Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi / Mayıs-Haziran-Temmuz-Ağustos Cilt: 10 Sayı:2
Journal of International Multidisciplinary Academic Researches / May-June-July-August Volume: 10 Issue: 2
2023
www.joimar.com

# TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ

# LEVEL OF ECONOMIC DEVELOPMENT IN THE HEALTH SECTOR IN TURKEY

**Murat BAŞAL**

**e-mail: muratbasal35@icloud.com**

Mardin Artuklu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Mardin, Türkiye

## ÖZET

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de hızlı gelişmeler meydana gelmektedir. Hızla gelişen teknoloji, nüfus yapısı, yaşam koşulları, beslenme koşulları ve değişen hastalık dokuları sağlık hizmetlerinin sunumunu doğrudan etkileyebilecek unsurlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Sağlık sektöründeki değişim sürecini anlamak ve bu alanda daha fazla gelişme öngörmek, ulusal sağlık politikalarına rehberlik etmek ve sağlık tesislerine etkili ve verimli hizmetler sunma planları geliştirmek için çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı; sağlık hizmetlerinde ekonominin önemini vurgulamak ve sağlık ekonomisi ortaya koyabilmek için Türkiye'de sağlık sektöründe ekonomik gelişmişlik düzeyini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda hazırlanan çalışmanın sonucunda, Türkiye'nin özellikle son yıllarda sağlık alanına yaptığı yatırımlar ile dikkat çektiği anlaşılmıştır. Salgın döneminde sağlık sektörünün ne kadar önemli olduğunu tüm dünya bir kez daha anlamış, özellikle sağlık sistemi kötü olan ve bu alanda yatırımlar yapmayan ülkelerin zayıf olan sağlık sistemleri bu süreçte çökmüştür. Bu çalışma kapsamında Türkiye'de sağlık sektörünün ekonomik olarak gelişmişlik düzeyi incelenmiştir.
**Keywords:** Sağlık sektörü, sağlık harcamaları, sermaye yapısı, ekonomik büyüme

**JEL KODU: H51**

## ABSTRACT

As in all sectors, the health sector is developing rapidly. Rapidly developing technologies, population structures, habitats, nutritional status and changing textures are seen as direct factors in the delivery of health services. It is critical to understand the process of change in the health sector and to anticipate further development in this area, to guide national health policy and to develop plans to provide effective and efficient services to healthcare facilities. The aim of this study; To emphasize the importance of economy in health services and to reveal the level of economic development in the health sector in Turkey in order to demonstrate a health economy, As a result of the study prepared in this direction, it has been understood that Turkey has attracted attention especially with its investments in the field of health in recent years. The whole world once again understood how important the health sector is during the epidemic, and the weak health systems of countries that have a bad health system and do not make investments in this field collapsed in this process. Within the scope of this study, the level of economic development of the health sector in Turkey was examined.
**Anahtar Kelimeler:** Health sector, health expenditures, capital structure, economic growth

**JEL CODE: H51**

## GİRİŞ

İşletmelerin kurulabilmesi ve faaliyetlerini sürdürebilmesi adına parasal kaynaklar gereklidir. Ülkelerin ekonomisinde faaliyet gösteren işletmelerin üretken yatırımlar yapılarak girişimlerin sonuçlarını elde edebilmeyi ve işlerinin devamlılığını sağlamayı amaçladığı belirtilmektedir. Bunu başarmak adına işletmelerin finansman konusu olan gereken yatırım fonlarının bulunması ve etkin kullanılması gerekmektedir. İçinde yaşadığımız yüzyılda iş sektörü çok değişti. Bütün teknolojik gelişmelerin, işletmelerin yerini, yapısını, kapsamını ve varlık yapısını etkilemektedir. Zamanını kullanan ve teknolojileri iyi geliştiren işletmeler sadece ulusal değil uluslararası alanda da rekabet edebilir, ancak bu gelişmelerde geride

kalmayan işletmeler geçmişte kalmıştır. İş kollarının çeşitliliği, ülkeler ve endüstriler arasındaki geleneksel farklılıklar ve işletmelerin bulunduğu yerden kaynaklanan belirgin farklılıkların çeşitli finansal ihtiyaçlar yaratmış ve yaratmaya devam etmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde önemli bir yapısal değişiklik, sağlık sektörünün pazar payının ve pazar büyüklüğünün hızlı bir şekilde büyümesidir. Sağlık hizmetleri pazarının büyümesi, çeşitliliğe dayalı çeşitliliğe ve uzmanlaşmaya yol açar. Sağlık sektörü, hizmet pazarlaması, üretimi ve kalite geri bildirimi aşamalarında ürün sektöründen farklılaşmaktadır.

Özellikle Türkiye'de sağlık alanına son dönemlerde çok fazla yatırım yapılmış bunun yanı sıra devlet bütçesinden de geçmiş yıllara oranla sağlık sektörü daha fazla pay almaya başlamıştır. Türkiye, sağlık sektörü olarak gelişim göstermiş olsa bile özellikle üretim bağlamında yeterli seviyeye ulaşamadığı için sağlık alanında yapılan harcamaları ülke içerisinde tutamamakta ve gerekli sağlık ekipman ve ilaçlarını ithal etmektedir, bu durumda özellikle sağlık alanında Türkiye'nin finansman sorunu yaşamasına ve sağlık sektörünün gelişiminin engellenmesine neden olmaktadır.

Yapılan bu çalışmada ilk olarak sağlık ekonomisiyle alakalı kavramlar üzerinde durulmuş ve ülkemizdeki sağlık sektörünün mevcut durumu, sağlık harcamaları ve finansmanlarından söz edilmiştir. Sonuç ve değerlendirme bölümünde ise ülkemizdeki sağlık ekonomisi kavramının gelişiminde gereken politika ve faaliyetlerden bahsedilmektedir.

## 1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

### 1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

DSÖ'ye göre sağlığın tanımı: "Sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan tam anlamıyla iyilik hali" olarak belirtilmektedir (Kelley, 2008). Bu tanımdaki 'tam' kelimesi nedeniyle, birçok insan kronik hastalıkları veya engelleri nedeniyle sağlıklı kabul edilmeyecektir (Bircher & Kuruvilla, 2014; Leonardi, 2018). Sağlıkla ilgili birçok alternatif kavram, son yıllarda felsefi ve politika odaklı sağlık ve tıp tartışmalarında tartışıldı ve hastalıktan arınmış sağlıktan, birinin yetenekleri olarak sağlığa dönüştü. Filozoflar tarafından geniş ölçüde tartışılan ve eleştirilen önde gelen sağlık kavramları sırasıyla Boorse, Nordenfelt ve Nussbaum tarafından geliştirilmiştir. Boorse'un biyoistatistiksel sağlık teorisi, vücut bölümlerinin işleyişine ve fizyolojik sistemlerin hastalıktan arınmış olmasına odaklanan bir organizmanın tamamen tanımlayıcı bir niteliğidir (Boorse, 1977; Haverkamp ve ark., 2018). Daha yakın zamanlarda, Uluslararası İşlevsellik, Sakatlık ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), daha geniş bir dizi yönü dikkate alarak performansa olduğu kadar kapasitelere de odaklanmıştır: vücut işlevleri, aktivite ve katılım, çevresel ve kişisel faktörler ve vücut yapılarıdır (WHO, 2017; Huber ve ark., 2016).

