SAĞLIK EKONOMİSİ

"Sağlıkta Dönüşüm ve Fırsatlar"

Editörler

M. Hakan YALÇINKAYA & İlkay DİLBER

İKSAD
Publishing House

Sağlık Ekonomisi

"Sağlıkta Dönüşüm ve Fırsatlar"

Editörler

M. Hakan YALÇINKAYA & İlkay DİLBER

İKSAD
Publishing House

Copyright © 2020 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social
Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TURKEY TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2020©

ISBN: 978-625-7279-79-6
Cover Design: İbrahim KAYA
December / 2020
Ankara / Turkey
Size = 16 x 24 cm

Sağlık Ekonomisi

"Sağlıkta Dönüşüm ve Fırsatlar"

Editörler

M. Hakan YALÇINKAYA & İlkay DİLBER

YAZARLAR

Ayşe KIRMAN

Beyzanur MIYNAT TAŞDEMİR

Bilal ÖZDEN

C. Yenal KESBİÇ

Deniz ŞİMŞEK

Ece DEMİRAY EROL

Ecem BÖREKCİ

Elif Tuğçe BOZDUMAN

İlkay DİLBER

Melih ÖZÇALIK

M. Hakan YALÇINKAYA

Nihan ŞEKER

Tanay DİLBER

Tuba Esra BASKAK

Bu kitapta yer alan bölümlerdeki görüşlerin, kullanılan kaynakların, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazarlara aittir. Editörlerin ve yayınevinin yayınlanan bölümlerin içeriği ile ilgili herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

Kitabın basıma hazırlık sürecinde desteklerini esirgemeyen
Elif Tuğçe BOZDUMAN ve Deniz ŞİMŞEK'e teşekkür ederiz.

ÖNSÖZ

Küresel salgın hastalıkların ülkelerde yarattığı ekonomik, sosyal ve toplumsal etkileri sürekli tartışılan bir konudur. Günümüzde uzunca bir süredir hem dünyayı hem de ülkemizi her yönden etkileyen Covid-19 virüsü sağlık sektörünün önemini tekrar gündeme getirmiştir. Bugün dünya genelinde sağlık sistemleri sorgulanır durumdayken bu tür salgın hastalıklar, sadece sağlık sistemi üzerinde yarattığı etki ile değerlendirilmemelidir.

Bir ülkenin ekonomik yapısı içerisinde etkin bir rol oynayan sağlık sektörü, kendi gelişim süreci dışında, turizm, istihdam, büyüme, toplumsal ve sosyal yapı üzerinde de etkili olmakta ve bu etkilerin yansımaları da araştırılmaya değer hale gelmektedir. Bu amaç doğrultusunda kitabın hazırlanmasında katkısı olan Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Bölümü Tübitak 100-2000 Sağlık Ekonomisi Doktora Programı alanında öğrenim gören öğrencilerimize ve bu kitapta emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

M. Hakan YALÇINKAYA & İlkay DİLBER
Editörler

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ
M. Hakan YALÇINKAYA & İlkay DİLBER……..i

BÖLÜM 1: ENDÜSTRİ 4.0' IN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ
Ayşe KIRMAN, İlkay DİLBER 1
1. GİRİŞ 3
2. ENDÜSTRİ 4.0' IN TARİHSEL GELİŞİMİ 4
3. SAĞLIKTA TEKNOLOJİK DÖNÜŞÜM 8
4. SAĞLIKTA KULLANILAN DİJİTAL UYGULAMALAR 10
4.1. E- Sağlık Uygulaması 10
4.2. Dijital Hastane 11
4.3. Dijital Kod 12
4.4. Yapay Zeka 12
4.5. 3D Baskı.....13
4.6. Giyilebilir Teknoloji 13
4.7. Nesnelerin Tıbbi İnterneti (MIoT) 14
4.8. Büyük Veri.....15
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....16

BÖLÜM 2: SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ
Beyzanur MIYNAT TAŞDEMİR, İlkay DİLBER 23
1.GİRİŞ 25
2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI 26
3. VERİ SETİ VE UYGULAMA 30
4. SONUÇ.....36

BÖLÜM 3: TÜRKİYE'DE İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN GELİŞİMİ
Bilal ÖZDEN, M. Hakan YALÇINKAYA 41
1.GİRİŞ.....43
2. İLAÇ ENDÜSTRİSİNE GENEL BAKIŞ 43
3. TÜRKİYE'DE İLAÇ ENDÜSTRİSİ 47
3.1. Araştırma-Geliştirme (Ar-Ge).....48
3.2. Üretim 50
3.3. Tüketim 53
3.4. Dış Ticaret.....56
4. SONUÇ.....57

BÖLÜM 4: SAĞLIK STATÜSÜNÜN SOSYO-EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ
Deniz ŞİMŞEK, C. Yenal KESBİÇ 61
1.GİRİŞ.....63
2. SAĞLIK VE SAĞLIK STATÜSÜ.....63
2.1 Sağlık Kavramı 63
2.2 Sağlık Statüsü.....64
2.3 Sağlık Statüsü Göstergeleri.....65
3. SAĞLIK STATÜSÜNÜN SOSYO-EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ.....71
3.1. Sağlık Statüsünün Sosyal Belirleyicileri.....72
3.2. Sağlık Statüsünün Ekonomik Belirleyicileri.....77
4. SONUÇ.....85

BÖLÜM 5: TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI VE ETKİLERİ
Ecem BÖREKCİ, Ece DEMİRAY EROL 95
1. GİRİŞ 97
2. SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMI 97
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI.....98
3.1. 1920-1938 Yılları Arasında Sağlık Politikaları 98
3.2. 1938-1960 Yılları Arasında Sağlık Politikaları 100
3.3. 1960-1980 Yılları Arasında Sağlık Politikaları 103
3.4. 1980- 2003 Yılları Arasında Sağlık Politikaları 105
3.5. 2003 Yılından Günümüze Sağlık Politikaları 106
4. SONUÇ.....113

BÖLÜM 6: SALGIN HASTALIKLARIN EKONOMİ ÜZERİNE ETKİLERİ
Elif Tuğçe BOZDUMAN, Melih ÖZÇALIK 119
1. GİRİŞ 121
2. SALGIN HASTALIK KAVRAMI 122
2.1. Bazı Salgın Hastalık Türleri.....124
3. LİTERATÜR TARAMASI 139
4. SALGIN HASTALIKLARIN SEKTÖREL ETKİLERİ.....141
4.1. Finansal Sektörlere Etkisi 141
4.2. Sanayi Sektörüne Etkisi 144
4.3. Hizmetler Sektörüne Etkisi 148
4.4. Dış Ticarete Etkisi.....150
5. SONUÇ.....153

BÖLÜM 7: SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN TEORİK OLARAK İNCELENMESİ

Nihan ŞEKER, M. Hakan YALÇINKAYA 161

1.GİRİŞ.....163

2. SAĞLIK EKONOMİSİ 163

3.SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR.....166

4. SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR.....176

5. SONUÇ.....178

BÖLÜM 8: TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Tanay DİLBER, M. Hakan YALÇINKAYA 183

1.GİRİŞ.....185

2. SAĞLIK TURİZMİNİN ÇEŞİTLERİ.....186

2.1 Termal Turizm 186

2.2 İleri Yaş ve Engelli Turizmi.....187

2.3 Medikal Turizm 189

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ.....190

4. SONUÇ.....199

BÖLÜM 9: TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARININ GELİŞİMİ VE İNCELEMESİ

Tuba Esra BASKAK, Melih ÖZÇALIK 205

1.GİRİŞ 207

2. SAĞLIK SİSTEMİNDE REFORM 209

2.1 Sağlık Reformlarının Nedenleri 210

2.2 Sağlık Reformlarının Amaçları 212

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI 213

3.1 1920-2002 Yılları Arasında Uygulanan Sağlık Reformları .213

3.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011) 219

4. SONUÇ 222

BÖLÜM 1

ENDÜSTRİ 4.0' IN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Ayşe KIRMAN[1] *İlkay DİLBER*[2]

[1] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: akcay-1387@hotmail.com
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: ilkay.dilber@cbu.edu.tr

1. GİRİŞ

Endüstri 4.0 kavramı sanayide yenilikçi yaklaşımları meydana getirmiş ve daha sonra uygulanabilirliği görülünce diğer sektörlerde de uygulanmaya başlanılmıştır. Sağlık sektörüde bu sektörlerin başında gelmektedir. Bilindiği üzere her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli miktarda veri girişi söz konusudur. Yaşanan teknolojik gelişmeler ve otomasyon sistemleri sayesinde hem veri girişi ve saklanması daha sağlıklı bir platforma kavuşmuş hemde sağlık hizmeti sırasında yararlanılabilecek cihazlar kullanılmaya başlanmıştır. Endüstri 4.0 kavramının sağlıktaki karşılığı Sağlık 4.0 olarak kullanılmaktadır. Sağlık 4.0 ile birlikte sağlıktaki çözüm yaklaşımlarının bireysel bir hal aldığı görülmüş ve sanal ortama taşınması ile birlikte tedavinin her noktasında kullanılabilir duruma gelmiştir (Büyükgöze, 2019).

Teknolojik gelişmelerle birlikte tıp ve sağlık alanında da gelişmeler yaşanmış, teknoloji sağlık sektöründe de aktif bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Her geçen gün teknolojik açıdan performans sürekli arttığı için bunun sağlığa yansımasıda ivmeli bir şekilde gerçekleşmektedir. Fakat bu gelişim hızı daha doğrusu bu teknolojiye adaptasyon süreci insanlarda hız anlamında aynı karşılığı bulamamıştır. Uyum sürecinde yaşanan bu sıkıntılar insan ile bilgisayar arasındaki etkileşimi daha önemli bir hale getirmiştir (Akbolat ve Işık, 2010).

Sağlık hizmetlerinde uzun yıllar boyunca doğal ve basit teknikler kullanılmış ve teknolojideki gelişmelerle ile birlikte önceleri basit teknolojiler kullanılmaya başlamış, sonrasında teknolojideki daha da

artan gelişmelerle kullanılan teknikler ve teknolojiler hızlı ve sürekli değişim göstermiş, karmaşıklaşmış ve çeşitlenmiştir (Aslan ve Güzel, 2019).

2. ENDÜSTRİ 4.0' IN TARİHSEL GELİŞİMİ

Endüstri 4.0' ı daha iyi anlamak için sanayide ortaya çıkan devrim ve gelişimleri kronolojik olarak incelemiz gerekmektedir. Sanayideki bu değişim ve gelişimler dört dönem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sanayi 1.0 olarak adlandırılan ilk sanayi devrimi, Thomas Newcomen'in 1712 senesinde icat ettiği buhar makinesiyle başlamış daha sonra gelişmelerle birlikte buhar makinesi dokuma tezgaharına adapte edilip 1760' lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Buhar makinelerinin geliştirilmesi ve demir yollarının yapılması üretime büyük katkı sağlamıştır (Özkan, Al ve Yavuz, 2018). Newcomen' in bulduğu buhar makinesini James Watt 1764-1782 senelerinde geliştirerek ticari anlamda kullanılabilir hal almasını sağlamıştır. Diğer adıyla buhar çağı olarak da bilinen makineli üretimin önem kazandığı birinci sanayi devrimi başlamıştır. İlk olarak İngiltere' de başlayan bu sanayi devrimi önce Avrupa' da ardından da tüm dünyada etkisini göstermiştir (Bulut ve Akçacı, 2017; Dengiz, 2017; Kırman, 2020).

Sanayi 2.0, 19. yy ortalarından başlayıp 20. yy ortalarına kadar devam eden bu sürece teknoloji devrimi de denilmektedir (Jänicke ve Jacob, 2009). Demir yollarının gelişimiyle birlikte daha uzak pazarlara ulaşım imkanı sağlanmış ve böylelikle hammadde ihtiyacı da daha rahat karşılanabilir duruma gelmiştir (PAMUK ve SOYSAL, 2018).

Endüstride kullanılan malzemelere bakacak olursak bu dönemde kimyasal hammaddeler kullanılmaya başlanılmış demirin yerini ise çelik almaya başlamıştır. Bunun yanı sıra bu sanayi devriminde elektrik ve petrol artık buhar ve kömürün yerini almaya başlamasıyla birlikte üretimde hızlanma olmuştur(Alizon, Shooter ve Simpson, 2009).

Sanayi 3.0, 20.yy ortalarında başlayarak otomasyon ve mikroelektronik teknolojisini üretime dahil etmiştir. Üretimdeki bu gelişmeler Bilgi İletişim Teknolojileri (BİT) ile yakından ilişkilidir. Bu sanayi devriminde BİT' leri üretimdeki her büyük değişimin içinde yer almaktaydı. Örneğin, bilgisayar sayısal kontrolünün (CNC) ve endüstriyel robotların yaygın olarak benimsenmesi esnek üretim sistemlerini (FMS'ler) mümkün kılmıştır; bilgisayar destekli tasarım (CAD), bilgisayar destekli üretim (CAM) ve bilgisayar destekli işleme planlama (CAPP) teknolojileri, bilgisayarla tümleşik üretimi (CIM) de mümkün kılmıştır (Feng, Li ve Cen, 2001; Xu, Xu ve Li, 2018). "Dijital Çağ" olarakta ifade edilen bu dönemde imalatta mekanik ve elektronik teknolojiye sahip makineler yerine dijital teknolojiye sahip makineler kullanılmaya başlanmıştır. Bu sanayi devriminde, bilgisayar, atom enerjisi, fiber optik ve çip gibi mikroelektronik teknolojili gelişmeler halen yaşanmaktadır (Kagermann ve diğerleri, 2013).

Yaşanan bu üç sanayi devriminde de bir verimlilik artışı yaşanmış olsada firmalar arasındaki rekabetin artabilmesi için yeterli olmamıştır. Bu olay da firmaları yeni arayışlara yönlendirmiş ve yapılan araştırmalar sonucu gerekli olanın disiplinler arası çalışma olduğu anlaşılmıştır. Böylelikle internet vasıtasıyla üretimde kullanılan tüm

makine ve tesisatların iletişim kurabileceği Endüstri 4.0 kavramı ortaya çıkmıştır (Lu, 2017; Yıldız, 2018).

Endüstri 4.0 ilk olarak Almanya' da Hannover Fuarında tanıtılmıştır. Dördüncü sanayi devrimi olarak ifade edilen bu dönem, imalat endüstrisindeki otomasyon teknolojilerinin trendini temsil eder ve Siber Fiziksel Sistemler, Nesnelerin İnterneti ve Bulut Bilişim gibi internet kavramlarından faydalanmaktadır (Kagermann ve diğerleri, 2013; Xu ve diğerleri, 2018). GTAI'ye (2014) göre Endüstri 4.0, gömülü sistemlerden siber-fiziksel sistemlere teknolojik evrimi temsil etmektedir. Endüstri 4.0'da, gömülü sistemler, anlamsal makine-makine iletişimi, IoT (Nesnelerin İnterneti) ve CPS (Siber Fiziksel Sistem) teknolojileri sanal alanı fiziksel dünyayla bütünleştiriyor; ayrıca, siber-fiziksel ortamda üretimin karmaşıklığıyla başa çıkmak için akıllı fabrikalar gibi yeni nesil endüstriyel sistemler ortaya çıkmaktadır (GTAI, 2014).

Endüstri 4.0'ın amacı, daha yüksek bir düzeyde operasyonel etkinlik ve üretkenlik sağlayıp aynı zamanda daha yüksek bir otomasyon seviyesi elde etmektir. Dördüncü sanayi devriminin en belirgin özelliği üretimin sayısallaştırılması, optimizasyonu ve kişiselleştirilmesi; otomasyon ve adaptasyon; insan-makine etkileşimi (HMI); katma değerli hizmetlerin yanı sıra otomatik veri alışverişi ve iletişimidir. Bu özellikler sadece internet teknolojileri ve gelişmiş logaritmalarla güçlü bir şekilde ilişkili değil, aynı zamanda Endüstri 4.0'ın değer katma ve bilgi yönetimi için endüstriyel bir süreç olduğunu da göstermektedir (Ślusarczyk, 2018).

Endüstri 4.0 pek çok üretim faaliyetlerinin dijital dönüşümünü kapsamaktadır. Bu sanayi devrimin de maliyet minimizasyonu, arızaların azaltılması ve kısa sürede önlenebilmesi, sistemin performansını anında izleyebilen, birlikte hareket edebilen yeni nesil üretim sistemlerini meydana getirmek için imalat faaliyetlerini yukarı seviyelere çıkarmaktadır (Giannetti ve Ransing, 2016; GOS-Foresight, 2013).

Bu sanayi devriminde bahsettiğimiz faydaları sağlamak için çeşitli teknolojiler bulunmktadır. Bunlar; siber fiziksel sistemler, nesnelerin interneti, akıllı fabrikalar, eklemeli imalat, bulut bilişim, yatay ve dikey entegrasyon, arttırılmış gerçeklik, siber güvenlik gibi çeşitli teknolojiler bulunmaktadır. Bu teknolojilerden özellikle eklemeli imalatın birçok endüstriye faydası bulunmaktadır. Bunların başında uzay, otomativ ve tıbbi sektör gelmektedir.

Medikal endüstrisi eklemeli üretimi uygulamak için devrim niteliğinde yollar bulmuştur. İşitme cihazları, protez ve özel implantlar üretmek, eklemeli imalatın medikal endüstrisini dönüştürmesinin ilk yollarından birisidir (Berman, 2012). Sağlık, dönüşüm potansiyeli en yüksek sektörler arasında bulunmaktadır. Tıbbi endüstride eklemeli imalat kullanımının büyümeye doğru bir eğilim göstermesi beklenmektedir. Eklemeli imalat protez üretiminde, insan organları uygulamalarında teknolojinin giderek daha standart bir uygulaması haline gelmektedir. Bu pazar hala emekleme aşamasındadır, ancak tıbbi endüstride eklemeli imalatı başarıyla kullanma beklentileri oldukça yüksektir. Lux Research araştırmasına göre 2012 yılında eklemeli

imalat pazarının tıbbi segmenti sadece 11 milyon dolarken teknolojinin maliyeti düştükçe 2025 yılında bu pazarın 1.9 milyar dolara ulaşması beklenmektedir (Attaran, 2017).

3. SAĞLIKTA TEKNOLOJİK DÖNÜŞÜM

Bütün alanlarda ortaya çıkan değişmelerden sağlık 4.0 da etkilenmiştir. Bu etkilenmenin sonucunda tanı ve tedavide, ilaç uygulamalarında, hekim-hasta iletişiminde ve rollerinde, görüntüleme hizmetinde, fiyatlandırma ve sağlık sektörünün diğer bütün kısımlarında da çeşitli inovasyonlar gerçekleşmiştir.

Hızla gelişen bilişim teknolojisi uygulamalarının hayata geçmesiyle sağlık hizmetleri alanında gerek memnuniyet-verimlilik gerekse karar verme ve maliyet parametrelerinde olumlu yansımalar olmaktadır (Kuo, Liu ve Ma, 2013; Lorcu ve Erduran, 2015; Sheikh, Sood ve Bates, 2015).

Sağlık 4.0 ile birlikte sağlık sektöründe ortaya çıkan değişmeleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Kaya ve Filiz, 2019);

- Yeni kullanılan teknolojiler sayesinde hastalığın erken teşhisi ve tedavisi sağlanarak insan yaşam kalitesinin arttırılarak süresinin uzaması,
- Verilerin daha kolay tutulması ile hastalarla daha fazla zaman geçirebilme,
- Görüntüleme işleminin akıllı kapsüller sayesinde kolay ve acısız şekilde yapılabilmesi,

- Eklemeli imalat sayesinde cerrahi malzemelerin kişilere özel üretilebilmesi,
- Sağlık verilerinin akıllı ve giyilebilen aygıtlarla toplanabilmesi ve kişilerin de kendi verilerine kolaylıkla ulaşabilmesi
- Cerrahi uygulamaların cerrahi sistemlerdeki robotlarla uzaktan yapılabilmesi,
- Teknoloji ile birlikte kişiye özgü tedavilerin gelişen akıllı ilaçlarla sağlanması
- Uzun yıllardır sağlık sektöründeki piyasa yapısının tekrar biçimlenmesi gibi değişimler şeklinde sıralayabiliriz.

Dünya nüfusu artıkça daha kaliteli ve iyi bir yaşam için etkili tedaviler konusunda sağlık hizmetleri üzerinde önemli baskılar oluşmuştur. Bu nedenle bilgi ve teknolojilerden daha iyi çözümler isteyen sağlık hizmeti konusu, dünya genelinde en önemli ekonomik ve sosyal zorluklardan biri olmaktadır. Bilgi İletişim Teknolojileri (BİT) 1990' lı yıllardan beri sağlık hizmetleri ile alakalı her sürecin erişimini, kalitesini ve verimliliğini pozitif yönde etkilemiştir (Aceto, Persico ve Pescapé, 2020)

BİT yeniliklerinin potansiyel etkisi aşağıdaki gibidir (Lorcu ve Erduran, 2015)

- Geliştirilmiş bakım; daha doğru, kanıta dayalı tanı ve yapılan tedaviden daha iyi sağlık sonuçları.
- Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında daha hızlı yanıt.

- Daha yüksek maliyet verimliliği (daha hızlı iyileşme, daha düşük hastanede yatış oranları, daha az tıbbi hata).
- Girdilerin yönetiminde ekonomik verimlilik; insan kaynakları, ekipman ilaçları vb.
- Ekonomik faydaları, daha az sağlık bakım gerektiren daha sağlıklı popülasyonların varlığı ile ilişkilidir.

Sağlık 4.0 kavramında bireysel sağlık çözümleri, sanallaştırılarak teknolojik yeniliklerle sunulmaktadır. Bunların en başında da giyilebilir teknolojilerden saatler, ayakkabılar, bileklikler gelmektedir. Bu ürünler kişilerin nabızlarını ölçebilmekte, kaç kalori yaktığını hesaplayıp beslenme konusunda da yarar sağlayıp hatta ve hatta kişinin geçmişine yönelik takip yapıp karşılaştırma yapabilmektedirler. Bu giyilebilen teknolojik cihazlar nesnelerin internetiyle bilgisayarlarla bağlantı kurup verileri iletebilmektedir. Bu şekilde o kişilere ait pek çok sağlık bilgisine de kolaylıkla ulaşılabilmektedir. Ardında yapay zeka teknolojisi ile bireylerin yaşam şekillerinin iyileşmesi için değerlendirilmektedir (Büyükgöze, 2019).

4. SAĞLIKTA KULLANILAN DİJİTAL UYGULAMALAR

4.1. E- Sağlık Uygulaması

Sağlık sektöründeki bilgi iletişim teknolojilerinin bir parçası olan teletıp ve telesağlık uygulamaları da önemli dijital trendlerdendir. E-sağlık uygulamasıda teknolojinin de aktif olarak kullanılmasıyla birlikte ülke ekonomisi ve bireylerin refah seviyeleri açısından önemli bir durum oluşturduğu bilinmektedir (Toygar, 2018). E-sağlık kavramı;

sağlık hizmetlerinde bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılmasıyla hastalığın önlenmesi ayrıca sağlık sektörünün geliştirilmesi şeklinde ifade edilmektedir (Thomas, 2004). Teletıp, kişilerin bilgilerini ve sağlık durumlarını bilgi iletişim teknolojisi sayesinde bir yerden başka bir yere sunmak olarak tanımlanabilmektedir. Tele sağlık ise, bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılarak hasta ve yaralıların teşhisi ve tedavisi, değerlendirme ve araştırmasının yanısıra sağlık çalışanlarının da eğitimi için kullanılmaktadır (Toygar, 2018). E- sağlık uygulamasına verilecek en önemli örneklerden birisi e-sağlık uygulamasının en iyi olduğu Hollanda' da ruhsal yönden hastalığa sahip insanların yaklaşık %50' si "tele-tıp" yöntemiyle hastaneye gitmeye gerek kalmadan teşhis ve hatta tedavi edilmekte, bu şekilde de hastaların hastanede yatış sürelerinin kısalmasıyla sağlık maliyetleride önemli ölçüde azalmaktadır (Kılıç, 2017).

4.2. Dijital Hastane

Dijital hastane kavramı; tamamiyle otomasyona dayalı, dosyalar, kağıtlar, filmler gibi materyallere ihyacın olmağı daha doğrusu bütün bu sayılan verilerin dijital ortamda saklandığı ve kontrol edildiği sistemi açıklamaktadır (Aslan ve Güzel, 2019).

Teknolojik gelişmeler doğrultusunda kurulan bu sistemler sayesinde verimlilik artmaktadır ve buna bağlı olarak maliyete, hasta memnuniyetine vb faktörlere pozitif yansıması olmaktadır. Ayrıca teknolojik gelişmeler, insana bağlı hataların minimuma inmesinde de etkili olmaktadır (Ak, 2010).

4.3. Dijital Kod

Endüstri 4.0 devrimindeki teknolojik gelişmeler ilaç firmalarını da etkilemektedir. İlaçların dijital kodlarla işlenmesi sayesinde ilaç üretimden dağıtıma çıktıktan sonra bile sağlıklı bir şekilde takip edilebilir olmaktadır. Böylece orijinal ilaçlar takip edilebildiği için sahte ilaçlar kolayca tespit edilebilmektedir. Bu yönde atılan adımlar doğrultusunda 2019 yılından itibaren Avrupa Birliği'nde sadece ambalajında dijital kodlu seri numarası olan ve deforme olmamış ilaçlar satılabilmektedir (Kesayak, 2020).

4.4. Yapay Zeka

Sağlık alanında atılan doğru politika kararları sayesinde yapay zekanın sağlıkta kullanılması geleceğin sağlık dünyasına yön verecektir. Hastanenin iç dış her alanında robotik uygulamalardan yararlanılabilir. Robotlar ilaç dağıtımında cerrahi uygulamalarda ve bunun gibi benzeri operasyonlarda yer alabilir (Tezcan, 2018).

Dünyada her yıl ortalama 17.9 milyon insan hayatını kardiyovasküler hastalıklardan kaybettiği bilgisi doğrultusunda yapay zeka ile tanı yöntemi büyük avantaja sebep olmaktadır. Örneğin kroner arter hastalığının belirtilerinin ekodiyagramlar üzerinden yapay zeka teknolijisi olmadan çıplak gözle teşhisi kolay olmayacağından %20 oranında hastaya teşhis koyulamayabilir ("DAIC", 2020).

4.5. 3D Baskı

Endüstri 4.0, nesnelerin interneti, yapay zeka ve pek çok dijital teknoloji sayesinde bilgileri tam zamanlı olarak tüm imalat sistemleri için esnek imalat hattı şeklinde olan akıllı sistemdir. 3D baskı gibi kullanılan dijital imalat teknolojileri, tıbbi parça tasarımı ve üretimini hızlı bir şekilde gerçekleştirmektedir (Ruan, Yang, Wang, Jiang ve Song, 2020). Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid 19 salgınını gidermek için endüstri 4.0 da kullanılan teknolojiler sayesinde pek çok ürün üretilmektedir. Bu pandemi sırasında hastalara gerekli tek kullanımlık materyal ve donanımı zamanında alabilecek imkan sağlamaktadır (Zeng, Huang ve Pan, 2020).

Bu kadar önemli olan bir teknolojiyi şuan ki pandemi durumunda daha iyi anlamaktayız. Örneğin, 3D teknolojisi bu salgının yayılmasını önlemekte kritik alanlarda kullanılabilmektedir. Bu teknoloji sayesinde imal edilecek bir yüz maskesi şuan da geliştirilme aşamasındadır. Bu maske salgını çok sayıda kişinin testini 30 dakika içerisinde gerçekleştirebilecektir. Şuan kullanılan N95 ve cerrahi maske kullanımı ekoloji için uygun değildir. Yeni geliştirilmekte olan NanoHack 3D baskılı maskenin tekrar kullanılabilir ve geri dönüştürülebilir olduğu öne sürülmektedir (Javaid ve diğerleri, 2020).

4.6. Giyilebilir Teknoloji

Giyilebilir teknoloji sayesinde günlük hayatta kullandığımız gözlük, kıyafet, takı vb. birçok materyal bizim sağlık durumumuzu veya kilo kontrolümüz gibi fizyolojik birçok parametremiz takip edilebilmektedir. Biryandan da bu teknolojiyi bedenimizde taşıdığımız

için sürekli gelişim içerisinde olup hafifleyen ve küçülen formlarda hayatımıza dahil olmaya devam etmektedir. Bu teknoloji sayesinde vücudumuzda meydana gelen hayati fonksiyon değişiklikleri kaydedilebilmekte, böylelikle hayati anlamda önemli olan teşhislere veri sağlayabilmektedir. Bir anlamda da vakit kaybını azalttığı için hem maliyet azalmakta hemde artan zaman aslında bakım kalitesine olumlu yansımaktadır. Giyilebilir teknolojilerin bir başka yararı da kişiye kendi bedeni hakkında geri bildirimlerde bulunduğu için kişinin bedeni için olumlu olmayan davranışlarını görebilmesini sağlamakta aynı zamanda sağlık alanındaki harcamalarının ele alınması anlamında da olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Aydan ve Aydan, 2016).

4.7. Nesnelerin Tıbbi İnterneti (MIoT)

Sağlık sektöründe gerçekleşen birçok ölüm vakası hasta hakkında yetersiz bilgiden dolayı doğru teşhisin koyulamamsından gerçekleşmektedir. Hastanın tedavi sürecinde 5G ve MIoT teknolojisi sayesinde hastaya ait bilgiler mobil terminaller vasıtasıyla entegre edilerek tedaviye pozitif yönde etki sağlayabilmektedir. Ayrıca bu sistemler hastalıkların izlenebilirliğini kolaylaştırdığı için değerlendirme sürecine de olumlu katkıları vardır. Örneğin, hastalar kendi cep telefonlarını kullanarak oluşturulan test veya anketleri cevaplayarak doktorların hasta hakkındaki bilgilerini düzenli olarak güncelleyebilmektedir. Sağlıkta tedavi sürecinde çevresel koşullarda çok önemlidir ve MIoT aracılığıyla bu dinamik çevre koşulları değerlendirilerek daha sağlıklı kararlara varılabilir (Monteiro ve diğerleri, 2018).

4.8. Büyük Veri

Büyük Veri; gerek makine gerekse insanların kodlanmış her türlü kurumsal, sayısal veri ile internet ortamına girilen kişisel dataların işlenebilir bir biçime dönüştürülmesi durumudur (Dülger, 2015)

Sağlıkta Büyük Veri kavramı ise, sağlık hizmeti sırasında elde edilen bulguların elektronik ortamda mevcut sistemin performansını daha iyi hale getirmek amacıyla saklanarak kullanılmasını ifade eder(Habl, Renner, Bobek ve Laschkolnig, 2016).

Sağlıkta depolanan verilerin fazlalaşması nedeni ile bu verilerin geleneksel yöntemlerle işlenebilmesi çok zorlaşmıştır. İşlense bile bilginin ulaşılabilirliği de önemli olduğu için geleneksel yöntemde zorlaşmıştır ve bu nedenle büyük veri uygulaması sağlık sektöründe de kullanılmaya başlamıştır. İşlenen bu bilgiler özellikle sağlıkla ilgili her türlü ar-ge çalışmalarında kullanılabilir. Ayrıca gerçekleştirecek bu çalışmalar neticesinde kurumlara rekabet şansı sunabilir ve maliyet açısından olumlu sonuçlar elde edilebilir (Altındiş ve Morkoç Kıran, 2018).

Büyük veri sistemi sayesinde sağlık hizmeti sırasında toplanan veriler kişilere ve bir anlamda sisteme hizmet olarak geri dönmektedir. Önceden elde edilen bu veriler sayesinde proaktif yaklaşım söz konusu olabilmekte yani daha hastalık ortaya çıkmadan bile öngörüler yapılıp erken teşhis konulabilmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler neticesinde ilk önce Endüstri 4.0 kavramı sanayiyle birlikte hayatımıza girmiş ve daha sonra diğer sektörlere entegre süreci hızlı bir şekilde yaşanmıştır. Aslında bir anlamda firmalar ve sektörler arasındaki rekabeti düşünürsek uyum sağlamak ayakta kalabilmek için zorunlu bir hal almıştır. Özellikle sağlık sektöründe dijitalleşme bu alanı çok farklı bir konuma taşımıştır. Sağlık sektörü her bireye tek tek bağlı birçok veri içerdiğinden dolayı, tanı, tedavi ve hizmet kısmında işlenip saklanması gereken büyük bir veri yükü oluşmaktadır. Bu yük de ancak dijital ortamlarda sağlıklı bir şekilde saklanıp değerlendirilebilir. Dijitalleşmenin bir diğer avantajı da kağıt kullanımı da gerekmediği için bu anlamda da tasarruf sağlanabilmektedir. Kağıt kullanımın olmaması bir anlamda çevremiz içinde olumlu olmaktadır.

Dijitalleşme sadece teknolojik cihazların tedarik edilmesi değildir. Eğer bu şekilde bir algı olursa tedarik edilen cihazların tüm özellikleriyle verimli bir şekilde kullanımı mümkün olmayacaktır. Bu noktada mevcut teknolojiyi kullanacak personelin eğitimi çok önemlidir. Bunu da sistemin insanlarla entegrasyonu olarak adlandırabiliriz.

Bir diğer konuysa bu sistemlerin aslında müşteri diyebileceğimiz hastaların da dijitalleşmeye uyum sağlaması sistemin en verimli şekilde kullanılması açısından önem arz etmektedir. Dijitalleşmenin verimli bir şekilde kullanılması tanı ve tedavi noktasında büyük katkılar sağlayacaktır. Hastayla ilgilenen bütün sağlık çalışanlarının hastayla ilgili verilere tanı ve tedavi sürecinde hızlı bir şekilde ulaşması otomatik

olarak zaman tasarrufu yaratacak bu da kurumlar açısından maliyete hastalar açısından tedavi sürecine olumlu olarak yansıyacaktır. Biraz daha somutlaştıracak olursak hastanın sadece hastane ortamında verilerinin alınması söz konusu değildir. Giyilebilir teknoloji vb. uygulamalar sayesinde hasta evinde ve işindeyken de verileri işlenebilecek aslında hastanın kendisine ve tedavi olduğu kuruma otomatik bildirimlerle erken uyarı sistemleri oluşturulabilecektir. Bu anlatılan kavramı da tedavide bireyselleşme olarak düşünebiliriz. Yani sağlıkta dijitalleşme kavramının başarısı her alanda olduğu gibi insandan başlamakta ve kurumların adaptasyonuyla birlikte hayatımıza adım adım girmektedir. Dünyanın ve ülkemizin mücadele ettiği Covid-19 süreciyle birlikte bu entegrasyonun ne kadar önemli olduğu, bilgiye hızlı ulaşmanın ne kadar değerli olduğu görülmüştür. Bu anlamda her birey ve kurumun desteğini esirgememesi hayati önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

Aceto, G., Persico, V. ve Pescapé, A. (2020). Industry 4.0 and Health: Internet of Things, Big Data, and Cloud Computing for Healthcare 4.0. *Journal of Industrial Information Integration*, *18*, 100129. doi:10.1016/j.jii.2020.100129

Ak, B. (2010). Akademik bilişim' 10. *Tıp Bilişiminde Mobilite Uygulamaları* (ss. 1–7).

Akbolat, M. ve Işık, O. (2010). Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma The Use of Information Technology and Hospital Information Systems: A Study on Health Employees. *BİLGİ Dünyası*, *11*(2), 365–389.

Alizon, F., Shooter, S. B. ve Simpson, T. W. (2009). Henry Ford and the Model T: Lessons For Product Platforming and Mass Customization. *Design Studies*, *30*(5), 588–605. doi:10.1016/j.destud.2009.03.003

Altındiş, S. ve Morkoç Kıran, İ. (2018). Büyük Verinin Sağlık Hizmetleri Kalitesindeki Rolü. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *11*(2), 257–271. doi:10.31832/smj.423011

Aslan, Ş. ve Güzel, Ş. (2019). ENDÜSTRİ 4 . 0 GELİŞİM SÜRECİ VE SAĞLIKTA DİJİTAL DÖNÜŞÜM. *2nd International Congress On New Horizons In Education And Social Sciences (ICES-2019) Proceedings* içinde (ss. 650–659). doi:10.21733/ibad.584464

Attaran, M. (2017). The rise of 3-D printing: The advantages of additive manufacturing over traditional manufacturing. *Business Horizons*, *60*(5), 677–688. doi:10.1016/j.bushor.2017.05.011

Aydan, S. ve Aydan, M. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Bireysel Ölçüm ve Giyilebilir Teknoloji: Olası Katkıları, Güncel Durum ve Öneriler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *19*(3), 325–342.

Berman, B. (2012). 3-D printing: The new industrial revolution. *Business Horizons*, *55*(2), 155–162. doi:10.1016/j.bushor.2011.11.003

Bulut, E. ve Akçacı, T. (2017). Endüstri 4.0 ve İnovasyon Göstergeleri Kapsamında Türkiye Analizi. *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, *4*(7), 55–77.

https://dergipark.org.tr/tr/pub/assam/issue/31544/345689 adresinden erişildi.

Büyükgöze, S. (2019). Sağlık 4.0'da Giyilebilir Teknolojilerden Sensör Yamalar Üzerine Bir İnceleme. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (17), 1239–1247. doi:10.31590/ejosat.658020

DAIC. (2020). 30 Mayıs 2020 tarihinde https://www.dicardiology.com/article/how-will-artificial-intelligence-impact-healthcare adresinden erişildi.

Dengiz, O. (2017). Endüstri 4.0 : Üretimde Kavram ve Algı Devrimi. *Makina Tasarım ve İmalat Dergisi*, *15*(1), 38–45. https://dergipark.org.tr/tr/pub/matim/issue/36791/419135 adresinden erişildi.

Dülger, Ü. (2015). *Stratejik Büyük Veri Yönetiminin Yat ı r ı mlar Üzerindeki Etkileri Tezi*.

Feng, S., Li, L. X. ve Cen, L. (2001). An object-oriented intelligent design tool to aid the design of manufacturing systems. *Knowledge-Based Systems*, *14*(5–6), 225–232. doi:10.1016/S0950-7051(01)00100-9

Giannetti, C. ve Ransing, R. S. (2016). Risk Based Uncertainty Quantification to İmprove Robustness of Manufacturing Operations. *Computers and Industrial Engineering*, *101*, 70–80. doi:10.1016/j.cie.2016.08.002

GOS-Foresight. (2013). The Future of Manufacturing: A New Era of Opportunity and Challenge for the UK.

GTAI (Germany Trade and invest). (2014). Industrie4.0-Smart-Manufacturing for the future. *Berlin, Almanya*.

Habl, C., Renner, A. T., Bobek, J. ve Laschkolnig, A. (2016). *Study on Big Data in Public Health, Telemedine and Healthcare*. *European Commission*. doi:10.1163/1571809042388581

Jänicke, M. ve Jacob, K. (2009). A Third Industrial Revolution? Solutions to the crisis of resource-intensive growth. *Europe*, 7. http://userpage.fu-berlin.de/~ffu/download/ffu_selbstdarstellung.pdf#page=5 adresinden erişildi.

Javaid, M., Haleem, A., Vaishya, R., Bahl, S., Suman, R. ve Vaish, A. (2020). Industry 4.0 Technologies and Their Applications in Fighting COVID-19 Pandemic. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, *14*(4), 419–422. doi:10.1016/j.dsx.2020.04.032

Kagermann, H., Wahlster, W., Helbig, J., Hellinger, A., Stumpf, M. A. V., Treugut, L., … Findeklee, U. (2013). *Editorial staff Copy editing English translation Layout and typesetting Graphics beim Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft - Recommendations for implementing the strategic initiative INDUSTRIE 4.0*. *Acatech*. http://www.acatech.de/fileadmin/user_upload/Baumstruktur_nach_Website/Acatech/root/de/Material_fuer_Sonderseiten/Industrie_4.0/Final_report__Industrie_4.0_accessible.pdf adresinden erişildi.

Kaya, M. ve Filiz, M. (2019). Health 4.0 ve Türkiye.

Kesayak, B. (2020). Sağlık 4.0: Sağlık Endüstrisinin Dijital Dönüşümü. 25 Mayıs 2020 tarihinde https://www.endustri40.com/saglikta-dijital-donusum-saglik-4-0/ adresinden erişildi.

Kılıç, T. (2017). e-Sa ğ l ı k , İ yi Uygulama Örne ğ i ; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(3), 203–2017.

Kırman, M. (2020). Endüstri 4.0- Dördüncü Sanayi Devrimi. *Mühendislik Alanında Akademik Çalışmalar* (ss. 133–142).

Kuo, K. M., Liu, C. F. ve Ma, C. C. (2013). An İnvestigation of the Effect of Nurses' Technology Readiness on the Acceptance of Mobile Electronic Medical Record Systems. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *13*(1), 1–14. doi:10.1186/1472-6947-13-88

Lorcu, F. ve Erduran, G. Y. (2015). The Impact of Information Communication Technologies (ICT) on Health Indicators. *Social Sciences Research Journal*, *4*(2), 1–10.

Lu, Y. (2017). Industry 4.0: A Survey on Technologies, Applications and Open Research İssues. *Journal of Industrial Information Integration*. Elsevier B.V. doi:10.1016/j.jii.2017.04.005

Monteiro, A. C. ., França, R. P., Estrela, V. V., Iano, Y., Khelassi, A. ve Razmjooy, N. (2018). Health 4.0: Applications, Management, Technologies and Review. *Medical Technologies Journal*, *2*(4), 262–276. doi:10.26415/2572-004x-vol1iss3p48-49

Özkan, M., Al, A. ve Yavuz, S. (2018). The Effects of Fourth Industrial Revolution with respect to International Political Economy and Turkey. *International*

Journal of Political Science & Urban Studies, 126–156. doi:10.14782/ipsus.460135

PAMUK, N. S. ve SOYSAL, M. (2018). YENİ SANAYİ DEVRİMİ ENDÜSTRİ 4.0 ÜZERİNE BİR İNCELEME. *Verimlilik Dergisi*, (1), 41–66. https://dergipark.org.tr/tr/pub/verimlilik/issue/34982/388198 adresinden erişildi.

Ruan, Q., Yang, K., Wang, W., Jiang, L. ve Song, J. (2020). Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Medicine*, *46*(5), 846–848. doi:10.1007/s00134-020-05991-x

Sheikh, A., Sood, H. S. ve Bates, D. W. (2015). Leveraging health information technology to achieve the "triple aim" of healthcare reform. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *22*(4), 849–856. doi:10.1093/jamia/ocv022

Ślusarczyk, B. (2018). Industry 4.0 – Are we ready? *Polish Journal of Management Studies*, *17*(1), 232–248. doi:10.17512/pjms.2018.17.1.19

Tezcan, C. (2018). Sağlığın Dijital Dönüşümü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu* içinde (C. 46, ss. 18–21).

Thomas, R. (2004). Population Health Technologies Emerging Innovations for the Health of the Public, *26*(3), 237–242. doi:10.1016/j.amepre.2003.12.004

Toygar, Ş. A. (2018). E-Sa ğ l ı k Uygulamalar ı E-Sağlık Uygulamaları, (August).

Xu, L. Da, Xu, E. L. ve Li, L. (2018). Industry 4.0: State of the art and future trends. *International Journal of Production Research*, *56*(8), 2941–2962. doi:10.1080/00207543.2018.1444806

Yıldız, A. (2018). Industry 4.0 and smart factories. *Sakarya University Journal of Science*, *22*(2), 546–556. doi:10.16984/saufenbilder.321957

Zeng, J., Huang, J. ve Pan, L. (2020). How to balance acute myocardial infarction and COVID-19: the protocols from Sichuan Provincial People's Hospital. *Intensive Care Medicine*, 10–12. doi:10.1007/s00134-020-05993-9

BÖLÜM 2

SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE BÜYÜME ARASINDAKİ İLİŞKİ: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Beyzanur MIYNAT TAŞDEMİR[3] *İlkay DİLBER*[4]

[3] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: beyzamiynat@gmail.com
[4] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: ilkay.dilber@cbu.edu.tr

1.GİRİŞ

1950 ve 1960'lı yıllarda oldukça popüler hale gelen ekonomik büyüme teorileri 1980'li yılların ortalarına kadar yerini para ve konjonktür analizlerine yönelik tartışmalara bırakmıştır. 1980'li yıllardan itibaren ise Lucas ve Romer'in öncülüğünde ortaya çıkan içsel büyüme modelleri ile büyüme literatürüne yeni bir bakış açısı kazandırılmıştır (Dilber, 2018:205).

Neo-Klasik büyüme modelinde iki temel üretim faktörü emek ve sermayeye ek olarak teknolojik gelişmeler büyüme analizine dahil edilmiştir. Ancak büyüme kaynaklarının modelin dışında aranması, sermayenin yalnızca fiziksel sermayeden oluştuğunun ve azalan getiriye tabii olduğunun kabul edilmesi üzerine ekonomilerin zamanla durgunlaşmasının açıklanamaması yeni teorik arayışları gündeme getirmiştir. Bu noktada büyümenin itici gücü olan ancak dışsal bir faktör olarak kabul edilen teknolojik gelişmelerin hangi unsurlardan etkilendiği hususundaki arayışlar içsel büyüme teorilerinin doğmasına sebebiyet vermiştir.

İçsel büyüme teorilerinde bilgi, teknoloji ve beşeri sermaye büyümenin temeli olarak kabul edilmiştir. Ölçeğe göre artan getirisi olan beşeri sermaye, işgücünün sahip olduğu bilgi birikimi ve yetenektir. Beşeri sermayenin gelişmesine etki eden faktörlerin başında ise eğitim, sağlık ve teknolojik altyapı gelmektedir.

