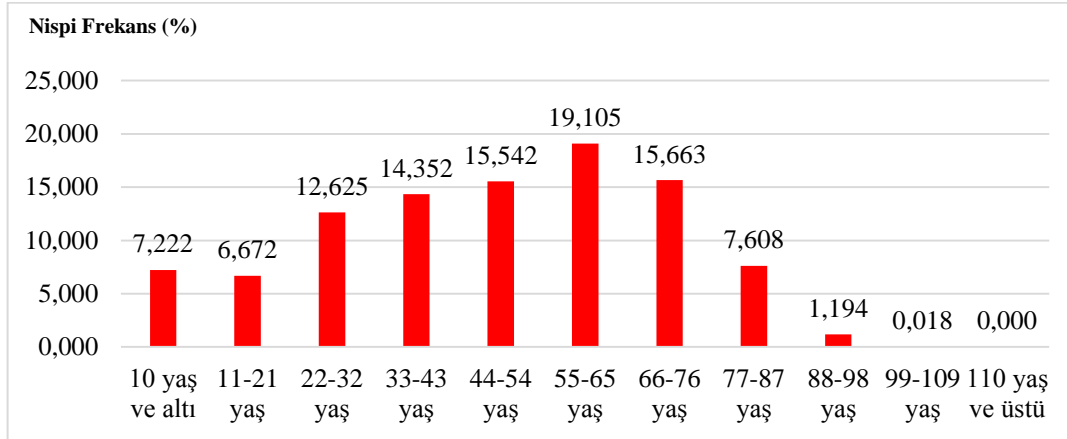


Şekil 4. Sosyal güvence türüne göre hastaneye yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı

Yine şekil 4'te banka sandığı kapsamındakilerin tüm yıllarda en az sayıda fakat en stabil başvuru dağılımına sahip olduğu görülmektedir. Düzenli bir dağılım gösteren diğer grup ise ücretli hastalardır. 2015-2016 yıllarında başvuruları kısmen artış gösterse de genel olarak yıllar boyu durağan bir dağılım mevcuttur. Yeşil kartlı hasta başvurularının da 2008 den itibaren düzenli bir artış eğiliminde olduğu başvuruların 2017 sonrasında yaklaşık iki

katına çıktığı görülmektedir. Buradaki kırılma noktası, 2017 yılında hastane yeşil kart kapsamındakileri direkt sevsiz olarak kabul etmesinden dolayıdır.

Hastaların yaşa göre dağılımlarının incelendiği şekil 5’de ise hasta sayısının en yüksek olduğu sınıfın yaklaşık %20’lik bir oranla 55-65 yaş arası olduğu, onları 66-76 yaş grubunun takip ettiği görülmektedir. Genel olarak 54 yaş ve altındakilerin (onar yaş şeklinde sınıflandırıldıklarında) düzenli olarak başvurularının azaldığı görülmektedir. Aynı grafikte 10 yaş altının 11-21 yaş grubuna göre %0,6 gibi çok az bir farkla fazla olduğu görülürken 77-87 yaş aralığının ise bu iki yaş grubuna göre görece daha fazla başvuru yaptığı görülmektedir. 88-109 yaş aralıklarındakiler ise yaklaşık %1,2 gibi düşük bir oran sergilemektedir. 110 yaş üstü başvuru çok az olduğundan yüzdesel oranı sifıra yakın çıkmaktadır. Ülkemizdeki ortalama yaşam süresi göz önüne alındığında bu oranların düşüklüğü anlaşılabilir. 21 yaş altının genel olarak daha genç olması daha az başvuru sayısını açıklar niteliktedir. 10 yaş altının 11-21 yaşa göre yüksek oluşu ise çocukluk dönemi hastalıklarının genç nüfusa göre fazlalığından kaynaklanabilmektedir. (Grafikte kullanılan verilerin sayısal dağılımı Tablo 25’te verilmiştir.)



Şekil 5. Hastaneye yapılan başvuruların yaşa göre oransal dağılımı

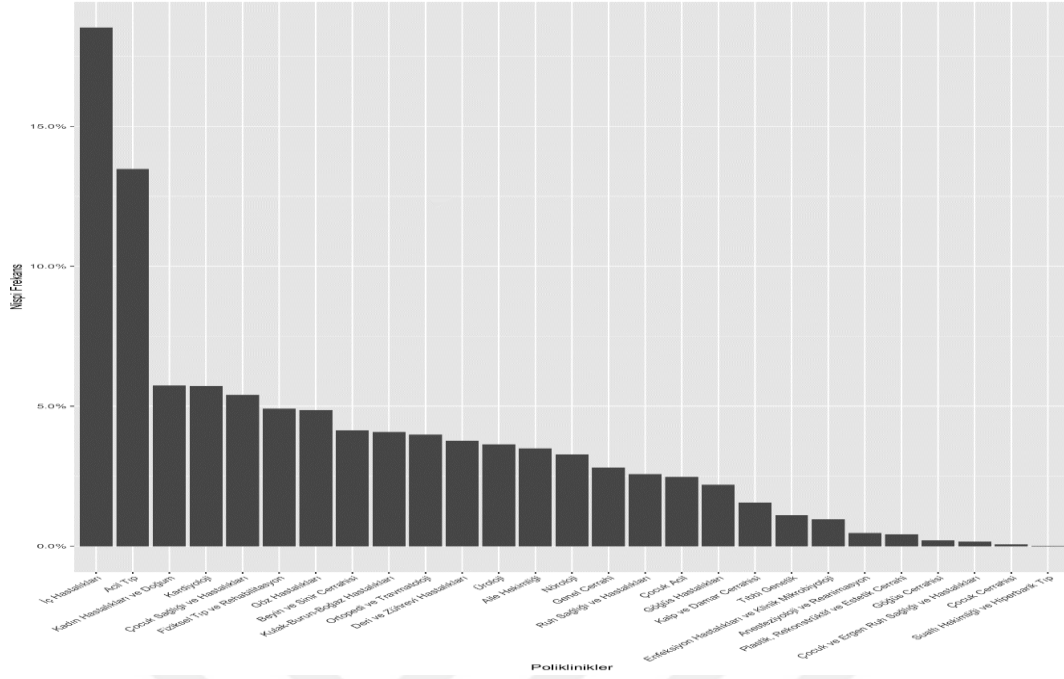
Tablo 25

Hastaneye yapılan başvuruların yaş gruplarına göre dağılımı

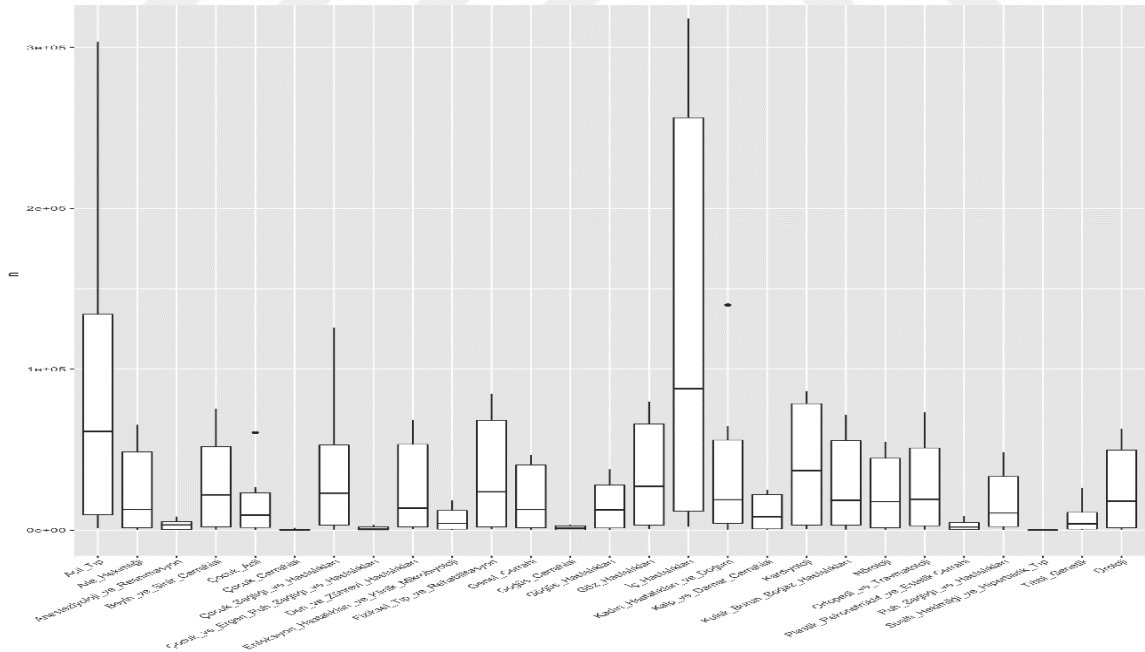
Yaş grubu	Başvuru Sayısı	Nispi Frekans (%)
10 yaş ve altı	309679	7.222
11-21 yaş	286079	6.672
22-32 yaş	541362	12.625
33-43 yaş	615425	14.352
44-54 yaş	666458	15.542
55-65 yaş	819217	19.105
66-76 yaş	671626	15.663
77-87 yaş	326253	7.608
88-98 yaş	51218	1.194
99-109 yaş	753	0.018
110 yaş ve üstü	4	0.000
Toplam	4288074	100.000

Polikliniklere göre hasta sayılarının dağılımlarının incelendiği şekil 6'da İç Hastalıkları, Acil Tıp, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinin ilk beşte yer aldığı bunları Fiziksel Tıp ve Rahabiliasyon, Göz Hastalıkları, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (KBB) ve Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniği takip etmektedir. En az hasta kabulü olan üç poliklinikler ise sondan başa doğru; Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Çocuk Cerrahisi ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğidir. Fakat bu polikliniklere hasta başvurularının azlığında sadece hastanın seçimi etken değildir. Bu polikliniklerin bazı yıllarda çeşitli nedenlerle kapalı olması da başvuru sayısı düşüklüğünde etkilidir.

Polikliniklere yapılan hasta başvurularının serbestlik derecesindeki ki kare dağılımının incelendiği şekil 7'de ise dağılımlarda ortalamaların genel olarak yukarı yönde olduğu görülmektedir. Bu belli bir yöne olan baskınlıkta, yaş faktörü etkili olabileceği gibi verilerden direkt elde edemediğimiz farklı nedenler de etkili olabilir.



Şekil 6. Polikliniklere göre hasta dağılımları (%)



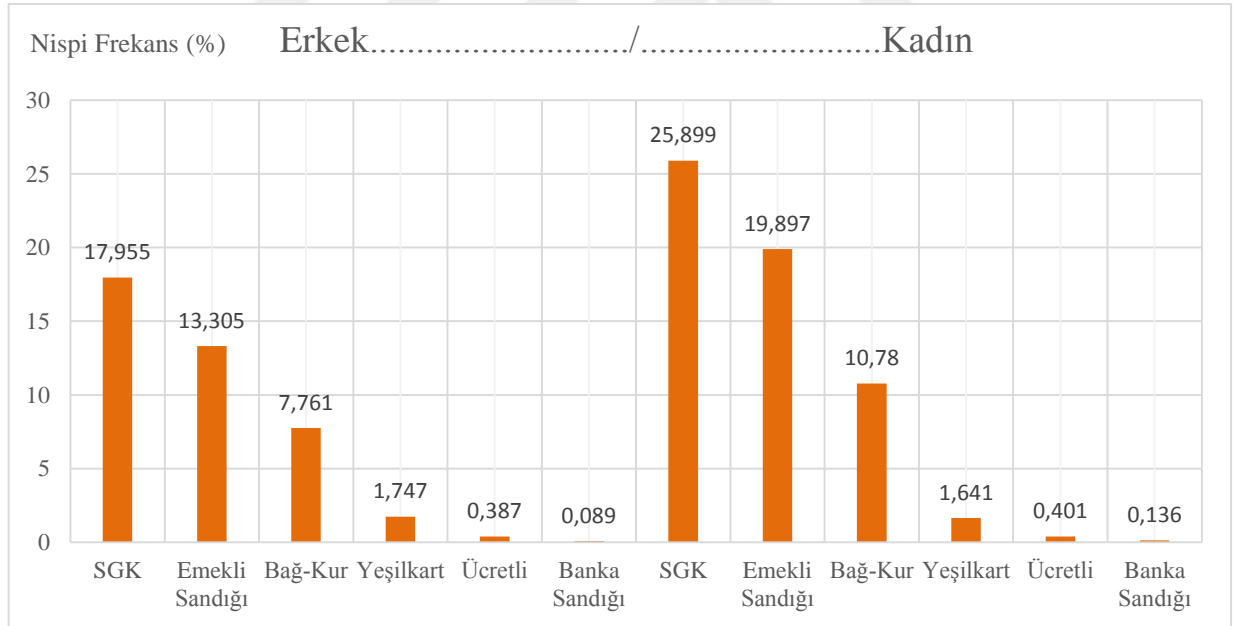
Şekil 7. Polikliniklere yapılan hasta başvurularının geometrik dağılımı

Tablo 26

Cinsiyete göre hastaneye başvuruların sayısal ve oransal dağılımları

Cinsiyet	Başvuru sayısı	Nispi Frekans (%)	Birikimli Frekans (%)	Toplam (%)	Kümülatif Toplam (%)
Kadın	2519472	58.755	58.755	58.755	58.755
Erkek	1768602	41.245	100	41.245	100
Total	4288074	100	100	100	100

Tablo 26’da cinsiyetlere göre hastaneye başvuru sayıları ve yüzdesel oranlar verilmiştir. Hastane başvurularında kadınların erkeklerden 750870 adet daha fazla başvuruda bulunduğu çıkarılabilir. Oransal olarak bakılırsa başvuruların %58,755’i kadınlara ait olup erkeklerin başvuruları %17,51 daha azdır.



Şekil 8. Sosyal güvence türüne göre erkek/kadın dağılımları (%)

Sosyal güvence türlerine göre frekans dağılımları cinsiyete göre yeniden sınıflandırıldığı şekil 8’deki grafikte, sosyal güvence türlerindeki başvuru sıralaması toplam başvurulardakiyle aynı sıralamada gerçekleşmektedir. Fakat cinsiyete göre

dağılımlar kendi arasında karşılaştırıldığında yeşil kartlılar hariç diğer SGK türlerinde kadın hasta başvurularının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani ya kadınların hasta olma potansiyelleri erkeklere göre daha yüksek ve sağlık açısından daha dayanıksızlar ya da kadınlar erkeklere göre sağlıklarındaki değişimi daha sık fark edip doktora müracaat etmektedirler. Yeşil kartlılarda erkek başvurularının % 0,106 daha fazla olmasında, analizlerde sağlık giderleri devlet tarafından karşılanan silah altındaki er ve erbaşların yeşil kartlı grubuna dâhil edilmesinin de etkili olabileceği unutulmamalıdır.