Sağlık Hizmetleri; kişi ve toplumun sağlık durumunun geliştirilip korunması adına sağlık çalışanlarınca sunulan tedavi edici, koruyucu, rehabilite edici ve sağlığı geliştiren hizmetlerin tamamı şeklinde açıklanmaktadır. Sağlığın amaçları, mevcut kaynak ve bilgilerin eşiğinde ülke ya da topluluğun belli bir zamanda ulaşmayı umduğu sağlık sonucunu özetlemektedir. Sağlığın amaçları, sağlıklı bir topluma yönelik genel anlamda halkın değerlerini yansıtma, özel anlamda ise sağlık sektörünün değerlerini yansıtmanın genel anlamda söz konusu belirtilen istek ve niyetlere göre yaklaşımlar benimsenmektedir. DSÖ, küresel ve bölgesel düzeylerde sağlık amaçlarının ve hedeflerinin teşvik edilmesi ve geliştirilmesine ilişkin politikaları desteklemektedir (Tengilimoğlu & Köksal, 2013). Sağlık kavramı tanımın özellikleri şu şekilde açıklanabilir (Tengilimoğlu ve ark., 2015):

- Sağlık hizmetlerinin faaliyetleri iki ana gruba ayrılır: "insanların sağlığını korumak" ve "teşhis, tedavi ve bakım".

- Tıbbi faaliyetler bireysel veya kurumsal olarak sağlanabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzey kurumsallaşma önlemleri uygulandığından, sağlık hizmetleri kuruluşlar tarafından verilmektedir. Özellikle, ekip tarafından sağlanan tıbbi hizmetlerin daha etkili kurumsal düşünme ve kurumsal uygulamalar geliştirmesi ve sağlaması gerekmektedir.
- Sağlık, hizmet kavramları için geliştirilmiş olan bütün özelliklere sahip olmasına rağmen, farklı nitelikleri de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerini tanımlamak gerekirse, sağlık sektöründeki kuruluşların tanımlanması ve sınıflandırılması oldukça zordur.
- Tıbbi hizmetler devlet kurumları veya özel kişiler tarafından verilmektedir. Değişim süreçlerinin kâr getirip getirmediği önemli değil. En önemlisi, sağlık hizmetinin en önemli hedeflerinden biri olan hizmetle ihtiyaçlar bir memnuniyet noktasına getirilebilir. Bu bağlamda, sağlık alanında ticari ticari kuruluşların yanı sıra kar amacı gütmeyen tıbbi kurumlar da bulunmaktadır.

Modern sağlık hizmetlerinin ilkeleri;

- Bir insanın hayatı bütündür ve sağlıklı ve hasta olabilmek için birbirinden ayrılamaz. Bir kişinin hastalık döneminin de kişinin sağlıklı olduğu dönem şeklinde bilinen bir sürenin birikmesinin neticesidir,
- Bir kişi ve çevresi tek bir bütün (fiziksel, biyolojik, sosyal) olarak kabul edilir ve birbirinden izole edilemez. Bir kişinin sağlık durumu, içinde yaşadığı çevrenin, özellikle sosyal çevrenin,
- Sağlık, hastalardan daha sağlıklı olanlara geçen bir hizmettir ve insanları enfeksiyondan korumak, onları tedavi etmekten daha önemlidir.
- Toplumdaki en yaygın hastalık türü en önemli hastalıktır.
- Hastalık sadece kişiyi etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kişinin yaşadığı aileden başlayarak toplumun tamamını etkiler.
- Sağlık hizmetlerinin birden çok alandan etkilenen toplu bir hizmet olduğu bilinmektedir (Akdur, 2000).

### 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Sağlığın amaçlarının, var olan bilgilerin ve mevcut kaynaklar eşliğinde bir ülke ya da insan topluluğunun belli bir zaman diliminde ulaşılmak istenen sağlık neticesini özetlemektedir. Sağlık amaçlarının sağlıklı bir topluma ilişkin, genel anlamda toplumun değerlerini yansıtmayı amaçlayan istek ve niyetler bildirimi olduğu belirtilmektedir. Birden çok ülkede sağlık yatırımına paralel bir şekilde sağlığın amaçları, niyet ve yön bildirimi şeklinde belirleme bakış açısının benimsendiği görülmektedir. DSÖ, küresel, bölgesel, ulusal ve yerel düzeyde sağlık hedef ve amaçlarının geliştirilerek teşvik edilmesi desteklenmektedir (Tengilimoğlu & Köksal, 2013).

### 1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Mevcut anlayışa göre, tıbbi hizmetler dört ana tipte ele alınmaktadır: önleyici hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığı geliştirme hizmetleri. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sağlayıcıları her zaman sağlıklı insanların sağlıklı bir yaşam tarzı yaşamasını ve bunu yapmak için ellerinden gelen her şeyi yapmasını ister. İnsan sağlığını etkileyebilecek hasarın tahmin edilmesi ve önlenmesi adına iki çeşit yaklaşım gereklidir. Önleyici tıbbi hizmetler, bireyleri, yani yalnızca insan sağlığını tehdit eden tehlikelerin önlenmesi ya da çevreyi olumsuz yönde etkileyebilecek hastalıkları, yani belli bir toplumu ya da bir toplulukta yaşayan tüm toplumu önlemeyi amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık söz konusu olduğunda, sağlık koşulları bir şekilde kötüleşen insanların tekrar sağlıklı insanlar olması için tüm araştırmalar yapılmıştır (Tengilimoğlu & Köksal, 2013).

### 1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İlk evre sağlık hizmetleri, aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri şeklinde belirtilmektedir. Toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi adına gerçekleştirilen sağlık hizmetleri şeklinde ifade edilmektedir. Yaşadığımız dönemde sağlık anlayışının en önemli özelliklerinden birinin, hastalığın önlenmesi, erken teşhis edilmesi, tedavi edilmesinden daha önemli bir durumdur. Söz konusu durumun gerçekleşmesinin de yalnızca koruyucu sağlık hizmetleriyle yapılabildiği belirtilmektedir. Sağlık hizmetinin ilk sunulduğu yer olan ilk basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan aksamalar, yeterli düzeyde önemli görülmediğinde ülkelerin sağlık sistemleri bu durumda oldukça olumsuz etkiye sahip olmaktadır. Maliyet durumunun hastalıkların tedavi edilmesinde hizmetine göre çok daha ekonomik olan ilk basamak sağlık hizmetinin beklentilerinin karşılanacağı düzeyde verilmediği zaman, toplumun genel sağlık halinin bozulduğu, toplumun hastalıklara yakalanma düzeylerinin arttığı görülmektedir. Tüm hastalıkların tedavi edilmesinde maliyetlerin ve iş gücü kaybının ülkelerin ekonomisine ağır yük oluşturmasına neden olmaktadır. Söz konusu kısır döngünün kırılması adına öncelikle koruyucu sağlık hizmetinin çok daha güçlendirilmesi gerekli görülmektedir. Gelişmiş ülkeler incelendiğinde sağlık hizmetleri politikasında koruyucu sağlık hizmetleri üzerine inşa edildiği belirtilmektedir. Nitekim, aynı durumun belirlenmesi Alma-Ata Bildirgesinde de gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin başarısının sadece koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin iyi şekilde örgütlenmesine bağlı olmaktadır (Ateş, 2013).