Günümüzde ise ekonomistlerin birçoğu ülkelerin sağlık seviyelerinin ülke kalkınması üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olduğu konusunda hemfikirdir. Bir ülkenin sağlık statüsü ülke refahı, işgücü

verimliliği, demografik ve beşeri sermaye faktörleri üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte sağlık durumu iyi olan bireylere sağlanan eğitim olanaklarından daha etkin sonuçlar alınacağı ve sağlıklı kişilerin çalışma ömrünün daha uzun olacağı ve böylece bu kişilerden daha uzun süreli yararlanılacağı belirtilmektedir. Bu bağlamda beşeri sermaye açısından sağlık statüsünün de eğitim kadar önemli olduğu, ekonomik büyüme ve kalkınma açısından eğitim alanında yapılan yatırımlar kadar sağlık harcamalarının da gerekli olduğu kanısına varılmaktadır (Ay, Kızılkaya ve Koçak, 2013:164). Bu bağlamda çalışmanın temel amacı, eş bütünleşme ve Granger nedensellik testleri kullanılarak Türkiye'nin 1980-2017 dönemindeki sağlık göstergeleri ve ekonomik büyüme serileri arasındaki ilişkiyi ekonometrik olarak incelemektir.

2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

Mayer (2001), 18 Latin Amerika ülkesi için doğumda yaşam beklentisi ile büyüme arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada 1950-1990 yılları arasını baz alarak, doğumda yaşam beklentisinden büyümeye doğru bir nedensellik ilişkisinin olduğunu ortaya koymuştur.

Kar ve Ağır (2006), Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi 1926-1994 dönemi için ADF, Johansen eş bütünleşme ve Vektör Hata Düzeltme Modelini kullanarak incelemiş olup, çalışma sonucunda ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin varlığını ortaya koymuştur.

Taban (2006), Türkiye'de sağlık göstergesi olarak doğumda yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının sayısı, yatak sayıları ve sağlık personeli başına düşen kişi sayısı verilerini kullanarak büyüme üzerindeki etkilerini araştırmıştır. 1968-2003 yıllarına ait verilerin kullanıldığı analizden elde edilen nedensellik testi sonuçlarına göre sağlık kurumlarının sayısı dışındaki sağlık göstergeleri ile reel GSYH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada Türkiye'ye ait 1980-2005 yılları arasında sağlık harcamaları, doğumda yaşam beklentisi ve büyüme verilerini kullanmışlardır. Analiz sonucunda; Türkiye'de sağlık harcamalarından hasılaya doğru küçük ve negatif bir etkinin olduğunu ortaya koymuşlardır.

Çetin ve Ecevit (2011), 15 OECD ülkesine ait 1990-2006 dönemi yıllık verilerini kullanarak sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Havuzlanmış Regresyon Modeli çerçevesinde panel OLS metodu ile elde edilen analiz sonuçlarına göre, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sülkü ve Caner (2011), 1984-2006 yılları arasında Türkiye'nin kişi başına GSYH ile kişi başına özel, kamu ve toplam sağlık harcamaları verilerini kullanarak büyüme ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Johansen eşbütünleşme testinin kullanıldığı analiz sonucunda değişkenler arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuşlardır.

Yıldırım ve Tıraşoğlu (2012), Türkiye'de sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişki 2006-2012 yıllarına ait aylık verileri kullanılarak araştırmışlardır. Araştırılan dönem için 2008 Dünya Ekonomik Krizinin muhtemel etkileri göz önünde bulundurularak, seride tek yapısal kırılmaya izin veren Lee ve Strazicich (2004) birim kök testi ve tek kırılmalı Gregory ve Hansen (1996) eş bütünleşme testi kullanmışlardır. Analiz sonucunda tek yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuşlardır.

Ay, Kızılkaya ve Koçak (2013), eş bütünleşme yöntemi kullanılarak Türkiye'nin 1968-2006 dönemindeki sağlık göstergeleri ve ekonomik büyüme serileri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sağlık göstergesi olarak yataklı sağlık kurumu sayısı, yataksız sağlık kurumu sayısı ve sağlık memuru başına düşen kişi sayısı ile ilgili verilerin kullanıldığı çalışma sonucunda değişkenler arasında pozitif bir ilişkinin olduğu gözlemlenmiştir.

Akar (2014), Türkiye'de 2004-2013 aylık verileri için sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi eş bütünleşme analizi ve vektör hata düzeltme modelini kullanarak analiz etmiştir. Çalışmanın ampirik bulgularına göre, uzun dönemde sağlık harcamaları, bu harcamaların nispi fiyatı ve ekonomik büyüme değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktayken, kısa dönemde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Selim, Uysal ve Eryiğit (2014), Türkiye ile 7 AB üyesi ülkeye ait 2001-2011 yılları arasında kişi başı sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini kısa ve uzun dönemli olarak panel eş bütünleşme ve hata düzeltme modelleri kapsamında değerlendirmişlerdir. Analiz sonucunda elde edilen bulgulara göre kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında kısa ve uzun dönemde pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Başar, Künü ve Bozma (2016), Türkiye'nin 1998-2016 dönemlerine ait aylık verileri kullanarak sağlık harcamaları ve eğitim harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerini analiz ettikleri çalışmada uzun dönemde sağlık harcamalarındaki bir artışın ekonomik büyümeyi aynı yönlü etkileyeceğini ortaya koymuşlardır.

Saraçoğlu (2017), Türkiye'nin de aralarında yer aldığı 10 Avrasya ülkesinde 1995-2014 dönemi için kişi başına sağlık harcamaları ile büyüme arasındaki ilişkiyi Pesaran et al. (2008) yatay kesit bağımlılığı testi ve Hadri & Kurozumi (2012) panel birim kök testi, Westerlund & Edgerton (2007) panel eş bütünleşme testi ve Dumitrescu & Hurlin (2012) panel nedensellik testi kullanarak analiz etmişlerdir. Analiz sonuçları kişi başına sağlık harcamaları ile büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisinin olduğunu göstermiştir.

Kızıl ve Ceylan (2018), Türkiye'de 1979-2015 dönemi için sağlık harcamaları ve 65 yaş üzeri nüfusun ekonomik büyüme üzerine etkisini ARDL yaklaşımı ve FMOLS, DOLS ve CCR tahmin yöntemlerini kullanarak araştırmışlardır. Bulgulara göre kişi başı sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif ve istatiksel olarak

anlamlı bir etkisinin olduğu, 65 yaş üzeri nüfusun kişi başı gelir üzerindeki etkisinin ise yöntemler itibari ile farklılık gösterdiğini ortaya koymuşlardır.

Tıraş ve Ağır (2018), OECD ülkelerinde gelir ve sağlık harcama türleri arasındaki nedensellik ilişkisini yeni nesil panel nedensellik testlerinden Emirmahmutoğlu ve Köse (2011) panel nedensellik testini kullanarak analiz etmişler ve OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarındaki artışın gelir seviyesinde yükselmeyi sağladığını ortaya koymuşlardır.

3. VERİ SETİ VE UYGULAMA

Çalışmada 1980-2017 dönemi için Türkiye'de temel sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisi araştırılmıştır. Temel sağlık göstergesi olarak doğumda beklenen yaşam süresi, doktor sayısı (1000 kişi başına), aşılanma oranı, hastanede kalma uzunluğu ve sağlık harcamaları kullanılmıştır. Değişkenlerin kısaca açıklamalarına Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Göstergelerinin Tanımlanması

Doğumda Yaşam Beklentisi	Mevcut ölüm oranlarının değişmemesi durumunda, bir yeni doğanın ortalama olarak ne kadar süre yaşayabileceğini gösteren ölçüttür. Yıllık olarak ölçülen bu gösterge artan yaşam standartları, gelişmiş yaşam tarzı ve daha iyi eğitimin yanı sıra kaliteli sağlık hizmetlerine daha fazla erişim de dahil olmak üzere bir dizi faktöre bağlanabilir.
Çocuk Aşılanma Oranı	Önerilen zaman diliminde ilgili aşıyı alan çocukların yüzdelik göstergesidir. OECD ülkelerinin tamamı her bir aşının risklerini ve faydalarını kapsayan aşılama programları oluşturmuştur. Tam aşılama yaşı, farklı aşılama programları nedeniyle ülkeler arasında farklılık gösterse de kızamık, difteri, tetanoz ve boğmaca için sunulan bu gösterge genel olarak 1 yaş civarında çocuklar için yüzdelik olarak ölçülmektedir.
Doktor Sayısı	Çocuk doktorları, jinekologlar, psikiyatristler, tıp uzmanları ve cerrahi uzmanlar gibi bireylere ve ailelere sürekli olarak bakım sağlama sorumluluğunu üstlenen kişi sayısını veren sağlık göstergesidir. (Bu gösterge 1000 kişi başına ölçülür.)
Hastanede Kalma Uzunluğu	Sağlık sektöründe verimliliğin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Normal şartlarda daha kısa bir hastanede kalma süresi taburcu başına maliyeti düşürerek, bakımı yatan hastadan daha düşük akut sonrası vakalara geçirecektir.

	Hastaların hastanede geçirdiği ortalama gün sayısını ifade eden bu gösterge genel olarak bir yıl boyunca tüm yatan hastalar tarafından kalınan toplam gün sayısının kabul veya taburcu sayısına bölünmesiyle ölçülür. (Günlük vakalar hariç tutulmaktadır.)
Medikal Derece	Bu gösterge, belirli bir yıldaki tıp mezunu sayısını ifade eder. Tıp mezunları, belirli bir yıl içinde tıp fakültelerinden veya benzer kurumlardan mezun olan öğrenci sayısı olarak tanımlanır. Diş, halk sağlığı ve epidemiyoloji mezunları hariç tutulmuştur. (Bu gösterge 100.000 kişi başına ölçülmektedir.)
Sağlık Harcamaları	Kişisel sağlık hizmetleri (tedavi edici bakım, rehabilitasyon bakımı, uzun süreli bakım, yan hizmetler ve tıbbi ürünler) ve toplu hizmetler (halk sağlığı hizmetleri vb.) dahil olmak üzere sağlık bakım mal ve hizmetlerinin nihai tüketimini ölçer. Sağlık hizmetleri, devlet harcamaları ve zorunlu sağlık sigortasının yanında gönüllü sağlık sigortası ve hane halkı cepten ödemeleri, STK'lar ve özel şirketlere ait özel fonları kapsamaktadır. (Çalışmada ABD Doları cinsinden kişi başına değerler alınmıştır.)

Kaynak: https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart (Erişim Tarihi: 12.01.2020)

Verilerin tamamı OECD veri tabanından elde edilmiş olup, analiz yöntemi olarak Johansen eş bütünleşme ve Granger nedensellik testleri kullanılmıştır.

Analize konu olan veriler arasında çocuk aşılanma oranı yüzdelik bir oran olarak ifade edilmekteyken, doktor sayısı 1000 kişi başına düşen oran ve kişi başına düşen GSYH ise parasal bir ifadedir. Bu tip farklı sayı değerlerinin bulunduğu analizlerde tutarlı sonuçlar elde etmek amacıyla serilerin standardize edilmesi gerekmektedir. Bu sebeple analize ilk olarak serilerin standardize olması amacıyla (X-X(-1))/X(-1) formülü kullanılarak değişkenlerin yıllık büyüme oranlarının hesaplanmasıyla başlanmış olup, bundan sonraki aşamalarda büyüme değişkenleri kullanılmıştır. Sonrasında ise serilerin durağanlığını test etmek amacıyla ADF birim kök testi uygulanmıştır.

Tablo 2'de değişkenler için yapılan Genişletilmiş Dickey Fuller (ADF) birim kök testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 2: ADF Birim Kök Testi Sonuçları

SABİT+TREND						
Değişkenler	**%1**	**%5**	**%10**	**t-istatistik**	**P(Olasılık)**	**Durbin-Watson**
Çocuk Aşılanma Oranı	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-10.08749	0.0000	2.21
Doktor Sayısı	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-3.968221	0.0041	1.70
Doğumda Yaşam Beklentisi	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-5.341111	0.0001	2.00
Hastanede Kalma Uzunluğu	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-6.965071	0.0000	1.82
Medikal Derece	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-4.144641	0.0026	2.03
Sağlık Harcamaları	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-7.395794	0.0000	1.78
GSYH (Kişi Başına)	-3.626784	-2.945842	-2.611531	-5.372677	0.0001	1.99

Tabloda görüldüğü üzere analizde kullanılan değişkenlerin tümü düzeyde durağandır.

Analizin sonraki adımı değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişkiyi test etmeye yöneliktir. Bu çalışmada eşbütünleşik vektörlerin testinde Johansen tarafından geliştirilmiş olan maksimum öz değer istatistiği ve İz istatistiği testlerinden yararlanılmıştır. İz testinde boş hipotez "en çok r kadar eş bütünleşik vektör vardır" şeklinde belirlenmiştir. Maksimum öz değer testi ise, "r kadar eş bütünleşik vektör vardır" boş hipotezine karşılık r+1 kadar eş bütünleşik vektör vardır alternatif hipotezini test etmektedir. İlk olarak gecikme uzunluğunun "2" olarak belirlendiği analizin otokorelasyon içermediği saptanmış olup, maksimum öz değer ve iz istatistiği sonuçları Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3: Maksimum Öz değer ve İz İstatistiği Sonuçları

Değişkenler:							
İz İstatistiği				**Maksimum Özdeğer İstatistiği**			
Boş Hipotez (H_0)	Alternatif Hipotez (H_1)	Test İstatistiği	Kritik Değer (%5)	Boş Hipotez (H_0)	Alternatif Hipotez (H_1)	Test İstatistiği	Kritik Değer (%5)
r≤0*	r>0	181.7316	125.6154	r=0*	r=1	90.71067	46.23142
r≤1	r>1	91.02091	95.75366	r=1	r=2	31.31176	40.07757
r≤2	r>2	59.70915	69.81889	r=2	r=3	27.22414	33.87687
r≤3	r>3	32.48501	47.85613	r=3	r=4	21.56061	27.58434
r≤4	r>4	10.92440	29.79707	r=4	r=5	6.781318	21.13162
r≤5	r>5	4.143084	15.49471	r=5	r=6	3.979703	14.26460
r≤6	r>6	0.163381	3.841466	r=6	r=7	0.163381	3.841466

İz istatistiği test sonuçları, VAR modelinde seçilen gecikme uzunluğu için 1 adet eşbütünleşik vektörün olduğunu göstermektedir. Bu durum, değişkenler arasında 1 adet uzun dönemli ilişkinin olduğunu göstermektedir. Ancak burada değişkenler arasındaki ilişkinin yönü konusunda bir tespit yapılamamaktadır. Bu bağlamda sonraki aşamada analize değişkenler arasındaki etkileşimin yönü hususunda bilgi veren Granger nedensellik testi ile devam edilmiştir. Granger nedensellik test sonuçlarına Tablo 4'de yer verilmiştir.

Tablo 4: Granger Nedensellik Test Sonuçları

Bağımlı Değişken: GSYH			
Bağımsız Değişken	Chi-sq	df	Olasılık
ÇOCUK AŞILANMA ORANI	2.763035	2	0.2512
DOCTOR SAYISI (1000 kişi başına)	0.495157	2	0.7807
DOĞUMDA YAŞAM BEKLENTİSİ	0.308143	2	0.8572
HASTANEDE KALMA SÜRESİ	0.476754	2	0.7879
MEDİKAL DERECE	0.473180	2	0.7893
SAĞLIK HARCAMALARI	8.261868	2	0.0161

Tabloda görüldüğü üzere %5 anlamlılık düzeyinde yalnızca sağlık harcamalarından GSYH'a doğru bir nedenselliğin olduğu görülmektedir. Diğer bağımsız değişkenlerden büyümeye doğru anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 5'te ise Türkiye'nin sağlık göstergesi olarak kullanılan değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisine özet halinde yer verilmiştir

Tablo 5: Sağlık Göstergeleri Arasındaki Nedensellik İlişkisi

Boş Hipotez	Gözlem Sayısı	F-istatistik	Olasılık Değeri
Sağlık Harcamaları=>GSYH	35	8.261868	0.0161
Sağlık Harcamaları=>Çocuk Aşılanma Oranı	35	10.41763	0.0055
Sağlık Harcamaları=>Doktor Sayısı	35	7.576170	0.0226
Doğumda Yaşam Beklentisi=>Medikal Derece	35	21.64718	0.0000
Doktor Sayısı=>Medikal Derece	35	6.348059	0.0418
Medikal Derece=>Hastanede Kalma Uzunluğu	35	5.065309	0.0794
Medikal Derece=>Doktor Sayısı	35	5.404364	0.0671
GSYH=>Hastanede Kalma Uzunluğu	35	30.42732	0.0000

Tabloda yalnızca istatistiksel olarak anlamlı bulunan nedensellik ilişkileri yer almaktadır. Buna göre sağlık harcamalarından kişi başı GSYH'ye, çocuk aşılanma oranına ve doktor sayısına doğru, doğumda yaşam beklentisi ve doktor sayısından medikal dereceye doğru, medikal dereceden hastanede kalma uzunluğu ve doktor sayısına doğru, GSYH'den hastanede kalma uzunluğuna doğru pozitif nedensellik söz konusudur.

4. SONUÇ

İçsel büyüme teorileri ile büyümenin itici gücü olarak modele dahil edilen sağlık faktörü, günümüzde büyüme üzerindeki etkisi analizlere en çok konu edilen değişkenlerden biri haline gelmiştir. İçsel büyüme

modelinde özellikle üzerinde durulan beşeri sermaye faktörünün verimliliğinin artması için en önemli unsurlardan biri olarak kabul edilen sağlık seviyesinin gelişmesi ile büyüme oranlarının aynı yönlü bir etkileşim içerisinde olduğu kabul edilmektedir. Bu kapsamda çalışmanın amacı Türkiye için sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere belirlenmiştir. Analizde 1980-2017 dönemine ait yıllık veriler kapsamında eş bütünleşme ve Granger nedensellik yöntemleri kullanılmıştır. Sağlık alanındaki göstergeler; doğumda yaşam beklentisi, aşılanma oranı, sağlık harcamaları, medikal derece, doktor sayısı ve hastanede kalma uzunluğuna ilişkin verilerden oluşmaktadır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişkinin olduğu gözlemlenmiş olup, diğer sağlık değişkenlerinden büyümeye doğru bir ilişki tespit edilememiştir. Bu bağlamda Türkiye için sağlığa ilişkin yatırımlarda meydana gelen artışların ekonomik büyüme sürecine hız kazandıracağı söylenebilmektedir.

KAYNAKÇA

AĞIR, H ve TIRAŞ H. H. (2018). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizi, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17(4), ss. 1558-1573.

AKAR, S. (2014). Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), ss. 311-322.

AY, A., KIZILKAYA, O. ve KOÇAK, E. (2013). Sağlık Göstergeleri İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi,* 6(1), ss. 163-172.

BAŞAR, S. , KÜNÜ, S ve BOZMA, G. (2016). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama, *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10, ss. 189-193.*

ÇETİN, M., ECEVİT, E. (2011). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi, *Doğuş Üniversitesi Der*gisi, 11 (2), ss. 166-182.ss.

DEMİR, Ö. ve TANYILDIZI, İ. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi, *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* 1(1), s. 89.

DİLBER, İ. (2018). Büyüme Teorileri, 1. Baskı, Kitapana Yayınları, İzmir.

KIZIL, B. C., CEYLAN, R. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği, *Journal of Yaşar University*, 13(50), s. 197-209.

KOÇ, E.(2014), Refah Devleti Anlayışı Çerçevsinde Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamaları, *International Conference on Eurasion Economies*, 1- 3 Temmuz, ss. 1- 8, http://avekon.org/papers/957.pdf, Erişim Tarihi: 20.04.2019.

MAYER, David (2001), "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Latin America", World Development, (29); 1025-1033.

OECD (2019), https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart

SARAÇOĞLU, S. , SONGUR, M. (2017). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Avrasya Ülkeleri Örneği, *KAÜ İİBF Dergisi,* 8(16), ss. 353-372

SELİM, S., UYSAL, D. ve ERYİĞİT, P. (2014), Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,7(3), ss. 13-23.

TABAN, S. (2006), Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi, *Sosyoekonomi,* 4(4), ss. 31-46.

TIRAŞ, H. H. ve AĞIR, H. (2018), OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri, *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi,* 6(4), ss. 13-29.

TIRAŞOĞLU, M. ve YILDIRIM, B. (2012), Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama, *Electronic Journal of Vocational Colleges,* 2(2), ss. 111-117.

YUMUŞAK, İ. G. ve YILDIRIM, D. Ç. (2009), Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetim Dergisi*, 4(1), ss. 57-70.

BÖLÜM 3

TÜRKİYE'DE İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN GELİŞİMİ

Bilal ÖZDEN[5] *M. Hakan YALÇINKAYA*[6]

[5] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: bilalozdencbu@gmail.com
[6] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: mustafahakanyalcinkaya@gmail.com

1. GİRİŞ

İlaç endüstrisi, birbirinden farklı yapıda çok sayıda üreticinin bir arada bulunduğu yüksek katma değer gerektiren sektörlerden biridir. Yaklaşık 1 milyon çalışanı ve 1,3 trilyon dolara ulaşan geliri ile dünya genelinde oldukça büyük bir küresel pazardır. Bu pazarda söz sahibi ülkeler başta ABD olmak üzere Çin, Japonya, Almanya ve Fransa'dır. Türkiye ise bu sıralama kendine on yedinci sırada yer bulabilmektedir. Söz konusu ülkeler içinde üretim genelde çok uluslu şirketler tarafından yapılmaktadır. Dinamik yapısı gereği, araştırma geliştirme (Ar-Ge) ve teknoloji yoğunluğu bakımından dünyanın önde gelen sektörlerinden-dir. Öyle ki, 2018 yılı en çok Ar-Ge harcaması yapılan sektör, teknoloji donanım ve ekipmandan sonra ilaç ve biyoteknoloji sektörüdür. Yine bu sektörde patent hakkı elde eden firmalar, pazarda uzun süre söz sahibi olur. Tüm bu veriler doğrultusunda, ilaç endüstrisinin inovatif faaliyetleri destekleyen en rekabetçi sektörlerden biri olduğu söylenebilir.

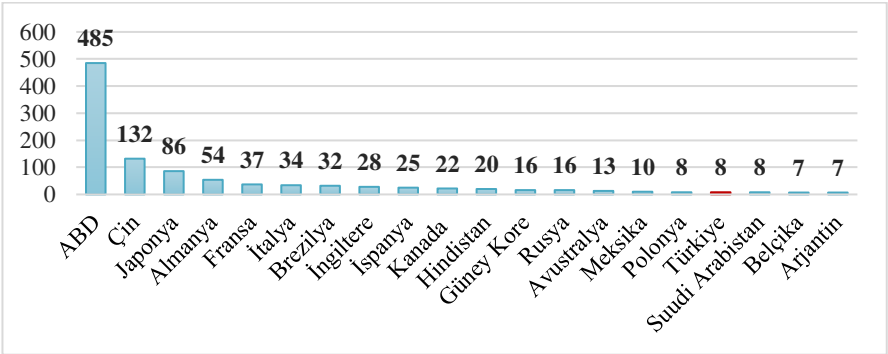
2. İLAÇ ENDÜSTRİSİNE GENEL BAKIŞ

"İlaç (Tıbbi Farmasötik Ürün) insanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi ya da insan yararına değiştirilmesi için kullanılan genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etkin madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj şeklidir (DPT, 2001)." İlaç endüstrisi ise, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve tanı amaçlı olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri farmasötik teknolojiye uygun olarak üreterek tedaviye sunan bir sanayi

dalıdır. İlaç endüstrisi, en yüksek katma değer sağlayan sektörlerin arasında yer almaktadır. Son yıllarda önem derecesi artmış ve hızlı bir büyüme sürecine girmiştir. Demografik değişim, ortalama yaşam süresinin artışı, hastalık paternlerindeki değişimler, sosyal küreselleşme, sağlık hizmetlerine erişimdeki anlamlı artış ve sosyal devlet olgusunun doğuşu dünya ilaç sektörünün büyümesinde önemli rol oynamıştır (TCEB, 2016).

İlaç endüstrisinde yer alan ürünler, temelde referans (orijinal) ve eşdeğer (jenerik) olmak üzere ikiye ayrılır. Referans ilaç, uzun araştırmalar, laboratuvar ve klinik çalışmalar sonucu belli bir hastalık üzerinde olumlu etki yaptığı kanıtlanmış, patentli bir molekülden üretilen ve piyasada benzeri bulunmayan yeni ilaçlardır. Eşdeğer ilaçlar ise benzerleri, yasal koruma sürelerinin bitimi ile birlikte, diğer ilaç şirketleri tarafından üretilen ilaçlardır (TTGV, 2018). Diğer bir deyişle patent süresi biten referans ilacın, molekül bakımından birebir aynısının rakip firmalar tarafından üretilmesidir. Aşağıdaki grafikte dünya ilaç pazarında yer alan en büyük ülkelerin sıralaması verilmiştir.

Grafik 1: Dünya İlaç Pazarı



Kaynak: İEİS, 2019.

Grafik 1 incelendiğinde dünya ilaç pazarında ABD, 485 milyar dolar ile pazarın aktörü konumundadır. Daha sonra 132 milyar dolar ile Çin, 86 milyar dolar ile Japonya ve 54 milyar dolar ile Almanya gelmektedir. Bu ülkeler gelişmiş olmalarının yanında, Ar-Ge harcamalarına büyük kaynak ayıran ülkelerdir. Türkiye bu sıralama içinde 8 milyar dolar ile kendine 17. sırada yer bulabilmiştir. Tüm firmaların dahil olduğu dünya ilaç pazarı ise 2019 yılında 1,3 trilyon dolara ulaşmıştır.

İlaç endüstrisi içinde yer alan en firmalar açısından incelendiğinde, yine ABD merkezli firmaların başı çektiği görülür. Öyle ki, en büyük 10 ilaç firması içerisinde 4 tane ABD firması yer almaktadır.

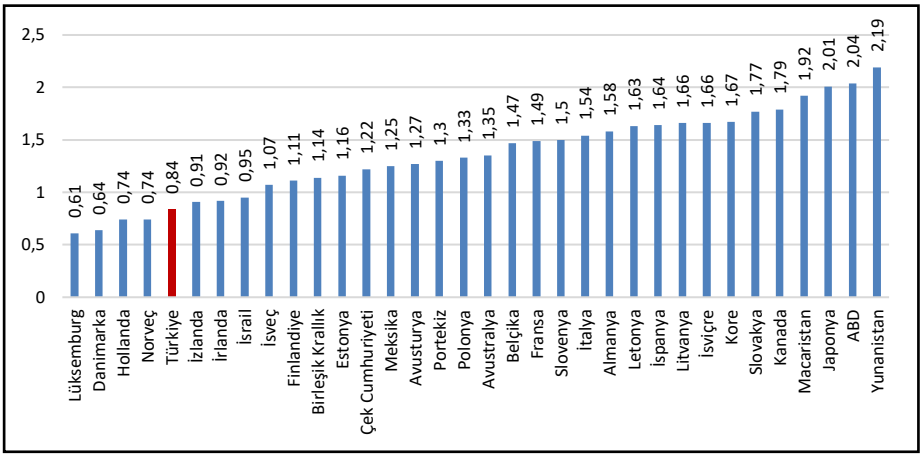
Tablo 1: Dünyanın En Büyük İlaç Firmaları

Sıra	Ülke	Firma	Gelir (Milyar Dolar)
1	ABD	Johnson & Johnson	82.06
2	İsviçre	Roche	63.85
3	Çin	Sinopharm	60.18
4	ABD	Pfizer	51.75
5	Almanya	Bayer	48.02
6	İsviçre	Novartis	47.45
7	ABD	Merck & Co.	46.84
8	Birleşik Krallık	GlaxoSmithKline	43.92
9	France	Sanofi	39.28
10	ABD	AbbVie	33.27

Kaynak: egezegen.com.

Dünyanın en büyük ilaç firmalarının başında 82 milyar dolar ile ABD merkezli Johnson & Johnson firması gelmektedir. Bu şirketin 200'e yakın aktif satılmakta olan ilacı bulunmaktadır. Listede yer alan tüm firmalar çok uluslu şirketler olup, pazara büyük oranda hakimdirler. Ancak kalan firmalarda birleşme ve satın alma faaliyetleriyle monopolleşerek, pazarda daha güçlü konuma gelmeyi hedeflemektedir. Aşağıdaki grafikte OECD ülkelerinin ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı verilmiştir.

Grafik 2: OECD Ülkelerinin İlaç Harcamaları (2018)



Kaynak: OECD, İEİS, 2019.

OECD ülkelerinin GSYH içindeki ilaç harcamaları incelendiğinde, 2.19 oran ile Yunanistan ilk sıradadır. Yunanistan'ın ilk sırada oluşu gelir düzeyinin OECD ortalamasının altında kalmasındandır. ABD ise yüksek gelir düzeyine rağmen 2.04 oran ile listede ikinci sırada yer almış. Bu pozisyonu ile ABD, pazarın baş aktörü olmasını ilaç sektörüne yaptığı harcamalar ile ispat etmiştir.

3. TÜRKİYE'DE İLAÇ ENDÜSTRİSİ

Türkiye ilaç endüstrisi, uluslararası standartlarda üretim yapan 83 tesisi, yaklaşık 470 kuruluş ve 12 binden fazla ürünü halkımızın hizmetine sunmaktadır (İEİS, 2019). Firmalar genelde Marmara bölgesinde toplanmış olup üretiminde nitelikli personeller hizmet vermektedir. 2018 yılında, ilaç endüstrisinde istihdam 2017 yılına göre % 6,3 artarak 37.788 kişi olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye ilaç pazarı, bir önceki yıla göre büyüyerek 2018 yılında yaklaşık 31 milyar TL'lik satış hacmine ulaşmıştır. Kutu bazında değerlendirildiğinde, Türkiye ilaç pazarında yaklaşık 2 milyar kutudan fazla ilaç satışı gerçekleşmiştir. Türkiye ilaç pazarı, 2018 yılında dünyanın 17'nci büyük pazarı konumundadır (TCSTB, 2019).

Türkiye ilaç endüstrisini en az savunma sektörü kadar önemli görmüş, bu alanda yerli üretim ve teknoloji kapasitesinin geliştirilmesi için 11. Plan döneminde alınabilecek tedbirler aşağıda gibi sıralanmıştır:

- Yerli malı belgesi alımı hususunda, belge alımındaki bürokratik süreçler kolaylaştırılmalı, problemlerin çözümüne uygun kamu alımları planlanmalı (özellikle yüzde 15 fiyat avantajı sağlayacak şekilde kullanılabilir olması), ihalelerde yüzde 15 fiyat avantajı uygulaması etkinleştirilmeli, "Yerli Malı" kavramının tanımı ve bununla ilgili üretim süreci aşamaları netleştirilmeli, belge alımı sonrasında piyasa gözetim-denetim mekanizması oluşturulmalıdır.

- İhale şartnamelerinde yerli üreticilere dezavantaj getiren eksiklik ve muğlaklıklar ortadan kaldırılmalıdır.
- Tıbbi cihaz test laboratuvarlarının eksiklik ve yetersizlikleri giderilmelidir. Sertifikasyonla ilgili denetim mekanizmaları arttırılmalıdır.
- Geri ödeme süreçleri düzenlenmelidir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın merkezi ve toplu alım politikalarının düzenlenmesi gerekmektedir (TCKB, 2018).

3.1. Araştırma-Geliştirme (Ar-Ge)

İlaç endüstrisinde Ar-Ge, yeni bir molekülün keşfini içeren temel Ar-Ge çalışmalarıdır. Keşfedilen molekülün laboratuvar ortamında belli aşamaları geçtikten sonra insanların yararına kullanılabilecek güvenli ve etkin bir ilaç olabilmesini sağlayan klinik araştırmalarını ve mevcut ürünler üzerinden geliştirilen yeni formülasyonlar ve kombinasyonlara dayalı çalışmalardır. (TCKB, 2014).

İlaç geliştirme uzun vadeli, maliyeti yüksek, ve riskli bir süreçtir. Onaylayıp piyasaya sürülen her ilaç, incelenen 5.000 ile 10.000 arasındaki molekül içinden seçilmektedir. İncelenen bu moleküller karmaşıklaştıkça ve ilaçlar için satış ruhsatı alma şartları ağırlaştıkça ilaç geliştirmenin maliyeti artmaktadır (Ernst&Young, 2011).

Dünyada Ar-Ge'ye en çok harcama yapan 2500 firma verilerine göre; en çok Ar-Ge harcaması yapılan ilk 10 sektör, toplam Ar-Ge harcamasının %77'lik kısmını oluşturmaktadır. 2018 yılı verilerine göre ilaç ve biyoteknoloji sektörü, yüksek maliyetli ve uzun süren Ar-

Ge çalışmaları içermesi sebebiyle toplam Ar-Ge harcamasından %13'lük pay alarak ikinci sırada yer almıştır. Söz konusu sektörde en çok Ar-Ge harcaması yapan ilk 5 firma sırasıyla Roche, Johnson&Jonhson, Merck, Novartis, Pfizer'dır (TCSTB, 2019).

EvaluatePharma'nın dünyadaki 500 büyük ilaç ve biyoteknoloji firması verilerini kullanarak gerçekleştirdiği analize göre ilaç sektörünün 2018 itibariyle küresel Ar-Ge harcamaları bir önceki yıla göre %6,5 oranında büyüyerek yaklaşık 179 milyar ABD doları olmuştur (TCSTB, 2019).

Türkiye ilaç sektörünün küresel rekabet gücünün artması için Ar-Ge çalışmaları krtitik role sahiptir. Katma değeri yüksek ilaçların geliştirilmesi için daha fazla gelişmiş donanıma ve daha fazla yetişmiş insan gücüne ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda endüstri, kamu ve üniversite işbirliği çok önemlidir (TCKB, 2014).

İlaç sektöründe yeni bir molekülün bulunması, aslında hem referans hem de eşdeğer ilaç firmaları için bir başlangıç noktasıdır. Ürünün, zaman içerisinde bu başlangıç noktasından ileriye taşınması beklenmelidir. Ürünün geliştirilmesi sürecinde de eşdeğer ilaç firmaları ile referans ilaç firmaları arasındaki rekabetin devam etmesi gereklidir. Eşdeğer ilaç firmaları, yeni fırsatlar içeren inovatif çalışmalar yaparak mevcut ürünleri daha ileri noktalara taşımaktadırlar. Bunun yanında tüm dünyada bitkisel ve kimyasal kaynaklı ilaç üretimi, bilim ve teknoloji alanındaki yeni gelişmeler kapsamında hızla yerini biyoteknolojik ilaçlara bırakmaktadır (İEİS).

İlaç sektöründe çalışan Ar-Ge personelinin sayısı 1.366 olup, üretim merkezi sayısı bakımından tüm sektörler içinde 10. sıradadır. 2018 yılı

Türkiye klinik araştırma sayısı 3.927 adettir. Bu rakam ile Türkiye dünyada 23'üncü, Avrupa'da ise 13'üncü sırada yer almaktadır.

Tablo 2: Ar-Ge Göstergeleri

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Akredite Merkezi Sayısı	4	4	5	7	10	14	18	26	31
ARGE Harcaması (Milyon TL)	92.1	194.2	191.5	210.3	219.2	234.3	219.5	314.1	-

Kaynak: İEİS, 2019.

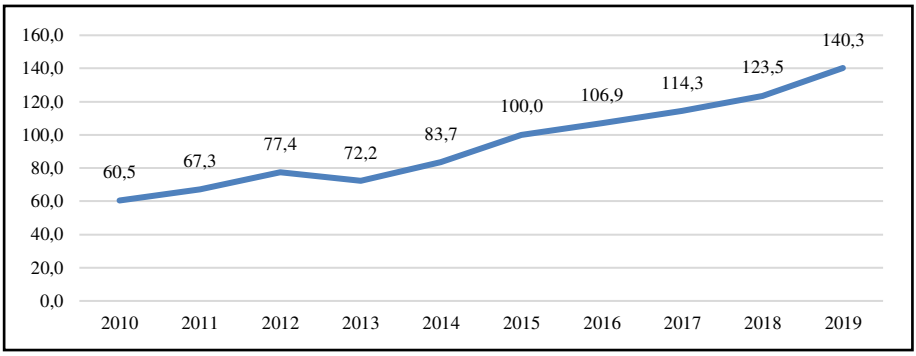
Tablo 2 incelendiğinde, Ar-Ge akredite merkezi sayısı 2010 yılında sadece 4 iken 2018 yılında 31'e yükselmiştir. Ar-Ge harcamaları ise 2010 yılında 92.1 milyon TL iken 2017 yılında 314.1 milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

3.2. Üretim

İlaç endüstrisi İyi İmalat Uygulamaları (GMP) Yönetmeliği'nin yürürlüğe girdiği 1984 yılından, günümüze kadar üretim teknolojisini yenilemiş, üretim makine parkını ülkemiz ihtiyacının üzerinde bir kapasiteye getirmiştir. Teknoloji ve kalite standartlarının uluslararası düzeyde olması gerekli ve zorunlu bir ön koşuldur (DPT, 2001).

Ülkemizde İmalat sanayi, istihdam ve katma değer yaratmasının yanında ihracat içindeki % 93'lük pay ile ekonomimizin temel yapı taşıdır. Aşağıdaki grafikte imalat sanayinin alt sektörleri içinde yer alan ilaç sektörü endeksi verilmiştir.

Grafik 3: İlaç Sektörü Endeksi

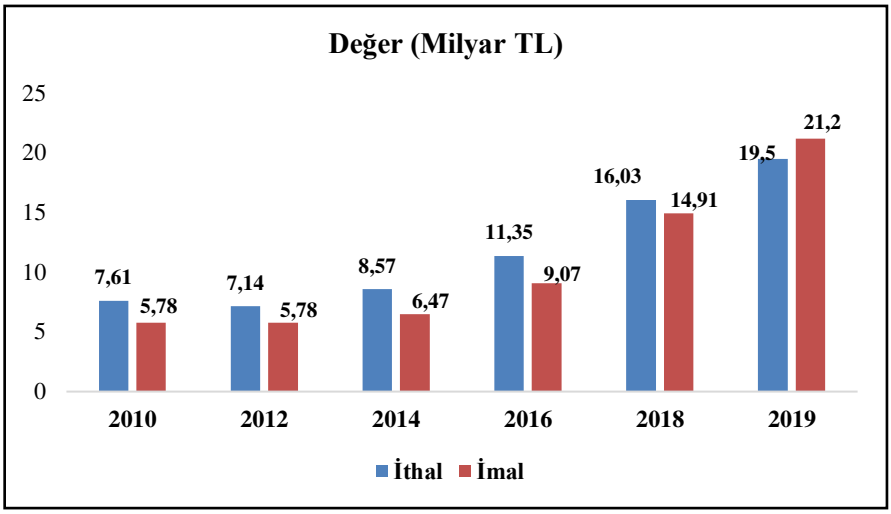


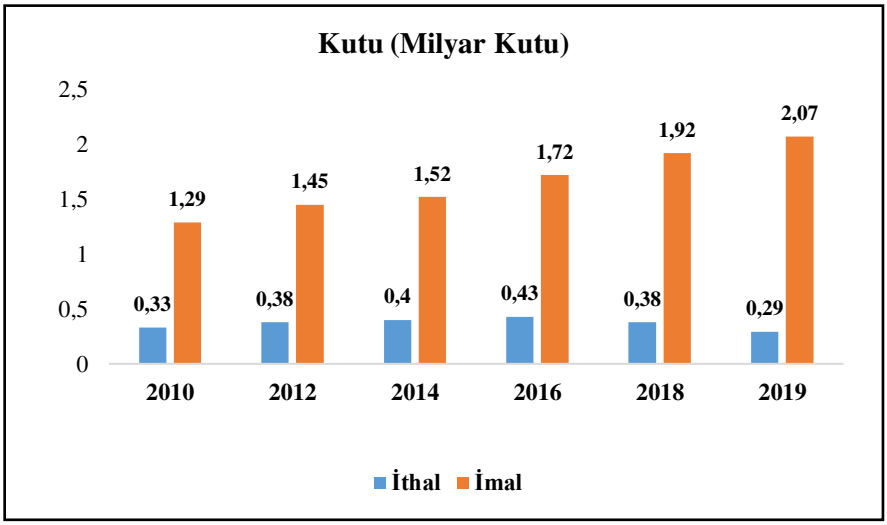
Kaynak: TÜİK, (2010=100, NACE Rev.2).

TÜİK verilerine göre 2015 yılı baz alındığında, "Temel Eczacılık Ürünlerinin ve Eczacılığa İlişkin Malzemelerin İmalatı"nda, mevsim ve takvim etkisinden arındırılmış sanayi üretim endeks değeri 2013 yılından sonra düzenli bir artış göstermiş olup, 2019 yılında en yüksek değerine ulaşmıştır. 2019 yılında endeks, bir önceki yıla göre %13.56 oranında artarak, ortalama 140.3 olarak hesaplanmıştır.

2019 yılında toplam sanayi üretimi %0,6, imalat sanayi %0,7 oranında azalırken, kimya sektörü imalatı %1,4 artmıştır. Aynı dönemde ilaç sektörü imalatı ise %13,5 artış oranıyla en hızlı büyüyen beşinci sektör olmuştur (İEİS, 2019).

Grafik 4: İthal-İmal İlaçlar (Değer, Kutu)





Kaynak: İEİS, 2019.

Türkiye'de tüketilen ilaçların kutu bazında % 87'si, değer bazında %52'si yurtiçi üretimden sağlanmaktadır. Kutu bazında ithal ilaçların payı son yıllarda düşüş göstermekle birlikte 2010 yılından bu yana Türkiye'de üretilen ilaçların değer olarak payı yükselmiştir.

Türkiye'de değer bazında uzun yıllar ithal ilaçların yerli ilaçlara karşı üstünlüğü gözlemlenmiştir. Bu üstünlüğün nedeni yabancı firmaların referans ağırlıklı ilaç üretiminde, yerli firmaların ise değer bazında daha düşük olan eşdeğer ilaç üretiminde bulunmasıdır.

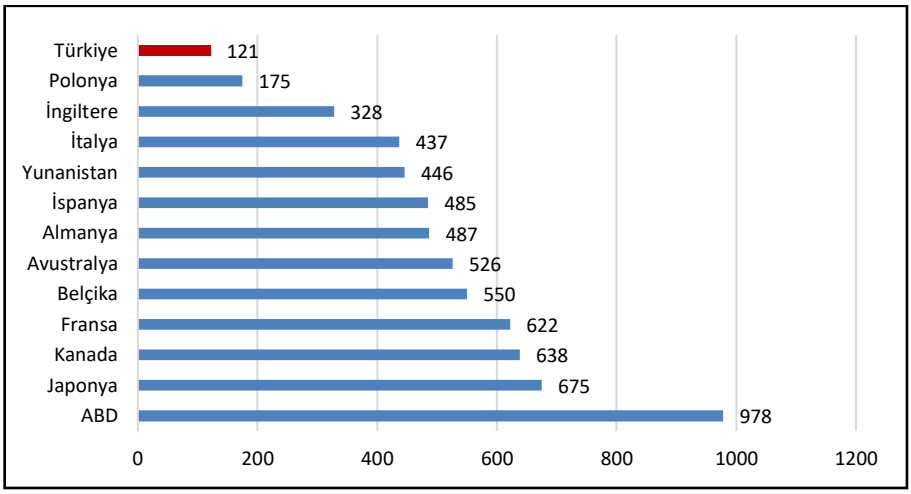
3.3. Tüketim

İlaç sektöründe tüketiciler (hastalar) ürünlerin özellikleri hakkında tam bilgiye sahip değildirler. Bu bağlamda kullanılacak reçeteli ilaçlar konusundaki nihai karar mercii doktorlardır. Ancak ilaç harcamalarının hastalar veya doktorlar tarafından değil, büyük oranda kamu ve sağlık sigortası kanalı ile karşılanıyor olması, talep yapısını dolayısıyla tüketimi de etkilemektedir (Atasever, 2015). Çünkü ilaç talep esnekliği düşük zorunlu mallar kapsamındadır. Ancak ilaç maliyetleri devlet veya sağlık güvenceleri yoluyla karşılanması durumunda, kullanım oranı değişkenlik gösterecektir. Öyle ki ilaç harcamalarında devletin ve sosyal güvenlik kurumunun etkinliği tüketiciler üzerindeki maliyetlerin düşmesine, ilacın talep esnekliğini artmasına dolayısıyla tüketimin artmasına neden olacaktır.

İlaç tüketimini etkileyen demografik ve ekonomik faktörlere bakıldığında; nüfus artış hızı, kültürel yapı, sağlık bilinci, kişi başına düşen gelir ve gelir dağılımı başlıca etkenler olarak sayılabilir. İlaç tüketimi 1996 yılında Türkiye'de tüketici fiyatlarıyla kişi basına 27 dolar iken, 2001 yılında ise 38 dolara çıkmıştır. Bu rakamların gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında çok düşük bir düzeyde olduğu gözlemlenmektedir. (Avrupa Birliği Ülkeleri, ABD ve Japonya'dan 20 kat daha düşük). Türkiye kişi başına düşen ilaç tüketiminde de kutu

adedi olarak da Avrupa ülkeleri arasında en az ilaç tüketen ülke konumundadır. Sektörün 2023 yılı ön görüsü 160 dolar seviyesidir. Dünya'da kişi bası ilaç tüketimi en düşük ülkelerden biri Türkiye'dir. 2000 yılında 40 dolar olan kişi başı ilaç tüketimi, 2005 yılında 92 dolara yükselmiştir (Söğüt, 2006: 32). Aşağıdaki grafikte seçilmiş ülkeler ve Türkiye için 2010 yılı kişi başı ilaç tüketim tutarları verilmiştir.

Grafik 5: 2010 Yılı Dolar Bazında ($) Kişi Başı İlaç Tüketimi



Kaynak: TİSD.