Hastaneye başvuranların ikametgâh adreslerine göre dağılımları incelendiğinde hastaların % 85,979'nun Çanakkale'den olduğu görülmektedir. Dışarıdan gelen hastaların illerine bakıldığında ise % 3,161 oran ile İstanbul ilk sırada yer alırken onu % 2,505 oranla Balıkesir ve %0,982'lik oranla İzmir takip etmektedir. Türkiye'nin 81 ilinden hasta müracaatı olan üniversite hastanemize en yoğun başvuru yapan ilk on beşteki diğer iller; Ankara, Bursa, Tekirdağ, Kocaeli, Edirne, Antalya, Aydın, Manisa, Van, Muğla ve Eskişehir'dir. Van hariç ilk on beş sıralamasındaki diğer iller Çanakkale'ye komşu ve/veya batıdaki illerden oluşmaktadır. Diğer iller ve yurt dışı ikametgâhı olan hastaların toplam sayısı İstanbul'dan müracaat edenlerden sadece 20398 kişi fazladır (Tablo 27). Analize dâhil edilenlerden yurt dışı ikametgâhı olanlar ise beş kişi ile çok cüzi bir sayı oluşturmaktadır.

Tablo 27

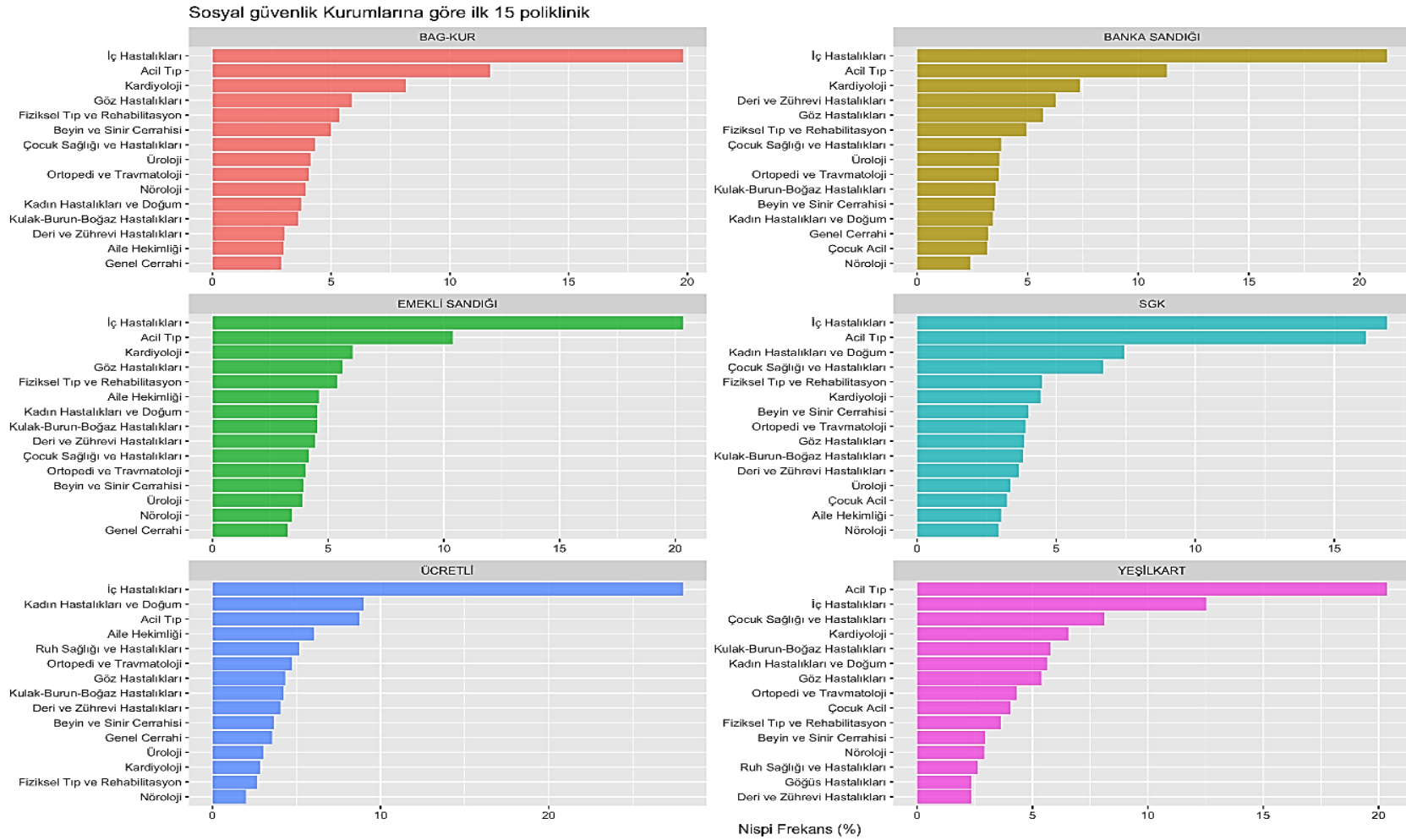
Hastaların ikametgâh adresine göre sayı ve oranları

Hastaların İkametgah İli	Başvuru sayısı	Nispi Frekans (%)	Birikimli Frekans (%)	Toplam (%)	Kümülatif Toplam (%)
ÇANAKKALE	3686855	85.979	85.979	85.979	85.979
İSTANBUL	135545	3.161	89.14	3.161	89.14
BALIKESİR	107402	2.505	91.645	2.505	91.645
İZMİR	42108	0.982	92.627	0.982	92.627
ANKARA	31580	0.737	93.363	0.737	93.363
BURSA	28950	0.675	94.038	0.675	94.038
TEKİRDAĞ	21543	0.502	94.541	0.502	94.541
KOCAELİ	14327	0.334	94.875	0.334	94.875
EDİRNE	13459	0.314	95.189	0.314	95.189
ANTALYA	9870	0.23	95.419	0.23	95.419
AYDIN	9255	0.216	95.635	0.216	95.635
MANİSA	8790	0.205	95.84	0.205	95.84
VAN	7694	0.179	96.019	0.179	96.019
MUĞLA	7582	0.177	96.196	0.177	96.196
ESKİŞEHİR	7171	0.167	96.363	0.167	96.363
Diğer iller ve yurt dışı	155943	3.637	100	3.637	100
Toplam	4288074	100	100	100	100

4.1.2. Model 2

Analizlerin bu bölümünde polikliniklerle sosyal güvence türleri arasındaki nedensellik ilişkisi çapraz tablo ile incelenmiş olup iki değişken arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Analizler R programında Pearson's Ki-kare testine göre yapılmıştır. Ek tablo 1'deki polikliniklerdeki başvuru sayısının sosyal güvence türüne göre dağılımı ve sosyal güvence türü içindeki oranı, ek tablo 2'de ise bu dağılımlar çapraz tablo halinde sunulmuştur. Çapraz tablolarda yaptığımız anlamlılık analizinde $\chi^2 = 143091.5819$, $df = 130$ ve p değeri ise ($p = .0000$) olarak oldukça küçük ve sıfıra yakın çıkmıştır.

Ek tablo 1'den düzenlenerek elde edilen şekil 9'daki sosyal güvence gruplarının en çok tercih ettikleri ilk poliklinik değerlendirildiğinde şu bulgulara ulaşılmıştır.



Şekil 9. Sosyal güvence gruplarının en çok gittikleri ilk 15 poliklinik sıralaması

Bağ- Kur, SGK, emekli sandığı ve banka sandığındaki hastaların ilk iki poliklinik tercihi İç Hastalıkları ve Acil Tıp poliklinikleri olup yeşil kartlı hastalarda bu poliklinikler sıralamada yer değiştirmiştir. İç hastalıkları polikliniğini % 21,26 ile banka sandığındakiler daha çok başvururken yeşil kartlılarda bu oran %12,53 olarak görülmektedir. Acil Tıp polikliniğinde yeşil kartlılar %20,38 ile en yüksek oranlı sosyal güvence türü iken banka sandığındakiler polikliniği %11,3 oranında tercih etmişlerdir.

Bağ-Kur'a bağlı olanların sıklıkla gittikleri diğer poliklinikler %8,13 oranında Kardiyoloji, %5,85 ile Göz ve %5,32 ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğidir. Banka sandığına dahil olanlarda ilk iki sıralamayı %7,35 ile Kardiyoloji, %6,27 ile Deri ve Zührevi Hastalıklar %5,7 oranıyla göz takip etmektedir. Emekli sandığındakilerde ilk beş sıralama %6,05 Kardiyoloji, %5,6 Göz ve %5,4 ile FTR poliklinikleri olarak devam etmektedir. SGK'lı olanlarda %7,44 başvuru oranıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği üçüncü sırada iken onu %6,68 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve %4,5 FTR poliklinikleri izlemektedir. Yeşil kartlı hastaların en yoğun tercih ettikleri poliklinik Acil Tıp Polikliniği ve İç Hastalıkları polikliniklerini ise %8,11 ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği izlemektedir. Yeşil kartlıların diğer yoğun başvuru yaptıkları klinikler ise %6,57 oranında Kardiyoloji, %5,79 oranında KBB poliklinikleridir.

İç hastalıkları ve acil polikliniklerinin ilk sıralarda yer alması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Çünkü iç hastalıkları polikliniği kapsamlı bir çalışma alanına sahip olması ve çoğu mevsimsel ve kronik rahatsızlığı takip ve tedavi edebilmesinden dolayı sıklıkla tercih edilirken, acil polikliniği ise adından da anlaşıldığı üzere hızlı tetkik ve tedavi ihtiyaçlarına cevap vermesinden dolayı toplumumuzca sıkça başvuru yapılan sağlık birimi olmaktadır. Bunun yanında diğer polikliniklerden farklı olarak 7/24 çalışmaktadır. Ayrıca acil polikliniğinde yapılan tedavilerden daha sonraları eczanelerden tahsil edilen katılım payının alınmaması da sosyal güvencesi olmayan ve/veya en düşük gelir grubu olan yeşil kartlıların tercihinde etken olabilir. Diğer etken ise kuramsal çerçevede de belirtildiği gibi kişilerin sağlık hizmeti taleplerindeki seçiciliğin tedavinin çok elzem olmasıyla alakalı bir tercih olmasıdır. Eğer birey beslenme ve barınma gibi en temel ihtiyaçları karşılamada

sıkıntı yaşıyorsa ivedi olmayan ve onu açlık kadar rahatsız etmeyen birçok hastalığın tedavisine gitmeyebilmektedir. Tedavi ücretlerine harcayacağı gideri kendine göre daha önem arz eden hayatta kalma mücadelesine harcamak isteyebilmektedir.

Grafiklerde yer alan ücretli hastalar iki üç farklı gruptan oluşmaktadır. Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere bu hastalar ya hiçbir aktif sosyal güvenceye sahip olmadığından cepten sağlık harcamalarını ödeyenler ya üniversite hastanesinde normal poliklinik saatinden sonra belli bir muayene ücreti karşılığı direkt öğretim üyesi doktorlara tedavi amaçlı gelenler ya da sosyal güvencesi olması rağmen SGK Kurumu tarafından karşılanmadığı için ehliyet, iş başvurusu vb. amaçlarla kullanılan sağlık raporları için müracaat eden kişilerden oluşmaktadır. Bu yüzden ücretli hastaların başvuru oranları değerlendirilirken polikliniğin hizmet yapısı göz önüne alınmalıdır.

Şekildeki ücretli hastalara ait grafik incelendiğinde ise İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Acil Tıp, Aile Hekimliği ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları poliklinikleri ilk beş sırayı paylaşmaktadırlar. Acil Tıp ve Aile Hekimliği poliklinikleri hariç diğer polikliniklerdeki ücretli hasta yoğunluğu çoğunlukla öğretim üyesi muayeneleri için gelen hastalardan oluşmaktadır. Kişiler birinci basamak sağlık kurumlarında veya gün içinde asistan hekime muayenelerinde dertlerine yeterli çözüm bulamaması, kalabalık ve yoğunluktan kaçınmaları veya daha bilgili ve tecrübeli diye düşünmelerinden dolayı öğretim üyesi doktor muayenelerini tercih edebilmektedirler. Ülkemizdeki özel sağlık kurumlarının muayene ücretleri ile kıyaslandığında üniversite hastanesindeki öğretim üyelerinin muayenesinden alınan ücretler daha makul fiyatlarda olabilmektedir.

Üniversite hastanesinde Acil Tıp Polikliniğinde (klinik yapısı gereği) öğretim üyesi muayenesi olmaması ve sağlık raporlarının farklı kliniklerden verilmesinden dolayı buraya başvuran ücretli hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi olmayanlardan oluştuğu sonucuna bizi götürmektedir. Aile Hekimliği Polikliniğinde ise ücretli hasta portföyü biraz daha farklı olmaktadır. Öğretim üyelerinin tercihlerine bağlı olarak uzun yıllardır özel muayene açılmayan poliklinikteki ücretli hastalar, aktif sosyal güvencesi olmayanlar ve

sağlık raporu amacıyla başvuranlardan oluşmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan kişilerin sağlık ocaklarında daha cüzi bir katılım payı ödeyerek bir aile hekimi hizmeti alabildiği ve hastanedeki sağlık raporu kayıtlarının aile hekimliği polikliniği üzerinden açıldığı göz önüne alındığında buradaki ücretli hastaların çok çok büyük kısmının rapor amaçlı başvurulardan oluştuğu tahminlenebilir.

Ek tablo1 ve ek tablo 2 değerlerini kullanarak elde ettiğimiz şekil 10'da hastaların poliklinik başvuruları, dâhil oldukları sosyal güvence türüne oranlanarak verilmiştir. Her bir sosyal güvence türü içindeki hastaların polikliniklerdeki dağılım oranına baktığımızda aşağıdaki bulgular elde edilmektedir.