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında temel amacın toplumu hastalığa neden olabilecek etkenlerden uzak tutabilmek ya da hastalık etkenlerinin yok edilmesine ilişkin hizmetlerin sunulması olduğu belirtilmektedir. İnsanlara yönelik gerçekleştirilen bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, hastalıklarda erken teşhis koyma, kişilerin beslenmesinin iyileştirilebilmesi adına gıdaların güvenlik, sağlık eğitimi, sağlıklı beslenme ve sağlığı önleme hizmetleri, aile planlamasının yapılması gibi biyolojik, sosyal ve fiziksel olumsuz etkilerden kaynaklı sağlık problemlerinin önlenebilmesi adına fiziksel ortamdaki alınacak bütün önlemler şeklinde açıklanmaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010).

Ülkelerdeki sağlık sistemi dikkate alındığında, koruyucu bakımın bakım sağlamaya odaklanması gerektiği unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetlerinden her zaman daha etkili ve uygun maliyetli olması, bu görüşün temel nedenidir. Bu hizmetler bireysel ve çevresel koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmıştır ve bir sağlık politikasının ilk adımıdır. Bireyler için koruyucu tıbbi hizmetler (Somunoğlu, 2012);

- Bireylerin hastalıklarının erken teşhisi ve tedavisi,
- Bireylere sağlık eğitimi verilmesi,
- İnsanlara anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlanması
- İnsanlara aile planlaması hizmeti sunmak
- İnsanların aşılanma durumunu yükseltmek,
- Sağlık profesyonellerinin sunduğu bireylerin ve benzeri hizmetlerin beslenme koşullarının iyileştirilmesi.

Çevre için koruyucu tıbbi hizmetler, bu alanda özel eğitim almış uzmanlar (mühendisler, çevre sağlık teknisyenleri, vb.) Tarafından sağlanan ve fiziksel çevre, kimyasal çevre ve biyolojik çevre unsurlarını ortadan kaldırmayı amaçlayan tıbbi hizmetlerdir. İnsan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çevre için koruyucu sağlık hizmetleri (Somunoğlu, 2012);

- Çevrede etkili olan suyun temiz kaynaklardan sağlanabilmesi,
- Hava kirliliği durumun kontrol edilmesi,
- Bireylerin iş sağlığı ve güvenliklerinin oluşturulabilmesi,

- Çevreye bırakılmış olan atıkların kontrol edilmesi,
- Çevrede etkili olabilecek gürültünün kontrol edilmesi,
- Konutların hijyen durumunun kontrolü vb. şeklinde sıralanmaktadır.

### 1.3.2. Tedavi Hizmetleri

Hastaların sağlığını iyileştirmek için sağlanan tüm hizmetler bu kategoriye girmektedir. Kendi içinizde; birinci aşama tedavi hizmetleri (ilk kullanım ve ayakta tedavi sırasında), ikinci aşama tedavi hizmetleri (yatarak tedavi hizmetleri) ve üçüncü aşama tedavi hizmetleri (yüksek düzeyde uzmanlaşmış ve diğer tıp merkezlerine göre ileri teknolojileri kullanan merkezler) Üç bölüme ayrılmıştır. Tedavi edici olan hizmetlerin sadece sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sektörünce sunulan hizmetler olarak belirtildiği görülmektedir (Akdur, 2000).

### 1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

İnsanların hastalığa yakalanmasının ardından sakatlanma ya da güçsüz düşme gibi nedenlerle işgüçlerini kaybedenler adına gerçekleştirilen hizmetlerin bu sağlık hizmeti çeşidi altında toplandığı ve ikiye ayrıldığı belirtilmektedir. Bunlar;

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Bireylerin kaybetmiş oldukları organlarının yerine protez takılması işlemi ya da bireylerin güçsüz duruma gelen organlarına fizik tedavi rehabilitasyon vb. metotlar ile organların yeniden güçlendirilmesi bireylerin gündelik aktivitelerinin sürdürülmesi imkanlarına kavuşturulması şeklindeki çalışmalar olarak bilinmektedir.

b) Sosyal Rehabilitasyon: Psikolojik ve fiziksel hasarlı olan kişilerin var olan durumlarına göre ve uygun bir şekilde işe yerleştirilmesi ya da söz konusu belirtilen insan grubunun bakımlarının gerçekleştirilmesi türünden hizmetler olarak belirtilmektedir.

Hizmetlerin tanımı ve çeşitlerinden anlaşılacağı üzere, tıbbi rehabilitasyon hizmetinin sağlık sektörü tarafından sunulan hizmetlerden biridir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri, sosyal hizmet kurumu ve çalışanları tarafından verilmektedir (Akdur, 2000).

### 1.3.4. Sağlığı Geliştirici Hizmetler

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetlerinin sağlıklı bireylerin sağlık durumunun üst seviyelere çıkarılması adına sağlanan tıbbi hizmetler olarak ifade edilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi ve teşvik edilmesi hizmetlerinin birincil sorumluluğunun kişiye ait olduğu belirtilmektedir. Bireylerin sağlığının iyileştirilmesi, zihinsel ve fiziksel sağlığın, yaşam beklentisinin ve kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Yaşadığımız dönemde oluşan hastalıkların çoğuna, bireylerin yaşam biçimi, alışkanlıklar vb. neden olduğu belirtilmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010).

Kişilerin sağlığının geliştirilmesi, kişilerin sağlığında etkili olan çevresel ve bireysel potansiyellerin en etkili şekilde kullanılması durumudur. Bireylerin yaşantısına sağlamlık kazandırma, sağlıklı olma, mutluluklarını sağlama, insanların ömürlerinin daha uzun yaşamasının sağlanması ve canlılık katma çabası şeklinde ifade edilmektedir. Sağlığın geliştirilmesinde hizmetlerin stratejik açıdan bu yaklaşım açılarını içermesi gerektiği belirtilmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010):

- Kişilerin potansiyel halinin güçlendirilmesinin teşviki,
- Sosyal yapının desteklenmesi, güvenilir ve sağlıklı ortamların geliştirilmesi,
- Kişilerin yaşam koşullarının geliştirilmesi,
- Hastalığa yakalanma olasılığı olan risk grupları adına ve risk grupları ile birlikte hareket edilmesi,

- Organ yetmezliği nedeniyle yaşam tehlikesi olanlar için toplum geneline organının bağışlanması hususunda bilinçlendirme etkinlikleri yapılması,
- Sağlık durumunun ve iyilik halinin daha iyi bir hale getirilmesi adına kamu politikası ve bu kapsamdaki etkinliklerin koordine edilmesi,
- Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler sistemlerinin en ekonomik ve etkin çözümlere yönlendirilmesi.

## 2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN MEVCUT DURUMU

Ülkemizde sağlık sektörünün var olan durumu ele alındığında oldukça karmaşık bir yapıyla karşılaşıldığı belirtilmektedir. Var olan tesisin temel taşı olarak belirtilen Sağlık Bakanlığı'nın yanında Millî Savunma Bakanlığı, DPT, üniversiteler ve diğer devlet kurumlarıyla özel sağlık hizmeti sağlayıcıların kompleksin diğer temel taşları olduğu görülmektedir (Tatar, 2003).

Türkiye'de faaliyet gösteren sağlık birimleri, birinci basamak sağlık merkezleri, anne-çocuk sağlığı ile aile planlama merkezleri, dispanserler, kamu hastanelerinin poliklinik bölümleri, belediyeler, uzmanlar, uzman tanı ve tedavi klinikleri, özel kuruluşlar, fonlar dispanseri ve vakıf poliklinikleri şeklinde belirtilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta, evde tedavi hizmetleri 26.928 Aile Hekimliği Birimi, 4.983 Sağlık Evi, 8.057 Aile Sağlığı Merkezi,778 Toplum Sağlığı Merkezi,96 ÇEKUS(Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi, 200 E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri, 84 Halk Sağlığı Laboratuarları, 336 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM),173 Verem Savaş Dispanseri (VSD) ve ülke çapında Sağlık Bakanlığınca verildiği belirtilmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021).