Türkiye'de 2010 yılı dolar bazı kişi başı ilaç tüketimi 121 dolardır. Kişi başı ilaç tüketimi en fazla ülkeler 978 dolar ile ABD, 675 dolar ile Japonya ve 638 dolar ile Kanada olmuştur. Özellikle ABD, Japonya ve Fransa'nın ilaç pazarında söz sahibi ülkeler olmasında, kendi iç dinamiklerinden kaynaklı tüketimin etkisi söz konusudur.

Aşağıdaki Tablo 6'da Türkiye-OECD ilaç kullanım istatistikleri karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Tablo 6 incelendiğinde, Türkiye

antihipertansif, kolesterol düşürücü, anti-depresan ilaçlarında OECD ortalamasının altında tüketim gerçekleştirmiştir. Ancak anti-diyabetik ve antibiyotik ilaç kullanımında OECD ortalamasının üzerinde yer almıştır. OECD ülkeleri içinde türlerine göre 1.000 kişiye düşen günlük ilaç tüketimi; antihipertansif ilaçlarda en fazla Almanya (593), kolesterol düşürücü ilaçlarda en fazla Birleşik Krallıktır (149). Anti-diyabetik ilaçlarda en fazla Finlandiya (92), anti-depresan ilaçlarda en fazla Letonya (15) ve antibiyotik ilaçlarda en fazla Yunanistan (36,3) olarak gözlemlenmiştir. Türkiye kolesterol düşürücü ilaç tüketiminde (22) OECD ülkeleri içinde son sırada yer almıştır.

Tablo 3: Türkiye-OECD İlaç Kullanım Göstergeleri

Türlerine Göre İlaçlar	**Türkiye**	**OECD Ort.**	**OECD En Çok**	**OECD En Az**
1.000 Kişiye Düşen Günlük Antihipertansif İlaç Tüketimi	141	320	Almanya-593	Kore-132
1.000 Kişiye Düşen Günlük Kolesterol Düşürücü İlaç Tüketimi	22	103	Birleşik Krallık-149	Türkiye-22
1.000 Kişiye Düşen Günlük Anti-Diyabetik İlaç Tüketimi	73	68	Finlandiya-92	Letonya-46
1.000 Kişiye Düşen Günlük Anti-Depresan İlaç Tüketimi	44	63	Letonya-15	İzlanda-141
1.000 Kişiye Düşen Günlük Antibiyotik Tüketim Miktarı	35,3	20,7	Yunanistan-36,3	İsveç-13,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019.

Daha fazla satış yapabilmek için ilaç tüketimini teşvik etmek ve ilaç sektöründe kar amacı ile ilaç satışını artırmak doğru bir politika değildir. Çünkü bu sektörde bireysel çıkar değil, halk sağlığı ön planda olmalı ve kar amacı yerine toplumsal refah hedeflenmelidir.

3.4. Dış Ticaret

2014 yılında 805 milyon ABD doları seviyesinde olan ilaç ihracatı 2019 yılında %61 artışla 1.304 milyon ABD dolarına ulaşmıştır. İlaç ithalatı ise 2014 yılından 2019 yılına gelinirken %9.2 oranında artmıştır.

Tablo 4: İlaç Endüstrisi Dış Ticaret Verileri (Bin ABD $)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
İhracat	805.583	878.098	826.774	875.310	1.172.510	1.304.256
İthalat	4.428.199	4.296.440	4.217.114	4.449.096	4.363.425	4.764.288
Toplam İhracat İçindeki İlaç Payı	0,51%	0,61%	0,58%	0,56%	0,70%	0,76%
Toplam İthalat İçindeki İlaç Payı	1,83%	2,07%	2,12%	1,90%	1,96%	2,35%
İhracatın İthalatı Karşılama oranı	18,19%	20,44%	19,61%	19,67%	26,87%	27,38%

Kaynak: TİSD.

2019 Yılı verilerine göre, toplam ihracat içerisindeki eczacılık ürünlerinin payı %0,76 olarak gerçekleşmiştir. 2018 yılı verileri incelendiğinde bu oranın %0,70 olduğu görülmektedir. 2019 Yılı verilerine göre, toplam ithalat içerisindeki eczacılık ürünlerinin payı %2,35 olarak gerçekleşmiştir. Bir önceki yıl (2018) İhracat rakamı ile son 12 Ay İhracat (2019) rakamı karşılaştırıldığında eczacılık ürünleri ihracatında %11,24 oranında artmıştır. Bir önceki yıl İthalat (2018) rakamı ile son 12 Ay İthalat (2019) rakamı karşılaştırıldığında eczacılık ürünleri ithalatında %9,19 oranında artış

gerçekleşmiştir. İhracatın ithalatı karşılama oranı son yıllarda artış göstermiş 2019 yılında %27,38 olarak gerçekleşmiştir.

2018 yılında ilaç sektörü ihracatında ilk sırayı G. Kore almaktadır. Daha sonra Irak, İsviçre, Slovenya ve Kıbrıs diğer önemli ihracat pazarlarımız olmuştur. Bunun yanı sıra, Ortadoğu ve Kuzey Afrika, Orta Asya ve Kafkaslar, Rusya Federasyonu ve Avrupa ülkeleri de potansiyel ihracat pazarlardandır (SATSO, 2019).

4. SONUÇ

İlaç endüstrisi yaklaşık 1,3 trilyon dolara ulaşan pazar büyüklüğü ile en az savunma kadar stratejik öneme sahip bir sektördür. ABD 485 milyar ile bu pazarın %37'sine, Çin 132 milyar ile %10'una ve Japonya 86 milyar ile %6'sına hakimdir. Türkiye 8 milyar dolar ile ilaç pazarında 17. sırada yer almaktadır.

Türkiye ilaç endüstrisi 100 yıllık geçmişi olan ancak önemli atılımlarını son yıllarda gerçekleştiren bir sektördür. Özellikle İyi İmalat Uygulamaları (GMP) Yönetmeliği'nin yürürlüğe girdiği 1984 yılından, günümüze kadar üretim teknolojisi yenilenmiş, üretim makine parkı ülke ihtiyacının üzerinde bir kapasiteye getirilmiştir. Son 10 yılda Türkiye'de tüketilen ilaçların, kutu ve değer bazında yurtiçi üretim oranı artmıştır. Yurtiçi üretim, kutu bazında %79'dan %87'ye, değer bazında %43'ten %52'ye yükselmiştir. İlaç sektöründe dış ticaret verileri incelendiğinde ülke lehine olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Son 5 yıl içinde ilaç ihracatı %61, ilaç ithalatı da %9.2 oranında artmıştır. Yine son 5 yıl içinde ihracatın ithalatı karşılama oranı %18'den %27'ye yükselmiştir. Ancak ilaç sektöründe dışa bağımlılık devam etmiş ve

2019 yılı itibarıyla dış ticaret açığımız 3,4 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye ilaç endüstrisi; uzman personeli, üretim standartları, teknolojisi ve kapasitesi ile hızla gelişen bir yapıya sahiptir. Ancak Ar-ge faaliyetlerine ayrılan kaynakların istenilen düzeyde olmaması, yenilik temelli ilaç sektörünün üstesinden gelmesi gereken bir konudur. Türkiye 2010 yılında 4 olan Ar-Ge akredite merkezi sayısını 2018 yılında 31'e çıkartmış, 2010 yılında 92.1 milyon TL olan Ar-Ge harcamalarını ise 2017 yılında 314.1 milyon TL'ye yükseltmiştir. Fakat pazarda öncü ülkeler ile kıyaslandığında, bu gelişmelerin yeterliği olmadığı gözlemlenmektedir.

İlaç endüstrisinde Ar-Ge başta olmak üzere, teknoloji ve yenilik anlamında ulusal adımlar atılmalı ve yurtiçi üretim desteklenmelidir. Bu bağlamda devletin ilaç endüstrisi için gerekli fonları yaratıp endüstri-üniversite ve kamu-üniversite işbirliği içerisinde ilaç politikalarını yürütmelidir. Bu politikalar hem toplum sağlığında güven oluşturup hem de ülke ekonomisine katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Atasever, Mehmet (2015). Türkiye İlaç Sektörü Analizi. 1. Baskı.

DPT, (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2540 İK: 556.

İEİS, (2019). Türkiye İlaç Sektörü 2018.

İEİS, (2019). Sanayi Üretimi Analizi.www.ieis.org.tr.

İEİS, http://www.ieis.org.tr. Erişim Tarihi: 18.06.2020.

egezegen.com. https://egezegen.com/saglik/dunyanin-en-buyuk-ilac-firmalari/.

Ernst&Young (2011). Dünyada ve Türkiye'de İlaç Sektörü.

OECD, (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü), İlaç Harcamaları, https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart. Erişim tarihi: 12.06.2020.

Sağlık Bakanlığı, (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara.

Sögüt, Orhan (2006). Türk İlaç Sanayi Ar-Ge Çalışmalarında Finans Sorunları, T.C. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İsletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

TCEB, (2016). Türkiye Cumhuriyeti Ekonomi Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü Raporu.

TCKB, (2018). Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). İmalat Sanayii Politikaları Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara 2018.

TCKB, (2014). Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı (2014-2019). İlaç Çalışma Grubu Raporu, Ankara 2014.

TCSTB, (2019). Türkiye Cumhuriyeti Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, İlaç Sektörü Raporu 2019.

TİSD, (Türkiye İlaç Sanayi Derneği). http://www.tisd.org.tr/.

TTGV, (2018). Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı. Sağlık Değer Zinciri 101.

TÜİK, (Türkiye İstatistik Kurumu). Sanayi Üretim Endeksi (2015=100). Mevsim ve Takvim Etkisinden Arındırılmış Sanayi Üretim Endeksi, 2005-2020. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1024.

BÖLÜM 4

SAĞLIK STATÜSÜNÜN SOSYO-EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ

Deniz ŞİMŞEK[7] *C. Yenal KESBİÇ*[8]

[7] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: deniz.smsk@gmail.com
[8] Prof. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: c.yenalkesbic@gmail.com

1.GİRİŞ

İnsani gelişme açısından bireylere ve topluma daha iyi bir yaşam sağlayabilmek, kalkınmanın esas amacını oluşturmaktadır. Bu amaca ulaşabilmek için, ülkeler çeşitli politikalar geliştirmekte ve bireylerin yaşam koşullarının daha iyi şartlarda sürdürebilmesi için gerekli alt yapı yatırımlarını yapmaktadır. Daha iyi bir yaşam statüsü ediniminin temel unsurlarından biri de sağlıktır. Sağlıklı bireyler sağlıklı toplumları oluşturmaktadır. Bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin biçimde kullanılması ve toplumsal sağlığın yaşam kalitesinin yüksek düzeyde tutulması önemli politika hedefleri arasında bulunmaktadır. Uygulanan sağlık politikalarının etkinliği ise bir takım sağlık çıktısı göstergeleri ile izlenebilmektedir. Ülkelerin sağlık çıktısı göstergeleri, aynı zamanda sağlık statüsü hakkında bilgi vermektedir. Sağlık statüsü, birey ya da toplumun sağlık durumunun detayları hakkında bilgi vermektedir

Sağlık statüsü üzerinde birçok sosyal ve ekonomik faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Bu sosyal ve ekonomik faktörlerin sağlık statüsü üzerindeki etkilerinin analiz edilmesi politika yapıcılarının sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

2. SAĞLIK VE SAĞLIK STATÜSÜ

2.1. Sağlık Kavramı

Geleneksel anlayışa göre sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanımı ile sağlıklı olma durumunu hastalık ve sakatlıkla ilişkilendirmiş, hasta ve sakat

olmayan herkes sağlıklı olarak değerlendirilmiştir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 35).

Sağlık kavramının negatif ve pozitif olarak iki tanımından söz etmek mümkündür. Sağlığın hastalık ve sakatlıkla ilişkilendirilmesi negatif sağlık tanımı olarak ifade edilmektedir. Yan, Negatif sağlık breyin fiziksel ve psikolojik hastalıklarını göz önünde bulundurarak yapılan tanımlamasıdır. Sağlığın pozitif tanımlaması ise, sağlıklı olma durumunun birçok faktörle ilgili olmasının ve bütün bir yaşam boyu çekilen acı ve ızdırap gibi dezavantajları içermektedir (Çelik, 2019: 26). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamaya göre; sağlık, yalnızca bir hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal anlamda tam bir iyilik hali anlamına gelmektedir (Dünya Sağlık Örgütü,1998: 45).

2.2. Sağlık Statüsü

Sağlık statüsü, bireyin sağlık halinin ne düzeyde olduğunu açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Birey ya da toplum için sağlık durumunun detaylarını kapsar. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının direkt olarak belirlenmesi zordur. Bu nedenle çeşitli sağlık göstergelerinden yararlanılmaktadır. Sağlık göstergeleri arasında; doğumda beklenen yaşam süresi, mortalite ve morbidite gibi en sık kullanılan bu göstergeler aynı zamanda toplumun sağlık statüsünün belirlenmesinde önemli yer tutmaktadır.

Bir toplumda sağlık statüsünün belirlenmesi o toplumda bireylerin sağlık taleplerinin belirlenmesi ve bu taleplerin giderilmesi yönünde sağlık hizmeti sunulması açısından önemlidir.

2.3. Sağlık Statüsü Göstergeleri

Sağlık statüsünün ölçümü için verilerin elde edilmesinin kolay olması nedeniyle daha çok; doğumda beklenen yaşam süresi, ölüm oranları (mortalite) ve hastalık (morbidite) gibi ölçümler kullanılmaktadır.

2.3.1. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Doğumda beklenen yaşam süresi ya da yaşam beklentisi, belli bir yılda doğan bir kişinin ortalama yaşam süresini vermektedir. Diğer bir ifadeyle dünyaya gelen bir kişinin kaç yıl ömrü olduğunu gösteren bir ölçüttür. Doğumda beklenen yaşam süresi genelde yeni doğmuş bebekler için kullanılırken, yaşam beklentisi doğum yılından bağımsız bir yaşta olan bireyler içinde hesaplanan bir kavramdır. Bu ölçüt ülkelerin nüfus ve ölüm kayıtları üzerinden "yaşam tablosu yöntemi" ile hesaplanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, doğumda beklenen yaşam süresi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksekken, kadınlarda beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha uzun olduğunu söylemem mümkündür (Çelik, 2019: 32).

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinden bahsederken akla ilk gelen o ülkenin sahip olduğu gelir düzeyidir. Ancak günümüzde, gelişmişlik nitelendirmesi yaparken Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından geliştirilen İnsani Kalkınma Endeksi (İKE) göz önünde bulundurulur. Söz konusu endeks içerisinde iktisadi kalkınmayı

ya da gelişmeyi, birçok değişkenin dolaylı olarak temsil ettiği düşünülen üç değişken üzerinden hesaplanmaktadır. Bu değişkenler, refah kriteri olarak Satın Alma Gücü Paritesi'ne (SGP) göre kişi başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (kişi başı GSYİH), eğitim kriteri olarak yetişkin okuma-yazma oranı ve okullaşma oranı ve sağlık kriteri olarak, aynı zamanda bir sağlık statüsünü de temsil eden, doğumda beklenen yaşam süresi olarak sıralanmaktadır.

Tablo 1: Doğumda Yaşam Beklentisi (yıl)

	Toplam		**Kadın**		**Erkek**	
	2017	**2018**	**2017**	**2018**	**2017**	**2018**
Yüksek gelir	80,7	80,7	83,4	83,4	78,2	78,2
Üst orta gelir	75,5	75,7	78,3	78,5	73,0	73,2
Orta gelir	71,7	71,9	74,0	74,2	69,6	69,8
Düşük orta gelir	68,3	68,5	70,1	70,3	66,7	66,9
Düşük gelir	63,4	63,8	65,3	65,7	61,5	61,9
OECD üyeleri	80,1	80,2	82,8	82,8	77,5	77,6
Dünya	72,4	72,6	74,7	74,9	70,2	70,4
Türkiye	77,2	77,4	80,1	80,3	74,1	74,4

Kaynak: Dünya Bankası

Tablo 1'de doğumda beklenen yaşam sürelerine ait verilere yer verilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde sağlıklı doğmuş bir bireyin ortalama 80 yıl yaşayacağı görülmektedir. Gelir düzeyi düştükçe yaşam süresinin de kısaldığı dikkat çekmektedir. Türkiye ise OECD ve Dünya ortalamalarının altında yer almakla berber üst orta gelir grubu ülkelerine göre daha uzun yaşam süresine sahiptir.

2.3.2. Ölüm Oranı (Mortalite)

Bir ülkede bireylerin ölüm nedenleri hakkındaki bilgiler o toplumun sağlık statüsü hakkında bilgi içermektedir. Ölüm oranları kolay elde edilen bir veridir. Mortaliteyi etkileyen birçok faktör vardır. Ölüm oranları; cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelir düzeyi gibi demografik ve sosyoekonomik faktörler, sigara içme, alkol alımı, diyet alışkanlığı ve fiziksel aktivite derecesi gibi sağlık davranış faktörlerine göre farklı faktörlerden etkilenmektedir (Kwon ve Nguyen, 2019: 557-558). Ölüm oranları, kaba ölüm oranları ve özel ölüm oranları olarak iki gruba ayırabiliriz. Özel ölüm oranları ise yaşa cinsiyete göre ölüm oranları, çocuk ve bebek ölüm oranları gibi ölüm oranları olarak sınıflandırılabilir.

2.3.2.1. Kaba Ölüm Hızı

Bir takvim yılında belli bir bölgede; ölüm nedeni, yaş, cinsiyet vb. gözetilmeksizin gerçekleşen tüm ölümler olarak ifade edilir. Kaba ölüm hızı en çok kullanılan ölçüt olmasına rağmen, ölüm olgusunun sınıflandırılmaması nedeniyle bize bir ülkenin sağlık statüsü hakkında bilgi vermemektedir. Kaba ölüm hızının, yaşa, cinsiyete, bölgeye dayalı bir analizi yapılarak toplumun hastalık ve ölüm nedenleri ayrıştırılması özel ölüm hızını belirler.

$$\text{Kaba Ölüm Hızı} = \frac{\textit{Bir toplumda belli bir zamanda meydana gelen ölümlerin sayısı}}{\textit{Aynı toplumun aynı süredeki nüfusu}} \text{ x k}$$

(1000)

Kaba Ölüm hızının; hesaplanması kolay olması, bir topluma yönelik ortalama ölüm tehlikesini ölçmesi, benzer yaş ve cinsiyete sahip iki toplumun göreceli ölüm hızını karşılaştırmak, zaman aralığı birbirine yakın olduğu sürece bölgesel karşılaştırmaya izin vermek gibi avantajları bulunmaktadır. Ancak, bir toplumun yaş grubuna, cinsiyete, ırksal, mesleki vb. gibi demografik, sosyo-kültürel yapısı hakkında bilgi içermemek gibi dezavantajlara da sahiptir (Çelik, 2019: 30).

Tablo 2: Ölüm Oranı, Kaba (1000 kişi başına)

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Yüksek gelir	8,40	8,69	8,65	8,82	8,87
Üst orta gelir	7,20	7,17	7,16	7,15	7,16
Orta gelir	7,32	7,28	7,25	7,23	7,23
Düşük orta gelir	7,43	7,38	7,33	7,30	7,29
Düşük gelir	8,45	8,22	8,01	7,83	7,66
OECD üyeleri	8,24	8,53	8,48	8,65	8,71
Dünya	7,60	7,59	7,54	7,54	7,53
Türkiye	5,44	5,40	5,39	5,39	5,41

Kaynak: Dünya Bankası

Tablo 2'de yer alan kaba ölüm oranlarına göre Türkiye OECD ve Dünya ortalamalarının altında yer almaktadır. Bu iyi bir oran olmakla birlikte kaba ölüm oranları ülkeler arasında karşılaştırma yapmak için çok sağlıklı bir gösterge olmamaktadır.

2.3.2.2. Özel Ölüm Hızı

Bir takvim yılında bir bölgede ölümlerin nedeni yaş grubu ve cinsiyet vb. özellikleri dikkate alınarak ölçülen ölüm hızı özel ölüm hızı

denmektedir. Özel ölüm oranları, kaba ölüm oranının aksine ölüm nedenlerinin detaylı analizini sağladığı için, toplumun sağlık statüsü hakkında detaylı bilgi almayı mümkün kılmaktadır.

2.3.2.2.1. Yaşa ve Cinsiyete Göre Ölüm Hızı

Belirli bir dönemde yaş grupları (15-20 yaş, 65 ve üzeri yaş gibi) ve cinsiyet özellikleri dikkate alınarak ölçülen ölüm hızıdır. Yaşa ve cinsiyete göre ölüm hızlarının hesaplanması bir toplumun hastalık ve ölüm nedenleri hakkında daha geniş bilgi sahibi olunmasını sağlar.

2.3.2.2.2. Bebek ve Çocuk Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı, bir toplumda bir yılda canlı doğan ve bir yılı tamamlamadan önce ölen bebek sayısının, aynı yıldaki canlı doğan bebek sayısına oranının 1000 ile çarpılması sonucudur. Bebek ölüm hızı, belli bir dönemde doğan 1000 bebekten kaçının hayatta kaldığını yani canlı doğan bebek sayısını gösteren ölçüttür. Burada önemli olan nokta, bebek ölümü olarak nitelendirilmesinin bebeğin canlı doğumdan sonra ölümün gerçekleşmesine bağlıdır. Çocuk ölüm hızı ise; bir yılda bir toplumda beş yaşını tamamlamadan ölen çocuk sayısının, aynı yıl içinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1000 ile çarpılması sonucudur (Boz ve Kurtuluş, 2017: 44). Bebek ve çocuk ölüm hızları bir toplumun genel sağlık seviyesi hakkında bilgi verir. Bu ölüm hız, 0-1 yaş arası sağlık düzeyini belirlemek ve bu amaçla sağlanan sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan bir ölçüttür (UNICEF, 1991:115). Bebek ölüm oranı dünya genelinde makro açıdan bir ülkenin sağlık statüsünün saptanması için başvurulan en iyi sağlık

göstergelerinden biri olarak kabul edilir; ayrıca kalkınmanın en temel göstergeleri arasında yer almaktadır (SBB, 2006:201).

Tablo 3'te yeni doğan, bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranları verilmiştir.

Tablo 3: Ölüm oranı (1000 canlı doğumda)

	Yenidoğan		**Bebek**		**5 Yaş Altı**	
	2017	**2018**	**2017**	**2018**	**2017**	**2018**
Yüksek gelir	2,9	2,8	4,3	4,3	5,1	5
Üst orta gelir	6,9	6,6	11,3	10,8	13,2	12,6
Orta gelir	17,9	17,5	28,2	27,4	37,0	35,8
Düşük orta gelir	24,4	23,7	38	36,9	37,0	35,8
Düşük gelir	26,9	26,4	49,4	48,1	70,3	68,1
OECD üyeleri	3,7	3,6	5,7	5,5	6,65	6,43
Dünya	18,2	17,7	29,7	28,9	39,8	38,6
Türkiye	5,7	5,5	9,7	9,1	11,2	10,6

Kaynak: Dünya Bankası

Bebek ölüm oranları ülkelerin gelişmişlik refah düzeyleri ve sağlık statüleri hakkında bilgi edinilmesi açısından önemli bir göstergedir. Tabloda görüldüğü üzere düşük gelir gruplarında yeni doğan, bebek ve beş yaş altı ölüm oranları çok yüksektir. Türkiye ise yüksek gelir düzeyi ülkelere göre yüksek oranlara sahiptir.

2.3.3. Hastalık Bilgisi (Morbidite)

Sağlık statüsü göstergeleri arasında belirli bir hastalığa yakalananlar ya da vücudun sağlamlığı gibi bilgileri içeren hastalık bilgisi göstergesi de bulunmaktadır. Bu gösterge ile ilgili verilere erişmek zor olmakla birlikte; hastalık görüş alışverişi ve tedavi oranları kayıtları, yatan hasta

bilgileri, etkinlik analiz kayıtları sonucu elde edilen hastalık hakkında sağlanan bilgiler ve genel uygulamalar ve ulusal hastalık araştırmaları bu verilerden bazılarıdır (Çelik, 2019: 32-33).

3. SAĞLIK STATÜSÜNÜN SOSYO-EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ

Sosyal ve ekonomik koşullar sağlığın temel belirleyicileri arasında gösterilmektedir. Sosyal faktörler sağlık ve risk davranışlarını, çevresel riskleri ve sağlık kaynaklarına erişimi etkiler. Genellikle insanların sosyal pozisyonları ile sağlık durumları arasında ters yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini daha iyi anlamak, sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve kötü sağlıkla ilişkili sosyal ve ekonomik faktörleri ele almak için politikalar tasarlamak önemli bir gerekliliktir. Özellikle, sağlık hizmetlerine sürekli erişime ihtiyaç duyan nüfus için sağlık hizmetlerinde eşit olmayan bir şekilde dağılım söz konusu olmaktadır. Bu nedenle sağlık statüsünün, sağlık risklerinin ve sağlık hizmetlerine erişimin toplumdaki dağılımında adaletin sağlanmasında kararlı politikalar uygulanması önem arz etmektedir. Bireylerin kullanabileceği sosyal ve ekonomik kaynakları tanımlamak için sosyoekonomik pozisyon (SEP) kavramı kullanır. Daha düşük SEP gruplarında sağlık göstergeleri daha kötü iken, yüksek SEP gruplarında sağlık göstergeleri daha iyi bir tablo çizmektedir (Bhutta, 2014: 1204) Sağlık göstergeleri ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki, birçok araştırmaya konu olmuştur. Literatürde; düşük gelir düzeyi, düşük refah düzeyi, düşük eğitim düzeyi veya düşük sosyal statüye sahip bireylerin genellikle daha genç yaşta öldüğünü gösteren çalışmalar yer

almaktadır. 1851'deki İngiliz nüfus sayımında, meslek gruplarına göre ayrılmış sosyal sınıflar arasında, daha düşük gelirli (vasıfsız) sınıflarda ölüm oranlarının vasıflı sınıflara mensup kişilerden daha yüksek ölüm oranlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Macintyre, 1997; Cutler, Deaton ve Lleras-Muney, 2006).

3.1. Sağlık Statüsünün Sosyal Belirleyicileri

Bireyin içinde yaşadığı toplumda kontrolünde olan ve olmayan sosyal bir yapının içinde yaşamını sürdürmektedir. Bireyin doğduğu ilk andan yaşam çizgisi boyunca fiziksel olarak barındığı coğrafi bir bölge ve o bölgenin sunduğu imkanlar doğrultusunda yaşamaktadır. Her bireyin fiziksel olarak yaşadığı çevre, sahip olduğu sosyo-kültürel alışkanlıklar, yaşadığı çevrenin güvenliği, sağlık hizmetlerine erişim imkanı, aldığı eğitimin düzeyi onun sağlık statüsü üzerinde olumlu ve olumsuz bir etkiye sahiptir. Bu başlık altında sağlık statüsü üzerinde en çok etkiye sahip sosyal belirleyicilere yer verilmektedir.

3.1.1. Çevre ve Sağlık İlişkisi

Hızlı sanayileşme ve ekolojik dengenin bozulması bireylerin yaşadığı çevrenin kalitesini düşürmektedir. Ekonomik gelişme ile birlikte; tüketimin ve endüstriyel faaliyetlerin yoğunluğu, verimli arazilerin tahrip edilmesi, nüfusun ve kentleşme oranının artış göstermesi, yenilenemeyen enerji kaynaklarının kullanımının artmasına bağlı sera gazı salınımlarının artması ve tüm yaşamsal faaliyetlerin sonucu doğal kaynakların hor kullanılması, çevrenin tahrip olmasına yol açmaktadır. Çevre kalitesinin bu denli bozulmasının kısa ve uzun dönemde yaşam

kalitesinin düşmesine ve insan sağlığı üzerinde ciddi sorunlara neden olmaktadır. (Assadzade, Bastan ve Shahhverdı., 2014; Gangadharan, Valenzula, 2000: 4).

Sağlık ve çevre ilişkisi daha çok sürdürülebilir kalkınma kavramına atıfta bulunur. Sürdürülebilir kalkınma, ekosistemlerin taşıma kapasitesi içerisinde yaşarken yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olarak ifade edilir. Taşıma kapasitesi ise, kaynakların nasıl, kaç kişi tarafından kullandığına ve israf edildiğine bağlı olarak bölgeden bölgeye değişmektedir. Ülkeler tarafından bu taşıma kapasitesi ihlal edildiğinde ekonomik büyüme hedeflerine ulaşmanın mümkün olmayacağı söylenebilir (Litsios, 1994: 194). Diğer taraftan, sürdürülebilir kalkınma kavramı çevreyi koruma girişimlerinin yanında, gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğine engel teşkil etmeden, şimdiki neslin ihtiyaçlarını karşılayabilme gücünü temsil eder. Burada bahsi geçen ihtiyaçlardan kasıt sadece yeme, içme ve barınma değil aynı zamanda daha iyi sağlık hizmetlerine erişim, sosyal güvenlik, daha temiz bir çevre ya da teknolojik aletlerden oluşan mallara duyulan ihtiyaç olabilmektedir (Çelik, 2019: 149-150).

Narayan ve Narayan, (2008), ekonomik büyümenin çevresel bozulma pahasına devam edeceğini ve bu sürecin ölümle sonuçlanmasının yanında, kirliliğe bağlı sağlık hastalıkları riskini arttıracağına dikkat çekmektedirler. Çalışmada özellikle çocukların ve yaşlıların hava kirliliğinden en fazla etkilenenler arasında olmasının endişe yarattığı ve bu durumun politika uygulaması gerektirdiğinin önemi vurgulanmaktadır. Yahaya vd. (2016), gelişmekte olan ülkelerde ekonomik

faaliyetlerin genişlemesiyle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde sağlık bütçeleri üzerinde daha fazla baskı yaratarak, çevreyi bozduğu sonucuna varmaktadır.

Çevrenin tahrip edilmesi ve verimli toprakların yok olmasının bir diğer sonucu da, bireylerin besin zincirinin de etkilenmesine yol açmaktadır. Sağlıklı ve uzun yaşamın yolu, sağlıklı ve dengeli beslenmeden geçmektedir. Erden ve Koyuncu (2014), insanların tükettiği besinlerin genetiğinin değiştirilmesi, genetiği değiştirilmiş besinlerin giderek besin zincirinde büyük oranda yer edinmesinin ve insan metabolizmasında birikmesi sonucu kişilerin sağlığını riske atacağına yer verilmiştir.

World Health Organization. (2016), hava kirliliğine maruz kalma ve buna bağlı hastalık yüküne ilişkin küresel değerlendirmesinde, hava kirleticilerine maruz kalmak insan sağlığını etkileyerek mortalite ve morbiditenin artmasına neden olduğuna yer vermektedir. Söz konusu raporda, hava kirliliği en büyük çevresel risk faktörü olduğuna değinilmektedir. Hava kirliliğine yol açan kaynaklar aynı zamanda iklim kirleticileri (CO2 veya siyah karbon gibi) ürettiği için sürdürülebilir kalkınmanın açık bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hava kirliliğinin üstesinden gelecek ve sağlığı koruyacak politikaların izlenmesi ve değerlendirilmesine dikkat çekilmektedir.

3.1.2. Eğitim Durumu

Eğitim ve sağlık düzeylerinin, yaşam standardının örtük bileşenleridir (Mushkin, 1962: 131). Eğitim, doğumdan itibaren yaşam boyu süren bir süreçtir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri açısından eğitimsel kazanımdaki artış önemli bir sosyal hedeftir. Literatürde, eğitim ve sağlık statüsü arasında bir ilişki olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Kalichman ve Rompa, 2000; Omachi, Sarkar, Yelin, Blanc ve Katz, 2013). Aralarındaki bu ilişkinin en tutarlı ve güçlü bulgulardan biri, annelerin eğitim düzeyi ile çocuk ölümleri arasındaki güçlü ilişkinin olduğudur. Çalışmaların sonuçları, annenin eğitimindeki 1 yıllık artışın, 5 yaşından küçük çocuklarda mortalitede % 7–9 oranında bir azalma olduğunu göstermektedir. Ayrıca, eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda doğurganlıktaki azalmaya bağlı olarak da çocuk ve anne ölüm oranlarının azaldığı söylenebilir (Bhutta, 2014: 1204-1205).

Eğitim düzeyi yüksek bireylerin, eğitim düzeyi düşük bireylere göre daha düşük düzeylerde morbidite(hastalık), mortalite(ölüm) göstergesine sahiptir. Ross ve Wu (1995) çalışmalarında, eğitimle sağlık statüsü arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin; işsiz kalma olasılığının düşük olduğu, yüksek gelire ve düşük ekonomik sıkıntılara sahip olduğu, fiziksel aktiviteye önem verdikleri, sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol duygusuna sahip oldukları ve sosyal desteklerinin yüksek oldukları kanıtlarına rastlamışlardır. Yüksek eğitim düzeyinin iş ve ekonomik koşullar, sosyal-psikolojik kaynaklar ve sağlık yaşam tarzı yoluyla dolaylı olarak sağlığı iyileştirdiği sonucuna ulaşmışlardır.

3.1.3. Sosyal Güvence ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Daha etkin sosyal koruma sistemlerine sahip ülkelerde, sağlık statüsü sonuçlarının olumlu eğilime sahiptir. Sosyal koruma, aşağıdakiler dahil olmak üzere çok çeşitli hizmetleri ve faydaları kapsayabilir: temel gelir güvenliği; yiyecek ve diğer temel ihtiyaçlar gibi gelire dayalı olmayan yardımlara ilişkin haklar; sağlık ve eğitim gibi hizmetler; işten korunma ve doğum izni, ücretli izin, çocuk bakımı ve sağlık sigortası gibi faydalar. Sağlık Güvencesi ya da Sağlık Hizmetleri Güvencesi, bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda, farklı yollarla (kişi tarafından doğrudan ödeme, belli bir prim karşılığı özel kuruluş ya da devlet güvencesinde olan sosyal sigorta güvencesi, ya da sosyal devlet kapsamında uygulanan prime dayalı olmayan sosyal güvenlik gibi) sağlanmasının, mutlak garantisini olarak tanımlanabilir (Sargutan, 2005: 413-414; Henderson, 2005: 142). Sosyal güvenlik, bireyin yaşam düzeyinin idame ettirmesi için, hastalık, iş kazası, analık, sakatlık, yaşlılık, ölüm ve işsizlikten doğan her türlü ekonomik ve sosyal kayıplarını giderecek bir önlem alma amacı taşımaktadır (Güvercin, 2004: 89). Bireyin herhangi bir sosyal güvenlik hizmetine sahip olması, kendisi için oluşacak ödeme riskini ve katlanılacak sağlık hizmeti maliyetini azaltmaktadır. Bu bakımdan düşünüldüğünde sağlıkta kapsamlı ve etkin bir sosyal güvenlik hizmetine sahip olmak sağlık hizmetlerine olan talebi arttıracaktır (Henderson, 2005: 142).

Sağlık güvenliği ihtiyacının da temelinde olan bir diğer konu ise sağlık hizmetlerine erişimdir. Sağlık hizmetlerine erişim; toplumun ve bireylerin sağlık durumları iyi iken ya da sağlık durumları

bozulduğunda iyileşme ihtiyacı ortaya çıktığında veya sağlık hizmetine talep edilmeden temel sağlık hizmetlerinin ücret karşılığı olmaksızın eşit, adil, nitelikli bir şekilde hiçbir erişim sorunu ile karşılaşmadan sunulması şeklinde ifade edilir (Kurt, 2007: 70). Sağlık statüsü bireylerin, sağlık sistemine erişim yeteneğinden etkilenir. Gelir, eğitim ve sağlık sigortası kapsamı gibi faktörler de sağlık hizmetine erişimi doğrudan etkileyebilir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişim; sağlık hizmeti arzından kaynaklanan, yerel ve kültürel farklılıklardan, kasıtlı ya da kasıtsız ayrımcılıktan (ırk, din vb.), sağlık hizmetlerine ilişkin önyargı, inanç ve tutumlardaki farklılıklardan da etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin önün geçilmesi, yetersiz hizmet alan bölgelerin bu hizmete erişmesi ve eşitsizliğin giderilmesi politika yapıcılarının etkin çalışmaları ile desteklenmelidir (Zuvekas ve Taliaferro, 2003; Afşar, 2019). Bazı toplumlarda sağlık kurumlarının etkinliği toplumun sağlık statüsünü yükseltirken, diğer toplumlarda (Kawachi, Kennedy ve Glass, 1999; Khan ve Bhardwaj, 1994; Mohseni ve Lindstrom, 2007). Toplumun ve bireylerin, ihtiyaç duyduğu sağlık bakım hizmetleri için güvenlik kapsamını genişletilmesi ve sağlık hizmetine erişim sorunun çözülmesi, sağlık hizmeti maliyetinin ülkenin karşılayabileceği bir maliyetle daha iyi bir sağlık sistemi elde etmek politika yapıcılarının bir görevidir.

3.2. Sağlık Statüsünün Ekonomik Belirleyicileri

Ekonomi toplumsal hayattaki birçok yapıyı etkilediği gibi sağlık üzerinde de birçok açıdan etki alanına sahiptir. Bir ülkenin ekonomik büyümesinin en basit haliyle o ülkede yaşayan insanların refah

düzeyinin belirleyicisi olmaktadır. Ekonomik olarak sahip olunan kaynakların sınırları, bireylerin yaşamsal etkinliklerinin sınırlarını da belirlemektedir. En basit haliyle, sağlık hizmetlerine ayrılan ekonomik kaynaklar dahi sağlık ile ekonomi arasında güçlü bir bağın varlığına işaret eder.

3.2.1. Sağlığın Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Düzeyi İle İlişkisi

Ekonomik büyüme en basit tanımıyla, bir ülkede ulusal gelirin belli bir dönemde artış göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik büyüme, ülkeler için önemlidir, çünkü ülkede yaşayan bireylerin yaşam şartlarını iyileştirmek için gerekli kaynağı sağlamaktadır. Fakat ekonomik büyüme, tek başına bireylerin yaşamını iyileştirmek için yetersizdir. Ekonomik büyümenin kalkınma ile desteklenmesi önemlidir. Ülkenin gelir düzeyinin artması kalkınma için gerekli kaynağın elde edilmesini sağlamaktadır. Toplumu oluşturan en temel yapı taşı bireydir ve her zaman daha yüksek refah seviyelerinde yaşamayı hedeflerler. Bireyin ihtiyaçlarını temel ihtiyaçlarına cevap veren, daha kaliteli bir eğitim ve sağlık sistemi sunan, daha temiz ve güvenli bir çevreye sahip yaşam biçimleri tasarlamak insani kalkınmanın başlıca amaçlarındandır. İnsani kalkınma çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte, toplumların yaşam kalitesini belirlemektedir. UNDP tarafından yayınlanan yaşam kalitesinin göstergesi olan İnsani Gelişme Endeksi'nin de üzerinde durduğu üç temel unsur arasında, nitelikli eğitim ve satın alma gücü ile desteklenmiş gelirin yanında uzun ve sağlıklı bir yaşam değişkenleri yer almaktadır (Karakayalı ve Dilber, 2010:147). Bu noktada politika

yapıcıları, bireyin refah seviyesi yüksek tutacak ve ekonomik büyümenin sağlayacağı gelirin toplumsal yapılara dağılımını etkin bir şekilde planlayacak kararlar almakla sorumludur. Ekonomik kalkınma ve sağlık koşullarının iyileşmesi bireylerin daha uzun ve sağlıklı yaşamasına önemli bir katkı sağlayacaktır. Ancak, politika yapıcıların kaynak tahsisindeki etkinliği ekonomik büyüme ve sağlıklı yaşam arasındaki bağın gücünü etkilemektedir. Ekonomik büyümenin yarattığı ilave kaynakların kamu sağlık hizmetlerine ve yoksulluğun azaltılmasına hangi oranda tahsis edildiğine bağlı olarak değişkenlik gösterebilecektir. Sağlık alanında bir başarıdan söz edilebilmesi için, ekonomik büyüme ile elde edilecek ek gelirden, toplumun yoksul kesiminin alacağı pay önem teşkil etmektedir. (Sen, 1999: 623).

Belli bir ekonomik ve kalkınma düzeyine ulaşan toplumlarda sağlık için ayrılan kaynakları artış göstermektedir (Yumuşak ve Yıldırım, 2009: 57-58). Literatürde sağlık harcamaları ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma, sağlık harcamalarındaki artışın, sağlık statüsü göstergesi olan, bebek ölüm oranlarının azaldığını ve doğumda beklenen yaşam süresinin arttığına işaret etmektedir (Deaton ve Paxson, 2001; Tüyoğlu ve Tekin 2009).

Tablo 4: Gelir Gruplarına Göre Sağlık Harcamaları (GSYH'nin yüzdesi)

	2014	**2015**	**2016**	**2017**
Yüksek gelir	12,01675	12,43081	12,61785	12,5341
Üst orta gelir	5,528775	5,607722	5,663423	5,84107
Orta gelir	5,189066	5,244529	5,266124	5,394654
Düşük orta gelir	3,889425	3,962373	3,927471	3,863426
Düşük gelir	5,480477	5,401219	5,464304	5,24019
OECD üyeleri	12,04347	12,42425	12,62131	12,55256
Dünya	9,530126	9,831528	9,988614	9,895842
Türkiye	4,347248	4,138546	4,314314	4,216303

Kaynak: Dünya Bankası

Tablo 4'te gelir gruplarına göre ülkelerin sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payına yer verilmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay düşük gelirli ülkelerde yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye'de de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı oldukça düşüktür.

3.2.2. Sağlık, Gelir Dağılımı Adaletsizliği ve Kişi Başı Gelir Düzeyi İlişkisi

Gelir dağılımına yönelik adaletsizlik, gelirin tam eşitliğinin bozulduğu durum olarak ifade edilmektedir. Lorenz tarafından literatüre kazandırılan ve Lorenz eğrisi olarak da bilinen gelir dağılımı eşitsizlik eğrisi, kişisel gelir dağılımını ölçmek için kullanılan bir ölçüme yöntemidir. "0" ve "1" aralığında değer alan Gini katsayısı, gelirin adaletli dağılıp dağılmadığını göstermektedir (Öz, 2019: 589).

Yoksulluk ve düşük yaşam standardı, sağlık ve sağlık eşitsizliğinin güçlü belirleyicileri arasında gösterilmektedir. Ülke nüfusunun büyük bir kesiminin gelir dağılımından olarak daha az pay alması, bu kesim kamunun sunduğu sağlık ve eğitim gibi hizmetlerden daha az faydalandığını göstermektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık statüsü, gelir seviyesinden adaletli dağılımına bağlıdır. Gelir dağılımının adil olduğu ülkelerde sağlık statüsü göstergeleri de olumlu bir tablo çizmektedir. (Boz ve Kurtuluş, 2017: 48).

Wilkinson (1996), gelir eşitsizliği hipotezinde, gelişmiş ülkelerde sağlık düzeyini belirleyen unsurun toplumun gelir dağılımı olduğunu; ayrıca kişilerin gelir düzeyi ve sağlık statüleri aralarındaki ilişkinin

negatif yönlü olduğunu ileri sürmüştür. Bu hipotez, ülkelerin yüksek sağlık statüsüne ulaşmak için, gelir düzeylerinin yüksek olması ve gelir dağılımı adaletinin büyük ölçüde sağlanması gerektiğini ileri sürülmektedir. Gelir dağılımı adaletsizliği, sosyoekonomik yapının temelinde yer alan birey için, stres üreten bir faktör olduğu bilinmektedir. Wilkinson (1996), gelir dağılımında sağlanamayan adalet bireyde sürekli devam eden strese neden olmakta ve zamanla kötüye giden sağlıksız bir hal alarak yüksek ölüm oranına yol açacağına yer vermektedir. Deaton (2003), gelir dağılımının yoksulluğun göstergesi olduğunu ve ülkelerin gelişmişlik seviyesinden bağımsız olarak, sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu vurgulamıştır. Tüm gelir düzeylerinde, sağlık ve hastalık sosyal bir eğimi takip eder: sosyoekonomik konum ne kadar düşük olursa sağlık o kadar kötü olur. Gelir dağılımında adaletin sağlanması bir amaç olmanın yanında sağlığa yapılacak bir yatırım olduğu söylenebilir (Şantaş, Demirgil ve Şantaş; 2019: 424).

3.2.3. Sağlık, İşsizlik ve Enflasyon Oranı İlişkisi

Sağlık statüsünün, işsizlik ve enflasyon arasındaki ilişki iki yönlü değerlendirilebilir. Sağlık, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da iyi olma durumu olarak nitelendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bir ekonomide iyiye gitmeyen işsizlik ve enflasyon göstergeleri, toplumun temel taşını oluşturan bireylerin fizyolojik olduğu kadar psikolojik sağlıklarını da etkilemektedir. Enflasyon oranı ve işsizlik oranının sağlık statüsü üzerinde negatif bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmektedir (Şahin, 2018).

Öncelikle işsiz olma durumunu değerlendirecek olursak; uzun süre işsiz kalan her birey, satın alma gücünü yitireceği için sağlıklı beslenme hakkından mahrum kalacaktır. Sağlıklı ve uzun yaşamın sırrı öncelikle beslenmeden geçmektedir. Bireylerin sağlık statülerini koruyabilmesi için yeterli ölçüde besin almalarını sağlayacakları maddi gücü ellerinde bulundurmalarına bağlıdır. Diğer taraftan, sağlıklı bireyler ekonomik büyümenin ihtiyacı olan emek faktörünün kaynağı niteliğindedir. Üretimde kullanılan emek faktörünün verimliliğinin yüksek olması sağlık statüsünün yüksek olması ile paralel ilerlemektedir. Lorcu ve Bolat (2009), Türkiye' de genç yaşta ölümlerin ve doğumda yaşam beklentisinin, okuryazarlık, işsizlik ve kişi başına düşen GSYIH göstergelerinden etkilendiği ve ölüm oranlarının sosyoekonomik göstergelerden etkilendiği sonuçlarına ulaşmıştır. İşsiz bireyin işsiz kalma sürecinin uzun süre devam etmesi halinde bireyin aile ve toplum ilişkilerinin sürdürülebilir olması konusunda zorlandığı ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı çalışmalar bulunmaktadır. İşsizlik stres, depresyon, özsaygının yitirilmesi, toplumsal ve ailesel rolün yitirilmesi gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Tınar, 1996: 105-107). Literatürde, işsizliğin bireylerin intihar eğilimlerini arttırdığı yönünde çalışmalara yer verilmiştir (Kposowa, 2001; Milner, Page ve Lamontagne, 2014; Merida-Lopez, Extremera, Quintana-Orts ve Rey,2019).