Acil Tıp polikliniği yukarıda da sebeplerini belirttiğimiz gibi daha çok gelir düzeyi düşük kesim yeşil kartlılar ve onlardan görece daha iyi gelire sahip SGK sıklıkla tercih etmektedirler. Ardından yaklaşık eşit oranla banka sandığı ve Bağ-Kur'a tabi olanlar polikliniğe başvuruda bulunurken onları emekli sandığına dâhil hastaların ve ücretlilerin yine yaklaşık eşit oranla takip ettiği görülmektedir. Aile Hekimliği polikliniğini ise ücretli hastalardan sonra yoğunlukla emekli sandığına dâhil kesim tercih ederken SGK, Banka Sandığı ve Bağ- Kur'un oranlarının yaklaşık eşit olduğu en az başvurunun yeşil kartlılar tarafından yapıldığı görülmektedir. Hastanenin kamu kurumlarına yakın olması ve diğer polikliniklere göre daha az yoğunlukta olması emekli sandığına tabi kesimin basit hastalıkların tetkik tedavileri için sık tercih etmelerinde etkili olabilir. Keza yeşil kartlılar için de aynı hizmeti daha kolay ulaşım sağladıkları sağlık ocaklarından alabilmeleri onlara kolay ve kazançlı geldiği düşünülebilir.

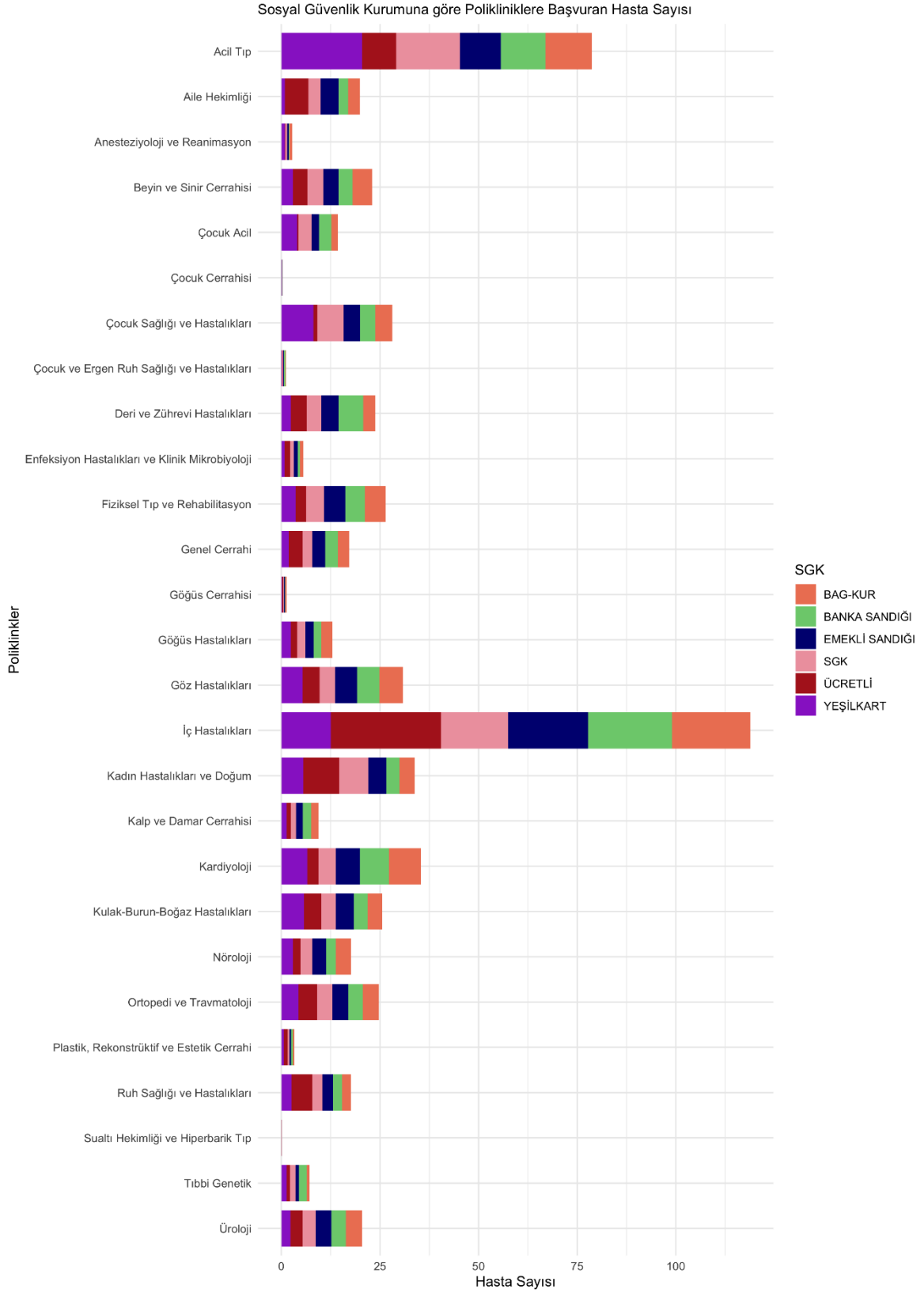
Anestezi ve Reanimasyon polikliniğinde hemen hemen gruplar arası eşit bir dağılım vardır. Polikliniğin hasta sayısının düşüklüğü ise genellikle ameliyat öncesi hasta tetkikleri yapmada poliklinik hizmeti vermeleri ve ağrı polikliniğindeki hizmete kısmi sayıda başvuru gelmesinden kaynaklanmaktadır. Beyin ve Sinir Cerrahisi polikliniğinde ise neredeyse eşit bir dağılım bulunmakla birlikte Bağ-Kur hastalarının görece fazlalıklarının olduğu görülmektedir. Buradan 'insanlar için ciddi bir sorun teşkil eden beyin ve sinir

hastalıklarının' her grupta önemli görüldüğü çıkarımı da yapılabilir. Çocuk Acil polikliniğinde yine yeşil kartlıların yoğun tercihi ve diğer grupların kısmen eşit oranlı tercihi göze çarpmaktadır. Banka sandığı ve SGK'nın diğer iki gruba göre kısmen başvuru sayısı yüksekliği mevcuttur. Ücretli hasta oranı ise oldukça azdır.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde acil tıp polikliniğine benzer bir dağılım mevcuttur. En sık başvuru yeşil kartlılar, ardından SGK'ya tabi gruplardan olmuştur. Emekli sandığı, banka sandığı ve Bağ-Kur kayıtlıların yaklaşık eşit oranda olduğu Bağ-Kur'a dâhil olan kesimin kısmen fazlalığı mevcuttur. Polikliniğe en az başvuru ücretli kesimdedir.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği değerlendirildiğinde en yüksek orana Banka sandığına tabi olanların onların yarısı başvuru oranıyla yeşil kartlı haricindeki diğer sosyal güvence türlerinin takip ettiği görülmektedir. Yeşil kartlı başvuru oranı ise diğer sosyal güvence türlerindeki diğer türlerin yaklaşık yarı oranında başvuru gerçekleştirmiştir. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji kliniğine bakıldığında en yüksek başvuru oranının ücretli hastalarda olduğu banka sandığı hariç diğer sosyal güvence türlerindeki diğer türlerin bu grubu yaklaşık 2/3 gibi bir oranla takip ettiği görülmektedir. Başvuru oranı farklı olan diğer grup ise yaklaşık ücretli hastaların yarı oranında başvuru yapan banka sandığına dâhil kişilerdir.

FTR, Kardiyoloji ve Nöroloji polikliniklerinde grupların oransal dağılımları benzerlik göstermekte olup üç poliklinikte de grupların arasında eşite yakın bir oransal dağılım mevcuttur. Kardiyoloji başvurularında ücretli ve SGK güvenceli olanlar, FTR polikliniği başvurularında ücretliler ve yeşilkartlılar, Nöroloji polikliniğinde ise ücretli ve banka sandığı güvencesi olanlar diğer gruplardan kısmen daha az başvuru yapmışlardır.



Şekil 10. Aynı sosyal güvence türü içindeki hasta sayılarının polikliniklere dağılım oranları

Göz Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları polikliniklerine başvurulardaki oran sıralaması aynı şekildedir. İki poliklinikte de gruplar genel eşit görünümde olup Göz hastalıkları başvurularında ücretli ve SGK grubunda çok küçük bir oransal azlık, Göğüs hastalıkları başvurularında ise yine ücretlilerin görece az, Bağ-Kur grubunun görece fazla bir oranı dikkat çekmektedir. İç Hastalıkları polikliniğinde daha önce de bahsettiğimiz gibi ücretli hasta tercihlerinin fazlalığı buradaki oranlamaya yansımakta en az talep ise yeşil kartlılardan gelmektedir. Diğer dört grup arasında oransal olarak ikili eşitlikler bulunmaktadır. Emekli sandığı ve SGK grubu kısmen daha düşük oranda talep etmektedirler.

Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği başvurularında SGK, ücretli ve yeşil kartlılar diğer üç gruba göre daha yoğun hizmet almışlardır. Diğer üç sosyal güvence türünün oransal eşit görüldüğü grafikte kliniğe en yüksek başvuru ücretli olanlardır. Onları SGK ve yeşil kartlı başvuruları takip etmektedir. Kişilerin doğum öncesi veya kadın hastalıkları ile ilgili sıkıntılarda öğretim üyelerini tercih ettikleri ve/veya bu tip hizmet ihtiyacında sosyal güvencesi olmasa bile mecbur hizmet aldıkları grafik sonuçlarındandır.

Kalp ve Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji ile KBB ve Üroloji polikliniklerinde yaklaşık düzenli bir oransal dağılım olduğu görülmektedir. KBB başvurularında yeşil kartlı, Ortopedi ve Travmatoloji başvurularında yeşil kartlı ve ücretli, Kalp ve Damar Cerrahisi başvurularında ise banka sandığına tabi olanların çok küçük bir oransal fazlalığı, Üroloji kliniği başvurularında yeşil kartlıların küçük bir oransal azlığı görülse de dört poliklinikte de neredeyse eşit bir oransal dağılım olduğu söylenebilir. Genel cerrahi polikliniğine bakıldığında ücretli hastaların küçük oransal fazlalığı, SGK ve yeşil kartlıların yine kısmen oransal azlığı mevcut olup gruplar arasında oransal olarak genel bir dağılım eşitliği olduğu görülmektedir. Benzer bir dağılımın görüldüğü Beyin ve Sinir Cerrahisi ve Göğüs Cerrahisi poliklinikleri de dikkate alınacak olursa cerrahi kliniklerde sosyal güvence grupları başvuruları pek farklılaşmıyor. Hangi sosyal güvence türüne dâhil olursa olsun cerrahi branşa ihtiyaç duyan hasta, tedavi talebini ertelemiyor denilebilir.

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi başvurularında ücretli hastaların yaklaşık %1,1 en yüksek orana sahip olduğu diğer sosyal güvence türlerinden yeşil kartın % 0,6, emekli sandığı ve Bağ-Kur başvurularının % 0,4 banka sandığı ve SGK gruplarındaki başvuruların % 0,5 olduğu görülmektedir (Ek tablo 1). Ücretli hasta yoğunluğunun diğer tüm gruplardan yaklaşık iki kat yüksek oluşu aslında günümüz koşullarında artan estetik ve güzellik anlayışı ile de ilişkilendirilebilir. Günümüz koşullarında kişiler ister bir kaza veya yaralanma sonucu olsun, ister doğuştan olsun kendi bedenlerinde rahatsız oldukları görünümleri değiştirmek istemektedirler. Hastaların uzman ve tecrübeli bir plastik cerraha danışmak ve kendilerinin ameliyat veya cerrahi işlemlerini ilk elden onlara yaptırmak istemeleri makul bir taleptir.

Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniği değerlendirildiğinde banka sandığına tabi personelin diğer gruplara oranla neredeyse iki kat orana sahip olduğu görülmektedir. Banka sandığını, emekli sandığı ve SGK sosyal güvence grubundakiler takip etmektedir. En az başvuru ise yeşil kartlılara aittir. Kliniğe yapılan başvurular zührevi olabileceği gibi günümüzde yoğun talep gören ve özellikle cerrahi işlem istemeyip basit işlemlerle daha iyi bir görünüm isteyen hastalardan da kaynaklı olabilir. Çünkü poliklinikte saç ve cilt bakımını destekleyici uygulamalar da yapılabilmektedir. Özellikle çalışan kesimin ilk üç sıradaki tercihi bu savımızı güçlendirmektedir. Ayrıca banka sandığının kimi teşhis ve tedavilerde diğer sosyal güvence türlerine göre daha fazla konuda katılım payı ve tedavi ödemesi sağlaması da bu konuda etken olabilir. Keza dermatolojik çoğu krem ve şampuan tarzı tedavi destek ürünleri SGK tarafından karşılanmamaktadır. Tıbbi Genetik başvurularında en yüksek başvuru oranı banka sandığı olup onu yeşil kart ve SGK kapsamındakiler takip etmektedir. Emekli sandığı kapsamındakilerin ve ücretlilerin başvuru oranının biraz daha azaldığı poliklinikte, en az başvuru oranı Bağ-Kur muayeneleri olup emekli sandığına göre bu oran %0,15 daha düşüktür. Banka sandığındakilerin yüksek oranlı başvurusunda sosyal güvence türünün sağladığı tedavi imkanlarıyla bir ilişkisi var mı sorusu akıllara gelmektedir.

Ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniği için sonuç bulguları incelenirse yine ücretli başvuruların diğer tüm sosyal güvence türlerine göre iki kat civarında olduğu

görülmektedir. Oranlardaki bu farklılık da kişilerin kendi iç dünyalarını daha uzun süredir uzman olan öğretim üyesi hekimlere açma isteği olabilir. Kişi her ne kadar fiziksel bir rahatsızlığında en iyi hekime gitmek istiyorsa ruhsal çöküntülerde ve hastalıklarda da iyi ve güvenilir bulunduğu daha tecrübeli bir uzmandan yardım almayı seçebilir. Bunun yanında sosyal güvencesi olmayan kişiler de ruhsal çöküntülerde, ücret ödeyerek de olsa bir uzmandan yardım almayı isteyip polikliniğe başvuruda bulunmuş olabilirler. Çünkü ciddi ruhsal bulanımlar fiziksel sorunlar kadar bireyleri rahatsız edebilir.