*Toplum Sağlığı Merkezi kapsamına, nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerdeki aynı hizmeti sunan 425 İlçe Sağlık Müdürlüğü de dahil edilmiştir.

** Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce 31/05/2019 tarihinde yayımlanmış olan "Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması" Genelgesi kapsamında E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri birinci basamak, E1 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri ise ikinci basamak sağlık kuruluşu şeklinde tanımlanmıştır).

**Tablo 1. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2021**

| İBBS-1 | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 54 | 16 | 164 | 234 |
| Batı Marmara | 55 | 4 | 21 | 80 |
| Ege | 124 | 7 | 72 | 203 |
| Doğu Marmara | 81 | 4 | 54 | 139 |
| Batı Anadolu | 71 | 13 | 51 | 135 |
| Akdeniz | 84 | 8 | 88 | 180 |
| Orta Anadolu | 78 | 4 | 22 | 104 |
| Batı Karadeniz | 97 | 3 | 18 | 118 |
| Doğu Karadeniz | 70 | 1 | 12 | 83 |
| Kuzaydoğu Anadolu | 50 | 2 | 4 | 56 |
| Ortadoğu Anadolu | 61 | 3 | 17 | 81 |
| Güneydoğu Anadolu | 83 | 3 | 48 | 134 |
| Türkiye | 908 | 68 | 571 | 1.547 |

**Kaynak**: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

**Tablo 2. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı, 2021**

| İBBS-1 | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| İstanbul | 25.715 | 5.434 | 15.811 | 46.960 |
| Batı Marmara | 7.338 | 2.224 | 1.774 | 11.336 |
| Ege | 19.299 | 6.078 | 6.268 | 31.645 |
| Doğu Marmara | 15.201 | 3.029 | 4.732 | 22.262 |
| Batı Anadolu | 17.507 | 6.607 | 4.492 | 28.606 |
| Akdeniz | 18.202 | 5.781 | 8.124 | 31.107 |
| Orta Anadolu | 8.806 | 3.066 | 1.934 | 13.806 |
| Batı Karadeniz | 11.611 | 2.293 | 2.111 | 16.015 |
| Doğu Karadeniz | 7.249 | 831 | 1.233 | 9.313 |
| Kuzaydoğu Anadolu | 4.902 | 1.693 | 293 | 6.888 |
| Ortadoğu Anadolu | 8.079 | 3.071 | 1.431 | 12.581 |
| Güneydoğu Anadolu | 13.805 | 2.871 | 5.602 | 22.278 |
| Türkiye | 157.714 | 42.978 | 53.805 | 254.497 |

**Kaynak**: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

**Hastane yatağı:** Hastaların 24 saatten daha fazla tedavi ve bakımlarının sağlanması için yatırıldığı, hasta odalarında veya hastalara devamlı olarak tıbbi bakım hizmeti sunulan birimlere yerleştirilmiş olan yataklara verilen isimdir. Hasta yatağı sayısına; yoğun bakım, yenidoğan ve prematüre ünitesindeki yataklar (açık bebek yatağı, kuvöz), yanık merkezi ve yanık odalarındaki yataklar, nitelikli yataklar dahil edilmiştir.

**Tablo 4. Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı ve Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı (%), 2021**

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Nitelikli Yatak Sayısı | 10.945 | 24.929 | 35.119 | 163.993 |
| Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı | 77.9 | 69.3 | 96.7 | 79.7 |

**Kaynak**: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

Not: Yoğun bakım yatakları dahil edilmedi.

**Nitelikli yatak:** İçerisinde tuvaleti ve banyosu olan, en fazla 2 hasta yatak, telefon, televizyon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatırılabilen refakatçi koltuğu yer alan odalardaki yataklar olarak belirtilmektedir. Bu sayıların toplam yatak sayısına dahil olduğu görülmektedir.

**Tablo 5. Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2021**

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Erişkin | 18.545 | 4.746 | 10.032 | 33.323 |
| Çocuk | 1.286 | 661 | 188 | 2.135 |
| Yenidoğan | 4.433 | 1.588 | 7.274 | 13.295 |
| Toplam | 24.264 | 6.995 | 17.494 | 48.753 |

**Kaynak**: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

Yukarıdaki verilere dayanarak, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunun, halkın temel sorumluluklarından biri olan sağlığın korunması ilkesini tam olarak karşıladığı ancak sağlık hizmetlerinin kalitesi tartışmalı olduğu ileri sürülmektedir.

**Tablo 6.Türkiye Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2021**

| | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Uzman Hekim | 45.672 | 16.288 | 31.317 | 93.517 |
| Pratisyen Hekim | 47.216 | 807 | 5.012 | 53.035 |
| Asistan Hekim | 14.360 | 22.657 | - | 37.017 |
| Toplam Hekim | 107.248 | 39.692 | 36.629 | 183.569 |
| Toplam Diş Hekimi | 11.635 | 5.038 | 23.178 | 39.851 |
| Eczacı | 4.033 | 728 | 32.450 | 37.211 |
| Hemşire | 155.588 | 37.021 | 39.833 | 232.442 |
| Ebe | 54.178 | 925 | 2.805 | 57.908 |
| Diğer Sağlık Personeli | 142.712 | 21.617 | 55.301 | 219.630 |
| Diğer Personel ve Hizmet Alımı | 252.626 | 73.338 | 155.347 | 481.311 |
| Toplam Personel | 778.020 | 178.359 | 345.543 | 1.251.922 |

**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

**Not:** Entegre Kurumsal İşlem Platformundan (EKIP) temin edilmiş olan personel verilerine Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı kapsamında çalışan personelin dahil edilmediği belirtilmektedir. Asistan hekim sayısı kapsamına 2.520 yan dal asistan hekim, diş hekimi sayısına 2.581 asistan diş hekimi, eczacı sayısına 2.446 ikinci eczacı ve yardımcı eczacının dahil edildiği görülmektedir.

01.01.2020 Tarihinde Fahrettin KOCA'nın Mahmut TANAL'ın soru önergesine Mecliste vermiş olduğu yanıtından yola çıkarak Türkiye'de doktor başına düşen kişi sayısının 498,2 olmasına karşın OECD ülkelerindeki bu sayının, ortalama 341,3 olduğu görülmektedir. Bunun yanında hemşire başına düşen nüfusun, ülkemizde 431,2 olmasına karşın OECD ülkelerinde bu nüfusun, ortalama 102 olduğu belirtilmektedir.

Bir ülkenin sağlık hizmetleri sisteminin yeterliliğini belirlemede dikkate alınması gereken diğer bir faktör, toplam sağlık harcaması miktarı ve bu harcamaların GSYH içindeki payıdır. Toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2020'de %5,0 iken, 2021'de %4,9 olmuştur. Cari sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı ise 2020 ve 2021'de %4,6 şeklinde gerçekleşmiştir. Hanehalkı tarafından ilaç, tedavi vb. amaçlarla gerçekleştirilen cepten sağlık harcamasının 2021'de bir önceki yıla nazaran %40,5 oranında artarak 56 milyar 342 milyon TL'ye ulaştığı görülmektedir. Hanehalkı cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranının 2021'de %15,9 olarak gerçekleştiği belirtilmektedir (TÜİK, 2021).