Enflasyonist ekonomik yapılara baktığımızda ise, sağlık statüsünün yine olumsuz etkilendiği bir ilişki ortaya çıkmaktadır. Enflasyon da işsizlik gibi toplumu oluşturan bireylerin satın alma gücünü etkilemek

suretiyle, bireyin sağlık statüsünü düşürmektedir. Bireylerin sağlık statüleri, kendilerine gerekli ekonomik yatırımı yaptıkları sürece yükseliş göstermektedir. Yapılan çalışmalar enflasyonun sağlık harcamalarını negatif yönde etkilediğine dair kantlar sunmaktadır (Pakdaman, Geravandi, Askari, Askarishahi ve Afzali, 2019). Özellikle gıda enflasyonunda yaşanan artışın gelişmekte olan ülkelerde çocuklarda yetersiz beslenme riskine yol açmaktadır. Kidane ve Woldemichael (2020), gıda fiyatlarında enflasyonda görülen artışın, beş yaşın altındaki çocukların hayatta kalma oranını azalttığını gözlemlemişlerdir.

Hem işsizliğin hem de enflasyon, doğrudan sağlık statüsü ile ilişkilerinin olmadığı görülse de dolaylı olarak birey ve topum sağlığı üzerinde risk oluşturmaktadır. Bu nedenle bireylerin kişisel refahlarının korunması konusunda alınacak kararların sağlık düzeyleri üzerinde de olumlu bir iyileşmenin görülmesi ile sonuçlanacaktır.

3.2.4. Sağlık ve Teknolojik İnovasyon İlişkisi

Endüstri 4.0'ın hayatımızda yerini alması ile üretim sektöründe verimlilik adına birçok şey değişime uğramıştır. Son yıllarda ise, üretimdeki bu dönüşümüm hizmetler sektöründe de kendini göstermeye baladı. Birçok endüstride tanıtılan dijital yenilik, sağlık sektörünün de son zamanlarda odağındadır. Sağlıkta başlayan teknolojik dönüşüm ve dijitalleşme bir yansan sektörün maliyet baskısını düşürürken, diğer taraftan daha uzun ve sağlık yaşamın beklentisini yükselmektedir. Dünya çapında artan nüfus, salgın hastalıklar, ekonomik büyüme ve sanayileşmenin dışsallıkları ile gezegenimizin yaşamsal ömrünün

kısalması sonucu sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarda artmaktadır. Bu durumda sağlık sektörü üzerinde maliyet baskısına yol açmaktadır. Sağlık sektöründeki yüksek maliyetlerin en aza indirilmesi ve sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi adına sağlıkta bir teknolojik dönüşüm başlamıştır. Endüstri 4.0'ın bir parçası olan nesnelerin interneti, büyük veri analitiği, bulut bilişim, giyilebilir teknolojiler, robotlar ve yapay zeka uygulamaları gibi teknolojik sıçramaların sağlık sektöründe uygulama alanı bulması ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesi ve daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişim ise bireyin ve toplumun sağlık statüsünün yükseltmesi beklenmektedir (Işık, 2019: 14-17). Sağlıkta teknolojik dönüşümle amaçlanan, hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmeti kalitesini ve verimliliğini artırmak için karşılaştıkları birçok engeli kapsamlı bir şekilde ele almaktır (McKethan vd, 2011:875).

Elektronik tıbbi kayıt ve görüntüleme sistemleri, kişisel dijital asistanlar, E-sağlık, M-sağlık ve E-reçete gibi uygulamalar yardı mı ile cep telefonları, uzaktan izleme cihazları ve diğer kablosuz cihazlar da dahil olmak üzere çeşitli cihazlar kullanılarak internet üzerinden sağlık hizmetlerinin sunumunu açıklamaktadır. Bu dijital teknolojiler, hizmetlerin daha esnek bir şekilde sunulmasını ve bireysel hasta ihtiyaçlarına göre uyarlanmasını sağlayarak tedaviye uyumu büyük ölçüde artırabilir. Bunun yanında akıllı telefon kullanımı ile cep telefonlarımıza kadar yerleşmiş uygulamalar ile bireyler günlük fonksiyonlarını, doktor randevularını ve ilaç hatırlatmaları gibi basit ama önemli aktivitelerin aksatmadan takip edebilmektedir. Bu gibi

uygulamalar erken müdahale ile hastalık durumunun iyileşme şansını arttırmaktadır (Hollis, Morriss, Martin, Amani, Cotton, Denis ve Levis, 2015). Fortney vd. (2011), bilgi işlem teknolojisinin sağlık sistemlerinde uygulama alanı bulması ve e-sağlık uygulamalarının kullanım alanının genişlemesi nedeniyle artık erişimin dijital bir boyutunun da olduğunun kanıtıdır. Ayrıca, dijital sağlıkta ki gelişmeler, birçok hastanın karşılaştığı coğrafi, zamansal ve kültürel erişim sorunlarını büyük ölçüde azaltmaktadır. Folland vd., (2001), 1950'lerden beri ölümlerde önemli bir düşüş yaşanmasını asıl nedeninin, yüksek gelir düzeyinden ziyade gelişen teknolojik kapasitesinin etkisinden kaynaklandığını vurgular (Folland vd., 2001: 91).

Sağlıkta dijital dönüşümün avantajlarının yanında birtakım zorlukları da bulunmaktadır. Sağlık sektörü büyük miktarda veri üretmektedir. Öncelikle bu verilerin gizliliğinin sağlanması ve bir tehdit oluşturmaması sağlamalıdır. Ayrıca sağlık teknolojilerinin sağlık hizmeti talep edenlerin motivasyonunu arttıracak yönde olmasına dikkat edilmelidir. Bireylerin ve toplumun sağlık durumlarını izlemek için giderek yaygınlaşan kullanımı da dahil olmak üzere dijital sağlık teknolojileri, araştırmacılar ve politika yapıcılar için büyük fayda sağlamaktadır (Stewart vd., 2009).

4. SONUÇ

Sağlık hali, yalnızca bir hastalık veya sakatlık durumunun olmamasını değil, aynı zamansa fiziksel, ruhsal ve toplumsal anlamda da tam bir iyilik hali içinde olmak anlamına gelmektedir. Bireyin ve genel

anlamda toplumun sağlık durumu bir ülke için refahın göstergesidir. Ülkede yaşayan bireylerin sağlık statülerinin yüksek olması ülkenin kalkınmışlık ve refah düzeyi için referans olmaktadır. Sağlık statüsü birey ya da toplum için sağlık durumunun detaylı analizinin yapılmasına izin vermektedir. Sağlık statüsü ile elde edilen çıktıların önemli olma sebebi, bir toplumda sağlık ihtiyaçlarının direkt olarak belirlenmesinin güç olmasıdır. Toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için doğumda beklenen yaşam süresi, mortalite ve morbidite gibi çeşitli sağlık göstergelerinden yararlanılmaktadır. Sağlıklı toplumlarda, sağlıklı ve uzun yaşayan bireylerin ekonomiye katkısı da yüksek olacaktır.

Sağlık statüsünün analizinin değerlendirilmesi ve toplum ihtiyaçlarına en uygun düzeyde cevap verebilmek adına sağlık statüsü üzerinde etkisi olan değişkenlerin doğru belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü, toplumsal ve bireysel olarak sağlık statüsünün sosyo-ekonomik değişkenler ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi bu alanda ortaya konacak politikalara ışık tutacaktır. Sağlık sektöründe yaşanan olumlu gelişmeler, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm ülkelerde, doğumda yaşam beklentisi ve ölüm oranı, hastalık bilgisi gibi sağlık statüsü göstergelerinin sonuçlarının iyileşmesine neden olmaktadır. Daha iyi beslenme, kaliteli eğitim ve özellikle sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi, temiz çevre, yüksek gelir düzeyi, gelirin adil dağıtımı, sağlık teknolojisindeki gelişmelerin başarısı ve kamu sağlık alt yapısında yaşanan olumlu gelişmeler ortalama insan ömrünün uzamasına katkıda bulunacak ve toplumun refah seviyesini yükseltecek başlıca faktörlerdir. Bu nedenle, daha sağlıklı bir toplum olma yolunda

hedefler belirlenmeli ve bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak politikalar doğru belirlenmelidir.

KAYNAKÇA

Afşar, B. (2019). İnsan Hakları Bağlamında Yoksul Kesimlerin Sağlık Hakkına Erişimi., İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Assadzadeh, A; Bastan F., ve Shahverdı A. (2014), The Impact of Environmental Quality and Pollution on Health Expenditures: A Case Study of Petroleum Exporting Countries", Proceedings of 29th International Business Research Conference, 24 - 25 November.

Bhutta, Z. A. (2014). Paediatrics in the tropics. Manson's Tropical Infectious Diseases, 1197.

Bolat, B. A., & Lorcu, F. (2009). The Analysis Of The Relationship Between The Socio-Economic İndicators And The Mortality Rates With Respect To Age. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 38(2), 124-133.

Boz, C. ve Arslan Kurtuluş, S. (2017) "The Effects of Income, Income Distribution and Health Expenditures on Under-Five Mortality Rate", International Journal of Humanities and Social Science Invention, 6(3): 42-49.

Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. Journal of economic perspectives, 20(3), 97-120.

Çelik, Yusuf. (2019), Sağlık Ekonomisi, 4.Baskı, Siyasal Kitapevi,Ankara.

Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir kalkınma kavramı ve sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1), 19-37.

Deaton, A. (2003). Health, İnequality, And Economic Development. Journal of economic literature, 41(1), 113-158.

Deaton, A. S., ve Paxson, C. (2001). Mortality, Education, Income, And Inequality Among American Cohorts. In Themes in the Economics of Aging (pp. 129-170). University of Chicago Press.

Erden, C., & Turan Koyuncu, F. (2014). Kalkınma ve çevresel sağlık riskleri: Türkiye için ekonometrik bir analiz. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6(2), 9-23.

Folland, S., Goodman Allen C., ve Stano M. (2001). The Economics of Health and Health Care, 4th Edition Pearson Prenticehall, New Jersey.

Fortney, C. John; Burgess, F. James, B. Hayden Bosworth, M. Brenda Booth and J. Peter Kaboli (2011), "A Reconceptualization of Access for 21st Century Healthcare", Journal of General Internal Medicine, 26 (suppl 2) p.639-647.

Gangadharan, L., ve Valenzuela, M. R. (2001). Interrelationships between income, health and the environment: extending the Environmental Kuznets Curve hypothesis. Ecological Economics, 36(3), 513-531.

Güvercin, C. H. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesİ. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 57, Sayı 2, 89-95.

Henderson, J. W. (2005). Health Economics and Policy (Third edition). Minnesota: South- Western Thomson.

Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., ve Lewis, S. (2015). Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. The British Journal of Psychiatry, 206(4), 263-265. doi: 10.1192/bjp.bp.113.142612

Işık, T. (2019). Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Dijital Dönüşüm. Edtr. Altuntaş, E. Y, Eğitim Yayınevi.

Kalichman, S. C., ve Rompa, D. (2000). Functional Health Literacy is Associated With Health Status and Health-Related Knowledge in People Living With HIV-AIDS. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999), 25(4), 337-344.

Karakayalı, H. ve Dilber, İ., (2010). Kuramlarda Büyüme ve Kalkınma. Emek Matbaacılık ve Yayıncılık, Manisa.

Khan, A. A., ve Bhardwaj, S. M. (1994). Access to Health Care: A Conceptual Framework And İts Relevance To Health Care Planning. Evaluation & the health professions, 17(1), 60-76.

Kidane, D., ve Woldemichael, A. (2020). Does Inflation Kill? Exposure To Food Inflation and Child Mortality. Food Policy, 101838.

Kposowa, A. J. (2001). Unemployment and Suicide: A Cohort Analysis of Social Factors Predicting Suicide in The US National Longitudinal Mortality Study. Psychological Medicine, 31(1), 127-138.

Kurt, Öner (2007), "Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? Aile Hekimleri Bu Sorunu Çözebilir Mi?", Muzaffer Eskiocak (Ed), "Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?" İçinde (s. 69-78), (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları).

Kwon, H. S., & Nguyen, V. H. (2019). Analysis of Cause-of-Death Mortality and Actuarial Implications. Communications for Statistical Applications and Methods, 26(6), 557-573.

Litsios, S. (1994). Sustainable Development is Healthy Development. in World Health Forum, Vol. 15, No. 2, pp. 193-195.

Macintyre, S. (1997). The Black Report and Beyond What are The Issues?. Social Science & Medicine, 44(6), 723-745.

McKethan, A., Brammer, C., Fatemi, P., Kim, M., Kirtane, J., Kunzman, J., ..ve Jain, S. H. (2011). An Early Status Report on The Beacon Communities' Plans For Transformation Via Health İnformation Technology. Health affairs, 30(4), 782-788.

Merida-Lopez, S., Extremera, N., Quintana-Orts, C., ve Rey, L. (2019). Does Emotional Intelligence Matter in Tough Times? A Moderated Mediation Model For Explaining Health And Suicide Risk Amongst Short-And Long-Term Unemployed Adults. Journal Of Clinical Medicine, 8(6), 797.

Milner, A., Page, A., ve Lamontagne, A. D. (2014). Cause and Effect in Studies On Unemployment, Mental Health and Suicide: A Meta-Analytic and Conceptual Review. Psychological Medicine, 44(5), 909-917.

Mohseni, M., ve Lindstrom, M. (2007). Social Capital, Trust in The Health-Care System and Self-Rated Health: The Role Of Access To Health Care in A Population-Based Study. Social Science & Medicine, 64(7), 1373-1383.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an Investment. Journal of Political Economy, 70, 5, Part 2, 129-157.

Narayan, P. K., ve Narayan, S. (2008). Does environmental quality influence health expenditures? Empirical Evidence From A Panel of Selected OECD Countries. Ecological economics, 65(2), 367-374.

Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E. H., Blanc, P. D., ve Katz, P. P. (2013). Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status And Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of general internal medicine, 28(1), 74-81.

Öz, S. (2019). Gelir Dağılımında Gını Katsayısı ve P80/P20 Oranı Arasındaki İlişkiler: 2000-2016 Dönemi Türkiye Örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18(35), 587-605.

Pakdaman, M., Geravandi, S., Askari, R., Askarishahi, M., & Afzali, H. R. (2019). The Effect of Macroeconomic Indicators on Health-Care Expenditure in Iran. Journal of education and health promotion, 8.

Ross, C. E., & Wu, C. L. (1995). The Links Between Education and Health. American sociological review, 719-745.

Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-428.

Sen, A. (1999). Health in Development. Bulletin of the World Health Organization, 77(8), 619.

SBB (2006); Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) 2005 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü,Ankara.http://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2018/10/2001_Y%C4%B1l%C4%B1_Program%C4%B1.pdf

Stewart R, Soremekun M, Perera G, Broadbent M, Callard F, Denis M, vd. (2009). The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLAM BRC) Case Register: Development and Descriptive Data. BMC Psychiatry, 9: 51

Şahin, D. (2018). Doğumda Yaşam Beklentisinin Belirleyicilerinin Analizi: APEC Ülkeleri Örneği. Academic Review of Economics & Administrative Sciences, 11(1).

Şantaş, G., Demirgil, B., ve Şantaş, F. (2019). Sağlık Harcamaları-Gelir Dağılımı İlişkisine Yönelik Ekonometrik Bir Analiz. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 17(1), 412-427.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 2. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara, 2009, s. 35.

Tınar, M. Y. (1996). Çalışma Psikolojisi. İzmir: Necdet Bükey AŞ.

Tüylüoğlu, Ş., & Tekin, M. (2009). Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 1-31.

UNICEF (1991); Türkiye'de Anne ve Çocuklarının Durum Analizi, Ülke Programı, Seri 2, Yeniçağ Matbaası, Nisan, Ankara.

Yahaya, A., Nor, N. M., Habibullah, M. S., Ghani, J. A., ve Noor, Z. M. (2016). How Relevant is Environmental Quality to Per Capita Health Expenditures? Empirical Evidence From Panel of Developing Countries. SpringerPlus, 5(1), 925.

Wilkinson, R G. (1996). Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London: Routledge.

World Health Organization. (1998). Dünya sağlık raporu. Çev. Ed. Metin, B., Akın, A., Güngör, İ. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 45-57.

World Health Organization. (2016). Ambient air pollution: A Global Assessment of Exposure and Burden of Disease. https://apps.who.int/iris/handle/10665/250141

Yumuşak, İ. G., Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 4(1), 57-70.

Zuvekas, S. H., ve Taliaferro, G. S. (2003). Pathways to Access: Health Insurance, The Health Care Delivery System, and Racial/Ethnic Disparities, 1996–1999. Health affairs, 22(2), 139-153. doi.org/10.1377/hlthaff.22.2.139

Sağlık harcamaları verisi, https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS, Erişim Tarihi: 5.6.2020.

Kaba Ölüm oranları verisi, https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN?view=chart, Erişim Tarihi:5.6.2020.

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Verisi, https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?view=chart, Erişim Tarihi:

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Erkeklerde ,https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN?view=chart, Erişim Tarihi:5.6.2020.

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Kadınlarda, https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?view=chart Erişim Tarihi: 5.6.2020.

Beş yaş altı Ölüm Oranı, https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?view=chart, Erişim Tarihi: 5.6.2020.

Yenidoğan Ölüm Oranı, https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT, Erişim Tarihi: 5.6.2020

Bebek Ölüm Oranı, https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?view=chart, 5.6.2020.

BÖLÜM 5

TÜRKİYE'DE UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARI VE ETKİLERİ

Ecem BÖREKCİ[9] *Ece DEMİRAY EROL*[10]

[9] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: ecem-borekci@hotmail.com
[10] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: ecehan.erol@hotmail.com

1. GİRİŞ

İnsanların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için, sağlığını kaybetmesine yol açacak olası kaza ve hastalıkların ortadan kalkması gerekmekte, bu durum da bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanabilmek için, bu hizmetlerin oluşması ve uygulama alanı bulmasına yardımcı olabilecek sağlık politikalarına ihtiyaç vardır.

Sağlık politikaları sürekli olarak değişim gösteren, kendini yenileyen politikalardır. Özellikle geçmiş yıllarda yaşanan ve toplumu derinden etkileyen ekonomik kriz, savaş, doğal afet gibi durumlar sağlık politikalarının şekillenmesini sağlamış, var olan politikaların da zamanla değişikliğe uğramasına sebebiyet vermiştir.

Cumhuriyet döneminden günümüze kadar geçen süreçte sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiş, buna bağlı olarak uygulanan politikalarla bu hizmetlere erişim daha hızlı hale gelmiştir.

Çalışmada öncelikle sağlık politikası kavramı üzerinde durulacak, ardından geçmişten günümüze kadar geçen süreçte Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları ve etkilerine değinilecektir.

2. SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMI

Sağlık politikası en genel tanımıyla, sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen bütün eylemlerini ve bunun yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel ve gönüllü örgütlerin eylemlerini de içeren politikalardır. Dolayısıyla sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin sunumuyla alakalı uygulamalı olarak

strateji veya yaklaşımları meydana getiren birbirleriyle ilişkili kararlar ağıdır. Bu politikalar, var olan sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi olan her türlü sosyo-ekonomik ve çevresel etkiler üzerinde çalışmalar yaparak, politika belirleme sürecinin en doğru biçimde sonuca erişebilmesine yardımcı olmaktadır (Atabey, 2012: 22).

Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık bir yapıya sahip olduğu için günümüzde uygulanan sağlık politikalarının hazırlanması ve işleyişi sürecinde devlete büyük görevler düşmektedir. Sağlıkla ilgili politikaların genişletilmesi, sağlığın yasal boyutunun da genişleyerek devam etmesine yardımcı olmaktadır.

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları; Dr. Refik Saydam ile anılan 1920-1938 yıllarını kapsayan dönem, Dr. Behçet Uz ile anılan 1938-1960 yıllarını kapsayan dönem, 1960-1980 arası yılları kapsayan Sosyalleştirme Dönemi, 1980-2000 yıl aralığını kapsayan Aktif Özelleştirme Dönemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programını kapsayan 2000'den günümüze gelen dönem olmak üzere beş ayrı dönemden oluşmaktadır (Önder, 2013: 67).

3.1. 1920-1938 Yılları Arasında Sağlık Politikaları

TBMM' nin açılışından sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar seçilmiştir. 1920-1923 yıllarını kapsayan dönemde sağlık ile alakalı düzenli kayıt imkânı sağlanamamış, daha çok yaşanan savaşların yarattığı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması ve mevzuat

geliştirmeye odaklanılmıştır. TBMM'nin zorlu savaş yıllarında dahi sağlık hizmetlerinin kurumsal düzenlemelerine ilişkin çalışmaları yürütmesi, bu hizmetlere verdiği önemi vurgular niteliktedir. Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, 1923- 1937 yıllarını kapsayan bakanlık görevi süresince sağlık hizmetlerinin kuruluş ve geliştirilmesinde önemli hizmetlerde bulunmuştur. 1923 yılına ait veriler incelendiğinde, Türkiye'de 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile sağlık hizmetleri verilmiştir (Akdağ, 2012: 45).

1920- 1938 yılları genel itibariyle değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı kapsamında daha çok savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık çalışanlarının nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezden köylere doğru bir yapılandırma tesisinin sağlanması için yeni düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin daha yaygın hale gelmesi hedeflenmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 20). Dolayısıyla Dr. Refik Saydam döneminde sınırlı kaynakların ilk olarak sakat bırakıcı, yaygın olarak görülen ve ölüme sebebiyet veren hastalıklara ayrılmasına önem verilmiş, bu bağlamda sağlık problemlerine karşı savaş dernekleri (sıtma, trahom, frengi, lepra savaş dernekleri) kurulmuştur. Kamu sağlık hizmetleri il düzeyinde Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde Hükümet Tabipleri şeklinde örgütlenmiştir (TTB, 2001: 28).

3.2. 1938-1960 Yılları Arasında Sağlık Politikaları

Dr. Behçet Uz dönemi olarak nitelendirilen 1938-1960 yılları arasında daha çok hastane ve sağlık merkezlerinin ve bunların yatak sayısının arttırılması, daha fazla sağlık personelinin istihdam edilmesi gibi konulara yoğunlaşılmıştır. Ayrıca sağlık finansman kaynaklarının düzenlenmesi ve ülke genelinde oluşan enfeksiyonların azaltılması, anne ve çocuk ölümlerinin düşürülmesine yönelik sağlık göstergelerinin daha iyimser boyutlara taşınması için pek çok faaliyet yürütülmüştür (İleri, 2016:180).

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmıştır. Hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 20).

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı olarak nitelendirilmiş ve 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. Plan, 12 Aralık 1946'da dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından açıklanmış fakat kanunlaşma süreci gerçekleşmeden Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmıştır. Plan yaklaşık 1,5 yıllık süreçte kanun tasarısı haline gelmiş; Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde yeniden Sağlık Bakanı olarak seçilmiştir. Bakanlar Kurulu ve TBMM'nin dört komisyonu tarafından planın kanunlaşması yönünde karar alınmasına rağmen, hükümet değişikliği sebebiyle planın kanunlaştırılması gerçekleştirilememiştir. Milli Sağlık Planı yasal metin haline getirilemeyip, tamamen uygulama alanı bulamasa da Türkiye'nin sağlık planlamasını derinden etkileyen düşüncelere sahip olmuştur (Akdağ, 2012: 46). Bu sağlık planı, kırsal

kesimdeki pek çok köye koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sağlayan sağlık hizmetlerinin kurulması amacını taşıması bakımından oldukça önemlidir (Fişek, 1991:3).

Bu bağlamda Milli Sağlık Planı çerçevesinde her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulmuştur. Böylelikle tedavi edici hekimliğin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı anda faaliyete girmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerine iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memuru ataması yapılmıştır. 1945 yılında sağlık merkezi sayısı 8 adet iken, 1950 yılında 22, 1955 yılında 181, 1960 yılında ise 283 sağlık merkezi sayısına ulaşılmıştır (https://www.saglik.gov.tr/TR ,11492/tarihce.html).

1952 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kuruldu. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile işbirliği kurularak, milletlerarası yardımlar elde edilmiş, 1953 yılında Ankara'da Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis edilmiştir. Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyona dayalı ölümlerin yaygın hale gelmesinden dolayı nüfusun arttırılmasına yönelik politikalara ağırlık verilmiştir. Bu kapsamda sağlık merkezleri, doğum evleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri ve sağlık insan kaynakları gelişiminin sağlanması yönünde önemli adımlar atılmıştır. 1950-1955 yıllarını kapsayan beş yıllık süreçte doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık olarak 43,6 yıl iken, 1960-1965 yılları arasında bu oran 52,1 yıl olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca İstanbul ve Ankara Tıp Fakültesi'nin yanı sıra

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi de 1955 yılında öğrenci alımına başlayarak insan kaynakları alt yapısı oluşturulmaya çalışılmıştır. 1950 yılında hekim sayısı 3020 iken, 1960 yılında 8214' e, hemşire sayısı 721 iken 1658'e ebe sayısı 1285'ten 3219'a yükselmiştir (Akdağ, 2012: 47). Bu dönemde sağlık merkezleri ve hastanelere ilişkin yatak sayılarında da önemli artışlar görülmüştür. 1950 yılında Sağlık Bakanlığı kapsamında 118 kurumda yatak sayısı 14.581 iken, 1960 yılında kurum sayısı 442'ye yükselmiş, 32.398 yatak sayısına ulaşılmıştır. Dolayısıyla 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılında bu oran 16,6'ya çıkmıştır (https://www.saglik.gov.tr/TR, 11492/tarihce.html).

Ayrıca Cumhuriyet tarihinde sosyal amaçlı önemli kamu kuruluşları bu dönemde kurulmuş ve bu kuruluşların sağlık alanına önemli etkileri olmuştur. Bu bağlamda 1952 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu aktif olarak faaliyete geçmiş, ardından 1953 yılında da Emekli Sandığı kurulmuştur. Bu kuruluşlar sayesinde işçi ve memurlar devlet güvencesindeki sosyal sigortalar kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma fırsatı bulmuşlardır. Böylece ülke çalışanlarının sosyal ve sağlık hakları yasallaştırılmıştır (Kasapoğlu, 2016: 137).

Bu faaliyetlerin yanı sıra Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 8 Aralık 1954'te açıklanan ''Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler'', ülkemizin sağlık planlamasına ışık tutmuş, dönemin önemli çalışmaları arasında yerini almıştır (Karabulut, 2007:8).

3.3. 1960-1980 Yılları Arasında Sağlık Politikaları

1960-1980 yıllarını kapsayan dönemde hükümet daha çok sağlık politikalarının sosyalleşmesi, halkın sağlık seviyesinin daha üst düzeye çıkarılması, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanılabilmesi gibi politikalara yönelmiş, ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmekle birlikte sağlık hizmetlerinin tedavi edici yönünün geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının yeterli ve dengeli dağılımının yapılması, yerli ilaç firmalarının teşvik edilmesi, özel sağlık sigortasının kurulması gibi hedeflere yönelmiştir (Döşkaya, 2019: 23).

1960 yılından sonra ülkemiz daha planlı bir döneme girmiştir. Bu dönemde oluşturulan beş yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda oluşturulan programlar açısından daha çok sosyalleşme politikaları üzerinde durulmuştur. Dolayısıyla bu dönemde hazırlanan yasa, yönetmelik ve genelgeler daha çok sosyalleşmeyi temel alan düzenlemelerden oluşmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 21).

Ayrıca Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda halk sağlığı hizmetlerine önem verilerek, halkın sağlık seviyesini yükseltmek amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerini tamamlayan bir faktör olarak nitelendirilmiş, birçok kişinin faydalanamadığı, maliyeti oldukça yüksek hastane hizmetleri yerine ayakta tedavi hizmetlerini veren küçük topluluklara bile ulaşabilen bir sağlık örgütünün oluşturulması planlanmıştır (Akdur, 2008:4). Kalkınma planı çerçevesinde hemşire ve ebe sayısının

arttırılıp, eğitimlerine önem verilmesi hususundaki konuların ele alınması da sağlanmıştır (Fişek, 1991:3-4).

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleş-tirilmesi Hakkındaki Kanun, Türkiye'nin ulusal sağlık hizmetlerinin oluşmasına zemin hazırlamıştır. 1961 anayasasında vatandaşlara sağlık hakkı tanınmış, bu hakkın gerçekleştirilmesinde devletin görev ve sorumluluklarının olduğu belirtilmiştir. 1963 yılında sağlığın sosyalizasyonu ile alakalı çalışmalar yapılmıştır (Er, 2011: 55-56).

Kanuna göre, herkes sağlık hizmetlerinden eşit bir biçimde yararlanacaktır. Bireyler sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya hizmeti alan kişinin masrafın bir kısmını ödemesiyle yararlanabilecektir. Herkes hekim seçme özgürlüğüne sahip olacaklardır. Hekimler kamu veya özel sektörü seçerek, mesleklerini seçtikleri sektörde uygulayabileceklerdir. Her iki sektörde görev yapmaları mümkün olmayacaktır. İl ve köylerde sağlık ocakları kurularak, hastanelerle birlikte sistemli tedavi hizmeti sağlanacaktır. Kamuya bağlı sağlık kuruluşları tek elden yürütülecektir (Akkavak, 2018: 34).

1965 yılında 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılarak, nüfus arttırıcı politikalardan nüfusun artış hızını sınırlayıcı politikalara geçilmiştir. 1978 yılında ''Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun'' çıkarılarak, kamu personeli olan doktorların muayene açması yasaklanmıştır. 1980 yılında ''Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'' ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak, yeniden muayene açma serbestliği getirilmiştir (Akdağ, 2012: 49).

3.4. 1980- 2003 Yılları Arasında Sağlık Politikaları

1982 Anayasası'nın bu dönemde hazırlanması ile vatandaşların sosyal güvenlik hakları gibi konular üzerinde durulmuş ve devletin bu hakkı sağlamadaki sorumlulukları belirtilmiştir. Dolayısıyla 1961 Anayasası ile ortaya çıkan sosyal devlet anlayışı, 1982 Anayasası ile daha sağlam temellere oturmuştur. Yasa kapsamında devletin, vatandaşların sosyal ve ekonomik durumlarıyla, sağlık ve eğitim problemleriyle refahlarıyla ilgilenmesi, vatandaşlara en azından asgari bir yaşam seviyesi sağlamayı görev edinmesi ve bu görevleri hukuk kuralları çerçevesinde yerine getirmesi zorunluluğu belirtilmiştir (Er, 2011: 58).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır fakat uygulama açısından gerekli düzenlemeler yapılamadığı ve kanunun bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından kabul edilmediği için kanun tamamen uygulanamamıştır (Akdağ, 2012: 49).

1990'lı yılların başında Devlet Planlama Teşkilatı sağlık sektörü ile alakalı detaylı bir plan oluşturmuş, bu plan çerçevesinde 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma sürecine girilmiştir. 1993 yılında yapılan İkinci Sağlık Kongresi'nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş ancak bu kongrede alınan kararlardan bazılarına yeni düzenlemeler getirilmesine rağmen uygulamada beklenen sonuçlara ulaşılamamıştır. Hastanelerin özerkleştirilmesi ile ilgili çalışmalarda da bu yıllarda etkili sonuçlar elde edilememiştir. Daha sonraki yıllarda sosyal güvenlik kapsamında yer almayan, ödeme gücü yetersiz vatandaşların sağlık hizmetlerinin

karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 21).

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, Bakanlar Kurulunca TBMM'ye sunulmasına rağmen kanunlaşamamıştır. 2000 yılında Genel Sağlık Sigortası ile alakalı ''Sağlık Sandığı'' adı altında bir kanun tasarısı taslağı bakanlık görüşüne sunulmuş fakat sonuç alınamamıştır. Dolayısıyla bu dönemde önemli çalışmalar yapılmasına rağmen yeterli uygulama alanı bulunamamıştır. (Yanmaz, 2010:104-105).

3.5. 2003 Yılından Günümüze Sağlık Politikaları

16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planı açıklanmış, bu plan çerçevesinde ''Herkese Sağlık'' adı altında sağlık alanında yapılması gereken ana hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler; Sağlık Bakanlığı'nın fonksiyonel ve idari bakımdan yeniden yapılandırılması, halkın tamamının genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmesi, sağlık kurumlarının tek bir çatı altında toplanması, anne-çocuk sağlığına önem verilmesi, hastanelerin parasal ve idari açıdan özerkliğe kavuşması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, koruyucu hekimliğin yaygın hale getirilmesi, sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, bütün kamu kuruluşlarının alt kademelere yetki devri, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir (Çavmak, 2017: 51-52).

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içine bulunduğu durum; hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar pek çok alanda köklü değişiklikleri zorunlu hale getirmiştir. Bu

amaçla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya koyulmuştur (Akdağ, 2012: 51).

OECD'ye göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı Türk sağlık sektörünün mevcut problemlerini ele alması ve bu problemlerin çözümü için tasarlanmıştır. OECD'ye göre bu sorunlar şu şekilde belirtilmektedir (OECD ve World Bank, 2008):

- Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere göre geri kalmış olan sağlık sonuçları,
- Sağlık hizmetlerine ulaşımdaki hakkaniyetsizlikler,
- Sağlık hizmetinin finansman ve sunumunda verimli olmayan, mali sürdürülebilirliği zayıf parçalı yapı,
- Hizmet kalitesinin yüksek olmaması ile hastalara sınırlı cevap verilmesidir.

Özellikle 2003-2008 dönemi sağlıkta önemli farklılıkların yaşandığı bir yıl aralığı olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sosyalizasyon öncelikli olmak üzere geçmiş birikim ve deneyimlerden, son yıllardaki sağlık reformu çalışmalarından ve dünya genelindeki başarılı çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır. Bu programın uygulama alanı bulduğu yıllarda Türkiye'de sağlık politikalarındaki farklılıklar kamuoyu tarafından sıkça tartışılmıştır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için çekilen kuyruklardan çok, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği gibi konular gündeme gelmiş ve konuşulmuştur. Önceki dönemlerde parasızlıktan rehin kalan hastalar tartışılırken, bu dönemde sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası konuları gündem haline gelmiştir. Acil hasta nakli problemleri yerine, yeterli sayı ve

nitelikte yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilmiştir. Aşılama oranlarındaki düşüşler yerine aşı takvimine yeni aşıların eklenmesi gerektiği tartılmış ve hayata geçirilmiştir. Önceki yıllarda sağlık çalışanları gelir azlığından yakınırken, programın uygulandığı dönemde gelirlerin sürekliliğinin takipçisi olunmuştur (https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html).

Sağlıkta Dönüşüm Programı vasıtasıyla birçok uygulama hayata geçirilmiştir (Akdağ, 2012: 51-52):

- Başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.
- Düşük gelirli kişiler için çıkarılan Yeşil Kart'ın sağladığı haklar genişletilmiştir. Yeşil Kart'a sahip olan vatandaşların ''ayakta tedavi'' biçiminde yararlanacakları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanmıştır.
- İlaçlardaki KDV oranı düşürülerek, ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. İlaçlara yönelik harcamalarda kamu ve vatandaşların yükü daha hafif hale gelmiştir. Böylece ilaca erişim daha yaygın hale gelmiştir.
- Şehirlerin yanı sıra köylerde ''112 Acil Sağlık'' hizmeti sunulmaya başlanmış, istasyon sayısı arttırılarak, ambulansların son teknolojilerle donatılması sağlanmıştır.
- Koruyucu sağlık ve ana- çocuk sağlığı hizmetleri öncelikli olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri daha güçlü hale getirilmiş olup, aile hekimliği uygulaması başlatışmış ve bütün ülkeye yayılması sağlanmıştır.

- Sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri engellemek için; kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği gibi hastalıklar öncelikli olmak koşuluyla, bu hastalıklar için ulusal programlar planlanıp, uygulanmıştır.
- Bulaşıcı hastalıklardaki göstergelerimiz Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmıştır.
- Bina, ekipman ve sağlık çalışanlarının yeterli olmadığı yerler başta olmak üzere, bu konuyla ilgili dengesizlikler ortadan kaldırılmıştır. 2003-2011 yılları arasında 2021 yeni sağlık tesisi hizmete sunulmuştur. Aynı dönemde kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısı 482 bin kişiye ulaşmıştır.
- 2003-2011 dönemleri arasında dönüşüm programları oldukça geniş kapsamlı bir şekilde uygulanmıştır. 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 iken, 2011 yılında bu oran %75,9 seviyelerine ulaşmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde atılan adımlar herhangi bir sektör ayrımı gözetmeksizin tüm sektörleri kapsamış ve tüm vatandaşlara uygulanması yönünde bir içeriğe sahip olmuştur.

2002-2020 dönemini kapsayan süreçte, özellikle çok başlı sağlık sigorta sisteminin SGK çatısı altında toplanması, hizmet ayrımı yapılmaması, ortalama bir özel sağlık hizmetini karşılayacak şekilde hastane şirketinin kurulması, sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Ayrıca genel sağlık sigortası kapsamında toplumun hemen hemen tümünün devlet sigortası ile bir takım ücretsiz sağlık hizmeti

güvencesine kavuşması önemli bir avantajdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yeni bir ayağı olarak şehir hastanelerinin kurulmuştur. Bu hastaneler ile bütün sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve tek çatı altında toplanması, nitelik açısından en üst düzey hizmet sunulması hedeflenmektedir. Bugüne kadar İstanbul'da 3 tane olmak üzere Bursa, Ankara, Eskişehir, Manisa, Elazığ, Kayseri, Adana, Isparta, Mersin ve Yozgat'ta açılan 13 şehir hastanesi kısmen veya tamamen hizmet vererek faaliyet göstermektedir. Çin'in Wuhan şehrinde 2019 Aralık ayında ortaya çıkan ve kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alan yeni tip koronavirüs salgınına karşı ülkemiz önemli önlemler almış, özellikle şehir hastanelerinin ortaya koyduğu uluslararası standartlar ve niteliksel hizmet artışı, koronavirüs salgınıyla mücadelede de önemli bir katkı sağlamıştır. Bu noktada şehir hastaneleri, başta izolasyon imkanları, test hızı ve kapasitesi, tek kişilik oda ve yoğun bakım yatak sayısı bakımından salgınla mücadelede etkili olmuştur (Laleoğlu, 2020).

Sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payının artmış olması, sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarının artmış olması, cepten yapılan harcamaların azalmış olması, sağlık politikası kapsamında görülen olumlu gelişmelerdir (Hayran, 2016: 58).

Sağlık göstergeleri açısından değerlendirildiğinde, 2002 yılında 3 bin 483 kişiye bir tek kişilik oda düşerken, bu sayı 2020 yılında 2 bin 79 olmuştur. 2002 yılında bir doktora düşen hasta sayısı 717 iken, 2020 yılı itibariyle bir doktora 516 hasta düşmüştür. 2002 yılında tek kişilik oda sayısının toplam yatak sayısı içindeki oranı %11,5 iken, 2020 yılında bu oran %41,7'ye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın

açıklamalarına göre Türkiye'de 100 bin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı 40'ı bulurken, bu rakam gelişmiş ülkeler olan ABD'de 34.7, Almanya'da 29.2, İtalya'da 12.5, Fransa'da 11.6, Güney Kore'de 10.6, İspanya'da 9.7, Japonya'da 7.3 ve İngiltere'de 6.6'dır. Bu durum koronavirüs sebebiyle ölüm sayı ve oranlarının salgınla mücadelede örnek gösterilen bazı ülkelerin dahi aşağısında olmasını sağlamıştır (Laleoğlu, 2020). Ancak şehir hastanelerinin yüksek yatırımlar ile kurulmuş olması, hizmet maliyetlerinin yükselmesine sebep olmaktadır.

Uygulama alanı olarak Türk sağlık sistemindeki politikaların etkisi açısından yetersiz kaldığı bazı sorunlar da gündemi meşgul etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, güvenliği, cevap verilebilirliği ve verimliliği açısından ne ölçüde başarı sağlandığı konusunda yeterli veri ve kanıt bulunmamaktadır. Başlangıçta sağlık güvencesi olan her vatandaşın, istediği yerden sağlık hizmeti almasına olanak sağlayan bir sağlık sistemi söz konusuyken, sonraları giderek artan oranlarda katkı paylarının alınması, artan harcamaları kontrol etmek için hizmetlere ulaşım konusunda engeller ortaya çıkarmaktadır. Artan hizmet talebini karşılayacak sağlık insan gücü yeterli olmadığından, aile hekimlerine hafta sonu ve mesai dışı nöbet uygulanması, yabancı sağlık personeli ithali gibi konuları gündeme getirmiştir. Ayrıca bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişmelere paralel olarak hasta beklentilerinin artıyor olması, alışılmış sağlık hizmetlerinden daha farklı hizmet türlerine ve bunları sağlayacak yeni meslek ve sağlık örgütlenmelerine ihtiyacı arttırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı politika kapsamında

değerlendirilmesi gereken önemli konulardan biridir. Sağlık okuryazarlığı doğru zamanda, doğru hizmetlere ulaşımın sağlanması ve hizmetlerin gerektiği kadar kullanılması açısından oldukça önemlidir. Ülkemizdeki acil servis başvurularının yüksek oranlarda olmasının sebepleri arasında, sağlık hizmetlerindeki örgütlenme veya yönetim problemlerinin yanı sıra sağlık okuryazarlığı seviyesinin yeterli düzeyde olmaması gösterilmektedir (Hayran, 2016: 58-61).

Türkiye'de günümüz koşullarında sağlık sisteminin oldukça pahalı olması önemli bir sorundur. Bu sorun çarpık yapılanmadan kaynaklanmaktadır. Ayaktan tedavi ve tanı sistemi daha ekonomik olduğu halde, Türkiye'de daha çok hastanecilik sisteminin geçerli olması, sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen hastanelerin birim maliyetinin her yerde yüksek olmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla hastalar hizmetlerden daha yüksek ücretle yararlanmaktadır. Ayrıca Kamu hastanelerine özellikle Performans Primi uygulamasının getirilmesi, hekimleri daha fazla gelir ve performans sağlama kaygısına sürüklemiş, bu durum onların tıp etiği uygulamalarından uzaklaşmasına sebep olmuştur. Özel sağlık sektörleri açısından değerlendirildiğinde ise bu sektörde çalışan hekimler üzerinde işletme gelirlerinin arttırılması yönünde baskılar oluşturulmuş, bu da ticari kaygıların ön plana çıkmasına sebep olmaktadır. Bu durum hastaların doğru hekim ve sağlık kuruluşlarına yönelimi konusunda sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır (Göktaş, 2018).

4. SONUÇ

Bir toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi, sağlık hizmetleri kapsamında karşılaşılan problemlerin en aza indirilmesi, ülke bazında uygulanacak sağlık politikaları ile mümkündür. Sağlık politikaları, yalnızca ülke vatandaşlarını değil, sağlık personellerini ve sağlık hizmetlerini etkilediği için makro nitelik taşıyan politikalardır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin politika bazında yürütülmesi konusunda birincil olarak sorumlu olan kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Devlet, bireylerin sağlık hizmetlerini çeşitli yasalarla güvence altına alarak, onların sağlıklı bir biçimde yaşamlarını sürdürebilmelerine olanak sağlamaktadır.

TBMM'nin açılışından sonraki dönemi kapsayan 1920-1938 dönemi sağlık politikaları ilk Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasına öncelik verilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Böylece politikaların bakanlık çatısı altında gerçekleşmesi sağlanmıştır. Ayrıca savaş ortamının yarattığı ölümcül hastalıkların tedavisine yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacını taşımaktadır. Dönem itibariyle sınırlı kaynaklar olmasına rağmen, mevcut kaynakların sağlık hizmetlerine yönelik harcanması Türk sağlık sistemine verilen değeri vurgulamaktadır.

1938-1960'lı yıllara yönelik sağlık politikaları değerlendirildiğinde, en önemli gelişme dönemin ilk yazılı sağlık planının çıkartılmış olmasıdır. Plan her ne kadar hükümet değişiklikleri sebebiyle uygulama alanı bulamamış olsa da Türk sağlık sistemine ışık tutacak politika görüşlerine sahip olması bakımından önemlidir. Bu plan çerçevesinde

kırsal kesimlerdeki alanlara sağlık merkezleri kurulmuş, köylülerin sağlık hizmetlerinden yararlanması kolaylaştırılmıştır.

1960-1980 dönem aralığını kapsayan sağlık politikaları kapsamında en göze çarpan gelişme Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın hazırlanması olmuş, plan dahilinde sosyalleşme politikaları üzerinde durulmuştur. Halk sağlık seviyesinin daha üst düzeylere taşınması ve sağlık hizmetlerinden herkesin ücretsiz faydalanabilmesi dönemin en önemli politika hedefleri arasında gösterilmiştir.

1980-2003 yıl aralığı pek çok yasal düzenlemelere ilişkin teorik alt yapının oluşturulduğu ancak uygulama açısından yetersiz kalındığı bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde uygulama alanı bulan en önemli gelişmelerden biri Yeşil Kart uygulaması olmuştur. Bu uygulama ile sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan ve geliri yüksek olmayan bireylerin sınırlı şekilde de olsa sağlık sigortasından yararlanması sağlanmıştır.