Sualtı ve Hiperbarik polikliniği başvuruları değerlendirildiğinde en yüksek orana %0,09 ile ücretlilerin sahip olduğu, banka sandığı haricindeki diğer sosyal güvence gruplarına tabi olanların her birinin %0,01 oranında başvuruda buldukları görülmektedir. Banka sandığına tabi olanların başvurusu ise bulunmamaktadır.

4.1.3. Model 3

Çalışmamızın bu bölümünde hem gelir düzeyi açısından verileri birbirine yakın daha dar bir örneklem incelemek hem de meslek gruplarının sağlık hizmeti alımlarında belli klinik hizmetlere yönelimini değerlendirmek için 2014-2016 yılları arasında hastane verilerine ‘... komutanlık’ olarak kaydedilen ve bizim genel çalışmamızda devlet memuru kabul ederek emekli sandığına dahil ettiğimiz askeri personel ve yakınlarının tercihleri analiz edilmektedir. Aynı yıllarda er ve erbaş olarak askeri personel kaydının bulunmasından dolayı analizde kullandığımız veri setindeki hastaların devamlı askeriyede görev yapan üst düzey askeri personel ve yakını oldukları kabul edilmiştir. Bu grup analizlerde *askeri emekli sandığı* olarak isimlendirilmiştir.

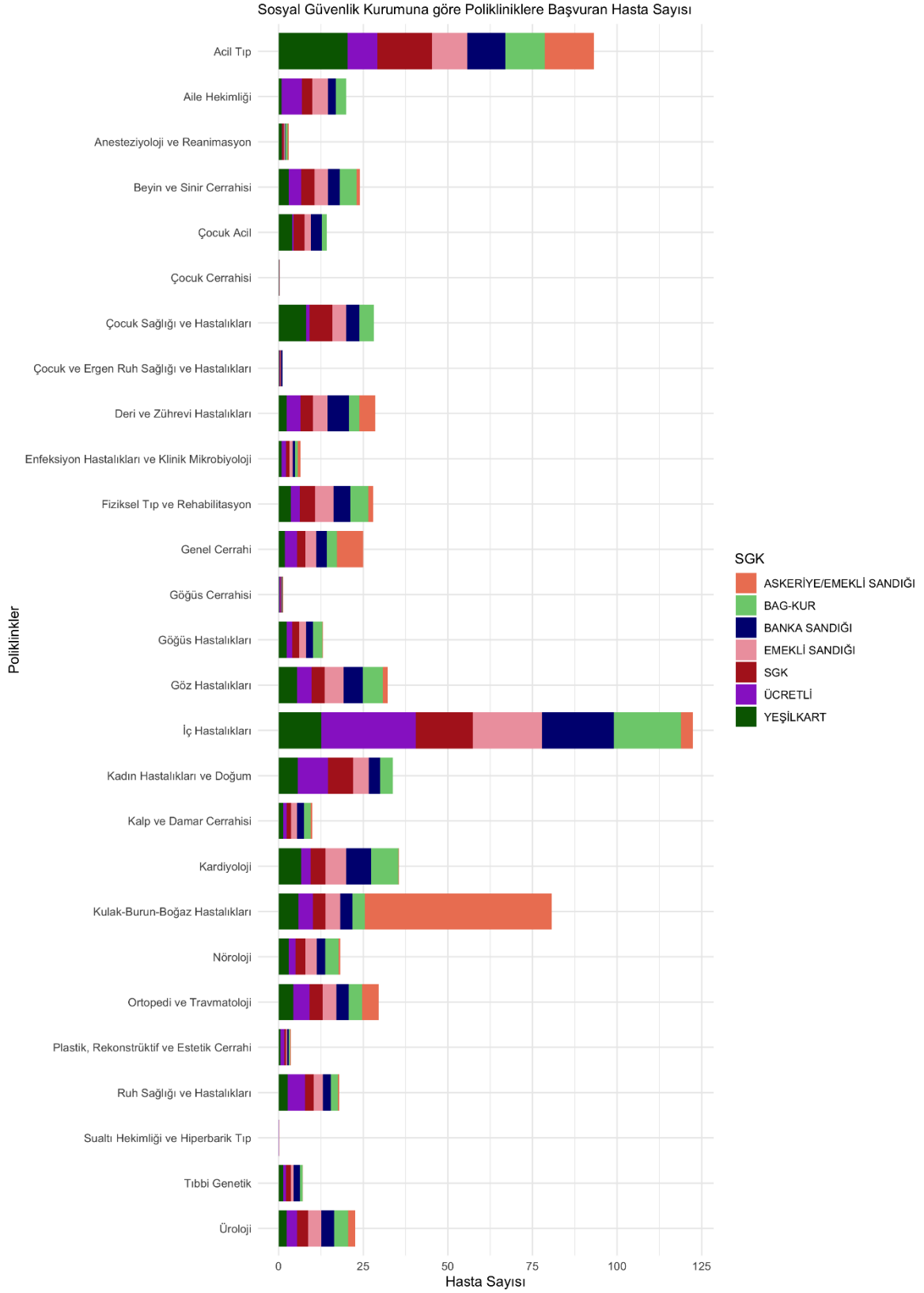
Analizlerde diğer sosyal güvence gruplarının yaklaşık 11 yıllık zamanı içermesinden dolayı bu analizde sadece oransal karşılaştırmalar yapılmıştır. Şekil 10’daki oransal dağılımda, emekli sandığının içinden askeri emekli sandığı olarak

isimlendirdiğimiz grubun ayrılarak yeniden düzenlenmesi ile şekil 11'deki dağılıma ulaşılmıştır. İlgili şekilde kullanılan verileri içeren tablolar ekte tablo 3'de sunulmuştur.

Şekil 11'deki oransal dağılımlar incelendiğinde Askeriye emekli sandığının en yoğun olarak başvuruda bulunduğu poliklinik KBB'dir. Askeri meslek grubunun yüksek seste atış talimleri yaptıkları ve genel olarak açık havada tatbikat ve çalışma yaptıkları göz önüne alınırsa bu polikliniğe yapılan başvuruların oranının ikinci sıradaki poliklinik başvurusunun yaklaşık beş katı, üçüncü sıradaki polikliniğin yaklaşık altı katı olması yadsınamaz bir sonuçtur.

KBB polikliniğinden sonra en yoğun askeri hasta başvurusu Acil Tıp, Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğidir. Bu dört polikliniğe oransal olarak diğer polikliniklerden daha yüksek oranlı bir tercihte bulunulmuştur. Şekil 12'de yer alan askeriye emekli sandığı grubunun en sık başvuruda bulunduğu diğer polikliniklere bakıldığında İç Hastalıkları, Üroloji, FTR, Göz Hastalıkları, Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Enfeksiyon Hastalıkları poliklinikleri yer almaktadır. Askeri emekli sandığı grubunda en çok hasta başvurusu yaptıkları ilk on poliklinikten altısı, ilk beş poliklinikten üçü cerrahi branştır. Her ne kadar İç hastalıkları polikliniği en sık gelinen beşinci poliklinik olsa da başvuru sayısının oransal etkisine bakıldığında diğer SGK türleri arasında en düşük orana sahiptir. Askeri personelin kendi revir imkanlarının ve tabiplerinin olması onların günlük rutindeki karşılaştıkları mevsimsel çoğu hastalık için hastaneye gelmelerine gerek bırakmamaktadır. Acil polikliniği hariç *dahili bölüm polikliniklerinden* sık başvuruda buldukları daha spesifik hastalıklara bakan Deri ve Zührevi Hastalıklar ile FTR poliklinikleridir.

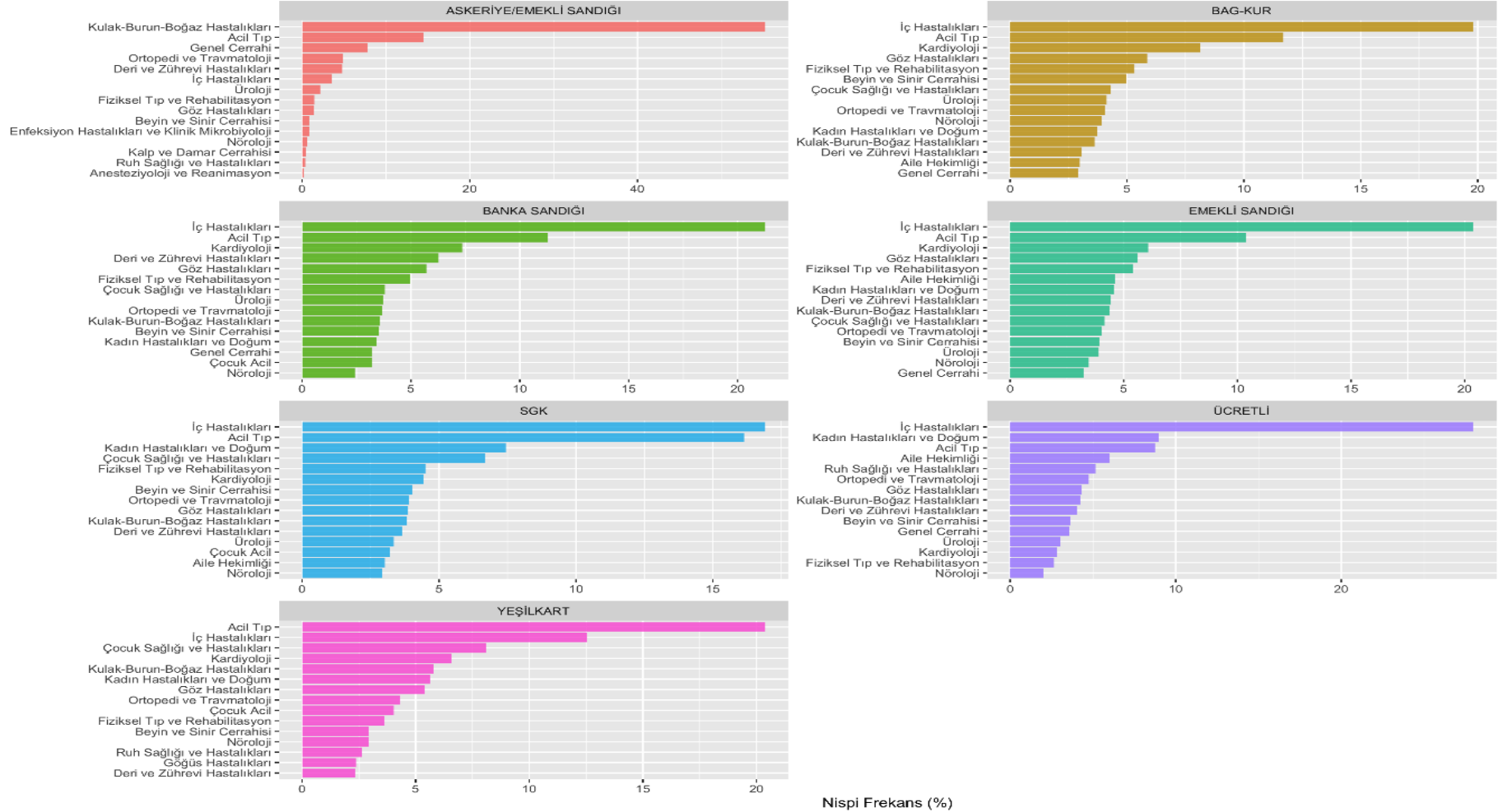
Emekli sandığı içerisinde askeri emekli sandığı grubunun ayrılmasına rağmen analizlerde poliklinik düzeyli oransal dağılımlarda emekli sandığının oranında pek bir düşüş görülmemektedir. Bunun nedeni ise askeri emekli sandığının dört bin iki yüz civarında toplam başvurusuna karşılık emekli sandığının bir milyon dört yüz bin dolayında hasta başvurusu içermesidir.



Şekil 11. Aynı sosyal güvence türü içindeki hasta sayılarının polikliniklere dağılım oranları (askeri emekli sandığı grubu ayrılmış)



Sosyal güvenlik Kurumlarına göre ilk 15 poliklinik



Nispi Frekans (%)

Şekil 12. Sosyal güvence gruplarının en çok gittikleri ilk 15 poliklinik sıralaması (askeri emekli sandığı grubu ayrılmış)

4.1.4. Model 4

Gelir düzeyi ile eğitim seviyesi ve kültür düzeyi arttığında toplum daha bilinçli olmakta ve kişilerin hayatta kalmak için gerekli olan zorunlu ihtiyaçlarının yerini artık sağlıklı yaşama ihtiyaçları yani daha bilinçli sağlık talepleri almaya başlamaktadır. Çalışmada uygulama modeli 4'te gelir gruplarının hastalık bazında tedavi istekleri değerlendirilmek istenmiş olup yüksek gelir grubunun önemseydiği fakat düşük gelir grubunun önemsemediği hastalık olup olmayacağı araştırılmak istenmiştir. Buradan yola çıkılarak sosyal güvence gruplarının Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 2018 yılında yaptıkları başvuru sonucu konulan tanılardan bir kısmı gruplanarak hastalık şiddetine bağlı olarak gelir düzeyleri arası veya gelir düzeyi içinde oransal başvuru fazlalığı var mıdır, sorusuna yanıt aranmaktadır. Adı geçen polikliniğin ve analize katılan tanılarının seçilmesinde hekim olmayan kişilerin bile yakınlarında benzer rahatsızlıklardaki bireyleri gözlemleyebilmeleridir. Araştırma için seçilen hastalık türleri *şizofreni ve şizoefektif bozukluklar, depresif nöbet bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar* gruplarında yer alan tanılardır. Kişiler ilk defa veya nadir karşılaştıkları diğer kişilerde bu rahatsızlıkların tümünü (eğer o süreçte atak geçirmiyorsa) fark edemeyebilirler ancak bu tip rahatsızlıklar hastanın yakını tarafından özellikle hastalığın şiddeti ölçüsünde kolaylıkla fark edilmektedir. Bu dört hastalık grubunun altında yer alan veya benzeri olan, Sosyal Güvenlik Kurumunun ilaç ödemelerinde kullandığı kodlarla tanımlı tanılar aşağıda belirtilmiştir.

