

T.C.  
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT ANABİLİM DALI

**SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN  
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBRU KURT

TEZ DANIŐMANI

DOÇ. DR. RESÜL YAZICI

BİLECİK, 2023

10551416

T.C.  
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT ANABİLİM DALI

**SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN  
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBRU KURT

TEZ DANIŐMANI

DOÇ. DR. RESÜL YAZICI

BİLECİK, 2023

10551416

## BEYAN

“Sağlık Ekonomisi Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi” adlı yüksek lisans tezinin hazırlık ve yazımı sırasında bilimsel araştırma ve etik kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlandığım bölümlerde bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezin herhangi bir kısmının Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını, aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bu çalışmanın, Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP), TÜBİTAK veya benzeri kuruluşlarca desteklenmesi durumunda; projenin ve destekleyen kurumun adı proje numarası ile birlikte, ETİK KURUL onayı alınması durumunda ise ETİK KURUL tarih karar ve sayı bilgilerinin beyan edilmesi gerekmektedir.			
<b>DESTEK ALINMIŞTIR</b>		<b>DESTEK ALINMAMIŞTIR</b>	x
<b>Destek alındı ise;</b>			
<b>Destekleyen kurum;</b>			
<b>Desteğin Türü</b>		<b>Proje Numarası</b>	
<b>1- BAP (Bilimsel Araştırma Projesi)</b>			
<b>2- TÜBİTAK</b>			
Diğer;..... .....			
<b>ETİK KURUL onayı var</b>			
<b>ise;</b>			
<b>ETİK KURUL karar tarih/sayı:</b>		...../..... .....	

Ebru KURT

Tarih

..../..../2023

İmza

## ÖN SÖZ

Bu çalışmada, sağlık ekonomisi alanında yapılan lisansüstü tezlerin içerikleri ve Türkiye'nin sağlık harcamaları ile GSYH verileri incelenmiştir. İncelenen tezlerin büyük kısmında da savunulan, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişki, verilerle de desteklenmiştir.

Çalışmamdaki yardımları ve destekleyici, yönlendirici yaklaşımı için danışman hocam Doç. Dr. Resül Yazıcı'ya teşekkür ederim.

**Ebru KURT**

**2023**

## ÖZET

### SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Sağlıklı bir yaşam her bireyin en temel hakkıdır. Kişi ve toplumlar için büyük önem taşıyan sağlık, devletler için de büyük öneme sahiptir. Çünkü sağlık beşeri sermayenin önemli bir unsurudur. Sağlık alanında yapılan harcamaların bireysel faydalarının yanında toplumsal faydaları da yadsınamaz düzeydedir. Bu sebeple sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı her geçen yıl artan bir seyir izlemektedir. Artan bu harcamaların etkinlik ve verimliliğinin analiz edilebilmesi için de ne sağlık bilimi ne de ekonomi bilimi tek başına yeterli değildir, sağlık ve ekonomi biliminin ortak çalışmasına ihtiyaç vardır. Bu sebeple artan sağlık harcamaları sonucunda ekonomi teorilerinin sağlığa uygulanması ile ilgilenen, ekonomi biliminin alt dalı olarak sağlık ekonomisi önem kazanmıştır. Sağlık harcamalarının sağlık üzerindeki pozitif etkileri sonucu beşeri sermayede meydana gelen iyileşme ekonomik büyüme üzerinde de etkilidir. Bu çalışmada YÖK'ün tez veri tabanında "sağlık ekonomisi" başlığı taratılarak ulaşılan tezler incelenmiş, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin pozitif yönlü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Harcamaları, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ekonomisi, Sağlık, Ekonomik Büyüme

## **ABSTRACT**

### **AN ANALYSIS OF MASTER'S THESES IN THE FIELD OF HEALTH ECONOMICS**

A healthy life is the most fundamental right of every individual. Health, which is of great importance for individuals and societies, is also of great importance for states. Because health is an important element of human capital. In addition to the individual benefits of health expenditures, social benefits are also undeniable. For this reason, the share of health expenditures in GNP is increasing every year. In order to analyze the effectiveness and efficiency of these increasing expenditures, neither health science nor economics science alone is sufficient, there is a need for joint work of health and economics science. For this reason, as a result of increasing health expenditures, health economics as a sub-branch of economics, which deals with the application of economic theories to health, has gained importance. The improvement in human capital as a result of the positive effects of health expenditures on health is also effective on economic growth. In this study, the theses obtained by searching the title of "health economics" in the thesis database of YÖK were analyzed and it was concluded that the relationship between health expenditures and economic growth is positive.

**Keywords:** Health Expenditures, Health Services, Health Economics, Health, Economic Growth

## İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK EKONOMİSİ

1.Sağlık Nedir? .....	3
2.Sağlık Düzeyi Göstergeleri.....	4
2.1.Demografik Göstergeler: .....	4
2.2.Ekonomik Göstergeler .....	4
2.3.Hastane Göstergeleri .....	5
2.4.Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri .....	5
3.Ekonomi ve Sağlık Ekonomisi .....	5
4.Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi.....	6
5.Sağlık Ekonomisinin Önemi.....	7
6.Sağlık Harcamaları .....	7
6.1.Türkiye’de Sağlık Harcamaları.....	8
6.2.Genel Devlet Sağlık Harcamaları ve Özel Sektör Harcamaları.....	8
6.3.Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları .....	10
6.3.1.Cari Sağlık Harcaması.....	10
6.3.2.Yatırım Harcamaları.....	11
6.3.3.Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler .....	12

### İKİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİ

1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....	14
2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	15
2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri: .....	16

2.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	16
2.1.2.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	16
2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:.....	17
2.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	17
2.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	17
2.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri .....	17
2.3.Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri: .....	18
2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri .....	18
2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri .....	18
3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	18
4.Sağlık Hizmetleri Piyasası.....	21
4.1.Sağlık Hizmetlerinde Talep .....	21
4.2.Sağlık Hizmetlerinde Arz .....	23

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

1.Tezlerin Genel Özellikleri.....	28
2. Tez İçeriklerinin İncelenmesi .....	29
3. İncelenen Tezlerin Genel Konusunu Oluşturan Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Verilerinin Türkiye Özelinde Analizi.....	38
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>42</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>45</b>

## TABLolar LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.1.</b> Genel Devlet Sağlık Harcamaları ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları .....	<b>10</b>
<b>Tablo 1.2.</b> Cari Sağlık Harcamaları ve Yatırım Harcamaları .....	<b>12</b>
<b>Tablo 2.1.</b> Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı (%), Tüm Sektörler .....	<b>18</b>
<b>Tablo 2.2.</b> Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler .....	<b>23</b>
<b>Tablo 2.3.</b> Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı .....	<b>23</b>
<b>Tablo 2.4.</b> Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı .....	<b>25</b>
<b>Tablo 2.5.</b> Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı .....	<b>26</b>
<b>Tablo 2.6.</b> Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Yoğun Bakım Yatak Sayısı .....	<b>26</b>
<b>Tablo 2.7.</b> Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayısının Dağılımı (%), 2021	<b>27</b>
<b>Tablo 2.8.</b> Dallara Göre Hastane Yatak sayıları,2021 .....	<b>27</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Tezlerin Ana bilim Dalına Göre Dağılımı.....	<b>28</b>
<b>Tablo 3.2.</b> Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı .....	<b>28</b>
<b>Tablo 3.3.</b> Tezlerin Üniversitelere Göre Dağılımı.....	<b>29</b>
<b>Tablo 3.4.</b> İncelenen Tezlerin Tablolaştırılması .....	<b>34</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 2.1.</b> Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu .....	<b>15</b>
<b>Şekil 2.2.</b> Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	<b>16</b>

## GRAFİKLER LİSTESİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Grafik 1.1.</b> 2012-2021 Sağlık Harcamaları .....	<b>8</b>
<b>Grafik 1.2.</b> Kişi Başına Sağlık Harcaması .....	<b>13</b>
<b>Grafik 3.1.</b> Toplam Sağlık Harcamasının Bir Önceki yıla Göre Büyüme Oranı ve Üretim Yöntemine Göre Cari Fiyatlarla GSYH'nın Bir Önceki Yıla Göre Değişimi .....	<b>39</b>
<b>Grafik 3.2.</b> Toplam Sağlık Harcamasının Bir Önceki Yıla Göre Büyüme oranı ve Zincirlenmiş Hacim Endeksine Göre GSYH Değişimi .....	<b>39</b>
<b>Grafik 3.3.</b> Toplam Sağlık Harcamasının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%), 1999-2021	<b>41</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

**AB:** Avrupa Birliği

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**ERAS:** Cerrahi Sonrası İyileştirmenin Hızlandırılması

**GSMH:** Gayrisafi Milli Hasıla

**GSS:** Genel Sağlık Sigortası

**GSYH:** Gayrisafi Yurt İçi Hasıla

**GSYİH:** Gayrisafi Yurt İçi Hasıla

**IMF:** Uluslararası Para Fonu

**NHS:** Ulusal Sağlık Hizmeti

**OECD:** Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

**SDP:** Sağlıkta Dönüşüm Programı

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**SSK:** Sosyal Sigortalar Kurumu

**TL:** Türk Lirası

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**TSH:** Toplam Sağlık Harcaması

**YÖK:** Yükseköğretim Kurulu

## GİRİŞ

Sağlıklı olmak ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek insanların en temel ve en vazgeçilmez haklarından biridir. Sağlık harcamaları, insanların sağlığını korumak, geliştirmek ve sürdürmek için yapılan harcamalar olmakla birlikte, bireyin ve toplumun sağlık düzeyini artırırken beşeri sermayeye yaptığı katkılarla da ekonomik büyümeyi etkilemektedir. Sağlıklı bir toplum aynı zamanda nitelikli insan kaynağıdır ve bu ekonomik büyüme için büyük önem taşımaktadır. Toplumun sağlıklı bireylerden oluştuğunu söyleyebilmek için ise verilen sağlık hizmetlerinin bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaı gerekir. İyi bir yaşam hakkı, özgürlük, sağlıkta eşitlik sosyal bir devletin vatandaşlarına sunmakla yükümlü olduğu temel kazanımlardan biridir ve bunu sağlayabilmek için etkin sağlık politikalarının uygulanması gerekir.

Gelişmiş ülkeler ekonomik koşullarının iyi olması nedeniyle daha fazla sağlık harcaması yapabilmektedir. Bu sebeple sağlık göstergeleri diğer ülkelere göre daha iyi durumdadır. Ancak bu her sağlık harcamasının sağlıkta mutlak bir iyileşme sağlayacağı anlamına gelmemektedir. Gelişmiş ülkelerin farklı miktarlarda sağlık harcamaları yapıyor olmasına rağmen sağlık göstergelerinin birbirine yakın olması bunun bir kanıtı olarak gösterilebilir. Beşeri sermayenin önemli bir parçası olan sağlık, ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğundan bütün ülkeler için sağlık harcamaları profesyonel ve akıllıca yönetilmesi gereken bir kalemdir. Bu sebeple son zamanlarda sağlık ekonomisi daha detaylı incelenen bir bilim dalı haline gelmiştir. Çünkü sağlık harcamaları önemli bir gider kalemi olmakla birlikte çıktıları da ülke ekonomisi ve toplum refahı için oldukça önemlidir. Bu nedenle ekonomi biliminin temel kuralları sağlık alanına uygulanıp optimum kararların verilmesi için sağlık ekonomisine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık ve ekonomi bilimi birbirinden ayrı bilim dallarıdır. Ancak sağlık ekonomisi söz konusu olduğunda iki bölümün birlikte çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Her mal ve hizmette olduğu gibi sağlıkta da kaynaklar sınırsız değildir. Sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç ise nüfus çoğaldıkça artmaktadır. Kişi ve toplumların sağlık seviyesini artırmak, kalkınmış bir ülkenin gereklerinden olan sağlık düzeyi göstergelerinde iyileşmeyi sağlamak devletlerin hedeflerinden biridir. Bunun için de, kıt olan sağlık kaynaklarını ihtiyaçlar doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde paylaşmak; en yüksek faydayı elde edebilmek için ekonomi biliminin temel kurallarını uygulamak gerekir. Bunun için de sağlık ekonomisine ihtiyaç duyulur. Son yıllarda sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla (GSYH)'ya oranındaki artışlar sebebiyle, sağlık ekonomisine olan ilgi de artmaktadır. Sağlık ekonomisinin öneminin anlaşılması için, tezin birinci bölümünde sağlık ekonomisi ve Türkiye'deki sağlık harcamalarının ekonomik boyutu incelenmiştir. Sağlık harcamalarının

GSYH'ya oranındaki artış verileriyle desteklenmiştir. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetleri piyasası hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde ise Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) tez veri tabanında "sağlık ekonomisi" başlığı taratılarak bulunan tezler incelenmiştir. İncelenen tezlerde genel olarak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki pozitif yönlü ilişki ortaya konmuştur. Tezin sonucunda da, Türkiye'de 2016-2021 yıllarında sağlık harcamalarında meydana gelen değişim ile GSYH'da meydana gelen değişim incelenmiş olup, ikisi arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## SAĞLIK EKONOMİSİ

### 1.Sağlık Nedir?

Sağlık dar anlamda hastalığın olmaması durumu olarak tanımlanabilir. Sağlığın geniş tanımı ise sadece hastalığın olmaması değil, kişisel, fiziksel, zihinsel, sosyal ve hatta ahlaki olarak kişinin tam bir iyilik halinde olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü ise sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlamıştır. Böyle bir tanım çok geniştir ve bu tanımdan yola çıkarken herhangi bir ekonomik analiz yapmak mümkün değildir.

Ekonomik bir analiz yapabilmek için sağlığın tıbbi bakım, gelir, eğitim, yaş, cinsiyet, ırk, çevre kirliliği, kişinin kötü veya faydalı alışkanlıkları gibi fonksiyonlarla birlikte ele alınması gerekmektedir. Sağlık bu fonksiyonlarla birlikte ele alındığında sağlığın sadece kişisel değil, toplumsal olarak da ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişki, ölüm oranı, bebek ölüm oranı, doğurganlık, hastalıklar ve genel sağlık gibi konuların insan üretkenliği üzerindeki etkileriyle ölçülebilir. Beşeri sermaye, ekonomik kalkınmanın yapı taşlarından biridir. Beşeri sermayeyi etkileyen olumsuz bir durum aynı şekilde ekonomiyi de etkileyecektir. Gelişmemiş ülkelerde hastaneler ve sağlık hizmetleri gibi temel sağlık imkanları yetersizdir ve bu vatandaşların üretime katkıda bulunma oranını düşürmektedir. Örneğin, sıtma gibi basit ve tamamen tedavi edilebilir hastalıklar için bile ilaçların temin edilemediği gelişmemiş ülkelerde, bu hastalığa yakalanan kişiler sağlık problemleri sebebiyle üretime katkı sağlayamayacak ve bu durum çıktı düzeyini olumsuz etkileyecektir. Bebek ölümleri de yine ekonomiyi etkileyen önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü bebekler bir gün büyüüp işgücü haline geleceklerdir. Bu durum hem gelecekteki işgücü oranını olumsuz etkileyecek, hem de ortalamanın üzerinde bir bebek ölüm oranı olduğunda, nüfus dağılımında orantısızlık meydana gelecektir.

Bir ülkedeki yaşam beklentisi de ülkenin gelişmişliğini değerlendirmede önemli bir kriterdir. Çünkü ekonomik olarak gelişmiş ülkeler kişilerin daha uzun yaşaması için gerekli sağlık sistemlerine sahiptir. Dolayısıyla yaşam süresi artan ülkelerde sağlık sisteminin ve ekonomik kalkınmanın da iyi duruma geldiği varsayımı yapılabilir. Öte yandan, bir ülkedeki

yaşam beklentisi aynı kalıyor ya da azalıyorsa ekonominin ve sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı söylenebilir.

Sağlık problemleri ekonomik büyüme üzerinde etkiliyken, ülke ekonomisinin yeterli sağlık hizmetini karşılamaya yetmediği durumlarda kişilerin sağlık durumları da olumsuz etkilenmektedir. Yani bu iki kavram arasında aslında iki yönlü bir ilişki söz konusudur.

Dünya Kalkınma Raporu (1993)'da, sağlığı refahın çok önemli parçası olarak açıklamaktadır. Sağlığın iyileştirilmesi ekonomik büyümeye dört şekilde katkı sağlamaktadır:

-İşçi hastalığından kaynaklanan üretim kaybında azalma, çalışan üretkenliğinde artış meydana gelir.