2002 yılına kadar Türk sağlık sisteminde hastane ve yatak sayılarının yeterli düzeyde olmaması, acil sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin uzun randevu kuyruklarıyla karşılaşıp, kısa sürede hizmetten yararlanmasının mümkün olmaması, ücretsiz sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar gibi pek çok sıkıntılar söz konusuydu.

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulama alanı bulması en önemli politikalar arasında yerini almasını sağlamıştır. Bu program, sağlıkta karşılaşılan pek çok sorunun irdelenmesine ve bu sorunlardan yola çıkarak yeni politikaların geliştirilmesine yardımcı olmuştur. 2017

yılından itibaren kurulan şehir hastaneleri vatandaşların sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmasını sağlamakta ve koronavirüs ile mücadele kapsamında geniş kapasitesi ve sağladığı imkânlarla tedbir sürecinde gelişmiş pek çok ülke imkânlarına göre daha etkili olmuştur.

Son yıllarda sağlık alanında gerçekleştirilen politikalar, toplumun sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak, hizmetler konusunda toplumsal memnuniyetin artmasını sağlamış, temel sağlık göstergelerinde iyileşmeler meydana gelmiştir. Ancak vatandaşlar açısından kalite ve memnuniyetin, sağlık göstergelerindeki iyileşmelerin daha üst düzeylere taşınması daha sürdürülebilir sağlık politikaları ile mümkün olabilecektir. Dönemin sağlık şart ve problemlerini kapsayan politika sürecinin şekillenmesi büyük önem arz etmektedir.

Türk sağlık hizmetleri kapsamında ayaktan tanı ve tedavi sağlayan kuruluşların yaygınlaşmasına yönelik politikaların yürütülmesi gerekmektedir. Bu kuruluşların yaygın hale gelmesi, hastaların sağlık hizmetlerinden daha düşük maliyetle yararlanmasına yardımcı olacak ve hastanelerin yalnızca ağır tedavi gerektiren süreçleri kapsayan hastalara yönelik hizmet vermesine sebep olacaktır. Bu durum maliyetlerin fark edilir biçimde düşmesine yardımcı olacaktır.

Kamu hastaneleri açısından var olan Performans Primi uygulamasının kaldırılması, hekimler üzerindeki baskıyı azaltarak, etik kurallarına uygun çalışmalarını yürütmelerini sağlayacaktır. Eğitim kurumlarında zorunlu olarak sağlık bilgisi dersini verebilecek öğretmenlerin istihdam

edilmesi, eğitimin daha yaygın hale gelmesi, sağlık okuryazarlığının desteklenmesi hususunda politikalarının geliştirilmesi, hizmetlerin doğru kullanımı açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

AKDAĞ, R. (2012), ‘‘Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)’’ , ss. 3-439.

AKDUR, R. (2008). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık*, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara.

AKKAVAK, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

ATABEY, S.E., (2012), “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Politikaları, Sağlık Sistemindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Sağlık sistemleri ve sağlık politikası, Ed: Derya SARIKAYA, 1.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.

ÇAVMAK, Ş. Ve Doğancan ÇAVMAK (2017), ‘‘Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’’, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), ss.48-57.

DÖŞKAYA, İ. E. (2019), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2017 yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

FİŞEK, H. N. (1991), ‘‘Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları’’ *Toplum ve Hekim*, Cilt:7, Sayı: 48, ss. 2-4.

ER, Ü. (2011),*Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası*,Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

GÖKTAŞ, P. (2018), https://www.saglikaktuel.com/yazi/saglik-sistemimizin-temel-sorunlari-ve-cozum-onerileri-7113.htm , (20.06.2020).

HAYRAN, O. (2016), http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/473/Saglik-politikalarinin-gelecegi-ve-surdurulebilirlik.aspx, (20.06.2020).

İLERİ, H., SEÇER, B. ve Handan ERTAŞ. (2016).Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Sayı: 12, ss. 176-186.

KARABULUT, U. (2007), ‘‘Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış’’, *ÇTTAD,* ss. 151-160.

KASAPOĞLU, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt:19, Sayı:2, ss. 131-174.

LALEOĞLU, B. (2020), https://kriterdergi.com/siyaset/saglik-sisteminde-model-ulke-turkiye , (16.06.2020).

OECD, WORLD BANK. (2008). ‘‘OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, OECD ve IBRD 14’’,ss. 15-43.

ÖNDER, B. (2013), *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

SAĞLIK BAKANLIĞI, https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html, (15.06.2020).

T.C. KALKINMA BAKANLIĞI. (2014), ‘‘10. Kalkınma Planı 2014/2018 Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Arttırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2023’’, ss. 1-108.

TTB, (2001), ‘‘On Soruda 224 S. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’’, *Toplum ve Hekim*, 16(1), ss. 28-33.

YANMAZ, M. (2010). *Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Son Dönem Sağlık Politikaları,* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

BÖLÜM 6

SALGIN HASTALIKLARIN EKONOMİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Elif Tuğçe BOZDUMAN[11] *Melih ÖZÇALIK*[12]

[11] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: tugcebozduman@gmail.com
[12] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: melih.ozcalik@gmail.com

1. GİRİŞ

Salgın hastalıkların ekonomik, finansal, sosyal ve kültürel etkisi çok ciddi olabilmektedir. Salgının türüne göre, hayvancılık üretimi tamamen durdurabilir ya da hayvansal ürünler daha maliyetli hale gelebilir, ticari uygulamalar geçici süreyle askıya alınabilir veya ciddi şekilde kısıtlanabilir. Ürün arzı ve talebinde meydana gelebilecek dengesizlik ile fiyat istikrarsızlığı ve piyasa şokları olabilir. Tüketiciler piyasaya olan güvenlerini kaybedebilir ve alternatif ürünlere yönelebilir (Weaver, 2014).

Salgın hastalıklar özellikle son yıllarda küreselleşmenin artması nedeniyle oldukça hızlı yayılmaktadır. Bu durum da ülkeleri sınırlarını kapatmaya zorlamakta, malların, sermayenin ve insanların, iş ve üretimin aksamasına neden olmaktadır. Ülkelerin üretim, talep, tedarik zinciri ve insan akışlarına gelecek eşzamanlı bir şokun, uluslararası mal ve hizmet ticaret akışlarında önemli bir azalmaya neden olması muhtemeldir. Örneğin, arzın azalması, ulaşım yollarının kapanması, ithal mallara olan talebin azalması ve insanların bir ülkeden diğerine daha az hareketi, hem malların (örneğin otomobiller gibi üretilen ürünler) hem de hizmetlerin ihracatını ve ithalatını (turizm, seyahat gibi) önemli ölçüde azaltabilir. Ayrıca, daha az insan hareketi ve ekonomik belirsizlik nedeniyle uluslararası yatırımcılar, pandemik hastalıktan etkilenen ülkede devam eden yatırım faaliyetlerinden vazgeçebilir. Bu durum, ekonomik büyüme ve kalkınma için ticarete ve doğrudan yabancı yatırım girişlerine ihtiyaç duyan ekonomileri zor duruma sokabilir (Barua, 2020).

2. SALGIN HASTALIK KAVRAMI

Bir mikroorganizmaya bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklara bulaşıcı hastalık adı verilmektedir. Bulaşıcı hastalıklar doğrudan ya da dolaylı olarak bulaşabilmektedir. Bu hastalıkların belirli bir alanda, belirli bir sürede, belirli bir insan grubu içinde görülmesi durumuna salgın hastalık adı verilmektedir. Kısaca, tek bir hastalığa dair birden fazla vaka görülmesi durumu epidemiyolojide salgın olarak nitelendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Bir salgının dünyada birçok ülkede veya kıtada görülmesi olayına pandemi denilmektedir. Pandemi hastalıkların etki derecesine, kişilerin hayat şartlarına ve sosyoekonomik durumlarına, yaşadıkları bölgelerdeki ulaşım, sağlık ve iklim koşullarına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bir salgının pandemi olarak ilan edilebilmesi için üç şart gereklidir. Bunlar; yeni bir virüsün olması ya da olan bir virüsün mutasyona uğraması, virüsün asıl kaynağından insanlara bulaşabilmesi ve insandan insana kolayca geçebilmesidir (TÜBA, 2020).

DSÖ'nün pandemi listesinde bulunan hastalıklar şunlardır:

- Kolera
- Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi
- Chikugunya Hastalığı
- Ebola Virüsü Hastalığı
- Hendra Virüs Enfeksiyonu
- İnfluenza (Grip)
- Lassa Ateşi Hastalığı
- Marburg Virüsü Hastalığı

- Menenjit
- MERS Virüsü Hastalığı
- Monkeypox (Maymun Çiçek) Hastalığı
- Nipah Virüs Enfeksiyonu
- Covid-19 (Yeni Tip Koronavirüs) Hastalığı
- Veba
- Rift Vadisi Ateşi
- SARS Virüsü Hastalığı
- Çiçek Hastalığı
- Tularemi
- Sarı Humma
- Zika Virüsü Hastalığı

Tüm dünyada ölümlerin %71'i bulaşıcı olmayan hastalıklar, %29'u ise bulaşıcı hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Ölümler, yüksek gelirli ülkelerde daha çok bulaşıcı olmayan hastalıklardan, düşük gelirli ülkelerde ise daha çok bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. 2016 yılında düşük gelirli ülkelerdeki ölümlerin yarısından fazlası bulaşıcı hastalıklar, eksik beslenme ve doğum sırasında ortaya çıkan nedenlerden dolayı gerçekleşmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde bu nedenlerden kaynaklı ölümlerin oranı sadece %7 civarında olmuştur. Dünyada en çok ölüme sebep olan hastalıklar; iskemik kalp hastalığı, felç, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), alt solunum yolu enfeksiyonları, alzheimer hastalığı, gırtlak ve akciğer kanseri, şeker hastalığı, trafik kazaları, ishale bağlı hastalıklar ve tüberkülozdur (World Health Organization, 2020).

2.1. Bazı Salgın Hastalık Türleri

2.1.1. Veba

Veba, Enterobacteriaceae ailesinden Yersinia pestis adında bir bakterinin neden olduğu, bulaşıcı, kemirgen kaynaklı bir hastalıktır. Bugün Yersinia pestis, 30'dan fazla pire vektöründe, 200'den fazla memeli hayvan türünde ve en az 26 ülkede bulunmaktadır (Baril vd., 2019). Veba, başlangıçta Orta Asya'dan Afrika'ya ve Avrupa'ya yayılan birkaç pandemi ile insanlık tarihini etkilemiştir ve son 150 yılda her kıtaya ulaşmıştır. 21. yüzyılda veba Asya, Afrika ve Amerika'da mevcuttur. Uganda, Çin, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Madagaskar'daki son salgınlar, vebanın hala önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu tüm dünyaya hatırlatmaktadır (Demeure vd., 2019).

Tarihsel olarak üç ana veba pandemisi olduğu kabul edilmektedir. Bunlardan ilki Justinian veba salgını (Doğu Roma İmparatorluğu, MS 6. ve 8. Yüzyıllar arasında), Kara Ölüm diye adlandırılan ikinci veba salgını (Avrupa'da MS 14. yüzyılın ortalarından 18. yüzyılın ortalarına kadar görülmüştür) ve üçüncü veba salgınıdır (19. yüzyılın sonlarında Çin'de başlamıştır) (Spyrou vd., 2016).

İlk salgın Afrika'da başlamıştır ve 60 yıl boyunca 100 milyon insan bu salgın yüzünden ölmüştür. Kara Ölüm, Avrupa'da 50 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında, veba salgınları Hindistan'da yaklaşık 10 milyon insanın ölümüne sebebiyet vermiştir. Veba dünya çapında, Afrika (10 ülke), Amerika (5 ülke) ve Asya'daki birçok ülkede hala endemiktir. Son on yılda, vakaların % 76.2'si ve ölümlerin % 81.8'i Afrika'dan bildirilmiştir. Şu anda en

endemik ülkeler Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Madagaskar ve Peru'dur (Kenawy vd., 2018).

Vebanın 3 klinik türü bulunmaktadır. Bunlar; bubonik, septisemik ve pnömonik vebadır. Bubonik veba, ilk ısırıktan sonra bölgesel lenf düğümlerine, karaciğer ve dalağa zarar vermektedir. 2 ila 6 günlük bir kuluçka döneminden sonra, hastada ani bir halsizlik, baş ağrısı, titreme ve ateş görülmektedir. Lenf düğümleri, en çok kasık, koltuk altı ve boyunda bulunduğu için bu bölgeler şişmekte ve bazen bu büyüklük 10 cm'yi bulabilmektedir. Bu bubolar (lenf bezlerindeki şişlikler) -bubonik terimi burdan gelmektedir- büyük bir ağrıya neden olur. Acil tedavi olmadığı takdirde, enfekte kişilerin %40'ı ila %70'i ölmektedir. Septisemik veba; tüm vakaların %10'u ila %15'ini içermektedir. Bu hastalık birincil durum olarak ya da bubonik vebaya ikincil durum olarak gelişebilir. Septik şok ve yaygın damar içi pıhtı atmasına doğru hızla ilerleyen bir süreç olmakta ve sıklıkla gangren ile sonuçlanmaktadır. Acil tedavi olmazsa ölüm oranı neredeyse % 100'dür ancak hızlı tedavi ile ölüm oranı % 40'lara kadar düşebilir. Pnömonik veba da septisemik veba gibi birincil veya ikincil olabilir. Birincil pnömonik veba, sağlıklı bir bireyde 24 ila 48 saat içinde zatürre başlangıcı ile başlar. Enfeksiyon o kadar hızlı ilerler ki hasta genellikle ileri bir aşamaya gelemeden ölür. Tedaviye 18 ila 24 saat içinde başlanmazsa bu hastalık ölüm ile sonuçlanır. İkincil pnömonik veba, yerleşik bir enfeksiyon ile akciğerlere kan yoluyla gittiğinde şiddetli bronş veya akciğer iltihabına neden olur. Y. Pestis, özellikle soğuk ve nemli bir iklimde, enfekte kişilerle yakın temas halinde olunursa (2 metreden daha az) damlacık iletimi ile de bulaşabilir (Eastman, 2009).

Veba’da hastaların hayatta kalması için erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir. Antibiyotikler ve destekleyici tedavi, hastalara zamanında teşhis konulduğu taktirde etkili olmaktadır. Pnömonik veba, tedavi edilmezse hastalığın başlangıcından itibaren 18 ila 24 saat içinde ölümcül olabilir, ancak entero bakteriler (gram negatif çubuklar) için yaygın antibiyotikler, erken uygulanırsa hasta etkili bir şekilde tedavi edebilir (WHO, 2020).

2.1.2. Kolera

Kolera, “*Vibrio Cholerae”* bakterisi ile kirlenen yiyecek veya sudan kaynaklanan akut ishal enfeksiyonudur. Bir kişinin kirlenmiş yiyecek veya su aldıktan sonra semptom göstermesi 12 saat ile 5 gün arasında değişmektedir. Kolera hem çocukları hem de yetişkinleri etkilemektedir ve tedavi edilmezse saatler içerisinde öldürebilir. Enfekte olan çoğu kişide herhangi bir semptom gelişmez ancak bakteriler enfeksiyondan sonra 1 ila 10 gün boyunca dışkılarında bulunur ve çevreye geri döner. Böylece potansiyel olarak diğer insanları enfekte etmeye devam eder (Azman vd., 2013).

19. yüzyıl boyunca kolera, Hindistan'daki Ganj deltasındaki rezervuarından tüm dünyaya yayılmıştır. Vibrio Cholerae bakterisinin birçok alt türü bulunmaktadır ancak sadece iki türü (O1 ve O139) salgınlara neden olur. Görülen altı pandemide O1 tüm salgınlara ve dolayısıyla milyonlarca insanın ölümüne neden olmuştur. O139 ise ilk olarak 1992'de Bangladeş'te görülmüştür. Mevcut (yedinci) pandemi 1961'de Güney Asya'da başlamış ve 1971'de Afrika'ya ve 1991'de

Amerika'ya ulaşmıştır (WHO, 2020). Kolera şu anda birçok ülkede endemik haldedir.

Vibrio *Cholerae*, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, küresel olarak ishal hastalığının önemli bir nedenidir. Su veya kirlenmiş gıda yoluyla bulaşan akut, hızla dehidrasyon (vücudun su kaybetmesi) yapan bir ishal hastalığı olarak öncelikle su, sanitasyon ve hijyen koşullarının zayıf olduğu bölgelerde bulunmaktadır. Son yıllarda hem suya hem de sanitasyona erişimi iyileştirmeye yönelik ilerleme kaydedilmesine rağmen, hala dünya çapında gelişmiş içme suyu kaynaklarını kullanmayan 663 milyon insan, açık dışkılama uygulayan 950 milyon insan bulunmaktadır (Hsiao vd., 2018). Kolera, temiz su kaynaklarına erişimin yetersiz olduğu, zayıf sosyo-ekonomik koşullara sahip ülkelerde hala büyük bir sorundur (Kumar, 2009).

Resmi olarak bildirilen vakalar, dünyadaki gerçek vakaların sadece %5'i ila %10'unu temsil etmektedir. Endemik ülkelerde yıllık 2,9 milyon vaka ve 95.000 ölümün olduğu düşünülmekte, % 3,33'lük vaka-ölüm oranı olduğu sanılmaktadır. Endemik olmayan ülkelerde ise 87.000 vaka ve 2.500 ölümün olduğu düşünülmekte, % 2.87'lik bir ölüm oranı olduğu tahmin edilmektedir (Teoh vd., 2018). DSÖ'ye göre ise her yıl dünya çapında 1.3 ila 4.0 milyon arasında kolera vakası olduğu, 21.000 ila 143.000 arasında kolera kaynaklı ölüm olduğu tahmin edilmektedir.

Kolera kolay tedavi edilebilir bir hastalıktır. Hastalara vücudun su kaybını önlemek için ishalin süresini azaltmak ve dışkılarındaki bakteri atılımının miktarını azaltmak için uygun antibiyotikler verilmektedir.

Ancak, Kolera salgını sırasında tedaviye hızlı erişim çok önemlidir. Erken ve uygun tedavi ile vaka-ölüm oranının %1'in altında kalacağı düşünülmektedir (WHO, 2020).

2.1.3. Ebola

Ebola virüsler, genomu negatif polariteye sahip tek bir RNA ipliğinden oluşan, Mononegavirales sırasına göre Filoviridae ailesinin Ebola virüs cinsine aittir. Ebola virüs cinsi, taksonomik (canlıların sınıflandırılması) atamalara sahip beş tür içermektedir. Bunlar; Bundibugyo (Bundibugyo virüsü), Reston (Reston virüsü), Sudan (Sudan virüsü), Taï Ormanı (Taï Orman virüsü) ve Zaire'dir (Ebola virüsü). Sadece Bundibugyo, Sudan ve Ebola virüsleri insanlarda hastalık salgınları ile ilişkilendirilmiştir. Bu virüslerin herhangi birinin neden olduğu hastalığa da genel olarak Ebola hastalığı denilmektedir (Malvy vd., 2019).

İnsandan insana bulaşma süreci, enfekte hastaların vücut sıvılarına temas edilmesiyle gerçekleşmektedir. Kuluçka dönemi enfeksiyondan sonraki 1 ila 21 gün arasında olup, hastalar semptom geliştirene kadar bulaşıcı kabul edilmemektedir. Vaka-ölüm oranları %30 ile % 90 arasında değişmektedir (Beeching vd., 2014).

Ebola virüsü ilk olarak 1976'da Sudan ve Zaire'de aynı anda iki hemorajik (kanamalı) ateşi şeklinde görülmüştür. Yaklaşık bir haftalık bir kuluçka döneminden sonra, enfekte olan kişilerde hızla yüksek ateş, ishal, kusma, solunum bozuklukları ve kanama gelişmiştir. Ölüm ise birkaç gün içinde gerçekleşmiştir (Pourrut vd., 2005). Başlangıçta ateş, baş ağrısı ve halsizlik belirtileri gösteren hastalarda, 2 ila 4 gün sonra

aşırı kusma ve ishal görülmüştür. Sudan'daki vakaların % 55'i, Zaire'deki vakaların % 88'i ölümcül olmuştur (Baron vd., 1983).

1976 ve 2014 yılları arasında üç virüs (Bundibugyo, Sudan, Ebola) insandan insana bulaşma nedeniyle 20'den fazla bilinen salgına neden olmuştur. Toplam 2400 vaka ve 1600 ölüm bildirilmiştir. Vaka-ölüm oranı Bundibugyo virüsü için %25, Sudan virüsü için % 50 ve Ebola virüsü için % 80'dir. Şimdiye kadar kaydedilen en büyük Ebola virüsü salgını, doğal rezervuardan (meyve yarasası olduğu sanılmaktadır) insana girişinin ardından 2013-2016 yılları arasında Batı Afrika'da meydana gelmiştir ve ağırlıklı olarak Gine, Sierra Leone ve Liberya'yı etkilemiştir. Çoğunlukla Sudan, Uganda, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Gabon'da, Ebola ve Sudan virüslerinden kaynaklı birçok Ebola hastalığı salgını meydana gelmiştir (Malvy vd., 2019).

Ebola için henüz kanıtlanmış bir tedavi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, kan ürünleri, bağışıklık terapileri ve ilaç tedavileri de dahil olmak üzere bir dizi potansiyel tedavi değerlendirilmektedir. 2015 yılında Gine’de yapılan çalışmalar sonucu aşının bu hastalığa karşı oldukça koruyucu olduğu kanıtlanmıştır (WHO, 2020).

2.1.4. İnfluenza (Grip)

Grip, insandan insana kolaylıkla bulaşan influenza virüslerinin neden olduğu bir üst solunum yolu enfeksiyonudur. Grip, her yıl dünya nüfusunun %5 ila %20’sini etkilemekte, ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olabilmektedir. İnfluenza mevsimsel ve zoonotik olmak üzere 2’ye ayrılmaktadır. Mevsimsel grip dünya çapında her yıl 3 ila 5 milyon kişinin hastalanmasına ve yaklaşık 250.000 ila 500.000 kişinin ölümüne

sebep olmaktadır (Suntur, Kaya, & Kuşcu, 2018). Her sene mevsimsel grip milyonlarca kişinin hastalanmasına neden olurken, pandemik (zoonotik) grip ise insanların bağışıklık sisteminin tanımadığı yeni bir virüsün insanları enfekte etmesi ile insandan insana bulaşma kapasitesini kazanması sonucu meydana gelmektedir. Zoonotik influenza normal influenza mevsimi dışında da salgın yapabilmektedir (Akan, 2015).

İnfluenza virüsleri Orthomyxoviridae familyasının, tek parçalı RNA virüsleridir. Bu virüslerin A, B, C ve D tipleri bulunmaktadır. Bununla birlikte, A tipi influenza virüslerinin su kuşlarının doğal rezervuarları olduğu bilinmektedir (Suarez vd., 2004). İnfluenza A virüsleri insanları ve birçok farklı hayvanı enfekte edebilir. İnfluenza B virüsleri insanlar arasında dolaşır ve mevsimsel salgınlara neden olur. İnfluenza C virüsleri hem insanları hem de domuzları enfekte edebilir, ancak enfeksiyonlar genellikle hafiftir bu nedenle vaka nadiren bildirilir. İnfluenza D virüsleri ise öncelikle sığırları etkilemekte ve insanlarda herhangi bir hastalığa neden olup olmadığı henüz bilinmemektedir (WHO, 2020).

Bilinen en eski pandemi 1580 yılına aittir. Bu pandemiden sonra 31 pandemi tanımlanmıştır. 1918-1919 yılında görülen pandemi, en büyüğü olup 21 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır. İnfluenza ilk defa 1933 yılında Smith tarafından, İnfluenza (B) 1939 yılında Francis ve İnfluenza (C) ise 1956 yılında Taylor tarafından keşfedilmiştir. 1940 yılında ilk influenza aşısı, 1960'ta da ilk antiviral ilaç geliştirilmiştir (Şanlı, 2010).

İnsanlarda kuş gribi A (H5N1), domuz ve kuş gribi virüsü A (H7N9) ve A (H9N2) ve domuz gribi virüsü alt tipleri A (H1N1), A (H1N2) ve A (H3N2) görülmüştür. Bir insanda tespit edilen ilk H5N1 enfeksiyonu olgusu Mayıs 1997'de Hong Kong'da ortaya çıkmıştır. Kasım ve Aralık 1997'de, salgının ikinci dalgası meydana gelmiş ve 17 vaka daha tespit edilmiştir (Chan, 2002). Kuş gribi, 39 ülkede görülerek tüm dünyaya yayılmıştır (Çolakoğlu, 2010). Domuz gribi ise 2009'da Meksika'da bir domuz çiftliğinde görülmüş, kısa süre içerisinde bu grip Meksika'nın diğer bölgelerine ve komşu ülke olan ABD'ye yayılmıştır. Arkasından da kıtalar arası yayılım göstererek tüm ülkeleri etkilemeye başlamış, bunun üzerine DSÖ 11 Nisan 2009 tarihinde bu virüsün neden olduğu enfeksiyonu pandemik grip olarak ilan etmiştir (Şanlı, 2010). ABD'de 2009 ile 2010 tarihlerinde yaklaşık 42 ila 86 milyon kişinin H1N1 ile enfekte oldukları; 188.000 ila 389.000 kişinin hastaneye yatırıldığı ve 8.520 ila 17.620 kişinin de hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (Badur, 2010).

İnfluenza virüsü, hafif soğuk algınlığı benzeri durumlardan mide bulantısı, kusma ve hatta ölüme bile götürebilecek semptomlara neden olabilmektedir. İnfluenza kişisel temas yoluyla yayıldığı için ülkeler arasında hızla seyahat edebilmekte ve kolayca hastalığı pandemiye dönüştürebilmektedir (Prager, Wei, & Rose, 2017). Mevsimsel grip, ateş, öksürük (genellikle kuru), baş ağrısı, kas ve eklem ağrısı, şiddetli halsizlik, boğaz ağrısı ve burun akıntısı ile kendini göstermektedir. Çoğu insan, tıbbi müdahale gerektirmeden bir hafta içinde iyileşmektedir. Kuş, domuz gribi ve diğer zoonotik gripte hafif üst solunum yolu enfeksiyonundan (ateş ve öksürük) şiddetli zatürreye

kadar ilerleyebilir, akut solunum sıkıntısı sendromu, şok ve hatta ölüme neden olabilir. Kuş gribi enfeksiyonunda bulantı, kusma ve ishal gibi semptomlar daha sık bildirilmiştir. Kuluçka dönemi, semptomların şiddeti ve hastalık özellikleri, enfeksiyona neden olan virüse göre değişmektedir, esas olarak solunum hastalıkları semptomları ile kendini göstermektedir (WHO, 2020).

Şüphesiz aşı hastalığı önlemenin en etkili yoludur ve 60 yıldan uzun süredir aşılar kullanılmaktadır. Tedavi için de, antiviral ilaçlar mümkün olan en kısa sürede (ideal olarak semptom başlangıcını takip eden 48 saat içinde) uygulanmaya başlamalıdır.

2.1.5. HIV/AIDS

Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) 1970'lerin sonunda ortaya çıkmıştır. İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsünün (HIV) neden olduğu bu hastalık bir kez kan dolaşımına girdiğinde bağışıklığa ölümcül bir şekilde zarar veren bir retro virüs özelliği taşımaktadır. Her ne kadar 1970'lerde bu hastalık ortaya çıkmış olsa da hastalığın kaynağının HIV olduğu 1980'lerin başında anlaşılmıştır. Bugüne kadar iki tür HIV tanımlanmıştır. Bunlar; Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünyada baskın olan HIV-1 virüsü ve esas olarak Batı Afrika'da bulunan HIV-2 virüsüdür (Gaffeo, 2003).

HIV belirtileri enfeksiyon evresine bağlı olarak değişmektedir. HIV ile yaşayan insanlar enfekte olduktan sonraki ilk birkaç ay içinde bulaşıcı olma eğiliminde olsa da, birçoğu sonraki aşamalara kadar durumlarının farkında değildir. Enfekte olduktan sonraki ilk birkaç hafta içinde insanlar ateş, baş ağrısı, döküntü veya boğaz ağrısı dahil hiçbir

semptom veya grip benzeri bir hastalık yaşamazlar. Enfeksiyon bağışıklık sistemini aşamalı olarak zayıflattığı için, şişmiş lenf düğümleri, kilo kaybı, ateş, ishal ve öksürük gibi başka belirti ve semptomlar geliştirebilirler (WHO, 2020).

1980'lerden beri Afrika'da özellikle bazı ülkelerde hastalığın yüksek yayılma oranına sahip olduğu bilinmektedir. Svaziland, Botsvana, Lesoto, Zimbabve, Namibya ve Güney Afrika'da hastalığın yayılma oranının yüzde 20'yi aştığı tahmin edilmektedir. AIDS daha çok kan, anne sütü, cinsel ilişki gibi enfekte kişilerden gelebilecek vücut sıvılarının değişimi ile bulaşabilir. Ayrıca, HIV hamilelik ve doğum sırasında anneden çocuğuna da geçebilir. Bireyler tokalaşmak vb. günlük temaslar ile enfekte olmazlar. Bu nedenle koruyucu önlemlerin alınması söz konusu hastalığın yayılmasını engellemeye yardımcı olacaktır (Canning, 2006).

HIV nedeniyle şimdiye kadar 32 milyondan fazla insanın hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir ve hala önemli bir küresel sağlık sorunudur. 2000-2018 yılları arasında yeni HIV enfeksiyonları %37, HIV ile ilişkili ölümler %45 oranında azalmıştır. 2018'in sonunda HIV ile yaklaşık 37.9 milyon insan yaşadığı tahmin edilmektedir. 2018 yılında HIV ile ilgili nedenlerden dolayı 770.000 kişi ölmüş ve 1.7 milyon kişi yeni enfekte olmuştur. Doğu Avrupa, Orta Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika bölgeleri, yeni HIV enfeksiyonlarının yaklaşık % 95'ini oluşturmuştur (WHO, 2020).

2.1.6. SARS

Koronavirüsler (CoV) zarflara ve pozitif RNA'ya sahip, genellikle soğuk algınlığına neden olan bir virüs ailesidir. Daha nadiren, ciddi solunum yolu hastalıklarına neden olabilirler. İlk insan CoV'si 1960 yılında belirlenmiştir. Bugüne kadar insanlarda bulunan 6 tür CoV tanımlanmıştır. Bunlar; HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HKU1-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV. Son ikisi dünyada ciddi enfeksiyonlara yol açmıştır. Şiddetli akut solunum sendromu (SARS) 2003 yılında sayısız ölümden sorumlu olan bir hastalık statüsüne gelmiştir. İlk vaka 2002 yılında Çin'den bildirilmiş, 2002 ve 2003'te dünya çapında 8273 SARS vakası görülmüş ve bunların 775'i ölümle sonuçlanmıştır (Parlak, 2015).

Koronavirüsler tipik pek çok hayvanda ciddi hastalıklara neden olabilirler. Söz konusu virüsler hayvanlardan insanlara da bulaşmakta ve ciddi hastalıklara yol açmaktadır. SARS-CoV'un doğal rezervuarlarının yarasalar olduğu ve tesadüfen insanları enfekte ettiği sanılmaktadır. İnsanlarda üst solunum yolu hastalıklarının %30'undan sorumlu olan koronavirüsler, grup 1 (HCoV-229E) ve grup 2 (HCoV-OC43) içerisinde yer almaktadır. Çoğu nezle virüsü gibi SARS-CoV da dayanıklı ve bulaşıcılığı yüksek bir RNA virüsüdür. Kişiden kişiye solunum yoluyla, vücut sıvıları ya da dışkı ile temas sonucunda yayılmaktadır (Yücel & Görmez, 2019).

Çin'in Guandong eyaletinde başlayan hastalık, Avustralya, Brezilya, Kanada, Çin, Hong Kong, Güney Afrika, İspanya ve ABD'ye kadar büyük bir hızla bulaşmıştır. SARS salgını 2003 yılının ikinci

çeyreğinde zirve yapmış ve Temmuz 2003'e kadar salgın devam etmiştir. Vaka-ölüm oranının yaklaşık %10 olduğu tespit edilmiş ve korkulandan çok daha az ölüm olmuştur (Keogh-Brown & Smith, 2008). SARS'a neden olan koronavirüsün dünya çapında hızla yayılması ile 5 Mayıs 2003 tarihinden itibaren 28 ülkede vaka bildirimi yapılmıştır (Donnelly vd., 2003).

Kuluçka süresi virüs vücuda girdikten itibaren genellikle 2 ila 7 gün arasında değişmektedir. Bu sürenin 10 güne kadar uzayabilmesi de olasıdır. İlk belirtiler öksürme, aksırma gibi belirtilerdir ve bu şekilde bulaştırıcılık başlamaktadır. Ateşin 38ºC'nin üzerine çıkmasıyla birlikte titreme ve terlemenin görülmesi öncü bulgular arasındadır. Kas ağrıları ve hafif solunum zorluğu da görülebilmektedir. Ateşle birlikte ishal de görülebilir. 3 ila 7 gün sonra ise virüs üst solunum yolundan alt solunum yoluna doğru ilerler. Kuru öksürük, nefes darlığı, oksijen yetmezliği ve zatürre belirtileri görülmeye başlar (Atabey vd., 2003).

SARS'ın bilinen kesin bir tedavisi bulunmamakla birlikte grip ve soğuk algınlığı için kullanılan tedavilerin hastalığı iyileştirme yönünde etkisi olmaktadır. Önemli olan hastalıktan korunmak için gereken tedbirleri alarak, gerekli izolasyonun sağlanmasıdır. Böylece hastalığın bulaşıcılığının da önüne geçilmiş olacaktır (Kanra & Kara, 2003).

2.1.7. MERS

Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) 2012 yılında ilk kez Suudi Arabistan'da görülen yeni bir coronavirüsün (MERS CoV) neden olduğu bir solunum hastalığıdır. Arap Yarımadası dışındaki en büyük MERS salgını ise 2015 yılında Güney Kore'de ortaya çıkmıştır.

Türkiye’deki tek vaka ise Ekim 2014’de bildirilmiştir. MERS 2012’den beri, dört kıtada 27 ülkede toplam 2494 vaka ve 858 ölüm (vaka-ölüm oranı %34,4) ile farklı ölçekte salgınlara neden olmuş, küresel bir halk sağlığı tehdidi haline gelmiştir (Ay, 2020).

MERS en çok Orta Doğu’da yayılmıştır. Orta Doğu'da MERS salgınından en çok etkilenen ülkeler Ürdün, Kuveyt, Umman, Katar, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Yemen, Lübnan ve İran’dır. Afrika'da Mısır, Tunus ve Cezayir, Avrupa'da Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya, İngiltere, Hollanda, Avusturya ve Türkiye, Asya'da Güney Kore, Gürcistan, Malezya ve Filipinler ile Kuzey Amerika’da Amerika Birleşik Devletleri’nde de görülmüştür. Orta Doğu dışında bildirilen tüm vakalar Orta Doğu'dan seyahat ile ülkeye gelmiştir (Akbaba, Kurt, & Nazlıcan, 2014).

Enfeksiyonun develerden insanlara bulaştığı tahmin edilmektedir. Develerden insana, daha sonra da insan insana bulaştığı sanılmaktadır. MERS-CoV'nin insandan insana bulaşması hastalardan sağlık çalışanlarına damlacık yoluyla veya kontamine yüzeylere dokunma yoluyla gerçekleşmektedir. Hastalığın kuluçka süresi 2 ila 14 gün arasında değişmektedir. Hastalığın semptomları; titreme, migren, öksürük, boğaz ağrısı, nefes almada zorluk, kas romatizması, göğüs ağrısı, böbrek yetmezliği, zatürre, halsizlik, bulantı ve kusma, dizanteri ve mide ağrısıdır. Bağışıklık sistemi yetersiz olan kişilerin MERS-CoV tarafından enfekte olma riski bağışıklığı güçlü olan kişilere göre çok daha yüksektir (Al-Hazmi, 2016).

MERS hastalığının kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Bu nedenle, daha çok destek tedavi ve komplikasyonların önlenmesine yönelik tedaviler uygulanmaktadır. Bazı özel durumlarda ampirik olarak geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, grip tedavisi için kullanılan antiviral ilaçlar etkili olabilmektedir (Nemli & Demirdal, 2016).

2.1.8. Yeni Tip Koronavirüs (Covid-19)

Aralık 2019'un sonlarından bu yana, Çin'in Wuhan kentinde yeni bir koronavirüs hastalığı (COVID-19; daha önce 2019-nCoV olarak bilinmektedir) ortaya çıkmıştır. COVID-19'un patolojik özellikleri SARS ve MERS koronavirüs enfeksiyonunda görülenlere çok benzediği anlaşılmıştır (Xu vd., 2020). Ocak 2020'nin başında, salgın hakkında bilginin az olması nedeniyle SARS ve MERS koronavirüslerinin neden olduğu salgınlardan elde edilen bilgiler, DSÖ'nün halk sağlığı önerilerini oluşturmuştur (Heymann & Shindo, 2020).

Koronavirüsler ilk olarak 1966'da, soğuk algınlığı olan hastalardan alınan örnekleri analiz eden Tyrell ve Bynoe tarafından tanımlanmıştır. Alfa, beta, gama ve delta koronavirüs olmak üzere dört alt familyası bulunmaktadır. Alfa ve beta koronavirüsler memelilerden, özellikle yarasalardan kaynaklanırken, gama ve delta virüsleri domuzlardan ve kuşlardan kaynaklanmaktadır. İnsanları enfekte edebilen yedi koronavirüs alt tipi arasında beta koronavirüsler ciddi hastalık ve ölümlere neden olabilirken, alfa koronavirüsler asemptomatik veya hafif semptomatik enfeksiyonlara neden olabilmektedir (Velavan & Meyer, 2020).

İnsan üzerinde daha ölümcül olan koronavirüs türlerinden SARS-CoV'de ölüm oranı yaklaşık %10, MERS-CoV'de %35 ve COVID-19'da %3 civarındadır. DSÖ 14 Mart 2020'de yayınlanan bir raporda, COVID-19 olarak tanımlanan potansiyel ölümcül hastalığın (SARS-CoV-2 diye de adlandırılır) 133 ülkede ve Türkiye'de tespit edildiğini açıklamıştır (Buruk & Özlü, 2020). Dünyada 3 Haziran 2020 itibariyle 216 ülkeden 6.287.771 vaka, 379.941 ölüm bildirilmiştir.

COVID-19'un en yaygın semptomları ateş, kuru öksürük ve halsizliktir. Daha az yaygın olan ve bazı hastaları etkileyebilecek diğer semptomlar arasında ağrı, burun tıkanıklığı, baş ağrısı, konjonktivit (göz kapaklarının iltihaplanması), boğaz ağrısı, ishal, tat veya koku kaybı, ciltte kızarıklık, parmaklarda veya ayak parmaklarında renk değişikliği görülebilir. Bu semptomlar genellikle hafiftir ve yavaş yavaş başlar. Bazı insanlar enfekte olmasına rağmen çok hafif semptomlar görülebilir. Çoğu insan (yaklaşık % 80) hastane tedavisine ihtiyaç duymadan iyileşmektedir. COVID-19 alan her 5 kişiden yaklaşık 1'i ağır hastalanmakta ve nefes darlığı yaşamaktadır. Yaşlı insanlar, yüksek tansiyon, kalp ve akciğer sorunları, diyabet veya kanser gibi kronik sorunları olanlar ciddi riski altındadır. Ancak, herkes COVID-19'a yakalanabilir ve ciddi şekilde hastalanabilir (WHO, 2020).

Yeni tip koronavirüsün (COVID-19) kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Ancak hem ilaçla tedavi hem de aşı ile korunmaya yönelik bilimsel çalışmalar küresel çapta hızla devam etmektedir.

3. LİTERATÜR TARAMASI

Salgın hastalıkların ekonomi üzerindeki etkilerine yönelik literatür çalışmaları incelendiğinde, bu çalışmaların ağırlıklı olarak SARS, MERS ve Covid-19'un etkileri üzerine durulduğu görülmektedir. Bununla birlikte, diğer salgın hastalıkların ekonomiye etkileri hususunda da çalışmalar mevcuttur.

Smith (2006), 2003'te meydana gelen SARS salgınının makroekonomik etkisinin analizini yapmaktadır. Salgın sırasında öngörülen tahminler ve modeller ile SARS'ın küresel ekonomi üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Weaver (2014), bulaşıcı hastalıkların hayvan sağlığı ve üretimi, insan sağlığı, gıda güvenliği ve ekonomik kalkınma için artan bir tehdit olduğunu öne sürmüş, bu durumun kamu güvenini ve mal arz/talep dengesini ve yapısını bozabileceğini belirtmiştir. Uçucu (2018), salgın hastalıkların ekonomik sebepleri ve sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada, gelişmemiş ülkelerdeki bazı salgın hastalıkların toplam üretimi düşürdüğü ve bu durumun da ekonomik büyümede negatif etki yaratacağı sonucuna ulaşmıştır. Smith vd. (2019), bulaşıcı hastalıkların geniş sosyoekonomik sonuçlar ortaya çıkardığını, özellikle uluslararası seyahat ve ticaret ile sağlık sektörlerinde ekonomik şok dalgalarının ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. Çeti ve Ünlüönen (2019), salgın hastalıklara bağlı olarak oluşan sağlık krizlerinin turizm sektörü üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışma, ayak ve ağız hastalığı, SARS, kuş gribi, domuz gribi ve ebola salgınlarının turist sayısı üzerindeki etkisini araştırmıştır. Bulgular, salgınla ilgili vakanın görüldüğü yılda

ve bir sonraki yılda ülkelerin gelen turist sayılarında düşüş yaşandığını göstermektedir. Maphanga ve Menaga (2019), Batı Afrika'da ebolanın salgının turizm sektörü üzerindeki etkisini incelemiş, etkilenen ülkelerin turizmini ve ekonomilerini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Elde edilen bulgulara göre, ebolanın ortaya çıkması, elverişli bir turizm destinasyonu olan Afrika'nın rekabet gücünü azaltmıştır. Batı Afrika'da Ebola'nın ortaya çıkışı üzücü bir şekilde tüm Afrika kıtasını etkilemiştir.

Joo vd. (2019), 2015 yılında Güney Kore'de görülen MERS salgınının konaklama, yiyecek ve içecek ve ulaşım da dahil olmak üzere turizm ve seyahatle ilgili hizmet sektörleri üzerindeki ekonomik etkisini araştırmıştır. Araştırmanın bulguları; konaklama, yiyecek ve içecek, ulaşım gibi hizmet sektörlerini negatif yönde etkilediğini göstermektedir. Haziran ve Temmuz 2015'te konaklama ve yiyecek ve içecek sektörleri ile Haziran 2015'te ulaşım sektörü için beklenenden çok daha düşük gelir elde edilmiştir. Zeren ve Hızarcı (2020), Covid-19 salgınının finansal piyasalar üzerindeki olası etkilerini araştırmıştır. 23 Ocak 2020 ve 13 Mart 2020 arasındaki günlük veriler kullanılarak yapılan analizlerde, hem Covid-19 günlük toplam vaka ve toplam sayılarının, borsalar üzerindeki olası etkileri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, toplam ölümle incelenen tüm borsalar uzun vadede birlikte hareket etmektedir. McKibbin ve Fernando (2020), COVID-19'un olası küresel makroekonomik etkileri üzerinde durmuştur. Olası etkiler, bu salgının kısa vadede küresel ekonomiyi önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. Salgının tüm ekonomileri etkileyeceği, ancak sağlık sistemlerinin daha az geliştiği ve nüfus

yoğunluğunun daha yüksek olduğu az gelişmiş ekonomileri daha fazla etkileyeceği belirtilmektedir.

4. SALGIN HASTALIKLARIN SEKTÖREL ETKİLERİ

4.1. Finansal Sektörlere Etkisi

2019 Aralık'ta Çin'in Wuhan kentinde başlayan Covid-19, salgın hastalıkların ekonomiye etkisini canlı olarak görmeye olanak sağlamaktadır. Normal ekonomik faaliyetlerin yeniden başlaması, salgının küresel yayılımının ne kadar sürdüğüne bağlı olarak değişecektir. Tüm dünyayı etkisi altına alan yeni tip koronavirüs (COVID-19) salgını, ülkeleri finansal ve reel anlamda etkilemiştir. Salgın nedeniyle gelişmekte olan piyasalara sermaye akışında belirgin bir azalma olmuştur. 2020 yılında gelişmekte olan ülkelerin portföy yatırımlarında nerdeyse yarı yarıya azalma beklenmektedir. Sadece gelişmekte olan ülkelerin değil gelişmiş ülkelerin de finansal piyasalarının salgından olumsuz etkileneceği tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğu cari işlemler açığının finansmanını portföy yatırımları ile sağladığı için sermaye akımlarındaki ani duruş, bu açığın kapatılamamasına ve dolayısıyla döviz rezervlerinin azalmasına neden olacaktır.

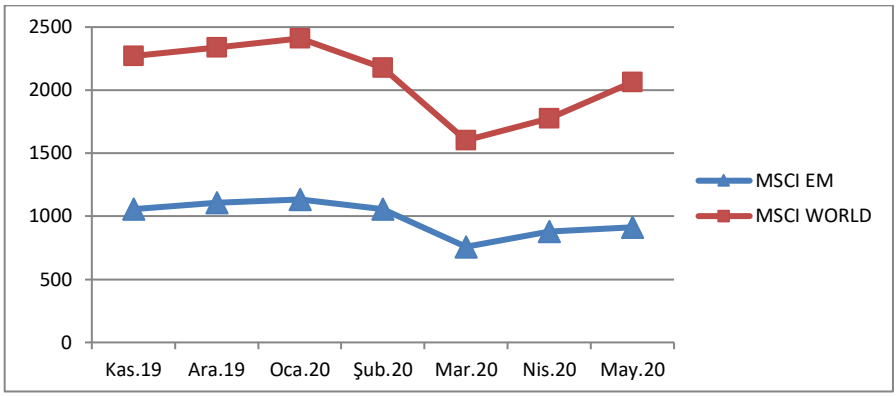
Uluslararası Finans Enstitüsü'nün (IIF) hazırladığı Sermaye Akışları Raporu'nda küresel sermaye akışlarının 2020 yılında önemli ölçüde (%-2,8) azalacağı öngörülmektedir. Bu nedenle, COVID-19 şokunun 2009 küresel finansal krizden daha kötü olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca, gelişmekte olan piyasalarda gelişmiş ülkelere oranla daha belirgin bir daralma beklenmektedir. 2020'nin ikinci çeyreğinden

itibaren sermaye akımlarında istikrarsızlık olsa da daha sonrasında kısmi bir iyileşme olacağı tahmin edilmektedir (IIF, 2020).