Şizofreni ve Şizoefektif Bozukluklar: F25.9 / Şizoafektif bozukluk; F25.8 / Şizoafektif bozukluklar, diğer; F25/ Şizoafektif bozukluklar; F25.0 / Şizoafektif bozukluk, manik tip, F23.2 / Şizofreni-benzeri akut psikotik bozukluk, F20.8 / Şizofreni, diğer; F20.9 / Şizofreni, tanımlanmamış; F20 / Şizofreni; F20.0 / Paranoid şizofreni

Obsesif-Kompulsif Bozukluklar: F42.8 / Obsesif-kompulsif bozukluklar, diğer; F42.9 / Obsesif-kompulsif bozukluk, tanımlanmamış

Depresif Nöbet ve Bozukluklar: F32 / Depresif nöbet; F32.1 / Orta depresif nöbet; F32.1 / Orta depresif nöbet; F32.2 / Psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet; F32.3 / Psikotik belirtili

ağır depresif nöbet; F32.8 / Depresif epizodlar, diğer; F32.9 / Depresif nöbet, tanımlanmamış; F33 / Yineleyen depresif bozukluk; F33.0 / Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet hafif şiddetli; F33.1 / Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet orta şiddetli; F33.2 / Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır şiddetli; F33.4 / Yineleyici depresif bozukluk, remisyonda; F33.8 / Yineleyen depresif bozukluklar, diğer; F33.9 / Yineleyen depresif bozukluk, tanımlanmamış

Hafif depresif nöbet: F32.0 / Hafif depresif nöbet

Yukarıda yazılı üç hastalık grubu içinde *hafif depresif nöbet* diğer hastalıklara göre hafif şiddetli bir ruhsal rahatsızlıktır, kabulü altında değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır. Bir önceki analizde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde ücretli hasta haricindeki grupların yaklaşık eşit oranlı olduğu görülmüştü. Tablo 28'deki analizlerde $X^2 = 1409.2688$; $df = 264$ ve $p = .0000$ değeri elde edilmiştir. Her ne kadar hafif depresif nöbete göre orta ve ağır depresif nöbetler ve obsesif-kompulsif bozukluklar ile şizofreni ve şizofektif bozuklukların yüzde oranı yeşil kartlılar için daha yüksek olsa da direkt savımızı desteklediğini söyleyemeyiz. Çünkü bu başvuru tercihinde gelir düşüklüğünün etkisi olabileceği gibi eğitim ve bilinç düzeyi de hastanın hastalığı kabul ve tedavi isteminde etkili olabilmektedir. Bundan dolayı bu tip bir tezin, düşük gelir gruplarında diğer değişkenlerle beraber değerlendirilerek daha net bir sonuca ulaşılabileceği kanısındayız.

Tablo 28

Bazı hastalık tanımlarında sosyal güvence türlerinin başvuru oranı

Tanı/ Sosyal Güvence	BAĞ-KUR		SGK		Emekli Sandığı		Banka Sandığı		Yeşil Kart		Toplam	
Hafif depresif nöbet	48	11.9 %	223	55.3%	115	28.5%	0	0.00%	17	4.3%	403	100.0 %
Depresif Nöbet ve Bozukluklar	671	13.0 %	2822	54.7%	1375	26.7%	17	0.3%	272	5.3%	5157	100.0 %
Obsesif-kompulsif bozukluklar	24	11.3 %	115	54.3%	56	26.4%	3	1.4%	14	6.6%	212	100.0 %
Şizofreni ve Şizofektif Bozukluklar	17	8.3%	114	55.3%	61	29.6%	0	0.00%	14	6.8%	206	100.0 %
Total	760	12.7 %	3274	54.8%	1607	27%	9	0.2%	317	5.3%	5978	100.0 %

$X^2 = 1409.2688$ $df = 264$ $p = .0000$

BEŞİNCİ BÖLÜM BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan analizler ve elde edilen bulgular sonucunda sosyal güvence çeşitleri ile başvuru alan poliklinikler arasında Pearson Ki-kare testine göre anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen değerler $X^2= 143091.5819$, $df = 130$, $p = .0000$ olarak bulunmuştur. %0,05 anlamlılık düzeyinde yapılan test çalışmasında p değerinin oldukça düşük çıktığı görülmektedir.

Veri setinin sınıflandırıldığı 1. modelde yeşil kartlılar hariç kadınların erkeklere oranla tüm sosyal güvence türleri için hastaneye daha fazla başvuruda bulunduğu dikkat çekmektedir. (Yeşil kartlı grubunda erkeklerin görece üstün olmasında, er ve erbaş olarak sisteme kaydedilen askeri personelin, askerlik süresince sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasından ve bu süreçte maaş gibi sabit bir gelirlerinin olmamasından dolayı gelir düzeyi bakımından yeşil kart sınıfına dahil edilmeleri de etkili olabilir.) Özellikle kırklı yaş sonrası hastaneye başvuruların arttığı ve yaş gruplarına göre yapılan hasta müracaatlarında yaş düştükçe başvurunun azaldığı gözlemlenmektedir. Hastaların yaşa göre dağılımlarının incelendiği hasta müracaatının en yüksek olduğu sınıfın yaklaşık %20'lik bir oranla 55-65 yaş arası olduğu, onları 66-76 yaş grubunun takip ettiği görülmektedir. 54 yaş ve altındakilerde ise (onar yaş şeklinde sınıflandırıldıklarında) düzenli olarak hasta sayısının azaldığı görülmektedir. Yaş sıralamanın bozulduğu iki istisnai yer 77 yaş ve üstü ile 10 yaş ve altı gruptur. 77 yaş ve üstü aralığındaki hasta sayısının azalması ve grafiklerde ara değerlerde yer alması ülkemizde bu yaşlarda ölümlere bağlı nüfus sayısının azalması, 10 yaş ve altı gruptaki hasta sayısının 11-21 yaşa göre fazla çıkması ise çocukluk hastalıklarının ergenlik dönemine göre yüksek oluşuyla açıklanabilir. Kadınların erkeklere göre hastaneye fazla müracaatı ise ya kadınların daha bilinçli olarak hastalıklarını erkeklere göre önemseyip tedbir alma istemeleri ya da gerçekten erkeklere göre daha sık hasta olmaları ve bünyelerinin zayıf olmasıyla (ki bu durumun sonucuna sadece analiz verileri ile ulaşmamız mümkün değildir) açıklanabilir.

Hastaneye yapılan tedavi başvuruları, iller bazında değerlendirilirse her ilden hasta geldiği %86 oranında Çanakkale ikametgahı olanları, yaklaşık %3 hasta oranı ile İstanbul'dan gelenler %2,5 ile Balıkesir'den gelenler ve %1 hasta başvurusu ile İzmir ikametgahı olanlar takip ettiği görülmektedir. Başvurularda batı illerinden gelen hastalar genel anlamda sayıca fazlalık olmasına karşın %0,17 oranla on üçüncü sırada yer alan ve birçok batı şehrini geride bırakan Van ili ikametgâhlılar dikkat çekmektedir. Bu ikametgâha sahip kişilerin daimi ikametgâhını buraya aldirmeden Çanakkale'de yaşayan kişiler de olabileceği unutulmamalıdır.

Yıllara göre değerlendirme yapıldığında hasta sayısının 2014 ve 2015 yılı dışında yıllar boyunca sürekli artış gösterdiğini söyleyebiliriz. 2013 yılı başvurularının, son on bir yıldaki en yüksek düzeyde olması dikkat çekicidir. Son yedi yılın en düşük üçüncü hasta sayısı 2019 yılındadır ancak 2019 yılının yaklaşık son iki buçuk ayının verileri analiz değerleri içinde yer almamaktadır. Bu değerler yaklaşık hesaba katıldığında 2013 yılı ile birlikte en yüksek hasta sayısına sahip yıl 2019 olacaktır.

Hasta sayılarının sosyal güvence türleri içindeki yıllara göre dağılımları incelendiğinde SGK ve emekli sandığı gruplarında 2012-2016 yılları arasında ciddi bir dalgalanma gösterdiği keskin iniş ve çıkışların olduğu görülmektedir. 2012 yılında Bağ-Kur grubunda da bir keskin yükseliş ve sonraki bazı yıllarda hasta sayısında azalmalar görülse de diğer iki gruba göre bu sınıftakilerin yıllara göre dağılımı daha düzenlidir. En stabil hasta dağılımına sahip grup banka sandığı onu takiben ücretlilerin olduğu sınıftır. Genel anlamda düzenli bir hasta dağılımı gösteren yeşil kartlılarda, 2017 yılı itibariyle hasta başvuruları yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Buradaki artış da ilgili yıl itibariyle üniversite hastanesinin sevksiz yeşil kartlı hasta kabulü yapmaya başlaması önemli etkindir.

Model 2 değerlendirildiğinde hastaneye başvurularda açık ara 'iç hastalıkları ve acil polikliniklerine' başvuru olduğu görülmektedir. İç Hastalıklarının kapsamlı bir alan oluşu ve acil başvurularının da adından da anlaşılacağı üzere ehemmiyet ve hızlı tedavi

gerektiren durumdan kaynaklamasından dolayıdır. Ayrıca Acil polikliniğinin diğer polikliniklerden farklı olarak 7/24 hizmet vermesi ve evden kendi imkânıyla gelemeyip ambulans ile getirilen hastaların bu ilk poliklinikte tedavi altına alınmaları da bu durumu açıklamaktadır.

Cerrahi branşlardaki hasta oranları incelendiğinde çoğunda sosyal güvence türlerinin eşit oranlı dağıldığı dikkat çekmektedir. Yani cerrahi polikliniğin teşhis ve tedavisine ihtiyaç duyan herkes rahatsızlıklarına çözüm arayışına girmektedir. Dahili polikliniklerden bazılarının aynı hastalığa tetkik ve tedavi uygulayabilmesi hasta açısından bu poliklinikler arasında ikame etkisi oluşturabilirken cerrahi branşlarda bu tip bir ikame ve poliklinik tercihi daha kısıtlı olmamaktadır. Çünkü çoğu zaman cerrahi branşlarda tetkik ve tedaviler; onam alınması ve hasta muayenesi ile laboratuvar ve röntgen, film sonuçlarına göre tamamlanamamaktadır. Cerrahin ameliyat yapması da olası tedavi olduğundan kişiler hem bir alanda uzmanlaşmış hem el becerisi yüksek hekim tercih etmekte dolayısı ile hastalığına en yakın cerrahi branşı tercih etmektedir. Bu nedenle dâhili branşlardaki çoğu hastalığa müdahale edebilen iç hastalıkları, acil tıp, göğüs hastalıkları, aile hekimliği gibi polikliniklerde oluşan yoğunluk veya belli bir sosyal güvence türünün başvuru üstünlüğü, cerrahi branşlarda genel olarak görülmemekte ve her branşta tüm sosyal güvence türleri tedavi isteminde bulunmaktadır.

Cerrahi branşlardan Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğinde sosyal güvence grubu taleplerinde farklılaşma bulunmakta olup Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği başvurularında SGK, ücretli ve yeşil kartlı hastaların diğer üç gruba göre daha yoğun olduğu görülmektedir. Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğinde ise ücretli hasta yoğunluğunun diğer grupların iki katı olması dikkat çekicidir. Aynı poliklinik için yeşil kartlı başvurusunun diğer sosyal güvence türlerine göre az da olsa yüksek oluşu diğer bir önemli noktadır. Günümüz koşulları ve algıları dikkate alındığında kişilerin bu polikliniğe olan talepleri makuldür. Yeşil kartlı hastaların ücretlilerden sonra yoğunlukta olmasında belki de özel hastanelerde plastik ve estetik cerrahi işlemlerinin daha yüksek ücretli olması ve hastanede öğretim üyesi

ameliyatlari dışındakilerden ücret farkı alınmaması düşük gelir grubunun tercih etmesinde etken olabilir.

Dahili branşlar değerlendirildiğinde Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğinde banka sandığı grubunun oranının yüksekliği dikkat çekicidir. Bu grubu emekli sandığı ve SGK takip etmektedir. Çalışan kesimin bu polikliniği sıklıkla tercih etmesinde cerrahi işlem olmadan basit işlemlerle daha iyi bir görünüm için poliklinik uygulamalarının mevcut olmasından da kaynaklanabilir. Çünkü poliklinikte saç ve cilt bakımını destekleyici uygulamalar da yapılabilmektedir. Ancak polikliniğin ciddi cilt rahatsızlıkları ve zührevi hastalıklara baktığı da unutulmamalı ve yoğun başvuru yapan kesimin talepleri sadece ilk nedene bağlı olarak düşünülmemelidir. Banka sandığının diğer sosyal güvence türlerine göre bazı teşhis ve tedavilerde daha fazla konuda katılım payı ve tedavi ödemesi sağlaması da bu konuda etken olabilir. Ruh Sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde ise yine ücretli hasta yoğunluğu dikkat çekicidir. Muhtemelen kişilerin iç dünyasını hem daha tecrübeli ve güvenilir gördükleri öğretim üyesi statüsündeki uzmanlara açmak istemeleri hem de sosyal güvenceleri olmasa bile kendilerini aşırı ruhsal bunalımlardan bir an önce kurtarmak için ücret ödemeyi göze almaları tercih yoğunluğundaki sebepler olabilir.

Model 3'te dikkat çekici olan askeri personelin başvurularının yarısından fazlasının KBB polikliniğine olmasıdır. Ancak meslek grubunun yüksek ses ve çoğu zaman soğukta tatbikat yaptığı göz önüne alınırsa sonuç çok gerçekçidir. Bunun yanında bir diğer husus da askeriye, yatılı okul gibi kalabalık yerlerde revir bulunması ve hastalıkların bir kısmı için buralardan tedavi alınabilmesidir. Askerlerin KBB'den sonra yoğun tercih ettikleri poliklinikler arasında ikinci sırada Acil Tıp ve dördüncü sırada Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniği olsa da askeri personelin tercihindeki ilk beş poliklinikten üçünün, ilk on poliklinikten altısının cerrahi poliklinik olması bir önceki cümledeki savımızı desteklemektedir.

Model 4'te Yeşil kartlı grubun orta ve ağır depresif nöbetler, obsesif-kompulsif bozukluklar ile şizofreni ve şizoefektif bozukluklara göre hafif depresif nöbete

başvurusundaki yüzde oranı daha düşük çıkmıştır. Buradan düşük gelir gruplarındaki bireylerin hastalığın şiddetine bağlı olarak tedavi talep oranlarında artış olduğunu söyleyebiliriz. Ancak kişilerin sağlık hizmeti alım taleplerinde sadece gelir düzeyi değil kültür ve eğitim seviyesi vb. değişkenler de etkili olduğundan bu konuda bu tip değişkenlerin de analize katılarak daha gerçekçi veri sonucu bulunmasının doğru olacağı unutulmamalıdır.