-Hastalık nedeniyle erişilemeyen doğal kaynakların kullanımına olanak sağlar.

-Sağlıklı kişilerin eğitim hayatlarındaki başarı artar.

-Tedaviye harcanacak kaynakları alternatif kullanım alanlarına yönlendirir (Rout ve Nayak, 2007: 2-3).

## **2.Sağlık Düzeyi Göstergeleri**

Sağlık düzeyi bireylerin sağlık durumunu tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Sağlık düzeyinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin karşılaştırmasının yapılabilmesi ve yorumlanabilmesi için kullanılan bazı göstergeler bulunmaktadır. Bu göstergeler; demografik, ekonomik, hastane ve sağlık insan gücü göstergeleri olmak üzere dört ana grupta incelenir.

**2.1.Demografik Göstergeler:** Demografi en kısa tanımıyla nüfus bilimidir. Ülkelerin zaman içerisinde nüfusları değişmekte, değişen nüfus ise yaşam standartlarını etkilenmektedir. Nüfus arttıkça kişi başına gelir azaldığından kişi ve toplumların yaşam standardı düşmektedir. Bu sebeple gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülke olabilme yolunda adımlar atarken nüfusu da dikkate alarak politikalar üretirler. Buradan hareketle geleceğe yönelik sağlık politikaları oluşturulurken demografik göstergeler nüfus ve yaşam göstergeleri olarak iki grupta incelenmelidir. Nüfus göstergeleri; bir ülkenin yüzölçümü, nüfusu, nüfusun artış hızı, nüfusun dağılımı gibi bilgileri ele alır. Yaşam göstergeleri ise; kaba ölüm oranı, kaba doğum oranı, bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı gibi bilgileri ele alır.

**2.2.Ekonomik Göstergeler:** Ekonomisi güçlü ülkeler sağlık harcamaları için daha büyük bütçeler ayırmakta bu da daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına sebep olmaktadır. Yine ekonomisi güçlü ülkelerde kişi başı gelir daha yüksek olacağından kişilerin bireysel sağlık

harcamalarında ve çevresel koşullarında iyileşmeler olacağından yine sağlık olumlu etkilenecektir.

**2.3.Hastane Göstergeleri:** Ayaktan tedaviler için farklı sağlık kuruluşları varken, yatarak tedavi kapsamında en yüksek paya sahip olanı hastanelerdir. Bu sebeple hastaneler en yeni sağlık teknolojilerinin kullanıldığı daha maliyetli kuruluşlardır. Hastanelere yapılan yatırımların fayda-maliyet analizinin yapılabilmesi için hastanelerdeki gösterge verilerinin etkili ve doğru olması büyük önem taşımaktadır.

**2.4.Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri:** Sağlık hizmeti sunumunda hastaneler kadar, çalışacak sağlık çalışanları da önemlidir. Kişi başına düşen hekim, hemşire, bakım personelinin yeterli olması gerekir. Sağlık personellerinin ödemesi için gerekli bütçenin planlanması, bu personellerin ülkenin ve bölgenin nüfus dağılımına göre ihtiyaç doğrultusunda planlanması gerekir (Dürrü, 2012:27).

### **3.Ekonomi ve Sağlık Ekonomisi**

İktisat, bireylerin ve toplumların, para kullanarak ya da kullanmayarak, kıt kaynakları kullanmayı, çeşitli metalar üretmeyi ve bunların şimdi veya gelecekte tüketim için çeşitli kaynaklar arasında dağıtımının nasıl seçileceğini inceleyen, kaynakların tahsis modellerinin fayda ve maliyet analizini gerçekleştirmek üzerine çalışan bilim dalıdır. Ekonomi, kıtlık ve seçimin söz konusu olduğu her alan için incelenmesi gereken bir bilim dalıdır. Bu bağlamda bir mal veya hizmet olarak sağlığı ele alırsak, sağlığı iyileştirmek için elde bulunan belli bir miktardaki kaynağın optimum seçiminin nasıl yapılacağı sağlık ekonomisinin bir konusudur.

Sağlık ekonomisi, sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetlerin fayda ve maliyetlerini, kıt kaynakların hastalığın tedavisi, sağlığın teşviki, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için alternatif kullanımlar arasında nasıl tahsis edilmesinin incelenmesidir. Geniş anlamda ise ekonomi teorilerinin, kavramlarının ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması olarak tanımlanabilir.

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki artışla birlikte sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerini sağlamak için kullanılan kaynakların etkili ve verimli kullanımını sağlamak için sağlık alanında ekonomik teorilerin uygulanmasını vurgulayan kendine özgü bir çalışma alanı haline gelmiştir. Sağlık durumu ve üretkenlik arasındaki ilişkinin ekonomik etkileri, sağlık hizmetlerinin mali yönleri, sağlık kurumlarında ekonomik karar verme, sağlık gelişiminin planlanmasında etkin kaynak dağılımı sağlık ekonomisinin kapsadığı alanlardır.

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki artış sebebiyle, sağlık sektörü en çok kaynak kullanılan alanlardan biri haline gelmiştir. Sağlık sektörünün gayrisafi milli hasıla (GSMH) içindeki payının büyümesiyle birlikte, finansmanı önem kazanmıştır. Tüm bunlar sağlık ekonomisinin son yıllarda önem kazanmasını açıklamaktadır. Sağlık harcamalarının artışı sağlık finansmanı konusunda zorluklara sebep olmaktadır. Bu sebeple sağlık ekonomisinin gelişmesiyle fayda maliyet analizleri sağlık sektöründe de uygulanmaya başlamış ve sağlık maliyetlerinin azaltmak için koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmeye başlanmıştır. Daha önceleri popüler olan geleneksel tedavi yöntemleri azalmış, onun yerini koruyucu sağlık hizmetleri almıştır. Böylelikle hastalık henüz başlamadan tedavi edilmekte ve tedavi maliyetlerinin önüne geçilmektedir. Elbette koruyucu sağlık hizmetleri de bir maliyet oluşturmaktadır ancak bu maliyet tedavi maliyetlerinden oldukça düşüktür.

**Pozitif Sağlık Ekonomisi;** sağlık hizmetleri talebini etkileyen unsurları, sağlık hizmetlerini karşılayacak şekilde arzı ve finansmanını inceler.

**Normatif Sağlık Ekonomisi;** sağlıkta eşitlik ve kalite için optimal finansman biçiminin ve sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının ne olması gerektiğini inceler. Özetle optimal kaynak kullanımı ile ilgilenir (Rout ve Nayak, 2007: 3-4).

#### **4.Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi**

1945'te İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinden sonra, sağlık sektörü yüksek düzeyde genişleme ve rasyonalizasyon yaşadı. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) teşhis araçlarında ve tedavi edici ilaçlarda büyük bir artış yaşandı. Sağlık 1900'lerde değersiz iken, 1920'lerde lüks bir mal, 1950'lerde ise bir ihtiyaç olarak görülmeye başlandı ve sağlık Dünya Sağlık Örgütü tarafından "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlandı. Hem teknolojik gelişmeler hem de bu yeniden tanımlama, yalnızca genel halk sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda hükümetlerin mali yükünü önemli ölçüde artırarak sağlığı ve sağlık ekonomisini daha iyi yönetmeyi bir öncelik haline getirdi.

1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yeni bir tanımlama yapıldıktan sonra, 5 Temmuz 1948'de Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) kuruldu. NHS'nin ana ilkesi, evrensel ihtiyaçların kapsamı ve bu ihtiyaçlara erişim eşitliği sağlamaktı ve o zamandan beri daha geniş sosyal, ekonomik, politik, teknolojik ve çevresel baskılara yanıt olarak sürekli olarak geliştirildi. NHS'nin kurulmasıyla İngiltere'de 1970'lerde sağlık ekonomisinde gelişim görülmeye başlandı ve diğer ülkelere de ilham oldu (Rebelo, 2011:6-8).

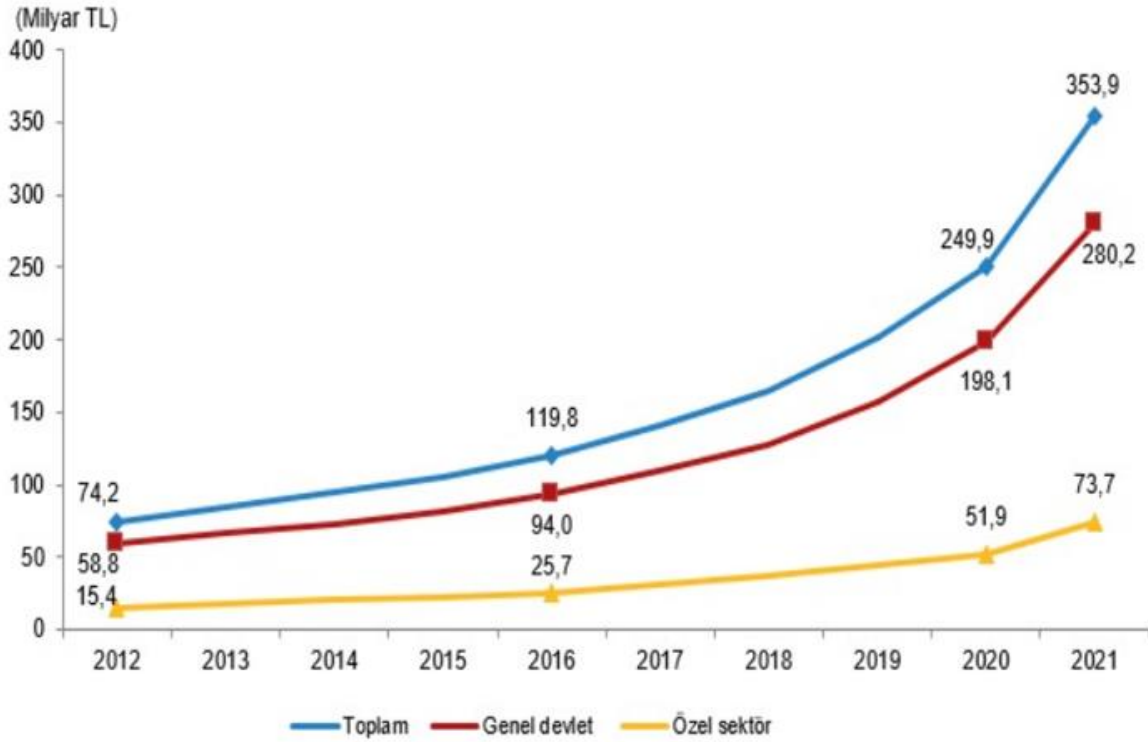
## **5.Sağlık Ekonomisinin Önemi**

Ekonominin sağlık hizmetleri ile ilişkisinin anlaşılabilmesi için, ekonomi biliminin temelleri iyi bilinmelidir. Ekonomi, mal ve hizmetlerin üretimi ve tüketimi ile ilgili farklı kişiler ve kuruluşlar arasındaki karşılıklı ilişkiyi tanımlamaktadır. Bu karşılıklı ilişkilerin incelenmesinin temel amacı, bireyler ve örgütler için belirlenen davranış kurallarının nihai sonucu nasıl etkilediğini açıklamaktır. Bu bağlamda sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri için belirlenen kuramsal çerçeveler (tüketim, tedarik, finansman) ve kurumlar arasındaki ilişkiyi ve bunun sonucunda ortaya çıkan sonuçlarla ilgilenen bir ekonomi disiplindir. Sağlık ekonomisi, bir disiplin olarak ekonomi teorilerinin ve araçlarının, sağlık ve sağlık hizmetlerine uygulanması olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle, sağlık ekonomisi, sağlığı geliştirmek için sağlık alanındaki kıt kaynakların etkin dağılımı ile ilgilenir. Dünyadaki hızlı nüfus artışı ve sağlık modellerinin değişmesi sebebiyle sağlık harcamalarının da artması beklendiğinden sağlık ekonomisine ilgi artmaktadır. Maliyetlerdeki artış, eşitsizlik, yanlış dağıtım ve verimsizlik sağlık sistemindeki temel problemlerdendir. Bu sorunlar, sınırlı olan sağlık hizmetleri kaynakları üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi, sağlık müdahalelerinin yalnızca klinik etkinliğini değil aynı zamanda maliyet etkinliğini de göz önünde bulundurarak maksimum faydayı elde etmeye yarar (Olayiwola, S.O., 2023).

## **6.Sağlık Harcamaları**

Sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yapılan harcamalar sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları arttıkça kişilerin yaşam standardı yükselir. Aynı zamanda sağlık harcamalarındaki artış ülkelerin kalkınmasında da etkilidir. Sağlık harcamaları bugünkü yaşam standardını ve sağlıklı kişi sayısını artırırken, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına da şimdiden çözüm olur. Bir ülkede sağlık harcamaları o ülkenin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Bunu kişilere indirgediğimizde ise yaptıkları sağlık harcamalarının gelir düzeyleri ile doğrudan ilişkili olduğunu görürüz. Gelir ve sağlık harcamaları incelendiğinde aralarında pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Gelir arttığında yaşam standardı yükselmektedir. Yaşam standardı yükselen kişinin sağlık harcaması artar, sağlığı daha da iyiye giden kişinin üretim performansı artar, buna buna bağlı olarak gelirinde yine bir artış meydana gelir.

## 6.1.Türkiye’de Sağlık Harcamaları



**Grafik 1.1.** 2012-2021 Sağlık Harcamaları

**Kaynak:** (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2021a)

TÜİK verilerine bakıldığında, Grafik 1.1’de görüldüğü gibi Türkiye’deki sağlık harcamalarında 2020 yılı itibari ile sıçrama görülmektedir. 2021 yılında en yüksek sağlık harcaması gerçekleşmiştir. 2020 yılında 249,9 milyar olan harcamalar, %41,62’lik artışla 2021 yılında 353,9 milyara yükselmiştir. Kamunun 2020 yılında 198,1 milyar olan harcaması ise, %41,44 oranında artış göstererek 2021 yılında 280,2 milyara yükselmiştir. Özel sektörün sağlık harcamalarındaki artış, genel toplamdaki artıştan biraz daha fazla olup, 2020 yılında 51,9 milyar olan rakam 2021 yılında ile 73.7 milyar olarak gerçekleşmiştir. 2020 yılında toplam sağlık harcamalarının %79,2’si kamu, %20,8’i özel sektöre aittir. 2021 yılında da kamu ve özel sektörün sağlık harcamalarındaki payı 2020 yılı ile aynıdır.

## 6.2.Genel Devlet Sağlık Harcamaları ve Özel Sektör Harcamaları

Genel devlet ve özel sektör sağlık harcamaları birlikte cari sağlık harcamasını ifade eder.

**Genel devlet sağlık harcamaları;** merkezi devlet, mahalli idareler ve sosyal güvenlik kurumu (SGK) harcamalarından oluşur.

Merkezi devlet: Ülke sınırları içerisindeki tüm devlet kurumları ve bunların kontrol edip finansmanını sağladığı tüm kurumların sağlık harcamalarını kapsar. Sağlık Bakanlığı, tıp ve dış hekimliği fakülteleri, askeri hastaneler gibi...

Sosyal Güvenlik Kurumu: SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı'nın yaptığı tüm harcamaları içerir. Bu üç kurum 2006 yılında birleştirilmiştir.

Mahalli idareler: Yukarıdaki belirtilen kamu kurumları dışında kalan kamu kurumlarının yaptığı sağlık harcamalarını ifade eder.

Genel devlet harcamaları Tablo 1.1'de görüldüğü gibi 2020 yılında 198.1 milyar TL, 2021 yılında 280.2 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet harcamaları içerisinde en büyük pay Sosyal Güvenlik Kurumu'na aittir. Genel devlet harcamaları içinde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun payı 2020 yılında %64 iken, 2021 yılında %20'dir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nu merkezi devlet takip eder. Merkezi devletin genel devlet harcamaları içindeki payı 2020 yılında %35 iken, 2021 yılında %40'a yükselmiştir. Mahalli idarelerin payı oldukça düşüktür. Bunda 2010 yılı itibari ile mahalli idarelerin harcamalarının birçoğunun Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmiş olması etkindir.

**Özel sektör harcamaları;** hane halkları, sigorta şirketleri ve hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Hane halkları: Kişilerin aldıkları sağlık hizmeti için ödemeyi direkt kendisinin yapması olarak ifade edilebilir.

Sigorta şirketleri: Özel sigorta şirketleri ve banka sandıklarının yaptığı harcamaları ifade eder.

Diğer: Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını ifade eder.

Özel sektör harcamaları Tablo 1.1'de görüldüğü gibi 2020 yılında 51.9 milyar TL, 2021 yılında 73.7 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Özel sektör harcamaları içerisindeki en büyük pay ise hane halkı harcamalarına aittir. 2020 yılı özel sektör harcamalarının %77'sini hane halkı harcamaları oluştururken bu oran 2021 yılında %76 olarak gerçekleşmiştir. Sigorta şirketlerinin özel sektör harcamaları içerisindeki payı 2020 yılında %12 iken, 2021 yılında %13'e yükselmiştir.

**Tablo 1.1.** Genel Devlet Sağlık Harcamaları ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları

	<b>2020</b>	<b>Pay (%)</b>	<b>2021</b>	<b>Pay (%)</b>
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	<b>249.932</b>	<b>100,0</b>	<b>353.941</b>	<b>100,0</b>
<i>Genel devlet</i>	<i>198.062</i>	<i>79,2</i>	<i>280.220</i>	<i>79,2</i>
Merkezi devlet	68.927	27,6	111.180	31,4
Mahalli idareler	1.632	0,7	1.975	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	127.504	51,0	167.065	47,2
<i>Özel sektör</i>	<i>51.869</i>	<i>20,8</i>	<i>73.721</i>	<i>20,8</i>
Hanehalkları	40.105	16,0	56.342	15,9
Sigorta şirketleri	6.458	2,6	9.330	2,6
Diğer	5.306	2,1	8.050	2,3

**Kaynak:** (TÜİK, 2021a)

### **6.3.Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları**

Sağlık harcamaları cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamaları olarak iki ana grupta ele alınır.

#### **6.3.1.Cari Sağlık Harcaması:**

Cari sağlık harcamaları tüm teşhis, tedavi ve rahabiliyaston harcamalarını içermektedir.

Tablo 1.2’de de görüldüğü gibi 2021 yılında toplam sağlık harcamalarının %49,5’i hastanelere yapılmıştır. Hastaneler, tıp merkezleri, muayenehaneler gibi her türlü sağlık hizmetini veren merkezler için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Hastaneler için 2020 yılında 123.4 milyar TL olan harcama %42’lik artışla 2021 yılında 175.2 milyar TL’ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde hastanelerin payı 2020 yılında %49,4 iken 2021 yılında %49,5’e yükselmiştir. Hastane harcamaları, toplam sağlık harcamaları içerisinde en yüksek paya sahip olan kalemdir.

Hastane harcamalarından sonra en yüksek pay perakende satış işlemleri ve harcamalarına aittir. Bu harcama teşhis ve tedavi için kullanılan malzeme ve ilaçları kapsamaktadır. 2020 yılında 63.1 milyar TL olan bu harcama kalemi %28’lik artışla 2021 yılında 80.6 milyar TL’ye yükselmiştir. 2020 yılı toplam sağlık hizmetleri içerisindeki payı %25,2 iken, bu oran 2021 yılında %22,8’e girilemiştir.

Ayakta sağlık hizmetleri için harcamalar; dispanser, aile sağlığı merkezleri (ASM), fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, laboratuvar ve radyoloji gibi ayakta verilen sağlık

hizmetlerini kapsamaktadır. Ayakta sağlık hizmeti harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2020 yılında %10,3 iken 2021 yılında bu oran %9,4'e gerilemiştir. 2020 yılında 25.7 milyar TL olan ayakta sağlık hizmeti harcamaları %30 oranında artışla 2021 yılında 33.4 milyar TL'ye yükselmiştir.

Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönerimi için yapılan harcamaların 2020 yılında toplam sağlık hizmetleri içerisindeki payı %5,2 iken 2021 yılında bu oran %9,2'ye yükselmiştir. Bu harcamalar kişilerin ve toplumun sağlığını koruyup iyileştirmek için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Bu harcamaların 2020 yılı toplam tutarı 13.1 milyar TL iken, 2021 yılında 32.5 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

Genel sağlık yönetimi ve sigorta harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde en düşük orana sahiptir. Toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2020 yılında %0,5 iken, 2021 yılında %0,4'tür. Sağlık hizmeti veren tüm işletmelerdeki yönetim, koordinasyon, organizasyon, denetim gibi faaliyetleri yerine getirmek için yapılan harcamaları içermektedir. 2020 yılında 1.2 milyar TL tutarında olan bu harcama 2021 yılında %24'lük artışla 1.4 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

Sınıflandırılmayan diğer kategorideki sağlık harcamaları ise, veri yetersizliği ve veri takibinin zor olması sebebiyle herhangi bir alt gruba dahil edilemeyen, sağlık hizmetine ulaşmak için harcanan yol ve konaklama masrafı gibi harcamaları kapsamaktadır. Bu harcamaların toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2020 yılında %2,7 iken 2021 yılında %2,2'ye gerilemiştir. 2021 yılında 2020 yılına göre %14'lük artış göstererek 6.7 milyar TL'den 7.7 milyar TL'ye yükselmiştir.

### **6.3.2. Yatırım Harcamaları:**

Sağlık hizmeti vermek için kullanılacak bina yapımı, alınacak her türlü malzeme ve ekipman ve bunların bakım ve onarımı maliyetleri, yine hastalar için kullanılacak ambulans ve araç alımı gibi harcamaları kapsamaktadır. Bu tür harcamalar yatırım harcaması olarak değerlendirilir. Toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı tablo 1.2'de de görüldüğü gibi 2020 yılında %6,7 iken 2021 yılında bu oran %6,5'e gerilemiştir. 2020 yılında göre %36 artış göstererek 16.9 milyar TL'den 23.0 milyar TL'ye yükselmiştir.

**Tablo 1.2. Cari Sağlık Harcamaları ve Yatırım Harcamaları**

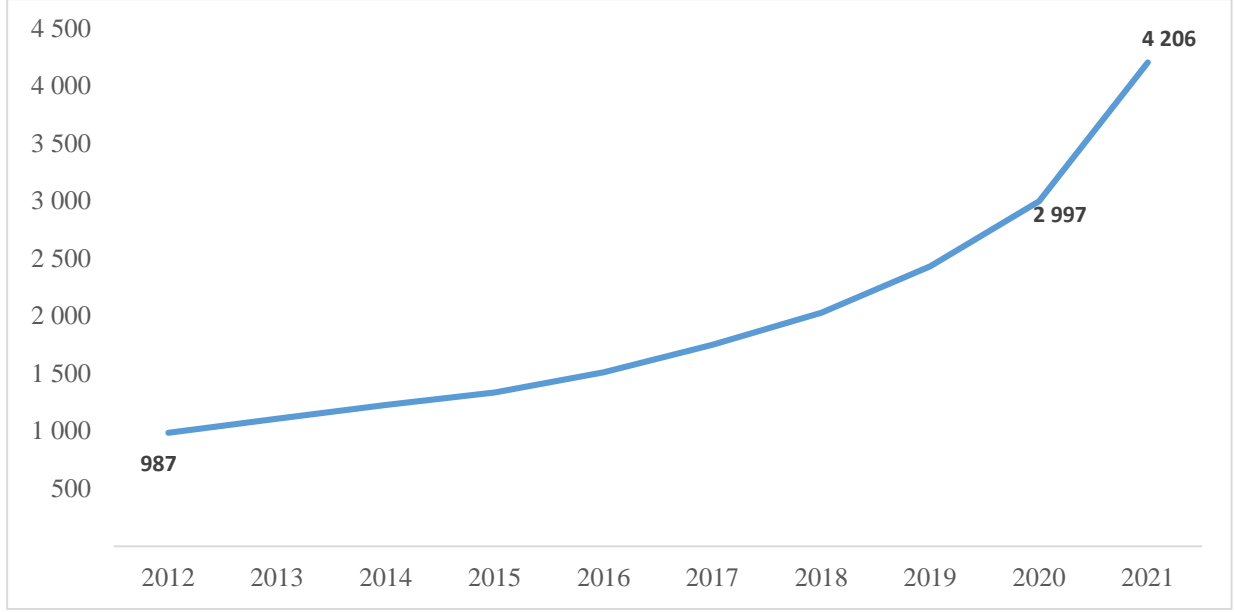
	<b>2020</b>	<b>Pay (%)</b>	<b>2021</b>	<b>Pay (%)</b>
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	249.932	100,0	353.941	100,0
<b>Cari sağlık harcaması</b>	<b>233.062</b>	<b>93,3</b>	<b>330.928</b>	<b>93,5</b>
Hastaneler	123.397	49,4	175.214	49,5
Evde hemşirelik bakımı	1	0,0	2	0,0
Ayakta bakım sunanlar	25.664	10,3	33.440	9,4
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	63.053	25,2	80.613	22,8
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	13.055	5,2	32.517	9,2
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	1.166	0,5	1.441	0,4
Sınıflandırılmayan diğer kategori	6.726	2,7	7.700	2,2
<b>Yatırım</b>	<b>16.870</b>	<b>6,7</b>	<b>23.013</b>	<b>6,5</b>

**Kaynak:** (TÜİK, 2021a)

### **6.3.3.Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler**

**Toplam Sağlık Harcaması(TSH) :** Toplam sağlık harcaması kamu ve özel sektörde yapılan sağlık harcamalarının tamamını ifade eder. 2021 yılında bir önceki yıla göre %42 artmış, 353.9 milyar TL olarak gerçekleşmiştir.

**Kişi başına sağlık harcaması:** Aşağıdaki grafikte Türkiye’de 2012-2021 yılları arasında kişi başı sağlık harcamasındaki artış göze çarpmaktadır. 2021 yılında kişi başı sağlık harcaması 4.206 TL olarak en yüksek seviyeye ulaşmıştır. 2020 yılında 2.997 TL olan kişi başı sağlık harcaması 2021 yılında %40 artarak 4.206 TL olarak gerçekleşmiştir.



**Grafik 1.2.** Kişi Başına Sağlık Harcaması

**Kaynak:** (TÜİK, 2021a)

**Toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı:** Toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı 2020 yılında %5,0 iken 2021 yılında %4,9 olarak gerçekleşmiştir.

**Cari sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı:** Cari sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı 2020 yılında %4,6 iken 2021 yılında yine %4,6 olarak gerçekleşmiştir.

**Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı:** Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 yılında %79,2 iken 2021 yılında yine %79,2 olarak gerçekleşmiştir.

**Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı:** Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 yılında %20,8 iken 2021 yılında yine %20,8 olarak gerçekleşmiştir.

**Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı:** Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 yılında %16,0 iken, 2021 yılında %15,9 olarak gerçekleşmiştir.

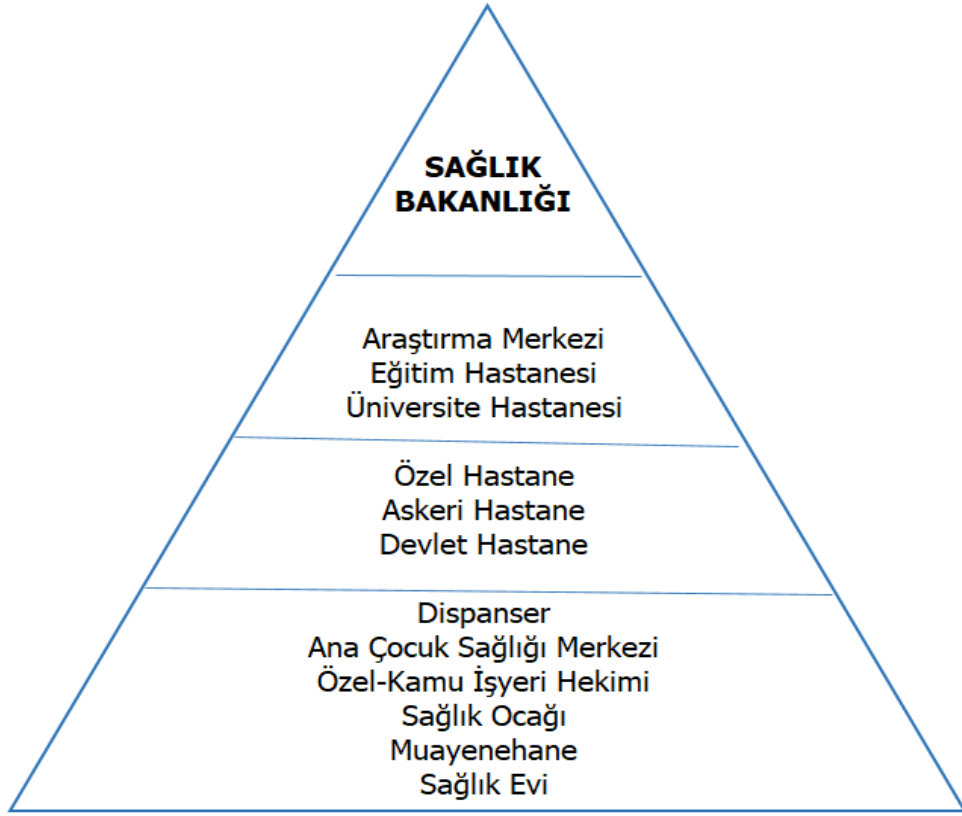
## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ

#### 1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri bireylerin ve toplumların sosyal, ruhsal ve fiziki açıdan sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri için tıp uzmanları, sağlık personelleri ve sağlık kuruluşları tarafından verilen tüm hizmetleri ifade eder. Sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulması, sağlık hizmetlerinin organizasyonuna ve sağlık hizmetini sunacak personelin bilgi, beceri, motivasyon ve gelişimine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin asıl amacı hastalığın henüz başlamadan engellenmesidir, ancak bu her zaman mümkün olmaz. Hastalanan bireylerin hastalıklarının teşhis ve tedavisi, tedavi sonrası ruhsal ve fiziksel olarak bireyin sosyal hayata adapte olması konusu da yine sağlık hizmetleri kapsamındadır. Sağlık hizmetleri ne şekilde yürütülürse yürütülsün amacı bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, sağlık seviyesini yükseltmek ve sağlığın sürdürülebilir olmasını sağlamaktır (Rout ve Nayak, 2007: 4-5).

Şekil 2.1’de de görüldüğü gibi Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu dört basamaklıdır. Birinci basamakta hastaların ilk başvuruda bulunacağı merkezler olan dispanser, anne çocuk sağlığı merkezi, işyeri hekimi, sağlık ocağı ve muayenehaneler yer almaktadır. İkinci basamakta ise yatarak tedavi hizmeti veren özel hastane, devlet hastanesi ve askeri hastane bulunmaktadır. Üçüncü basamakta ise yüksek teknolojinin kullanımını gerektiren yüksek maliyetli hizmetlerin verildiği eğitim hastanesi, araştırma merkezleri ve üniversite hastanesi yer almaktadır. En üstte ise Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı piramitte planlayıcı ve denetleyici olarak bulunur.



**Şekil 2.1.** Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

**Kaynak:** (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri Eylem Planı, 2004)

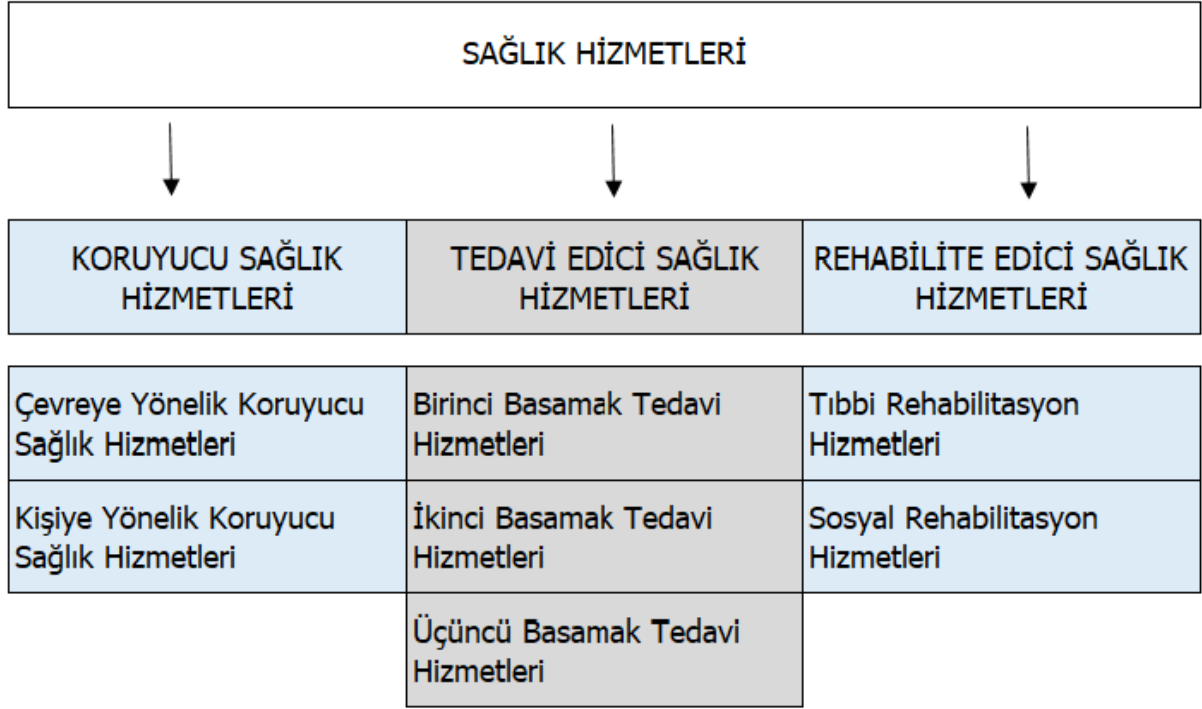
## **2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmeti, sağlık durumu üzerinde etkisi olan sağlık profesyonelleri veya yardımcı personeller tarafından sağlanan her türlü hizmeti ifade eder. Sağlık hizmetlerinin amacı sağlığı korumak, sağlıklı kişi sayısını artırmak, sağlığın ortadan kalktığı durumlarda teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini sağlamaktır. Böylece sağlığın tanımı olan kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak dengeli bir hayat sürmesi sağlanacaktır. Sağlık hizmetlerinin üretimi bu nedenle önemlidir. Sağlık hizmetleri;

- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç ana gruptan oluşur.

Bunlardan en öncelikli olanı, koruyucu sağlık hizmetleridir. Çünkü bir hastalığın teşhisi ve tedavisi o hastalığı önlemekten çok daha maliyetli olacaktır. Kişi ve kurumlar daha yüksek

maliyetlere katlanmak istemiyorsa koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapmaları gerekmektedir.



Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

### 2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Koruyucu sağlık hizmetleri henüz hastalık ortaya çıkmadan, kişinin sağlığı bozulmadan yapılan önleyici müdahaleleri kapsamaktadır. Hastalığı tedavi etmenin maliyeti, hastalığı önlemenin maliyetinden daha yüksek olduğundan, sağlık hizmetleri içerisinde en düşük maliyetli olan koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireysel fayda da sağlamaktadır ancak koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl hedefi toplum sağlığını korumak ve toplum yararını artırmaktır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki grupta ele alınabilir.

**2.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;** çevre kaynaklı sebeplerle bireyin ve toplumun sağlığının olumsuz etkilenmesinin önüne geçmek amacıyla verilen koruyucu sağlık hizmetleridir. İçme sularının ve ortak kullanım alanlarının hijyenini sağlamak, hava kirliliğini önleyici tedbirler almak çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak gösterilebilir.

**2.1.2.Kişıye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;** kişisel bakım ve temizlik, beslenme, bağışıklık kazanma, doğum kontrolü, erken tanı ve tedavi için sunulan sağlık

hizmetleridir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için verilebilecek en güzel örnek aşılama dır. Aşılama ile bireyin muhtemel hastalığı henüz hastalık başlamadan önlenmiş olur. Kişi hastalandığında fiziksel zorluğunun yan sıra sosyal ve psikolojik açıdan da sıkıntı yaşar. Kişinin hastalığının teşhis ve tedavisinin maliyeti aşılama maliyetinden daha yüksek olacaktır. Hem maliyetinin düşük olması hem de toplumsal faydasının bireysel faydasından daha büyük olması sebebiyle koruyucu sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri içinde oldukça önemli bir yere sahiptir.

## **2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:**

Kişide meydana gelen hastalık veya sakatlık durumunun ortadan kaldırılması için verilen, bireysel faydanın ön planda olduğu sağlık hizmetidir. Söz konusu hastalık bulaşıcı bir hastalık ise, bireysel faydanın yanında toplumsal fayda da sağlamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç grupta ele alınabilir.

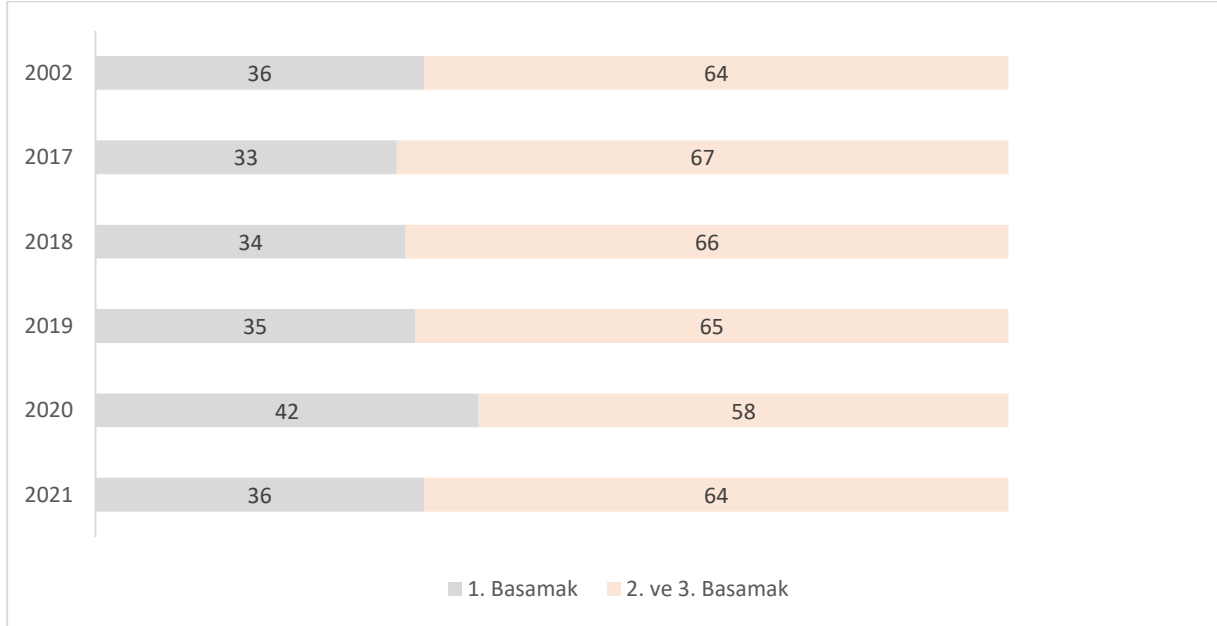
**2.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri;** yoğun tedavi gerektirmeyen, sağlık ocağı ve muayenehanede ayakta tedavi edilebilecek hastalara uygulanan sağlık hizmetleridir.

**2.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri;** hastalık ayakta tedavi edilemeyecek hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk edilir. Hastaneye yatırılarak yapılan tedavileri kapsamaktadır.

**2.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri;** uzmanlık ve yüksek sağlık teknoloji gerektiren hastalıkların tedavisini kapsamaktadır (Topcu, 2021:45-49).

Tablo 2.1’de de görüleceği gibi, 2002 yılında hastaların %36’sı birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvurmuştur. Bu oran 2021 yılında da %36 olarak gerçekleşmiştir. Hastaların %64’ü ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvurmuştur.

**Tablo 2.1.** Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı (%), Tüm Sektörler



**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

### **2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri:**

Kişiler geçirdikleri hastalık, yaralanma ya da sakatlanma sonrası bedensel ve zihinsel becerilerinin tamamını ya da bir kısmını kaybedebilirler. Bu kişilerin bir başkasına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için verilen sağlık hizmetler rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

**2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri;** Fiziksel olarak sağlık kaybı yaşandığı durumlarda verilen sağlık hizmetleridir. Örnek olarak bir kaza sonrası bireyin uzuv kaybı yaşaması sonrası verilen sağlık hizmetleri verilebilir. Bu sağlık hizmeti verilirken yüksek sağlık teknolojisine ihtiyaç duyulabilir. Verilen sağlık hizmeti sonrası kişinin kimseye ihtiyaç duymadan kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi hedeflenir.

**2.3.2.Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri;** kişinin hastalık ya da sakatlık sonrası yaşadığı sıkıntılar sonrası sosyal çalışmacılar tarafından sosyal hayata alışma ve uyumlanma sürecinde verilen hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin amacı kişiyi, sağlık sorunu yaşayan bireyi mümkün olduğunca sağlık sorunu öncesindeki haline getirmektir.

### **3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde belirsizlik söz konusudur. Kişilerin ne zaman sağlık sorunu yaşayacağı belli olmadığından sağlık talebi düzensizdir. Bu belirsizlik sağlık

arzını da aynı şekilde etkiler. Ne zaman ve ne kadar sağlık arzı gerekeceği bilinmediğinden, sağlık talebi anlık olarak arttığında sağlık arzı buna karşılık gerekli tepkiyi veremeyebilir.

Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği düşüktür. Sağlık hizmeti fiyatı arttığında ya da azaldığında sağlık hizmetlerine olan talep ya hiç değişmeyecek ya da değişim oranı çok düşük olacaktır. Nedeni ise sağlık hizmetinin hayati önem taşımasıdır. Hekimin hasta için kalp ameliyatın gerekli olduğunu söylediği bir senaryoda, hastanın sağlık hizmetinin fiyatını yüksek bulup bu ameliyat hizmetinden vazgeçmesi durumu oldukça düşüktür. Çünkü fiyat sebebi ile kalp ameliyatı olmaktan vazgeçen hastanın hayati tehlikesi söz konusudur.

Sağlık hizmetleri arzının fiyat esnekliği katıdır. Bunun sebebi ise talebin belirsizliği ile doğrudan ilişkilidir. Onkolojik ilaçların fiyatının yüksek olması sebebiyle onkolojik ilaç arzının artması firma için karlı olmayacaktır. Çünkü bu ilacın fiyatı ne olursa olsun alacak olan kesim sadece onkoloji hastaları olacaktır.

Bireyler sağlık hizmeti talebinde bulunurken, sağlık durumu ve sağlık durumunun gerektirdiği tedavi konusunda hiçbir bilgiye sahip değildir. Bu sebeple kişinin talep edeceği sağlık hizmetinin talebinde, sağlık arzı sunan hekimin rolü büyüktür.

Sağlık hizmetlerinde pozitif dışsallık söz konusudur. Kişilerin bireysel faydaları toplumsal faydaya da sebep olmaktadır. Örneğin grip aşısı yaptıran bir kişi bu hastalıktan kendini koruyarak bireysel fayda sağlamaktadır. Ancak bu kişi aşıyı yaptırmayıp, grip hastalığı geçirseydi ve bu hastalık bulaşıcı bir hastalık olduğu için çevresindeki diğer kişilere de bu hastalığı bulaştırırdı. Kişi bu aşıyı yaptırmakla bireyselle faydasının yanında toplumsal fayda da sağlamış oldu. Bu etkiye sağlık hizmetinin pozitif dışsallığı denilmektedir.

Pozitif dışsallık özelliği sebebiyle sağlık hizmetleri devletin de üretmesi gereken zorunlu mallardır. Kişilerin faydasını ölçemediği eğitim ve sağlık hizmeti gibi mallar erdemli mallardır. Kişiler bu faydayı ölçemediği ya da bu faydadan habersiz oldukları için devlet bu malların kullanımını zorunlu kılar ya da kullanımını teşvik eder. Örnek olarak zorunlu sağlık sigortası uygulaması verilebilir. Buradan yola çıkarak sağlık hizmetlerinin erdemli mallar olduğu söylenebilir.

Sağlık hizmetleri piyasasında bilgi eksikliği vardır. Bilgi sahibi olan kurumlar sektörde üstünlük elde edebilmek için bu bilgiyi kimseyle paylaşmak istemez. Bu da sistemdeki etkinliği bozar ve maliyetleri artırır. Bunun önüne geçmek için patent uygulaması geliştirilmiştir. Patent kanunu ile bilgiyi üreten kurumlar için bir koruma sağlanmıştır.

Sağlık hizmetleri talebi, finansmanı genel vergilerden sağlanan kamu hastaneleri tarafından ücretsiz olarak karşılanabileceği gibi, kamudan aldığı izinle kar amacı güderek sağlık hizmeti veren özel sektör tarafından da karşılanabilir. Bu özelliği sebebiyle sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliğindedir.

Sağlık hizmetlerinde arz edilen malın yetiştirme süresi oldukça uzundur. Bu sebeple herhangi bir sebepten sağlık hizmetlerine olan talep arttığında, sağlık hizmeti arzı bu talebi karşılayamayacaktır. Arz yeterli olmadığında bu durum karaborsaya zemin hazırlayacaktır. Yani, sağlık hizmetleri arzı ve sağlık hizmetleri talebi arasında dengesizlik söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinde işgücü yetiştirmek diğer alanlara göre oldukça uzun süren bir süreçtir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinde satıcılar azdır.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en önemli özelliklerden biri de özel uzmanlık gerektirmesidir. Bu sebeple sağlık hizmetinin arz edilebilmesi için kamu kurumlarından izin alması zorunludur. Aynı zamanda sağlık hizmeti sunucuları kamu tarafından denetimlere tabi tutulmaktadır. Bunlar sağlık piyasalarına girişi sınırlandırmaktadır. Piyasaya girişte engellerin olması mobilite özelliğinin gerçekleşmediğini göstermektedir.

Belirli bir konuda uzmanlaşan sağlık kuruluşu ölçek ekonomisi sebebiyle de rakiplerine karşı maliyet avantajı sağlar. Sağlık hizmeti arz eden kurumlar az olduğundan, bunu fırsata çevirmek için kendi aralarında anlaşır, belli alanlarda uzmanlaşır, doğal bir monopol oluşturabilirler.

Sağlık hizmeti sunan hekimin bilgi, tercih ve alışkanlıklarına bağlı olarak aynı sağlık sorunu için alınacak sağlık hizmeti ve bu sağlık hizmetinin sunumu her kurum ve her hekimde farklılık gösterebilir. Aynı hastalık için bir hekim ayakta tedavi uygularken, diğer hekim yatarak tedavi uygulayabilir. Bu yüzden sağlık hizmetleri heterojendir.

Sağlık hizmetlerinin ikame edilmeleri ve stok yapılması söz konusu değildir. Kişinin sağlık sorunu bulunup ona yönelik tedavi planı oluşturulur, ikame bir tedavi söz konusu olamaz.

Sağlık hizmeti alan kişilerin, aldıkları sağlık hizmetinin kalitesinin ölçmesi pek mümkün değildir. Çünkü beyin ameliyatı gerçekleşen bir birey, bu hizmeti karşılaştırabilmek için başka bir kurumda ve başka bir hekim tarafından aynı hizmeti almak durumundadır. Bu pek mümkün olmadığından sağlık hizmeti karşılaştırma yapılması pek mümkün olmayan bir hizmettir.

Sağlık hizmetinden elde edilen fayda somut değildir, soyuttur. Sağlık hizmetine yapılan harcamanın karşılığı daha uzun bir ömür, daha fazla sağlıktır. Bu çıktı da parasal olarak ifade edilememektedir. Bu sebeple sağlık hizmeti alan bireyler maliyet-fayda analizini yapamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde bu gibi özellikleri sebebiyle etkinlik sağlanamadığından piyasaya müdahale söz konusudur (Usta, 2018:15-199).

#### **4.Sağlık Hizmetleri Piyasası**

Sağlık kuruluşları yatırım kararı alırken ve yatırımın büyüklüğünü belirlerken olası talebi bilmelidir. Bunun için de piyasa araştırması çok önemlidir. Kurumlar hangi hizmetten ne kadar sunacağını ve hangi hasta grubuna sağlık hizmeti sunacağını bilirse riski önemli ölçüde ortadan kaldırmış olurlar. Bunlar bilinmezse üretilen sağlık hizmeti satılamayabilir, bu hem kurumun zararına yol açar hem de devlet için arz fazlasına sebep olur.

##### **4.1.Sağlık Hizmetlerinde Talep**

Kişilerin hastalık ya da sakatlık gibi herhangi bir sağlık sorununda, sağlığına kavuşmak için Şekil 2.1’de yer alan sağlık kurumlarının tamamından talep edebileceği hizmetleri ifade eder. Bu talep sadece tedaviye yönelik değildir, bilgi ve destek içinde talepte bulunulabilir. Sağlık hizmetlerinin talebinin fiyat esnekliği inelastiktir. Yani sağlık hizmetlerinin fiyatı arttığında, sağlık hizmetlerine olan talepteki düşüş sağlık hizmetlerinin fiyat artışından daha düşük olacaktır. Çünkü sağlık hizmetinin çıktısı sağlıktır. Hayati tehlikesi sebebiyle ameliyat olması gereken bir hasta sağlık hizmet fiyatındaki artış sebebiyle ameliyatından vazgeçmeyecektir. Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği ise yüksektir. Yani kişilerin geliri arttığında sağlık hizmetlerine olan talepleri de artacaktır. Ancak bu kişilerin geliri arttığında ameliyat olmak isteyecekleri anlamına gelmemektedir. Geliri artan kişiler erteledikleri ya da hayat standartlarını yükseltecekleri sağlık hizmetlerini almak isteyecekler, kontrol amaçlı sağlık hizmetlerine yöneleceklerdir. Sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen bir diğer faktör de sigortalı olma durumudur. Kişinin sağlık sigortasının olması sağlık hizmetine olan talebi artıracaktır. Çünkü kişi sağlıklı olduğu dönemde, herhangi bir sağlık harcaması olmasa da sigortaya ödeme yapmıştır. Sağlık hizmeti almak istediğinde ödeme sigortası tarafından yapılacaktır olup, kişiler sağlık hizmetinin fiyatı konusunda da daha az duyarlı olacaktır. Bu sebeple sigortası olan kişiler sağlık daha fazla sağlık hizmeti almaktadır. Diğer mal ve hizmetlere göre sağlık hizmetlerinde zevk ve tercihler talebi çok fazla etkilemese de kısmen etkilidir diyebiliriz. Belli bir dönemde modanın değişmesiyle estetik operasyona olan talep

artabilir. Ancak sağlık hizmetleri talebinde zevk tercihten daha çok eğitim, nüfus, kültür seviyesi, yaşam biçimi, yaş ve cinsiyet gibi unsurlar etkili olmaktadır. Örneğin kişilerin yaş aldıkça sağlık sorunlarının daha çok gündeme gelmesi sebebiyle sağlık hizmetlerine olan talebi artmaktadır. Nüfus sayısının artması ya da nüfusun yapısının değişi yaşlı yoğun bir nüfusa sahip olması yine talebi artıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşımın kolay olması, kişilerin kaliteli ve memnuniyetlerinin yüksek olacağı bir sağlık hizmeti alabilmeleri de yine sağlık hizmetlerine olan talebi artıracaktır. Sağlık hizmetine duyulan Őiddet, sağlık hizmetinin talep esnekliğinin belirleyici bir faktördür. Eğer kişi o an beyin kanaması geçiriyorsa bu durumda esneklik katsayısı sıfırdır. Ancak sağlık hizmeti ihtiyacı ertelenebilir düzeyde ise, bu durumda esneklik katsayısı hesaplandığında esnek sonucuna varılabilir Sağlık hizmetlerinin talebinde ikame malların etkisi söz konusu değildir. Ancak daha spesifik bir yaklaşımla irdelenecek olursa, tedavi Őeklinin ne olacağı konusunda ikame tedavi yönetiminden söz edilebilir. Örneğin yapılacak olan cerrahi müdahalenin açık ya da kapalı yöntemi tercih edildiğinde fiyatı farklılaşacağından kişiler bu iki yöntem arasında tercih yapabilirler (Güvenek,2015 s:17-28). Sağlık hizmetleri talebinde doktor sağlık hizmeti talebinin belirleyici konumundadır. Sağlık hizmeti almak için başvuran kişiler sağlık durumları hakkında yeterli bilgi ve eğitime sahip değildir. Bu yüzden kendileri için hangi teşhis ve tedavi yönteminin uygulanması gerektiğini bilemezler. Buna karar veren hekimlerdir. Hekimlerin isteyeceği tetkik sayısı, hastanın ayakta ya da yatarak tedavi olma durumu, hastanın tedavisi için gerekli yatış süresi, ilaç kullanım süresi gibi kararlar hekim tarafından verilecektir. Ayrıca diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak sağlık hizmeti talebini öngörmek mümkün değildir. nk kişinin ne zaman hastalanacağı, hastalığının tedavisine nasıl yanıt vereceği, hastalığın seyrinin ne yönde değişeceği ya da ne zaman sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı bir kaza geçireceği öncesinden bilinmemektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin talebinde belirsizlik olduğu söylenebilir (Yıldız ve Eren, 2020: 60).

Tablo 2.2’de de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerine olan talep 2002 yılına göre ciddi oranda artmıştır. 2002 yılı ile 2021 yılı karşılaştırıldığında, toplam hekime başvuru sayısı %223 oranında artış göstermiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardaki hekime başvuru sayısı %228, ikinci ve nc basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardaki hekime başvuru sayısı ise %221 oranında artış göstermiştir. Aynı Şekilde 2002 ve 2021 yıllarındaki yatan hasta sayısı karşılaştırıldığında yine sağlık hizmetlerine talebin arttığını görebiliriz. Tablo 2.3’te yatan hasta sayısı adetleri yer almaktadır. 2002 yılı toplam yatan hasta sayısı ile 2021 yılı toplam yatan hasta sayısı karşılaştırıldığında artış oranı %114’tür. Özel hastanelerdeki yatan

sayısındaki artış %586, üniversite hastanelerindeki artış %138, Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer kurum ve kuruluşlarda yatan hasta sayısındaki artış ise %47 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 2.2.** Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	228.098.527	258.436.607	278.043.149	247.273.830	239.053.780
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.391.817	1.332.580	1.256.364	769.343	788.679
ÇEKÜS Birimi	2.980.481	646.856	366.095	309.984	153.890	123.859
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	4.496.425	4.821.348	3.959.746	1.767.606	1.826.891
Özel Poliklinikler	731.132	501.993	539.593	629.221	435.764	598.356
E2-E3 Entegre İlçe Hastaneleri	-	3.356.809	3.577.348	3.903.402	2.719.502	3.133.755
<b>1. Basamak Toplamı</b>	<b>74.827.588</b>	<b>238.492.427</b>	<b>269.073.571</b>	<b>288.101.866</b>	<b>253.119.935</b>	<b>245.525.320</b>
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	18.912.829	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466
Hastaneler	124.313.659	461.519.553	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174
Üniversite	8.823.361	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992
Özel	5.697.170	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238
<b>2. ve 3. Basamak Toplamı</b>	<b>134.138.461</b>	<b>480.432.382</b>	<b>513.441.633</b>	<b>524.801.756</b>	<b>347.141.196</b>	<b>430.126.870</b>
<b>Genel Toplam</b>	<b>208.966.049</b>	<b>718.924.809</b>	<b>782.515.204</b>	<b>812.903.622</b>	<b>600.261.131</b>	<b>675.652.190</b>

**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

**Tablo 2.3.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı

	2002	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	7.606.159	7.675.972	7.742.707	5.517.337	6.110.494
Üniversite	781.990	1.982.410	1.955.983	2.072.720	1.546.362	1.859.399
Özel	556.494	4.120.734	4.019.422	3.990.922	3.556.818	3.815.599
<b>Toplam</b>	<b>5.508.263</b>	<b>13.709.303</b>	<b>13.651.377</b>	<b>13.806.349</b>	<b>10.620.517</b>	<b>11.785.492</b>

**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı . Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

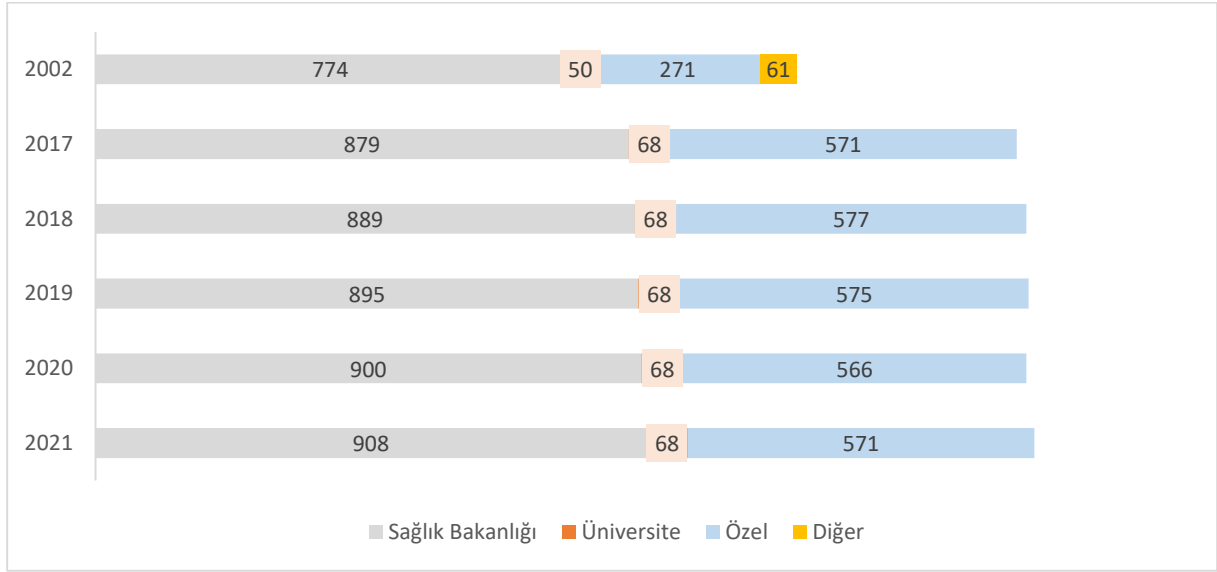
#### 4.2.Sağlık Hizmetlerinde Arz

Sağlık ocakları, muayenehaneler, hastaneler gibi tüm sağlık kurumları tarafından sunulan teşhis, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı sağlık hizmetleri arzını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri bilgi ve teknoloji yoğun hizmetler olduğundan uzman kişilere ihtiyaç vardır ve bu uzman kişileri kısa zamanda istihdam etmek oldukça zordur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin arzı sınırlıdır. Sağlık hizmetleri arzının sınırlı olmasının bir sonucu

olarak sağlık hizmetleri arzının fiyat esnekliği inelastiktir. Yani sağlık hizmetinin fiyatı arttığında, sağlık hizmeti arzı sağlık hizmeti fiyatından daha dűşük bir oranda artış gösterecektir. Sağlık hizmeti üretimi için gerekli olan üretim faktörlerinin (personel, ilaç, cihaz vb.) fiyatlarındaki artış sağlık hizmeti arzını azaltırken, üretim faktörlerinin fiyatındaki azalma sağlık hizmeti arzını artıracaktır. Finansman olanaklarındaki artış, devlet teşviki, üreticilerin geleceğe yönelik olumlu beklentileri, üretici sayısındaki artış, teknolojik gelişmeler yine sağlık hizmetleri arzında artışa sebep olmaktadır. Sağlık alanında devletin müdahalesi söz konu olup, kamu otoritesi tarafından alınan kararlar sağlık arzı üzerinde etkilidir. Kamu otorite olarak kabul edildiğinden, tedavi yönteminde belli kısıtlamalar getirdiğinde uygulanması gerekmektedir. Bu kısıtlamaların uygulanması sağlık hizmetleri arzında azalmaya yol açacaktır (Yıldız ve Eren, 2020: 55-58).

Tablo 2.2 ve Tablo 2.3'te de görülebileceği gibi sağlık hizmet talebi 2002 yılına göre büyük oranda artış göstermiştir. Sağlık hizmeti talebindeki artış göz önünde bulundurularak sağlık arzı konusunda yapılacak yatırımlar planlanmaktadır. Sağlık hizmetleri talebindeki bu artışa cevap verebilmek için yıllar içerisinde hastane sayısında ve yatak sayısında da artış meydana gelmiştir. 2002 yılında 1.156 adet olan hastane sayısı 2021 yılında 1.547'ye yükselmiş, %34 oranında artış göstermiştir. 2002 yılında 50 adet üniversite hastanesi varken, 2021 yılında 68 hastaneye yükselmiş, %36 oranında artış göstermiştir. 2002 yılında 271 adet özel hastane varken, 2021 yılında bu sayı 571'e yükselmiş, %111'lik artış gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer hastaneler ise 2002 yılında 774 adet iken 2021 yılında 908'e yükselmiş, %17'lik büyüme gerçekleşmiştir. Özel hastane sayısının toplam hastane sayısı içerisindeki payı 2002 yılında %23 iken, bu oran 2021 yılında %37'ye yükselmiştir.

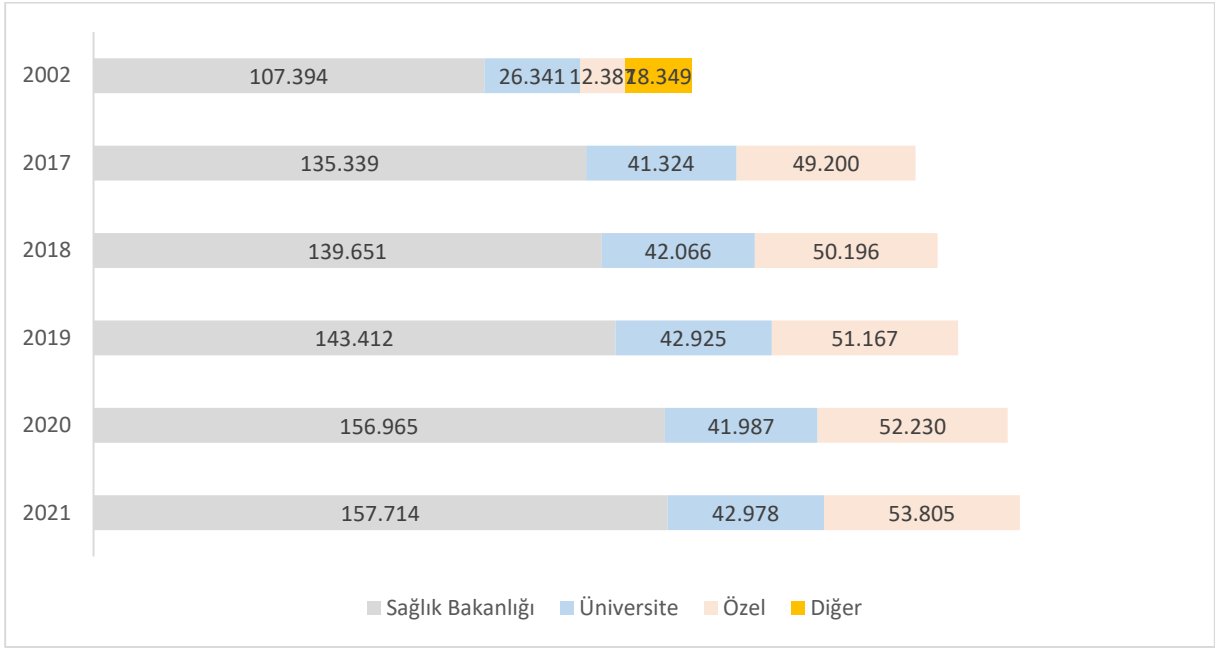
**Tablo 2.4.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı



**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

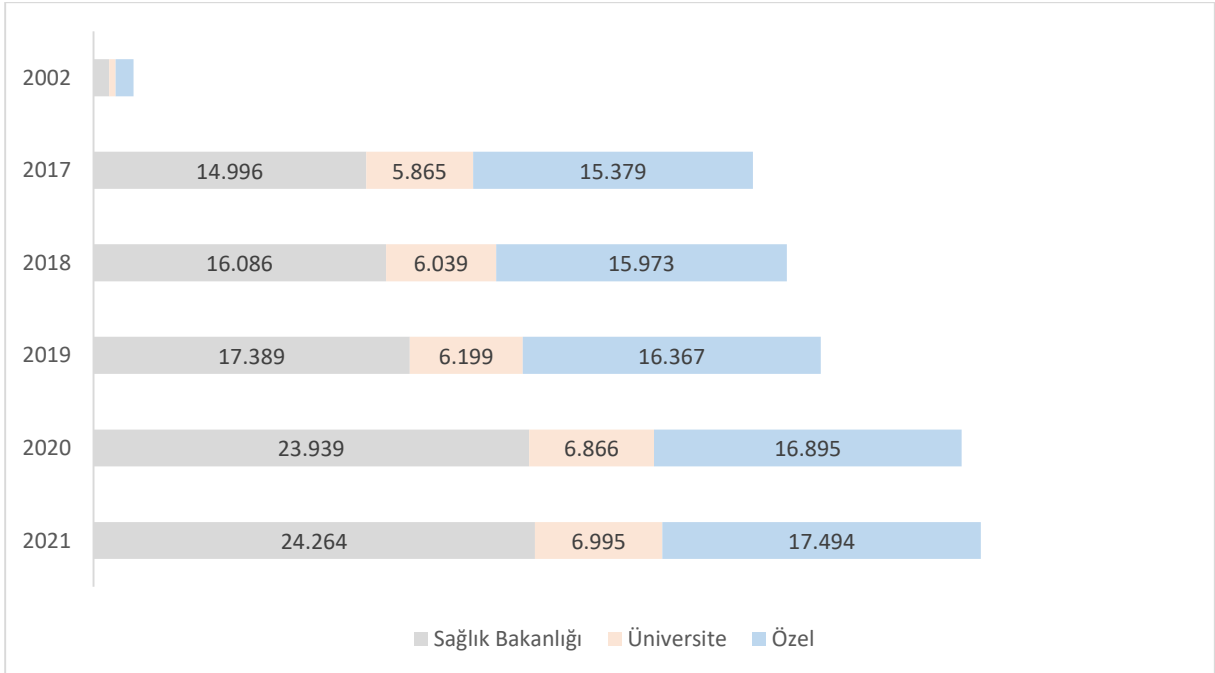
Hastane sayısındaki artış ve yatan hasta sayısındaki artış yatak sayısındaki artışı da gerekli kılmıştır (Tablo 2.5). Toplam hastane yatağı sayısı 2002 yılında 164.471 adet iken, 2021 yılında 254.497'ye yükselmiş, %55 oranında artış göstermiştir. Üniversite hastanelerine ait yatak sayısı 2002 yılında 26.341 iken, 2021 yılında 42.978'e yükselmiş, %63 oranında artmıştır. Özel hastane sayısındaki artışla bağlantılı olarak yatak sayısındaki artış en çok özel hastanelerde gerçekleşmiştir. 2002 yılında özel hastane yatak sayısı 12.387 adet iken 2021 yılında %334'lük artışla 53.805'e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer hastanelerdeki yatak sayısı ise 2002 yılında 107.394 adet iken 2021 yılında %47'lik artışla 157.714'e yükselmiştir. Yoğun bakım yatak sayısı da her yıl artan bir seyir izlemektedir (Tablo 2.6). 2002 yılında toplam yoğun bakım yatak sayısı 2.214 iken, 2021 yılında ciddi bir artış göstererek 24.264'e yükselmiştir. Özel hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayısı 2002 yılında 992 iken, 2021 yılında 17.494'e yükselmiştir. Üniversite hastaneleri yoğun bakım yatak sayısı 353 iken 2021 yılında 6.995'e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayısı ise 869'dan 24.264'e yükselmiştir.

**Tablo 2.5.** Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı



**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

**Tablo 2.6.** Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Yoğun Bakım Yatak Sayısı



**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

Yoğun bakım yatak sayısı 2021 yılında en yüksek sayıya ulaşmıştır. 48.753 adet yoğun bakım yatağının 33.323 tanesi erişkin yoğun bakım servislerinde, 13.295 tanesi yenidoğan yoğun bakım servislerinde, 2.135 tanesi ise çocuk yoğun bakım servislerinde bulunmaktadır.

**Tablo 2.7.** Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayısının Dağılımı (%), 2021

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erişkin	18.545	76,4	4.746	67,8	10.032	57,3	33.323	68,4
Çocuk	1.286	5,3	661	9,4	188	1,1	2.135	4,4
Yenidoğan	4.433	18,3	1.588	22,7	7.274	41,6	13.295	27,3
<b>Toplam</b>	<b>24.264</b>	<b>100,0</b>	<b>6.995</b>	<b>100,0</b>	<b>17.494</b>	<b>100,0</b>	<b>48.753</b>	<b>100,0</b>

**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

Tablo 2.4'te de görülebileceği gibi en yüksek hastane sayısına da 2021 yılında ulaşılmıştır. 1.547 adet hastanenin 102 tanesi dal hastanesi olup (kadın hastalıkları ve doğum hastanesi, göz hastalıkları hastanesi gibi spesifik bir alanda hizmet veren hastaneler), 1.445 tanesi genel hastane kategorisindedir.

**Tablo 2.8.** Dallara Göre Hastane Yatak sayıları,2021

Dallar	Hastane	Yatak
<b>Genel Hastane</b>	<b>1.445</b>	<b>237.596</b>
Entegre İlçe Devlet Hastanesi	292	1.524
Şehir Hastanesi	19	25.623
Belediye Hastanesi	2	333
Genel Eğitim Hastanesi	130	88.277
Diğer Genel Hastaneler	1.002	121.839
<b>Göz Hastalıkları Hastanesi</b>	<b>25</b>	<b>293</b>
<b>Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları</b>	<b>19</b>	<b>3.417</b>
<b>Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi</b>	<b>18</b>	<b>2.617</b>
<b>Psikiyatri Hastanesi</b>	<b>10</b>	<b>3.830</b>
<b>Göğüs Hastalıkları Hastanesi</b>	<b>10</b>	<b>3.076</b>
<b>Çocuk Hastalıkları Hastanesi</b>	<b>4</b>	<b>1.257</b>
<b>Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi</b>	<b>4</b>	<b>558</b>
<b>Onkoloji Hastanesi</b>	<b>3</b>	<b>842</b>
<b>Kemik Hastalıkları Hastanesi</b>	<b>3</b>	<b>436</b>
<b>Meslek Hastalıkları Hastanesi</b>	<b>2</b>	<b>254</b>
<b>Lösemili Çocuklar Hastanesi</b>	<b>1</b>	<b>200</b>
<b>Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi</b>	<b>1</b>	<b>54</b>
<b>Lepra Hastanesi</b>	<b>1</b>	<b>34</b>
<b>Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi</b>	<b>1</b>	<b>33</b>
<b>Toplam</b>	<b>1.547</b>	<b>254.497</b>

**Kaynak:** (T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Bu bölümde YÖK veri tabanında “sağlık ekonomisi” başlığı taratılarak ulaşılan tezler incelenmiştir.

#### 1. Tezlerin Genel Özellikleri

YÖK’ün tez veri tabanında “sağlık ekonomisi” başlığı taratılarak ulaşılan, 1990-2023 yıllarını kapsayan 13’ü yüksek lisans, 2’si tıpta uzmanlık ve 5’i doktora tezi olmak üzere toplam 20 adet teze ulaşılmıştır. Tezlerin, %95’i Türkçe %5’i İngilizce olarak yazılmıştır. Anabilim dalına göre ayrımı ise Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** Tezlerin Ana bilim Dalına Göre Dağılımı

Ana Bilim Dalı	Adet
İktisat Ana Bilim Dalı	9
Maliye Ana Bilim Dalı	4
İktisat Ana Bilim Dalı	2
İşletme Ana Bilim Dalı	2
Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana Bilim Dalı	1
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı	1
Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı	1
<b>Genel Toplam</b>	<b>20</b>

Tezlerin yıllara göre dağılımı ise Tablo 3.2’de gösterilmiştir. Sağlık ekonomisi alanında ilk tezin 1990 yılında yazıldığı görülmektedir. 2019 yılı itibari ile sağlık ekonomisi ile ilgili tez sayısında artış görülmektedir. Bu artış, sağlık ekonomisine olan ilginin arttığını göstermektedir.

**Tablo 3.2.** Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	1990	1997	2006	2007	2009	2011	2012	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Genel Toplam
Adet	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	20

Tablo 3.3’te tezlerin üniversitelere göre dağılımı incelenmiş, en çok İstanbul Üniversitesi’nde yapıldığı görülmüştür.

**Tablo 3.3.** Tezlerin Üniversitelere Göre Dağılımı

Üniversite	Adet
İstanbul Üniversitesi	3
Marmara Üniversitesi	2
Adnan Menderes Üniversitesi	1
Sağlık Bilimleri Üniversitesi	1
Abant İzzet Baysal Üniversitesi	1
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi	1
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	1
İstanbul Rumeli Üniversitesi	1
İstanbul Üniversitesi	1
Akdeniz Üniversitesi	1
Kafkas Üniversitesi	1
Çukurova Üniversitesi	1
Necmettin Erbakan Üniversitesi	1
Dokuz Eylül Üniversitesi	1
Trakya Üniversitesi	1
Gaziantep Üniversitesi	1
Haliç Üniversitesi	1
<b>Genel Toplam</b>	<b>20</b>

## 2. Tez İçeriklerinin İncelenmesi

YÖK tez veri tabanında “sağlık ekonomisi” başlığı taratılarak bulunan 20 adet tezin, 19 tanesinin tam metnine ulaşılmakta, 1 tanesinin tam metnine ulaşılamamaktadır. Tam metnine ulaşılan tezlerin içerikleri aşağıda incelenmiştir.

Alp (2016) “Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği” konulu üç bölümden oluşan çalışmada, Muğla, Denizli ve Aydın’da ki sağlık harcamalarının, bu üç ilin ekonomik büyümesine etkisini incelemek için eş-bütünleşme yöntemini kullanmıştır. Çalışmanın sonucunda incelediği bölgede sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif katkısı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmaya göre sağlık harcamalarında meydana gelen bir birimlik artış ekonomik büyümede 0,15’lik bir artışa sebep olmaktadır. 2006-2015 yıllarına ait verileri analiz eden çalışma 2016 yılına aittir.

Çoban (2009), “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” konulu çalışmasında, sağlık göstergeleri ve gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH) arasında güçlü bir ilişki olduğu, GSYİH’da meydana gelecek artışın sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri üzerinde pozitif bir katkı yapacağı sonucuna ulaşmıştır.

Topcu (2021), “Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği” isimli çalışmasında, Konya’da bulunan üç merkez ilçede (Karatay, Selçuklu, Meram) yaşayan ve yaş aralığı 18-65 olan 892 kişinin ankete katılımı sağlanarak, sağlık hizmetleri taleplerinin sıklığı gözlemlenmiştir. Anket soruları kişilerin sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Çalışmada cinsiyet farklılığının sağlık hizmeti talebi üzerinde etkili olmadığı, yaş, eğitim durumu ve gelir düzeyinin sağlık hizmeti talebi üzerinde etkili demografik göstergeler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Taşkın (2011), “Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi” konulu çalışmasında, sağlık göstergeleri ile ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin ve ekonomik kalkınmanın ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri karşılaştırılırken sağlık harcamaları da önemli bir kalemdir. Bu karşılaştırma yapılırken kullanılan standartlar; toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması ve bu harcamaların yıllar içerisinde değişimi ve sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranıdır. Sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı yönünden inceleme yapıldığında, Türkiye ekonomik işbirliği ve kalkınma örgütü (OECD) ülkelerinin gerisinde kalmaktadır. Sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının payı yönünden incelendiğinde, OECD ülkeleri ile paralel bir seyir izlediği görülmüştür. OECD ülkeleri Kişi başına sağlık harcamaları yönünden incelendiğinde ise en düşük kişi başı sağlık harcaması yapılan ülkenin Türkiye olduğu görülmüştür. Bunların yanı sıra gelişmiş ve kalkınmış ülkelerde sağlık göstergelerinin de iyi durumda olduğu görülmüştür. Yani kalkınma için sağlık harcamaları ve sağlık harcamaları ile iyileştirilebilecek sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Çalışma konusu aynı zamanda Edirne iline indirgenmiş olup, Edirne ilinin göstergeleri Türkiye ve OECD ülkeleri ile karşılaştırılmış, Türkiye göstergelerinin üzerinde olduğu, OECD ülkelerinin ise gerisinde olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma sonucu olarak sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkiye sebep olduğu görülmüştür.

Clermeus (2019), “Türkiye ve Haiti’de Sağlık Ekonomisi: Bir Karşılaştırma” konulu çalışmasında, Türkiye’nin 1992-2016 yıllarına ait sağlık harcama verileri, Haiti’nin ise 1995-

2016 yıllarına ait sağlık harcama verileri incelenerek Türkiye ve Haiti karşılaştırılmıştır. Kişi başı sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ve kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı karşılaştırılmış, Türkiye'nin daha iyi durumda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Usta (2018), "Türkiye'de Sağlık Ekonomisi ve Sektörel Analiz" konulu çalışmada, Türkiye ve OECD ülkelerini kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yönünden incelemiş, Türkiye'nin ilgili veriler için sahip olduğu oranların OECD ülkelerine nazaran daha aşağıda olduğunu gözlemlemiştir. Kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise Türkiye'de daha yüksektir. Sağlık sektörünün ülke ekonomisine katkısının en yüksek olduğu yıl 2002 iken, en düşük olduğu yıl 1998'dir.

Arıkan (2021), "Türkiye'de Pandemi Yönetimi Politikaları ve Sağlık Ekonomisine Etkileri: Covid-19 Örneği" konulu çalışmada covid-19 salgını tedbir yöntemleri kapsamında gelen sokağa çıkma yasağıyla birlikte arz ve talepte yaşanan gerileme ve ülkeye döviz girişindeki düşüş sebebiyle hem Türkiye'de hem de dünyada ekonominin olumsuz etkilendiği üzerinde durulmuştur. Ekonomik kriz tüm sektörleri olumsuz etkilemiştir. Ülkelerin, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası'nın krizin etkilerinin minimuma indirmek için uyguladığı tedbirlerden bahsetmektedir. Ülkeler covid-19 salgınında ekonomik krizi yönetmeye çalışırken aynı zamanda insanların yaşamlarını da korumak zorundadır. Bu sebeple bir diğer odak nokta da sağlık olmuştur. Türkiye'nin sağlık sektörü anlamında başarılı bir performans sergilediği üzerinde durulmuştur.

Günsan (2019), "Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizi" konulu çalışmasında, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı olan sağlığın kişinin fiziki, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması durumunun sürdürülebilir kalkınmayla yakından ilişkili olduğundan bahsetmektedir. Sürdürülebilir kalkınma kısaca nüfusun ihtiyaçlarının karşılanması ve nüfusun yaşam kalitesinin artırılması olarak özetlenmiştir. Sürdürülebilir kalkınmanın hedefleri arasında kişinin yeterli beslenmesi, sağlık hizmetlerini zorlanmadan alabiliyor olması, ölüm ve yaşam oranı gibi sağlık göstergeleri bulunmaktadır. Bu durum sürdürülebilir kalkınmada sağlık ekonomisinin rolünü artırmaktadır. Van ilinde yaşayan kişilere uygulanan anket çalışması sonucunda da sağlık ile sürdürülebilir kalkınma arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Karaca (2022), "Sağlık Ekonomisinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi" konulu çalışmasında, eğitim ve sağlık alanında yapılan yatırımların ülkelerin üretkenliğini arttırdığı,

üretkenliğinde gelir düzeyini artırdığını belirtmektedir. Çalışmada sağlık harcamalarının daha fazla olduğu ülkelerde ekonomik göstergelerinin de iyi düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Dürrü (2012), “OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması” konulu çalışmasında, OECD üyesi AB ülkeleri ile Türkiye’yi hastane göstergeleri, sağlık düzeyi göstergeleri ve ekonomik göstergeler baz alınarak karşılaştırmıştır. Sağlık düzeyi göstergeleri olarak bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, doğurganlık oranı, doğum sonrası yaşam beklentisi incelenmiş, OECD üyesi AB ülkelerinde oranların daha iyi olduğu görülmüş, sağlık harcamalarının daha yüksek oluşu ile ilişkilendirilmiştir. Hastane göstergeleri kapsamında kişi başına düşen hekim ve hemşire yeterliliği incelenmiş, Türkiye’de yeterli sağlık insan gücü olmadığı görülmüştür. Ekonomik göstergeler başlığı altında ise kişi başı sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları gibi ekonomik göstergeler incelenmiş olup, toplam sağlık harcamaları ve kişi başı GSYH oranlarında Türkiye’nin kendi ekonomik düzeyindeki ülkelere paralel bir seyir izlediği ancak çalışmada ele alınan OECD üyesi AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında ortalamanın altında bir seyir izlediği görülmüştür.

Loş (2016), “Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği” konulu çalışmasında, OECD’ye üye ülkeler arasında, kişi başı sağlık harcaması, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, sağlık için yapılan yatırım harcamalarının GSYİH içindeki payı, kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı, kişi başı sağlık harcaması, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ve sağlık için yapılan yatırım harcamalarının GSYİH içindeki payı en yüksek değere sahip ülke ABD iken en düşük değer sahip olan ülkenin Türkiye olduğu görülmüştür. Kişi başına düşen sağlık insan gücü sayısında ise İsviçre ve Norveç’tir. Türkiye kişi başına düşen sağlık insan gücü oranında OECD ülkelerinin altında bir orana sahiptir. Türkiye’nin kişi başına düşen sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ve kişi başına sağlık insan gücü oranı bakımından en yakın olduğu ülkenin Meksika olduğu görülmüştür. Sağlık ve ekonomi göstergelerine bakıldığından Türkiye’nin gelişmiş OECD ülkeleri ile değil, gelişmekte olan OECD ülkeleri ile daha yüksek benzerliğe sahip olduğu görülmektedir. Türkiye’nin sağlık harcamalarını ve tıbbi personel sayılarını arttırmak için politikalar geliştirmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Poyraz (1990), “Sağlık Ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi)” konulu çalışmasında, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin kalkınmada önemli olduğunu dile getirmiştir. Yine diğer yazarlara paralel olarak kişi başına düşen GSMH’nın sağlık göstergelerinde olumlu sonuçlar doğurduğunu ifade etmektedir.

Güven (2020), “Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama” konulu çalışmasında, panel veri analizi yöntemini kullanarak seçilmiş bazı ülkelerin (Türkiye, Amerika, Almanya, İngiltere, Japonya, Kanada), ilaç harcaması, brüt ulusal harcaması, hekim sayısı ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda incelenen değişkenlerin ekonomik büyümeyi %59,5’lik oranda pozitif etkilediği görülmüştür.

Işık (1997), “Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi” konulu çalışmasında, kamu sağlık harcamaları ile GSMH arasında pozitif bir etki olduğunu ortaya koymuştur.

Kolyiğit (2019), “Sağlık Ekonomisi Bağlamında Taşınabilir Sağlık Sistemi: Kars Örneği” konulu çalışmasında, Kars’ta sağlık hizmetlerinin yetersiz olması sebebiyle sağlık hizmeti almak için Erzurum’a gidişleri ve bu esnada yaşadıkları zorlukları konu almıştır. Sağlık hizmeti talebinin karşılanması için Kars iline yapılacak olan yatırımların ilin ekonomik iyileşmesine de katkı sağlayacağı sonucuna ulaşmıştır.

Özkara (2006), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama” konulu çalışmada, hastaların yatarak tedavilerinin gerçekleştirildiği ikinci basamak sağlık hizmetlerine direkt gitmemeleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci basamak sağlık hizmetlerine gitmeden önce bir filtre görevi görmesinin hastanelerdeki yüklerin azalması ve kaynakların kullanımında etkinliğin sağlanması için gerekliliğini konu almıştır. Ayrıca hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri yerine ikinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmelerinin altında yatan nedenin memnuniyet olup olmadığını anlamak için Pamukova ilindeki bir hastane ve sağlık ocağında saha analizi yaparak hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki memnuniyetsizliği sebebiyle ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumları tercih ettiği sonucuna ulaşmıştır.

Heybet (2022), “Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi” konulu çalışmada, ülkemizde sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarının yeterli olmadığı, kaynaklarda etkinliğin ve verimliliğin sağlanması için kullanımının artması gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

Yücel (2022), “ERAS Göğüs Cerrahisi Protokolünün Covid-19 Pandemisinde Uyarılmanın Hastanın İyileşme Süresine Ve Sağlık Ekonomisine Katkısı” konulu çalışmasında, cerrahi operasyon sonrası ERAS(cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması) protokolünden seçilen parametrelerin iyileşme sürecine katkısı ve ERAS’ın tedaviye olan ek

maliyeti incelenmiş, iyileşme süresini hızlandırdığı ve hasta başı maliyeti artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Öncel (1997), “Sağlık Ekonomisi Bakışıyla Türkiye’de Hepatit B İnfeksiyonu Ve Aşılama Stratejileri” konulu çalışmanın tamamına ulaşılamadığından incelenememiştir.

Ökem (2007), “Türkiye’de Sağlık Ekonomisinin Mikro ve Makro Boyutları” konulu çalışmasında, sağlık sektöründe hakkaniyetin önemine vurgu yapmaktadır. Sektördeki verimlilik artışının sağlanmasının hakkaniyetle mümkün olacağı görüşünü savunmuştur. Hakkaniyetin sağlanabilmesi, nüfusun sağlık ihtiyacının karşılanması için devlet müdahalesinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İncelenen tezler derlenerek aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 3.4. İncelenen Tezlerin Tablolaştırılması**

Yazar	Yıl	Konu	Tez Türü	Dil	Üniversite	Enstitü	Ana Bilim Dalı	Sonuç
Sami Heybet	2022	Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi	Yüksek Lisans	Türkçe	Çukurova Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Maliye Ana Bilim Dalı	Ülkemizde sağlık teknolojisi değerlendirmesi uygulamalarının yeterli olmadığı, kaynaklarda etkinliğin ve verimliliğin sağlanması için kullanımının artması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.
Ayşe Ece Yücel	2022	ERAS Göğüs Cerrahisi Protokolünü Covid-19 Pandemisinde Uyarlamının, Hastanın İyileşme Sürecine, Sağkalımına ve Sağlık Ekonomisine Katkısı	Tıpta Uzmanlık	Türkçe	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı	Cerrahi operasyon sonrası ERAS(cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması) protokolünden seçilen parametrelerin iyileşme sürecine katkısı ve ERAS’ın tedaviye olan ek maliyeti incelenmiş, iyileşme süresini hızlandırdığı ve hasta başı maliyeti artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Emine Karaca	2022	Sağlık Ekonomisinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi	Yüksek Lisans	Türkçe	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Sağlık haramalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Nurullah Arıkan	2021	Türkiye'de Pandemi Yönetimi Politikaları ve Sağlık Ekonomisine Etkileri: COVID-19 Örneği	Yüksek Lisans	Türkçe	İstanbul Rumeli Üniversitesi	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	İşletme Ana Bilim Dalı	Covid-19 salgını ile birlikte arz ve talepte yaşanan gerileme ve ülkeye döviz girişindeki düşüş sebebiyle hem Türkiye'de hem de dünyada ekonominin olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.
Merve Topcu	2021	Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği	Yüksek Lisans	Türkçe	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Cinsiyet farklılığının sağlık hizmeti talebi üzerinde etkili olmadığı, yaş, eğitim durumu ve gelir düzeyinin sağlık hizmeti talebi üzerinde etkili demografik göstergeler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Elçin Güven	2020	Sağlık Ekonomisinde Sağlık hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama	Doktora	Türkçe	Haliç Üniversitesi	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	İşletme Ana Bilim Dalı	Türkiye, Amerika, Almanya, İngiltere, Japonya, Kanada'nın ilaç harcaması, brüt ulusal harcaması, hekim sayısı ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri analiz edilmiş, incelenen değişkenlerin ekonomik büyümeyi %59,5'lik oranda pozitif etkilediği görülmüştür.
Nida Günsan	2019	Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizi	Yüksek Lisans	Türkçe	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Sağlık ile sürdürülebilir kalkınma arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ümit Kolyiğit	2019	Sağlık Ekonomisi Bağlamında 'Taşımali Sağlık Sistemi': Kars örneği	Yüksek Lisans	Türkçe	Kafkas Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Kars ili özelinde yapılan çalışmada, Kars iline sağlık alanında yapılacak olan yatırımların, ilin ekonomisini de olumlu yönde etkileyeceği sonucuna ulaşılmıştır.
Shedely Cassandra Clermeus	2019	Türkiye ve Haiti'de Sağlık Ekonomisi: Bir Karşılaştırma	Yüksek Lisans	Türkçe	İstanbul Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana Bilim Dalı	Kişi başı sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ve kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı karşılaştırılmış, Türkiye'nin Haiti'den daha iyi durumda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Hasan Usta	2018	Türkiye'de Sağlık Ekonomisi ve Sektörel Analiz	Yüksek Lisans	Türkçe	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Türkiye ve OECD ülkelerini kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yönünden incelenmiş, Türkiye'nin ilgili veriler için sahip olduğu oranların OECD ülkelerine nazaran daha aşağıda olduğunu gözlemlenmiştir.
Mustafa Alp	2016	Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği	Yüksek Lisans	Türkçe	Adnan Menderes Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	2006-2015 yıllarına ait verileri analiz eden çalışmada, sağlık harcamalarında meydana gelen bir birimlik artış ekonomik büyümede 0,15'lik bir artışa sebep olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Nilüfer Loş	2016	Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği	Doktora	Türkçe	İstanbul Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Çalışmada OECD üye ülkelerinin sağlık ve ekonomi göstergelerine bakılmış, Türkiye'nin gelişmiş ülkelere göre gelişmekte olan ülkelere daha yüksek benzerliğe sahip olduğu görülmüştür. Türkiye'nin sağlık harcamalarını ve tıbbi personel sayısını arttırıcı politikalar geliştirmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Zerrin Dürrü	2012	OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması	Yüksek Lisans	Türkçe	Gaziantep Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Toplam sağlık harcamaları ve kişi başı GSYH oranlarında Türkiye'nin kendi ekonomik düzeyindeki ülkelere paralel bir seyir izlediği ancak çalışmada ele alınan OECD üyesi AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında ortalamanın altında bir seyir izlediği görülmüştür.
Ömer Taşkın	2011	Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi	Yüksek Lisans	Türkçe	Trakya Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Sağlık hizmetlerinin ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkiye sebep olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Hilmi Çoban	2009	Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması	Doktora	Türkçe	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Maliye Ana Bilim Dalı	Sağlık göstergeleri ve gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH) arasında güçlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Zeynep Güldem Ökem	2007	Micro and Macro Aspects Of Health Economics in Turkey/Türkiye'de Sağlık Ekonomisinin Mikro ve Makro Boyutları	Doktora	İngilizce	Marmara Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Sağlık sektöründe hakkaniyetin sağlanabilmesi ve nüfusun sağlık ihtiyacının karşılanabilmesi için devlet müdahalesinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Yasemin Özkara	2006	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama	Yüksek Lisans	Türkçe	Akdeniz Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	İktisat Ana Bilim Dalı	Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki memnuniyetsizliği sebebiyle ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumları tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ayşegül Akgün Öncel	1997	Sağlık Ekonomisi Bakışıyla Türkiye'de Hepatit B İnfeksiyonu ve Aşılama Stratejileri	Tıpta Uzmanlık	Türkçe	İstanbul Üniversitesi	Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı	Çalışmanın tamamına ulaşılmadığından incelenememiştir.
Abdülkadir Işık	1997	Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi	Doktora	Türkçe	Marmara Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Maliye Ana Bilim Dalı	Kamu sağlık harcamaları ile GSMH arasında pozitif bir etki olduğunu sonucuna ulaşmıştır.
Türkan Poyraz Sakallı	1990	Sağlık Ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi)	Yüksek Lisans	Türkçe	İstanbul Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Maliye Ana Bilim Dalı	Kişi başına düşen GSMH'nın sağlık göstergelerinde olumlu sonuçlar doğurduğu sonucuna ulaşmıştır.

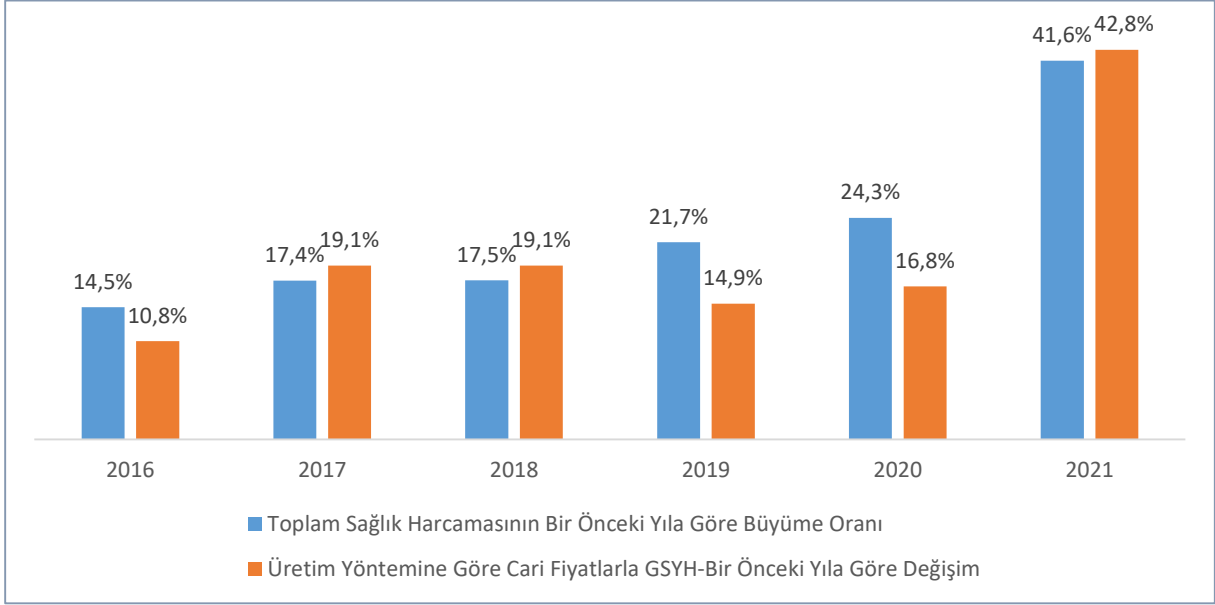
İnceleme sonrası genel görüş, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkileri olduğu yönündedir.

### 3. İncelenen Tezlerin Genel Konusunu Oluşturan Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme Verilerinin Türkiye Özelinde Analizi

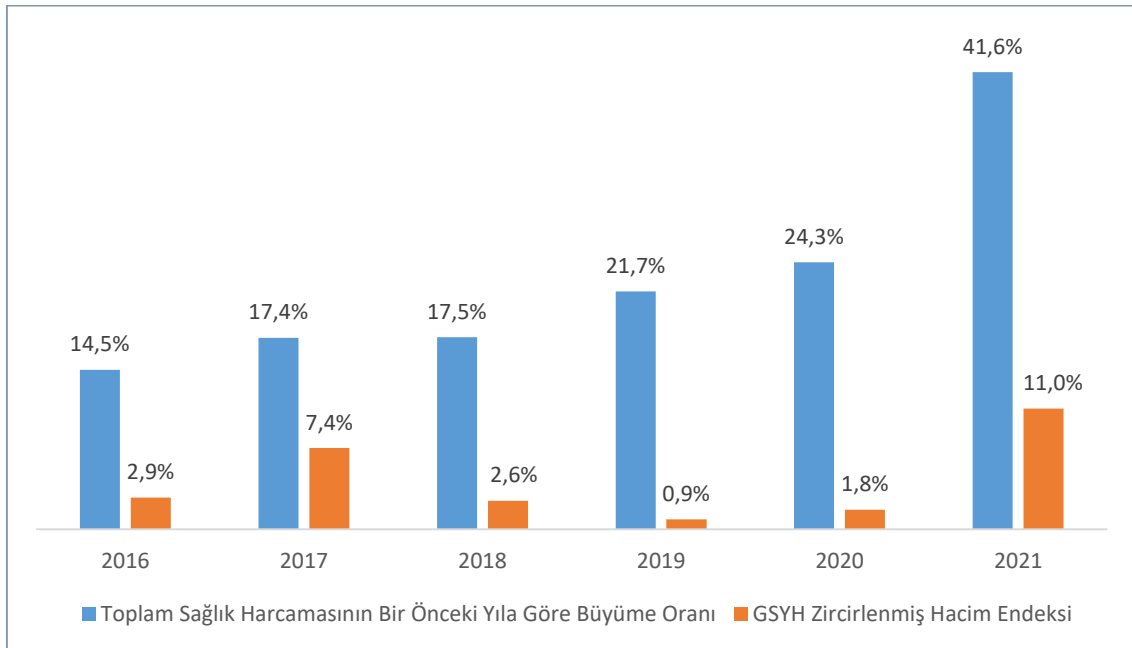
Yukarıda incelenen tezlerden ulaşılan genel sonuç sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu yönündedir. Bu bilginin teyidi için Türkiye'de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme verileri incelenmiştir.

Grafik 3.1'de 2016-2021 yıllarında üretim yöntemine göre cari fiyatlarla GSYH'da bir önceki yıla göre meydana gelen yüzdesel değişim ve yine aynı yıllarda sağlık harcamalarında meydana gelen yüzdesel değişim incelenmiştir. 2016 yılında sağlık harcamaları bir önceki yıla göre %14,5'lik artış göstermiş, aynı yıl GSYH %10,8'lik artış göstermiştir. 2017 yılında sağlık harcamaları %17,4 oranında artmış, GSYH'daki artış %19,1 ile sağlık harcamalarındaki büyümenin üzerinde gerçekleşmiştir. 2018 yılında sağlık harcamalarındaki %17,5'lik artış

karşısında GSYH artışı %19,1 olarak gerçekleşmiştir. 2019 yılında sağlık harcamaları %21,7, GSYH %14,9 oranında artmıştır. 2020 yılı incelendiğinde ise yine pozitif yönlü bir ilişki olduğu sağlık harcamalarındaki %24,3'lük büyüme karşısında GSYH'da %16,8 oranında bir büyüme olduğu görülmektedir. 2021 yılında ise hem sağlık harcamalarındaki hem de GSYH'daki büyüme en yükseğe ulaşmıştır. Sağlık harcamaları %41,6 oranında büyürken, GSYH %42,8 oranında büyümüştür.



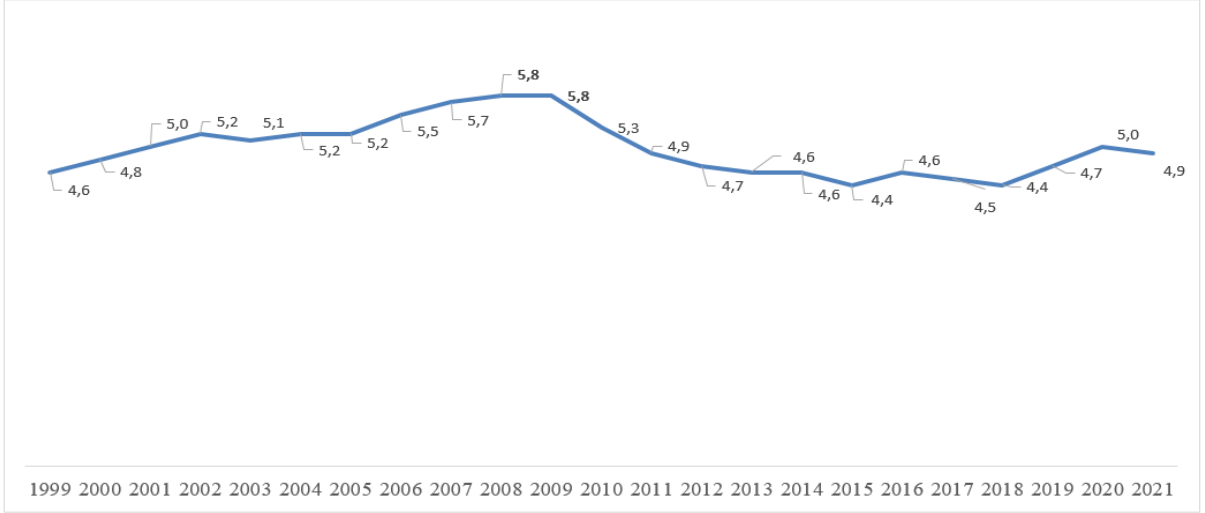
**Grafik 3.1.** Toplam Sağlık Harcamasının Bir Önceki Yıla Göre Büyüme Oranı ve Üretim Yöntemine Göre Cari Fiyatlarla GSYH'nın Bir Önceki Yıla Göre Değişimi



**Grafik 3.2.** Toplam Sağlık Harcamasının Bir Önceki Yıla Göre Büyüme Oranı ve Zincirlenmiş Hacim Endeksine Göre GSYH Değişimi

Grafik 3.2’de 2016-2021 yıllarında zincirleşmiş hacim endeksiyle GSYH’da bir önceki yıla göre meydana gelen yüzdesel değişim ve yine aynı yıllarda sağlık harcamalarında meydana gelen yüzdesel değişim incelenmiştir. Üretimdeki değişimi enflasyon etkisinden arındırılmış haliyle incelediğinden zincirleşmiş hacim endeksine göre GSYH’yı baz almak daha doğru olacaktır. Zincirleşmiş hacim endeksiyle GSYH karşılaştırıldığında yine pozitif ilişkinin korunduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış görülen yıllarda GSYH’da da artış görülmektedir. 2021 yılı yine en yüksek büyümeye ulaşılan yıl olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak büyüme oranlarına bakıldığında sağlık harcamalarında meydana gelen büyümenin her dönemde GSYH’daki büyümeden daha fazla olduğu görülmektedir. Buradan sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkısının olduğu, ancak tek başına ekonomik büyüme için yeterli olmadığı sonucuna ulaşılabılır. Sağlık seviyesinde yaşanan iyileşme beşeri sermayenin diğer diğer unsurlarında da yaşanmalıdır ki ekonomik büyüme oranında daha büyük artışlar meydana gelsin.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkileri sebebiyle ülkeler, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını artırmayı hedeflemektedir. Grafik 3.3’te de görüldüğü üzere Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının en yükseğe ulaştığı dönem, %5,8’lik oran ile, 2008 ve 2009 yıllarıdır. 2000-2010 yıllarını kapsayan 11 yıllık dönem incelendiğinde ortalamanın %5,3 olduğu görülmektedir. 2011-2021 yıllarını kapsayan ikinci 11 yıllık ortalamaya bakıldığında ise oranın %4,7’ye gerilediği görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2020 yılında %5,0 iken, 2021 yılında %4,9 olarak gerçekleşmiştir.



**Grafik 3.3.** Toplam Sağlık Harcamasının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%), 1999-2021

**Kaynak:** (TÜİK, 2021b)

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının her geçen yıl artması beklenirken, Türkiye için bunun gerçekleştiği söylenememektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık her bireyin temel hakkı ve kişilerin üretime olan katkılarının en önemli belirleyicisinden biridir. Sağlıklı bireyler sağlıklı işgücünü oluşturur, sağlıklı işgücünün üretime katkısı sağlıksız işgücüne göre daha fazla olacaktır. Üretimdeki çıktı miktarının artması ekonomik büyüme için oldukça önemlidir. Bu sebeple kalkınma amacı güden her devletin sağlık harcamalarında artış meydana gelmektedir. Türkiye özelinde bakıldığında GSYİH içindeki sağlık harcamalarının payı her geçen gün artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artış, sağlık harcamalarının daha detaylı incelenmesini gerekli kılmaktadır. Bu sebeple son yıllarda sağlık ekonomisi üzerine daha çok çalışma yapıldığı görülmektedir. Tezin birinci bölümünde sağlık ekonomisi kavramsal çerçevede ele alınmış, sağlık ekonomisinin ana konusu olan sağlık harcamaları Türkiye özelinde incelenmiştir. 2012-2021 yılları incelenmiş, 2021 yılı sağlık harcamasının 353,9 milyar TL olarak gerçekleştiği görülmüştür. Sağlık harcamaları genel devlet sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları olarak ayrıştırılmıştır. 2020-2021 yılları özelinde inceleme yapıldığında, her iki yılda da genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel devlet sağlık harcamasının en büyük payı SGK'ya ait iken, özel sektör sağlık harcamasında en büyük pay hane halklarına aittir. Sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamalarına bakıldığında ise en büyük pay hastanelere aittir. Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergelerden olan kişi başı sağlık harcaması incelendiğinde ise yıllar içerisinde artan bir seyir izlediği, 2021 yılında 4.206 TL olarak gerçekleştiği görülmüştür. Sağlık hizmetleri talebindeki artış karşısında, sağlık hizmetleri arzı da yıllar içerisinde artan bir seyir izlemiştir. İkinci bölümde sağlık hizmetleri arz ve talebinin konusunu oluşturan sağlık hizmetleri incelenmiş, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farkı ortaya konmuştur. Sağlık hizmetleri, kişi ve toplumların sağlık durumlarını iyileştirmek ya da korumak için sağlık kurum ve kuruluşlarının hangisinden verildiği fark etmeksizin verilen tüm hizmetlerini kapsamaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu dört basamaklıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık ocakları, muayenehaneler gibi ayakta tedavi hizmeti veren kurum ve kuruluşlardır. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise hastaneler gibi yatarak tedavi veren kurum kuruluşlarıdır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise üniversite hastaneleri gibi uzmanlık gerektiren, daha yüksek teknolojilere gerek duyulan kurum ve kuruluşlardır. Bu dört basamaklı sistemin en tepesinde ise denetleyici ve düzenleyici göreviyle Sağlık Bakanlığı bulunur. Sağlık hizmetleri üç ana grupta sınıflandırılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri; adından da anlaşılacağı gibi henüz ortada bir hastalık yokken verilen koruma amaçlı uygulanan sağlık hizmetleridir. En güzel örnek aşılama. Koruyucu

sağlık hizmetlerinin maliyeti tedavi maliyetine göre daha düşük olduğundan ve toplumsal faydası bireysel faydasından çok daha fazla olduğundan en çok yatırım yapılması gereken sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişinin sağlığında ortaya çıkan problemin ortadan kaldırılması için verilen hizmetleri ifade eder. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri ise hastalık ya da sakatlanma sonrası kişinin zihinsel ve bedensel iyileşme sürecinde verilen rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir. Sağlık hizmeti talebi hakkında çıkarım yapmak için incelenecek en önemli veri toplam hekime başvuru sayıdır. 2002-2021 yıllarında hekime başvuru sayısındaki artış incelenmiş olup, talebin 2002 yılına göre %223 arttığı görülmüştür. Sağlık hizmetleri arzı konusunda ise toplam hastane sayısı ve hastanelerdeki yatak sayısı fikir verebilir. 2002 yılı ile 2021 yılı karşılaştırıldığında, 2021 yılında hastane sayısının %34 oranında arttığı görülmektedir. Yine aynı yıllarda hastane yatak sayısı ise %55 oranında artmıştır. Üçüncü bölümde de, YÖK'ün tez veri tabanında "sağlık ekonomisi" başlığı taratılarak ulaşılan 13 yüksek lisans, 2 tıpta uzmanlık, 5 doktora tezi incelenmiştir. İncelenen tezlerin büyük çoğunluğunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Ekonomik büyüme hakkında enflasyon etkisinden arındırılmış olan zincirlenmiş hacim endeksine göre GSYH'daki değişim daha gerçekçi çıktı sonucunu vereceğinden, sağlık harcamalarındaki yüzdesel değişim ve zincirlenmiş hacim endeksine göre GSYH incelenmiştir. Her ikisinde de aynı yönde bir artış olmakla birlikte, sağlık harcamalarındaki yüzdesel artışın zincirlenmiş hacim endeksine göre GSYH'nın yüzdesel artışından daha fazla olduğu görülmektedir. Buradan hareketle sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyüme üzerinde tek başına etkisi yeterli değildir ancak ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkisi olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkileri sebebiyle, ülkeler GSYİH içindeki sağlık harcamalarının payını artırmayı hedeflemektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı incelendiğinde ise sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının 2009 yılından sonra azalmaya başladığı, 2020 yılında %5,0 olan oranın 2021 yılında %4,9'a gerilediği görülmektedir. Bu oranın yıllar içerisinde artan bir seyir izlemesi için alınacak aksiyonlar ekonomik büyüme üzerinde de etkili olacaktır.

Sağlık harcamaları ekonomik büyüme üzerinde etkili bir faktör olmasına rağmen, sağlık ekonomisi henüz yeni bir alan olması sebebiyle hakkında yazılan tez sayısı ve araştırmalar da kısıtlıdır. Ancak sağlık harcamalarındaki artış sebebiyle günümüzde önem kazanmıştır. Sağlık ekonomisi alanında yapılan tez sayısının son yıllarda artması da bunun bir sonucudur. Ancak sağlığa yapılan yatırımların ekonomik boyutu sadece hekim ve hastane sayısının artışı ya da

cihaz yatırımları ile sınırlandırılmamalıdır. Bunların yanında, kalite, memnuniyet, pazarlama gibi diğer birçok faktör de söz konusudur. Bu faktörler doğrudan olmasa da dolaylı olarak ekonomik boyutu ile ilgilidir. Bunlar yurtiçi hasta sayısının yanında yurtdışı hasta sayısında da artış sağlayabilecek, sağlık turizmini iyileştirecek, ekonomik büyümeye katkı sağlayacak faktörlerdir. Bu yönleri ile de değerlendirerek, sağlık ekonomisi alanında daha detaylı çalışmalara ve analizlere ihtiyaç vardır.

## KAYNAKÇA

- Alp, M.** (2016). *Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, s. 89.
- Arıkan, N.** (2021). *Türkiye’de Pandemi Yönetimi Politikaları ve Sağlık Ekonomisine Etkileri: Covid-19 Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Rumeli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, s. 63.
- Clermeus, S.C.** (2019). *Türkiye ve Haiti’de Sağlık Ekonomisi: Bir Karşılaştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s. 78.
- Çoban, H.** (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, s. 211.
- Dürrü, Z.** (2012). *OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, s. 99.
- Günsan, N.** (2019). *Sürdürülebilir Kalkınma Sağlık Ekonomisi İlişkisinin Van İlinde Analizi*. (Yüksek Lisans Tezi). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van, s. 130.
- Güven, E.** (2020). *Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama*. (Doktora Tezi). Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, s. 119.
- Güvenek, B.** (2015). *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*. Konya: Çizgi Kitapevi
- Heybet, S.** (2022). *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, s. 153.
- Işık, A.** (1997). *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s. 195.
- Karaca, E.** (2022). *Sağlık Ekonomisinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ağrı, s. 89.
- Kolyiğit, Ü.** (2019). *Sağlık Ekonomisi Bağlamında “Taşımali Sağlık Sistemi”:Kars Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kars, s. 81.
- Loş, N.** (2016). *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s. 136.
- Olayiwola, S.O.** (2023). *Health Economics*. (Course Guide). National Open University Of Nigeria Faculty Of Social Sciences, Nigeria, p. 203.

- Ökem, Z. G.** (2007). *Micro and Macro Aspects of Health Economics in Turkey*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s. 200.
- Öncel, A.A.** (1997). *Sağlık Ekonomisi Bakışıyla Türkiye'de Hepatit B İnfeksiyonu Ve Aşılama Stratejileri*. (Tıpta Uzmanlık). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, s.127.
- Özkara, Y.** (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, s. 130.
- Poyraz, T.** (1990). *Sağlık Ekonomisi (Sağlık Hizmetlerinin Kalkınmaya Etkisi)*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s. 157.
- Rebelo, L. F. G. D.P.** (2011). *The Economics Of Health And Health Care: Assessing Health Determinants And Impacts On An Aging Population*. (Doctoral Thesis). Faculdade De Economia Universidade Do Porto, Porto, p. 129.
- Rout, H.S., & Nayak, N.C.** (2007). *Health And Health Economics: A Conceptual Framework*. New Century Publications, New Delhi, s. 13-29.
- Taşkın, Ö.** (2011). *Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne, s. 174.
- Topçu, M.** (2021). *Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, s. 191.
- TÜİK.** (2016). *Dönemsel Gayrisafi Yurt İçi Hasıla* [Erişim: 11.05.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Donemsel-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-IV.-Ceyrek:-Ekim---Aralik,-2016-24566> ]
- TÜİK.** (2017). *Yıllık Gayrisafi Yurt İçi Hasıla* [Erişim: 11.05.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yillik-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-2017-27844#:~:text=%C3%9Cretim%20y%C3%B6ntemine%20g%C3%B6re%20cari%20fiyatlarla,milyar%20537%20milyon%20TL%20oldu.> ]
- TÜİK.** (2018). *Dönemsel Gayrisafi Yurt İçi Hasıla* [Erişim: 11.05.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Donemsel-Gayrisafi-Yurt-Ici-Hasila-IV.-Ceyrek:-Ekim---Aralik,-2018-30886> ]