Ülkelerin finansal piyasalardaki canlılığını gösteren en önemli göstergelerin başında MSCI endeksi gelmektedir. MSCI endeksi küresel çapta yatırım yapan yatırımcılar için yatırım fırsatları, portföy değerlendirmesi ve riskin belirlenmesi açısından önemli bir göstergedir. Bu endeksin yükseliyor olması küresel piyasalardaki canlılığın ve finansal piyasalara fon girişlerinin arttığını göstermektedir. MSCI endeksi ilk kez 1968'de ABD dışındaki küresel sermayenin performansını ölçmek için uluslararası sermaye endeksleri olarak hazırlanmıştır. 1986 yılında Morgan Stanley yatırım bankası uluslararası sermaye endekslerinin lisanslarını devralmış ve bu endeksler MSCI olarak adlandırılmıştır (Küçüksille, 2019).

Grafik 1'de görüldüğü gibi COVID-19 salgının Aralık'ta ortaya çıkması ile birlikte hem dünya hem de gelişmekte olan ülkelerin MSCI endeksinde azalmalar ortaya çıkmıştır. Salgının zirve yaptığı ve tüm dünyaya yayıldığı Mart ayında endekste keskin bir düşüş yaşanmış daha sonra nispi olarak iyileşmeler görülmeye başlamıştır.

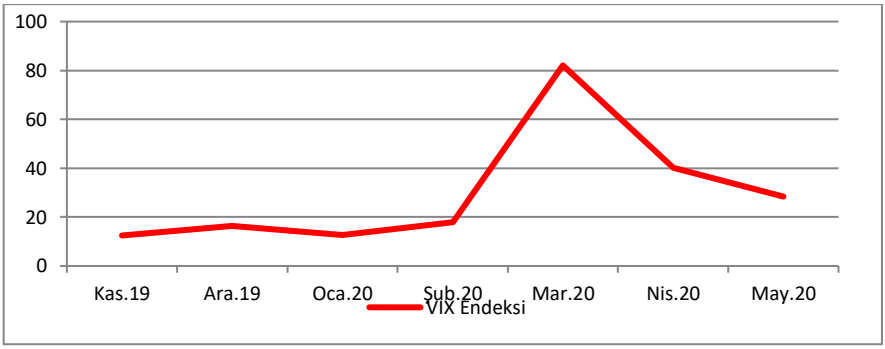
Grafik 1: MSCI Endeksi (Dünya ve Gelişmekte Olan Ülkeler)



Kaynak: https://www.paragaranti.com/global-piyasalar

Dünya'da finansal piyasaları etkileyecek herhangi bir kriz ortaya çıktığında yatırımcılar elde edecekleri getirileri artırmak ve riskin boyutlarını görebilmek için bazı göstergelere bakarlar. Bu göstergelerden en önemlisi oynaklığı gösteren ve korku endeksi olarak da bilinen Volatilite Endeksi'dir (VIX). Endeks 1993 yılında CBOE (Chicago Board of Trade) tarafından oluşturulmuştur (Şit, Hacıevliyagil, & Büyükoğlu, 2019).

Grafik 2: Volatilite Endeksi (VIX)



Kaynak: https://tr.tradingview.com/symbols/CBOE-VIX/

Grafik 2'de görüldüğü gibi, VIX özellikle pandeminin dünya çapında yayılması ile birlikte şubat ayında yükselmeye başlamış ve Mart ayında zirve yapmıştır. Haliyle bu durum hem gelişmiş ülke hem de gelişmekte olan ülke piyasalarından önemli düzeylerde fon çıkışlarına sebep olmuş ve finansal piyasalarda panik yaratmıştır.

VIX finansal piyasalardaki endeksler ile negatif yönde bir ilişkiye sahiptir. VIX'in yükselmesi durumunda yatırımcıların risk algısı yükselmekte ve geleceğe dönük beklentilerin kötüleştiği anlamına gelmektedir. Endeksin düşmesi durumunda ise yatırımcıların risk algıları azalarak geleceğe dönük beklentilerinin iyimserleştiği düşünülmektedir (Kaya & Coşkun, 2015).

Bir pandemi durumunda finansal piyasalarda korkunun yükselmesi (VIX'in artması) ve borsa canlılığının düşmesi (MSCI'nın azalması), finansal sisteme para girişlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun en önemli nedeni; salgından dolayı kişilerin finansal sisteme yatırım yapmak yerine ellerinde nakit tutma eğilimi göstermeleridir. Bu bağlamda, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada genişletici para ve maliye politikası uygulanarak oluşan panik havası azaltılmaya çalışılmıştır.

4.2. Sanayi Sektörüne Etkisi

Yüksek mortalite (ölüm) oranına sahip salgın hastalıkların görülmesi ülkelerin ekonomisini birçok yönden etkilemektedir. Ölüm oranının yüksek olması nüfus ile birlikte işgücüne katılım oranının düşmesine neden olacaktır. Bu da üretimin ve dolayısıyla GSYH'nin azalmasına yol açacaktır.

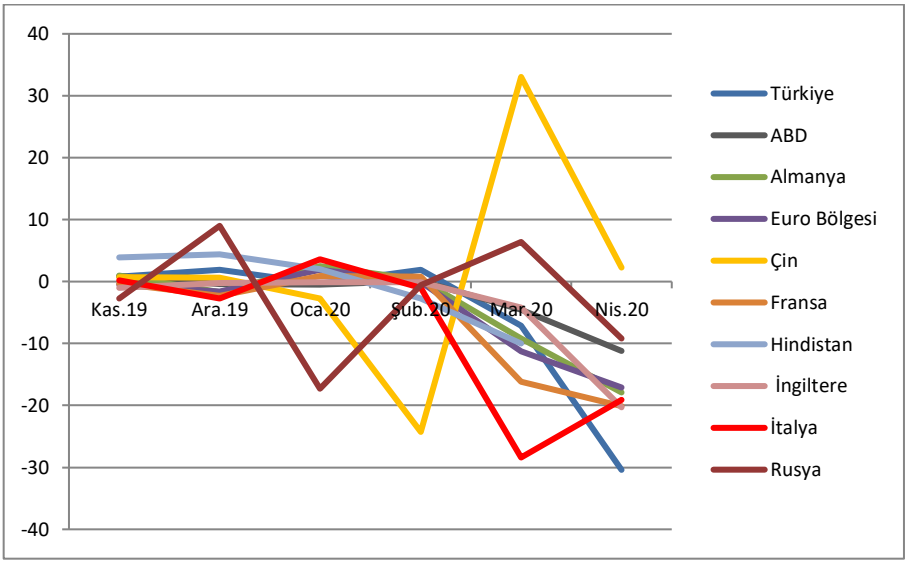
Günümüzde ölüm oranları ile birlikte işgücüne katılım, üretim ve milli gelirdeki azalmaların küresel çapta birçok örneği bulunmaktadır. Örneğin; 2001 yılında üç milyon insan AIDS'ten ölmüş ve bu da onu kalp hastalığı, inme ve KOAH sonrası dünyanın dördüncü en büyük ölüm nedeni haline getirmiştir. HIV/AIDS ile yaşayan 40 milyon insanın %70'inden fazlası Afrika'dadır. HIV/AIDS salgınının ölüm oranının yüksekliği işgücü arzı üzerinde de etkili olmuştur. Güney Afrika'da, madencilik sektöründeki işgücünün yaklaşık %60'ı 30 ila 44 yaş arasındadır ve zamanla bunun % 10'a düşeceği tahmin edilmektedir (Dixon vd., 2002). AIDS sonucunda meydana gelen ölümler ve istihdam kaybı Afrika ülkelerinin GSYH'sinin yılda %0,5 ile %2,6 arasında azalmasına yol açmıştır (Veenstra & Whiteside, 2005).

COVID-19 salgınının, Çin'in dışında hızla bütün dünyaya yayılması nedeniyle tüm ülke ekonomileri bu durumdan etkilenecektir. Uluslararası derecelendirme kuruluşlarından olan Moody's, G20 ekonomileri için mevcut büyüme tahminlerini %2.1 olarak açıklamıştır. Çin'in 2020 büyüme tahminini %5.2'den %4.8'e indirmiş, ABD için ise %1.7'den %1.5'e düşürmüştür. Ayrıca zayıf talep nedeniyle genel olarak emtia fiyatlarının düşmesi ve üretim yapılamaması sonucunda petrol fiyatlarında dalgalanma olacağını ileri sürmektedir (Moody's, 2020). S&P'ye göre COVID-19'un ekonomik etkisi düşünülenden daha uzun ve yoğun olacaktır. Bu nedenle 2020 yılında küresel GSYH'de %2.4, ABD ve Euro Bölgesi'nde sırasıyla %5.2 ve %7.3 daralma beklenmektedir (S&P, 2020). Fitch, 2020 yılı için küresel büyüme tahminini %1.9 olarak açıklamıştır. ABD ekonomisinin %3.3, Euro Bölgesi'nin %4.2, İngiltere'nin ise %3.9 küçülmesi beklenmektedir.

Çin ekonomisinin ise küresel durgunluk nedeniyle %2 civarı büyümesi beklenmektedir (Fitch, 2020).

Sanayi üretimini gösteren en önemli gösterge sanayi üretim endeksidir. Sanayi üretim endeksinin yüksek olması ülkelerin büyümesine pozitif katkı sağlamaktadır. Grafik 3'te görüldüğü gibi salgının yayılması ile birlikte ülkelerin sanayi üretimi keskin bir şekilde azalmıştır. Salgın nedeniyle birçok fabrikada üretim durmuş, izolasyon koşulları gereğince üretim faaliyetlerine ara vermek zorunda kalınmıştır. Kuşkusuz bu durum ülkeleri birçok yönden olumsuz etkileyecektir.

Grafik 3: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Sanayi Üretim Endeks Değerleri (%)

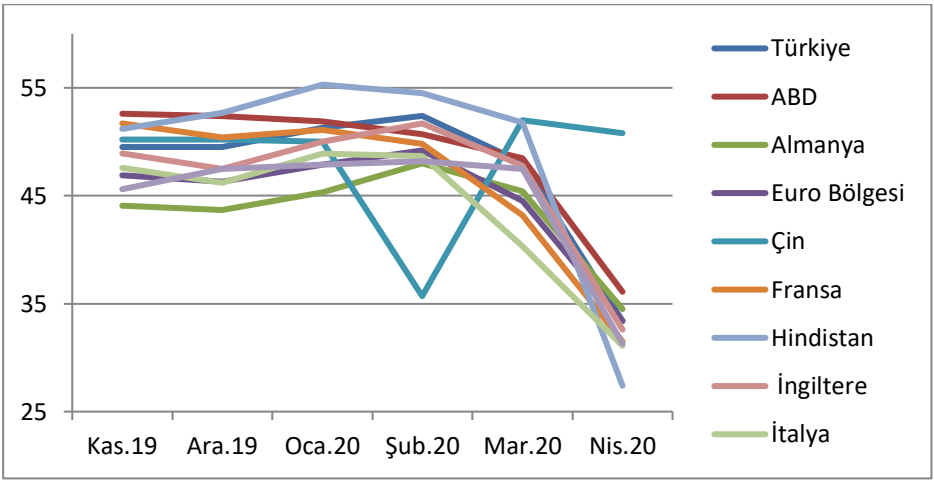


Kaynak: https://tr.tradingeconomics.com/

Ülkelerin sanayi ve hizmet üretimini gösteren göstergelerden bir diğeri de Satın Alma Yöneticileri (PMI) Endeksi'dir. PMI Endeksi, iş

koşullarına ilişkin zamanında bilgi vermek için tasarlanmış anket tabanlı bir ekonomik göstergedir ve IHS Markit şirketi tarafından hesaplanmaktadır. Endeks; çıktıların bireysel ölçülerini, yeni siparişleri, istihdamı, maliyetleri, satış fiyatlarını, ihracatları, satın alma faaliyetlerini, tedarikçi performansını, varsa girdi ve mamul mal siparişlerini ve stokları göstermektedir. Endeks İmalat ve Hizmet PMI olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (IHS Markit, 2020). Endekste 50 değerinin üzerinde ölçülen tüm rakamlar sektörlerde genel anlamda iyileşmeye işaret etmektedir (İSO, 2020).

Grafik 4: Seçilmiş Bazı Ülkelerin İmalat PMI Endeks Değerleri



Kaynak: https://tr.investing.com/

Grafik 4'te görüldüğü gibi salgının zirve yaptığı Mart ve Nisan aylarında ülkelerin İmalat PMI Endeksleri de çarpıcı bir şekilde azalmıştır. Salgın nedeniyle birçok işyeri faaliyetlerine ara vermek zorunda kalmıştır. Haliyle bu durum üretimi, istihdamı ve GSYH'yi oldukça azaltacaktır.

Pandemi süreci, İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana yaşanan en kötü küresel kriz olarak nitelendirilmektedir. Çalışma saatlerindeki düşüş 2008-2009 mali krizinin de ötesine geçmiştir. Pandemi sebebiyle kapasitelerin ve kaynakların ciddi şekilde kısıtlanması tüm dünyayı etkilemektedir. Salgın nedeniyle ülke sınırlarının kapatılması, seyahat kısıtlamaları, sosyal mesafeli politikalar, işyeri ve okulların kapanması istihdamı olumsuz etkilemektedir. Bugün küresel iş gücünün yüzde 81'i zorunlu işyeri kapanışı kararı alan ülkelerde yaşamaktadır. Dünya genelinde işçilerin çalıştığı toplam saatin yaklaşık yüzde 10,5 oranında düşmesi beklenmektedir. Bu, 48 saatlik çalışma haftası ile çalışan 305 milyon istihdama eşdeğerdir. COVID-19'un istihdam etkileri oldukça derin ve benzeri görülmemiş düzeydedir. İstihdamdaki düşüş, dünya çapında çok sayıda işçinin gelir kaybı ile karşı karşıya kalacağı anlamına gelmektedir. Bu durum da yoksulluğun artmasına neden olacaktır (ILO, 2020).

4.3. Hizmetler Sektörüne Etkisi

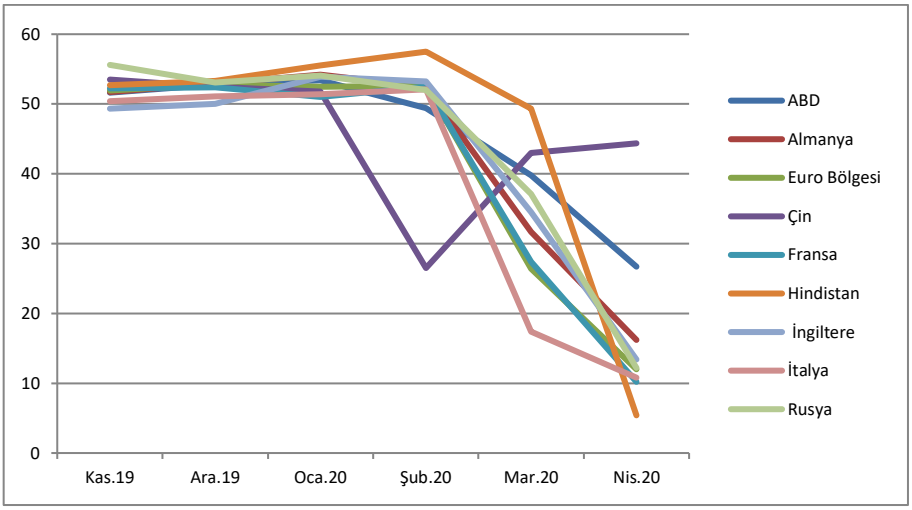
Salgın hastalıkların en önemli etkisi hizmetler sektöründe kendisini göstermektedir. Hizmetler sektörünün emek yoğun bir sektör olması, salgının bu sektörler üzerindeki etkisini artırmaktadır. Hizmetler sektörünün başlıca alt sektörleri turizm, konaklama ve seyahat işletmeciliği, yeme-içme, ulaşım, iletişim vb. sektörlerdir.

Salgın hastalıkların hizmetler sektörünü bu denli etkilemesinin başlıca nedenleri; hızla büyüyen ve hareketli bir dünya nüfusunun olması, kentleşmenin artması ve nüfus yoğunluğunun belli bölgelere toplanması; gıda üretiminin ve tüketiminin nüfus artışı nedeniyle

artması ve küresel ulaşım ağlarının geliştirilmesidir (Gössling, Scott, & Hall, 2020).

Covid-19 salgının Mart 2020'den itibaren tüm dünyada yayılmış olması, ülkeleri bir dizi izolasyon önlemleri almaya zorlamıştır. Bu durum da ülkelerin hizmet sektörünü olumsuz etkilemiştir. Grafik 5'te görüldüğü gibi özellikle Nisan ayında ülkelerin Hizmet PMI endeks değerleri keskin bir şekilde düşmüştür.

Grafik 5: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Hizmet PMI Endeks Değerleri



Kaynak: https://tr.investing.com/

Hizmetler sektöründe ülkeler için en önemli gelir kaynağı olan sektörlerin başında turizm gelmektedir. Özellikle cari açığı yüksek olan ülkelerde turizm sektörü cari açığın finansmanında kullanılacak önemli bir gelir kaynağıdır. Aynı zamanda dinamik yapısıyla turizm, istihdam sağlayan başlıca sektörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle, turizm sektöründe görülebilecek herhangi bir kriz ülkeleri birçok yönden

etkilemektedir. Örneğin; terör saldırıları, siyasi olaylar, salgın hastalıklar vb. durumlar turizm sektörünü olumsuz etkilemektedir (Acar, 2020). Keza geçmişte bunun birçok örneği görülmüştür. 11 Eylül 2001 terör saldırısı, 2003 SARS salgını, 2008/2009'da ortaya çıkan küresel ekonomik kriz ve 2015 MERS salgını bunlardan bazılarıdır.

Dünya Turizm Örgütü'ne (UNWTO) göre; Covid-19 nedeniyle alınan karantina önlemleri, seyahat yasaklarının olması ve sınırların kapanması, Avrupa'nın çoğunda ve Amerika'da, Afrika ve Orta Doğu'nun birçok ülkesinde (bu bölgeler uluslararası turizmin 50'sini temsil etmektedir) uluslararası turist sayısının 2020'de %20 ila %30 oranında düşebileceğini tahmin etmektedir. Böylece uluslararası turizmde 300 ile 450 milyar dolar gelir kaybının yaşanacağı öngörülmektedir (UNWTO, 2020). Salgın nedeniyle turizmde yaşanan kayıp şüphesiz tüm dünyada ulaşım sektörünü de olumsuz etkilemiştir. Uluslararası Hava Taşımacılığı Birliği'nin (IATA) raporuna göre Mart ayında yolcu gelirleri 2006 yılından bu yana en düşük seviyesini görmüş ve %52.9 azalmıştır. Mevcut kapasite %36.2, küresel yük taşımacılığı %21.4 azalmıştır. Bu durum ülkelerin dış ticaretini de etkilemiş, tedarik yapısının bozulmasına yol açarak hizmetler sektörünün dışında birçok sektörü de olumsuz yönde etkilemiştir (IATA, 2020).

4.4. Dış Ticarete Etkisi

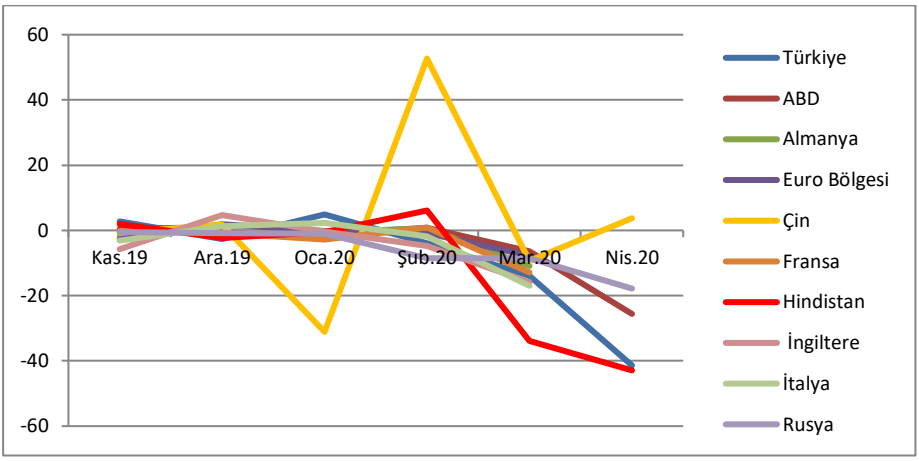
COVID-19 salgını nedeniyle dünya mal ticaretinin, 2020'de %13 ila %32 arasında düşmesi beklenmektedir. Neredeyse tüm bölgelerde, 2020 yılında ticaret hacimlerinde çift haneli düşüş yaşanacağı

öngörülmekte, en çok Kuzey Amerika ve Asya bölgelerinin bu durumdan etkilenmesi beklenmektedir. Özellikle elektronik ve otomotiv ürünleri olmak üzere karmaşık değer zincirlerine sahip sektörlerde ticaretin daha da düşeceği düşünülmektedir. Ayrıca, sadece mal ticareti değil hizmet ticareti de ulaşım ve seyahat kısıtlamaları nedeniyle direkt olarak salgından etkilenecektir. Öngörülen, bu düşüşlerin 2008-2009 finansal krizinden de fazla olacağı şeklindedir. Çünkü salgının hızını yavaşlatmak için getirilen hareket ve sosyal mesafe kısıtlamaları, işgücü arzı, ulaşım ve seyahat, dünyayı finansal kriz sırasında olmadığı kadar fazla etkilemiştir. Oteller, restoranlar, zorunlu olmayan perakende ticaret, turizm ve önemli imalat payları da dahil olmak üzere ulusal ekonomilerin tüm sektörleri salgın nedeniyle kapatılmıştır (WTO, 2020).

Son yıllarda Çin, üretim ölçeğindeki büyüme nedeniyle dünyanın üretim tedarikçisi haline gelmiştir. Çin, dünya arz ve talebinin %60'ını, dünya üretiminin % 65'ini ve dünya imalat malları ihracatının % 41'ini gerçekleştirmektedir. Bu nedenle, Çin’in Wuhan kentinden tüm dünyaya yayılan bu salgın, mal ve hizmet ticaretini derinden etkilemiştir (Barua, 2020). 2019 yılında dünyanın en çok ihracat yapan ülkesi olan Çin, aynı zamanda ABD’den sonra en çok ithalat yapan ülke konumundadır. Çin’in dünya ihracatı içindeki payı %13.2’dir.

Dünya Ticaret Örgütü (WTO) 2020 yılında salgın nedeniyle ihracatın Kuzey Amerika bölgesinde %40.9, Güney ve Orta Amerika bölgesinde %31.3, Avrupa bölgesinde %32.8, Asya bölgesinde %36.2 oranında azalacağını öngörmektedir.

Grafik 6: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Aylık İhracat Değişimleri (%)

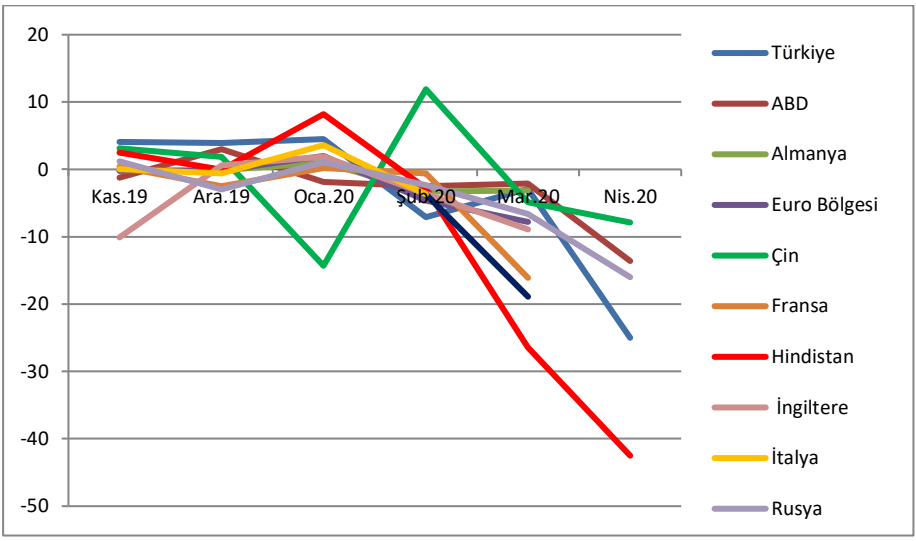


Kaynak: https://data.oecd.org/trade/trade-in-goods.htm

Grafik 6'da görüldüğü gibi Çin'de salgının şiddetlendiği Ocak ayında ihracatta %31 oranında düşüş yaşanmıştır. Avrupa ülkelerinde ve ABD'de Mart ayından itibaren salgının artışı ile birçok ülkede ihracatta büyük düşüşler görülmüştür. Türkiye'de Nisan ayında salgın nedeniyle ihracatta %41 oranında düşüş gerçekleşmiştir. Bunun en önemli nedeni; Türkiye'nin ihracatının yaklaşık yarısının Avrupa Birliği'ne (AB) gerçekleştirilmesidir.

WTO'ya göre salgın nedeniyle 2020 yılında ithalatın Kuzey Amerika bölgesinde %33.8, Güney ve Orta Amerika bölgesinde %43.8, Avrupa bölgesinde %28.9, Asya bölgesinde %31.5 oranında azalacağı tahmin edilmektedir.

Grafik 7: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Aylık İthalat Değişimleri (%)



Kaynak: https://data.oecd.org/trade/trade-in-goods.htm

Grafik 7'de görüldüğü gibi Çin'in Ocak ayında ithalatı da ihracatı gibi keskin bir düşüş göstermiştir. Salgın, Çin'de olduğu gibi tüm ülkelerde dış ticareti olumsuz etkilemiştir. Özellikle, Türkiye ve Hindistan gibi gelişmekte olan ülkelerde salgının etkisinin daha büyük olduğu görülmektedir. Türkiye'nin ithalatı Nisan ayında %25 azalmıştır. Çünkü Türkiye'nin en çok ithalat yaptığı iki ülke Çin ve Rusya'dır. Bu nedenle, salgının bu ülkelerde yayılması Türkiye'yi de büyük ölçüde etkilemiştir.

5. SONUÇ

Küreselleşmenin son yıllarda artışı ile birlikte dünyanın herhangi bir yerinde ortaya çıkan bir durum tüm dünyaya hızlıca yayılmaktadır. Özellikle, salgın hastalıkların pandemiye dönüşmesinde küreselleşme

oldukça etkili bir faktör durumundadır. Pandeminin yayılmasını engellemek amacıyla ülkeler farklı önlemler almaktadır. Bu önlemlerin başında izolasyon gelmekte, bunun gereği olarak da insan yoğunluğunun ve mobilitesinin kısıtlanmasına dair bir dizi politikalar uygulanmaktadır. Bu politikaların sonucunda ülkeler gerek sosyal gerekse ekonomik anlamda zorlu bir süreç yaşamaktadır.

Tüm dünyada pandeminin hızının yavaşlatılması için alınan önlemler gereği ülke sınırlarının ve ülke içindeki iş yerlerinin kapatılması, tüm ekonomik birimlerde hem arz hem de talep şoklarına neden olmaktadır. Özellikle, sağlık ürünleri, gıda ve iletişim sektörleri hariç bütün sektörlerde ani duruş yaşanmakta, bu durum tüm dünyada durgunluğa ve işsizliğe sebep olmaktadır. Ayrıca, pandeminin öngörülebilir olmaması ekonomideki sorunları artırmaktadır.

İnsanların salgın nedeniyle ellerinde nakit para tutmak istemesi, reel sektörde olduğu gibi finansal sektörde de olumsuz bir etkiye neden olmakta, finansal piyasalardan kaçışı artırmaktadır. Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde görülen cari açık sorunun finansmanı için finansal piyasalardaki getiriler oldukça büyük önem taşımaktadır. Zaten salgın nedeniyle mal ve hizmet ticareti yapamayan ülkelerin finansal sistemde de ani düşüşler yaşaması, ülkelerin dış borç sorununu artıracaktır.

Salgın hastalıkların kısa dönemdeki olası etkileri; talep şoku, arz tedarikinde bozulma ve arz şoku şeklinde kendini gösterecektir. Orta vadedeki olası etkileri; ticaret ve finansal akışlardaki bozukluk, arz ve talep şokları nedeniyle gerçekleşecek fiyatlar şokları, gelir kaybı ve

işsizlik, finansal risk ve istikrarsızlık şeklinde olacaktır. Uzun vadedeki olası etkileri ise doğrudan ve dolaylı yatırımların azalması ve tüm dünyada durgunluğun görülmesidir. Bu durgunluğun bir buhrana dönüşüp dönüşmeyeceği salgının süresine ve yaratmış olduğu tahribata bağlı olacaktır. Bu nedenle hükümetler, salgının ekonomik etkilerine karşı etkin para ve maliye politikaları uygulamalıdır.

KAYNAKÇA

Acar, Y. (2020). Yeni Koronavirüs (Covid-19) Salgını ve Turizm Faaliyetlerine Etkisi. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi, 4*(1), 7-21.

Akan, H. (2015). Grip ve Korunma Yolları. *The Journal of Turkish Family Phisician, 6*(4), 133-141.

Akbaba, M., Kurt, B., & Nazlıcan, E. (2014). Yeni Coronavirus Salgını. *Turk J Public Health, 12*(3), 217-227.

Al-Hazmi, A. (2016). Challenges presented by MERS coronavirus, and SARS corona virus to global health. *Saudi Journal of Biological Sciences, 23*, 507-511.

Atabey, M. vd., (2003). Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS). *Akciğer Arşivi, 4*, 155-159.

Ay, A. (2020). Orta Doğu Solunum Sendromu Coronavirüsü Salgınları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5*(1), 158-167.

Azman, A. S. vd.,(2013). The incubation period of cholera: a systematic review. *Journal of Infection , 66*(5), 432-438.

Badur, S. (2010). Pandemik influenza A (H1N1) 2009 epidemiyolojisi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 45*(80), 25-30.

Baril, L. vd. (2019). Can we make human plague history? A call to action. *BMJ Global Health, 4*, 1-4.

Baron, R. C. vd., (1983). Ebola virus disease in southern Sudan: hospital dissemination and intrafamilial spread. *Bulletin of the World Health Organization, 61*(6), 997-1003.

Barua, S. (2020). Understanding Coronanomics: The economic implications of the coronavirus (COVID-19) pandemic. *SRRN* , 1-44.

Beeching, N. J. vd., (2014). Ebola Virus Disease. *British Medical Journal, 349*, 1-15.

Buruk, K., & Özlü, T. (2020). New Coronavirus: SARS-CoV-2. *Mucosa, 1*(3), 1-4.

Canning, D. (2006). The Economics of HIV/AIDS in Low-Income Countries: The Case for Prevention. *Journal of Economic Perspectives, 20*(3), 121-142.

Chan, P. K. (2002). Outbreak of Avian Influenza A (H5N1) Virus Infection in Hong Kong in 1997. *Clinical Infection Disease, 34*(2), 58-64.

Çeti, B., & Ünlüönen, K. (2019). Salgın Hastalıklar Sebebiyle Oluşan Krizlerin Turizm Sektörü Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *AHBVÜ Turizm Fakültesi Dergisi, 22*(2), 109-128.

Çolakoğlu, G. (2010). Kuş Gribi (Avian İnfluenza) ve Korunma Önlemleri. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi, 3*(2), 1-9.

Demeure, C. E. vd., (2019). Yersinia pestis and plague: an updated view on evolution, virulence determinants, immune subversion, vaccination, and diagnostics. *Genes & Immunity Journal, 20*, 357-370.

Dixon, S. vd., (2002). The Impact Of HIV And AIDS On Africa's Economic Development. *British Medical Journal, 324*(7331), 232-234.

Donnelly, C. A. vd., (2003). Epidemiological determinants of spread of causal agent of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *The Lancet Journal, 361*(9371), 1761-1766.

Eastman, J. T. (2009). The Making of a Pandemic: Bubonic Plague in the 14th Century. *The Journal of Lancaster General Hospital, 4*(1), 10-17.

Fitch. (2020, 04 02). *Global Economic Outlook - Coronavirus Crisis Update 2 April 2020*. Fitch Ratings: https://www.fitchratings.com/research/sovereigns/global-economic-outlook-covid-19-crisis-update-april-2-2020-02-04-2020 adresinden alınmıştır

Gaffeo, E. (2003). The Economics of HIV/AIDS: A Survey. *Development Policy Review, 21*(1), 27-49.

Gössling, S., Scott, D., & Hall, C. M. (2020). Pandemics, tourism and global change: a rapid assessment of COVID-19. *Journal of Sustainable Tourism*, 1-20.

Heymann, D. L., & Shindo, N. (2020). COVID-19: what is next for public health? *The Lancet, 395*(10224), 542-545.

Hsiao, A. vd., (2018). The health economics of cholera: A systematic review. *Vaccine Journal, 36*, 4404-4424.

IATA. (2020). *Air passenger demand & capacity evaporate amid COVID-19.* Montreal, Canada: International Air Transport Association.

IHS Markit. (2020, 05 25). PMI by IHS Markit: https://ihsmarkit.com/products/pmi.html adresinden alınmıştır

IIF. (2020). *Capital Flows Report Sudden Stop in Emerging Markets.* Washington DC, ABD: Institute of International Finance.

ILO. (2020). *How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective.* İsviçre: International Labour Organization.

İSO. (2020). *İstanbul Sanayi Odası Türkiye İmalat Sanayi PMI Raporu.* İstanbul: İstanbul Sanayi Odası.

Joo, H. vd., (2019). Economic Impact of the 2015 MERS Outbreak on the Republic of Korea's Tourism-Related Industries. *Health Security, 17*(2), 100-108.

Kanra, G., & Kara, A. (2003). SARS: Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46*, 155-161.

Kaya, A., & Coşkun, A. (2015). VIX Endeksi Menkul Kıymet Piyasalarının Bir Nedeni Midir? Borsa İstanbul Örneği. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 16*(1), 175-186.

Kenawy, M. A. vd., (2018). A Brief Report on Pubonic Plague (The Black Death) and its Origin. *SEJ Diseases and its Preventions, 1*(1), 1-8.

Keogh-Brown, M. R., & Smith, R. D. (2008). The economic impact of SARS: How does the reality match the predictions ? *Health Policy Journal, 88*, 110-120.

Kumar, P. (2009). A large cholera outbreak due to a new cholera toxin variant of the Vibrio cholerae O1 El Tor biotype in Orissa, Eastern India. *Journal of Medical Microbiology, 58*, 234-238.

Küçüksille, E. (2019). MSCI Değişim Duyurularının Hisse Senedi Getirilerine Etkisi. *Muhasebe ve Finans İncelemeleri Dergisi, 2*(2), 155-166.

Malvy, D. vd., (2019). Ebola Virus Disease. *The Lancet Journal*(393), 936-948.

Maphanga, P. M., & Henama, U. S. (2019). The Tourism Impact of Ebola in Africa: Lessons on Crisis Management. *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure, 8*(3), 1-13.

McKibbin, W., & Fernando, R. (2020). The Global Macroeconomic Impacts of COVID-19: Seven Scenarios. *Centre for Applied Macroeconomic Analysis*, 1-43.

Moody's. (2020, 03 06). *Coronavirus will hurt economic growth in many countries well into Q2*. Moody's Investors Service: https://www.moodys.com/research/Moodys-Coronavirus-will-hurt-economic-growth-in-many-countries-well--PBC_1217764 adresinden alınmıştır

Nemli, S. A., & Demirdal, T. (2016). Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü. *Kocatepe Tıp Dergisi, 17*, 77-83.

Parlak, E. (2015). Middle East Respiratory Syndrome: MERS. *Journal of Microbiology and Infectious Diseases, 5*(2), 93-98.

Pourrut, X. vd., (2005). The natural history of Ebola virus in Africa. *Microbes and Infection Journal, 7*, 1005-1014.

Prager, F., Wei, D., & Rose, A. (2017). Total Economic Consequences of an Influenza Outbreak in the United States. *Risk Analysis, 37*(1), 4-19.

Rehberi, B. H. (2017). *T.C. Sağlık Bakanlığı.* Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.

S&P. (2020, 04 16). *Economic Research: COVID-19 Deals A Larger, Longer Hit To Global GDP*. S&P Global Rating : https://www.spglobal.com/ratings/en/research/articles/200416-economic-research-covid-19-deals-a-larger-longer-hit-to-global-gdp-11440500 adresinden alınmıştır

Smith, K. M. vd., (2019). Infectious disease and economics: The case for considering multi-sectoral impacts. *One Health, 7*, 1-6.

Smith, R. D. (2006). Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social Science & Medicine, 63*, 3113–3123.

Spyrou, M. vd., (2016). Historical Y. Pestis Genomes Reveal the European Black Death as the Source of Ancient and Modern Plague Pandemics. *Cell Host & Microbe Journal, 19*, 874-881.

Suarez, D. L. vd., (2004). Recombination Resulting in Virulence Shift in Avian Influenza Outbreak, Chile. *Emerging Infectious Diseases, 10*(4), 693-699.

Suntur, B. M., Kaya, H., & Kuşcu, F. (2018). Bir mevsimsel influenza epidemisi deneyimi. *Ege Tıp Dergisi, 57*(1), 46-50.

Şanlı, K. (2010). İnfluenza Virüsü ve Domuz Gribi. *JOPP Dergisi, 2*(1), 4-12.

Şit, A., Hacıevliyagil, N., & Büyükoğlu, B. (2019). VIX Endeksi ve Borsa Etkileşimi: BIST 100'de Bir Uygulama. *23. Finans Sempozyumu* (s. 766-773). İstanbul: Marmara Üniversitesi İşletme Fakültesi.

Teoh, S. L. vd., (2018). Global economic evaluation of oral cholera vaccine: A systematic review. *Human Vaccines & Immunothrapeutics, 14*(2), 420-429.

TÜBA. (2020). *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu* . Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.

Uçucu, A. Ç. (2018). The Economic Roots of National Epidemics. *1st International Health Sciences and Life Congress*, (s. 74-85). Burdur/ Türkiye.

UNWTO. (2020). *Impact Assesment of the Covid-19 Outbreak on International Tourism* . World Tourism Organization .

Veenstra, N., & Whiteside, A. (2005). Economic impact of HIV. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 19*(2), 197–210.

Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*, 1-3.

Weaver, J. (2014). The Impact of Emerging Diseases on Livestock. *Seminar Nasional Teknologi Peternakan dan Veteriner*, 11-17.

WHO. (2020, 05 11). *Cholera*. World Health Organization: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera adresinden alınmıştır

WHO. (2020, 05 15). *Covid-19*. World Health Organization: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses adresinden alınmıştır

WHO. (2020, 05 12). *Ebola Virus Disease*. World Health Organization: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease adresinden alınmıştır

WHO. (2020, 05 12). *HIV / AIDS*. World Health Organization : https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids adresinden alınmıştır

WHO. (2020, 05 17). *Influenza (Avian and other zoonotic)*. World Health Organization: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(avian-and-other-zoonotic) adresinden alınmıştır

WHO. (2020, 05 17). *İnfluenza (Seasonal)*. World Health Organization: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal) adresinden alınmıştır

WHO. (2020, 05 14). *Plague*. World Health Organization: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/plague adresinden alınmıştır

World Health Organization. (2020, 05 09). https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death adresinden alınmıştır

WTO. (2020, 05 31). *Trade set to plunge as COVID-19 pandemic upends global economy*. World Trade Organization: https://www.wto.org/english/news_e/pres20_e/pr855_e.htm adresinden alınmıştır

Xu, Z. vd., (2020). Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *The Lancet, 8*(4), 420-422.

Yücel, B., & Görmez, A. (2019). SARS-Corona Virüsüne Genel Bakış. *Türkiye Teknoloji ve Uygulamalı Bilimler Dergisi, 2*(1), 32-39.

Zeren, F., & Hızarcı, A. E. (2020). KOVID-19 Koronavirüsün Hisse Senedi Piyasalarına Etkisi: Seçilmiş Ülkelerden Kanıtlar. *Muhasebe ve Finans İncelemeleri Dergisi, 3*(1), 78-84.

BÖLÜM 7

SAĞLIK EKONOMİSİ ALANINDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN TEORİK OLARAK İNCELENMESİ

Nihan ŞEKER[13] *M. Hakan YALÇINKAYA* [14]

13 Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: nihansekerr@gmail.com
14 Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: mustafahakanyalcinkaya@gmail.com

1. GİRİŞ

Günümüzde gittikçe önemi artan sağlık ve sağlık ekonomisi ile ilgili çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Bu amaçla bu kapsamda literatür de yer alan ve sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmalar derlenerek genel bir sonuca ulaşmak hedeflenmiştir. Teorik şekilde yaptığımız araştırmalar sonucunda nitel özelliklere sahip olan çalışmamızın sağlık ekonomisi alanına ve ileride yapılacak çalışmalara fikir sağlayacağı düşünülmektedir.

2. SAĞLIK EKONOMİSİ

Bireyler yaşamlarını sürdürebilmek için sınırsız olan ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır. Ancak bu ihtiyaçların tatmini için kullanılan mal ve hizmetlerin üretilebilmesi için sahip olunan kaynaklar ise kıttır. İktisat bilimi kıt kaynaklar ile sınırsız olan ihtiyaçları karşılayabilmek için politikalar üreten bir bilim dalıdır (Tıraş, 2013:129). Sağlığın toplumlar için önemli bir rol oynadığının benimsenmesi ile tıp biliminin de ekonomi ile olan ilişkisi ortaya çıkmıştır. Çünkü sağlık hizmetlerin-de de ihtiyaçların karşılanması için kaynakların kıt olması, sağlık ile ilişkilendirilebilecek konuların ekonomik olarak incelenmesini zorunlu kılmıştır (Tokalaş, 2006:13-14). Böylelikle tıp ve ekonomi arasındaki ilişkiyi inceleyen sağlık ekonomisi adlı bir alt bilim dalı oluşturulmuştur.

1960'lı yıllar itibari ile gelişmeye başlayan sağlık ekonomisi, takip eden yıllarda ekonomiden ayrı bir alan olma özelliği kazanmıştır (Şantaş: 2017: 86). Bu özelliği kazanmasının temel nedeni gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kaynakların büyük bir kısmının sağlık

sektöründe kullanılması başka bir ifade ile toplumlarda sağlık sektörünün kaynaklar üzerindeki baskısının artmasıdır. Ayrıca sağlığın kendine has özelliklerinin olması da bir başka nedendir. Örneğin tam rekabet piyasalarında mal ve hizmetleri üreten ile tüketenlerin karşılaştığı ve karşılıklı tatmin durumunda fiyat belirlenmektedir ancak sağlık sektörü için bu sürece müdahale etmek gerekebilir. Çünkü sağlık hizmetleri risk ve belirsizlik, dışsallıklar, kamu malı olma, pazara girişte kurallar, ölçek ekonomisinin varlığı ve arzın talep yaratabilmesi gibi özelliklere sahiptir. Sağlık ekonomisinin amacı tercihler konusunda yol göstermek ve kıt olan kaynakların kullanımında öncelik yapılırken kanıta dayalı bilimsel veriler sunmaktır (Tatar, 2009: 1-2).

Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Kaynak: Culyer ve Newhause, 2000:4, Aktaran: Tıraş, 2013:133

Sağlık ekonomisi, ekonomik faaliyetleri ve sağlık hizmetlerini bir araya getirdiği için kapsam olarak çok geniştir ve keskin bir şekilde sınırlarını belirlemek mümkün değildir. Sağlık ekonomisinin ilgi alanını, sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı, fiyatlandırılması ve niteliği ile ilgili konuları oluşturmaktadır (Çalışkan, 2008:32). Kapsam olarak tam sınırlandırılamasa da Williams (1987) tarafından geliştirilen sağlık ekonomisinin yapısı, Culyer ve Newhause (2000) tarafından daha ayrıntılı şekilde ortaya konmuştur. Şekil 1'de sağlık ekonomisinin kapsamı yer almaktadır.

Kısacası sağlık hizmetleriyle ilgili olan arz ve talep yapılarını, üretim, tüketim ve maliyet fonksiyonlarını, etkinlikliliği, verimliliği, planlamayı, bütçelemeyi ve denetim mekanizmalarını kapsamaktadır.

Sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde özellikle sağlık harcamaları, sağlık turizmi ve sağlık göstergeleri kullanılarak ülkelerin büyüme ile olan ilişkisi üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda Türkiye üzerine yapılan çalışmalar aşağıda detaylı bir şekilde incelenmektedir.

3. SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Kar ve Ağır (2006) çalışmalarında Türkiye'nin 1926-1994 dönemi verileri için beşeri sermayeyi temsilen gelir içindeki sağlık ve eğitim harcamlarının payını kullanarak beşeri sermaye ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi nedensellik testi ile incelemiştir. Sonuçta, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik olduğuna ulaşılmıştır.