Tüm bu sonuçlar dikkate alınacak olursa yapmış olduğumuz tez çalışmamızdan aşağıdaki sağlık politikası önerileri sunulabilir.

- Tüm kuramsal çerçevedeki TÜİK ve Dünya Bankası verileri de göstermektedir ki ülkemizde her anlamda ama özellikle sağlık alanında halk ciddi oranda devletten sosyal güvence talep etmekte cepten yaptıkları harcamalar günümüz koşullarında yeterli sağlık hizmeti almaya yetmemektedir.
- Birçok farklı hastalığın teşhisinde ve tedavisinde birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği aile hekimliğinin, ülkemizde yaygın olması hastanedeki Aile Hekimliği polikliniğine yapılan başvuruların, çok kapsamlı sağlık hizmeti veren bir poliklinik için, görece daha az sayıda olmasında etkili olabilmektedir. Kişiler üçüncü basamak bir kamu hastanesini daha çok branş hastalıkları için tercih etmektedir. Dolayısıyla devletin hali hazırda uyguladığı aile hekimliği modeli yerinde bir karardır.
- Hastanede açık olan tüm polikliniklere hasta müracaatının olduğu, Türkiye'nin her ilinden tedavi için gelenlerin bulunduğu göz önüne alındığında kamu hastanelerinin özellikle üniversite hastaneleri gibi tüm tetkik ve tedavilerin başarılı olarak uygulandığı araştırma ve şehir hastanelerinin yaygınlaştırılması doğru bir yatırım olmaktadır. Vatandaşların kamudan beklediği sağlık hizmetinin doğru, yerinde ve zamanında verilebilmesi için hastane alt yapılarının yanı sıra sağlık personelinin de yeterli olması önemlidir. Devletin ve tıp eğitimi veren kurumların tüm branşlarda fakat özellikle -cerrahi branşlarda yukarıda sonuç kısmında bahsedilen ikame olanaksızlığı mevcut olduğundan- cerrahi branşların tümünde devamlı hekim yetiştirilmesi için politika uygulaması esastır.

- Askeriye analiz sonuçlarımız göstermektedir ki mesleklere göre hastalıklar (poliklinik başvuruları) farklı dağılımlar göstermektedir. Bu yüzden şehir hastanelerinin yanı sıra insanların kalabalık bulunduğu organize sanayi, üniversite-okul-yurt, askeriye vb. toplu çalışma ve yaşama alanlarına belli yakınlıkta, oradaki kişilerin ihtiyaçlarına cevap verebilecek dal hastaneleri kurulabilir. Örneğin kimyasal ağırlıklı tesislerin bulunduğu bir sanayi bölgesine zehirlenme vakalarına karşın göğüs hastalıkları ve acil polikliniği olan daha dar kapsamlı bir hastane; dokuma, iplik, otomotiv üretimi gibi yüksek sese neden olan işletmelerin yoğun olduğu sanayi bölgelerinin yakınına veya gürültülü ortamda tatbikat gerçekleştiren askeri birliklere yakın bölgelere KBB poliklinikleri gibi dal hastaneleri açılabilir. Bu tip bir yapılanma hem büyük şehirlerde ulaşımın getirdiği zorlukları azaltarak kişilerin daha kısa sürede tedavi almalarında ve işe daha çabuk geri dönebilmelerinde etkili olacak hem de ikinci üçüncü basamak hastanelerin yoğunluklarını azaltacaktır.

KAYNAKÇA

- Aile hekiminin tanımı. (2021, 4 Şubat). Erişim adresi: sagligim.gov.tr/416-saglikli-hayat2/aile-hekimligi.htm
- Akar, Ç. ve Özalp, H. (1998). Sağlık Hizmetleri ve İşletmelerinde Yönetim. Som-Gür Eğitim Hiz. Ltd. Şti. Yayınları: Ankara
- Akbulut, Ö. *Biyoistatistik* (4 Aralık 2021). Erişim adresi: <https://www.ataaof.edu.tr/Dosyalar/Biyoistatistik.pdf>
- Akbulut, E. (2015). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Gelir Dağılımı Üzerine Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Trabzon.
- Akıncı, A. ve Tuncer, G. (2016). 'Türkiye'de Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki'. *Maliye Dergisi*, (165) s. 241-258.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M. ve Tunçbilek, A. (1998). Halk Sağlığı. Antıp A.Ş. Yayınları: Ankara.
- Akdur, R. (2008). 'Sağlık Harcamaları Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir?'. *Bilim ve Ütopya* 14 (170), s.14-19). Erişim Adresi: <https://www.recepakdur.com/media/1432/14-akdur-r-sag-lik-harcamalari-bilim-ve-u-topya-14170-14-19-ag-ustos-2008.pdf>
- Ankara Üniversitesi. *Ki-Kare Testi* (5 Aralık 2021). Erişim adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=25017>
- Ankara Üniversitesi. *Frekans Dağılımları* (5 Aralık 2021). Erişim adresi: https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/791/mod_resource/content/2/Frekans%20Da%C4%9F%C4%B1%C4%B1mlar%C4%B1.pdf
- Arda, E. (2009). Kılavuz 1-KPSS A (2. Basım). Savaş Yayınevi: Ankara.
- Aren, S. (2013). 100 Soruda Ekonomi Elkitabı (4. Baskı). İmge Yayınevi: Ankara.
- Arı, H. O. (2018). 'Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016'. *TÜSPE Analiz*, (4),s. 1-22. Erişim Adresi:https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/uploads/yayinlar/diger/pdf/02-07-2020__5efdc73bab574__tuspeanaliz04_turkiyede_saglik_harcamalari.pdf

- Atatürk, M. K. (1923). Erişim 15 Aralık 2021, <https://www.atam.gov.tr/duyurular/ekonomi-ve-kalkinma>
- Aytaç, D. (2004). Türkiye’de Konsolide Bütçe Harcamalarının Gelişimi: Avrupa Birliği Ülkeleri ile Bir Karşılaştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi Anabilim Dalı, Ankara.
- Aytaç, Ö ve Kurttaş, M. Ç. (2015). ‘Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi’. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (1), s. 231-250.
- Bağ-Kur’luların Emeklilik Şartları. (2021, 27 Haziran). Erişim adresi: <https://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/noyan-dogan/bag-kurlularin-emeklilik-sartlari-41551420>
- Bağ-Kur. (2021, 25 Nisan). Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Ba%C4%9F-Kur>
- Bank-Sen (2012). Banka Sandıkları Raporu. Erişim: 10 Haziran 2021, http://banksen.org.tr/wp-content/uploads/2016/10/egitim_raporlar_bankasandiklari-raporu.pdf
- Batı, M. (2013). Kamu Maliyesi Bütçe Borçlanma (3. Baskı). İstanbul Kariyer Merkezi Yayınları: İstanbul.
- Berber, M. (2006). İktisadi Büyüme ve Kalkınma (3. Baskı). Derya Kitabevi: Trabzon.
- Bircan, H., Karagöz, Y. ve Kasapoğlu, Y. (2003). “Ki-Kare ve Kolmogorov Smirnov Uygunluk Testlerinin Similasyon ile Elde Edilen Veriler Üzerinde Karşılaştırılması”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4 (1), s.69-80.
- Birinci ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları hangileridir? (2021, 10 Ocak). Erişim adresi: <https://www.downturkiye.org/birinci-ikinci-ve-ucuncu-basamak-saglik-kurumlari-hangileridir>
- Çallı, M. (2016). ‘Türkiye’de Mültecilerin ve Sığınmacıların Sağlık Hakkı’. *İş ve Hayat Dergisi*, 2 (3), s. 131-154.

- Çiçek, Ö. ve Öcal, M. (2016). 'Dünyada ve Türkiye'de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi'. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 5 (11), s. 107-129. (ISSN: 2147-3668).
- Çolak, E. (2014). Ki-Kare Bağımsızlık Analizi. Erişim: 10 Kasım 2021, https://eczacilik.anadolu.edu.tr/bolumSayfaları/belgeler/ecz2014%2013_20140527094539.pdf
- Çolak, M. (2010). 'Eğitim ve Beşeri Sermayenin Kalkınma Üzerine Etkisi'. *Kamu-İş Dergisi*, 11(3), s. 109-125.
- Çorlu Ticaret ve Sanayi Odası (ÇTSO), (2017) Sigortacılık Sektörünün Ülkemiz Genelinde Değerlendirilmesi, Tekirdağ. Erişim: 10 Şubat 2021, https://www.corlutso.org.tr/uploads/docs/sigortacilik_sektor_raporu.pdf
- Çukur, A. (2010). Türkiye'de Sağlık Gelir İlişkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Muğla.
- Dağlı, G. H. (2006). Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Ekonomisi (Maliye) Anabilim Dalı, Ankara.
- Demirci, R. (1996). Ekonominin Temelleri. Türk Diyanet Vakfı Yayınları: Ankara.
- Demirci, R. ve Erdoğan, İ. B. (1988). Genel Ekonomi (Mikro-Makro). Ecdad Yayınevi: Ankara.
- Demirci, R., Arıkan, R. ve Erdoğan, İ. B. (1992). Genel Ekonomi (Mikro-Makro). Gazi Üniversitesi Yayınları: Ankara.
- Dikkaya M., Üzümcü, A. ve Özyakışır D. (Ed.) (2018). Türkiye Ekonomisi Sektörel Yaklaşım. Savaş Yayınevi: Ankara.
- Dinler, Z. (2012). İktisat (5. Baskı.). Ekin Basım Yayın Dağıtım: Bursa.
- Dirimtekin, H. (1989). Genel İktisat Teorisi-I. Bilim Teknik Yayınevi: İstanbul.
- Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi. (2020, 24 Kasım). Sağlık Nedir? Erişim adresi: <https://divrigisadikozgurhdh.saglik.gov.tr/TR,279652/saglik-nedir.html>

- DPT (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983. Erişim 17 Ocak 2021, Erişim Adresi: https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Dorduncu_Bes_Yillik_Kalkinma_Planı-1979-1983.pdf
- Dur, V. (2015). ‘Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) Sosyal Güvenlik Politikalarındaki Dönüşüm’. *Karatahta İş Yazıları Dergisi*, (3) s. 127-154.
- Düğer, H. ve Dulupçu, M. A. (2000). İktisata Giriş (1.Baskı). Graphis Yayınları: İstanbul.
- Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji. (2021, 27 Mayıs). Erişim adresi: <https://www.medicalpark.com.tr/enfeksiyon-hastalıkları-ve-mikrobiyoloji/b-6723>
- Erdem, O. N. (2017). Türkiye’de Kamu Emeklilik Sistemlerinin Aktüeryal Modellemesi. Basılmış Uzmanlık Tezi. T.C. Kalkınma Bakanlığı Yıllık Programlar ve Konjonktür Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Erginöz, E. ve Erdoğan, M. S. (2010). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemleri. İstanbul Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları: İstanbul.
- European Commission (2005). The Contribution of Health to the Economy of the European Union. Erişim: 30.03.2021, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents
- Fişek, N. (1982). ‘Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları’ Erişim: 3.02.2021, https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html
- Güçeri, Ş. (1993). Türkiye Ekonomisinin Yapısal Meseleleri ve Bir Çözüm Modeli. İş Dünyası Vakfı Yayınları: İstanbul.
- Güngör, M. ve Bulut, Y. (2008). ‘Ki-Kare Üzerine’. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 7 (1) s.84-89.
- Görgün, S. (1993). Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları. SBF Yayınları: İstanbul.
- Gür, L. (2015). 1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Gelişimi: Türkiye-OECD Ülkeleri Üzerine Bir Karşılaştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Isparta.
- Gürsakal, N. (2001). Bilgisayar Uygulamalı İstatistik 1. Alfa Basım Yayım. Dağıtım Ltd.: İstanbul

Hasta. (2021, 15 Şubat). Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Hasta>

Hastalık nedir? (2021, 22 Şubat). Erişim adresi: <https://sagligim.gov.tr/hastaliklar-durumlar.html>

Hayran, O. (2012) Sağlık ve Hastalık (2021, 22 Temmuz). Erişim adresi: <https://www.sdplatform.com/Dergi/629/Saglik-ve-hastalik.aspx>

HSGM Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı. (2021, 8 Şubat). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html>

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul Aile Hekimliği. (2021, 8 Şubat). Türkiye’de Aile Hekimliği. Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/tur_aile_hek.

İş Kazası Bildirim Süresi. (2021, 22 Mayıs). Erişim adresi: <https://www.besler.av.tr/is-kazasi-bildirim-suresi-kac-gun/>

İş Kazası Bildirimi Nasıl Yapılır, Süresi ve Cezası Ne Kadar? (2021, 12 Haziran). Erişim adresi: <https://www.ssk.biz.tr/is-kazasi-bildirimi-nasil-yapilir-is-kazasi-bildirim-suresi-nedir/>

İzmit Seka Devlet Hastanesi. (2021, 1 Mart). Özellikli Sağlık Hizmetleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Erişim adresi: <https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>

Jones, C. I. (2007). İktisadi Büyüme Giriş. (Ş. Ateş ve İ. Tuncer, Çev.). Literatür Yayınları: İstanbul.

Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi. (2021, 13 Ocak). Özellikli Hizmetler. Erişim adresi: <https://hastane.kafkas.edu.tr/TR/index.php/2019-08-27-08-36-15/2020-06-19-08-09-13>

Karadağ Erdem, B. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Yapısal Düzenlemelerin Etkinliği. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.

Karagül, M. (2003). ‘Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı’. *Akdeniz Üniversitesi İ.B.F. Dergisi*, (5), s. 79-90.