## 3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanı;

- Temelde vergi gelirleri ile finanse edilmekte olan Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Millî Savunma Bakanlığı, diğer kamu kurumları ile aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları adına kullanılmakta olan genel bütçe;
- SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilmekte olan sosyal güvenlik primleri,
- Özel sağlık sigortası primlerinin, özel pretisyen hekimlere ve özel sağlık hizmeti sunucularına cepten ödenmektedir (Liu vd., 2005).

### 3.1. Devlet Bütçesi

Genel bütçe vergi gelirlerince finanse edilmekte olan, kamunun vatandaşlarına sağlamakta olduğu sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı olarak belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan en büyük sağlık bakımı maliyetlerinin büyük çoğunluğunu hangi sunucu oluşturmaktadır? Türkiye'deki sağlık politikaları devlet bütçesi tarafından finanse edilmektedir. Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin bütçelerinin yalnızca yüzde 35'ini kapsamakta ve aradaki farkın işletme sermayesi tarafından finanse etmektedir (Kartal ve ark.,

2004). 1988'den itibaren lüks eşya, akaryakıt, tütün, alkol ve yeni araç satışları kapsamında fon vergisinin düşürülerek Sağlık Bakanlığı'na ek vergi geliri sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın en önemli ve üçüncü gelir kaynağının sigortalılar ve kişiler tarafından kullanılan döner sermayedir. Hastane döner sermayeleri, sağlık hizmeti bağımsızlığı adına Hastane Döner Sermaye Kanununda değişiklik yapan Sağlık Değişim Programı kapsamında sağlık hizmetleri için önemli bir finansman kaynağı haline gelmiştir (Liu ve ark., 2005).

### 3.2. Sosyal Güvenlik Katkıları

Tablo 7'de ülkemizde yaşamakta olan ve bir tür sosyal güvenlik kapsamı içinde bulunan kişi sayısı sunulmuştur. Devlet, sosyal güvenlik kapsamında yaşayan bu bireylerin maaşlarından sosyal güvenlik kesintileri yaparak kamu sağlık hizmetlerine finansman sağlamaktadır. Bu kesintiler sadece çalışan sigortalı ve işveren tarafından yapılır ve bakmakla sorumlu olunan kişilerden herhangi bir kesinti yapılmaz. Bu nedenle, sosyal sigorta kapsamındaki çok sayıda insan, büyük bir prim ödedikleri anlamına gelmemektedir (Kartal ve ark., 2004).

**Tablo 7. Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kapsamı, 2020**

| Sosyal güvenlik kurumları | Aktif Çalışanlar | Emekliler | Bağımlılar | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| SSK Toplam | 14.154.168 | 8.219.602 | 18.528.008 | 40.901.778 |
| T.C. Emekli Sandığı | 3.112.213 | 2.319.085 | 6.897.150 | 12.328.448 |
| Bağ-Kur Toplamı | 2.859.258 | 2.677.600 | 10.019.953 | 15.536.811 |
| Toplam | 20.970.323 | 13.216.287 | 35.175.111 | 68.767.037 |

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı 2020 Yılı Eylül Ayı SGK Sigortalı İstatistikleri

### 3.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

SSK tarafından özel sektör çalışanlarına, kamu sektöründeki işçilere ve tarım sektöründeki çalışanlarla tüm bu üç grubun bakmak ile yükümlü olduğu bireylere emeklilik ve sağlık bakanlığı aracılığı ile sağlık hizmetlerinin sağlandığı belirtilmektedir. SSK, üyelerine emeklilik ve sağlık olmak üzere iki farklı hizmet sunmaktadır. 2005 yılı itibariyle, işçiler ile bakıcıları da dahil olmak üzere aktif 24.7 milyon SSK'lının olduğu belirtilmektedir (SSK, 2021). Fakat SSK, üyelerinin sağlık giderlerinden sorumlu değildir, sadece sağlık raporu bulunan SSK'lıların sağlık giderlerinden sorumludur. SSK, sağlık hizmetlerini esas olarak işverenler ve çalışanlar tarafından ödenmekte olan katkı paylarıyla finanse etmektedir. Toplam SSK ücreti, hem işveren hem de işçi tarafından işçinin maaşının% 14'ü oranında ödenir. Ayrıca, SSK sağlık sisteminde çalışanların% 20'si ve emeklilerin% 10'u ayakta tedavi ilaçları için ödeme yapmaktadır. Kronik hastalığı olan sigortalılar bu ücretten muaftır (Kartal ve ark., 2004).

### 3.4. Bağ-Kur

Yaklaşık olarak ülkenin 1/5'ini (15,6 milyon) kapsamakta olan Bağ-Kur kendi için serbest bir şekilde çalışan esnaf ve sanatkarları kapsamaktadır. Yalnızca bu gruba hizmet sunan bir emeklilik fonunun kurulduğu, fakat 1988 yılından beri pilot illerde sağlık sigortasını dahil ettiği belirtilmektedir. Sağlık sigortası programının şu anda bütün ülkeyi kapsadığı, fakat katılım oranının çok düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bağ-Kurun 15,6 milyon üyesinin 9,8 milyonunun sağlık sertifikasının olduğu ve aktif bir şekilde sağlık sigortasının kapsamında olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Üyelerin sağlık sigortası primleri, emeklilik maaşlarının% 20'si ve diğer faydalar, sigortalının tahmini gelirinin% 12'si üzerinden hesaplanır. Tahmini gelir seviyeleri, ücretler ve fiyat enflasyonu dahil olmak üzere Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen bir endeks kullanılarak

hesaplanır. Bağ-Kur doğrudan sağlık hizmeti vermez, ancak diğer kamu ve özel hizmet sağlayıcılarla sözleşmeler yapar. Tazminat düzeyi, sunucunun türüne göre değişir. Aktif ilaç alımları için% 20 komisyon, emekli üyeler için% 10 komisyon bulunmaktadır (Liu ve ark., 2005).

### 3.5. Emekli Sandığı

Emekli Sandığı, sağlık sigortası, emeklilik fonunu bir arada sunmakta olan bir sosyal güvenlik kuruluşu olarak belirtilmektedir. Kurum, Maliye Bakanlığının gözetiminde faaliyet göstermektedir. Emeklilik fonu, aktif çalışanların maaşlarından işçi katkı paylarının % 16'sı ve işverenden% 20'si oranında kesilir. Bu, kuruluşun kaynaklarına yapılan ek devlet sübvansiyonları ile sağlanan hizmetlerin kalitesini periyodik olarak iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Emekli sandığı yatarak ve ayakta tedavi gören hastalara yönelik tüm sağlık hizmetlerini kapsıyorsa, kalan hizmetlere ilaç ve protez ücretinin % 20'si ödenmelidir (Işık, 2001). Hastaneye yatış, vatandaşın devlet memurluğundaki derecesine bağlıdır. Bağ-Kur gibi Emekli Sandigi de sağlık tesisleri işletmiyor, hizmet satın almak için kamu ve özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almaktadır.

### 3.6. Özel Finansman

Özel finansman, sağlık hizmetleri finansmanında önemli bir rolünün olduğu belirtilmektedir. Bu alandaki harcamaların kişisel sigorta ve cepten ödeme şeklinde geldiği ifade edilmektedir (Işık, 2001).