Kıymaz vd. (2006) Türkiye'de 1984-1998 yıllarını ele alırken uyguladıkları eşbütünleşme testleri ile kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları (özel ve kamu) ile kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla ve nüfus artışı arasındaki ilişkiyi test etmiştir. Sonuç olarak özel sağlık harcamaları ve GSYH arasında uzun dönemli bir ilişkinin varlığı ortaya konmuştur.

Bakış vd. (2008) çalışmalarında yapmış oldukları analiz sonucunda Türkiye'de eğitim ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında aynı yönlü bir ilişkinin varlığını ileri sürmektedir. Ayrıca eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi gecikmeli olarak pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında Türkiye'nin kamu harcamalarının miktarında artış ve bileşiminde değişiklik yapılması gerekliliğinden bahsedilmiştir.

Arısoy vd. (2010) Türkiye ekonomisinin 1960-2005 dönemi sosyal harcama düzeyi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Johansen ve Juselius eşbütünleşme testi kullanarak analiz etmiştir. Sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğunu bulmuş ve sosyal harcamaların ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmıştır.

Sülkü ve Caner (2011) çalışmalarında Türkiye'nin 1984-2006 dönemi kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve nüfus artış hızı arasındaki ilişkiyi Johansen eşbütünleşme testi kullanarak sınamıştır. Bulgular, analiz dönemi için Türkiye'de kişi başına düşen GSYİH ile kişi başına toplam sağlık harcamaları arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca

sağlık hizmetlerinin bir zorunluluk olduğunu ve kamu sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük, özel sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden büyük bulunmuştur yani özel sağlık hizmetleri Türkiye'de lüks bir maldır.

Eryiğit vd. (2012) çalışmalarında Türkiye'nin 1950-2005 dönemi verilerini eğitim-sağlık harcamaları, savunma harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi eşbütünleşme analizi kullanarak incelemiştir. Sonuçlar, uzun dönemde eğitim-sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki yarattığını göstermektedir.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) Türkiye'nin sağlık harcamaları ve GSYH'si arasındaki ilişkiyi 2006:01-2012:03 dönemi verilerini kullanarak eşbütünleşme testi yardımıyla incelemiştir. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki uzun dönemli ilişki ortaya koyarken ekonomik olarak büyümek isteyen ülkelerin sağlık harcamalarına daha çok kaynak ayırması gerektiğini de ifade etmişlerdir.

Selim vd. (2014) Türkiye ve 27 AB ülkesi için 2001-2011 yılları verilerini kullanarak kişi başına düşen sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel eşbütünleşme ve hata düzeltme modeli kullanarak incelemiştir. Kişi başına sağlık harcaması ile ekonomik büyüme arasında hem kısa hem de uzun dönemde pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. AB üyesi olma yolunda olan Türkiye'nin sağlık harcamalarına dair sorunların ele alınmasının önemini vurgulamış-lardır.

Aydemir ve Baylan (2015) Türkiye'nin 1998-2012 yılları için sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişkiyi Johansen eşbütünleşme testi ve Granger nedensellik testi kullanarak sınamıştır. Analiz sonucunda, ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Benzer çalışmalarda olduğu gibi sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyüme sürecini hızlandıracağı ifade edilmiştir.

Hayaloğlu ve Bal (2015) içerisinde Türkiye'nin de olduğu 54 üst-orta gelirli ülkenin 2000-2013 yılları verileri kullanılarak sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki panel veri analiz yöntemi ile araştırmıştır. Sonuçta toplam sağlık harcamalarındaki (kamu ve özel sektör) artış ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilemektedir. Bu bağlamda sağlık sistemine yapılacak yatırımların büyüme sürecindeki önemi ortaya konmuştur.

Kurt (2015) çalışmasında Türkiye'nin 2006:01-2013:10 dönemleri verilerini kullanarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerini Feder-Ram modelini kullanarak incelemiştir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki doğrudan etkisinin anlamlı ve olumlu, dolaylı etkisinin anlamlı ve olumsuz olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık sektörü harcamalarının verimli olmasından dolayı Türkiye'de sağlık sektörüne verilen önemin artması gerektiğinden de bahsedilmiştir.

Akıncı ve Tuncer (2016) çalışmalarında Türkiye'nin 2006:Q1-2016:Q2 dönemi verilerini kullanarak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi eşbütünleşme ve nedensellik analizi yaparak

incelemiştir. Değişkenler arasında uzun dönemli ve çift yönlü bir ilişki saptanmıştır. Sağlık harcamalarında meydana gelen artışın çarpan etkisi ile ekonomik büyümeyi arttıracağını aynı zamanda beşeri sermayenin de daha nitelikli hale gelerek ekonomik büyümenin belirleyici dinamiklerinden birini harekete geçireceğini bildirmiştir. Gerçekleşen büyüme ile sağlık harcamalarının milli gelirden alacağı pay artacak ve daha fazla sağlık harcaması yapılacaktır.

Arslan vd. (2016) Türkiye'nin 1975-2012 yıllarına ait kişi başına düşen gelirdeki artış oranı ve bebek ölüm hızını bağımlı değişken, kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, kişi başına düşen yatak sayısı, toplam sağlık kurumu sayısı ve toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payını bağımsız değişken olarak kullandığı çalışmasında nedensellik testi yapmıştır. Sonuç olarak sağlık göstergeleri ile kalkınma arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Atılgan vd. (2016) çalışmalarında Türkiye ekonomisinin 1975-2013 yılları için ARDL yöntemi kullanarak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi hem kısa hemde uzun dönemde pozitif yönde etkilediğini hatta kişi başına sağlık harcamalarında meydana gelen % 1'lik bir artışın, kişi başına gayri safi yurtiçi hasılada % 0.434'lük bir artış sağlayacağını bunun da Türkiye için sağlık odaklı büyüme hipotezini desteklediğini ortaya koymuşlardır.

Başar vd. (2016) Türkiye'nin 1998:1-2016:1 dönemi verilerini kullanarak sağlık ve eğitim harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini ARDL ve Hata Düzeltme Modeli kullanarak test

etmiştir. Ampirik bulgular, uzun dönemde eğitim harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını sağlık harcamalarının ise anlamlı ve aynı yönlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki %1'lik bir artış ekonomik büyümeyi %1.13 oranında arttıracaktır. Ayrıca eğitim ve sağlık harcamalarının beşeri sermayenin temeli olduğundan ve üretim sürecine katılacak kalifiye elemanların ekonomik büyümeyi olumlu etkileyeceğinden bahsedilmiştir.

Yalçın ve Çakmak (2016) Türkiye'ye ait 1991-2013 yılları verilerini kullanarak kamu sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı, hekim başına düşen kişi sayısı ve yataklı sağlık kurumu sayısı değişkenlerine regresyon analizi uygulamıştır. Kamu sağlık harcamalarının insani gelişme üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir etkisi olduğuna ulaşılmıştır. Ayrıca, Türkiye için kamu sağlık harcamalarının, hekim başına düşen kişi sayısının ve yataklı sağlık kurumu sayısının önemli belirleyiciler olduğundan bahsedilmiştir.

Kamacı ve Yazıcı (2017) çalışmalarında 35 OECD ülkesinin 2000-2014 dönemi yıllık verilerini kullanarak sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri analiziyle test etmiştir. Ampirik sonuçlara göre değişkenler arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik artışın ekonomik büyüme üzerinde %0,903 artış sağlayacağı da söylenmektedir. Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarında OECD üyelerinin oldukça altında kaldığını ekonomik büyümeyi arttırmak ve sosyal refah devleti bünyesinde olabilmek için

de sağlık harcamalarına daha çok ağırlık verilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Saraçoğlu ve Songur (2017) çalışmalarında Türkiye'nin de içinde bulunduğu 10 Avrasya ülkesinin 1995-2014 dönemi verilerini panel eşbütünleşme ve panel nedensellik yöntemi kullanarak yaptıkları çalışmalarında sağlık harcamalarında gerçekleşen artışın ekonomik büyümeyi olumlu şekilde etkilediğini, ekonomik büyümenin de sağlık harcamalarında artış meydana getireceği sonucuna ulaşmışlardır.

Altun vd. (2018) çalışmalarında Türkiye'nin 1999-2017 dönemi verilerini kullanarak eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini Granger nedensellik testi ve En Küçük Kareler yöntemi ile analiz etmiştir. Sonuca bakıldığında eğitim ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye neden oldukları görülmektedir. Ayrıca sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik artışın ekonomik büyüme üzerinde %0.54'lük bir artış yaratacağına ulaşılmıştır. Sağlık alanında yapılacak yatırımların etkin ve verimli olmasının ekonomik büyümeyi hızlandıracağını gerçekleşen yenilikler ile birlikte kalkınması hızlanan ülkelerin de refah düzeyinin artacağını savunmuşlardır.

Çalışkan vd. (2018) Türkiye'nin 1998Q1-2016Q2 verilerini kullanarak eğitim harcamaları ve sağlık-sosyal hizmet harcamaları ile GSYH arasındaki ilişkiyi eşbütünleşme testi ile incelemiştir. Test sonucunda tüm değişkenler istatistiksel olarak anlamlı olduğuna ulaşılmıştır. FMOLS yöntemi ile test edilen eşbütünleşme eşitliği; sağlık-sosyal hizmet harcamalarında meydana gelen %1'lik artışın GSYH'de

%0.36'lık bir artış meydana getirmektedir. Türkiye'de sürdürülebilir ekonomik büyüme için yapısal reformların gerçekleştirilmesinin gerekliliği de ifade edilmiştir.

Yukarıda bahsedilen sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişkiyi gösteren çalışmaların tersine literatürde bu değişkenler ile ilgili negatif ilişkiyi işaret eden çalışmalar da vardır.

Kar ve Taban (2003) Türkiye'nin 1971-2000 dönemine ait verilerini kullandıkları çalışmalarında, kamu harcamalarını sağlık, eğitim, sosyal güvenlik ve altyapı harcamaları kalemlerine ayırarak ekonomik büyüme üzerindeki etkisini eşbütünleşme analizi ile test etmiştir. Sonuçlara göre eğitim ve sosyal güvenlik harcamaları ekonomik büyürneyi pozitif etkilerken sağlık harcamaları negatif yönde etkilemekte ve altyapı yatırımlarının ekonomik büyümeye katkısı bulunmamaktadır. Bu sonuç ile birlikte, Türkiye'de sağlık ve altyapı harcamalarının verimsiz kullanıldığına ve harcamalarının verimli alanlarda gerçekleştirilebilmesi için reformların gerekli olduğuna ulaşılmaktadır.

Yumuşak ve Yıldırım (2009) Türkiye'nin 1980-2005 yıllık verilerini kullanarak sağlık harcamaları, doğuşta yaşam beklentisi ve GSMH değişkenkenlerini Johansen eşbütünleşme testi ve Hata Düzeltme Modeli ile incelemiştir. Sağlık harcamalarından ekonomik büyümeye doğru olan nedensellik ilişkisi çok küçük ve negatiftir. Ayrıca, doğuşta yaşam beklentisinden ekonomik büyümeye doğru bir nedenselliğin varlığı da tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak sağlık harcamalarının büyümeye küçük ve negatif etkisinin olmasının nedeni olarak cari yılda

sağlık harcamalarının etkilerinin görülememesi ve sağlık harcamalarının GSMH'yi açıklamada yetersiz olduğu gösterilmiştir.

Çetin ve Ecevit (2010) içinde Türkiye'nin de olduğu 15 OECD ülkesi için 1990-2006 verileriyle sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini panel veri analizi ile test etmiştir. Ampirik sonuçlara göre, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Benzer sonuca ulaşan çalışmalardaki gibi devletin sağlık alanında daha etkin yatırımlar gerçekleştirmesiyle ekonomik büyümenin gerçekleşeceğini savunmuşlardır.

Tan vd. (2010) çalışmalarında Türkiye ekonomisi için 1969-2003 yılları verilerini kullanarak VAR model çerçevesinde kamu harcamaları (altyapı ve enerji), eğitim harcamaları, sağlık harcamaları ve GSYİH değişkenleri ile analiz yapmıştır. Sonuçta sağlık harcamaları ile GSYİH arasında bir nedensellik olmadığı bulunmuştur. Sağlık harcamalarının etkin şekilde kullanılmamasının ve sağlık hizmetlerindeki niteliğin düşük olmasının bu ilişkinin nedeni olabileceğinden bahsedilmiştir.

Cömertler vd. (2015) Türkiye'nin 1975-2012 yıllarını ele alarak kişi başına GSYH, toplam sağlık harcamalarının GSYH'deki payı, her bin kişiye isabet eden ölüm ve doktor sayısı değişkenlerini kullanarak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini ARDL sınır testi yaklaşımı kullanarak araştırmıştır. Bulgular hem kısa hem de uzun dönemde sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarının nüfus da meydana gelen artışlar sebebiyle yetersiz olması ve sağlık

göstergelerindeki nitel iyileşmenin yetersiz kalması negatif ilişkinin nedeni olarak gösterilmiştir. Sağlık alanında nicel ve nitel iyileşme sağlayacak politikalar önerilmiştir.

Uçan ve Atay (2016) Türkiye'de 2006 Q1 ve 2014:Q4 dönemi için sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi ARDL yöntemi kullanarak test etmiştir. Sonuçlar değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki olmadığını göstermektedir. Ekonomik büyüme üzerinde bir ivme yakalayabilmek için doktor ve sağlık personeli sayısının arttırılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, özel hastanelerdeki prim ve katkı paylarının kaldırılması, yatak sayısının arttırılması gibi önerilerde bulunmuşlardır.

Bu çalışmalardan başka sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında farklı ilişkileri bir arada barındıran çalışmalar da bulunmaktadır.

Ak (2012) Türkiye ekonomisi için sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve doğumda beklenen yaşam süresi değişkenlerini kullanarak yaptığı nedensellik testi sonucunda kısa dönemde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında bir ilişki olmadığına ancak uzun dönemde nedensellik ilişkisinin varlığına ulaşılmıştır.

Akar (2014) Türkiye üzerinde Ocak 2004-Mart 2013 dönemi ele aldığı çalışmasında sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının nispi fiyatı ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi eşbütünleşme analizi ve Vektör Hata Düzeltme Modelini kullanarak test etmiştir. Bulgular, uzun dönemde sağlık harcamaları, harcamaların nispi fiyatı ve ekonomik

büyüme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterirken kısa dönemde anlamlı bir ilişkiye rastlanılamamıştır.

4. SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Çalışkan (2009) çalışmasında içlerinde Türkiye'nin de olduğu 21 ülke için 1984-2005 yılları verilerini kullanarak kişi başına düşen sağlık harcaması, kişi başına düşen GSYİH, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı, kişi başına düşen ilaç harcaması, 1000 kişiye düşen doktor sayısı, doğurganlık oranı, şehirleşme oranı, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı değişkenlerini kullanarak panel veri analizi yapmıştır. Sonuçlar değişkenlerin güçlü bir şekilde kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki değişikliği açıkladığını göstermektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin OECD ülkelerinde lüks değil bir ihtiyaç olduğuna ulaşılmıştır.

Ay vd. (2013) yapmış oldukları çalışmada, Türkiye'nin 1968-2006 dönemine ait yıllık verilerini sağlık göstergesi olarak kullandıkları yataklı ve yataksız sağlık kurumu sayısı ile sağlık memuru başına düşen kişi sayısının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini eşbütünleşme analizi ile test etmiştir. Bulgular, sağlık değişkenleri ile ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık göstergelerinde meydana gelen artış büyümeyi hızlandıracağı için uygulanacak politikaların sağlık alanında gelişme sağlaması gerektiği de vurgulanmıştır.

Korkmaz vd. (2014) Türkiye'deki sağlık harcamaları ve sağlık turizmi arasındaki ilişkiyi 2004-2013 yılları verilerini kullanarak yaptıkları inceleme sonucunda özel hastanelerin ön planda olduğunu, ülkemize en çok Almanya, Bulgaristan ve Irak'tan sağlık turistlerinin geldiğini ve hizmet alımında göz ve onkoloji branşlarına talep olduğuna ulaşmışlardır. Ayrıca sağlık turizmi gelirlerinin toplam sağlık gelirleri üzerinde önemli bir artış meydana getirdiğinden de bahsedilmiştir.

Göçer ve Aydın (2016) Türkiye'nin 1975-2013 dönemi doktor sayısı ve sağlık harcamaları verilerinin turizm gelirine etkisi incelemiştir. Toda Yamamoto nedensellik testi sonucuna göre turizm gelirleri ve doktor sayısı arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisine rastlanırken, sağlık harcamalarından turizm gelirlerine doğru ise tek yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Uygulanan FMOLS yöntemiyle ise uzun dönemde doktor sayısında meydana gelen %1'lik artışın turizm gelirini %2.2 ve sağlık harcamalarında meydana gelen %1'lik artışın turizm gelirini %0.54 oranında arttırdığı görülmüştür.

Doğan (2016) çalışmasında Türkiye için 1960-2013 yıllık verilerini kişi başına düşen gayri safi milli hasıla ve sağlık değişkenlerini kullanarak yaptığı çalışma da kişilerin sağlıklı olmasının ülkeninin gelişmesinde önemi olup olmadığını incelemiştir. Sonuçlar değişkenler arasında çift yönlü ve doğrusal olmayan bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Yani, sağlıklı kişiler ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkiyi arttıracaktır.

Şahin (2017) çalışmasında Türkiye'nin de içlerinde olduğu AB üye ülkelerini 2000 ve 2014 yılı için sağlık göstergelerini (kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, kadın başına doğurganlık oranı, kişi başına sağlık

harcaması, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının yüzdesi, toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki % payı, doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, tüberküloz görülme sıklığı ve anne ölüm oranı) kümeleme analizi kullanarak analiz etmiştir. Sonuçta Türkiye'nin hem 2000 hem de 2014 yılında Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Hırvatistan, Letonya, Litvanya, Macaristan, Polonya, Romanya, Slovakya ile aynı kümede yer aldığı görülmüştür.

5. SONUÇ

Gün geçtikçe sağlık ekonomisi alanına olan ilgi artmaktadır. Bu ilginin sebebi sağlık harcamalarında meydana artıştır. Nitekim literatüre bakıldığında da sağlık ekonomisi ile ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunun sağlık harcamaları konusunda yapıldığı görülmektedir.

Bu çalışmada, Türkiye ekonomisinin sağlık alanında yapılan çalışmalar genel bir bakış açısı ile incelenmiş ve genel bir değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmenin sağlık ekonomisi alanında ileride yapılacak olan çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Ak, R. (2012). The Relationship between Health Expenditures and Economic Growth: Turkish Case, Int. J. Buss. Mgt. Eco. Res., 3(1), 404-409.

Akar, S. (2014). Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(1), 311-322.

Akıncı, A. & Tuncer, G. (2016). Türkiye'de Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki. Sayıştay Dergisi, 102, 47-61.

Altun, Y., İşleyen, Ş., & Görür, Ç. (2018). Türkiye'de Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyümeye Etkisi: 1999-2017. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (39), 223-244.

Arısoy, İ., Ünlükaplan, İ. & Ergen, Z. (2010). Sosyal Harcamalar ve İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisinde 1960–2005 Dönemine Yönelik Bir Dinamik Analiz. Maliye Dergisi, 158, 398-421.

Arslan, İ., Eren, M. V., & Kaynak, S. (2016). Sağlık ile Kalkınma Arasındaki İlişkinin Asimetrik Nedensellik Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31(2), 287-310.

Atılgan, E., Kılıç, D. & Ertuğrul, H. M. (2017). The Dynamic Relationship Between Health Expenditure and Economic Growth: is the Health-Led Growth Hypothesis Valid for Turkey?. The European Journal of Health Economics, 18(5), 567-574.

Ay, A., Kızılkaya, O. & Koçak, E. (2013). Sağlık Göstergeleri İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 6(1), 163-172.

Aydemir, C. & Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(13), 417-435.

Bakış, O., Jobert, T., & Tuncer, R., (2008), "Kamu Harcamaları ve Büyüme, Zaman Serileri

Analizi". Ed. Kamu Harcamalarının Bileşiminin Büyüme ve Refah Etkileri, Bahçeşehir
Üniversitesi Ekonomik ve Toplumsal Araştırmalar Merkezi, 81–104.

Başar, S., Künü, S. & Bozma, G. (2016). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (10), 189-204.

Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (Eds.). (2000). Handbook of Health Economics. Elsevier.

Cömertler Şimşir, N., Çondur, F., Bölükbaş, M. & Alataş, S. (2015). Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 52(604), 43-54.

Çalışkan, Ş., Karabacak, M., & Meçik, O. (2018). Türkiye'de Uzun Dönemde Eğitim ve Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 33(1), 75-96.

Çalışkan, Z. (2009). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (34), 117-137.

Çetin, M. & Ecevit, E. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. Doğuş Üniversitesi Dergisi, 11(2): 166-182.

Doğan, İ. (2016). Verimlilik, Ekonomik Büyüme ve Sağlık İlişkisi; Türkiye İçin Doğrusal Olmayan Nedensellik Testi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, 5(2), 21-48.

Eryiğit, S. B., Eryiğit, K. Y., & Selen, U. (2012). The Long-Run Linkages Between Education, Health and Defence Expenditures and Economic Growth: Evidence from Turkey. Defence and Peace Economics, 23(6), 559-574.

Göçer, İ. & Aydın, N. (2016). Türkiye'de Sağlık Değişkenlerinin Turizm Gelirine Etkisi: Çoklu Yapısal Kırılmalı Bir Analiz. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6(1), 777-800.

Hayaloğlu, P. & Bal, H. Ç. (2015). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 3(2), 35-44.

Kamacı, A., & Yazıcı, H. U. (2017). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Sakarya İktisat Dergisi, 6(2), 52-69.

Kar, M. & Ağır, H. (2006). Türkiye'de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eşbütünleşme Yaklaşımı ile Nedensellik Testi, 1926-1994. Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 6(11), 51-68.

Kar, M. & Taban, S. (2003). Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 58(3), 145-169.

Kıymaz, H., Akbulut, Y. & Demir, A. (2006). Tests of Stationarity and Cointegration of Health Care Expenditure and Gross Domestic Product. The European Journal of Health Economics, 7(4), 285-289.

Korkmaz, M., Ataç, A., Kılıç, B., Yücel, A. S., Toker, F. & Gümüş, S. (2014). Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Ekonomik Boyutlarının Uygulamalı Örneği, 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 10-12 Eylül 2014, Girne.

Kurt, S. (2015), "Government Health Expenditures and Economic Growth: A Feder–Ram Approach for the Case of Turkey" International Journal of Economics and Financial Issues, 2015, 5(2), 441-447.

Saraçoğlu, S. & Songur, M. (2017). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Avrasya Ülkeleri Örneği Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8(16), 353-372.

Selim, S., Uysal, D. & Eryiğit, P. (2014). Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(3), 13-24.

Sülkü, S. N. & Caner, A. (2011). Health Care Expenditures and Gross Domestic Product: the Turkish Case. The European Journal of Health Economics, 12(1), 29-38.

Şahin, D. (2017). Sağlık Göstergeleri Bakımından Türkiye'nin Avrupa Birliği Ülkeleri Arasındaki Yeri: İstatistiksel Bir Analiz. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 8 (2) , 55-77 .

Şantaş, F. (2017). Sağlık Ekonomisi Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(19), 85-93.

Şimşir, N. C., Çondur, F., Bölükbaş, M., & Alataş, S. (2015). Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 52(604), 43-54.

Tan, B. K., Mert, M. & Özdemir, Z. A. (2010). Kamu Yatırımları ve Ekonomik Büyüme İlişkisine Bir Bakış: Türkiye, 1969-2003. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 25(1), 25-39.

Tatar, M. (2009). Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme. Sağlık Ekonomisi Dergisi, (1).

Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(2), 125-152.

Tıraşoğlu, M. & Yıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. Electronic Journal of Vocational Colleges, 2(2), 111-117.

Tokalaş, S. (2006), Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Uçan, O. & Atay S. (2016). Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(3), 215-222.

Yalçın, A. Z. & Çakmak, F. (2016). Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 30 (4), 705-723.

Yumuşak, İ. G. & Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Bir Ekonometrik İnceleme. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 4(1), 57-70.

Williams, A. (1987). Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?. In Health and Economics (pp. 1-11). Palgrave Macmillan, London.

BÖLÜM 8

TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Tanay DİLBER[15] *M. Hakan YALÇINKAYA*[16]

[15] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: tanaydilber@hotmail.com
[16] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: mustafahakanyalcinkaya@gmail.com

1. GİRİŞ

Eski bir kökene sahip olan turizm kavramı Latince “Tornus” kelimesinden türetilmiştir. Tornus:, dolaşma, geri dönmek anlamına gelmektedir (Süğür,2016:4) Turizmin genel bir tanımını yapacak olursak ikamet edilen veya çalışılan yerin dışına geri dönmek kaydıyla seyehat etmesi anlamına gelmektedir. Bu seyahatların içeriği, sağlık, aile ziyareti, eğlenme, dinlenme, din, kültür, spor gibi konuları kapsamaktadır. Turizm bireylerin kendi istekleri doğrultusunda gerçekleşmektedir. Yani siyasi veya ticari amaçla yapılan seyahatler turizm kapsamına girmemektedir (Aktaş,2001:1).

Sağlık turizmi tedavi amaçlı yapılan seyahatların tümü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Turizmi tedavi amacıyla kaplıcalara seyahat edenler, kendini daha iyi hissetmek amacıyla estetik cerrahi ve saç ekimi veya diş tedavisi, akupunktur tedavisi, bitkisel tedaviler ve rehabilitasyon, fizik tedavi vs. gibi gereksinimi olan insanların ulaşımın bu kadar kolay olduğu bir dünyada tedavi olmak amacıyla kendi yaşadıkları bölgelerden sağlık amacıyla yurtdışına çıkmasıdır. (Ross, 2001,7; Boz, 2004, 132; Aydın ve Şeker, 2011). Diğer bir ifadeyle; sağlıklı olmak amacı taşıyan, 1 günden 1 seneye kadar devam etme şartıyla ile yaşamak ya da çalışmak şartı olmaksızın yapılan seyahatlerin tümüdür (Yalçın 2006:34).

Sağlık turizmi pazarının giderek büyümesi rekabetin artmasına ve sağlık turizminden elde edilen gelirinde giderek artmasına neden olmaktadır. Özellikle ülkeye döviz girişi ve yabancı sermayenin artmasında sağlık turizminin katkısı göz ardı edilemez. Türkiye’nin

sağlık sektöründeki yükselen trendi, fiyat avantajı, hizmet kalitesi, yüksek teknolojili hastaneler, uzman doktor ve hemşireler, tedavi süresinin az olması, nüfusun büyük bir kısmının hizmet sektöründe istihdam etmesi, coğrafi konum ve kültürel zenginlikler turistlerin sağlık turizminde Türkiye'yi tercih etmesinde önemli rol oynamaktadır.

2. SAĞLIK TURİZMİNİN ÇEŞİTLERİ

TÜRSAB'ın 2014 yılı raporun sağlık turizmi Medikal Turizm Termal Turizm ve Medikal Spa &Wellness Turizmi, Yaşlı ve Engelli Turizmi olmak üç grup altında toplanmıştır (TÜRSAB,2014).

2.1. Termal Turizm

Termal Turizm, özellikle şehir hayatının monotonluğunu ve stresini bir nebze de olsa azaltmak amacıyla termomineral su banyosu, çamur banyosu, fizik tedavi, rehabilitasyon, sağlıklı yaşam, gibi birçok faaliyeti bir arada içeren bir turizm çeşididir. (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020). Termal Turizm'in literatürdeki yeri Hititliler döneminden, Roma ve Bizans dönemlerine kadar uzanmaktadır. Özellikle Romalılar döneminde sıcak su alanlarının şifa amaçlı kullanıldığı ve tesis haline getirildiği kayıt altına alınmıştır (Bayer, 1997: 23). Selçuklu döneminden günümüze kadar sıcak su alanlarına kaplıca, hamam ve ılıca gibi çeşitli isimler verilmiştir (İbret, 2007:138).

Türkiye coğrafi konumu, zengin maden kaynakları ve aktif bir deprem kuşağı olmasıyla kaplıca ve zengin içme suları açısından Dünya'da ilk 10 ülke arasında yer almaktadır. Türkiye genelinde 2000 civarı şifalı su kaynağı bulunmasına rağmen bu şifalı kaynakların 1300'ü termal

kaynak özelliğine sahiptir. Bu termal kaynakların 102 tanesi termal sınıflandırılması adı altında toplanmıştır (Doğanay,2001:264). Ayrıca bu termal kaynakların fiziksel ve kimyasal özellikleri Avrupa'ya kıyasla çok daha üstün olup, kür süresi çok daha kaliteli ve avantajlıdır (Doruk, 2019: 43). Termal turizm başlığı altındaki uygulamalar aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır;

Üvalizm: Kendine has meyve ve sebzelerle öne çıkan yörelerin uygulamış olduğu tedavi yöntemidir.

Klimatizm: Dağ ve deniz gibi alanlarda açık alanların şifa verici etkisinden yararlanılmak amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir.

Helioterapi: Güneş ışınlarının bağışıklık direncini arttırıcı etkisinden yararlanmak amacıyla uygulanan tedavidir.

Peloidoterapi: Jeolojik ve biyolejik olaylar sonucu oluşan mineral bakımından zengin olan çamurlar ile yapılan kür uygulamasıdır.

Hidroterapi: Su ile yapılan tedavi uygulamasıdır.

Speleoterapi: Mağara ortamından yararlanmak amacıyla uygulanan kür uygulamasıdır.

Talassoterapi: Koruyucu veya tedavi amacıyla tıbbi gözetim altında deniz ve çevresine özgü şifalı tüm etkenlerin bileşimiyle uygulanan tedavi türüdür.

2.2. İleri Yaş ve Engelli Turizmi

İleri Yaş Turizmi, diğer bir ifadeyle üçüncü yaş turizmi, 50 yaş ve üstündeki kişilerin ikametgâh ettikleri yerlerin dışına yaptıkları

seyahatlerde genellikle turizm işletmelerinin hizmetlerinden faydalanarak geçici konaklamalardan kaynaklanan turizm türüdür. Her ne kadar bu tanımlamada yaş sınırlaması 50 olarak kabul edilse de insan ömrü uzadıkça bu yaş sınırlamasında da olası bir değişim söz konusu olacaktır. Ayrıca insan ömrünün uzaması, kentleşme, doğum oranlarının azalması demografik faktörleri de etkilemektedir. Yaşlı nüfusun boş zaman sorununun olmayışı, seyahat planlamasını da daha esnek bir hale getirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre dünya nüfusunun %15'ini engelli nüfusu oluşturmaktadır. Dünya'da 1 milyara yakın engelli nüfus bulunmaktadır. 2050 yılındaki öngörülere göre yaşlı nüfus 2 milyarı bulacaktır. Engelli nüfusunun, toplam nüfus içerisindeki bu payı, sağlık turizmi başlığı altında engelli turizmini ayrı bir tanımlama getirmiştir. Dolayısıyla bu turizm çeşidi, çeşitli kronik rahatsızlığı olan bireylerin seyahat etme, eğlenme ve tedavi görme gibi ihtiyaçlarının kapsayan bir turizm türüdür. Genellikle bakım evleri ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren bu turizm çeşidi, turistlerin konaklama süresi ve turist harcamaları bakımından ülke ekonomisini de olumlu yönde etkilemektedir (Aydemir ve Kılıç, 2017: 9).

T.C. Sağlık Bakanlığı, huzurevi ve bakımevi gibi tesislerin "İleri Yaş Sağlık Bakım Tesisi" hâline dönüştürülerek içerisinde farklı klinikler açılabilmesi hususunda çeşitli düzenleme yaparak kronik hastaların bakımının yanı sıra yurtdışından yaşlı hastaların Türkiye'ye gelmesinin sağlanması da amaçlanmıştır (www.trthaber.com, 24.05.2017).

2.3. Medikal Turizm

Sağlık turizmin en büyük alt dallarından biri olan medikal turizm son dönemlerde hızla gelişmektedir. Medikal turizm, kişinin yaşam standartlarına bağlı olarak değişebilen, plansız gelişen, vücut fonksiyonlarındaki birtakım fizyolojik rahatsızlıklar yüzünden organize bir seyahat şeklinde tanımlanabilir (Aslan,2019). Açık kalp cerrahisi, plastik estetik cerrahi ameliyatları, diş tedavileri, tüp bebek uygulamaları, göz kusuru ameliyatları, nöroloji ve beyin cerrahi, organ nakli, kanser tedavisi medikal turizm başlığı altında değerlendirilmektedir (Topuz, 2012:9). Özellikle farklı ülkelerin düşük maliyet ve yüksek kalitede tedavi seçenekleri sunması evde bakımın yetersizliği, ülkelerin hemşire ve yatak sayılarının yetersiz oluşu, estetik cerrahiye olan talebin artması sağlık turizmini daha cazip bir hale getirmektedir (Connel, 2010:45). Sağlık turizminde temel amaç kişilerin sağlık durumlarını iyileştirmek ya da kontrol altına almaktır. (Lee ve Spisto, 2007, s.1). Medikal turizm, sağlık ve turizm personellerinin birbirleriyle etkileşimi sonucu daha etkin ve kaliteli bir hizmet sunmaktadır (Cannon Hunter, 2007). Medikal Turizm, otel işletmeciliği, acentacılık, taşımacılık, konaklama, pazarlama gibi sektörlerle kombine olup, hastanın tedavi sürecinin başından sonuna kadar birlikte hareket etmektedirler (Tontus, 2015).

Medikal turizmde; tedavi olmak amacıyla seyahat eden turistlerin öncelikli amacı cerrahi müdahale almak iken; gidilen ülkede dinlenmek, eğlenmek ve sosyal faaliyetlerde bulunmak gibi istekler de beraberinde gelmektedir (Mugomba ve Danell 2007, 1).

Tablo 1: Medikal Turizm'de Öne Çıkan Ülkeler

Asya/Orta Doğu	Amerika	Avrupa	Afrika
- Türkiye - Çin - Hindistan - Güney Kore - İsrail - Birleşik Arap Emirlikleri - Malezya - Singapur - Tayland	- ABD - Arjantin - Brezilya - Ekvator - Kanada - Kolombiya - Kosta Rika - Meksika	- Almanya - Belçika - Çek Cumhuriyeti - İsviçre - İtalya - İspanya - Polonya - Portekiz	- Güney Afrika - Tunus

Kaynak: TÜSİAD. Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi Görüş Belgesi, s.10

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ

Türkiye gerek iklim ve coğrafi yapısı gerekse kültürel tarihi ile turizm sektöründe önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle son yıllarda sağlık sektörü ve turizm sektörünün birleşmesiyle medikal turizm alanında ciddi adımlar atılmaktadır. Son yıllarda Türkiye'nin sağlık sektöründe gelişmiş hizmet sunumu sektörde güçlü olarak tanınan Hindistan, Malezya, Tayland, ABD gibi ülkelerle rekabet etmesini sağlamaktadır (Barca vd.,2013:71). Türkiye'de birçok hastane de onkolojik tedaviler, kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, estetik cerrahisi, göz ve dişte ileri teknolojili sağlık hizmetleri verilmektedir. Yine bu hastanelerde Cyberknife, robotik cerrahi, MR, hizmetleri, kemik iliği, organ transplantasyonu yapılabilmektedir. Sağlık bakanlığı sağlık turizmi dairesi başkanlığı bünyesinde 7/24 saat Arapça, İngilizce, Almanca ve Rusça dilinde Acil durumlarda 112,

şikayet durumlarında 184 nolu hatlardan ve hastanelerde uluslararası hastalara tercümanlık hizmetleri mevcuttur (Türkiye Sağlık Turizmi Derneği,2016). Yurtdışından tedaviye gelen hastaların Türkiye'yi tercih etmesinin başlıca sebebleri arasında tedavinin düşük maliyetleridir. Döviz kurunun düşük olması ve kaliteli hizmete sahip olması Türkiye'yi bir adım öne çıkarmaktadır. Ülkeye döviz girişi, ülke ekonomisini de olumlu etkilemektedir. (Drinkert and Singh, 2017; Erfurt-Cooper and Cooper, 2009; Fuchs and Reichel, 2010)

Medikal turizmde en çok tercih edilen ülkeler ABD, Hindistan, Cuba, Kostrika, Tayland, Singapur, Kolombiya ve Malezya olmasına rağmen Türkiye medikal turizmde Dünya'nın önde gelen ülkelerinde olma konusunda hızla ilerlemektedir (Aksu,2006). Bu ilerlemenin öncelikli sebepleri sağlık sektörüne yapılan yatırımlar, turist sayısındaki hızlı artış, teknolojik altyapı, iyi eğitimli sağlık personelleri ve düşük maliyetlerdir. Türkiye'de özellikle yurtdışından tedavi olmak amacıyla gelen turistlerin büyük bir çoğunluğu göz ameliyatları, estetik ve plastik operasyonlar, kalp ve damar hastalıkları operasyonları, diş ameliyatları, tüp bebek uygulamaları alanlarına yoğun bir talep göstermektedir (Akdu, 2009, s.40). Ayrıca kısırlık, saç ektirme, organ nakli, genel sağlık taraması, fizik tedavi, kozmetik operasyonları da bu sıralamaya eklenmektedir. (Özer ve Sonğur, 2012:77; Gülen ve Demirci 2012:133; İçöz, 2009:2271; Ünal ve Demirel, 2011:107):

Tablo 2: Türkiye'ye Tedavi Amacıyla Gelen Yabancı Ziyaretçi Sayısı

Yıllar	Gelen Ziyaretçi Sayısı
2013	267.461
2014	414.658
2015	360.180
2016	377.384
2017	433.292
2018	551.748
2019	662.087

Kaynak: TUİK verilerinden derlenerek hazırlanmıştır.

TÜİK'in yayınlamış olduğu verilerine göre 2013-2019 yılları arasında sağlık turizmi başlığı altında Türkiye'ye gelen hasta sayısında düzenli bir artış görülmektedir. Son yıllarda yaşanan pozitif gelişmelerin başlıca nedeni sağlık hizmeti alanına önemli yatırımların yapılması ve sağlık hizmetleri kalitesinin artmasıdır.

Tablo 3: Uluslararası Hastaların Geldiği İlk 10 Ülke

Ülke	Sayı (Kişi)
Almanya	43259
Libya	38898
Rusya	27604
Irak	16926
Hollanda	14959
Azerbaycan	13023
İngiltere	12456
Romanya	5685
Norveç	5554
Bulgaristan	5511

Kaynak:www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-91778/h/turkiye-medikal-turizmdegerlendirme- rapor

Yukarıdaki tabloda Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların geldikleri ülkeler verilmektedir. Almanya en çok sağlık turisti gönderen ülke konumundadır. Bu durumun başlıca nedeni Almanya'da yaşayan yaklaşık 5 milyon Türk vatandaşının bulunmasıdır. Sırasıyla diğer ülkeler Libya, Rusya, Irak, Hollanda, Azerbaycan, İngiltere, Romanya, Norveç ve Bulgaristan'dır. 2015 yılı rakamlarına göre uluslararası turizmin %27'lik kısmı sağlık vb. gibi nedenleri kapsamaktadır.

Tablo 3: 2012-2019 Sağlık Turizmi Gelirleri

Yıl	Gelir (Bin Dolar)
2012	627.862
2013	772.901
2014	837.796
2015	638.622
2016	715.438
2017	827.331
2018	863.307
2019	1065.105

Kaynak: TÜİK verilerinden derlenerek hazırlanmıştır.

Türkiye'de 2012 ve 2019 yılları arasında sağlık turizmi gelirleri sürekli bir artış içerisindedir. 2019 yılında sağlık turizmden elde edilen gelir (1065.105$) olup sağlık turizmi kapsamında Türkiye'nin bu pazardaki rolü her geçen gün ciddiyetini korumaktadır. Sağlık Turizmi kavramı ilk olarak 2003 yılında gündeme gelmiş daha sonra 2005 yılında sağlık alanında uygulanan politikalar ve projeler ile beraber sağlık turizmi alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık turizmi kavramı ilk olarak 2010-2014 stratejik eylem planında yer almış 2010 yılında Sağlık Bakanlığı altında Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü kurulmuş

olup, 2023 Eylem Planında hükümet politikası olarak belirlenmiştir. (Acar ve Turan, 2016: 23).

Sağlık turizminin mikro ve makro boyutlarını ele alacak olursak;

- Medikal turizm bir piyasa olmakla beraber piyasadaki arz ve talebe göre şekillenmektedir
- Rekebetçi bir piyasa olmasından dolayı hizmet alan ve veren birçok kurum bulunmaktadır. Dolayısıyla fiyat düşmesi beraberinde kaliteyi de arttıracaktır.
- Turizm sektöründeki fiyatlar kırılgan oldukları için fiyatlar katı değil tam tersine esnektir.
- Sağlık turizmi sektörü birçok sektörle işbirliği içerisinde olduğu için sektörler arası hareketliliğe neden olmaktadır.

Tablo – 4 Türkiye'de Sağlık Harcaması ve Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya Oranı

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	GSYH'ya Oranı
2013	84.390	4.7
2014	94.750	4.7
2015	104.568	4.5
2016	119.756	4.6
2017	140.647	4.5
2018	165.234	4.4

Kaynak: TÜİK verilerinden derlenerek hazırlanmıştır.

Türkiye 'de sağlık harcamaları genel sağlık sigortası kapsamında kamu kesimi tarafından ya da özel sigorta şirketleri tarafından finanse edilmektedir. Yukarıdaki tabloda sağlık harcamaları ile ilgili veriler dikkate alındığında sürekli bir artış görülmektedir. Türkiye'de 2017

yılındaki sağlık harcamalarındaki artış %17,4 oranında artarak 140 milyar 647 milyon TL'ye ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan oran, GSYH'nin en az %5'lik kısmını oluşturmalıdır. Türkiye'de sağlık harcamalarının, GSYH oranını, 2018 yılı itibariyle 4.4 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 5: Sağlık Turizmi Maliyet Karşılaştırması (2019) ($)

Medikal İşlemler	ABD	Hindistan	Güney Kore	Meksika	İsrail	Tayland	Malezya	Polonya	Singapur	Türkiye
Kalp Baypası	123.000	7.900	26.000	27.000	28.0000	15.100	12.100	14.000	17.200	13.900
Anjioplasti	28.200	5.700	17.700	10.400	7.500	4.200	8.000	5.300	13.400	4.800
Kalp Kapakçık	170.000	9.500	39.900	28.200	28.500	17.200	13.500	19.000	16.900	17.200
Kalça Protezi	40.364	7.200	21.000	13.500	36.000	17.000	8.000	5.500	13.900	13.900
Kalça Yüzey Yenileme	28.000	9.700	19.500	12.500	20.100	13.500	12.500	9.200	16.350	10.100
Diz Replasman	35.000	6.600	17.500	12.900	25.000	14.000	7.700	8.200	16.000	10.400
Spinal Fizyon	110.000	10.300	16.900	15.400	33.500	9.500	6.000	6.200	12.800	16.800
Dentalimplant	2.500	900	1.350	900	1.200	1.720	1.500	925	2.700	1.100
Lap Band	14.000	7.300	10.200	6.500	17.300	11.500	8.150	6.700	9.200	8.600
Mide Küçültme	16.500	6.000	9.950	8.900	20.000	9.900	8.400	9.400	11.500	12.900
Mide bypası	25.000	7.000	10.900	11.500	24.000	16.800	9.900	9.750	13.700	13.800
Histeroktemi	15.400	3.200	10.400	4.500	14.500	3.650	4.200	2.200	10.400	7.000
Meme implant	6.400	3.000	3.800	3.800	3.800	3.500	3.800	3.900	8.400	4.500
Rinoplasti	6.500	2.400	3.980	3.800	4.600	3.300	2.200	2.500	2.200	3.100
Yüz germe	11.000	3.500	6.000	4.900	6.800	3.950	3.550	4.000	440	6.700
Yağ Aldırma	5.500	2.800	2.900	3.000	2.5000	2.500	2.500	1.800	2.900	3.000
Karın germe	8000	3.500	5.000	4.500	10.900	5.300	3.900	3.550	4.650	4.000
Lasik (iki yön)	4.000	1000	1.700	1.900	3.800	2.310	3.450	1.850	3.800	1.700
Kornea (Göz Başına)	17.500	2.800	----------	----------	----------	3.600	----------	-------	9.000	7.000
Katarak Tedavisi	3.500	1.500	----------	2.100	3.700	1.800	3.000	750	3.250	1.600
İVF tedavisi	12.400	2.500	7.900	5.000	5.500	4.100	6.900	4.900	14.900	5.200

Kaynak: http://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx

Tablo 5'te medikal turizm başlığı altında operasyon türleri ve maliyetleri karşılaştırılmıştır. ABD en pahalı sağlık hizmeti sunan ülkelerin başında gelmektedir. Türkiye ve Polonya diğer ülkelere kıyasla daha az maliyet ile sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Tabloda verilen maliyetler döviz kurları, doktor tecrübesi, akreditasyon gibi birçok faktöre göre değişmektedirler. Türkiye'nin sağlık turizminde önemli bir potansiyele sahip olmasının en önemli nedenleri; Yeterli personel sayısı, ucuz maliyet ve kaliteli hizmettir.

Türkiye'de özellikle yurtdışından tedavi olmak amacıyla gelen turistlerin büyük bir çoğunluğu göz ameliyatları, estetik ve plastik operasyonlar, kalp ve damar hastalıkları operasyonları, diş ameliyatları, tüp bebek uygulamaları alanlarına yoğun bir talep göstermektedir (Akdu, 2009, s.40). Ayrıca kısırlık, saç ektirme, organ nakli, genel sağlık taraması, fizik tedavi, kozmetik operasyonları da bu sıralamaya eklenmektedir. (Özer ve Sonğur, 2012:77; Gülen ve Demirci 2012:133; İçöz, 2009:2271; Ünal ve Demirel, 2011:107):

Almanya, Hollanda, Fransa gibi ülkelerde Türk nüfusunun olması, Balkan Ülkeleri ve Orta Asya'daki Türk Cumhuriyetleri gibi ülkelerde alt yapının yetersiz olması, ABD, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin pahalı olması, Hollanda ve Kanada gibi ülkelerde bazı tedavilerin sigorta tarafından karşılanmaması, uzun bekleme sürelerinin olması ve Afganistan Yemen, Sudan gibi ülkelerle ikili anlaşmalar yapılması, Türkiye'nin sağlık turizmi konusunda, rekabet avantajı elde ettiğinin göstergesi olarak belirtilmiştir.(Özkan,2019:58). Bununla birlikte Türkiye'nin sağlık turizmi açısından iklim, kültür ve

tecrübe avantajları ile Avrupa ülkeleri için çok çekici konumda olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca coğrafi yakınlık faktörü de göz önünde bulundurulduğunda Ortadoğu ülkeleri için, Türkiye'nin önemli bir tıp merkezi olabilecek potansiyeli bulunmaktadır.

Tablo 6: Dünya'da En Çok Plastik Cerrah Bulunduran Ülkeler

Sıra	Ülke	Plastik Cerrah Sayısı	Dünyadaki Oranı
1	ABD	6.133	15,2
2	Brezilya	5.473	13,6
3	Çin	2.800	7
4	Japonya	2.302	5,7
5	Hindistan	2.150	5,3
6	Güney Kore	2.054	5,1
7	Rusya	2.000	5
8	Meksika	1.550	3,8
9	**Türkiye**	**1.200**	**3**
10	Almanya	1.101	2,7

Kaynak: International Society of Aesthetic Plastic Surgery

Türkiye sadece zorunlu medikal işlemler için değil aynı zamanda estetik ve saç ekimi gibi alanlarla da ciddi bir potansiyele sahiptir. Özellikle bir saç ekimi operasyonunun Avrupa'daki fiyatı 10.000 - 30.000 bin dolar seviyesindeyken Türkiye'de bu fiyat 5.000 - 10.000 bin TL arasındadır (TÜRSAB, Sağlık Turizmi Raporu:7).

Medikal turizm kapsamında yurtdışından gelen hastaların tedavi olabilmesi için hastanelerin Join Comission International (JCI) akreditasyon belgesine sahip olması oldukça önemlidir. Akreditasyon, bir ürün veya hizmetin uluslararası kriterlere göre denetlenerek onaylanması anlamına gelmektedir (Özkan,2019:58).

Tablo 7: Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi Almaya Hak Kazanmış Olan Sağlık Tesisleri (2020)

Aracı Kuruluş	Kamu Sağlık Tesisleri	Kamu Üniversite Hastaneleri	Vakıf Üniversite Hastaneleri	Özel Sağlık Tesisleri	Toplam
111	127	26	24	688	976

Kaynak: Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı

15.06.2020 tarihi itibariyle Türkiye'de 111'i aracı kuruluş, 153 kamu sağlık tesisi ve hastanesi, 24 vakıf üniversitesi, 688 özel sağlık tesisi akreditasyon belgesine sahiptir.

Strateji ve Kalkınma bakanlığının yayınlamış olduğu 11.Kalkınma planında Türkiye'nin sağlık turizmdeki hedefleri şu şekilde sıralanabilir.

- Sağlık turizmi için akreditasyon ve denetim alt yapısı güçlendirilip, hukuki düzenlemeler tamamlanacak
- Turizmi belirli bir mevsime değil de yıl gelenine yayarak konaklama süresini arttırmak
- Performans ve erişebilirlik başta olmak üzere daha etkin bir hizmet kalitesi
- Medikal turizm ve termal turizmin yanı sıra geriatri turizmine yönelik entegrasyonları daha kapsamlı bir şekilde yürütmek

Hedeflenen bu politikalar sonucunda hem maliyet avantajı hem de kaliteli hizmet açısından sağlık turizminde büyüme hedeflenmektedir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019-2023 Kalkınma Planı).

Tablo 8: Türkiye'de Hedeflenen Sağlık Turizmi Performans Göstergesi

Performans Göstergesi	2023 Yılı İçin Hedeflenen
Sağlık Turizmi İçin Gelen Hasta Sayısı	2.000
Sağlık Turizmi Geliri (Yıllık) (USD)	20 Milyar
Uluslararası Akredite Sağlık Merkezi	10
Serbest Sağlık Bölgesi Sayısı	10

Kaynak: Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019-2023

Türkiye fiyat avantajı, kolay ulaşılabilirlik, hizmet kalitesi, hastanelerde kullanılan tıbbı cihazlar üst teknoloji olması, akreditasyon belgesi sahip olan hastane sayısının fazlalığı, uzman sağlık personeli, tedavi süresinin kısa olması, doğal ve kültürel güzelleri, coğrafi konumuyla medikal turizmde potansiyele sahiptir. Yurtdışında medikal turizm kapsamında aracılık yapan şirketlerin sağlık turizmi için önerdiği üç ülke Hindistan, Türkiye ve Kosta Rika'dır (Peters, 2011:119).

4. SONUÇ

Bacasız sanayi olarak tanımlanan turizm ülke ekonomileri için oldukça önem taşımaktadır. Dünya nüfusunun %2'si turizm amacıyla seyehat etmektedir. Dünya genelinde her 6 kişiden biri turizm faaliyetlerine dahil olmaktadır. Bu faaliyetlerin bir kısmı dinlenme, eğlence, kültürel seyahatler iken diğer bir kısmı ise sağlık nedeniyle yapılan seyahatlerdir Özellikle dünya nüfusunun yaklaşık olarak sekizde birinin 60 yaş üzerinden oluştuğunu göz önüne alırsak. engelsiz turizm, spa-welness turizm, 3.yaş emekli turizm ve ileri yaşam turizmine yönelik talep artmaktadır. Dünya Turizm Örgütü (UNWTO) verilerine göre 2019 yılı

itibariyle 52.5 milyon ziyaretçi ile Dünya genelinde 6.sırada bulunmaktadır. Bir önceki yıla göre ise turist sayısında %14'lük bir artış görülmektedir. Dünya'da en fazla turist çeken ülkeler ise sırasıyla Fransa, İspanya ve ABD'dir.

Türkiye'ye son yıllarda sağlık amacıyla gelen turist sayısındaki artış görülmektedir. Bu artış Türkiye'nin sağlık turizmindeki yükselen potansiyelinin sonucudur. Özellikle sağlık sektörünün temelinin sağlam olması, tedavi sürelerinin kısa olması, ABD ve diğer Avrupa bölgesi ülkelere kıyasla fiyat avantajının olması, uluslararası ulaşımın rahatlığı, akredite hastane sayısının fazlalığı, uzman hemşire ve doktor sayısının yeterli olması Türkiye'ye sağlık turizmi alanında büyük bir katkı sağlamaktadır. Bu katkıyı daha da arttırmak turizmin ekonomi üzerindeki pozitif etkisini daha da arttırmak için yabancı yatırımcıları daha çok teşvik etmeli, akredite sağlık kuruluşunu arttırmalı, devlet ile sağlık hizmet sunucuları birlikte hareket etmeli turizmi bünyesinde barındıran birçok sektör yapılan planlamalara dahil edilmeli, kültürel farklardan kaynaklanan özellikle gıda sektöründeki endişeleri minimum düzeye indirmeli, uluslararası sağlık sigortası kullanımı teşvik edilmelidir.

KAYNAKÇA

ALTIN,U., Bektaş,g., Antep,z., İrban,a.(2012),” Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,3(3), 157-163.

Akdu S. A., Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara, 2009.

Aksu, A.A., Gürsoy, D. and Aksu, G.M. (2016), “Sağlık Turizminde Keşfedildikçe Büyüyen Ülke Türkiye: Pazar analizi ve izlenmesi gereken stratejiler Türkiye turizm yatırımcıları derneği/The Turkish Tourism Association, İstanbul.

Aydın, D. ve Şeker, S. (2011). Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi, http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-74694/h/rehber-uygulama.pdf (Erişim Tarihi: 12.06.2020)

Aydemir, B. ve Kılıç, S. (2017). Dünyada ve Türkiye’de üçüncü yaş turizmi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1 (1): 18-28.

Boz, M. (2004). Turizmin Gelişmesinde Alternati*f* Turizm Pazarlamasının Önemi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.

Bayer, E.(1997). Türk termal turizm potansiyeli tesisleri ve bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta

CONNEL, J. (2010). Medical Tourism. Cambridge, USA: CABI North American Office

Cannon Hunter, W. (2007), “Medical Tourism: a New Global Niche”, International Journal of Tourism Sciences, Vol. 7 No. 1, pp. 129-140

Doğanay, H., (2001).” Türkiye Turizm Coğrafyası”, Çizgi Kitapevi Yay. No:33, Konya

Drinkert, A. and Singh, N. (2017), “An Investigation of American medical tourists’ post-travel experience”, Journal of Hospitality Marketing & Management, Vol. 26 No. 3, pp. 335-346.

Erfurt-Cooper, P. and Cooper, M. (2009), Health and Wellness Tourism: Spas and Hot Springs, Channel View Publications, Bristol.

Fuchs, G. and Reichel, A. (2010), “Health Tourists Visiting a Highly Volatile Destination”, Anatolia, Vol. 21 No. 2, pp. 205-225.

Gülen K.G. ve Demirci S., (2012). "Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü", İstanbul Ticaret Odası, Sektörel Etütler ve Araştırmalar, İstanbul,

İçöz O.,"Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları", Journal of Yasar University, Cilt. 4, Sayı. 14, (2009), 2257-2279..

Mugomba, C. and Caballero-Danell, Sara, Medical Tourism, Its Opportunities A Conceptual Framework For Entry Into The Industry Tourism and Hospitality Management, Master Thesis, Göteborg University, 2007

Özer, Ö. ve Sonğur, C., "Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu", Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt. 4, Sayı. 7, (2013), 69-81

Peters, C.R., & Sauer, K.M. (2011). A Survey of Medical Tourism Service Providers. Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 5(3):* 117-126.

Ross, K. (2001). Health Tourism*: An* Overview, HSMAI Marketing Review, http://www.hospitalitynet.org/news/4010521.search?query=%22health+tourism%22(Erişim tarihi:20.05.2020)

Tontus, H. (2015). “Tum Yonleriyle Saglik Turizmi Ulkeler”, TC Saglik Bakanliği Saglıgın Gelistirilmesi Genel Mudurluğu, Anil Matbaacilik, Ankara, Vol. 1 No. 2, pp

TOPUZ, N.(2012), “Türkiye’de Sağlık(Medikal) Turizmi Stratejisi 2023”,(Uzmanlık Tezi), Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Ankara.

TÜSİAD. (2009). “Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi” Görüş Belgesi.

Ünal A. ve Demirel G., "Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma", Electronic Journal of Vocational Colleges, Cilt. 1, Sayı. 1, (2011), 106-115.

Yalçın, P. (2006). Türkiye'de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma. Ankara Gazi Üniversitesi.

İçöz O.,"Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları", Journal of Yasar University, Cilt. 4, Sayı. 14, (2009), 2257-2279.

İnternet Kaynakları

http://www.trthaber.com/haber/saglik/yaslilar-icin-saglik-bakim-tesisleri-acilacak-200091.html. (27.05.2020)

Kültür ve Turizm Bakanlığı Resmi İnternet Sitesi, https://www.ktb.gov.tr/ 05.05.2020).

Sağlık Bakanlığı Resmi İnternet Sitesi, https://www.saglik.gov.tr/ (Erişim Tarihi, 10.05.2020).

Sağlık Turizmi Resmi İnternet Sitesi, http://healthtourism.gov.tr/EN,1/about-us.html (Erişim Tarihi: 16.12.2019).

Sağlık Yönetimi Akademisi Resmi İnternet Sitesi, https://sayakademi.com/ (Erişim Tarihi, 06.05.2019).

Türkiye İstatistik Kurumu Resmi İnternet Sitesi, http://www.tuik.gov.tr/Start.do (Erişim Tarihi:05.05.2020).

Türkiye Strateji ve Bütçe Daire Başkanlığı Resmi İnternet Sitesi, http://www.sbb.gov.tr/ (Erişim Tarihi, 05.05.2020).

.

BÖLÜM 9

TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARININ GELİŞİMİ VE İNCELEMESİ

Tuba Esra BASKAK[17] *Melih ÖZÇALIK*[18]

[17] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, e-mail: tuubaesra@gmail.com
[18] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, İİBF, İktisat Bölümü, e-mail: melih.ozcalik@gmail.com

1. GİRİŞ

Bireyler, ülkelerin en değerli hazineleridir. Bu hazinenin ayakta kalabilmesi için bireylerin sağlıklı olması gerekmektedir. Çünkü, sağlıklı birey sağlıklı topluma ve sağlıklı bir ekonomiye neden olmaktadır. Ülkelerin kalkınma göstergelerinin başında sağlık alanı ile ilgili veriler yer almaktadır. Bu verilerin olumlu olması, yaşam sürelerinin uzadığını, ekonomik faaliyetlere katkı sağlayan bireylerin çok sayıda olduğunu ve sağlık sisteminin verimliliğini göstermektedir. Bu sebeple, sağlık hizmetlerine önem verilmektedir. Doğru ve adil bir şekilde uygulanan sağlık hizmetleri ülkenin kalkınmasına destek sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanım değeri olmamakla birlikte, mübadele değerinin olması piyasaya sunulabildiği ve piyasanın kurallarıyla değişebildiği anlamına gelmektedir. Uygulanan sağlık hizmetleri sağlık reformları çerçevesinde incelenmektedir.

Ülkemizde İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra oluşan refah devletinin temeli sanayiye bağlı işgücü, erkek egemen çalışanlar ve kadınların ikinci planda yer aldığı toplum, yüksek doğurganlık seviyesi gibi unsurlara dayandırılmıştır. Sonrasında yıllardır esnek istihdama geçiş sosyal güvenlik kurumlarını vergi ödemede sıkıntıya sokmuştur. Ayrıca yaşlı nüfusun artması ile birlikte emekli maaşları artmış ve sağlık sistemleri üzerinde sıkıntılar yaşanmaya başlanmıştır. Son yıllarda kadınların da istihdama katılımıyla sağlık bakım hizmetlerine olan ihtiyaç artmıştır. Bu durumlar, küreselleşmenin de getirdiği rekabet baskısı ile devleti sosyal güvenlik alanında reform yapmak zorunda

bırakmıştır. Özellikle uluslararası kurumların devlete yapmış oldukları baskılar, reform yapılmasını tetiklemiştir.

Devletin harcama kalemleri arasında sağlık hizmeti de olduğundan yapılan reformlardan da etkilenmiştir. Sağlık alanındaki reformlar incelendiğinde, bu alandaki reformların yapılma nedenleri sağlık harcamalarının artması ile birlikte sağlık alanındaki gerek hizmet gerek tıbbi malzeme alımı ya da üretimi hususunda maliyetlerin artması, yaşlı nüfusun artması ile evde bakım hizmetlerinde artışın görülmesi, hastalıkların yapısının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılması, uluslararası kurumların taleplerine karşılık verilememesi, teknolojik ilerleme ile birlikte sağlık alanındaki ilerleyen teknolojiye de uymak zorunda kalınması, toplumun her kesiminin sosyal sağlık güvencesine sahip olmaması ve tüketicilerin sağlık sistemlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri şeklinde sıralanmıştır.

Reformlarla birlikte sağlık alanındaki amaçlardan biri sağlık hizmetlerinin arttırılması olsa da hizmet etmekten ziyade sağlık politikalarının düzenlenmesi ve yeni sağlık kanunlarının çıkarılması hususlarına öncelik verilmiştir. Yeni uygulamalarda artan sağlık maliyetlerinin paylaşılması ya da bu maliyetlerin kısıtlanması, kamu hastanelerinin yerelleştirilmesi, özel hastanelerinin açılmasının teşvik edilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yeniden düzenlenmesi gibi konular yer almıştır.

Türkiye'de toplumun sağlık durumu yapılan reformlar ve uygulanan politikalar ile son yirmi yıl içinde iyileşmiştir. Sağlık hizmetlerine daha

hızlı ulaşma konusunda hassasiyetle davranılması ile birlikte, sağlık alanında atılan adımlar ülkenin gelişimine de katkı sağlamıştır.

2. SAĞLIK SİSTEMİNDE REFORM

Türk Dil Kurumu'na göre, bir durumu daha iyi hale getirmek, bir üst seviyeye çıkarmak için yapılan düzenlemeler ve değişikliklere reform adı verilmektedir. Reform kavramı her alanda kullanılmakla beraber sağlık sektöründe neleri kapsadığına dair belirlenmiş bir tanımı yoktur (Üner, 2005:75). Sağlık alanında yapılan reformlara bakılarak bu alanda reformu, sağlıkta uygulanan politikaları ve sağlık örgütlerini değiştirmek için yürürlüğe giren faaliyetlerin tümü olarak tanımlamak mümkün olmaktadır (Günaydın, 2011: 306).

Sağlık sistemleri reformunda süreç ve içerik olmak üzere iki ana unsur yer almaktadır. Yapılan reformun yapısal, kurumsal, planlı, uzun dönemli, sürdürülebilir, hükümetlerin önderliğinde yukarıdan aşağıya gelişen hiyerarşik bir yapıya sahip olması süreç unsurunu; yapılan reform için alınan tedbirlerin çeşitli olması ve ülkeye özgü özellikler ile bu tedbirlerin belirlenmesi ve uygulanması ise içerik unsurunu ifade etmektedir (Yurdadoğ, 2006: 161).

Her ülkenin kendi durumuna göre yapılan reformlar birbirinden farklı olmasına rağmen her reform bir ortak tema etrafında toplanmaktadır. Sağlık sisteminin halka arzı ve sağlık sistemi için sağlanan finansmanın ayrıştırılması, özel sektörün sağlık alanında daha bilinçli olması ve bunun için gerekli tedbirlerin alınması, sağlık sigortasının kişi bazlı ya da toplumsal ayrıştırma yapılarak sağlanmasından ziyade herkese eşit olacak şekilde kapsamının genişletilmesi, sağlık politikasının öncelik-

lerinin belirlenmesi, kaynak tahsisi hususunda maliyet etkililik analizinin kullanılması, desantralizasyon (yerelleşme) ve rekabet olanaklarının geliştirilmesi sağlık sisteminin reformlarını özetlemektedir (Tatar, 2009: 2)

2.1 Sağlık Reformlarının Nedenleri

Sağlık reformlarının nedenleri sağlık alanındaki maliyetlerin hızla artması, ekonomik büyüme ve kalkınmanın sürdürülebilirliğinin sağlanması, teknoloji ve bilginin artması ile birlikte sağlık sektöründen beklentilerin artması, nüfusun belli kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması, toplumun sağlık sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri ve medyanın etkisi olarak sıralanmaktadır.

Ülkelerin en önemli sorunlarından biri nüfusun da artmasıyla birlikte sürekli artan sağlık harcamalarıdır. Özellikle yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte demografik yapıların değişmesi ve teknolojik gelişmenin varlığıyla ilaç endüstrisi gelişme göstermektedir. Bulunan yeni ilaçların çoğaltılması ve piyasaya çıkartılması sağlık harcamalarını ve dolayısıyla sağlık alanındaki maliyetleri arttırmaktadır (Bakar ve Akgün, 2005: 340). OECD'ye göre bu maliyetlerin artması, sağlık hizmetlerinde yüksek teknolojili ürünlerin kullanılması en önemli etken olarak görülmektedir. 1980'li yıllarda hemen her ülkenin sağlıkta reform hareketlerine başvurduğu görülmektedir. Ülkeleri reforma sürükleyen nedenlerden biri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki büyük artışlardır. Nüfusun yaşlanması ile evde bakım hizmetlerinin yoğunlaşması, kronik hastaların artmasına bağlı olarak hastalık dokusundaki değişmeler sağlık hizmetlerinin maliyetlerini arttırmak-

tadır. Bunlara ek olarak, gelişen teknolojiye uyum sağlamak zorunda olmak ve toplumun beklentilerinin artması da maliyetleri arttıran diğer unsurlar arasında yer almaktadır.

Özellikle 1980'li yılların sonunda Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi kuruluşlar verdikleri borçları tahsil edebilmek adına eğitim, sağlık gibi sosyal alanlarda arzın kendi talebini yaratması düşüncesiyle atılımlarda bulunmuşlardır. Gelişmekte olan ülkelere sosyal alanlarda reform yapmaları durumunda kendilerine kredi desteğinde bulunacaklarını vaat ederek amaçlarını gerçekleştirmeye çalışmışlardır. Aynı zamanda o yıllarda büyük kuruluşlar ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmalarının sürdürülebilirliğini sağlamak için de politik, sosyal ve örgütsel reformların yapılması gerektiğini vurgulamışlardır (Yıldırım, 2000: 65).

Toplumda belirli kesimlerin sağlık güvencesinde olması ve geri kalan kesimlerin bu güvenceden yoksun olması tüketicilerden, örgütlenen bireylerden, devletin sosyal devlet anlayışına uymadığı gerekçesiyle sağlık alanında yapılan grevler de sağlık reformlarının gerçekleştirilmesinin nedenlerinden bir diğeri olmaktadır.

Sağlık bakım alanında yapılan çeşitli örgütlenmeler toplumun sağlık konusunda daha da bilinçlenmesine yol açmakta ve toplumun sağlık bakımına ve sağlık sistemine ilişkin memnuniyetsizliklerinin dile getirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık sisteminde kalite, verimlilik, eşitlik gibi olguların toplum tarafından eleştirilmesi ve toplumun ayaklanması sağlık reformlarını tetiklemektedir.

Sağlık örgütleri ya da toplumu kışkırtan bireyler haricinde rant elde edebilmek adına medyayı yönetenler de topluma sağlık sisteminin olumsuzluklarını göstererek reformların gerçekleştirilmesinde etkili olmaktadırlar. Aynı zamanda internet kullanımının artması ile her internet sitesinde ya da televizyonlarda medya tarafından verilen reklamların cazip olması nedeniyle tüketicilerin tüketim isteklerini arttırmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin maliyetini ve özellikle kalitesini etkilemektedir.

2.2. Sağlık Reformlarının Amaçları

Sağlık reformlarının amaçları sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir toplum seviyesine ulaşmaktır. Buna ulaşabilmek için her bireye yetecek sağlık personeline sahip olmak, her bireyi sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmek, sağlık sektörünü destekleyen ya da bu sektörü etkileyen diğer tüm sektörler ile işbirliği yapmak, sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırmak ve sağlık hizmetlerinin halka sunulmasını planlı bir şekilde sürdürmek gibi hedefler sıralanmaktadır.

Sağlık reformunun en önemli amaçlarından biri bu reforma neden olan en büyük etkeni ortadan kaldırmak ya da bu etkenin etkisini en aza indirmektir. Sağlık reformunun en büyük nedenlerinden biri artan sağlık harcamaları ile birlikte sağlık alanındaki maliyetlerin de hızla artmasıdır. Bu sebeple, sağlık reformlarının en önemli amaçlarından biri sağlık alanındaki maliyetlerin kısıtlanması ve sağlığın Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içindeki payının yüksek seviyelere ulaşmasının sağlanması olmaktadır.

Sağlık reformlarının ikinci amacı, bu reforma neden olan diğer bir etkeni de ortadan kaldırmaktır. Her bireye eşit sağlık hizmetinde bulunmak amacını güderek bireylerin sağlık alanındaki memnuniyetsizliklerini azaltmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak sağlık reformlarının amaçları arasında yer almaktadır. Ayrıca, toplumdaki bireylerin ya da grupların sağlık hizmetleri alırken katlandıkları maliyetin farklı olmaması, bireyler arasındaki eşitsizliğin minimum seviyeye indirilmesi, bireylerin ödeme güçlerine ya da hastalıklarının önemine bakılmaksızın her bireye eşit hizmetin verilmesi, eşitlik ilkesinin her birey üzerinde uygulanması da amaçları arasında yer almaktadır.

Sağlık reformlarının amaçlarından bir diğeri de sağlık alanında kıt olan kaynakları etkin ve rasyonel bir şekilde kullanmak ve her bireyin sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşmasını mümkün kılmaktır.

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMLARI

3.1. 1920-2002 Yılları Arasında Uygulanan Sağlık Reformları

1920-1923 Dönemi: 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışının hemen ardından 3 Mayıs 1920 tarihinde Sıhhat ve İçtima-i Muavenat Vekaleti kurulmuştur. Bu yıllarda sağlık hizmetleri devletin bir görevi olarak kabul edildiği için ayrı bir bakanlığın hizmetine girmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın eski adı olan Sıhhat ve İçtima-i Muavenat Vekaleti 1988 yılında Sağlık Bakanlığı adı ile değiştirilmiştir. Kurulan bu yeni bakanlığın sağlık hizmetlerinin önceliklerini belirlemek, sağlık hizmetlerini verimli hale getirmek, kıt kaynaklar ile doğru ve adil bir şekilde hizmet verebilmek gibi amaçları

olmuştur. Ancak bu dönemin Kurtuluş Savaşı dönemine denk gelmesi sebebiyle sağlık hizmeti için alınan kararlar doğrultusunda pek bir gelişme yaşanmamıştır. İlk Sağlık Bakanı olan Dr. Adnan Adıvar savaş koşulları sebebiyle henüz yeni kurulan ve alt yapısı olmayan Bakanlık ile ilgilenmek için bir fırsatı olmamış, daha çok savaşın meydana getirdiği olumsuzlukları düzeltmek, savaş yaralarını sarmak ve mevzuat geliştirmek ile ilgilenmiştir (Bostan, 2009:19).

1923-1938 Dönemi: Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra savaştan yeni çıkan Türkiye her alanda büyük sorunlar yaşamıştır. Özellikle halkın geneline yayılan ve ciddi derecede bulaşıcı olan sıtma, verem, trahom, tifo, frengi, çiçek, kızıl gibi hastalıklar baş göstermiştir. En önemlisi de bu yıllarda kişi başına düşen sağlık personeli sayısı ve hastane sayısı yeterli olmamıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı görevini üstlenen Dr. Refik Saydam sağlık alanında önemli gelişmelerde bulunmuştur. Yaklaşık 14 yıl görevde bulunan Refik Saydam, o yıllarda var olan ciddi derecede rakamlara ulaşarak ölüm ile sonuçlanan ya da sakat bırakan çok sayıda bulaşıcı hastalıklara öncelik vermiştir. Bu hastalıkların önlenmesi ya da ortadan kaldırılması için koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırmayı ön planda tutmuştur. Bu dönemde, sağlık politikaları ana maddeler ile belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sadece Sağlık Bakanlığınca sağlanması, koruyucu hekimlik merkezi yönetiminin tedavi edici yerel yönetimlere devredilmesi, sağlık personellerinin eğitiminin kaliteli olması için tıp öğrencilerine her konuda destek verilmesi ve tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet şartı konulması, numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evlerinin açılması, sağlıkla ilgili kanunların yapılması, bulaşıcı

hastalıklarla mücadele için yeni politikaların oluşturulması ve bu konuyla ilgili programların başlatılması gibi kararlar alınmıştır. Özellikle bulaşıcı hastalıklar ve savaş için laboratuar hizmetleri geliştirilmiş, hastalığın tedavisi için aşı, serum ve ilaç üretilmesine destek verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin köylere kadar ulaşabilmesi için Seyyar Tabiplik yöntemi uygulamaya konulmuştur. Ayrıca Ankara, Erzurum, Sivas, İstanbul ve Diyarbakır'da numune hastanesi; İstanbul, Manisa ve Elazığ'da Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; İstanbul ve İzmir'de Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi; 170 adet yataklı tedavi evi, 9 adet Doğum ve Çocuk Bakım Evi açılmıştır (Tatar, Büyükkayıkçı ve Şahin, 2003: 18).

1938-1946 Dönemi: Dr. Refik Saydam'dan sonra Dr. Hulusi Alataş Sağlık Bakanlığı görevine getirilmiştir, ancak bu dönemde Sağlık Bakanı sık sık değiştirilmiştir. Bu yıllar arasında Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemde Birinci On Yıllık Sağlık Planı ve 9.Milli Tıp Kongresi sunulmuştur. Bu planın en temel amacı yapılan sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşmasını sağlamak olmuştur. Planda tüm hastaneleri tek ele toplamak, hastanelerdeki eksiklikleri gidermek, hastane yetersizliği olduğu durumda yeni hastane inşa etmek, sağlık personeline verilen ücrette artış sağlamak, yeni tıp fakülteleri açmak gibi amaçlar da yer almıştır. Ayrıca bu plan sayesinde ülkenin yedi bölgesinde ayrı sağlık çalışmalarında bulunmak, sağlık hizmetlerinin yedi bölgeye ayrılması ile birlikte ö bölgede yer alan sağlık çalışanlarının örgütlenmesini sağlamak ve bu vesileyle her bölgeye aynı anda hizmet ulaştırmak gibi hedeflere de ulaşılmıştır. Sıtma ve veremin artması ile birlikte Olağanüstü Sıtma Savaş Yasası ve

Verem Savaş Dernekleri kurulmuştur. 1946 yılında özellikle işçilere ve kamu sektöründe emek veren mavi yakalılar ile özel sektörde emek verenlere sağlık sigortası imkanı sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuştur. SSK, kendisinden sonra kurulacak olan Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi sağlık sigortası imkanı sağlayan bir kurum olmakla birlikte, diğer iki kurumdan farkı sağlık hizmetlerini kendi üretmesi olmuştur (Öztürk, 2014: 450).

1946-1960 Dönemi: Tüm hastaneler yerel yönetimden alınarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Bu dönemde sağlık alanıyla ilgilenen uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapılmış, bu kuruluşlardan yardım talep edilmiştir. Sağlık personelinin artması, koruyucu hizmet ile tedavi hizmetlerinin tek çatı altında uygulanması planlanmış olsa da gerçekleştirilememiştir. Tedavi hizmetlerinin yönetimi tümüyle Sağlık Bakanlığı'na bırakılmış, ancak bu durum sağlık personellerinin tedavi hizmeti veren hastanelere yönelmesine sebep olmuştur. Bunun sonucu olarak da koruyucu hizmet veren hastanelerde sağlık personelinin sayısı azalmış ve yetersiz hale gelmiştir. Bu olumsuzlukları yönetebilmek için Sağlık Bakanlığı'nın da onayı alınmış ve yabancı uzmanların ülkeye gelmesi talep edilmiştir. Ancak bu olumsuz gelişmelerin yanı sıra olumlu gelişmeler de yaşanmıştır. Bebek ölüm hızları ve tüberkülozdan ölenlerin sayısı hızla azalmıştır. Boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştır. Sağlık kurumları ve hastane yatak sayılarında artış olmuştur.

1960-1980 Dönemi: Kalkınma planlarının uygulamaya konulduğu bu dönemde doğurganlık oranlarının fazla artması ile birlikte nüfus arttırıcı politikalar yerine nüfusun azaltılması yönünde politikalar uygulanmaya

başlanmıştır. Bu dönemde de diğer dönemlerde olduğu gibi temel hedef herkese eşit ve adil bir şekilde sağlık hizmetinde bulunmak olmuştur. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planına başlanması ile birlikte bu planda sağlık politikalarına da yer verilmiştir. Herkese, her an ve her yerde sağlık hizmetleri anlayışı ile Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu 1961 yılında çıkarılmıştır. Ayrıca ebe ve hemşire sayılarının arttırılması, koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, çevre sağlığının korunması, beslenme ve tedavi kurumlarının kurulması, sağlık donatım gereçlerinin bakım ve onarım işlerinin düzenli ve doğru bir şekilde yapılması, özel hastanelerinin kurulmasının desteklenmesi, ilaç sanayinin ileri seviyelere taşınması, devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin işlemesi gibi hedefler bu kalkınma planında yer almıştır. 1968 ile 1972 yılları arasında yapılan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ilk kalkınma planının amaçları devam ettirilmiş, ayrıca aşamalı bir şekilde genel sağlık sigortasına geçişin sağlanması öngörülmüştür. 1973 ile 1978 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı da aynı hedefler doğrultusunda ilerlemiştir. 1979 ile 1983 yılları arasında uygulanan Dördüncü Kalkınma Planı'nda özel ve devlet kurumlarında çalışanlara sağlık sigortası olanağı sunan sağlık sigortaları dışında yer alan vatandaşların sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanması maddesi eklenmiştir (Erol ve Özdemir, 2014:11).

1980-2002 Dönemi: Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın yeniden düzenlendiği bu dönemin başında 24 Ocak 1980 kararlarının alınması ile birlikte sağlık sektörü de tüm diğer sektörler kadar etkilenmiştir.

1961 Anayasasında sağlık hizmetlerini devletin sunması gerektiği kararı alınmışken, bu karar 1980 Anayasası'nda devletin sağlık hizmetlerini düzenlemesi olarak değiştirilmiştir. Liberal ekonomik görüşün sağlığa da yansıması ile birlikte sağlık hizmetlerini elinde bulunduran devletin kâr amacı geliştirebileceği düşünüldüğü için bu değişiklik yapılmıştır. Ancak sosyal devlet anlayışının daha ağırlık kazanması ile birlikte bireylere sağlanan sağlık hizmetleri ve bireylerin refahının sağlanması konusunda kanuna dayalı daha keskin kararlar alınmıştır (Yılmaztürk, 2013:178). 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlık hizmetlerinin temel esasları düzenlenmiştir. Bu kanuna bütün kamu kurum ve kuruluşlar, özel tüzel kişiler ile gerçek kişilerin tamamı dahil edilmiştir. Sağlık hizmetleri neoliberalleşmeye doğru bir adım atmıştır. 1980'li yılların sonunda köklü bir sağlık reformu için çalışmalar başlamıştır. Bu sağlık reformunda, sağlık hizmetlerinde devletin değişen görevi, halk sağlığının genel kapsamı, tüketicilerin sağlığı, yerelleşme gibi konular belirlenmiştir (Madenoğlu Kıvanç, 2015:165). Türkiye ve Dünya Bankasının anlaşmasıyla birlikte 1990 yılında Sağlık Bakanlığı yönetiminde sağlık reformu başlatılmıştır. 1985 ve 1989 yıllarında uygulanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda tedavi edici sağlık hizmetleri yerine koruyucu sağlık hizmetlerin uygulanacağı ilkesi yer almıştır. Ayrıca özel hastanelerin kurulması teşvik edilmiş, verimli kullanılmayan yataklı hastanelerin de kapatılması konuları da yer almıştır. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) da herkese eşit ve adil sağlık hizmeti görüşü benimsenmiş, hastanelerde oluşan yığılmalar için önlem alınması ve sağlık hizmetlerinin daha verimli,

hizmet birimlerinin de modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi kararı alınmıştır. Ayrıca alınan kararlar Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması'nın yaygınlaştırılması, çevre sağlığının kontrolü ve özellikle gıda üretimi yapılan iş yerlerinin düzenli kontrollerinin düzenlenmesi, çevre temizliği ve dolayısıyla çevrenin sağlığının daha fazla olması için toplumun bilinçlendirilmesi, bu konuda eğitimler verilmesi, rehabilitasyon hizmetlerinin arttırılması, evde bakım hizmetlerinin daha yoğun bir şekilde ve ihtiyacı olan herkese ulaşacak biçimde arttırılması ve sağlık sigortasının kapsamının geliştirilmesi şeklinde sıralanmıştır. 1996 ile 2000 yılları arasında uygulanan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık hizmetlerinin sunumu ile birbirinden ayrılması, hizmetlerin sunumunda yerel yönetimlerin yetki ve sorumluluklarının arttırılması, tüketicinin sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin arttırılması, sağlık alanına ayrılan kaynağın daha fazla olması, herhangi bir sağlık sigortasına bağlı bulunmayan kesimin sigortalanması, sağlık enformasyon sisteminin geliştirilmesi gibi unsurlar yer almıştır (Akkavak, 2018:35).

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)

Türkiye'de, Sağlıkta Dönüşüm Programına geçilmeden önce SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı genel sigortalarına bağlı kesimler özellikle sağlık hizmetinden yararlandıkları, bu üç genel sigortanın aldığı hizmetlerin eşit dağılamaması, bunlar haricinde Yeşil Kart, Üniversite, Belediyeler gibi sağlıkta hizmet ve finansmanın daha da bölünmesi, halkta bir kesimin sağlık güvencesinden yoksun olması, sağlık hizmetlerine erişim konusunda sıkıntıların var olması, sağlık harcama-

larının en çok hastaneler için yapılması, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılamaması gibi sorunlar görülmüştür (Soyer, 2009: 179).

2002 yılı genel seçimleri ile seçilen 58. ve 59. Hükümet 3 Ocak 2013 tarihinde Acil Eylem Planı adı altında Herkese Sağlık başlığı ile sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarına reform önerisi sunan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı oluşturmuştur. Bu programda, Sağlık Bakanlığı'nın işlev açısından tekrar yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin niteliğinin arttırılması, genel sağlık sigortasında bulunmayan bir kısım vatandaşların sigorta kapsamına alınması ve böylece genel sağlık sigortasından yararlanmayan vatandaşın olmaması, tüm sağlık kuruluşlarının tek elden yönetilmesi, hastanelerin özerkliğinin sağlanması, aile hekimliği uygulamasına adım atılması, aile ve çocuk sağlığına öncelik verilmesi, koruyucu hekimlik hizmetlerinin daha yaygın hale getirilmesi, sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi, sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi, ulusal sağlık bilgi sistemi olan e-sağlık uygulamalarının hayata geçirilmesi, ilaç ve tıbbi malzeme üretimlerine destek verilmesi, sağlık sektöründe araştırma geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi gibi konular yer almıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, bireyi ve aileyi esas aldığı için insan merkezlilik, gelişme hususunda devamlılık gösterdiği için sürdürülebilirlilik, sistematik hataları öngörebildiğinden sürekli kalite gelişimi, programın her aşamasında her iki tarafın da görüşünü beyan edebilmesi sebebiyle katılımcılık, çıkar çatışmasından ziyade taraflar arasında ortak fikir uygulandığı için uzlaşmacılık, programda yer alan herkesi teşvik edici özelliğinden gönüllülük, programın her aşamasının

farklı güç tarafından yapıldığı bilincinde olduğu için güçler ayrılığı, çağdaş anlayışa uygunluk bakımından yerelleşme, kaynakların etkin ve verimli kullanılmasından ötürü verimlilik ve etkinlik ilkelerine sahip olan bir program olmuştur (Akdağ, 2008:36).

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın birleştirilerek Genel Sağlık Sigortası olarak tek bir başlık altında toplanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kişiye yönelen sağlık hizmetlerinin desteklenmesiyle Aile Hekimliği Modelinin benimsenmesi ve ikinci ile üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin Kamu Hastane Birliklerinin çatısında toplanması olan Sağlık İşletmesi Modeli Sağlıkta Dönüşüm Programının ana maddelerini oluşturmuştur (Altunakar Mercan ve Geyik, 2019:846).

Bu program ile birlikte 2003 yılında yapılan değişiklik hastanelerde tedavi olduktan sonra hastane ücretini ödeme gücüne sahip olmayan vatandaşların hastanelerde rehin tutulmasına son vermek olmuştur. 2004 yılının Ocak ayında ise performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir. Şubat ayında da SSK Hastanelerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı'na geçirilmiştir. Aralık ayında yeşil kartlı vatandaşların sağlık hizmetleri arttırılmıştır. Bu hizmete göre geliri az olan ve işsiz vatandaşlara ilaç ve tedavi masrafları konusunda destek verilmiştir. Ayrıca, reçete ile alınan ilaçların Katma Değer Vergisi oranlarında %10'luk bir düşüş yaşanmıştır. İlaçların tedarik edilmesinde vatandaşlardan alınan ödemeler hafifletilmiştir (Uğur ve Tirgil, 2018: 301-302).

Program ile yapılan yeniliklere ve düzenlemelere ek olarak, yataklı tedavilerde, kanser tedavilerinde, acil ve yoğun bakım hizmetlerinde

vatandaşlardan ödemelerin alınmaması, bu tedavilerin hastaneler tarafından karşılanması, üniversitelerdeki sağlık personelinin tam gün çalışması ile ilgili yasa çıkarılmıştır (Başol ve Işık, 2015:7).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın olumsuz yanları ve eleştirel durumları da mevcuttur. Ancak, tüm dünyayı etkisi altına alan Covid 19 virüsü ile mücadele etme hususunda hassas davranan ülkemizin sağlık alanında olumsuz bir duruma karşı alınan tedbirlerin doğru yönde olduğu ve başarılı adımlar attığı da göz ardı edilememektedir.

4. SONUÇ

1980'li yıllarda çoğu ülke artan sağlık harcamalarını kısıtlama yoluna gitmişlerdir. Özellikle yaşlı nüfusun artması ve salgın hastalıkların yayılması ile sağlık hizmetlerinin yönünün ve harcamasının değişmesi sonucu yeni uygulamaları gündeme getirmişlerdir. Reform adını alan bu uygulamaların asıl nedeni sağlık harcamalarını kısmak ve sağlık hizmetlerini herkese eşit ve adil bir şekilde yapabilmek olmuştur.

Ülkemizde gerçekleştirilen reformlara bakıldığında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en kapsamlı reform olduğu görülmektedir. Sağlık alanında yapılmış bir önceki reformlardan yardım alarak daha net çözüme ulaşılmasında katkısı olan bu program, sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların giderilmesinde en etkin sonuca ulaşan bir reformdur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarılı olduğunu gösteren sağlık göstergeleri mevcuttur. Bebek ölüm hızlarının düşmesi, salgın hastalıklarla mücadelenin kazanılması, salgın hastalıklara karşı üretilen aşı ve ilaç gibi tıbbi malzemelerin desteklenmesi ve bu hastalıklara

karşı bağışıklığın güçlenmesinin sağlanması gibi göstergeler Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı olduğunu belirtmektedir. Doğuşta yaşam süresi ve bebek ölümleri bir ülkenin gelişme düzeyini etkilemektedir. Doğuşta yaşam süresinin uzaması ve bebek ölümlerinin azalması halkın sağlık düzeyi ve kalitesinin arttığı, ayrıca ülkenin gelişme gösterdiği anlamına gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilen bu programda elde bulunan kaynaklar ve minimum maliyet ile yüksek verimliliğe ulaşıldığı görülmektedir. HIV virüsü ve AIDS giderek azalmaktadır. Sigara ve alkol tüketiminin kısıtlanması ile birlikte diğer ülkelere göre kullanımının azaldığı görülmektedir. Bu da yapılan çalışmaların verimliliği hakkında bilgi vermektedir. Sağlık hizmetleri yetkisinin Sağlık Bakanlığı'nın elinde toplanması, alınan kararların daha hızlı bir şekilde uygulanması ve uygulanan politikaların daha hızlı sonuçlanmasına sebep olmaktadır. Ülkemizin gelişimi açısından önem arz eden teknoloji son derece doğru bir şekilde kullanılmasıyla hasta memnuniyetleri, sağlık hizmetinin verimliliği ve kalitesini de arttırmaktadır.

Sağlık alanında yapılan bu değişimlerin daha başarılı sonuçlara yol açabilmesi için sürekli izlenmesi, yeniliklere de ayak uydurulması ve zorlu bir sürece girilmesi durumunda hazırlıklı olması gerekmektedir. Aksi durumda sağlık sistemi çöken ülkenin ekonomisi de çökme ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunun en belirgin örneği günümüzde tüm dünya ülkelerine zorluk yaşatan Covid-19 virüsüdür. Sağlık sistemini en baştan sağlam tutamayan ülkeler salgın hastalığın karşısında yenik düşmektedir. Sağlık sistemi bozulan ülkelerde ekonomi durma noktasına gelmektedir. Özellikle salgın hastalıkların yaşandığı durum-

da ülke turizmi kötü etkilenmektedir. Bu sebepledir ki, bütçeden sağlık için ayrılan paya öncelik verilmelidir. Salgın hastalıklar için gerekli tedbirlerin alınmış olması, yayılmasının önlemek adına geliştirilen yeniliklere ayak uydurulması için ekonominin güçlü tutulmuş olması gerekmektedir. Çünkü, bir toplumda sağlıklı bireylerin sayısının fazlalığı üretimi, gelişmeyi ve refahı beraberinde getirmektedir.

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, *T.C. Sağlık Bakanlığı*, Yayın No: 839, Ankara.

Akkavak, T. (2018). Türkiye'de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

Altunakar, Ş., Geyik, O. (2019). Yeni Sağlık Reformunun Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi. *Dicle Üniversitesi Yönetim, Politika ve Ekonomi Üzerine 3.Uluslararası Sempozyum,* Diyarbakır.

Bakar, C., Akgün, S. (2005). Türkiye'de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye. *Toplum ve Hekim*, 20 (5), 339-352.

Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler, *Social Science,* 2 (2), 1-26.

Bostan, S. (2009). Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*, Trabzon.

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

Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 60 (1), 323-365.

Madenoğlu Kıvanç, M. (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 3 (2), 162-166.

Öztürk, O. (2014). Bir Zamanlar SSK Hastaneleri. *Toplum ve Hekim*, 29 (6), 448-454.

Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 2 (4), 179-182.

Tatar, M. (2009). Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Teorik Bir Değerlendirme. *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, 1, 1-5.

Tatar, M., Şahin, İ., Büyükkayıkçı, H, (2003). Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6 (1), 3-20.

Uğur, Z., Tirgil, A. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamunun Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Kamu Denetçiliği Kurumu Kamu Hizmetlerinde İyi Yönetim İlkeleri,* 1 (1), 295-327.

Üner, S. (2005). Sağlıkta "Dönüşüm"ün Temel Sağlık Hizmetlerine Etkileri. *Toplum ve Hekim*, 20 (1), 75-78.

Yıldırım, H. (2000). Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 5 (1). 63-87.

Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi,* 176-188.

Yurdadoğ, V. (2006). *Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye'de Sağlık Reformu*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

ISBN: 978-625-7279-79-6