- Karasoy, A. ve Demirtaş G. (2018). ‘Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri Üzerine Bir Uygulama: Çevre Kirliliği ve Yönetişimin Etkilerinin İncelenmesi’. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 7(3) s. 1917-1939.
- Karataş, M. ve Çankaya E. (2010). ‘İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme’. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (3) s. 29-55. (ISSN: 1309-1387).
- Karluk, R. (1999). Türkiye Ekonomisi (6. Baskı). Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.: İstanbul.
- Kaya, E. (2006). Kamu Harcamalarının Büyüme Üzerine Etkileri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Kaya, Ş. (1967). Genel Ekonomi Prensipleri. İstanbul İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Neşriyat Bürosu Yayınları: İstanbul.
- Kılıç, B. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kılıçarslan, Y., Güzel, H. A., Şiriner, İ., Yıldırım, K., Esen, E., Taşdemir, M. (2014). İktisada Giriş (3. Baskı). T.C. Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları, Eskişehir.
- Kılıçbay, A. (1991). Türk Ekonomisi. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları: Ankara.
- Koç, A. (2013). ‘Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi ile AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme’. *Sayıştay Dergisi*, (102) s. 47-69.
- Kronik hastalık nedir? Çeşitleri nelerdir? (2021, 28 Mayıs) Erişim adresi: <https://www.medicalpark.com.tr/kronik-hastalik/hg-2369>
- Kronik Hastalıklar Nelerdir? Kronik Hastalıkların Özellikleri. (2021, 27 Mayıs) Erişim adresi: <https://www.florence.com.tr/kronik-hastaliklar>
- Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları: İstanbul.

- MEB (2015). Sağlık Hizmetleri ve Personel Yönetimi, Ankara. Erişim: 10 Şubat 2021, https://atakentasm1.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/34/15/745951/dosyalar/2017_06/29180817_SaYIYk_Hizmetleri_ve_Personel_YYnetimi.pdf
- Mortan, K. ve Toköz, T. (1984). Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi. (Y.y): Ankara
- Oğuz, O. ve Uludağ, İ. (1981). Genel Ekonomi-I. İ.İ.T.İ.A. Nihat Sayar Yayın ve Yardım Vakfı Yayınları: İstanbul.
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi. İstatistik II Dersi 7. Bölüm: Ki Kare Analizi (4 Aralık 2021). Erişim adresi: <https://avys.omu.edu.tr/public/7.HAFTA.pdf>
- Öcal, T. (2013). Makro İktisat (3. Baskı). İstanbul Kariyer Merkezi Yayınları: İstanbul.
- Özen, S. (1994). 'Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri'. *Sosyoloji Dergisi- Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını*, (5), s. 133-145.
- Parasız, İ. (2000). İktisata Giriş (6. Baskı). Ezgi Kitabevi: Bursa.
- Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri Nelerdir? (2021, 28 Ocak). Erişim adresi: <https://aciktercih.com/saglik-trafik/rehabilitasyon-edici-saglik-hizmetleri/>
- Sağlık Hizmeti Basamakları. (2021, 10 Ocak). Erişim adresi: <http://hipokratist.com/saglik-hizmeti-basamaklari/>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM). (2021). Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-10003/yonetmelikler.html>
- Sayan, M. (2016) 'Hasta' Kavramı ve Alternatif Kullanımlar Üstüne (2021, 10 Temmuz). Erişim adresi: <https://kaosgl.org/gokkusagi-forumu-kose-yazisi/hasta>
- Sayım, F. (2017). 'Türkiye'de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi'. *Yalova Üniversitesi Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, (15), s. 13-30.
- SB. (2019). Görev ve Yetkiler. (2021, 17 Şubat). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11464/gorev-ve-yetkiler.html>
- SGK. (t.y.). Kurumumuz Tarihçe. Erişim adresi: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>

- Sögüt, Y. (2019). Sağlık Harcamaları ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Kars.
- Sökmen, A. (2014). Sosyal Gelişme Endeksi Türkiye İçin Ne İfade Ediyor? Erişim: 15 Ocak 2021. <http://www.tepav.org.tr>
- Sönmez, M. (2011). Paran Kadar Sağlık. Yordam Yayınevi: İstanbul
- Şahin, F. ve Çelik, C. (2001). Ekonomi-Maliye. Kardeş Kitap ve Yayınevi: Ankara.
- Şahin, H. (2011). Türkiye Ekonomisi Tarihsel Gelişimi Bugünkü Durumu (11. Baskı). Ezgi Kitabevi Yayınları: Bursa.
- Şen, A. ve Bingöl, N. (2018). ‘Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği’. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 9(1) s. 89-106.
- Şen, S. (2018). Kategorik Veri Analizi. Erişim: 17 Kasım 2021, Erişim adresi: <https://studylibtr.com/doc/1182027/kategorik-veri-analizi>
- Taban, S. (2006). ‘Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi’. *Sosyoekonomi Dergisi*, 2, s. 31-46.
- TBMM (2007). Çanakkale Milletvekili Sayın Ahmet küçük tarafından verilen “Yeşil Kart uygulamasına ilişkin” Soru Önergelerinin Cevabıdır (15 Aralık 2021). Erişim adresi: <https://www2.tbmm.gov.tr/d23/7/7-0324sgc.pdf>
- TBMM, (t.y.). T.C. Anayasası. Erişim adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>
- TBMM, (2021, 3 Şubat). İnsan Hakları Evrensel Beyanname. Erişim Adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
- T.C. Resmi Gazete. 1 Haziran 1949: 7235 s.16394-16395. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7235.pdf>
- T.C. Resmi Gazete. 12 Haziran 2010: 27609 Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/06/20100612-4.htm>
- Tengilimlioğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (4. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.: Ankara.

- Tokat, M. ve Seçim, H. (1994). Sağlık Ekonomisi. Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir.
- TÜİK. (2020, 16 Aralık). İstatistik Veri Portalı, Sağlık ve Sosyal Koruma İstatistikleri 2009-2019. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- Türkiye’de Aile Hekimliği. (2021, 4 Şubat). Erişim adresi: <https://sagligim.gov.tr/aile-hekimligi/turkiye-de-aile-hekimligi.html>
- Türk Dil Kurumu (t.y.) Hasta. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu. (1949). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7235.pdf>
- Türkiye Genel Hizmetler İşçileri Sendikası. (2021, 15 Ağustos). İş kazası. Erişim adresi: (<https://www.genel-is.org.tr/is-kazasi,2,11660#.YOMXapgzYdU>).
- Türk, İ. (1999). Kamu Maliyesi (3. Baskı). Turhan Kitabevi: Ankara.
- Türkiye Sigortalar Birliği. (2021, 21 Şubat). Türkiye’de Sigortacılık. Erişim adresi: <https://www.tsb.org.tr/turkiyede-sigortacilik.aspx?pageID=439>
- Tüylüoğlu, Ş. ve Tekin, M. (2009). ‘Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri’. *Çukurova Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 13 (1) s. 1-31.
- Unay, C. (2000). Genel İktisat (2.Baskı). Ekin Yayınevi: Bursa.
- Uysal, Y. (2007). ‘Gelir Dağılımı Türleri Arasındaki İlişkiler Bağlamında Gelir Dağılımının Düzenlenmesine Yönelik Öneriler’, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (2), 248-292.
- Ülgener, S. F. (1991). Milli Gelir İstihdam ve İktisadi Büyüme. DER Yayınevi: İstanbul.
- Ünsal, E. M. (2011). Makro İktisat (9. Baskı). İmaj Kitabevi: Ankara.
- Ünsal, E. M. (2016). İktisata Giriş (5. Baskı). BB101 Yayınları: Ankara.
- WB (World Bank) (2020, 15 Aralık). Data from database: World Development Indicators. Erişim adresi: databank.worldbank.org/source7world-development-indicators#

Yardımcıoğlu, F. (2012). ‘OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkinin Ekonometrik Bir İncelemesi’. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (2), s. 27-47.

Yılmaz, V. ve Yentürk, N. (2015). Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Genel Bir Bakış. Erişim 10 Haziran 2021, <https://stk.bilgi.edu.tr/uploads>

Yüce, M. (2001). ‘Türkiye’de Gelir Dağılımındaki Adaletsizliğin İzlenen Vergi ve Harcama Politikaları İle Bağlantısı’. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 3(2). (ISSN: 2148--9874). Erişim 10 Temmuz 2021, <http://www.isguc.org/?p=article&id=73&cilt=3&sayi=2&yil=2001>

Zeytinlioğlu, E. (1971). Genel İktisat. İstanbul Matbaası: İstanbul.

EKLER

Ek Tablo 1

Polikliniklerdeki başvuru sayısının sosyal güvence türüne göre dağılımı ve SGK türü içindeki oranı

	SGK	Poliklinikler	Başvuru Sayısı	SGK Türü İçindeki Oranı
1	BAG-KUR	Acil Tıp	92985	11.69491717
2	BAG-KUR	Aile Hekimliği	23707	2.981678781
3	BAG-KUR	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	5099	0.641311853
4	BAG-KUR	Beyin ve Sinir Cerrahisi	39636	4.985102297
5	BAG-KUR	Çocuk Acil	12643	1.59013645
6	BAG-KUR	Çocuk Cerrahisi	427	0.05370468
7	BAG-KUR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	34267	4.309831981
8	BAG-KUR	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	793	0.099737262
9	BAG-KUR	Deri ve Zührevi Hastalıkları	24174	3.040414344
10	BAG-KUR	Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji	7207	0.906439405
11	BAG-KUR	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	42360	5.327705452
12	BAG-KUR	Genel Cerrahi	23104	2.905838214
13	BAG-KUR	Göğüs Cerrahisi	2147	0.270032663
14	BAG-KUR	Göğüs Hastalıkları	21898	2.754157082
15	BAG-KUR	Göz Hastalıkları	46527	5.851797723
16	BAG-KUR	İç Hastalıkları	157494	19.8083485
17	BAG-KUR	Kadın Hastalıkları ve Doğum	29624	3.725872198
18	BAG-KUR	Kalp ve Damar Cerrahisi	14899	1.87387827
19	BAG-KUR	Kardiyoloji	64622	8.127643572
20	BAG-KUR	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	28711	3.611042286
21	BAG-KUR	Nöroloji	31190	3.922831281
22	BAG-KUR	Ortopedi ve Travmatoloji	32166	4.045584834
23	BAG-KUR	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	3074	0.386623384
24	BAG-KUR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	17586	2.211827858
25	BAG-KUR	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	90	0.011319488
26	BAG-KUR	Tıbbi Genetik	5860	0.737024409
27	BAG-KUR	Üroloji	32799	4.125198563
28	BANKA SANDIĞI	Acil Tıp	1092	11.30083825
29	BANKA SANDIĞI	Aile Hekimliği	232	2.40091069
30	BANKA SANDIĞI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	23	0.238021318
31	BANKA SANDIĞI	Beyin ve Sinir Cerrahisi	338	3.497878506
32	BANKA SANDIĞI	Çocuk Acil	308	3.187415916

Ek Tablo 1 Devamı				
33	BANKA SANDIĞI	Çocuk Cerrahisi	4	0.041395012
34	BANKA SANDIĞI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	368	3.808341095
35	BANKA SANDIĞI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	43	0.444996378
36	BANKA SANDIĞI	Deri ve Zührevi Hastalıkları	606	6.271344303
37	BANKA SANDIĞI	Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji	55	0.569181414
38	BANKA SANDIĞI	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	478	4.946703922
39	BANKA SANDIĞI	Genel Cerrahi	309	3.197764669
40	BANKA SANDIĞI	Göğüs Cerrahisi	11	0.113836283
41	BANKA SANDIĞI	Göğüs Hastalıkları	195	2.01800683
42	BANKA SANDIĞI	Göz Hastalıkları	551	5.702162889
43	BANKA SANDIĞI	İç Hastalıkları	2055	21.26668736
44	BANKA SANDIĞI	Kadın Hastalıkları ve Doğum	331	3.425437235
45	BANKA SANDIĞI	Kalp ve Damar Cerrahisi	205	2.12149436
46	BANKA SANDIĞI	Kardiyoloji	710	7.347614612
47	BANKA SANDIĞI	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	343	3.549622271
48	BANKA SANDIĞI	Nöroloji	234	2.421608196
49	BANKA SANDIĞI	Ortopedi ve Travmatoloji	357	3.694504812
50	BANKA SANDIĞI	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	49	0.507088896
51	BANKA SANDIĞI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	222	2.297423161
52	BANKA SANDIĞI	Tıbbi Genetik	184	1.904170547
53	BANKA SANDIĞI	Üroloji	360	3.725551071
54	EMEKLİ SANDIĞI	Acil Tıp	147808	10.38172915
55	EMEKLİ SANDIĞI	Aile Hekimliği	65453	4.597283758
56	EMEKLİ SANDIĞI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	5290	0.371558692
57	EMEKLİ SANDIĞI	Beyin ve Sinir Cerrahisi	56140	3.943157842
58	EMEKLİ SANDIĞI	Çocuk Acil	26809	1.883008881
59	EMEKLİ SANDIĞI	Çocuk Cerrahisi	667	0.046848705
60	EMEKLİ SANDIĞI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	59004	4.144319296

Ek Tablo 1 Devam				
61	EMEKLİ SANDIĞI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2272	0.159580595
62	EMEKLİ SANDIĞI	Deri ve Zührevi Hastalıkları	62970	4.422882958
63	EMEKLİ SANDIĞI	Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji	13780	0.967878786
64	EMEKLİ SANDIĞI	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	76975	5.406565281
65	EMEKLİ SANDIĞI	Genel Cerrahi	46156	3.241902268
66	EMEKLİ SANDIĞI	Göğüs Cerrahisi	2803	0.19687694
67	EMEKLİ SANDIĞI	Göğüs Hastalıkları	30054	2.11093099
68	EMEKLİ SANDIĞI	Göz Hastalıkları	79846	5.608218401
69	EMEKLİ SANDIĞI	İç Hastalıkları	289372	20.32489261
70	EMEKLİ SANDIĞI	Kadın Hastalıkları ve Doğum	64720	4.54579935
71	EMEKLİ SANDIĞI	Kalp ve Damar Cerrahisi	24532	1.723077096
72	EMEKLİ SANDIĞI	Kardiyoloji	86124	6.049172176
73	EMEKLİ SANDIĞI	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	64520	4.531751762
74	EMEKLİ SANDIĞI	Nöroloji	49142	3.451632751
75	EMEKLİ SANDIĞI	Ortopedi ve Travmatoloji	57340	4.027443367
76	EMEKLİ SANDIĞI	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	5110	0.358915863
77	EMEKLİ SANDIĞI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	38507	2.70465228
78	EMEKLİ SANDIĞI	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	157	0.011027356
79	EMEKLİ SANDIĞI	Tıbbi Genetik	12724	0.893707524
80	EMEKLİ SANDIĞI	Üroloji	55457	3.89518533
81	SGK	Acil Tıp	303441	16.13610138
82	SGK	Aile Hekimliği	56911	3.02635987
83	SGK	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	8503	0.452164572
84	SGK	Beyin ve Sinir Cerrahisi	75518	4.015825494
85	SGK	Çocuk Acil	60633	3.224284901
86	SGK	Çocuk Cerrahisi	1449	0.077053565
87	SGK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	125698	6.684250549
88	SGK	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3314	0.176228789
89	SGK	Deri ve Zührevi Hastalıkları	68605	3.648212453
90	SGK	Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji	18445	0.980850939