#### 3.6.1. Özel Sigorta

Ülkemizde özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lardan itibaren izin verildiği belirtilmektedir. Ülkemizde özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lı yıllardan itibaren izin verilmiştir. Türkiye'de özel sağlık bakımı, nüfusun sadece % 1'i kadardır, ancak mevcut durum, sigorta şirketleri ve özel sağlık sigortası için cazip bir pazardır. Bu firmaların faaliyetleri sonucunda Türkiye'de halihazırda yüzde 36 sigorta şirketi bulunmaktadır ve 1991 yılında 25.000 şirket bulunmaktadır. 2003 sonunda özel sigorta kapsamı dahil 703.545. Bu rakamın 2006 sonunda bir milyonu aşması bekleniyor. Katılımcıların % 60'ı grup (işveren) sigortası ve% 40'ı bireysel sigorta kapsamındadır. Özel sigorta şirketleri ayrıca halka ek sağlık sigortası, diş ve ayakta tedavi muayeneleri ve göz bakımı hizmetleri sunmaktadır.

#### 3.6.2. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı

Bireylerin kendi gelirlerinden yaptığı sağlık harcamalarının cepten ödemeler şeklinde adlandırıldığı belirtilmektedir. Kişilerin satın almış olduğu sağlık hizmetlerinin tümünü veya bir bölümünü takip etmesi gerekebilir. Cepten ödemeler, kuruluşlara doğrudan ödemeler, özel doktorlar için ücretler, gönüllü sağlık sigortası ve ilaç ve hizmetlere katkı biçiminde olabilmektedir. Türkiye'deki cepten ödemelerin düzeyine göre sağlık hizmetlerine yapılan kişisel harcamaların güvenilir bir tahminini yapmak zordur. Ulusal Sağlık Hesapları Araştırmasına göre, cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2000'de % 27.6 ve 2005'de % 28.4 düzeyinde olduğu görülmektedir (RSHMM, 2006).

Yukarıda belirtildiği gibi, ülkemizdeki var olan tüm sağlık sigortası programlarının bir prim ya da maliyet paylaşımı sistemini kapsamaktadır. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tüm ülkelerdeki sağlık kuruluşlarının maaşlarını belirlerken, Türk Tabipleri Birliği özel kuruluşlar için asgari ücreti belirlemektedir. Tüm eyalet sağlık sigortası fonlarında, hastalar ilaç faturasına % 20 katkı payı öder. Emekli üyeler için oran yaklaşık % 10'dur. Ayrıca 27 Nisan 2005'te Yeşil Kart sahiplerinin ücretlerinin % 20'sini tahsil etmek için bir yasa çıkarıldı. Özel sigorta poliçeleri farklılık gösterse de ayakta tedavi, doğum öncesi bakım ve ilaç toplamda% 20 ücret almaktadır (Liu ve ark., 2005).

## 4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık sektörünün çeşitli devlet kurumlarına finansmanı ve dağıtımı özel olan kurum ve kuruluşlarca sağlandığı belirtilmektedir. Söz konusu kuruluşlar Sosyal Sigortalar Kurumu, Sağlık Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı, Üniversiteler, Bağ-Kur, Belediyeler, Millî Savunma Bakanlığı, Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve diğer bakanlıklar ile özel kişi ve kuruluşlar olarak bilinmektedir (Oral, 2001).

### 4.1. Mevcut Sağlık Sistemi

Sağlık finansman mekanizmaları hiçbir dönem net bir şekilde tanımlanmamıştır. 1961 yılında, vergi gelirlerinin kapsamlı kullanımına ve sosyal güvenlik primlerinin ödenmesine odaklanan ulusal bir sağlık sistemi kurma çabaları. Ancak, Türkiye Emekli Sandığı ve sağlık sigortası sistemi ile Bağdat-Kur'daki sosyal sigorta sistemi değişecektir. 1963'ten bu yana, genel sağlık sigortasının kurulması beş yıllık planların hepsinin hedeflerinden biri olmuştur. (Savaş ve ark., 2002).

Ülkemizin sağlık sistemi, hizmet talebi, hizmet arzı ve finansman bakımından kapsamlı bir yapısının olduğu belirtilmektedir. Bütün halk sağlığı hizmetleri özel ve kamu sektörleri tarafından farklı bir şekilde sunulmasına rağmen, bakım arayanlar sağlık sigortası kapsamında olan veya olmayanlara bölünmüştür ve kapsam dahilinde olanlar satın alma ve finansman hizmetleri için farklı prosedürler kapsamındadır. (Işık, 2001).

Türkiye'de sağlık hizmetleri için finansman, kamu vergi gelirlerini, zorunlu sigorta primlerini ve bireyler tarafından satın alınan hizmetler için doğrudan ödemeleri içermektedir. SSK ve Bag-Kur gibi sağlık sigortası kapsamında, bazıları çalışanlar ve işverenlerin katkıları gibi sağlık hizmetleri için ödeme yaparken, diğerleri emeklilere ve aktif devlet çalışanlarına ödeme yapar. Sağlık sigortası kapsamı dışındaki nüfusun çoğu doğrudan ödenmektedir, ancak hükümet belirli gelir türleri için ödeme yapamayanlara geri ödeme yapmaktadır. (Oral, 2001).

Türkiye'nin sağlık ve özel sağlık harcamalarının önemli bir kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından muhasebeleştirilmektedir. İkinci büyük maliyet, genellikle hastanede sağlanan ayaktan bakımdır. Bu maliyetleri idari ve eğitim maliyetleri takip eder. Sağlık Bakanlığı, ülkede koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kuruluştur, ancak bu hizmetler için bakanlığın bütçesinden ayrılan bütçe önemli ölçüde azaltılmıştır. (Savaş ve ark., 2002).

### 4.2. Temel Finansman Sistemi ve Kapsamı

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanının üç temel kaynağı bulunmaktadır. Bunlar (Ak, 1989);

***Devlet Bütçesi /Vergi Gelirleri;*** Vergi gelirinin bir kısmı Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, üniversite, hastane ve diğer devlet kurumlarına aktarılır ve mevcut memurların sağlığı için harcanır. Devlet bütçesine vergi gelirleri üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı ve sağlık hizmeti veren diğer devlet kurumları için önemli bir fon kaynağıdır. Bütçe, mevcut devlet memurları ile bakmakla yükümlü olduğu bireylerin sağlık harcamalarını içermektedir.

***Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları;*** Bunlar, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Emekli Sandığı üyeleri katkılarıdır.

***Cepten Ödemeler;*** Özel kurumlar ve doktorlara direkt yapılan ödemeler, ihtiyari sağlık sigortası adına ödenmekte olan primler ve katkı payı şeklinde gerçekleştirilen ödemelerdir.

### 4.3. Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunları

Önceden bahsedildiği üzere, ülkemizde sağlık hizmetleri için devlet bütçesinden ayrılan payın oldukça düşük olduğu ve bu durumun sağlık problemlerinin temelini oluşturduğu görülmektedir (Işık, 2001). Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerin (bölge idaresinden sağlanan fonlar) ihtiyaçları için ayrılan bütçe yetersizdir ve yatarak tedavi tesislerinin ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Bu avantajlar sayesinde sadece çalışanların maaşları ve sağlık giderleri ödenebilir. Fon yetersizliği nedeniyle tıbbi ekipman ve alet kullanmak mümkün değildir. Bu yardımlar işletme sermayesi olmayan ancak yeni kurulan hastanelere gönderilebilir. Neredeyse münhasıran döner sermayeli hastanelere gönderilmektedir (Emek, 2002). Bu önemli bir finansman eksikliğidir ve devam eden sağlık hizmetlerine kesintisiz erişim sağlayabilir. Çünkü her hastanenin ihtiyaçları çok farklı olabilir. (Ak, 1989). Maliyet muhasebesi yöntemleri kullanılmadığından, sağlık hizmetlerinin tüm maliyetlerini maliyetlere dahil etmek mümkün değildir. Gerçek maliyetler hizmet maliyetine dahil değildir, ancak hizmet maliyetinin sadece bir kısmı müşteri veya sigorta şirketi tarafından ödenir. Herkes, gelir düzeyinden bağımsız olarak sadece ihtiyaçları için değil aynı gelir için ücretli sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.

Bu tür yanlış yönlendirilmiş sübvansiyon programları kaynakları karıştırır ve ihtiyacı olanlara doğrudan sübvanse etmez. Bir yandan fon ve hizmet toplayan kuruluşlar (Sağlık Bakanlığı, SSK, vb.) Hizmetlerin planlanması ve sunumunda sorun yaşıyor ve gözetim mekanizmaları çalışmamaktadır. (Işık, 2001).

İş bölümleri, zayıf koordinasyon, kötü organizasyon, yetersiz yatırım, ekipman eksikliği ve kötü istihdam politikası sağlık hizmetlerini verimsiz kılmaktadır. (Ak, 1989). Önleyici tedavinin toplam Türk sağlık bakım maliyeti içindeki payı çok azdır. Bu 1998'de binde 8'dir. Geriye kalan yüzde 99,9'u tıbbi bakıma harcanmaktadır. (Atalay, 2004). Birinci basamak sağlık hizmetlerine yetersiz dikkat edilmesi hastane temelli sağlık hizmetlerine yol açmıştır (Işık, 2001). Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir yönü de Sağlık Bakanlığı'nın tüm masrafları karşılamasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan koruyucu sağlık hizmetlerindeki payının 1992 yılında %7,2'den 1998 yılında %3'e düşerken, tıbbi harcamaların payı %51,1'den %63,9'a yükselebilmiştir. (Atalay, 2004). Özel sağlık harcamalarının Türkiye'deki payı % 26 olup, çoğu tıbbi bakım için harcanmaktadır. Ülkemizde bu yüksek oranın nedeni; Sosyal koruma sisteminin kapsamı daraltılmış, halk sağlığı tesislerindeki tedavi prosedürleri artırılmış ve sosyal koruma şemsiyesi altındakiler bile sağlık hizmetlerine ceplerinden çıkarılmadan erişememektedir. (Ak, 1989). Ayrıca, bütçeden bölgelere veya taban düzeyinde kaynak tahsis edilirken, ana siyasi kaynaklar tahsis edilir ve bilimsel parametreler göz ardı edilir. (Yıldırım, 2005). Türkiye ile diğer ülkelerin bir diğer karşılaştırması ülkelerin kalkınma düzeylerini ve yaşam beklentilerini ve bebek ölüm oranlarını göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi 78 yıl, bebek ölüm oranı %0,9 ve %0,6, ortalama yaşam süresi 68 yıl ve bebek ölüm oranı ise %0,47'dir. Kişi başına milli gelir arttıkça bebek ölümleri azalır (Işık, 2001). Bu durum gelişmiş ülkelerin sağlık göstergeleri ile gelişmiş ülkelerin sağlık göstergeleri arasında büyük bir fark olduğunu göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık göstergeleri Türkiye'dekine benzerdir. (Ak, 1989). Açık olmasa da ülke nüfusunun yüzde 65-70'inin sosyal koruma altında olduğu tahmin edilmektedir. Buna ek olarak, özel hizmetler alan ve özel sağlık sigortası olan kişilerin sosyal güvenlik kapsamında olsalar bile kendilerine sunulan hizmetleri kullanmadığı durumlar da vardır. Toplanan primlerin sağlık dışı amaçlara ilişkin kullanıldığı, bilhassa SSK ve Bağ-Kur'un gelir-gider açıklarının bütçeden gerçekleştirilen transferler ile giderilmesine çalışılmakta ve söz konusu transferlerin bütçedeki yükü gittikçe artan bir seyirde gerçekleşmektedir (Ak, 1989).

## SONUÇ

Kişinin yaşam hakkı, kişiye tanınan sağlık hakkıyla anlam kazanabilmektedir. Yaşama hakkının var olması sağlık hakkının varlığına bağlı olmaktadır. Yalnızca sağlam eğitim değil, aynı zamanda uyanıklığı ve adanmışlığı da en çok ihtiyaç duyulan şeydir. İnsan sağlığının ve sağlıklı yaşam hakkının korunması ancak etkili sağlık bakımı ile mümkündür. Sağlık reformunun genellikle mali yönetim tarafından yönlendirildiğini söylemek güvenlidir. Yönetimden beklenen davranış, kaynakları ekonomik ve verimli bir şekilde operasyonel sürece entegre etmektir. Bazı araştırmacılara göre, sağlık sektöründeki önemli teknolojik değişiklikler ve sağlık hizmetlerine olan artan talep, bu sektördeki kaynak ihtiyacını artırmış ve mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını gerekli kılmıştır. Öte yandan, idari ve mali açıdan bağımsız halk sağlığı kurumlarından artan rekabet ve sağlık sektörüne artan ilgiyle artan sağlık hizmetlerine olan talep, özellikle bu alanda hastanelerde finansal stratejilerin uygulanmasını gerekli kılmıştır.

Özellikle hastanelerde finansal tabloların ve verilerin yönetilmesi ve bu konulara ilişkin gerekli adımların atılması en başta Sağlık Bakanlığı bunun ardında ise hastane yönetimlerin sorumluluklarında bulunmaktadır. Finansal açıdan başarılı bir işletme, faaliyete devam etmek için gereken sermayeyi bir araya toplayabilen, işletme kaynaklarının istenilen seviyeye finanse edilebilmesi, borç ve öz-kaynaklara dengeli olarak yatırım yapabilen bir kuruluştur. Hastanelerin borçlarını ödeme gücünün ve çalışma sermayesinin farkında olması, uzun vadeli yükümlülüklerin gerçekleştirilmesi yeterliliği, mevcut varlıkların etkili kullanım seviyesi, özsermaye yönetimleri için mutlak suretle finansal stratejiler gerçekleştirilmesi ve ayılan bu değişkenlerin kontrol altına alınması ile mümkün olacağı anlaşılmıştır.

Türkiye son dönemlerde sağlık alanında yaptığı yatırımlar ve özellikle kurmuş olduğu şehir hastaneleri ile tüm dikkatleri üzerine çekmiştir. Salgın döneminde özellikle Avrupa başta olmak üzere sağlık sektörüne çok fazla önem vermeyen ülkelerin zaten zayıf olan sağlık sistemleri çökerken, gelinen nokta itibarıyla Türkiye'nin sağlık sistemi bu sürece dayanmaktadır. Sağlık sektörüne son dönemlerde bütçede daha fazla kaynak ayrılması olumlu olarak görünse bile özellikle ülkemizde sağlık alanına ilişkin yeterli oranda üretim ve üretime yönelik yatırımların olmaması ve sağlık alanında ihtiyaç duyulan ekipman, ilaç ve buna benzer unsurların ithal edilmesi, sağlık yatırımlarını engellemenin yanı sıra paranın ülke dışına çıkmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak Türkiye'nin sağlık alanında attığı adımlar olumlu olsa da özellikle üretim odaklı sağlık yatırımlarının olmaması ve ithal ikameci bir çözüme gidilmesi sağlık sektörü ekonomisinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu bilinmektedir.

## KAYNAKÇA


Ak, B. (1989). *Milli Sağlık Politikası Tespit Komisyonu Sağlık İdarecilerinin Yetiştirilmesi ve İstihdam Raporu.* Ankara.

Akdur, R. (2000). *Türkiye'de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması.* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Atalay, S. (2004). *Türkiye'de sağlık hizmetleri ve yerelleştirme politikaları.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. TODAiE. Ankara.

Ateş, M. (2013). *Sağlık hizmetleri yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınevi.

Bircher, J., & Kuruvilla, S. (2014). Defning health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *J Public Health Policy, 35*(3), 363-86.

Boorse, C. (1977), Health as a theoretical concept. *Philos Sci, 44*(4), 542-73

Emek, H. (2002). *Sağlık örgütlerinin kurumsal dinamikleri.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Haverkamp, B., Bovenkerk, B., & Verweij, M.F. (2018). A practice-oriented review of health concepts. *J Med Philos A Forum Bioeth Philos Med, 43*(4), 381-401.
Huber, M., van Vliet, M, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., & Dagnelie, PC. (2016). Towards a patient-centred operationalisation of the new dynamic concept of health. *Br Med J Open.* 6(1):1–12.
Işık, H. (2001). *Sağlık hizmetleri; Finansmanı, ülke örnekleri ve çözüm önerileri.* Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eskişehir.
Kartal, M., Ozbay, H., & Eristi, H.E. (2004). *SHA-based health accounts in thirteen OECD Countries: Country studies Turkey-National Health Accounts 2000*. OECD Health Technical Papers No: 13. Paris. France.
Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi.* Ankara: Siyasal Kitabevi.
Kelley, L. (2008). The World Health Organization (WHO). *World Heal Organ*, 16, 1-57.
Leonardi, F. (2018), The defnition of health: towards new perspectives. *Int J Health Serv.*48(4):735-748
Liu, Y., Çelik, Y., & Şahin, B. (2005), *Türkiye'de sağlık ve ilaç harcamaları*. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı.
Oral, İ. (2001). *Dünya da ve Türkiye'de sosyal sigortalar kapsamında sağlık sigortası uygulamaları.* Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eskişehir.
RSHMM. (2006). Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Tarafından Sağlık Bakanı İçin Hazırlanan Bilgi Notu.
Sağlık Bakanlığı. (2020). *2019 yılı Eylül ayı SGK sigortalı istatistikleri*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılması genelgesi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Sağlık sektörünün mevcut durumu*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
Savaş, S., Karahan, Ö., & Saka, Ö. (2002). *Sağlık sistemlerinde dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Yayını.
Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık kurumları yönetimi.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
Sosyal Sigortalar Kurumu. (2021). *2004 Yılı çalışma raporu,* Working Paper. (www.ssk.gov.tr) (Erişim tarihi: 29.05.2023).
Tatar, M., Şahin, İ., & Büyükkayıkçı, İ. (2003). Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme: Teori ve SSK hastaneleri yöneticilerinin görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 6*(1), 3-20.
Tengilimoğlu, D., & Köksal, A. (2013). *Tıp sekreterliği.* Ankara: Seçkin Yayınları.
Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi.* Ankara: Nobel Yayınevi.
TUİK. (2021). *Sağlık harcamaları istatistikleri*. Ankara: TUİK.
WHO. *International classifcation of functioning, disability, and health (ICF). 2017*. Available at: https://www.who.int/classifcations/icf/en/. (Erişim tarihi: 25.05.2023)
Yıldırım, H. H. (2005). *Avrupa Birliği sürecinde kamu hastaneleride değişim dinamiği*. www. absağlık.com. (Erişim tarihi: 30.05.2023).

## EXTENDED ABSTRACT

According to WHO, the definition of health is stated as 'A state of complete mental, physical and social well-being and not just the absence of disease or disability' (Kelley, 2008). Due to the word 'complete' in this definition, many people are not be accepted because of their chronic diseases or disabilities (Bircher & Kuruvilla, 2014; Leonardi, 2018).

Financial resources are required for businesses to be established and go on their activities. It is stated that businesses operating in the country's economy aim to achieve the results of their initiatives and ensure the continuity of their business by making productive investments. In order to achieve this, the necessary investment funds, which are the subject of financing of businesses, must be found and used effectively. The business sector has changed a lot in the century we live in. All technological developments affect the location, structure, scope and asset structure of businesses. Businesses that use their time and develop technologies well can compete not only nationally but also internationally, but businesses that do not lag behind in these developments are left in the past. The diversity of business lines, traditional differences between countries and industries, and significant differences in location of businesses have created and continue to create a variety of financial needs. An important structural change in developing countries is the rapid growth of market share and market size of the healthcare sector. The growth of the healthcare market leads to diverse diversification and specialization. The healthcare sector differs from the product sector in the stages of service marketing, production and quality feedback.

Especially in Turkey, a lot of investment has been made in the field of health recently, and the health sector has started to receive a larger share of the state budget compared to previous years. Even though Turkey has developed as a health sector, it cannot keep the expenditures made in the field of health within the country and imports the necessary health equipment and medicines, especially since it cannot reach a sufficient level in terms of production, which causes Turkey to have financing problems, especially in the field of health, and prevents the development of the health sector. In this study, firstly, concepts related to health economics were emphasized and the current situation of the health sector in our country, health expenditures and financing were mentioned. In the conclusion and evaluation section, the policies and activities required for the development of the concept of health economics in our country are mentioned.

A person's right to life can gain meaning with the right to health granted to the person. The existence of the right to life depends on the existence of the right to health. Not only solid training but also alertness and dedication are what are needed most. Protecting human health and the right to a healthy life is only possible with effective health care. It's safe to say that healthcare reform is generally driven by financial management. The behavior expected from management is to integrate resources into the operational process economically and efficiently. According to some researchers, significant technological changes in the health sector and the increasing demand for health services have increased the need for resources in this sector and made it necessary to use existing resources more efficiently. On the other hand, the increasing competition from administratively and financially independent public health institutions and the increasing demand for health services due to the increasing interest in the health sector have made it necessary to implement financial strategies in hospitals, especially in this field.

Especially in hospitals, managing financial statements and data and taking the necessary steps regarding these issues are the responsibilities of the Ministry of Health and hospital managements. A financially successful business is an organization that can gather the capital required to continue its operations, finance its business resources to the desired level, and invest in debt and equity in a balanced manner. It has been understood that this will be possible if hospitals are aware of their ability to pay their debts and working capital, the adequacy of long-term obligations, the level of effective use of existing assets, the

implementation of financial strategies for equity management and bringing under the control of these variables.

Turkey has recently attracted all the attention with its investments in the field of health and especially the city hospitals it has established. While the already weak health systems of countries that did not attach much importance to the health sector, especially in Europe, collapsed during the pandemic, Turkey's health system is based on this process at this point. Even though allocating more resources to the health sector in the budget may seem positive in recent times, the lack of sufficient production and production-oriented investments in the field of health in our country and import the equipment, medicines and similar items needed in the field of health cause not only prevent health investments but also cause money to go out of the country. As a result, although the steps taken by Turkey in the field of health are positive, it is known that the lack of production-oriented health investments and the adoption of an import substitution solution negatively affect the health sector economy.