Ek Tablo 1 Devam				
91	SGK	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	84529	4.495004015
92	SGK	Genel Cerrahi	46833	2.490441423
93	SGK	Göğüs Cerrahisi	3523	0.187342795
94	SGK	Göğüs Hastalıkları	37836	2.012007381
95	SGK	Göz Hastalıkları	72489	3.854752168
96	SGK	İç Hastalıkları	317992	16.90988083
97	SGK	Kadın Hastalıkları ve Doğum	139916	7.44032204
98	SGK	Kalp ve Damar Cerrahisi	24899	1.324055708
99	SGK	Kardiyoloji	83361	4.432893205
100	SGK	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	71494	3.80184099
101	SGK	Nöroloji	54994	2.924419439
102	SGK	Ortopedi ve Travmatoloji	73390	3.902664703
103	SGK	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	8653	0.460141132
104	SGK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	48539	2.581161493
105	SGK	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	212	0.011273537
106	SGK	Tıbbi Genetik	26346	1.401002919
107	SGK	Üroloji	62987	3.349463709
108	ÜCRETLİ	Acil Tıp	2959	8.757547058
109	ÜCRETLİ	Aile Hekimliği	2036	6.025807979
110	ÜCRETLİ	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	26	0.076950397
111	ÜCRETLİ	Beyin ve Sinir Cerrahisi	1233	3.649224577
112	ÜCRETLİ	Çocuk Acil	120	0.355155677
113	ÜCRETLİ	Çocuk Cerrahisi	7	0.020717414
114	ÜCRETLİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	343	1.015153309
115	ÜCRETLİ	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	27	0.079910027
116	ÜCRETLİ	Deri ve Zührevi Hastalıkları	1371	4.057653605
117	ÜCRETLİ	Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji	460	1.361430094
118	ÜCRETLİ	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	894	2.64590979
119	ÜCRETLİ	Genel Cerrahi	1205	3.566354919
120	ÜCRETLİ	Göğüs Cerrahisi	92	0.272286019
121	ÜCRETLİ	Göğüs Hastalıkları	566	1.675150941
122	ÜCRETLİ	Göz Hastalıkları	1460	4.321060732
123	ÜCRETLİ	İç Hastalıkları	9451	27.97146916
124	ÜCRETLİ	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3031	8.970640464
125	ÜCRETLİ	Kalp ve Damar Cerrahisi	365	1.080265183
126	ÜCRETLİ	Kardiyoloji	964	2.853083935
127	ÜCRETLİ	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	1436	4.250029596
128	ÜCRETLİ	Nöroloji	676	2.000710311
129	ÜCRETLİ	Ortopedi ve Travmatoloji	1604	4.747247544
130	ÜCRETLİ	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	357	1.056588138
131	ÜCRETLİ	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	1746	5.167515094
132	ÜCRETLİ	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	31	0.09174855

Ek Tablo 1 Devam				
133	ÜCRETLİ	Tıbbi Genetik	299	0.884929561
134	ÜCRETLİ	Üroloji	1029	3.045459927
135	YEŞİLKART	Acil Tıp	29616	20.38377887
136	YEŞİLKART	Aile Hekimliği	1256	0.864466041
137	YEŞİLKART	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1326	0.912644881
138	YEŞİLKART	Beyin ve Sinir Cerrahisi	4262	2.933403078
139	YEŞİLKART	Çocuk Acil	5855	4.029815819
140	YEŞİLKART	Çocuk Cerrahisi	89	0.061255954
141	YEŞİLKART	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	11784	8.110563555
142	YEŞİLKART	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	318	0.218869587
143	YEŞİLKART	Deri ve Zührevi Hastalıkları	3416	2.351127385
144	YEŞİLKART	Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji	1234	0.84932412
145	YEŞİLKART	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	5268	3.625801834
146	YEŞİLKART	Genel Cerrahi	2623	1.805329956
147	YEŞİLKART	Göğüs Cerrahisi	306	0.210610357
148	YEŞİLKART	Göğüs Hastalıkları	3443	2.369710652
149	YEŞİLKART	Göz Hastalıkları	7837	5.393965256
150	YEŞİLKART	İç Hastalıkları	18207	12.53131625
151	YEŞİLKART	Kadın Hastalıkları ve Doğum	8174	5.625911957
152	YEŞİLKART	Kalp ve Damar Cerrahisi	1879	1.293257715
153	YEŞİLKART	Kardiyoloji	9548	6.571593756
154	YEŞİLKART	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	8416	5.792473089
155	YEŞİLKART	Nöroloji	4241	2.918949426
156	YEŞİLKART	Ortopedi ve Travmatoloji	6277	4.320265397
157	YEŞİLKART	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	832	0.572639925
158	YEŞİLKART	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3816	2.626435041
159	YEŞİLKART	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	18	0.012388845
160	YEŞİLKART	Tıbbi Genetik	1843	1.268480026
161	YEŞİLKART	Üroloji	3408	2.345621232

Ek Tablo 2

Polikliniklere başvuran hastalar ile sosyal güvence türü ilişkisine dair çapraz tablo

SGK Türü	BAG-KUR		BANKA SANDIĞI		EMEKLİ SANDIĞI		SGK		ÜCRETLİ		YEŞİLKART		Total	
	B.S.	%	B.S.	%	BS.	%	B.S.	%	B.S.	%	B.S.	%	B.S.	%
Poliklinikler (B.S. Başvuru Sayısı)	92985	16.10	1092	0.20	147808	25.60	303441	52.50	2959	0.50	29616	5.10	577901	100.
Acil Tıp	23707	15.80	232	0.20	65453	43.80	56911	38.00	2036	1.40	1256	0.80	149595	100
Aile Hekimliği	5099	25.20	23	0.10	5290	26.10	8503	42.00	26	0.10	1326	6.50	20267	100
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	39636	22.40	338	0.20	56140	31.70	75518	42.60	1233	0.70	4262	2.40	177127	100
Beyin ve Sinir Cerrahisi	12643	11.90	308	0.30	26809	25.20	60633	57.00	120	0.10	5855	5.50	106368	100
Çocuk Acil	427	16.20	4	0.20	667	25.20	1449	54.80	7	0.30	89	3.40	2643	100
Çocuk Cerrahisi	34267	14.80	368	0.20	59004	25.50	125698	54.30	343	0.10	11784	5.10	231464	100
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	793	11.70	43	0.60	2272	33.60	3314	49.00	27	0.40	318	4.70	6767	100
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	24174	15.00	606	0.40	62970	39.10	68605	42.60	1371	0.90	3416	2.10	161142	100
Deri ve Zührevi Hastalıkları	7207	17.50	55	0.10	13780	33.50	18445	44.80	460	1.10	1234	3.00	41181	100
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	42360	20.10	478	0.20	76975	36.60	84529	40.20	894	0.40	5268	2.50	210504	100
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	23104	19.20	309	0.30	46156	38.40	46833	39.00	1205	1.00	2623	2.20	120230	100
Genel Cerrahi	2147	24.20	11	0.10	2803	31.60	3523	39.70	92	1.00	306	3.40	8882	100
Göğüs Cerrahisi	21898	23.30	195	0.20	30054	32.00	37836	40.30	566	0.60	3443	3.70	93992	100
Göğüs Hastalıkları	46527	22.30	551	0.30	79846	38.30	72489	34.70	1460	0.70	7837	3.80	208710	100
Göz Hastalıkları	157494	19.80	2055	0.30	289372	36.40	317992	40.00	9451	1.20	18207	2.30	794571	100
İç Hastalıkları	29624	12.10	331	0.10	64720	26.30	139916	56.90	3031	1.20	8174	3.30	245796	100
Kadın Hastalıkları ve Doğum	14899	22.30	205	0.30	24532	36.70	24899	37.30	365	0.50	1879	2.80	66779	100
Kalp ve Damar Cerrahisi	64622	26.30	710	0.30	86124	35.10	83361	34.00	964	0.40	9548	3.90	245329	100
Kardiyoloji	28711	16.40	343	0.20	64520	36.90	71494	40.90	1436	0.80	8416	4.80	174920	100
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	31190	22.20	234	0.20	49142	35.00	54994	39.10	676	0.50	4241	3.00	140477	100
Nöroloji	32166	18.80	357	0.20	57340	33.50	73390	42.90	1604	0.90	6277	3.70	171134	100
Ortopedi ve Travmatoloji	3074	17.00	49	0.30	5110	28.30	8653	47.90	357	2.00	832	4.60	18075	100
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	17586	15.90	222	0.20	38507	34.90	48539	44.00	1746	1.60	3816	3.50	110416	10
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	90	17.70	0	0.00	157	30.90	212	41.70	31	6.10	18	3.50	508	100
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	5860	12.40	184	0.40	12724	26.90	26346	55.80	299	0.60	1843	3.90	47256	100
Tıbbi Genetik	32799	21.00	360	0.20	55457	35.50	62987	40.40	1029	0.70	3408	2.20	156040	100
Üroloji	795089	18.50	9663	0.20	1423732	33.20	1880510	43.90	33788	0.80	145292	3.40	4288074	100
Total														
$X^2 = 143091.5819$ $df = 130$ $p = .0000$														

Ek Tablo 3

Polikliniklere başvuran hastalar ile sosyal güvence türüne göre dağılımı

Poliklinikler/ SGK Türü	Askeriye Emekli Sandığı	Bağ-Kur	Banka Sandığı	Emekli Sandığı	SGK	Ücretli	Yeşil kart	Toplam
Başvuru Sayısı (BS)	(BS)	(BS)	(BS)	(BS)	(BS)	(BS)	(BS)	(BS)
Acil Tıp	609	92985	1092	147199	303441	2959	29616	577901
Aile Hekimliği	0	23707	232	65453	56911	2036	1256	149595
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	10	5099	23	5280	8503	26	1326	20267
Beyin ve Sinir Cerrahisi	39	39636	338	56101	75518	1233	4262	177127
Çocuk Acil	0	12643	308	26809	60633	120	5855	106368
Çocuk Cerrahisi	0	427	4	667	1449	7	89	2643
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	0	34267	368	59004	125698	343	11784	231464
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	0	793	43	2272	3314	27	318	6767
Deri ve Zührevi Hastalıkları	201	24174	606	62769	68605	1371	3416	161142
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	38	7207	55	13742	18445	460	1234	41181
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	61	42360	478	76914	84529	894	5268	210504
Genel Cerrahi	327	23104	309	45829	46833	1205	2623	120230
Göğüs Cerrahisi	5	2147	11	2798	3523	92	306	8882
Göğüs Hastalıkları	8	21898	195	30046	37836	566	3443	93992
Göz Hastalıkları	60	46527	551	79786	72489	1460	7837	208710
İç Hastalıkları	149	15749 4	2055	289223	317992	9451	18207	794571
Kadın Hastalıkları ve Doğum	0	29624	331	64720	139916	3031	8174	245796
Kalp ve Damar Cerrahisi	18	14899	205	24514	24899	365	1879	66779
Kardiyoloji	8	64622	710	86116	83361	964	9548	245329
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	2321	28711	343	62199	71494	1436	8416	174920
Nöroloji	24	31190	234	49118	54994	676	4241	140477
Ortopedi ve Travmatoloji	203	32166	357	57137	73390	1604	6277	171134
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	9	3074	49	5101	8653	357	832	18075
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	16	17586	222	38491	48539	1746	3816	110416
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	2	90	0	155	212	31	18	508
Tıbbi Genetik	4	5860	184	12720	26346	299	1843	47256
Üroloji	90	32799	360	55367	62987	1029	3408	156040
Total	4202	79508 9	9663	141953 0	188051 0	33788	145292	4288074

Ek 4: Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-050.01.04-E.2000036465
Konu : Başvuru İncelemesi(Doç.Dr.
Serdar KURT)

25/02/2020

Sayın Doç. Dr. Serdar KURT

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Sosyal Güvence Gruplarına Göre Hasta/ Hastalık İlişkilerinin Analizi; Çanakkale Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Örneği" başlıklı 2011-KAEK-27/2020-E.2000010328 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 12.02.2020 tarih ve 03-03 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi:12.02.2020
Karar No :2020-03

Karar-03)2011-KAEK-27/2020-E.2000010328 no'lu araştırma ile ilgili olarak, Proje yürütücüsü Doç.Dr. Serdar KURT'un çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada "ETİK KURUL ONAYINI ALIR" kararı verilmiştir.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Coşkun SILAN
Kurul Başkanı

Belge Doğrulamak İçin: <https://ubys.comu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index> adresinden DTH3EFH kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu
Yerleşkesi: Çanakkale

Bilgi İçin İrtibat : Kadir Yılmaz - Sekreter

e-posta : kadir.yilmaz@comu.edu.tr

Telefon
Belgegeçer No
İnternet Adresi :





T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-18920478-604.02.04-2100222003
Konu : Dilekçeniz Hk.

17.11.2021

Sayın Prof. Dr. Serdar KURT

"Sosyal Güvence Gruplarına Göre Hasta/ Hastalık İlişkilerinin Analizi; Çanakkale Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Örneği" başlıklı çalışmanız ile ilgili olarak Etik kurula sunmuş olduğunuz dilekçeniz 03.11.2021 tarihli toplantıda değerlendirilmiş olup; Projenizle ilgili talep etmiş olduğunuz çalışma süresinin 31.08.2022 tarihine kadar uzatılması talebiniz, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Coşkun SILAN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Belge Doğrulama Kodu: E7ADA97

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: dogrulama.comu.edu.tr

Adres: Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale

Telefon No: (0 286) 2180018

e-Posta:

Kep Adresi: comu@hs01.kep.tr

Faks No:

İnternet Adresi: <https://www.comu.edu.tr>

Bilgi için :

Kadir Yılmaz

Sekreter

Telefon No:

