T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKTİSAT POLİTİKASI BİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Doktora Tezi

NİHAL KALAYCI OFLAZ

İstanbul, 2018

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKTİSAT POLİTİKASI BİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Doktora Tezi

NİHAL KALAYCI OFLAZ

Danışman: PROF. DR. NADİR EROĞLU

İstanbul, 2018

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ONAY BELGESİ

İKTİSAT Anabilim Dalı İKTİSAT POLİTİKASI Bilim Dalı DOKTORA öğrencisi Nihal Kalaycı Oflaz'nın TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 13.12.2017 tarih ve 2017-34/41 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği / ~~oy çokluğu~~ ile Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi ...10.../...1.../...2018

Öğretim Üyesi Adı Soyadı			**İmzası**
1.	Tez Danışmanı	Prof. Dr. NADİR EROĞLU	
2.	Jüri Üyesi	Prof. Dr. N.ALKAN SOYAK	
3.	Jüri Üyesi	Prof. Dr. SİNAN ALÇIN	
4.	Jüri Üyesi	Prof. Dr. SUAT OKTAR	
5.	Jüri Üyesi	Prof. Dr. KEREM ALKİN	

GENEL BİLGİLER

İsim ve Soyadı : Nihal KALAYCI OFLAZ
Anabilim Dalı : İktisat
Programı : İktisat Politikası
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nadir EROĞLU
Tez Türü ve Tarihi : Doktora – Ocak 2018
Anahtar Kelimeler : Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Politikası

ÖZET

Türkiye'de de Dünya ile paralel olarak sağlık harcamalarının artış göstereceği ve artan sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda kamu bütçesindeki açıkları artıracağı yönünde bir beklenti hâkimdir. Kamu mali bütçesinden sağlık harcamaları için ayrılan payın artış göstermesi önemli bir gösterge olmakla birlikte, özellikle sosyal güvenlik kurumlarının bütçe açığı vermesi sonucu sağlık harcamalarına yönelik tasarruf tedbirleri önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanabilmesi ve giderek artan sağlık harcamalarının bütçe üzerinde oluşturduğu yükü azaltabilmek için bu çalışmada bir sağlık politikası aracı olarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önerilmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık harcamalarında neden olduğu artışın, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ekonomiye kazandırılması yanında sağlık okuryazarlığı bilincinin yaygınlaşmasıyla önlenebilir sağlık harcamalarından elde edilen kazanımlarında önemi artmaktadır. Bunun nedeni yetersiz sağlık okuryazarlığının tıbbi yanlışlıklar kadar, önlenebilir sağlık bakım harcamalarıyla ülke ekonomisi için ciddi ekonomik kayıplara neden olmasıdır.

GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Nihal KALAYCI OFLAZ
Field : Economics
Programme : Economic Policy
Supervisor : Prof. Dr. Nadir EROĞLU

Degree Awarded and Date : PhD- January 2018
Keywords : Health Literacy, Health Economics, Health Policy

ABSTRACT

In Turkey, there is an expectation that health expenditures will increase in parallel with the World and that increased health spending will increase deficits in the public budget in the coming years. Though the increase in the share of health expenditures from the public financial budget is an important indicator, the saving measures for the health expenditures of the social security institutions, especially the budget deficit, have begun to gain importance. It is proposed to improve health literacy as a means of health policy in this work in order to ensure effectiveness in health care services and to reduce the burden on the budget of increasing health expenditures. Increase in the incidence of inadequate health literacy in health spending has increased the importance of achieving economic gains through the development of health literacy as well as the gains from preventable health expenditures by the spread of health literacy awareness. This is because inadequate health literacy leads to serious economic losses for the country's economy, as well as medical errors, with preventable healthcare spending.

ÖNSÖZ

Türkiye için oldukça yeni bir yaklaşım olan sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili düzey ve yaygınlık araştırmaları daha yeni yeni yapılırken ekonomik maliyetleri üzerine bir araştırma yapmanın çok zor olduğunu ifade etmem gerektiği kanaatindeyim. Değişimi kabullenmek zordur fakat yenilenmekte bir zorunluluktur. Bu gerçekten hareketle toplumda "sağlık okuryazarlığı"nın geliştirilmesinin yaygınlaşamayacağı yönündeki ön yargıların kırılarak, değişimin sağlanması yönünde adımlar atılmasını umut ediyor ve bu araştırmanın yeni yapılacak olanlar için cesaret verici bir girişim olmasını diliyorum. Unutmayalım ki hastalıkları önlemek tedavi etmekten her zaman için daha iyi bir seçenektir.

Bu tez çalışmasını yürüttüğüm süre içerisinde verdiği cesaret ve motivasyon yanında, kazandırdığı bakış açısı ve tecrübelerinden sonuna kadar istifade ettiğim çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nadir EROĞLU'na, doktora eğitimim için beni teşvik eden ve manevi desteğini üzerimde her zaman hissettiğim Prof. Dr. Ömer CERAN'a özellikle şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmalarım boyunca istifade ettiğim çok kıymetli önerilerinden ve manevi desteklerinden dolayı Prof. Dr. Sinan ALÇIN'a, Prof. Dr. Kerem ALKİN'e, Doç. Dr. Nihat ALAYOĞLU'na, Doç. Dr. Nurullah GÜR'e ve Yrd. Doç. Dr. Yurdagül MERAL'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu süreci yürütürken hep yanımda olan ve cesaretimin her kırılışında beni yüreklendiren sevgili eşim Fikret OFLAZ'a, Annem Emine KALAYCI'ya, Babam Yaşar KALAYCI'ya ve sevgili kardeşlerim Neslihan ve Aysel KALAYCI ile ikinci ailem Zeki, Ayfer ve Sinem OFLAZ'a, tez çalışmam sırasında destekleri ile hep yanımda olan çok değerli çalışma arkadaşlarım Derya GÜL'e, Merve GENÇKAL'a, Kevser MERCAN'a, Göknil ERBATU'ya, Olcay ÖZEN'e, Faruk AYDIN'a, Yrd. Doç. Dr. Esra CEZLAN'a ve kıymetli dostum Seyhan YAMAN'a ve adını buraya sığdıramadığım tüm sevdiklerime anlayış, sabır ve manevi desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Nihal KALAYCI OFLAZ

İstanbul, 2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TABLO LİSTESİ V

ŞEKİL LİSTESİ ..... Vİİ

KISALTMALAR ..... İX

GİRİŞ 1

1. SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1.SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HAKKI 5

1.1.1. Sağlık Hakkının Yasal Çerçevesi 7

1.1.2. Uluslararası Konferanslar ve Evrensel Bildiriler Çerçevesinde Sağlık Hakkı 12

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA DEVLETİN ROLÜ 18

1.2.1. Geleneksel Yaklaşımlar 19

1.2.2. Modern Yaklaşımlar 23

1.3. SAĞLIK EKONOMİSİ 30

1.3.1.Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Sağlık Sektörünün Diğer Sektörler ile İlişkisi 35

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Piyasasının Özellikleri 40

1.3.2.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması 40

1.3.2.2. Sağlık Piyasası ve Özellikleri 44

1.3.2.3. Sağlık Hizmetleri ve Piyasa Başarısızlıkları 51

1.3.3. KAMU HARCAMALARININ BİLEŞENİ OLARAK SAĞLIK HARCAMALARI 57

2. SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMI, SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

2.1. SAĞLIK POLİTİKASI VE SAĞLIK SİSTEMİ 64

2.1.1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması 70

2.1.1.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi Politikaları Grubu 73

2.1.1.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Politikaları Grubu 74

2.1.1.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi Politikaları Grubu 74

2.1.1.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi Politikalar Grubu 74

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI 76

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri 82
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Modeller 83
2.2.2.1. Beveridge Modeli 84
2.2.2.2. Bismarck Modeli 84
2.2.2.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli 85
2.2.2.4. Özel Sigorta Modeli 85
2.2.2.5. Cepten Ödeme Modeli 86
2.2.3. Finansman Kaynakları 86
2.2.3.1. Kamusal Finansman Kaynakları 86
2.2.3.2. Özel Finansman Kaynakları 88
2.2.3.3. Diğer finansman Kaynakları 89
2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar 89
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI, SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI
3.1.TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI 91
3.1.1. Sağlık Politikalarında Birinci Dönem (1923-1960) 92
3.1.2. Sağlık Politikalarında İkinci Dönem (1960-1980) 99
3.1.3. Sağlık Politikalarında Üçüncü Dönem (1980-2017) 103
3.1.3.1. Sağlıkta Reform Girişimleri ve Özelleştirme Çabaları (1980-2002) 103
3.1.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2016) 110
3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ 118
3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Türkiye'de ki Örgütlenmesi 119
3.2.2. Türk Sağlık Sisteminin Belirleyicileri 125
3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN FİNANSMANI 132
3.4. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları 137
3.4.1. Sağlık Harcamalarında Uluslararası Karşılaştırmalar 137
3.4.2. Türkiye'de Sağlık Harcamaları 143
3.4.3. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları 146
4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ
4.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLİNCİNİN ORTAYA ÇIKIŞI 159
4.1.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavramsal Modeller 166

4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 170
4.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri ve Ölçümü 174
4.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri 174
4.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Araçları 176
4.3.2.1.Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) 176
4.3.2.2.Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA) 176
4.3.2.3.Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA) 177
4.3.2.4.En Yeni Hayati Bulgu Testi (NVS) 177
4.3.2.5.Yetişkin Okur Yazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (NAAL) 178
4.3.2.6. Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLQ) 179
4.3.2.7. HLS-EU Anketi 179
4.4. Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler 180
4.4.1. Demografik, Toplumsal ve Sosyal Faktörler 181
4.4.2. Sağlık Sistemi İle İlgili Faktörler 185
4.4.3. Ekonomik Faktörler 186
4.5. Küresel Organizasyonların Sağlık Okuryazarlığına Yaklaşımı 188
4.6. Dünya'da Sağlık Okuryazarlığı 194
4.6.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi Politikalarının Uygulandığı Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı 194
4.6.1.1. ABD'de Sağlık Okuryazarlığı 194
4.6.1.2. Çin'de Sağlık Okuryazarlığı 199
4.6.1.3. Hindistan'da Sağlık Okuryazarlığı 200
4.6.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Politikalarının Uygulandığı Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı 201
4.6.2.1. Kanada'da Sağlık Okuryazarlığı 201
4.6.2.2. Japonya'da Sağlık Okuryazarlığı 202
4.6.2.3. İsviçre'de Sağlık Okuryazarlığı 202
4.6.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sisteminin Uygulandığı Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı 203
4.6.3.1. Birleşik Krallık'ta Sağlık Okuryazarlığı 203
4.6.3.2. Avustralya'da Sağlık Okuryazarlığı 205
4.6.3.3. Yeni Zelanda'da Sağlık Okuryazarlığı 205
4.6.3.4. İtalya'da Sağlık Okuryazarlığı 206
4.6.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı 206

4.7. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Devletin Rolü 207
4.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Piyasa Unsurları 210
4.8.1. Sağlık Hizmeti Sunucuları Açısından Sağlık Okuryazarlığı 212
4.8.2. Sağlık Hizmeti Talep Edenler Açısından Sağlık Okuryazarlığı 213
4.8.3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ile İlişkisi 214
5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI: MALİYET TAHMİN YÖNTEMİ İLE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ
5.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 216
5.2. MALİYET TAHMİN YÖNTEMİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ 225
5.2.1. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri 226
5.2.1.1. Maliyet Minimizasyon (Cost Minimization) Analizi 228
5.2.1.2. Maliyet Fayda (Cost Benefit) Analizi 228
5.2.1.3. Maliyet Yararlanım (Cost-Utility) Analizi 229
5.2.1.4. Maliyet Etkililik Analizi 230
5.2.1.5. Hastalık Maliyet Çalışmaları 232
5.3. Sağlıkla İlgili Maliyetler 232
5.4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Maliyetler 234
5.5. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Ekonomik Değerleme Yöntemleri 235
5.6. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığının Maliyet Tahmini 241
5.6.1. Yöntem 241
5.6.2. Kısıtlar 241
5.6.3. Veriler 242
5.6.4. Yıllık Tahmin Yöntemi 248
5.6.5. Şimdiki Değer Tahmin Yöntemi (Uzun Vadeli Tahminler) 254
5.6.6. Sağlık Okuryazarlığı Maliyetleri ve Sağlık Harcamaları 257
5.6.7. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi 260
SONUÇ 265

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: OECD Sağlık Hizmeti Finansman Kaynakları ve Ödeme Metotları İlişkisi.... 71

Tablo 2: Sağlık Sistemleri ve Sağlık Sistemi Politikalarının Sınıflandırılması..... 75

Tablo 3: Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967-2015..... 124

Tablo 4: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi..... 126

Tablo 5 : Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması 127

Tablo 6: Mortalite oranı, Bebek (1.000 canlı doğumda) 128

Tablo 7: Anne ve Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda) 129

Tablo 8: Sosyal Güvenlik Kapsamı (5510 Sayılı Kanunun 4-1/a, 4-1/b, 4-1/c Maddesi Kapsamında) 2012-2016..... 133

Tablo 9: GSS Kapsamı ve Katkı Oranları 135

Tablo 10: Kamusal Sağlık Harcamalarının Oranı, 2014..... 137

Tablo 11: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (%), 2010-2015..... 146

Tablo 12: Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları, (Milyon TL) 147

Tablo 13: Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının GSYH'a Oranı, (%) 147

Tablo 14: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Bütçesinin GSYİH Payı, (%), Milyon TL, (2002-2016)..... 150

Tablo 15 :Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Hizmet Sunumu Finansmanı (2016) (Milyon TL)..... 151

Tablo 16: Aile Hekimliği Harcamaları ve Muayene Sayısı, 2005-2015 152

Tablo 17: Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi (Milyon TL)..... 153

Tablo 18: Sosyal Güvenlik Kurumuna Yapılan Bütçe Transferleri (2003-2016), Bin TL 154

Tablo 19: Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Türüne/Yıllara Göre Dağılımı, Milyon TL 155

Tablo 20: Sağlık Okuryazarlığının Sağlığın Üç Alanına Uygulanan Dört Boyutu 167

Tablo 21: Değerlendirme Skoru 178

Tablo 22: AB'de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Oranı 183

Tablo 23: Genel Sağlık Okuryazarlığının Yüzdesel Dağılımı (7795 Katılımcı İçin)... 190

Tablo 24: Sağlık Okuryazarlığının Yetersizliğinin Neden Olduğu Ekonomik Kayıplar 214

Tablo 25: Sağlık Bakanlığı (2013-2017) Stratejik Plan Maliyeti (TL) 221

Tablo 26: Sağlık Okuryazarlığının Neden Olduğu Doğrudan ve Dolaylı Sağlık Maliyetleri 234

Tablo 27: Sağlık-Sen ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Okuryazarlığı Çalışmalarının Karşılaştırılması 244

Tablo 28: Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları 246

Tablo 29: Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyine Karşılık Gelen Yetişkin Nüfus (2015) 246

Tablo 30: Düşük Sağlık Okuryazarlığından Kaynaklı Maliyetlerin Hesaplanışı 251

Tablo 31: Türkiye'de Düşük Sağlık Okuryazarlığına Bağlı Sağlık Maliyetlerinin Yıllık Tahmini,TL 251

Tablo 32: İl Bazında Düşük Sağlık Okuryazarlığından Kaynaklanan Maliyetlerin Tahmini, TL 253

Tablo 33: Sağlık Okuryazarlığının Bugüne İndirgenmiş Maliyetleri, TL 256

Tablo 34: Hane Halkı Tüketim Harcamalarından Ayrılan Paya Göre Sağlık Okuryazarlığı (İBBS-1 Sınıflandırmasına Göre) 257

Tablo 35: Hane Halkı Tüketim Harcamalarından Ayrılan Pay, Eğitim Düzeyi ve SO İlişkisi 258

Tablo 36: Yıllar ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler 260

Tablo 37: Sağlık Hizmetleri Kullanımı İstatistikleri, Türkiye..... 262

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Ekonominin Genel İşleyişi 30
Şekil 2: Ekonomik Optimizasyon 33
Şekil 3 : Sağlık Ekonomisinin Kapsamının Şematik Gösterimi 36
Şekil 4: Sağlık Sektörü ve Ekonominin Geri Kalan Kısmının İlişkisi 38
Şekil 5: Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Stratejiler ve Eylem Planları 43
Şekil 6: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Taraflar 45
Şekil 7: Sağlık Hizmetleri Talep Eğrisi ve Talep Eğrisindeki Kaymalar 48
Şekil 8: Sağlık Hizmetleri Arz Eğrisi ve Arz Eğrisindeki Kaymalar 49
Şekil 9: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Denge 50
Şekil 10: Dünya Hasılasından Sağlığa Ayrılan Pay (%) 62
Şekil 11: Sağlıkta Politika Döngüsü 66
Şekil 12: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Hedefleri 69
Şekil 13: Evrensel Sağlık Kapsamı 77
Şekil 14: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar 119
Şekil 15: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı 121
Şekil 16: DSÖ Bölge Sınıflandırmasına Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi,2015 127
Şekil 17: DSÖ Bölge Sınıflandırmasına Göre Neonatal Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda), 2015 130
Şekil 18: Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması, (%), Türkiye 131
Şekil 19: Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar 136
Şekil 20: Gelir Gruplarına Göre Sağlık Harcamaları, 2014 139
Şekil 21: Bölge Gruplarına Göre Sağlık Harcaması 140
Şekil 22: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH'daki Payı (%) (2015) ... 141
Şekil 23: Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması (%), 2014 142
Şekil 24: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Kamu Cari Sağlık Harcaması, (SGP ABD $), 2014 143

Şekil 25: Toplam Sağlık Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı 144
Şekil 26: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), (TR) 145
Şekil 27: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, TL, Türkiye145
Şekil 28: Toplam Kamu Sağlık Harcamaları 146
Şekil 29: Yıllara ve Referans Türüne Göre İlaç Harcamalarının Dağılımı (%) 148
Şekil 30: Yıllara ve Yerli/İthal Durumuna Göre İlaç Harcamalarının Dağılımı (%), TR 149
Şekil 31: Yıllara Göre Faiz Dışı Harcamalar ve 149
Şekil 32: Özel Kesimin Toplam Sağlık Harcamaları, Milyon TL 155
Şekil 33 :Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık 156
Şekil 34: Yıllara Göre Kişi Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Reel, TL, ... 156
Şekil 35: Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri 163
Şekil 36: Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Kavramsal Model 167
Şekil 37: Sağlık Okuryazarlığının Çerçevesi 168
Şekil 38: Sağlıkla İlgili Basılı ve Sözlü Okuryazarlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli ve Sağlık Sonuçları 169
Şekil 39: Sağlık Okuryazarlığının Paydaşları 172
Şekil 40: IOM'un Sağlık Okuryazarlığı Modeli, Potansiyel Müdahale Alanları 181
Şekil 41: Sağlık Okuryazarlığının Ekonomiye Olan Döngüsel Etkileri 187
Şekil 42 : Penisilin Piktogramı 192
Şekil 43: Tedavi Sonucu Elde Edilen QALY Kazancı 229
Şekil 44: Maliyet Etkililik Düzlemi 231
Şekil 45: Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri 243
Şekil 46: Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi 243
Şekil 47: Amerika'nın NAAL (2003) Sağlık Okuryazarlığı Verileri 245
Şekil 48: Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Yetişkinlerin Yüzdesi: 2003 (n=19.000) 245
Şekil 49: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurum/Kuruluşlarına Müracaat Oranı (%) 261

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKP	Ak Parti
Bkz.	Bakınız
BBYKP	Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
BBYSP	Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı
Çev.	Çeviren
DALY	Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı
Drl.	Derleyen
DB	Dünya Bankası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DP	Demokrat Parti
FAO	Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
FIP	Uluslararası İlaç Federasyonu
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
IBRD	Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası
ILO	Uluslararası Çalışma Teşkilatı
IOM	Institute of Medicine
İBBS	İstatistiki Bölge Sınıflandırması
IMF	International Monetary Funds
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MF	Marjinal Fayda
MM	Marjinal Maliyet
OECD	Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
PIAAC	Yetişkinlere Yönelik Yeterliliklerin Uluslararası Değerlendirmesi
s.	Sayfa
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGGM	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Örgütü
QALY	Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı

GİRİŞ

Bir ülkenin sağlığa yönelik tercihleri kadar sağlığa yönelik bu tercihlerin bireysel farkındalığı ve bireyler tarafından sorgulanması da oldukça önemli bir faktördür. İnsanların büyük çoğunluğu sağlığına, sağlığa yönelik haklarına ve sağlık sisteminin bütününe karşı bilinçli tercihler yapamamakta ve dolayısı ile davranışsal faktörlerin sağlık sistemi üzerindeki etkilerinin de farkına varamamaktadır.

Söz gelimi yüzde kaçımız rutin kanser taraması yaptırıyoruz? Kolesterol, tansiyon ve diyabet ölçümlerimizi ne sıklıkla takip ediyoruz? Beden kitle endeksini düzenli ölçümleyen ve hareketli yaşam tarzını benimseyenlerin oranı genel nüfus ile kıyaslandığında yüzde kaçları buluyor? Diyetimize ve tüketilen hazır gıdaların gıda etiketlerine ne kadar dikkat ediyor ve üzerinde yazılanları ne kadar anlıyoruz? Ülkedeki sağlık sisteminden ve sağlığa yönelik haklarımızdan toplumun yüzde kaçı haberdar? Sağlık hizmetlerinden ya da sağlık hizmeti sunanlardan (hekim dâhil) yüzde kaçımız memnuniyetsizliğini dile getirebiliyor? Yüzde kaçımız hekim ve hekim dışı sağlık personeli ile olan diyaloglarımızda bize anlatılanların tamamını anlıyor ve uygulayabiliyoruz? Yüzde kaçımız verilen ilaçların dozajını ya da kullanım sıklığını doğru ayarlayabiliyoruz? Tüm bu soruların cevapları bir ülkede kimin ne kadar yaşayacağını, kimin zamanında ve kimin vakti gelmeden öleceğini de belirliyor aslında…

Bugün Dünya çapında sağlığın geliştirilmesi ve sağlık bilincinin oluşturulması için birey temelli uygulamalara odaklanılmış ve bu kapsamda sağlık okuryazarlığı kavramı gündeme gelmeye başlamıştır. Sağlık okuryazarlığı, bireylere kendi sağlık kararları ile ilgili doğru tercihlerde bulunma yetisinin kazandırılması yanında tıbbi bilgileri doğru anlama, yorumlama ve sağlığı ile ilgili uygun kararları verecek davranışlar geliştirmesinin sağlanmasını ifade etmektedir. Yalnızca bireysel bir sorumluluk olarak algılanmaması gereken sağlık okuryazarlığı bireyden başlayarak çok paydaşlı bir katılım ile tüm toplumda sağlık bilincinin geliştirilmesi yaklaşımıdır.

Bireylerin demografik özellikleri, genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, hastalıkları yönetme şekli, sosyoekonomik özellikleri gibi pek çok faktör ile ilişkilendirilebilen sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersizliği elde edilen bulgulara göre sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların aşırı ya da gerektiği gibi kullanılmamasına neden olmaktadır. Bu bağlamda sağlık harcamalarındaki artışın kamu bütçesi üzerinde yarattığı finansal riski azaltma yönünde bir tasarruf tedbiri olarak da sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları içerisindeki göreli büyüklüğünü saptamak ve sağlık harcamalarına olan etkileri ile ilgili durum tespiti yapmaktır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin sağlık harcamalarında neden olduğu ilave artışların daha verimli alanlarda kullanımının sağlanabileceği bu çalışmanın temel savıdır.

Bu çalışma, savımızın doğruluğunu sorgulamak üzere incelenmesini gerekli bulduğumuz beş temel bölümden oluşturulmuştur. Bu anlayış ile oluşturulan tezimizin birinci bölümünde; geleneksel bir yaklaşım ile önce insan varlığı için oldukça önemli olan sağlık nedir, bir hak mıdır? Yoksa devletler için bir yükümlülük müdür? Bu soruların cevapları Anayasalar, evrensel bildiriler ve devletin bu bağlamdaki rolü çerçevesinde cevaplanmaya çalışılacaktır. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı sağlığa yönelik bir hak olarak değerlendirilebilir mi? Sağlık hakkına paralel olarak bu bölümde cevaplanmasını hedeflediğimiz sorulardan biridir. Bu amaçla sağlık okuryazarlığının kavramsal olarak ele alınmaya başladığı uluslararası konferanslardan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı gelişmiş bireyler, kendilerine tanınan sağlığa yönelik mevcut haklarının bilincindedirler. Bireylerin sağlık sistemini sorgulamaları ve sağlık sistemine yönelik yasal haklarının farkında olması kadar, bu hakların bireylere tanınması ve yasal düzlemde korunması da oldukça önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bu bölümde sağlığın bir hak olduğundan hareketle devletin sağlık hizmetlerini sağlamadaki rolü üzerinde durulmuştur. Bu bölümde ayrıca sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki teorik olarak incelenmiştir. Teorik bilgiler çerçevesinde ekonominin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olabilecek yanları ortaya konmaya

çalışılmıştır. Sağlık sektörünün diğer sektörler ile ilişkisi ve sağlık ekonomisinin kapsamı analiz edilmiştir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin özelliklerine ve sağlık sektörünün sağlık piyasası ile ilişkili özelliklerine değinilmiştir. Kamusal bir harcama türü olarak sağlık harcamalarının özelliklerine ve sağlık harcamaları ile ilgili sınırın ne olması gerektiğine yönelik analizler yapılmıştır.

Sağlık okuryazarlığı, klinik süreçler ve halk sağlığının da ötesinde bir bütün olarak sağlık sistemini, sağlığa ilişkin hakları bilme ve sorgulama açısından da oldukça önemlidir. Bir sağlık sistemi içerisinde bireylerin ne kadar zaman geçirdiği ve sağlık sisteminin bireylere eşit fırsatlar sunması da iyi işleyen bir sağlık sisteminin en önemli özelliklerinden biridir. Bu nedenle İkinci bölümde, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin sağlık politikaları ve ekonomi ile olan ilişkisini sorgulamak üzere sağlık politikası kavramına yer verilmiş, ek olarak sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiğine yönelik kavramsal çerçeve açıklanmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ve kaynakları üzerinde durulmuştur.

Teorik çerçevesi anlatılan sağlık sistemi, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanının Türkiye'de pratikte nasıl uygulandığı üçüncü bölümde anlatılmış ve bu bölümde Türkiye'nin sağlık harcamalarına yer verilmiştir. Ülkemizde dönemsel olarak uygulanan sağlık politikalarına ve bu politikaların ekonomik ardıllarına yer verilmiş, Türk sağlık sisteminin özelliklerine değinilmiştir. Ekonomide yaşanan iniş çıkışların sağlık sektörü üzerindeki etkileri anlatılmıştır. Bu bölümde sağlık politikaları Cumhuriyetin ilanını takiben üç temel döneme ayrılarak incelenmiştir. Her dönemin kendi ekonomik özelliklerine ek olarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için yürütülen faaliyetlere de yer verilmiştir.

Dördüncü bölüme kadar verilen temel bilgilerden sonra bu bölümde sağlık okuryazarlığının kavramsal temellerine yer verilmiş, sağlık okuryazarlığı bilincinin nasıl doğduğu ve neden önem kazandığına değinilmiştir. Dünya çapında sağlıkla ilişkili olarak farkındalığın artmaya başladığı "sağlık okuryazarlığı" kavramının nasıl ölçümlendiğine ve yapılan ölçümlemelere bağlı olarak hangi düzeylerden oluştuğuna değinilmiş, geliştirilen ölçüm araçlarına yer verilmiştir.

Sağlık okuryazarlığına etki eden demografik, toplumsal, sosyal faktörler yanında, sağlık sistemi ile ilgili faktörler ve ekonomik faktörler açıklanmıştır. Küresel düzeyde sağlığa etki eden kuruluşların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilgili yaklaşımları yanında Dünya'da sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan faaliyetlere değinilmiştir. Bu değerlendirmeler yapılırken bu ülkelerde uygulanan sağlık sistemlerine göre gruplandırılmasına dikkat edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde devlete düşen rollerin tartışıldığı bu bölümde sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ile olan bağlantısını değerlendirmek üzere sağlık piyasası ile ilişkilendirilmiş, sağlık hizmeti talep edenler ve sağlık hizmeti sunucular açısından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına neler yapılacağı tartışılmıştır. Bu bölümde sağlık harcamaları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin kurulmasına çalışılmıştır.

Beşinci bölümde, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı kavramının gelişimi ele alınmış ve bu kapsamda yürütülen çalışmalara yer verilmiştir. Bu bölümde ayrıca sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemlerine yer verilmiş, sağlık ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olan maliyetler açıklanmıştır. Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları üzerine olan etkilerini analiz edebilmek amacıyla bir maliyet tahmin modelinden yararlanarak sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlık harcamaları içerisinde kısa ve uzun vadeli maliyetlerinin ne olabileceğine yönelik bir çalışma yürütülmüştür. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyine bağlı olarak Türkiye'deki sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları mevcut veriler çerçevesinde değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK EKONOMİSİ

Bir an için evrendeki herkesin sağlıklı olmalarını sağlayan temel gereksinimlerinin hiç karşılanmadığını, temel besin kaynaklarına ya da temiz suya erişilemediğini (ki bugün Afrika gibi bu gereksinimlere ulaşmakta zorlanan ülkeler mevcut), bulaşıcı hastalıkların hızla yayıldığını ve buna bağlı olarak ölümlerin arttığını, anne ve çocuk ölümlerinin sürekli artış gösterdiğini düşünün. Dünya kesinlikle bugünkü durumundan çok farklı olurdu. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bedenin kusurlu olmaması olarak tanımlanan sağlıklı olma hali, insan yaşamı için oldukça önemlidir[1]. Sağlığın kavramsal olarak ifade ettiği anlamdan yola çıkarak sağlık bireyler için bir hak olarak ele alınabilir mi? Bu bölümde, bu sorunun cevabı devletlerin sağlığa olan yaklaşımının yasal düzlemde ele alınışından hareketle açıklanacaktır. Bölümün ana teması olan sağlık okuryazarlığına sağlık hakkı gibi bir hak kapsamında yaklaşılabilir mi? Yine uluslararası konferanslardan elde edilen bilgiler doğrultusunda aktarılacaktır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolü ve sağlık ekonomisi ile ilgili teorik çerçeveye yer verilmiştir.

1.1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HAKKI

Bir canlının yaşamını devam ettirebilmesinin ilk ve en önemli şartı olan sağlık için pek çok tanımlama yapılmak ile birlikte sıklıkla kullanılmakta olan birkaçına bu bölümde yer verilmiştir. Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında; *"Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu"* olarak ifade edilmiştir[2].

Biyolojik açıdan ele alınan tanımlamasına göre: *"Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifre bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş*

---

1 Alev Akbal, "Sağlığın Değişen Anlamı", Aytül Kasapoğlu (Ed.), **Madalyonun İki Yüzü Hastalık ve Sağlık**, Ankara: Phoenix, 2008, s.41.

2 WHO, **Basic Documents**, Fourty Seventh Edition, Switzerland: WHO Press, 2009, http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf, (07.01.2016), s.1.

maddesel örgütlenişin, bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir" şeklinde ifade edilmektedir[3].

Tıp bilimine göre ise; *"Sağlık, hekimler tarafından tıbbi olarak incelendiği zaman hastalığın oluşturduğu klinik bulgular bulunmayan ve biyolojik kuramlar ışığında fizyo-psikolojik denge durumuna sahip olunmasıdır"* şeklinde ifade edilmektedir[4].

İnsan sağlığına tehdit unsuru oluşturan etkenlerin bertaraf edilmesi adına politika yapıcılar, yerel ve küresel iş birlikleri ile *"Herkes için Sağlık"*, *"Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri"*, *"2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"*, *"Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı"* gibi evrensel refahı artırmaya yönelik girişimler ile çeşitli önlemler almaktadırlar. Bugün gelinen noktada ekolojik, kültürel ve genetik pek çok faktörün sağlığa etki etmesinden hareketle giydiğimiz kıyafetlerden tutun, tükettiğimiz gıdalara ve içtiğimiz suya kadar her şey belirli standartları sağlamaları koşuluyla insanların kullanımına sunulur hale gelmiştir.

Toplumların sağlık düzeyinin geliştirilmesi adına kuşkusuz en büyük rol devlete düşmektedir. Çünkü sağlık düzeyi düşük olan, sağlığı korunmayan ve sağlık sorunlarına çözüm üretilemeyen toplumlarda diğer temel insan haklarının mevcudiyeti de sorgulanması gereken bir gerçekliktir[5]. Dolayısıyla, sağlık hizmetinin devlet eliyle sunulması ve devletin bu alanda geliştirdiği politikaların etkinliği hem sosyal refah devleti anlayışının geliştiğinin hem de o ülkenin gelişmişlik derecesinin önemli göstergelerinden biridir[6]. Devletler sağlığı bir hak olarak korumak için yasalar ile bu hakkı güvence altına almak durumundadır. Nasıl mülki haklar yasa ile korunmadığında anarşinin doğması tehdidi söz konusu ise sağlıkta yasalar ile korunmadığında bu hakkın gasp edilmesi ve beraberinde çok daha büyük sorunları getirmektedir. Bu durumu yalnızca tedavi alabilme hakkı açısından değerlendirmemek gerekiyor. AIDS gibi, uyuşturucu bağımlılığı gibi insan sağlığını tehdit eden hastalık ve bağımlılığı önleyen yasaların varlığı da sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından son derece önemlidir.

---

[3] İlker Belek, **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, İkinci Baskı, İstanbul, Sorun Yayınları,1998, s.25.

[4] Osman Gazi Aksoy, "Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Cilt.2, Sayı. 40, Temmuz-Ağustos 2001, s.1804.

[5] İbrahim Şahbaz, "Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı", **TBB Dergisi**, Sayı: 86, 2009, s.408.

[6] Emine Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014, s.16.

1.1.1. Sağlık Hakkının Yasal Çerçevesi

Sağlık, birey için mutlu bir hayatın devamlılığını sağlayan en temel ihtiyaçlardan biri ve doğumu ile kazanmış olduğu bir haktır ve bu hak çoğu ülkede anayasalar ile desteklenmektedir. Bugün dünya üzerindeki 193 ülke sağlık hakkını çeşitli düzeylerde tanımaktadır. Anayasalarında sağlık hakkını kabul eden ülke sayısı 109, sağlık hakkını içeren bölgesel sözleşmeleri imzalayan ülke sayısı 83 ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası sözleşmesini imzalayan ülke sayısı 142'dir[7].

Sağlık hakkının II. Dünya savaşı sonrası yasal düzlemde korunmaya başlamasıyla devletlere önemli yükümlülükler getirilmiş ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin herkese eşit bir biçimde sağlanması söz konusu olabilmiştir. Maliyetlerinin yüksek oluşu nedeniyle devletlerin katkı payı almadan sağlamayı çok arzu etmediği sağlık hizmetleri sosyal devlet olmanın en temel ilkelerinden biri olarak nitelendirilebilir[8]. Bu bölümde, çoğu ülkede II. Dünya savaşı sonrası anayasalar ile korunmaya başlanan sağlık ve sosyal güvenlik hakkına yönelik bazı devletlerin Anayasalarından örneklere ve sağlık hakkını içeren anayasal sözleşmelere değinilmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke anayasalarından alıntılara yer verilerek sağlığı ele alış biçimleri değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık hakkının, hukuki bir norm olarak ele alınışının izlerine, İnsan hakları ve demokrasi adına atılmış en önemli adımlardan biri olan Büyük Özgürlükler Fermanında (Magna Carta Libertatum, 1215) rastlamak mümkündür. Temel insan haklarından biri olan sağlık hizmetlerini karşılama görevi bu ferman ile devlete bırakılmıştır. Büyük Özgürlükler Fermanı'nın *"Gelecekte hayatı ve vücudu ilgilendiren ilam ve istidalar için para ödenmeyecek ve kabul edilmeyecek, bunlar reddedilmeyecek ve parasız verilecektir"*[9] maddesi bu düşünceyi kanıtlar niteliktedir.

Büyük Özgürlükler Fermanından sonra sağlık hakkına yer veren en önemli belgelerden biri DSÖ'nün 1946 tarihli anayasasıdır[10].

---

7 TOSAGEM, **Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap**, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42526/10/9241545690_tur.pdf, (12.05.2016), s.10.

8 Tarık Gümüş, **Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü**, 1. Baskı, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2010, s.344-346.

9 Ersan İlal, "Magna Carta", **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, Cilt 34, Sayı 1-4, 1968, s.219.

10 İzzet Mert Ertan, **Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı**, 1. Baskı, İstanbul: Legal Hukuk Kitapları Serisi:204, 2012, s.12.

DSÖ'nün 1946 tarihli anayasasında yer alan;

> *"Sağlık bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumudur ve yalnızca hastalık ya da maluliyet yokluğu değildir. Ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma, ırk, din, siyasi görüş, ekonomik ya da sosyal durum farkı gözetilmeksizin her insanın en temel haklarından biridir*"

maddesi ile sağlık bir hak olarak düzenlemiştir[11]. DSÖ'nün *"Sağlık Hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir"*[12] şeklindeki tanımı ise sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletin rolünü vurgulamıştır. Bu tanıma göre, Devlet anayasal bir hak olarak vatandaşlarına sağlık hizmetlerini sağlamak ve sunmak ile yükümlü kılınmıştır.

İnsan haklarının, hukukun üstünlüğü ile korunmasının zorunlu olduğunun fark edilmesiyle temel insan haklarını güvence altına almak amacıyla, 1948 yılında "*İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi*" kabul edilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin sağlık hakkını düzenleyen 25. Maddesinde;

> *"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. 2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar"*[13]

ibareleri ile sağlık hakkı güvence altına alınmıştır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde yer alan ifadelerde sağlık hakkına ilişkin iki kritik vurgu yapılmıştır. Bunlardan ilki; herkesin tıbbi bakım hakkının oluşu, ikincisi; herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunun altının çizilmesidir. Sosyal güvenlik ile ilişkili olarak kapsayıcılığa yapılan vurgunun devlete önemli sorumluluklar yüklediği ifade edilebilir.

Türkiye'nin 2000 yılında imzaladığı ve sağlık hakkının tanımına ve kapsamına ilişkin hukuki gücü yansıtan ve bu hakkı hukuki bir norm olarak ele alan *"Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi"*de sağlığı bir hak olarak görmesi yönüyle oldukça önemlidir[14]. Bu sözleşmenin 12. Maddesinde sağlık hakkının

---

11 Ertan, s.13-14.

12 Fazıl Tekin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu", **3.Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu**, 23-26 Nisan 1987, Gebze, s.56.

13 Uluslararası Temel İnsan Hakları Belgeleri, **İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi**, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/mevzuat_TIHB.htm, (10.05.2016), s.206-207.

14 TOSAGEM, s.9.

gerçekleştirilmesi için alınacak tedbirler sıralanmış hastalık halinde herkese tıbbi tedavi ve bakım koşullarının sağlanması sözleşmenin muhatabı olan tüm devletler için güvence altına alınmıştır[15].

Avrupa Konseyine üye devletlerin hak ve özgürlüklerini güvence altına almak için 1961 yılında imzalanan Avrupa Sosyal Şartı[16] ve 1996 tarihli "Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı'nda sağlık hakkı *"Herkes, ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılacak her türlü önlemden yararlanma hakkına sahiptir"* şeklinde ifade edilmektedir[17]. Ayrıca, Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesinde sağlık hakkını güvence altına alan; *"Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir"* ibarelerine yer verilmiştir[18].

Uluslararası kuruluş ve örgütlerce halklarının sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek sorumluluğunun yüklendiği devletler de bu hakkın korunduğuna yönelik güvenceyi ülkelerinin anayasalarında yer vererek göstermektedir. Örneğin; 1946 tarihli Fransız Anayasası'nın başlangıç hükümlerinde devlet herkesin özellikle de çocuk ve kadınlar ile yaşlı işçilerin sağlığının korunmasını taahhüt etmektedir[19].

Sağlık sektörü serbest piyasa koşullarının ilkeleri doğrultusunda işleyen Amerika ise Amerikan İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisinin (1948) 11. Maddesinde yer alan; "*Her kişi kamunun ve toplumun kaynaklarının elverdiği ölçüde, beslenme, giyim, barınma ve tıbbi bakıma ilişkin olarak sağlık ve sosyal alanlardaki önlemler yoluyla, sağlığın korunmasına hak sahibidir*" ibareleriyle sağlık hakkını tanımaktadır[20]. Tanımda yer alan *"kamusal kaynakların elverdiği ölçüde"* ibaresi sağlık hakkının sunumunda devletin sağlığa yönelik hakları sağlama rolündeki mali sınıra dikkat çekici

---

15 Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası sözleşmesi, Madde 12. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/08/20030811.htm#4, (14.05.2016).

16 Ertan, s.37

17 Avrupa Sosyal Şartı, 1996, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf, (14.05.2016), s.2.

18 Mustafa Sönmez, **Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi**, 2. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap, 2012, s.19.

19 Bülent Nuri Esen, "Fransa Cumhuriyeti Anayasası", **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt:5, Sayı:1-4, 1948, 10.1501/Hukfak_0000000120. (15.05.2016), s.2.

20 Ertan, s.40 ayrıca bkz. "Amerikan İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisi", http://www.canaktan.org/hukuk/insan_haklari/yirminci-yuzyilda/amerikan_insan_haklari.htm (15.05.2016).

niteliktedir. Bu maddeye dayanarak, Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlığa yönelik yasal mevzuatının da ekonomik tercihlerine göre şekillenmiş olduğu söylenebilir.

İsveç'in 1974 tarihli Parlamento Yasasında sağlık, devlet harcamalarından gider alanı olarak ayırmaya karar verdikleri; tedavi hizmetleri, sosyal hizmetler, hastaları ve engellileri kapsayan mali güvence gibi konular ile sınırlıdır[21].

İtalya'nın Anayasasında sağlık ve sosyal bakım ayrı ayrı tanımlanmış ve bu sorumlulukların devlet tarafından kurulmuş olan kurum ve kuruluşlarca destekleneceği belirtilmiştir. Anayasanın 32. maddesinde; *"Cumhuriyet, temel bireysel hak ve toplum yararı olarak sağlığı himaye eder yoksullara ücretsiz tıbbi bakım güvencesi sağlar"* denilerek sağlık hakkının çerçevesi çizilmiştir. 38. Maddede ise; *"İş göremez durumdaki ve yaşamını sürdürebilmek için gerekli kaynaklardan yoksun olan her vatandaş bakım ve sosyal yardım hakkına sahiptir"*[22] ibaresi ile yardıma muhtaç kişileri devletin himaye etmesi zorunluluğundan bahsedilmiştir.

Yunanistan Anayasasının 21. Maddesinde; *"Devlet, vatandaşların sağlığına özen gösterir ve gençlerin, yaşlıların, özürlülerin korunması ve muhtaç durumda olanların bakımı için özel tedbirler alır"*[23] maddesiyle vatandaşın sağlık hakkı ile ilgili sorumluluk devlete bırakılmıştır. İspanya Anayasası'nın 43. maddesinde sağlığın korunması hakkı tanınmış ve halk sağlığını korumak devlete ait bir yükümlülük olarak tanımlanmıştır[24]. Güney Afrika Cumhuriyeti Anayasasının 27. maddesinde, Sağlık, Gıda, Su ve Sosyal Güvenlik başlığı altında; üreme sağlığını da içerecek şekilde sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik devletin mevcut kaynakları ile sağlamakla yükümlü olduğu haklardan biri olarak ifade edilmiştir[25].

Kenya Anayasasının 43. Maddesinde, Ekonomik ve Sosyal Haklar başlığı altında, herkesin en yüksek sağlık standartlarına sahip olma hakkı güvence altına alınmıştır[26].

---

21 TBMM, Karşılaştırmalı **Anayasa Çalışmaları**, Yayın No:4, Ankara: TBMM Basımevi, 2012, s.274.

22 İtalya Cumhuriyeti Anayasası, http://www.adalet.gov.tr/duyurular/2011/eylul/anayasalar/ulkeana/pdf/10-%C4%B0TALYA%20319-354.pdf, (15.05.2016), s. 328-329.

23 TBMM, s.282.

24 Gümüş, s.344-346.

25 TBMM, s.238.

26 TBMM, s.243.

Küba Anayasasında;

> "*Sağlık bakımı ekonomik bir kar aracı değil, temel insan hakkıdır. Bu nedenle bütün sağlık hizmetleri parasızdır ve herkes için eşittir. Topluma sağlık hizmetini sunmak, devletin görevidir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sosyal ve ekonomik gelişmeyle entegredir. Toplum, sağlık sisteminin geliştirilmesine ve yönetimine katılır"*

maddeleri ile sağlık hizmeti temel bir insan hakkı olarak görülmüş ve devletin görevleri arasında sayılmıştır[27].

Türkiye'de ise sağlığın bir hak olarak ele alınışı ve "Sosyal Refah Devleti" kavramının gündeme gelmesi 1961 Anayasası ile söz konusu olmuştur. Bu anayasadan önce 1921 ve 1924 Anayasalarında sağlığın ele alınışı daha çok teşkilat yapısının kurulmasına yönelik olmuştur. Teşkilâtı Esasiye Kanununun 11. Maddesinde *"...Sıhhiye…. İşlerinin tanzim ve idaresi vilayet şuralarının salahiyeti dahilindedir"* ibaresine yer verilmiş ve o dönemde sağlık işlerinin düzenlenmesi ve yönetiminin nasıl olacağından bahsedilmiştir[28]. Cumhuriyetin kuruluşundan sonraki ilk Anayasamız olan 1924 Anayasasında daha çok yasama, yürütme ve yargı alanları tanımlandığından bu Anayasada sağlık hizmetleri ile ilgili bir düzenlemeye yer verilmemiştir. 1961 Anayasasında ise Dünyada yaygınlaşan sosyal refah devleti anlayışı Türkiye'de de yansımalarını bularak, sağlık hakkı "Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler" kapsamındaki yerini almıştır. *"Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır"* ibareleri ile ifade edilen 49. maddede devletin rolü anayasal düzeyde tanımlanmıştır[29]. Türkiye'de 1980'de yaşanan askeri darbe sonrasında Milli Birlik Komitesi yönetiminde geçen 1980-1983 yıllarında sağlık alanında yaşanan gelişmelerden belki de en önemlisi Anayasada yapılan değişiklikler olmuştur[30].

---

27 İlker Belek, **Küba'da Sağlık Sosyalizmin Başarısı**, 3. Baskı, İstanbul: Yazılama Kitabevi, 2015, s.28.

28 **1921 Teşkilatı Esasiye Kanunu**, Kanun No:85, 20 Ocak 1921, Düstur, 3. Tertip, Cilt 1, http://www.anayasa.gen.tr/1921tek.htm, (17.05.2016), s.196-199.

29 **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası**, 31 Mayıs 1961 tarih ve 10816 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10816.pdf, (17.05.2016). s.4204.

30 Ata Soyer, "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", (Elektronik Versiyon) **Praksis**, Kış-Bahar 2009, No:9, (17.05.2016), s.305.

1982 Anayasasının sağlığa yaklaşımı, Anayasanın 56. maddesinde;

> *"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir"*[31]

şeklinde düzenlemiş ve bu kapsamda devlete denetleyici ve düzenleyici bir rol verilmiştir. Kamu kurumlarının sunduğu sağlık hizmetlerinin yanında özel sektör sağlık kurumlarından da yararlanılacağı ifadesinin kullanılması Anayasada ilk kez yer almıştır.

1.1.2. Uluslararası Konferanslar ve Evrensel Bildiriler Çerçevesinde Sağlık Hakkı

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uluslararası nitelikte pek çok konferans düzenlenmiştir. Düzenlenen bu konferanslarda sağlığın bir hak olduğu, sağlık hizmetlerini sağlamada devletin sorumluluğu, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik atılacak adımlar temel çerçeveyi oluşturmaktadır.

1977 yılında otuzuncusu düzenlenen Dünya Sağlık Kurulunda; devletlerin ve DSÖ'nün temel hedefinin tüm dünyada insanların sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir hayat standardına kavuşmasını sağlayacak sağlık düzeyine ulaşması kararlaştırılmış ve bu durum *"2000 Yılında Herkese Sağlık"* olarak adlandırılmıştır[32]. Bu tarihten sonra düzenlenen uluslararası konferansların her biri *"Herkese Sağlık"* amacını gerçekleştirmeye yönelik olarak birbirini tamamlar nitelikte gerçekleştirilmiştir. *"Herkese Sağlık Hedefi"*, tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaştırılması yönündeki çabaların bütünü olarak nitelendirilebilir. Herkese sağlık, tamamen hastalık ya da sakatlık yokluğu demek olmayıp, insanların hastalık ve

---

[31] **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası,** 20 Ekim 1982 tarih ve 17844 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17844.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17844.pdf, (17.05.2016). s.15.

[32] Dünya Sağlık Örgütü, **2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1982, s. 17.

sakatlıklar ile daha etkin müdahale edecek bilgiye erişmeleri ve uygun şartlarda büyümesi, yaşlanması ve ölmesini ifade etmektedir[33].

Herkese sağlık amacını taşıyan konferanslardan ilki Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı (1978)'dır. Bu konferans sonucu yayınlanan Alma Ata Bildirisi ile sağlık temel insan haklarından biri olarak görülmüş, bu hakkın sağlanması için çok paydaşlı bir yaklaşım gerektiği vurgulanmış ve devletin bu görevleri sağlama sorumluluğundan bahsedilmiştir[34]. Konferansta herkese sağlık hedefine ulaşmayı sağlayacak anahtar faktörün birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı olduğundan söz edilmiştir[35]. Alma-Ata bildirisinin ardından Dünya Tabipler Birliğinin yayınladığı Lizbon Bildirgesinde (1981), temel hasta haklarına ilişkin maddeler;

> *"a) hastanın hekimini özgürce seçme hakkı vardır, b) Hastanın dışarıdan herhangi bir karışma olmadan klinik ve ahlaki yargılara özgürce varabilen bir hekim tarafından bakılmaya hakkı vardır. c) Hastanın, yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul etmeye ya da yadsımaya hakkı vardır. d) Hastanın, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden beklemeye hakkı vardır. e) Hastanın, saygın bir şekilde ölmeye hakkı vardır. f) Hastanın, uygun bir dine bağlı bir din adamının yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve ahlaki teselliyi istemeye ya da yadsımaya hakkı vardır"*

şeklinde açıklanmıştır[36]. Bireylerin, hekim ve tedavi biçimini seçme yönünde kendi iradelerini sergileme serbestisi sağlık hakkı ile ilişkili olarak bireylerin sağlık okuryazarlığına da atfedilebilir. Kavramsal açıklamalara dördüncü bölümde değinilecek olmak ile birlikte sağlık okuryazarlığının en yaygın kullanılan tanımı: *"Bireylerin uygun sağlık kararlarını alabilmesi için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, gözlemleme ve anlama kapasitelerinin düzeyidir"* şeklinde ifade edilmektedir[37]. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için önlemlerin alınmasına yönelik uyarılar ilk olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında yürütülen uluslararası konferanslarda ele alınmaya başlamıştır.

---

33 DSÖ, **2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı**, s. 34.

34 **Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi (Alma Ata)**, 1978, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/, (19.06.2016).

35 DSÖ, **2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı**, s. 11.

36 Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, **Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, İkinci Baskı 2009, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2009, s.32.

37 Institute Of Medicine, Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, David A. Kindig (Ed.), **Health Literacy: A Prescription to End Confusion,** Washington D.C.**:** The National Academies Press, 2004, s.4.

Bu konferanslara değinmeden önce sağlık hakkı kapsamındaki bir diğer önemli bildirge olan Amsterdam Bildirgesine değinelim. Amsterdam Bildirgesi Lizbon Bildirgesindeki eksiklikleri gidermek üzere 1994 yılında yayınlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesidir. Bu bildirgede hasta hakları; hastaya bir birey olarak saygı duymak, hasta hakları ile ilgili üye devletlerin ortak bir çerçeve belirlemesini sağlamak, hastaların sağlık sistemi hizmetlerini kullanmalarından maksimum fayda elde etmelerine yardımcı olmak ve karşılaşabilecekleri herhangi bir sorunun etkilerini azaltmak, hastaların süreçlere daha etkin katılımının sağlanması, temel insan haklarının korunmasını sağlamak ve çocuk, psikiyatri hastaları, yaşlılar ya da ağır hasta gibi en savunmasız olanlar da dahil olmak üzere tüm hastalara yardım sağlamak gibi maddeler ile bireylerin sağlık hakkından etkin olarak yararlanmasını sağlamak ve savunmasız hasta gruplarına özel yaklaşım göstermek şeklinde açıklanmıştır[38]. Hasta haklarına saygı göstermek ve hastaların sağlık sisteminden yararlanma düzeyini maksimize etmelerine yardımcı olma yönündeki davranışlara vurgu yapılmasını, hekim ve hekim dışı personelin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin öneminin keşfedilmesi ve bu yönde adımlar atılması için evrensel değerlerin benimsenmesinin gerekliliği ile ifade ettikleri söylenebilir. Bir diğer önemli bildirge de 5-9 Aralık 1994 tarihlerinde DSÖ Avrupa Bölgesi üyelerinin temsilcileri tarafından yayınlanan "Kopenhag Bildirgesi"dir. Bu bildirge ile sağlık statüsündeki iyileşmenin daha iyi yönetilen sağlık hizmetleri ile mümkün olacağının altı çizilmiş bu kapsamda hükümetlere önemli sorumluluklar yüklemiştir[39].

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amaçlı uluslararası konferanslara dönecek olursak bu konferanslardan ilki olan *"Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi, Yeni Bir Halk Sağlığına Doğru"* adlı konferansın sonunda *"Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottowa Sözleşmesi"* imzalanmıştır[40]. Ottowa Sözleşmesi (1986) ile *"2000 Yılında Herkes İçin Sağlık"* hedefini sağlamaya yönelik bir hareketin

---

[38] WHO, **A Declaration On The Promotion of Patients Rights in Europe**, Amsterdam, 28-30 Mart 1994, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf, (21.06.2016), s.8.

[39] Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık, "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bakış", Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde (206-221), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007, s.216.

[40] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global KonferanslardanBildiriler**, Ankara, 2011, s.5

başlaması söz konusu olmuştur. Sağlığın temel koşul ve kaynakları olarak; "barış, barınak, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik" kavramlarından söz edilmiştir[41]. Bu sözleşmede yer alan, *"Sağlık hizmetlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik sorumluluk bireyler, topluluk grupları, sağlık çalışanları, sağlık hizmeti veren kurumlar ve hükümetler arasında paylaşılmalıdır"*[42] ibareleriyle sağlığın geliştirilmesi için herkese sorumluluk yüklenmiş ve kişisel becerilerin geliştirilmesi için sağlığa yönelik eğitimler verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu durumun sonucu olarak "sağlık okuryazarlığı" kavramı gündeme gelmeye başlamıştır. DSÖ'ye üye ülkelerce karara bağlanan "Herkese Sağlık" için temel ilkeler kapsamında bireyler ve dolayısıyla tüm toplumun sağlık bakımının planlamasına katılması hem bir hak hem de görev olarak değerlendirilmiştir[43]. Bu ilke direkt olarak ifade edilmemekle birlikte sağlık okuryazarlığını hem bir hak hem de görev olarak tanımlamaktadır. Bunun yanı sıra halkın sağlığından hükümetleri sorumlu tutmaktadır. Bireylerin güçlendirilmesine ve karar alma süreçlerine katılımına vurgu yapan dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (1997) sonrasında yayımlanan Jakarta Bildirgesinin önemi bu yolla toplumsal kapasiteyi artırmayı hedeflemesinden ileri gelmektedir. Ayrıca, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarına özel sektörü de dâhil etmektedir[44].

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi kapsamında gerçekleştirilen küresel konferansların beşincisi 2000 yılında gerçekleştirilen *"Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Hakkaniyet Boşluğunun Kapatılması"* konferansıdır. Bu konferansta imzalanan "Fikirlerden Eyleme" bildirgesinde sağlığın teşvik edilmesi hükümetlerin temel görevi ve sorumluluğu kabul edilmiştir[45]. Altıncı küresel konferans 2005 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu konferans sonrası yayınlanan, *"Bangkok Şartı"* ile hükümetlerin kötü sağlığı ve eşitsizlikleri çözümlemek üzere acil olarak önlem alması gerektiği

---

41 The Ottowa Charter for Health Promotion, 1986, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/. (15.01.2017)

42 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler**, s.3

43 DSÖ, **2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı**, s. 36.

44 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler,** s.17-20.

45 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler**, s.23.

vurgulanmıştır[46]. 2008 yılında sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve bu amaçla stratejik bir çerçeve çizilmesi için[47] Estonya'da gerçekleştirilen DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansında kabul edilen *"Tallinn Şartı: Sağlık ve Refah için Sağlık Sistemleri"* ile herkese özellikle de hassas gruplara sağlık hizmetlerinin sunumunda kaliteli ve insana değer veren bir yaklaşım ile hareket edilmesi yönünde çaba gösterilmesi gereğine dikkat çekilmiştir[48]. Tallinn Şartı Avrupa bölgesindeki insanların sağlık düzeyini ve bu bölgedeki sağlık sistemini iyileştirmeye yönelik olarak düzenlenmiştir[49]. Bu konferansta, kişilerin sağlıklı yaşam tercihlerine yönelik gösterilecek çabaların önemsenmesi gerektiğine dikkat çekilmesi sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilişkilendirilebilir.

2009 yılında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla Kenya'da gerçekleştirilen 7. küresel konferansta sağlık okuryazarlığının önemi açıklanmış ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili dört önemli konu üzerinde durulmuştur. Bunlar; bilgi ve iletişim teknolojisi yoluyla sağlık bilgisine erişimi artırmak, bireylerin güçlendirilmesi yolu ile sağlık bilgisinin kullanımının artırılması, sektörler arası iş birliği ve sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki iyileşmeyi ölçmek ve raporlamak için uygun yollar geliştirme şeklinde sıralanmaktadır[50].

2013 yılında Helsinki'de gerçekleştirilen 8. Küresel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Konferansında; halkların sağlık ve eşitliğini sağlamak hükümetlerin ana sorumluluklarından biri olarak görülmüştür. Tüm politikalarda sağlığın hedeflendiği konferansta bunun nasıl yapılacağına yönelik yedi eylemden söz edilmiştir. Bunlardan biri sivil toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve sağlığı geliştirme, uygulama, izleme ve değerlendirme gibi süreçlere dâhil edilmesinin sağlanmasıdır[51].

---

46 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler**, s.29.

47 Meral Madenoğlu Kıvanç, "Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları", **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, Cilt:2, Sayı:3, 2015, 10.5222/SHYD.2015.162, s.164.

48 DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı, ***"Tallinn Şartı"***, Tallinn, Estonia, 25-27 Haziran 2008, www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-39144/h/charter-tr.doc, (15.05.2016), s.3.

49 **The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth**, Tallinn, Estonia, 25-27 Haziran 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf. (15.05.2016), s.1.

50 Mayagah Kanj and Wayne Mitic, "Health Literacy", **Health Promotion Conferences**. WHO, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf (20.04.2016), s.7.

51 WHO, **Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action**, 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1. (12.06.2017), s.3.

21-24 Kasım 2016 tarihinde Şangay'da 9. Küresel Sağlığın Korunması Konferansı gerçekleştirilmiştir. Konferans ile ilgili yayınlanan *"Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi Sağlığın Geliştirilmesi Şangay Bildirgesi"*nde sağlık ve sosyal adalet politikalarının toplumun tamamına fayda sağlayacağı üzerinde durulmuştur. Hükümetlerin yerel ve bölgesel düzeyde temel sorumluluklarını yerine getirdiklerini fakat bu çabalarının yetersiz olduğu ve bu kapsamda iş dünyası ile iş birliği yapılması gerektiği yönünde çağrı yapılmıştır[52]. Bu bildirge ile sağlık okuryazarlığı, bireylerin güçlendirilmesine ve eşitliğin sürdürülmesine katkı sağlayıcı bir faktör olarak görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili direkt bir hedef olmamasına rağmen sağlık okuryazarlığı, kilit sürdürülebilir kalkınma hedefleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu hedefler; yoksulluğu ortadan kaldırmak, açlığa son, nitelikli eğitim, insana yakışır iş ve ekonomik büyüme, temiz su ve sıhhi koşullar, sanayi, yenilikçilik ve alt yapı, eşitsizliklerin azaltılması, barış ve adalet olarak sıralanabilir[53].

DSÖ Sağlığı Geliştirme Birimi ve Küresel Sağlık Merkezi iş birliği ile *"Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine Ulaşmak İçin Sağlık Okuryazarlığı ve Toplumsal Seferberlik"* konferansı organize edilmiştir. Konferansın hedefleri; Şangay'da gerçekleştirilen 9. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansının kilit mesajlarını iletmek, sağlıklı kentler ve sağlıklı toplulukları teşvik etmede sağlık okuryazarlığı ve sosyal seferberliğin önemi konusunda farkındalık yaratmak, politika yapıcılar ve uygulayıcılar, hükümetler ve sivil toplum örgütleri arasındaki görüş alışverişini kolaylaştırmaktır[54].

Bir hak olarak korunan sağlık, yalnızca bozulduğunda düzeltilmesi gereken önlemlerin alınmasından çok sağlığın bozulmasına etki eden dışsal faktörlerin devlet eliyle kontrol edilmesidir[55]. Bireylerin gelirinden bağımsız olarak, asgari koşullarda bile olsa sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması yaşama hakkından ayrı

---

52 WHO, **Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development**, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1, (10.01.2017).

53 WHO Regional Office for Europe Presentation, **Advancing Health Literacy and Social Mobilization for the United Nations 2030 Sustainable Development Goals**, 18 Mayıs 2017, https://www.slideshare.net/who_europe/presentation-advancing-health-literacy-and-social-mobilization-for-the-united-nations-2030-sustainable-development-goals, (02.07.2017).

54 WHO, **Health Literacy and Social Mobilization to achieve the SDGs,** 2017, http://www.who.int/healthpromotion/alliance-health-promotion-meeting-18May2017/en/, (02.07.2017).

55 Özgür Temiz, "Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt.69, No.1, 2014, http://dx.doi.org/10.16987/ausbf.72141, (02.07.2017), s.169.

düşünülemeyecek bir olgudur[56]. Uluslararası konferansların devletlerin görevini tanımlama konusundaki ortak noktası da bu bağlamda; sağlık hakkına yönelik yasal çerçeveyi ve temel politikaları hazırlamak, sağlık sistemini kurmak ve sağlığı geliştirme amaçlı bölgesel önlemleri almak şeklinde ifade edilebilir. Bunun yanı sıra sağlığın geliştirilmesi amacıyla ulusal ve uluslararası iş birlikleri ile tüm aktörlerin sürece dâhil edilmesi ve birey temelli politikaların izlenmeye başlaması ile bireylerin farkındalıklarının artırılmasının önemi tartışılmaya başlamıştır. Bu tartışmalar sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkışını sağlamış ve sağlık okuryazarlığının da sağlık hakkı gibi bir hak olarak nitelenmesini gündeme getirmiştir. Henüz anayasal çerçevede tanımlanmamak ile birlikte ülkelerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini bir hak olarak ele alıp, hukuki temellerle korunan bir hak kapsamında değerlendirmeye başlayacaklarını ifade etmek mümkündür.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA DEVLETİN ROLÜ

Sağlık hizmetleri Keynesyen Sosyal Refah Devleti öncesinde devlet tarafından yerine getirilmesi gereken sıradan kamusal bir hizmet olarak görülürken, Keynesyen Sosyal Refah Devleti anlayışının gelişimiyle sosyal boyutu ön plana çıkmaya başlayan bir hizmet olarak değerlendirilmeye başlamıştır. Böylece, sağlık hizmetleri bir vatandaşlık hakkı olarak devletin yurttaşlarına sunmakla yükümlü olduğu asli görevlerinden biri olarak kabul edilmeye başlamıştır. Keynesyen iktisat ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolü farklı bir bakış açısıyla ele alınmaya başladığı için bu bölümde devletin rolüne geleneksel ve modern yaklaşımlar başlıkları altında değinilecek olmakla birlikte kamusal sağlık hizmetlerinin finansmanı, bütçe ve vergiler gibi maliye politikasının araçları ile sağlandığı için bu yaklaşımları maliye politikasının prensipleri çerçevesinde ele almanın daha doğru bir yaklaşım olacağını söyleyebiliriz.

---

[56] Erdinç Tokgöz, "İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi", **İktisat Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 45, Sayı: 1-4, http://dergipark.gov.tr/iuifm/issue/835/9166, s.15.

1.2.1. Geleneksel Yaklaşımlar

İktisat tarihi incelendiğinde iktisat teorisinin, piyasanın devlet müdahalesine gerek olmaksızın kendi içsel unsurlarının yardımıyla işlediğini savunanlar ile devletin ekonomiye müdahalesini zorunlu bir faktör olarak görenler arasında gerçekleşen bir dönüşümden ibaret olduğu söylenebilir. Yaşanan bu dönüşümü açıklayan kuramlarda dönemin iktisadi koşulları ve gereksinimlerinin asıl belirleyici unsur olduğunu ifade etmek mümkündür.

1929 yılında yaşanan Dünya Ekonomik Bunalımına kadar hâkim olan Klasik İktisadi anlayışın reçeteleri ile krizi aşmak mümkün olmayınca Keynesyen iktisatın varsayımları kabul görmeye başlamıştır. Devletin ekonomideki rolü kapsamında yürütülen tartışmalar ile ilgili tarihsel dinamikler incelendiğinde devlete biçilen rolün dönemin iktisadi koşulları gereği farklılaştığını görüyoruz. Bu bölümde devlet; ticari kapitalizmin tetiklediği Merkantilizm, tarıma kapitalist bir anlayışla yaklaşan Fizyokrasi, liberalizmi savunan Klasik İktisadi ekol, büyük buhranın etkileri aşmak için müdahaleci devleti savunan Keynesyen İktisadi Ekol ve 1974 yılındaki petrol krizi sonrasında yeniden doğan Neo-Liberal iktisadi yaklaşımlar çerçevesinde açıklanmaya çalışılacaktır[57].

Feodalizmin yıkılması ve merkezi devletlerin kuruluşuyla yeni kurulan ticari kapitalist sistemi ve sermaye birikim şeklini temsil eden iktisadi anlayış Merkantilizm olmuştur[58]. Savunduğu en önemli düşünce devlet müdahalesi olan Merkantilizm, devletin gücünü para ve servet ile ölçümlemekte ve zenginliğin kaynağının para olduğunu savunmaktadır. Para değerli madenler ile temsil edilmektedir. Bu nedenle korumacı bir dış ticaret politikası güderek ihracatı teşvik etmişler, ithalatı ise ağır gümrük vergileri ile sınırlandırma yolunu seçmişlerdir. Merkantilistler için bir ülkenin en önemli kaynakları; iyi beslenmiş insanlar ve güçlü bir ordudur. Bu nedenle nüfus artışını teşvik etmişlerdir[59]. Merkantilizmin korumacı dış ticaret anlayışı tek taraflı bir ekonomik ilişkiye dayandığından dış ticaretin daralmasına neden olmuş ve yerini devletin ekonomiye müdahale etmemesini öngören liberal iktisadi anlayışa bırakmıştır.

---

57 Nazım Öztürk, **Maliye Politikası**, Güncellenmiş 2. Baskı, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2014, s.7.

58 Gülten Kazgan, **İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi**, 17. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2012, s.51.

59 Öztürk, **Maliye Politikası**, s.11.

Liberal iktisadi anlayışı savunan iktisatçılar; Fizyokratlar, Klasik Okul ve Neo-Klasik Okul olmak üzere üç öğreti etrafında teorilerini geliştirmişlerdir[60]. Liberalizmin ana tezi, toplumun, devletlerin ve ekonomik düzenin bireylere her alanda hürriyet sağlaması ile toplumların mutlu ve zengin olmasının sağlanacağıdır[61]. Fakat bu anlayışın kapitalizme evirilmesi ile "kapitalist" veya "burjuva" olarak adlandırılan, büyük mülklere sahip yeni bir varsıl kesim yükselmiştir. Böylece, ekonomi açısından sistem güçlü olanların lehine işlerken yoksul kesimin aleyhine dönmüştür. Bu dönemde temel hak ve hürriyetler alanında yaşanan gelişime rağmen, sistemin sosyal haklar açısından başarısız olduğu ifade edilmektedir[62].

Merkantilizme tepki olarak ortaya çıkan liberal düşünce akımlarından ilki "Doğal Düzen" anlayışını savunan Fizyokrasidir. Doğal Düzen, devletin piyasaya müdahale etmemesi sonucu piyasanın doğal işleyişi içerisinde dış ticaret ve enflasyon gibi sorunları kendiliğinden çözmesi üzerine temellendirilmiştir[63]. Liberalizmin öncüsü niteliğinde olan Fizyokratlar, devletin zorunlu olmadıkça ekonomik olaylara müdahale etmemesi gerektiğini ve devletin harcamalarının boyutunun küçültülmesi gerektiğini savunmuştur. Devlet harcamalarındaki artışın borçlanmaya neden olacağını ve bu borçlanmanın finansman kaynağını oluşturan vergilerde artış yapılmasının kaçınılmaz olduğunu savunmuşlardır. Onlara göre, artan vergiler halkın üzerindeki vergi yükünü artıracağından, bunun sonucu olarak doğal dengeden sapmalar meydana gelecektir[64]. Doğal düzen anlayışını savunan Fizyokratlar, tek üretim kaynağı olarak gördükleri tarım sektörünün vergilendirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Doğal düzen anlayışını savundukları için, girişim özgürlüğünü ve malların serbest dolaşımına engel olan sınırlara karşı olmuşlardır[65].

Fizyokratlardan sonra Klasik İktisadi Ekol'ün ortaya çıkışını sağlayan en önemli faktör 1750'li yıllarda başlayan Sanayi Devrimi olmuştur. Sanayi Devrimini,

---

60 Kazgan, s.51.

61 A. Erdal Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Kavram, Metot ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Gelen Sistem ve Mali Yapıları Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları,** Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları,2006, s.493.

62 Sargutan, s.495

63 Öztürk, **Maliye Politikası**, s.13.

64 M. Kâmil Mutluer, Erdoğan Öner ve Ahmet Kesik, **Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi**, 3. Baskı, İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2013, s.12-13.

65 Öztürk, **Maliye Politikası**, s.15.

İngiltere'deki teknolojik ekonomik devrim ve Fransa'daki politik devrimin ortak ürünü olarak değerlendirmek mümkündür. Bu devrimler ile ekonomik, sosyal ve kültürel yapı yeniden şekillenmiş ve böylece, tarım toplumundan sanayi toplumuna doğru bir dönüşüm gerçekleşmiştir. Rönesans ve reform hareketleri ile yaşanan aydınlanma çağı sonrası aklın ve bilimin özgürleşmesi sanayi toplumunun felsefi temeli olan klasik iktisadi ekolü ve serbest piyasa ekonomisini yaratmıştır[66]. Klasik İktisadi Ekolün başlangıcı Adam Smith'in "Ulusların Zenginliği, 1776" eserinin yayınlandığı yıl kabul edilirken, sonunun John Stuart Mill'in öldüğü 1873'e kadar sürdüğü varsayılmaktadır. Bu süreçte Klasik İktisadi Ekolün düşünce yapısında önemli bir değişimin yaşandığı bilinmektedir[67]. John Stuart Mill'in düşüncelerinde liberal kapitalizmin bireyciliği ile Sosyalizmin toplumculuğu bir arada kullanılmaktadır. Mill, liberal kapitalizmin kurumsal yapısında reformlar yapılmasını önermekte ve sistemde aksak olan yanların iyileştirilmesini düşünmektedir. Bu görüşleriyle de liberal kapitalizmden müdahaleci kapitalizme bir evrilmeyi savunan iktisatçıların öncüsü olmuştur[68].

Klasik iktisat kuramının öncülerinden Adam Smith'e göre kapitalizm, devletin otoritesinin geçerli olduğu bir ekonomik yapıdan sivil topluma evrilişin yaşandığı bir süreçtir. Toplumda bu değişimin fark edilebilmesi ve sürdürülmesi için devlete önemli bir rol biçmektedir. Sivil toplumun yükselişini sağlamak üzere bayındırlık projeleri, yol, köprü, baraj ve limanları kapsayacak şekilde kamu kesiminin üstlenmesi gereken hizmetleri sıralamıştır[69]. John Stuart Mill ise kamu kesimi tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetleri; yollar, rıhtımlar, limanlar, kanallar, sulama tesisleri, hastaneler, okullar, kolejler, basımevleri ve diğer bayındırlık projeleri şeklinde genişletmiştir[70].

Klasikler, Fizyokratların "Doğal Düzen" anlayışının temelini oluşturan *"bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler"* anlayışını benimsemişlerdir[71]. Bu anlayışın sonucu olarak, özel teşebbüsün kamu teşebbüslerine göre daha verimli olduğunu

---

66 Nazım Öztürk, **İktisatta Bölüşüm, Kuram-Politika**, 1. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık, 2009, s.69-70.

67 Öztürk, **İktisatta Bölüşüm, Kuram-Politika**, s.71.

68 Hasan İslatince, "Klasik Okul", M. Burhan Erdem ve Hasan İslatince (Ed.), **İktisadi Düşünceler Tarihi (e-kitap)**, s.54-79, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 2012, s.71.

69 James A. Caporaso and David P. Levine, **Theories Of Political Economy**, USA: Cambridge University Press, 1992, s.34.

70 Mircan Yıldız Tokatlıoğlu, **Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri**, 1. Baskı, Bursa: Alfa Aktüel, 2005, s.30.

71 Aytaç Eker, A. Altay ve M. Sakal, **Maliye Politikası Teori, İlkeler ve Yöntemler**, 4. Baskı, İzmir, 2004, s.57.

savunurlar[72]. Klasiklerin varsayımları gereği ekonomide tam rekabet koşulları geçerli olduğundan, tüketiciler fayda maksimizasyonu, üreticiler kar maksimizasyonu amacıyla davranış sergilerler. Bunun sonucunda ekonomik denge "görünmez el" vasıtasıyla kendiliğinden sağlanmaktadır[73].

Kamu harcamalarının hacimce küçük olmasından yana olan Klasikler, Devlet bütçesinin denk olmasını ve kamu harcamalarının dolaylı vergilerle karşılanmasını önermek ile birlikte, kamu harcamalarının finansmanı için borçlanmadan yararlanılacaksa bu borçlanma düzeyinin ekonomiyi etkilemeyecek oranda olmasını isterler[74]. Onlara göre, kamusal harcamaların yükünü üstlenen topluma bu finansman yükünün adil bir şekilde dağıtılması gerekmektedir[75]. Devleti tüketici olarak nitelendiren Klasiklere göre; Devlet "zorunlu bir fena" olarak görülmektedir.

Sanayileşme ile birlikte artan makineleşme ve üretimde yaşanan verimlilik artışı işçilerin yaşam standartlarında aynı oranda bir iyileştirmeye neden olmuyordu. Bununla birlikte çalışma şartları oldukça ağırdı. Sigorta sistemi ise bu dönemde yoktu. Klasiklerin, özgürlük ve liberalizm üzerine kurgulanan düşünce yapısı ile çelişen kapitalist yönü Marksistlerin işçi sınıfına yönelik devrim çağrıları ile hasar görmeye başlamıştı. Artan toplumsal eşitsizlikler ile birlikte ekonomiye müdahale edilmesi zorunluluğunun ortaya çıkmaya başladığı bu dönemde, devlet anlayışı değişmiş ve devlet düzenleyici olarak ekonomiye dâhil olmaya başlamıştır. Böylece Klasik İktisadi Ekol, Neo-Klasik iktisada evrilmiştir[76].

Klasik liberal devlet anlayışının terk edilerek, müdahaleci devlet anlayışının ortaya çıkışında 1929 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) başlayan ve etkileri tüm Dünyada hissedilen "Dünya Ekonomik Bunalımı"nın önemli etkisi olmuştur[77]. 1929 Ekonomik Bunalımı, sonuçlarıyla kapitalist sistem için bir dönüm noktası olmuş ve etkileri diğer ülkelere de yansımıştır[78]. Kriz ile birlikte kendi kendine dengeye geleceği varsayılan piyasa ekonomisinin ortaya çıkan iktisadi problemlerle

---

72 İsmail Türk, **Maliye Politikası Amaçlar, Araçlar ve Çağdaş Bütçe Teorileri**, Turhan Kitabevi, 24. Baskı, Ankara, 2011, s.6.

73 Öztürk, **Maliye Politikası**, s.15.

74 Eker, Altay ve Sakal, s.59.

75 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.23.

76 Abdullah Mesut Küçükkalay, **İktisadi Düşünce Tarihi**, 3. Baskı, İstanbul: Beta, 2011, s.252-253.

77 Mutluer ve Diğerleri, s.16.

78 Tokatlıoğlu, s.31-32.

başa çıkamayacağı anlaşılmıştır[79]. Klasik İktisadın önerdiği piyasaya müdahale edilmemesi yönündeki anlayış başarısız olunca Keynes'in devletin para ve maliye politikası araçları ile ekonomiye müdahale etmesi gerektiği anlayışı dönemin devlet ideolojisi ile örtüşmüş ve kabul görmüştür. Almanya'da Adolph Hitler, Amerika Birleşik Devletleri'nde Franklin D. Roosevelt, Fransa'da sosyalistler iktidara gelmiş ve mali araçlar ile buhrana karşı mücadele etmişlerdir[80].

1929 yılındaki ekonomik bunalıma kadar piyasanın görünmez elinin kaynak tahsisini sorunsuz gerçekleştirerek, toplumsal refahı sağlayacağı yönündeki inanışın, buhran ile terk edildiği söylenebilir. Bu yaklaşımdan farklı olarak Karl Marx'ın Das Kapital (1860) adlı eserinde, aşırı sermaye birikimi ile sermayenin organik bileşiminde artış gerçekleşeceği, bu durumun sonucu olarak kar oranlarının düşme eğilimine gireceği ve kapitalizmin döngüsel krizler ile başa çıkmak zorunda kalacağını öngördüğü belirtilmektedir[81]. Böylece, Dünya Ekonomik Buhranı sonrasında piyasanın başarısız olmasının nedenleri sorgulanmaya başlamıştır.

Keynesyen İktisat Kuramından önce devletin asosyal bir nitelik sergilediğini söylemek mümkündür. Bu dönemde İkinci Dünya Savaşının da patlak vermesi halkın açlık, sefalet ve hastalık şartlarına maruz kalması zorunlu olarak devlete sosyal anlamda sorumlulukların yüklenmesini de beraberinde getirmiştir.

1.2.2. Modern Yaklaşımlar

Büyük Buhran ile ilgili izlenimleri, John Maynard Keynes'in görüşlerinin yeni bir iktisat kuramı olarak ortaya çıkışını sağlamıştır. Ekonomik faaliyet düzeyini etkilemede devlet müdahalesini zorunlu bir unsur olarak gören Keynes, fikirlerini 1936 yılında yazdığı, "İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi" adlı eseriyle açıklamıştır[82]. Keynes, büyük buhranın yarattığı durgunluktan çıkabilmek için devletin maliye politikası araçlarının etkin olarak kullanılması gerekliliğini savunmuştur[83].

---

79 Eker, Altay ve Sakal, s.55.

80 İsmail Türk, s.7.

81 Mustafa Durmuş, "Obama Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek!", **Çalışma ve Toplum**, 2011/4. s.61

82 Türk, s.9.

83 C. Can Aktan, Dilek Dileyici ve Ahmet Özen, **Geleneksel ve Yeni Maliye, Kamu Maliyesinde Çağdaş Yaklaşımlar**, Ankara: Seçkin Kitabevi, 2004, s.9.

Liberalizme karşı Keynes'in öne çıkan fikirleri şunlardır; Keynes'e göre üretime ve istihdam düzeyine etki eden asıl faktör efektif taleptir. Klasiklerdeki her arz kendi talebini yaratır görüşü, Keynes ile her talep kendi arzını yaratır, şeklindeki anlayışa bürünmüştür. Bu görüşüne dayanarak, ekonominin her zaman tam istihdamda dengede olamayacağını, eksik istihdam ya da aşırı istihdam düzeyinde de ekonominin dengeye gelebileceğini savunmuştur. Çözüm yolu olarak çarpan ve hızlandıran mekanizmalarından yararlanan Keynes, bu politikalar ile devlet müdahalesini öne çıkarmıştır[84].

Keynesyen İktisadi Ekol ile müdahaleci devletin özellikleri belirgin bir şekilde hissedilmiş ve kamu harcamaları sosyal niteliği ön planda olan harcamalara yönelmiştir. Keynes'in önerdiği düzenleyici devlet müdahalesi; tam istihdamın sağlanmasına yönelik önlemlerin alınması, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik sistemlerinin örgütlenmesi gibi alanlarda gerçekleşmiştir[85]. "Keynesçi Refah Devleti" şeklinde tanımlanan bu devlet anlayışı, piyasa ekonomisinin başarısız olduğu alanlarda üretim eksikliğini gidererek, piyasanın işleyişinden kaynaklanan eşitsizlikleri ve adaletsizlikleri gidermek amacına yönelmiştir[86].

Keynes'in önerileri bir anlamda kapitalizmin dönemsel gereksinimlerini karşılayan ekonomik-politik bir yenilenme faaliyeti olmuştur[87]. Bu yenilenme faaliyetinin sonucu olarak ortaya çıkan Sosyal Refah Devletini; *"temel hak ve hürriyetlerle birlikte sosyal ve ekonomik hak ve hürriyetleri de fert, toplum ve devlet bakımından bir denge içinde mevcut ve kullanılabilir kılacak, bu ortamı sürekli olarak geliştirecek, optimum görev, yetki, büyüklük ve güçteki demokratik hukuk devletidir"* şeklinde tanımlayabiliriz[88].

Sosyal refah devleti anlayışına göre, devlet sağlık hizmetlerinin sunumundan birinci derecede sorumludur[89]. Sosyal refah devleti ile ilişkili olarak bu dönemde yayınlanmış olan Beveridge Raporu, sosyal güvenliğin sağlanmasında ve sosyal

---

84 Öztürk, **Maliye Politikası**, s.31.
85 İlker Belek ve Ata Soyer, Sağlıkta **Özelleştirme**, İstanbul: Sorun Yayınları, 1995, s.11.
86 Tokatlıoğlu, s.33
87 Belek ve Soyer, **Sağlıkta Özelleştirme**, s. 14.
88 Sargutan, s.497.
89 Sargutan, s.497.

yardımlar anlamında devletin gücünü kullanma konusunda atılmış adımlardan biridir[90]. Devletin sorumluluğu kapsamında, sosyal refah devleti anlayışının doğuşunun sağlık sistemine olan yansımaları, İngiltere ve İskandinav ülkeleri için ulusal sağlık sistemi, Almanya ve diğer Orta Avrupa Ülkeleri için sosyal sigorta sistemleri, ABD'de Medicare ve Medicade sağlık sistemleri, Türkiye' de ise Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un kabul edilmesi şeklinde gerçekleşmiştir[91].

İkinci Dünya savaşını izleyen dönemde, sağlık alanında büyük yatırımlar yapılmıştır. Devlet ve diğer kamusal kurumlar tarafından yapılan bu yatırımların (özellikle özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşması) sağlık alanında da karma ekonominin koşullarının geçerli olduğu şartlara itildiğini söylemek mümkündür[92].

İşsizliği bir tehlike olarak gören Keynesyen İktisat Kuramı, tam istihdamın sağlanmasını politika hedefi olarak seçmiştir. Bu amacı gerçekleştirmek için uygulanan genişletici maliye politikaları ve artan kamu harcamalarının emisyonla finanse edilmesi 1970'li yıllarda petrol krizi ile gündeme gelen stagflasyon krizini açıklamaya yetmemiştir[93]. 1970'e kadar olan süreçte Keynesyen politikalara duyulan güven nedeniyle gelişmekte olan ülkelerin borç yükü artmış ve bu nedenle pek çoğunda iktisadi krizler görülmeye başlamıştır[94]. Durgunluk içinde enflasyon durumunu ifade eden stagflasyon krizini aşmada Keynes'in reçeteleri yetersiz kalmış ve liberal yaklaşımlar tekrar gündeme gelmeye başlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde izlenen ithal ikameci kalkınma stratejileri nedeniyle yaşanan döviz darboğazı da devletin rolünün tekrar tartışılması gerektiği yönündeki anlayışa katkı sağlayan unsurlardan biri olmuştur[95].

1970'li yıllarda yaşanan petrol krizi ile Keynesyen iktisat ciddi eleştirilere maruz kalmış ve bu yıllarda Monetarizm, Arz Yönlü İktisat, Rasyonel Bekleyişler Teorisi, Avusturya Okulu ve Kamu Tercihi Teorisi ve Anayasal İktisat gibi kuramlar yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu ekollerde de daha öncekilerde olduğu gibi özgürlük-

---

90 H. Bahadır Eser, Dilek Memişoğlu ve Gökhan Özdamar, "Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi", **Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi,** Cilt: 16, Sayı: 2, 2011, s.204.

91 Belek ve Soyer, **Sağlıkta Özelleştirme,** s. 14.

92 Belek ve Soyer, **Sağlıkta Özelleştirme** s. 25.

93 Aktan, Dileyici ve Özen, s.12.

94 Aktan, Dileyici ve Özen, s.14.

95 Öztürk, **Maliye Politikası**, s.61.

müdahalecilik, kapitalizm-sosyalizm tartışmaları süregelmiştir[96]. Denilebilir ki bu tartışmaların ekseninde bahsi geçen iktisadi fikir akımlarının ortak noktası, müdahaleci devlet anlayışı piyasayı olumsuz etkilemektedir ve kamusal kaynakların verimsiz kamu harcamalarına ayrılmasını önlemek için bu kaynakların kısılmasını sağlamak üzere maliye politikası araçlarının kullanımının sınırlandırılması gerekmektedir[97].

Neoklasik iktisadi yaklaşımlar çerçevesinde 1980'li yıllara kadar "Piyasa Başarısızlıkları Yaklaşımı" teorisi geçerli olmaya başlamıştır. Bunun anlamı devletin ekonomiye müdahale ettiği alanların piyasanın başarısız olduğu alanlar olması gerektiğiydi. Bu yaklaşımın piyasanın başarısız olarak değerlendirdiği alanlar; ekonomik istikrarsızlıklar, tekelleşme, dışsallıklar, kamusal mallar ve asimetrik bilginin var olduğu alanlardı[98]. Örneğin Monetarizmin savunduğu devlet; savunma, adalet, mülkiyet haklarını koruma, rekabeti teşvik etme, para politikasını belirleme, dışsallıkların çözülmesini sağlama ve çocuklar ile akıl hastaları gibi savunmasız grupları korumakla görevlidir. Eğitim ve sağlık hizmetlerini ise özel kesimin sağlaması gerektiğini savunur[99].

1970'li yılların sonlarında İngiltere ve Amerika'nın başı çektiği pek çok ülkede kamu kesimi küçültülürken, piyasa ekonomisi genişlemeye başlamıştır. Piyasa ekonomisi ile uyumlu olarak vergi indirimleri, özelleştirmeler ve serbestleştirmeler yoluyla devletin bazı mal ve hizmetlerin üretiminden çekilerek özel sektörü teşvik eden önlemler alınmıştır[100].

1980'li yıllarda Neoliberal politikalar siyasi alanda, ABD ve Batı Avrupa'da liberal muhafazakâr partilerin uygulamalarına da yansımıştır. Bu kapsamda; denk bütçe, sosyal güvenlik ve refah harcamalarının azaltılması, vergilerde indirim ve devletin ekonomide daha az rol alması gibi konular yeniden gündeme gelmiştir[101]. Tam kamusal nitelikli hizmetlerin sunulması görevini devlet üstlenirken, yarı kamusal mal ve hizmetlerin (eğitim, sağlık vb.) piyasa tarafından sunulmasının daha etkin sonuçlar

---

96 Küçükkalay, s.407.

97 Aktan, Dileyici ve Özen, s.15.

98 Durmuş, s.61.

99 Sargutan, s.498.

100 Aktan, Dileyici ve Özen, s.32

101 Nazım Öztürk, "Ekonomide Devletin Değişen Rolü", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:39, Sayı 1, Mart 2006, http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/aafa6862f52d371_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi, (10 Mart 2016), s.24.

sağlayacağı ileri sürülmektedir. Bu süreçte kamunun özel sektör gibi yönetilmesi, rekabet şartlarının sağlanması ve özelleştirmelerin özendirilmesi öngörülmüştür[102].

1980'li yıllarda Latin Amerika ülkelerinin yaşanan ekonomik krizlerden gördükleri zararı bertaraf etmek için International Monetary Funds (IMF) ve Dünya Bankası (DB)'nın önerileri Washington Uzlaşması (Washington Consensus) adı altında maddeleştirilmiştir[103]. Washinghton Uzlaşması ile az gelişmiş ülkelerin sorunlarına yapısal uyum programları adı altında çözüm olarak yeni sosyal politika paketleri sunulmaktadır.

Küreselleşme ve Neoliberalizmin politik anlayışının yaygınlaşmasıyla sosyal devlet anlayışının da hasar görmeye başladığı ve devletin rolünün, sağlık hizmetlerinde reform adı altında yaşanan dönüşüm ile birlikte değişmeye başladığı söylenebilir. Sağlıkta reform paketleri gelişmekte olan ülkelere önerilen yapısal uyum paketleri ile paralellik göstermektedir. Devletin küçültülmesi bu paketlerin temel söylemidir. DB, bu dönemde pek çok ülkede sağlık sektörü ile ilgili analizler gerçekleştirmiş ve sağlık sektöründeki maliyet artışlarını sağlıkta yaşanan bir kriz olarak ifade ederek ülkelere çözüm yolu olarak sağlıkta reform reçeteleri sunmuştur[104]. Uygulamaya başlayan reformlar ile devletin sağlık harcamaları niteliksel ve niceliksel dönüşümler geçirmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda özelleştirmelerden yararlanılmaya başlamıştır.

2008 Finansal kriziyle sağlığın kamusal yönü iyice etkinsizleşmiş ve finansal kriz devletlerin borç krizi haline dönüşmüştür. Bu nedenle başta gelişmekte olan ülkelere mali disiplin (ya da kemer sıkma) politikaları uygulatılarak, sosyal refah sisteminin ve kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı söylenebilir[105]. Ulusal ekonomilerdeki krizlerin ve kapitalizmin krizinin sorumluluğu kamu sektörüne ve bu sektördeki etkinsizliklere, kamu harcamalarının ve bütçe açıklarının artışına, kısacası

---

[102] T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Kamu Yönetimi Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2014, s.67-68.

[103] Eser ve Diğerleri, s.207.

[104] Hatice Erol ve Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:4, Sayı:1, Ocak 2014, s.10.

[105] Mustafa Durmuş, "Sağlığın Sosyal Belirleyenleri: Sanayileşme-Sağlık İlişkisine Eleştirel Bir Yaklaşım", **17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı**, Edirne: Trakya Üniversitesi, 20-24 Ekim 2014, s.383-384.

devletin başarısızlığına bağlanmıştır. Serbestleştirme, özelleştirme, özerkleştirme ve piyasa benzeri uygulamalar ile iktisadi etkinliğin artacağı savunulmuştur[106].

Devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, insan kaynakları ve sağlığın gelişimi için girdilerin oluşturulması da dâhil olmak üzere, ana sağlık sistemi işlevlerinin uygulanması ve geliştirilmesi yoluyla sağlığın geliştirilmesinden sorumlu olarak görülmektedir[107]. Devlet bu sorumluluğunu yerine getirirken sağlık hizmetleri için ayrılan kıt kaynaklara herkesin; fiziksel anlamda ve adil bir şekilde erişilebilirliğini sağlamak ile yükümlüdür. Bunun yanı sıra sunulan hizmetlerin etkililiğini, verimliliğini ve kalitesini sağlamakta devletin temel görevleri arasında sayılmaktadır[108]. Sağlık hizmeti sunumunda devletin, hak temelli yaklaşımını yansıtan ve piyasaya özgü koşulların varsayım dışında bırakıldığı bu yaklaşım, sağlık hizmetleri ile ilgili devletin kamusal tercihini ifade etmektedir.

Devletin sağlık piyasası ile ilgili geleneksel görevleri; temel sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri gibi sağlık hizmetlerini yani kamusal malları üretmek ve satın almak, sağlığa ilişkin göstergeleri takip etmek, sağlık alanında teknik yenilikleri izlemek, sağlık piyasasındaki piyasa başarısızlıklarını gidermek, tam bilgilenmeyi sağlamak, sağlık için gerekli iş gücünü yetiştirmek, herkese eşit sağlık hizmeti sunmak ve üretilen hizmet için gereksinim duyulan fonları sağlamaktır[109].

Devlet, sağlık hizmetlerinde değişen rolüyle birlikte sağlık hizmetlerini doğrudan yöneten değil yönlendiren, sağlık alanında ulusal hedefleri belirleyen, sağlık hizmetleri piyasasının işleyişini sağlayan kuralları belirleyen, özel kesimce sunulan sağlık hizmetlerini destekleyen bir hale bürünmüştür. Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri dışında tedavilerin özel kesimden talep edilebilmesi için gelir düzeyi düşük kimselerin finansmanını sağlamak ve sağlık hizmetleri ile ilgili halkı bilinçlendirmek devletin sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm ile üstlendiği görevler arasında yer

---

[106] Erdinç Ünal, **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, 1. Baskı, Bursa: Ekin Yayınları, 2013, s.6.

[107] WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, **Technical Discussions The Role of Government in Health Development**, 2016, http://applications.emro.who.int/docs/em_rc53_tech.disc.1_en.pdf (18.06.2017), s.4

[108] TOSAGEM, s.10.

[109] Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü", Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde (1-9), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007, s.3-5.

almaya başlamıştır[110]. Sağlık hizmetleri ile ilgili toplumu bilinçlendirmek, toplumda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini sağlama yönünde devlete biçilen rollerden biridir. Dördüncü bölümde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde devletin rolü bağlamında bu konu detaylandırılacaktır.

Devletin ve piyasanın değişen rolü, desantralizasyon (yetki devri), tüketicilerin güçlendirilmesi, hizmet sözleşmeleri, özel sektörü teşvik, bütçeden sağlığa ayrılan payın azaltılması ve mülkiyet devri şeklinde gerçekleşmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'na da hizmet sunumundan ziyade, planlayıcı ve düzenleyici bir rol verilmiştir[111].

Sağlık sektöründe devletin geleneksel ve yeni rollerini karşılaştırdığımızda, devletin sektörü regüle etme rolünün değişmediğini görüyoruz. Yani sağlık sektörünün kurallarını saptayan her zaman devlet olmuştur. Fon yaratma yani finansman konusunda ise değişen anlayış, konunun en başından beri bahsettiğimiz üzere kamusal kaynakların azaltılması yönünde olmuştur. İçinde bulunulan iktisadi koşullar finansmana katkı sağlayan parasal akımların nereden ve nasıl olacağına da (merkezi bütçe, prim kesintileri, özel sigorta vb.) yön vermektedir. Kapitalizmin başlangıcından bugüne kadar tüm toplumlarda, ülkelerin gelişmişlik düzeylerindeki farklılıklar bir yana bırakıldığında, devlet ağırlığı farklı düzeyde olmak ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda yer almaktadır. Devletin sağlık hizmetleri sunumundaki ağırlığı ve sağlık harcamalarının kamu bütçesinden finanse edilmesi refah seviyesi ya da ekonomik sistem ne olursa olsun hemen hemen tüm ülkelerde sağlık reformlarını gündeme getirmiştir. Sağlık reformları ile sağlığın bir hak olduğu savunulurken gerçek durum sağlığa diğer kaynaklardan daha az pay ayrılması şeklinde gerçekleşmektedir. Bugün sosyalizmin uygulandığı ülkeler olan Çin ve sağlık sistemi Dünyaya örnek olarak gösterilen Küba'da bile özel sektör faaliyet göstermektedir.

Sağlık kamusal bir haktır. Bu durum temel bir gerçeklik olmak ile birlikte özel sektörün hizmet sunumunda yer almasına karşıt bir görüşte iddia etmemekteyiz. Daha sonra Türkiye'de sağlık politikalarının tarihi gelişiminde ayrıntıları belirtileceği üzere Cumhuriyet döneminde ki hükümetlerin hiçbiri özel sektörün karşısında olmamıştır.

---

[110] Aktan ve Işık, "Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü", s.6-7.

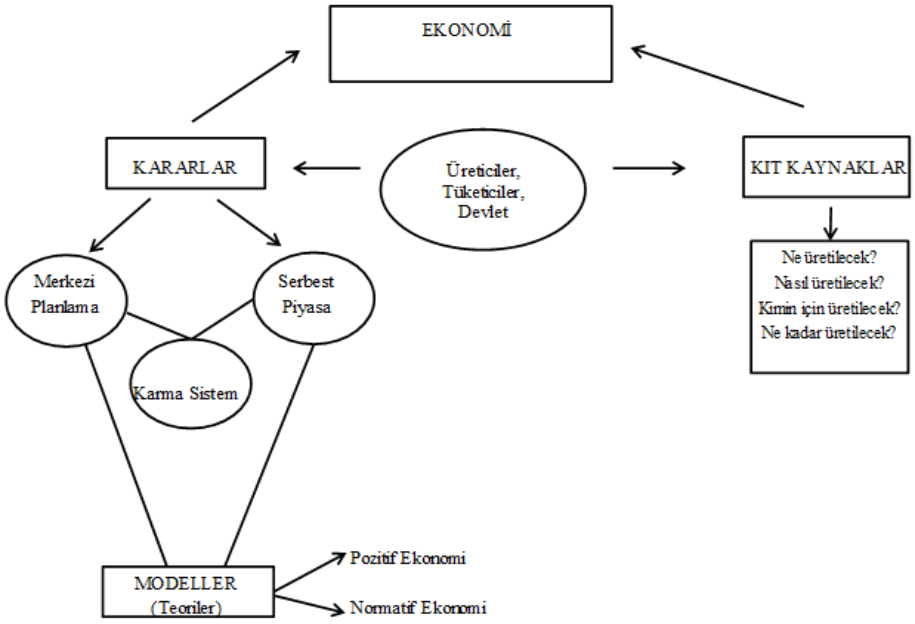
[111] T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Kamu Yönetimi Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s.27-29.

Asıl önemli olan unsur tüm kamusal hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların devletin başarısızlığına atfedilmemesi ve özel kesimin hizmet sunumunda da hakkaniyetin sağlanması gereğidir. Çünkü benzer, hatta daha ciddi aksaklıklar ile özel kesimde de karşılaşılabilmektedir.

1.3. SAĞLIK EKONOMİSİ

İktisat biliminin temel varsayımı, insan ihtiyaçlarının sınırsız ve bu ihtiyaçlara cevap verecek kaynakların kıt olduğu yönündedir. Kıt kaynaklar ile sınırsız insan ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayacak kararların verilmesini, rasyonel davranış varsayımı üzerine kurgulaması İktisat biliminin en önemli özelliklerinden biridir.

İktisat teorisinin karmaşıklığına rağmen, ekonomik düşünceler nispeten daha az sayıda temel kavramlar üzerinden şekillenmektedir. Kıtlık ve seçim, fırsat maliyeti, marjinal analiz, piyasa ve fiyatlar, talep ve arz, rekabet, verimlilik, piyasa başarısızlıkları bu kavramlardan bazılarıdır[112].



Şekil 1: Ekonominin Genel İşleyişi

Kaynak: Xavier Martinez-Giralt, **Principles of Health Economics for non-economists**, Center for the study of Organizations and Decisions in Economics, 2010, s.1.

[112] James W. Henderson, **Health Economics and Policy**, 6th Edition, USA: Cengace Learning, 2015, s. 13-14.

Şekil - 1'de İktisat biliminin genel işleyişi izlenebilmektedir. İktisat, kıt kaynaklar ile sınırsız insan ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kararların rasyonel davranış çerçevesinde belirlenmesini ifade etmektedir[113]. İktisadi karar birimleri ise; üreticiler, tüketiciler ve devletten oluşmaktadır.

Sınırsız ihtiyaçlar karşısında ekonomik kaynakların kıtlığı toplumu ihtiyaçları arasında bir tercihte bulunmaya zorlar. Çünkü her ihtiyacın şiddeti farklıdır ve karar birimleri kaynakların alternatif kullanım alanları arasından faydasını maximize eden tercihe yönelir. Bu tercihlere yönelik kararlar piyasa ekonomisi (kapitalist ekonomi), kumanda ekonomisi (sosyalist ya da kollektivist ekonomi) ve karma ekonomide farklı şekillerde gerçekleşmektedir[114]. Özel kesim serbest piyasada çözümü öngördüğünden "Serbest Piyasa Sistemi", kamu kesimi ise, müdahaleci güce dayanarak çözümü öngördüğünden "Totaliter Müdahaleci Sistem" olarak da adlandırılmaktadır. Piyasa mekanizmasının koşullarının korunduğu, fakat devletin toplum çıkarlarını korumak üzere ekonomiye müdahalede bulunduğu sistemlere de "Karma Ekonomi Sistemi" denir[115]. İktisadi analizler çerçevesinde bu üç piyasada işleyen kuralların modellenmesi, Normatif İktisat ve Pozitif iktisat perspektifiyle gerçekleştirilir. Pozitif iktisat, ekonomik olayların gözlemlenmesi yoluyla, sebep-sonuç ilişkilerine dayalı hipotezlerin geliştirilmesi ve bu hipotezlerin doğruluklarının test edilmesi yoluyla, karar birimlerinin kararlarının esaslarını açıklamaya çalışır. Normatif iktisat ise toplum için hangi malların ne miktarda üretilmesinin doğru olacağına yönelik kararları içerir ve değer yargıları barındırır. Pozitif iktisatta ise değer yargılarına yer yoktur[116]. Karar verme sürecinin açıklanması pozitif iktisadın konusu iken, politika tasarımı, kararın kontrolü ve geliştirilmesi normatif iktisadın konusudur[117].

İktisadi analizler ile hangi tür mal ve hizmetlerin hangi üretim birimleri tarafından, nasıl ve hangi oranlarda üretileceğinin kararını verirken kaynakların optimal

---

[113] Henderson, s. 26

[114] Halil Nadaroğlu, **Kamu Maliyesi Teorisi**, 11. Baskı, İstanbul: Beta, 2000, s.22.

[115] Beyhan Ataç (Ed.), **Kamu Maliyesi**, 2. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1997, s.6.

[116] Zeynel Dinler, **İktisada Giriş**, 20. Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi, 2014, s.27.

[117] Xavier Martinez-Giralt, **Principles of Health Economics for non-economists**, Center for the study of Organizations and Decisions in Economics, 2010, s.1.

dağılımı göz önünde bulundurulur[118]. Optimizasyon yani kaynakların kullanımında etkinlik sağlama, karar vericinin amaç ve hedefleri doğrultusunda en iyi eylem yolunun tercih edilmesi demektir[119]. Sağlığa ayrılan kaynaklar da kıttır ve bu kaynakların optimal kullanımının sağlanmasına yönelik kararlar toplumun sağlık düzeyinin olabilecek en iyi duruma getirilmesi ile mümkündür. Neoklasik yaklaşımda fayda maksimizasyonu olarak adlandırılan ve tüketicilerin mal ve hizmetler arasından sınırlı geliri ile kendisine en çok fayda sağlayacak tercihleri gerçekleştirmesini ifade eden teoriye göre toplam fayda tüketicinin doyum noktasına ulaştığı noktaya kadar (Şekil-2'de A noktası) ilave her birim mal ve hizmet kullanımı ile artış gösterir. Doyum noktasına ulaşmadan öncede (Şekil-2'de B den A'ya kadar olan süreç) toplam faydanın artması bu yaklaşımda kritik önemdedir. Toplam fayda artarken her birimin sağladığı fayda giderek azalmaktadır. Marjinal fayda ise giderek azalırken doyum noktasında sıfıra ulaşmaktadır[120].

Kaynakların alternatif kullanım yerinin olması fikri "maliyet" kavramını doğurmuştur. Kaynakların en iyi alternatiften yana kullanılması ile elde edilebilecek fayda ise fırsat maliyeti olarak adlandırılmaktadır[121].

Şekil - 2'de üstte yer alan grafikte toplam maliyet eğrisi sabit ve değişken maliyetlerin toplamından oluşan dikey bir eğri ile temsil edilmiştir. Toplam maliyet eğrisi ile üretilen sağlık hizmetlerinin toplam maliyet hacmi ifade edilmektedir. Marjinal maliyet eğrisi ise, üretim miktarında meydana gelen bir birimlik değişmenin toplam maliyetteki değişmeye oranını göstermektedir[122].

Optimal kullanım, tüketicilerin marjinal faydaları marjinal maliyetleri aştığı sürece mal veya hizmet satın almaya devam etmesi anlamına gelmektedir. Marjinal fayda arttıkça mal veya hizmetler daha çok tüketilmeye devam edecek buna paralel olarak marjinal maliyette artacaktır. Marjinal maliyet (MM) ve marjinal faydanın (MF) eşit olduğu noktada denge sağlanacaktır.

---

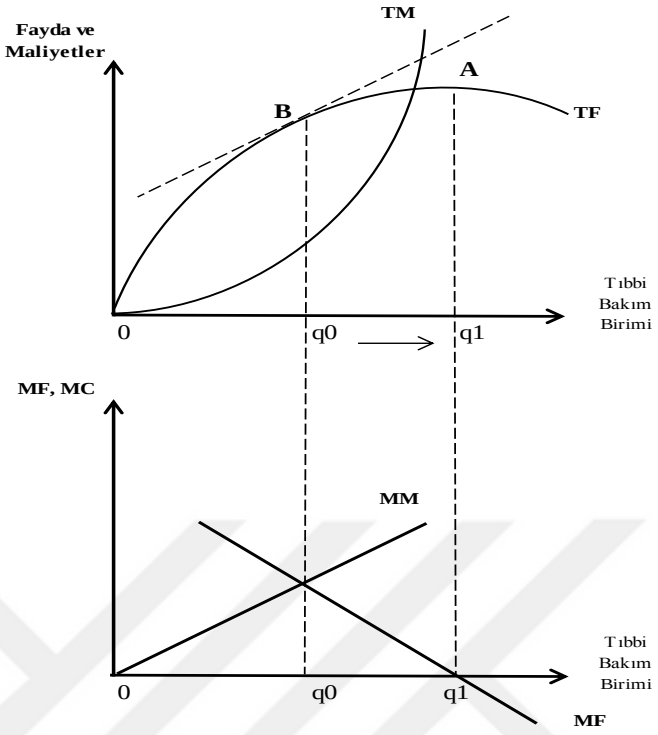
[118] Nadaroğlu, s.21-22.

[119] Henderson, s. 29.

[120] Orhan Türkay, **Mikro İktisat Teorisi**, Cilt 1, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Yayın No: 551, Ankara, 1986, s.45.

[121] Henderson, s.26.

[122] Türkay, s.118.



Şekil 2: Ekonomik Optimizasyon

Kaynak: James W. Henderson, **Health Economics and Policy**, 6th Edition, USA: Cengage Learning, 2015, s.30.

Şekil-2 tıbbi bir işlem sonucu elde edilen toplam faydanın, daha fazla bakım sağlandığında azalan bir oranda arttığını ifade etmektedir. A noktasından sonra ise sağlanan ek tıbbi bakım, artık bu alanda hastanın tıbbi riski kalmadığı için, bu hizmetten sağlanan toplam faydanın giderek azalmasına neden olacaktır. A noktasında marjinal fayda sıfırdır. B noktası ise marjinal faydanın marjinal maliyete eşit olduğu noktayı ifade etmektedir. Sağlık ekonomisinde bu eğri *flat-of-the-curve medicine* olarak adlandırılmaktadır[123]. Toplam fayda eğrisinde A noktası ile ifade edilen kısım, sağlık hizmetlerinde maliyetler artarken sağlık sonuçlarında herhangi bir iyileşmenin söz konusu olmadığı durumlara atıfta bulunmak üzere geliştirilmiştir. Bu eğrinin ifade ettiği durum ilave tıbbi bakım birimlerinin sağlık üzerindeki etkisinin azalarak düşük tıbbi verimliliğe neden olmasıdır[124].

Fuchs'a göre ekonomistler, ek bir sağlık artışının değerinin, bu artışı elde etmek için gereken kaynakların maliyetine tam olarak eşit olduğu nokta olarak

---

[123] Henderson, s. 29.

[124] Lanis L. Hicks, **Economics of Health and Medical Care**, Sixth Edition, Janes&Bartlett Learning, 2014, s.17.

tanımladığı toplumsal optimumla meşguldür. Örneğin, büyük bir cerrahi operasyondan sonra hastanede kalışın ilk birkaç günü, komplikasyonların önlenmesi ve toparlanmaya yardımcı olması açısından son derece değerlidir, ancak bir noktada her ek günün değeri düşer. İlave bir günlük kalış değeri, o günün bakımının maliyetinin altına düştüğünde, toplumsal optimum kavramına göre, hastanın durumundan endişe duyulmuyorsa, daha uzun süre kalması arzulanır olsa bile taburcu edilmesinin faydalı olduğudur[125].

Sağlık göstergelerindeki iyileşme ve dünya çapında artan yaşam beklentisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakları artırmıştır. Bununla birlikte, sağlık üretiminde ve sağlık piyasalarında iktisadi etkinliğe ulaşmak için devletin nerelerde ve nasıl müdahale edeceğine yönelik ekonomi bilimine özgü kuralların sağlığa uygulanmaya başlamasıyla yeni bir bilim dalı olarak sağlık ekonomisi ortaya çıkmış ve sağlık ekonomisine yönelik teorik çerçeve bu doğrultuda gelişmiştir.

Sağlık ekonomisinde de iktisadi analizler Normatif İktisat ve Pozitif iktisat perspektifiyle ele alınmaktadır. Arrow (1963)'a göre; sağlık hizmetleri normatif iktisadın konusudur ve refah iktisadının normlarıyla işler. Sağlık hizmetleri ile ilgili ekonomik problem, hastalık ya da tedavinin etkinliği konusundaki belirsizliktir. Normatif iktisat perspektifiyle ele alınan husus sağlığın kendisi değil sağlık sektörüdür ve sağlık sektörü ile ilgili olması bekleneni inceler[126]. Örneğin sağlığa hak temelli yaklaşım ve eşitsizliklerin giderilmesi yönünde bir bakış açısının geliştirilmesi normatif yaklaşımı ifade etmektedir. Chalkley ve Malcomson (2000) ise; sağlık hizmetleri ile ilgili normatif iktisat yaklaşımını, toplumsal refah ile ilgilenen bir devlet kurumu için hangi eylem ve kararların uygun olduğunun belirlenmesine yönelik perspektif şeklinde ifade etmektedir[127]. Hurley (2000)'e göre ise; Normatif iktisat, kaynak tahsisi ve bu tahsisi sağlamaya yönelik politikaları daha iyi olandan daha kötü olana doğru sıralamak ile ilgilidir. Bir politikayla ilgili sıralama yapmak, bu politikanın etkilerini doğru biçimde tanımlayan analizler gerektirir. Daha iyi bir kaynak dağılımının nasıl

---

[125] Victor R. Fuchs, **Who Shall Live? Health Economics and Social Choice**, Basic Books, Newyork: Inc. Publishers, 1974, s.19.

[126] Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care", **The American Economic Review**, Vol. 53, No. 5, December 1963, s.941.

[127] Martin Chalkley ve James M. Malcomson, "Government Purchasing of Health Services", A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (847-890), Netherlands, Elsevier Science, 2000, s.849.

sağlanacağı hususunda ise etik kriterler gündeme gelmektedir[128]. Chalkley ve Malcomson (2000)'a göre; sağlık sektörünün işleyişine karar verme sorumluluğu taşıyan hükümetler kendi menfaatleri ve çeşitli politik etkilere maruz kalırlar. Bu etkileri göz önüne alarak, devlet kurumlarının eylem ve kararlarının analizinin yapılması pozitif (ya da politik) iktisat yaklaşımının inceleme konusudur[129]. Besley ve Diğerleri (1994)'ne göre pozitif iktisat yaklaşımı kamu tarafından sağlanan modellerin uygulamada nasıl olduğunu gözlemlemektedir. Bu yaklaşım, kamu kesimi faaliyetini, ilgili tarafların maksatlı eyleminin bir ürünü olarak görmektedir[130].

Buraya kadar yapılan açıklamalardan sağlık ekonomisi ile analiz edilen durumun, uygulanan sistem, finansman modeli, fiziksel ve insan kaynakları vb. faktörler ile bir bütün olan sağlık sektörünü içerdiğini görüyoruz. Sağlık sektörü, içsel faktörlerden olduğu kadar sektörün dışından kaynaklanan faktörlerden de beslendiği için bir sonraki bölümde sağlık sektörünün diğer sektörler ile olan ilişkisine değinilmiştir.

1.3.1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Sağlık Sektörünün Diğer Sektörler ile İlişkisi

Günümüzde daha çok kapitalizme özgü kurallar ile işleyen sağlık hizmetleri, sağlığın iktisadi etkinlikler içerisinde ayrı bir sektör olarak yer almasını, üretim, tüketim ve bölüşüm ile ilişkili kararlar için ayrı bir bilim dalı olarak incelenmesini sağlamıştır[131]. Culyer ve Newhouse (2000) tarafından geliştirilen ve sağlık ekonomisinin sistematik yapısını anlatan Şekil – 3'de sağlık ekonomisinin inceleme alanlarına yer verilmiştir.

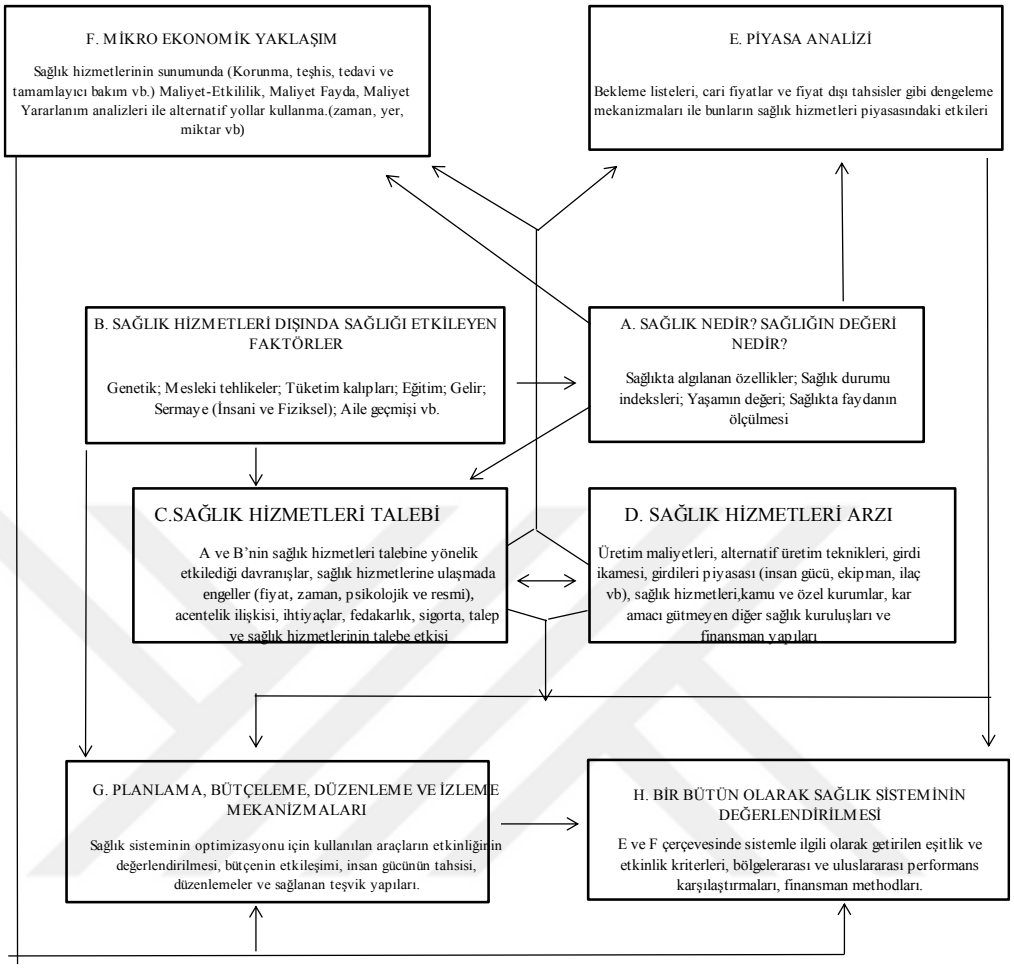
---

[128] Jeramiah Hurley, "An Overview of the Normative Economics of The Health Sector", A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (55-110), Netherlands, Elsevier Science, 2000, s.57

[129] Chalkley ve Malcomson, s.849.

[130] Timothy Besley, Miguel Gouveia and Jacques Dreze, "Alternative Systems of Health Service Provision", **Economic Policy**, Vol.9, No. 19, October 1994, s.231.

[131] İlker Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, 3. Baskı, İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2009, s. 23



Şekil 3 : Sağlık Ekonomisinin Kapsamının Şematik Gösterimi

Kaynak: Jeramiah Hurley, "An Overview of the Normative Economics of The Health Sector", A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (55-110), Netherlands, Elsevier Science, 2000, s. 4.

Şekil - 3'de Culyer ve Newhouse (2000); A, B, C ve D kutularını şemanın merkezine yerleştirmiş ve bu kutuları sağlık ekonomisi disiplininin "makine dairesi" olarak nitelendirilmiştir. E, F, G ve H kutuları da makine dairesinin varlığı için amprik uygulama alanları olarak ifade edilmiştir[132]. Sağlığın ne olduğu ve değerinden hareketle, sağlığı etkileyen faktörler, sağlık hizmetlerinin talep ve arz yönü, mikro ekonomik yaklaşım çerçevesinde sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme yöntemleri ve

[132] Anthony J. Culyer ve Joseph P. Newhouse, "Introduction: The State And Scope Of Health Economics", A.J. Culyer and J. P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (847-890), Netherlands, Elsevier Science, 2000, s.4.

piyasa analizine yer verilmiştir. Makro perspektif ile ele alındığında devletin sağlık hizmetlerindeki rolü, bütçeleme, planlama, regülasyon ve denetim mekanizmaları açısından şematize edilmiş ve bir bütün olarak sağlık sistemini bölgeler ve ülkeler arasında karşılaştırmaya imkân verecek kriterler çerçevesinde buna ek olarak finansman metotlarına da şematik gösterimde yer vermişlerdir.

Sağlık hizmetinin değeri, sağlığın doğasını belirleyen bir faktör olarak sağlık hizmetlerinin talebine ve bu talep çerçevesinde şekillenen arza göre sağlık piyasasında dengeyi oluşturur. Sağlık hizmetleri talebi, bireylerin hasta olduğunda sağlık düzeyinin yükseltilmesi yanında beşerî sermayeye bir katkı olarakta görülmektedir. Sağlık hizmetleri arzı ise; üretime, girdi piyasasına ve endüstriyel organizasyonlara kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır[133]. Sağlık hizmetleri piyasasının mikro ekonomik bir yaklaşımla ele alınması, makro perspektif ile sağlık hizmetlerine yaklaşım için girdi sağlamaktadır. Makro düzeyde yapılan incelemeler ise planlama, bütçeleme ve regülasyon gibi devlet fonksiyonlarının icraa edilmesine katkı sağlamaktadır.

Sağlık ekonomisi, ekonomiye özgü kuralların, kavram ve teorilerin sağlık sektörüne uyarlanmasıyla oluşan bir alandır. Sağlık ekonomisinin kapsamı; sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılacak kaynak miktarı, kaynakların sağlığı geliştiren çeşitli faaliyetler arasında dağılımı, sağlık kurumlarının örgütlenmesi ve finansmanı, sağlığa tahsis edilen ve kullanılan kaynakların verimliliği, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi gibi konulardan oluşmaktadır[134]. Buna bağlı olarak, sağlıkta yapılması gereken tercihler; sağlık mı başka amaçlar mı? Tıbbi bakım mı diğer programlar mı? Doktorlar mı diğer sağlık hizmeti sunucuları mı? Bugün mü? Yarın mı? gibi soruları cevaplamaya yöneliktir[135]. Ekonomi sağlığa, sağlık ekonomiye etki etmektedir. Ekonomi ve sağlık arasındaki bu çift yönlü ilişki, toplumların iktisadi, sosyal ve politik tercihlerine göre şekillenmekte ve giderek ekonomi ile ilgili boyutunun ağırlık kazanmaya başladığı bir hale bürünmektedir[136]. Fakat sağlık ekonomisinin etkisi

---

133 Henderson, s.13.

134 Mehtap Tatar, **Sağlık Politikası ve Planlaması**, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara, s.37.

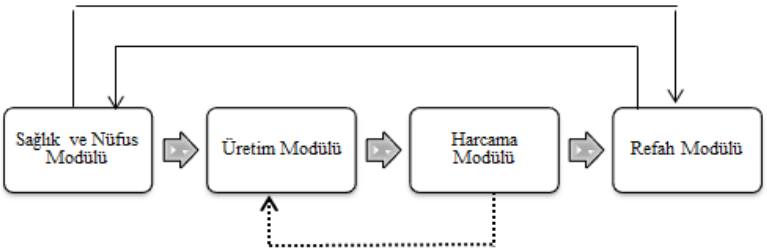
135 Tatar, **Sağlık Politikası ve Planlaması**, s.37-38.

136 Ünal, s.1.

yalnızca ekonomi disiplini ile sınırlı değildir. Sağlık alanının dışında da etkileri söz konusudur. Fuchs (1999), bu durumu *"The Two Hats of Health Economics"* yani *"Sağlık Ekonomisinin İki Şapkası"* deyişiyle ifade etmektedir. Sağlık ekonomisi aynı zamanda davranışsal bir bilimdir ve bu anlamda sağlık ekonomistlerinin üstlenmesi gereken misyon; ekonomik davranış anlayışının geliştirilmesi, sağlık politikası, sağlık hizmetleri araştırmaları ve sağlık uygulamaları için girdiler sağlamaktır[137].

Sağlık sektörünün diğer sektörler ile karşılıklı ilişkilerine örnek olarak sağlık sigortasının varlığı ve sağlık sigortasının türünün, iş gücü piyasasında ki bireylerin ve firmaların davranışları üzerine etkilerini göstermek mümkündür[138]. Bir diğer örnekte sağlığa zararlı ürünlerin tüketiminin yasaklanması ile sigara ya da alkol tüketimi alışkanlığına sahip bireylerin bu ürünlere yönelik tüketimini azaltma yönünde gösterdikleri davranış değişikliğinin tütün ya da alkol üreticilerini, bu ürünlerin satışını yapan şirketleri ve bu sektör ile bağlantılı çalışanların gelirlerini olumsuz etkilemesidir. Sağlık sektörünün diğer sektörler ile olan ilişkisi Şekil- 4'de Over (1991)'ın geliştirdiği modelden yararlanarak açıklanmaya çalışılmıştır. Bu modele göre ulusal bir ekonominin temel bileşenleri, sağlık ve nüfus modülü, üretim modülü, harcama modülü ve refah modülü ile ifade edilen temsili kutucuklar vasıtasıyla anlatılmıştır.

Şekil- 4'e göre; düz bağlantılar, bir değişkenin bir başka değişkene "doğrudan" etkisini temsil ederken, kesik çizgiler daha yavaş yani bir yıl ve üzerinde etkisi ortaya çıkan bağlantıları ifade etmektedir.



Şekil 4 : Sağlık Sektörü ve Ekonominin Geri Kalan Kısmının İlişkisi
Kaynak: Mead Over, **Economics for Health Sector Analysis**, First Printing, Washington D.C.: Economic Development Institute of The World Bank, 1991, s.6.

---

[137] Victor R. Fuchs, **The Future Of Health Economics**, National Bureau of Economic Research, Working Paper: 7379, Cambridge, October 1999, s.2.

[138] Huizhong Zhou, "İntroduction", Huizhong Zhou (Ed.) **The Political Economy of Health Care Reforms** içinde (1-8), Kalamazoo, MI: W.E, Upjohn Institute for Employment Research, 2001, s.5.

Modele göre; sağlık ve demografi ile ilgili değişkenlerin, üretim, harcamalar ve refah modülü üzerinde doğrudan ilişkisi söz konusudur. Refahın, sağlık üzerinde doğrudan ve başlı başına etkisi söz konusudur. Sağlık ekonomisi açısından düz ve kesikli çizgiler ile ifade edilen bu iki ok, sağlık hizmetleri projeleri ve programları için iki temel gerekçeyi simgelemektedir: sağlığın geliştirilmesi yoluyla refahın doğrudan arttırılması ve üretim (çıktı) artışı yoluyla refahın dolaylı olarak artırılmasıdır. Üretim artışı yoluyla refah artışının sağlanması sağlığın gelişimine olumlu etki etmektedir. Üretim modülünden harcama modülüne yönlendirilmiş olan kalın ok, gelirin birçok farklı şekilde harcanabileceğini (kamusal veya özel mal/hizmet satın alınması, yatırım, tasarruf vb.) ifade etmektedir[139].

Sağlık ve nüfus modülü, bir ülkenin nüfusuna uzun vadede etki eden doğum ve ölüm oranları gibi etkenleri ve toplumdaki hastalık düzeyini ölçen değişkenleri kapsamaktadır.

Üretim modülü, ülkenin sermaye stokunu, iş gücü miktarını ve arz edilen ürünlerin kalitesini kapsar. Çıktıların asıl belirleyici faktörü ise teknolojidir.

Harcama modülü, gelir, vergiler ve harcanabilir gelirden oluşmaktadır. Bu kaynakların kullanım alanı ise eğitim harcamaları, sağlık harcamaları vb. harcamalar şeklinde bölüştürülmektedir.

Refah modülü ise, sağlıklı yaşam beklentisi, okuma yazma oranı, kıtlıkla mücadele için kişi başına günlük kalori miktarı ve kişi başına düşen gelir gibi göstergelerden oluşmaktadır[140].

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilintili olarak sağlık düzeyinin iyileştirilmesi argümanı savunulmaktadır. Bu argümandan hareketle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin modelde bahsi geçen tüm modüllerle ilişkisi kurulabilir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlık parametrelerinde ve demografik verilerde iyileşmeler sağlanabilirken, sağlıklı bir nüfusa sahip olmanın avantajı ile ülkenin iş gücü verimliliği ve üretimde artış sağlanabilir. Üretim artışı kişi başına düşen geliri artırarak toplumsal refaha katkı sağlar. Bu ilişkilerden çıkarılacak sonuç çeşitli parametreler yoluyla ulusal ekonomiye etki eden diğer sektörlerin sağlık

---

[139] Mead Over, **Economics for Health Sector Analysis**, First Printing, Washington D.C.: Economic Development Institute of The World Bank, 1991, s.6.

[140] Over, s.6.

ile ilişkisinin açıklanabileceğidir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi de sağlık ile ilişkili bir kavram olarak bu sektörel ilişkiler ağına etki edecek bir faktör olarak değerlendirilebilir.

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Sağlık Piyasasının Özellikleri

Sağlık, toplumsal niteliğinden dolayı sağlık hizmetlerine, sağlık sektöründen kaynaklanan ekonomik ilişkiler dolayısı ile de sağlık piyasasına özgü özellikler taşımaktadır. Bu bağlara dayanarak sağlık hizmetlerinin özellikleri izleyen başlıklar altında ifade edilmiştir.

1.3.2.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı, Özellikleri ve Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti *"Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaların bütünü"* şeklinde tanımlanabilir[141]. Alma Ata Bildirisinde (1978) verilen tanıma göre sağlık hizmetleri;

> *"Temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır"*[142].

DSÖ'nün tanımına göre;

> *"Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturulmasına yönelik tıbbi bakım çalışmalarının tümüdür"* [143]

şeklinde ifade edilmektedir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da ise sağlık hizmetleri; *"İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir"* şeklinde tanımlanmıştır[144].

---

[141] Metin Ateş, **Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2016, s.2.

[142] Sabahattin Aydın, "Alma-Atadan Günümüze Temel Sağlık Hareketi", Recep Akdağ (Ed.), **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, SB Yayın No:770, 2008, Beta Yayıncılık, s.24

[143] Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, 1. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi, 2012, s.11.

[144] Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun No:224, 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (21.10.2015), s. 3076.

Sağlık hizmetleri, toplumsal bir niteliğe sahiptir ve bu özelliği dolayısıyla piyasada yer alan diğer sağlık dışı mal ve hizmetlerden farklıdır. Örneğin bir cep telefonu ya da bilgisayar alımı ile safra kesesi ameliyatı olmak hem ihtiyaç anlamında hem de sağladığı fayda anlamında aynı kategoride değerlendirilemez. Sağlık hizmeti aniden ortaya çıkabilir ve bu hizmete duyulan talebin ne sıklıkta ve ne miktarda olacağı önceden tespit edilemez. Bu nedenle ihtiyaç ortaya çıktığında ertelenmesi ya da başka bir şeyle ikamesi de söz konusu değildir[145].

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çoğu ülkede, beşerî sermayenin gelişimine ve ekonomik üretkenliğe katkıda bulunan bir faktör olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra sağlığa ayrılan kaynakların şu üç amaca hizmet etmesi beklenmektedir: 1) optimal düzeyde bir sağlık hizmetinin adil bir şekilde dağılımının sağlanması, 2) herkese risklere karşı yeter derecede korumanın sağlanması ve 3) halkın tamamı için sağlık hizmetlerinde mümkün olan en yüksek memnuniyet düzeyinin sağlanmasıdır[146].

Sağlık hizmetleri sunulan hizmetin kapsamına göre çeşitli kategorilere ayrılmaktadır. Bu kategorilerden biri DSÖ Ana Sözleşmesinde ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da ifade edilen ayrımdır. Bu iki önemli belgeye göre sağlık hizmetleri; tedavi edici, koruyucu, rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerini; ilaç, tedavi ya da tıbbi bakım hizmetleri, çevreyi de kapsayan koruyucu sağlık hizmetleri ve otelcilik hizmetleri[147] olarak gruplandıran, eczacılık hizmetleri ve laboratuvar hizmetlerini de sağlık hizmetlerine dâhil eden görüşler mevcuttur[148]. Bu çalışmada, sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetleri de sağlık hizmetlerinin kapsamında değerlendirdiği için Alma Ata (Ottowa, 1986) bildirgesinde yer alan sınıflandırma göz önünde bulundurularak sağlık hizmetleri; temel (koruyucu) sağlık hizmetleri, tedavi ya da tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmıştır.

---

[145] Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, C. Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde (10-21), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007, s.11-14

[146] William Hsiao and Peter S. Heller, **What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?** IMF Working Paper, 2007, s.8.

[147] Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.47.

[148] Asuman Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", **Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, Ocak-Mart 2007, s. 34.

Temel (koruyucu) sağlık hizmetleri hastalık risklerini azaltarak sağlıklı yaşam potansiyelinin ve hayat standardının yükseltilmesini amaçlayan hizmetlerdir[149]. Yeterli ve dengeli beslenme, hijyen kuralları, sağlığa zararlı alışkanlıklar ile mücadele edilmesi, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele için bağışıklamanın teşvik edilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele için sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması bu kapsamda ele alınmaktadır. Bu yolla bireylerin sağlık koşullarının iyileşmesi ve dolayısıyla bireysel verimlilik artışının sağlanacağı söylenebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl önemi hastalıkların erken teşhis edilmesine olanak sağlamasıdır.

Çevreden kaynaklanan ve sağlığa olumsuz etki eden faktörlerin ortadan kaldırılması için insanın çevre ile uyumunu sağlayacak hizmetlerin sağlanması koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda fiziksel ve biyolojik olarak insanlara zarar veren etmenler için denetim mekanizmalarının oluşturulması önem arz etmektedir. İnsanların temiz suya ve temiz havaya erişimi için su ve hava kirliliği ile ilgili denetim mekanizmalarının oluşturulması bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ekonomi ile ilgili olan yönü ise, bu hizmetlerin toplumun tamamına yöneltilmiş hizmetler olmasından dolayı bireysel faydalarının ölçümlenmesinin zor oluşu ve bu nedenle de fiyatlandırılamamasıdır. Bu hizmetler genellikle devlet tarafından finanse edildiğinden tam kamusal hizmetler kapsamında ele alınmaktadır[150].

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin hastalanmasından başlayarak muayene edilmesi, gerekli tetkiklerin yapılması, hastalığın tanısının konulması ve tedavi edilmesine kadar olan tüm süreçleri içeren bir bütündür[151]. Tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilgili en önemli özellik bireylere doğrudan yarar sağlamasıdır[152]. Bunun nedeni, hastalıkların benzer belirtiler göstermesine rağmen kişiye özgü nitelik göstermesidir. Dolayısıyla, hastalığın tedavisi de kişiye özgü olarak uygulanır. Tedavi edici sağlık hizmetleri kamu yanında özel sektör tarafından da sunumu gerçekleştirilebilen hizmetler olduğundan yarı kamusal nitelik sergilemektedir.

---

149 Ertürk Atabey, s.12.
150 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s. 25.
151 Ertürk Atabey, s.13.
152 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.26.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, hastalık, kaza vb. nedenlerle fiziksel yetilerinden yoksun kalan ve çalışma gücünü tamamen ya da kısmen kaybeden bireylerin topluma kazandırılması için gereken tıbbi ve sosyal rehabilitasyon desteğinin sağlanması yönündeki çabaların tümü olarak tanımlanabilir. Rehabilite edici hizmetlerin bize göre en önemli üç özelliği; bireylerin yaşam kalitesini artırması, bir başkasına olan bağımlılığı ortadan kaldırması ya da azaltması ve ruhsal iyilik halinin kazandırılmasıdır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik çabaların adımlarının atıldığı Ottowa Bildirgesinde (1986) "*Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir*"[153] şeklinde tanımlanmıştır. Ottowa bildirgesinde, sağlığın geliştirilmesine yönelik üç temel strateji ve bu stratejilere yönelik beş eylem planı benimsenmiştir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik temel stratejiler ve bu stratejilere yönelik eylem planları Şekil- 5'te belirtilmiştir.

Stratejiler	Eylem Planları
•Gerekli sağlık koşullarının yaratılması için sağlığın desteklenmesi •İnsanların tam sağlık potansiyellerine erişmelerinin sağlanması •Sağlık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılması	•Sağlıklı halk politikası oluşturulması •Sağlığı destekleyici çevrelerin yaratılması •Sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi •Kişisel becerilerin geliştirilmesi •Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi

Şekil 5: Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Stratejiler ve Eylem Planları

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü,** 1. Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Bakanlık Yayın No: 814, 2011, s. 1-2'den uyarlanmıştır.

Ottowa'da sağlığın geliştirilmesi ve "Herkese Sağlık" anlayışının evrensel olarak yaygınlaştırılması amaçlanmış bu amaca ulaşma sorumluluğu tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına atfedilmiştir[154]. Aynı bildirgede bireylerin sağlıklı olması için gereken ön koşullar; yeterli bir gelir düzeyi, uygun düzeyde eğitim, iyi beslenme, uygun

[153] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü,** 1. Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Bakanlık Yayın No: 814, 2011, s.1

[154] Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.27.

çevre koşulları olarak tanımlanmıştır. Devletler için gereken ön koşullar ise; sosyal adalet ve hakkaniyet ilkelerine uyumlu bir sağlık politikası, finansman desteği ve sağlık sisteminin örgütlenme modelini oluşturmaları şeklinde belirtilmiştir[155]. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bireylerde sağlık bilincinin oluşturulmasına yönelik sağlık eğitimlerini de kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri için katılımcılık anlayışı önemli bir faktör olarak görülmektedir.

1.3.2.2. Sağlık Piyasası ve Özellikleri

İktisattaki kullanımı ile piyasa, değişime konu olan bir mal ya da hizmet için alıcı ve satıcıların karşılaştıkları ortam olarak adlandırılmaktadır. Sağlık piyasası açısından ele alındığında sağlık piyasasında değişime konu olan şey sağlık değil, sağlık hizmetinin kendisidir. Alıcılar, sağlık hizmeti talep eden bireyler/hastalar, satıcılar ise sağlık hizmetinin sunucularıdır.

Devlet, sağlık hizmetinin sunucusu olarak sağlık piyasasında yer alır. Fakat ekonomi üzerindeki etkileri devletin sadece hizmet sunucusu olarak yer alması ile sınırlı değildir. Devletin ekonomideki görevi, üretim, tüketim ve bölüşüm ilişkilerini düzenlemektir. Üretim emek gücü ile sağlanır. Bu nedenle sağlığın bozulması emek verimliliğinin ve üretimin düşmesine neden olur. Üretimdeki bozulmaysa kaynak dağılımını olumsuz etkileyerek, gelir dağılımına olumsuz etki eder[156].

Devletin sağlık piyasasında yer almasının nedeni, sağlık hizmetlerinin üretiminin tamamen piyasa güçlerine bırakılması durumunda etkin düzeyde üretimin gerçekleştirilememesidir. Üretim yetersiz olduğunda birey ve toplum açısından refah kayıpları ortaya çıkabilir[157].

Piyasa mekanizması ile ilgili geleneksel varsayım, piyasaya herhangi bir müdahalede bulunmaksızın, hangi mal ve hizmetlerin üretileceğinin "fiyat mekanizması" yoluyla kendiliğinden belirlenmesidir. Tam rekabet koşullarının geçerli olduğu piyasada "görünmez el" in ekonomiyi düzenleyeceği varsayılır[158]. Bireyler

---

155 Ateş, s.2.

156 Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü,** s.46.

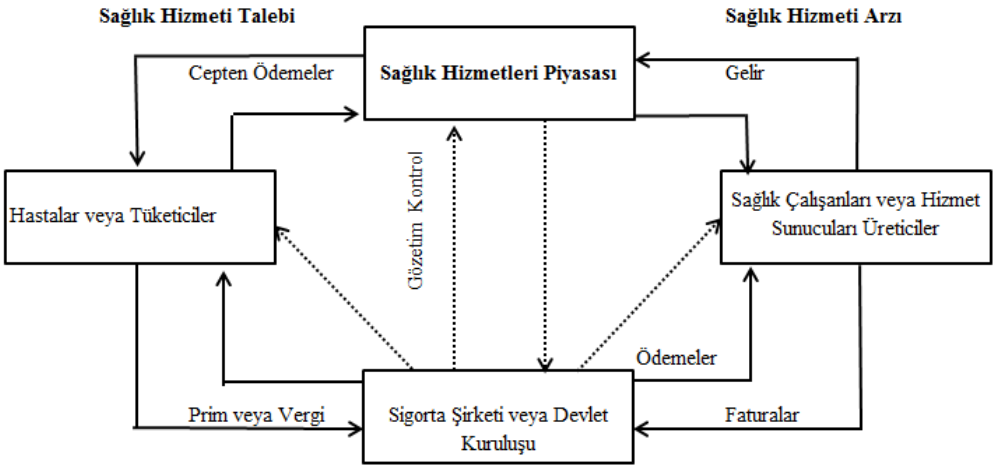
157 İbrahim Atilla Acar, "Sağlık Hizmeti Açısından Öncü Göstergelerin Önemi", **Maliye Dergisi**, Sayı 163, Temmuz-Aralık 2012, s.1.

158 Ünal, s.27.

kararlarını kendi çıkarları doğrultusunda belirlerken piyasanın görünmez eli tarafından yönlendirilen bu çıkarlar toplumun çıkarlarının sağlanmasına hizmet eder. Dolayısıyla piyasa, ideal koşullar altında bireylerin ve firmaların davranışlarını optimize eden mükemmel rekabet koşulları sergilendiğinde verimli sonuçlar doğurmaktadır[159].

Piyasa ekonomisinin işleyişi ile ilgili modern değerlendirmelerde ise ekonomistler, piyasa mekanizmasının işleyişinde verimlilik ve eşitlik şeklindeki ikiz kriterleri göz önünde bulundurmaktadırlar[160].

Şekil- 6'da sağlık hizmetleri piyasasının işleyişi ve piyasanın taraflarına yer verilmiştir.



Şekil 6: Sağlık Hizmetleri Piyasasında Taraflar

Kaynak: Emine Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014, s.37.

Şekilden de izlenebileceği üzere sağlık hizmetleri piyasası, sağlık hizmeti arz edenler ile sağlık hizmeti talep edenlerin karşılıklı alışverişini ifade etmektedir. Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylere, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık çalışanları hizmet arz ederler. Sundukları hizmetin karşılığı olarak, sigorta şirketleri ya da devlet kuruluşlarından bir gelir elde ederler. Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık harcamalarının yüklenicisi sigorta kurumları ve/veya devlettir[161].

Sağlığın diğer mal ve hizmet piyasalarından farklı özellikler sergilediğini ve kendine özgü özellikleri olduğundan söz etmiştik. Öncelikle, sağlık hizmetlerine ne

---

159 Henderson, s. 71.

160 Henderson, s. 71.

161 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.37.

zaman ihtiyaç duyulacağı belirsizdir. Sağlık hizmetlerinin niteliği gereği üretim ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetleri hem yaşam hem de ölüm ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde talep esnekliği genellikle katıdır. Sağlık hizmetlerinde piyasaya giriş ve çıkış belirli koşullara bağlıdır. Sağlık hizmetleri yoğun dışsallıklar yayan hizmetlerdir ve kamusal nitelik sergilerler. Sağlık hizmetleri alanında ölçek ekonomisi var olup tekelcilik hâkim olabilmektedir[162]. Sağlık hizmetleri piyasası heterojen bir nitelik sergilemektedir. Hizmet sunucu (Hekim ve diğer sağlık personeli) ve hizmet talep eden (hasta) arasında bilgi asimetrisi vardır. Bilgi asimetrisinin nedeni, hastaların hekimler karşısında yetersiz bilgiye sahip olmasıdır[163]. Sağlık hizmetleri piyasasında eksik rekabet şartları geçerlidir. Sağlık hizmetleri piyasasının işleyişini ifade edebilmek için öncelikle talep yönüyle ele alalım.

Bir malın talebinden bahsedildiğinde, "*belirli bir malın piyasasında, belirli bir dönemde, o malın fiyatı dışındaki faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan tüketicilerin söz konusu maldan satın almak istedikleri miktarlar"*[164] ifade edilmektedir. Talebin tanımında dikkat çeken unsurlar, fiyat dışındaki faktörlerin sabit kabul edilmesi (ceteris paribus) ve piyasada talep edilen mal veya hizmet için bir fiyat oluşmasıdır. Dolayısıyla fiyat dışında talebe etki eden faktörler de mevcuttur. Bunlar; piyasada mevcut olan ikame ve tamamlayıcı mal ve hizmetlerin fiyatları, tüketicinin geliri, zevk ve tercihleri gibi unsurlardır[165]. Sağlık hizmetlerine yönelik talep ise, bireylerin sağlığına yönelik olumsuz durumların varlığında ortaya çıkmaktadır. Bireylerin, hastalık, sakatlık, fiziksel ya da ruhsal durumlarında bir bozulma söz konusu olduğunda bir sağlık kurum/kuruluşundan sağlık hizmeti talebinde bulunur. Sağlık hizmetleri talebi diğer bireysel taleplerden, düzensiz olması ve öngörülememesi yönüyle ayrılmaktadır. Diğer mal ve hizmetlerde bütçeden ayrılan pay tahmin edilebilirken, sağlık hizmetleri için hangi bütçenin doğru olacağını tahmin etmek zordur. Buna ek olarak hastalık,

---

[162] Hasan Hüseyin Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları Kuram ve Uygulama**, 1. Baskı, Ankara: ABSAM, 2015, s. 25.

[163] Altay, s.38.

[164] Dinler, s.48.

[165] Yusuf Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2013, s.99.

sadece riskli değil aynı zamanda tıbbi bakım maliyeti haricinde maliyetli bir risk oluşturmaktadır[166].

Grossman (1999), geleneksel talep teorisine göre tüketicilerin, bütçe kısıtı altında piyasadan faydasını maksimize eden alternatif mal ve hizmet kombinasyonlarını temin ettiklerini, fakat sağlık hizmetleri talebinde bu durumun farklı olduğunu, talep edilen şeyin aslında sağlık hizmetleri değil sağlığın kendisi olduğunu söyler. Muşkin (1962), Becker (1964) ve Fuchs (1966)'u sağlık sermayesini beşerî sermaye stokunun bir bileşeni olarak gördükleri için eleştirir. Zira kendisi, sağlık sermayesinin kendisi için bir talep modeli oluşturmuştur[167]. Grossman (1999), sağlık hizmetleri talebini; *"Mallar ve hizmetler emtia üretiminde girdilerdir, bu mallar ve hizmetler için talep, bir üretim faktörü için türetilmiş bir taleptir. Yani, Tıbbi bakım ve diğer sağlık girdileri için talep temel sağlık talebinden kaynaklanmaktadır"*[168] şeklinde açıklamaktadır.

Sağlık hizmetlerine yönelik talebe etki eden faktörler diğer mal ve hizmetlerden farklıdır. Çünkü sağlığın ikamesi yoktur. Sağlık ihtiyacının şiddeti talebi belirler. Keza bazen sağlığa yönelik talebimizi öteleyebildiğimiz durumlarda söz konusu olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde fiyat etkisi ise tedavi edici hizmetlere yönelik talepte daha belirgindir. Gelir düzeyinin yüksek olması, sosyal güvencenin varlığı, eğitim düzeyi ve sağlığa yönelik bilincin yüksek olması gibi faktörler sağlık hizmetlerine olan talebe etki etmektedir[169]. Sağlık hizmetlerinde talep miktarı, malın fiyatının yanında, ilişkili malların fiyatları, tüketicinin geliri, zevk ve tercihleri, beklentileri, nüfus ve gelir dağılımının ve sigorta güvencesinin fonksiyonu olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerine yönelik talep fonksiyonunu: $D(s) = f (Fs, F_d, Y, T, N, B, G_d, S_s)$ şeklinde ifade edebiliriz.

D(s) = Sağlık Hizmetlerinin Talep Fonksiyonu

F_s = Sağlık Hizmetinin fiyatı	N = Nüfus
F_d = Diğer malların fiyatı	B = Beklentiler
Y = Gelir	G_d = Gelir Dağılımı
T = Tercihler	S_s = Sağlık Sigortasını temsil etmektedir.

---

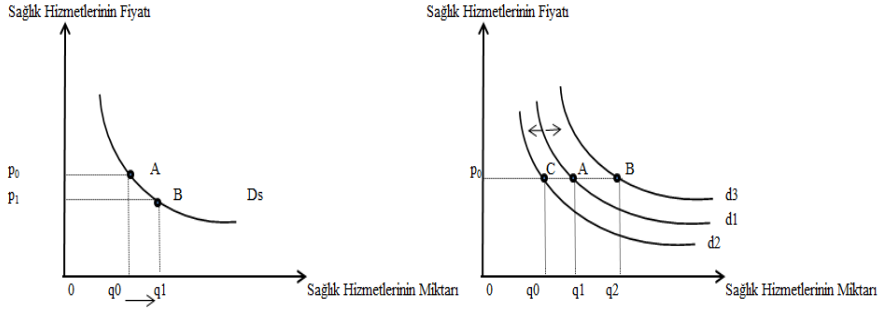
166 Arrow, s.943.

167 Michael Grossman, **The Human Capital Model of The Demand for Health**, National Bureau of Economic Research, Working Paper 7078, Cambridge, April 1999, s.1-2.

168 Grossman, s.3.

169 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.85.

Sağlık hizmetlerinde de diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi fiyatta meydana gelen değişiklikler aynı eğri üzerinde gösterilirken, fiyat dışı unsurlarda meydana gelen değişiklikler talep eğrisinin kayması ile ifade edilir[170].



Şekil 7: Sağlık Hizmetleri Talep Eğrisi ve Talep Eğrisindeki Kaymalar

Son olarak, Talep kanununun; talebin satın alma gücüyle desteklenmesi yönündeki varsayımı sağlık hizmetlerinde geçerli olamamaktadır. Bunun nedeni herhangi bir sağlık güvencesi olmayanların kamusal kaynaklar ile bu hizmetlerden yararlanmasının sağlanmasıdır[171].

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi (acil sağlık hizmetleri bu kapsam dışında tutulduğunda) bireysel sağlık hizmetleri talep eğrisini sağa ya da sola kaydıran sonuçlar doğurabilir. Örneğin insanların check-up hizmetlerinden düzenli aralıklar ile yararlanması talep eğrisinin sağa kaymasına neden olacaktır. Ya da estetik kaygılar ile sağlık hizmetlerine olan talebin artması yine talep eğrisinin sağa kaymasına neden olacaktır.

Ekonomide bir mal ya da hizmetin arzı ile *"Belirli bir piyasada, belirli bir zamanda (gün, ay, yıl vs.) arzı etkileyen fiyat dışındaki faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan satıcıların satmaya razı oldukları miktarlar kastedilir"*[172].

Arza etki eden faktörler, arz edilen malın piyasa fiyatı, diğer malların fiyatı, üretim faktörlerinin fiyatı ve teknolojiden oluşmaktadır[173]. Bir malın arz edilen miktarı ile fiyatı arasında doğru yönlü bir ilişki söz konusudur. Yani bir malın fiyatı arttığında arz edilen miktarı artarken, fiyatı düştüğünde arz edilen miktar azalır. Fiyat dışındaki

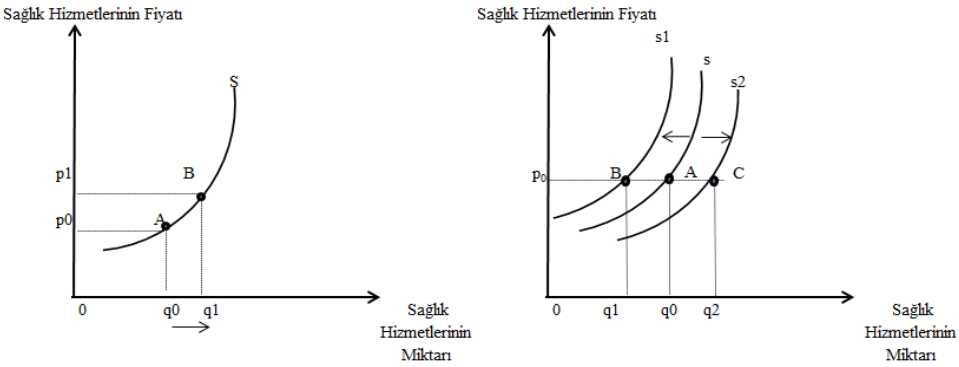
---

170 Ünal, s.34.
171 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.84.
172 Dinler, s.66.
173 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.53.

değişkenlere arz eğrisinin gösterdiği tepki arzın tümüyle değişmesi yani sağa ya da sola kayması ile gösterilmektedir. Bir malın fiyatının değişmesi durumunda satıcıların o malı arz etmek istedikleri miktarda değişiklik göstermek şeklindeki tepkilerinin şiddeti arz esnekliği ile ifade edilmektedir[174]. Sağlık hizmetlerinde arzı etkileyen faktörleri; S(s) = f (P_s, P_{DM}, $P_{ÜF}$, T, V, $S_ü$, B_k, S_s, …) şeklinde ifade edebiliriz.

P_s	=	Sağlık Hizmetlerinin arz fiyatı	V	=	Vergiler
P_{DM}	=	Diğer malların fiyatı	$S_ü$	=	Sübvansiyonlar (SGK gibi)
$P_{ÜF}$	=	Üretim faktörlerinin fiyatı	B_k	=	Beklentiler
T	=	Teknoloji	S_s	=	Piyasadaki satıcı sayısıdır.

Sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde kısa dönemde sağlık hizmetlerinin fiyatında meydana gelen değişimler nedeniyle arz eğrisi üzerinde bir noktadan diğerine geçiş söz konusu olur (A noktasından B noktasına Geçiş).



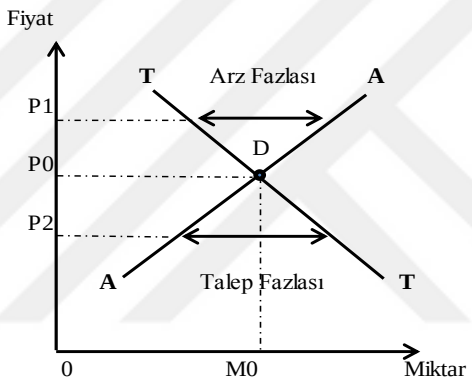
Şekil 8 : Sağlık Hizmetleri Arz Eğrisi ve Arz Eğrisindeki Kaymalar

Uzun dönemde, örneğin sağlık teknolojisindeki gelişim gibi sağlık hizmetlerinin üretimine yönelik bir ilerleme arz eğrisinin sağa kaymasına neden olur. Yani üreticiler p_0 fiyatından q_0 kadar mal arz ediyorken, yeni bir sağlık teknolojisinin kullanmaya başlamasıyla p_0 fiyat düzeyinde q_2 kadar mal üretiminde bulunacaklardır. Söz gelimi vergilerde bir artış, ya da sübvansiyonlarda bir azalma söz konusu olduğunda sağlık hizmeti üreticisi aynı fiyat düzeyinde (p_0) daha az sağlık hizmeti (q_1) üretecektir.

[174] Dinler, s.70.

Alıcı ve satıcıların bir mal/hizmet satın almak için karşılaştıkları ortama piyasa diyoruz. Tam rekabetçi bir piyasada atomisite koşulu gereği, alıcı ve satıcılar fiyata etki etmeyecek kadar çoktur. Homojenlik koşulu gereği, alışverişe konu olan mallar aynı niteliktedir. Mobilite koşulunca piyasaya giriş ve çıkışlar serbesttir. Açıklık koşulundan dolayı alıcılar, satıcı ve piyasaya sürdüğü mallar konusunda tam bilgi sahibidir[175].

Tam rekabetçi bir piyasada olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de hastaların bilgiye ulaşmasında herhangi bir sorun yaşanmıyor, sağlık hizmeti homojen bir dağılım gösteriyorsa fiyat mekanizması piyasada dengeyi sağlayacaktır. Bu şartlar altında, P_0 fiyat ve M_0 miktarı düzeyinde sağlık hizmeti talep ve arzı D noktasında dengeye gelecektir[176].



Şekil 9 : Sağlık Hizmetleri Piyasasında Denge

Arz yetersizliği nedeniyle yüksek olan piyasa denge fiyatının belirli bir düzeyin altına düşmesini önlemek için tavan fiyat uygulanır[177]. Tavan fiyatı uygulamasının sağlık sektöründeki en büyük örneği Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nun fiyat kontrolleridir. SGK sağlık hizmetlerinin satın alıcısı rolü ile piyasada tekel gücü oluşturmakta ve tavan fiyat uygulaması ile sağlık hizmetleri için ödenecek üst limiti belirlemektedir (P_2 fiyat düzeyi). Meslek örgütlerinin uygulaması ise taban fiyata (P_1 fiyat düzeyi) örnek olarak gösterilebilir. Üreticileri korumak amacıyla sağlık hizmetlerinin fiyatının taban fiyatın altına düşmesi meslek örgütleri aracılığı ile önlenir.

---

175 Dinler, s.186.
176 Ünal, s.40.
177 Dinler, s. 108.

Sağlık hizmetleri piyasasının dengede olmaması durumunda fiyat kontrolleri nedeniyle denge fiyatının altında talep fazlası, denge fiyatının üzerinde arz fazlası oluşmaktadır[178].

Sağlık hizmetleri piyasası, sahip olduğu nitelikler gereği diğer mal ve hizmetlere göre tam rekabetçi piyasa koşullarından farklılıklar gösterir. Diğer mal ve hizmetlerde çıkarlarına göre davranan üretici ve tüketiciyi piyasada karşılaştıran unsur fiyattır. Oysa sağlık hizmetlerinde piyasanın işleyişini belirleyen etkin unsur fiyat değildir. Hasta hizmet sunucusuna (hekim, hastane ya da eczane) bağımlıdır[179]. Bu nedenle bilgi asimetrisi bu sektörde yoğundur. SGK gibi büyük bir sağlık hizmeti satın alıcısı kurumun bulunması atomisite koşulu ile çelişmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları piyasaya giriş ve çıkışlarda belli kurallara uymak ile yükümlüdür[180]. Bu uyumsuzluklar piyasa başarısızlıkları olarak adlandırılmaktadır. Piyasa başarısızlıkları bölümünde bu uyumsuzluklara daha detaylı bir şekilde değinilecektir.

1.3.2.3. Sağlık Hizmetleri ve Piyasa Başarısızlıkları

Sağlık sektörünün ekonomi biliminin talep, arz, fiyat, fırsat maliyeti, verimlilik, esneklik ve etkinlik gibi temel kavramları ile çalışabilecek öğeleri yanında piyasa tarafından hiç karşılanmayacak veya yeterince üretilemeyen unsurları da bulunmaktadır[181]. Bir önceki bölümde tam rekabet piyasasının özelliklerini; alıcı ve satıcıların çokluğu, alınan/satılan malların homojen oluşu, satılan mallar hakkında iyi bilgilendirilmiş tüketiciler vb. şeklinde sıralamıştık. Sağlık hizmetleri ile ilgili bahsi geçen tam rekabet piyasasının özelliklerinden sapmalar meydana gelmesi piyasa aksaklıkları olarak ifade edilmektedir.

Arrow (1963)'e göre; sağlık sektörünün tartışmasız en önemli özelliği risk ve belirsizliktir. Dolayısıyla tam rekabet şartlarından sapmalar ve pareto etkinliğinin sağlanamadığı durumlar meydana gelebilir. Piyasa başarısızlıkları durumunda optimal bir devlet bu boşluğu giderecek köprüyü kurmalıdır[182].

Hurley (2000)'e göre; sağlık hizmetleri piyasasında başarısızlığı üreten ve dolayısıyla sağlık sektörüne özgü kamu politikalarının formüle edilmesini gerektiren

---

178 Ünal, s.40.
179 Erdinç Tokgöz, Sağlık Ekonomisi, **Toplum ve Hekim**, Cilt 1, Sayı 5, Mayıs, 1978, (26-37), s.28.
180 Ünal, s.29.
181 Ünal, s.4.
182 Arrow, s.941-942.

dört farklı özellik söz konusudur. Bunlar: (1) sağlık hizmeti talebinin türetilmiş bir talep olması (2) dışsallıklar (3) sağlık hizmetinin sağlayıcıları ve hastalar arasındaki bilgi asimetrileri (4) sağlık hizmetinin gerekliliğine ve etkinliğine ilişkin belirsizliktir[183].

Piyasa başarısızlıklarından biri olan dışsallıklar, bireylerin/toplulukların aralarında herhangi bir ticari anlaşma olmaksızın, başka bir birey/topluluğun iradesi dışındaki herhangi bir eyleminden kaynaklanan bir fayda ya da maliyetle karşılaşmasıdır[184]. Bir malın ya da hizmetin tüketiminde pozitif ya da negatif dışsallıklar ortaya çıkabilmektedir. Pozitif dışsallıklarda, bir kişinin tükettiği mal ya da hizmet dolayısıyla başkaları da fayda sağlarken, negatif dışsallıklarda zarar ile karşılaşması söz konusudur[185]. Bu zarar ya da kazanç, fiyat mekanizması yoluyla ölçümlenemeyen bir nitelik göstermektedir[186]. Dışsallıklar, sağlık piyasasına özgü olmamakla birlikte sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir. Bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi diğer bireylerin sağlıkları üzerinde, yaydığı dışsallık yoluyla olumlu bir etki sağlamaktadır[187]. Bunun yanı sıra anne ve çocuk sağlığını önleme ve kontrol amaçlı programlar, aşılama, bağışıklama vb. hastalıkları önleyici hizmetler, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini amaçlayan eğitimler ile sağlık hizmetlerinin yaydığı olumlu dışsallıklar toplumun tüm kesimlerinde sağlıklı bireylerin artışını sağlayabilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler erken koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanarak toplumun tamamına olumlu dışşallıklar yayabilirler.

Kamusal mallar dışsallığın özel bir biçimi olarak değerlendirilmektedir[188]. Devlet tarafından sunulan kamusal mal ve hizmetlerin en önemli özelliği toplumsal ya da diğer bir adıyla kolektif ihtiyaçların karşılanmasıdır. Devlet toplumsal ihtiyaçları karşılarken; ekonominin bütününe hizmet eden, gelir dağılımında adaleti sağlamak,

---

183 Hurley, s. 58-59.

184 Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları Kuram ve Uygulama**, s. 28.

185 Hasan Hüseyin Yıldırım, "Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 32, Sayı 1, Mart 1999, s.129.

186 Güneri Akalın, **Kamu Ekonomisi**, İkinci Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 1986, s.18.

187 Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, 3. Baskı, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2012 s.51.

188 Yıldırım, **Amme İdaresi Dergisi**, s.130.

fiyat istikrarını sağlamak, ekonomik kalkınmayı gerçekleştirmek, tam istihdam ve ekonomik büyüme gibi amaçları da göz önünde bulundurmak durumundadır[189].

Devletin mevcut kaynakları ile toplumsal ihtiyaçları gidermek üzere sunduğu mal ve hizmetlere kamusal mal adı verilir. Samuelson'un tanımıyla kamusal mallar; toplumu oluşturan tüm bireyler tarafından hiç kimsenin tüketiminde herhangi bir azalma söz konusu olmaksızın kolektif ve denk miktarda tüketilen mal ve hizmetlerdir[190]. Musgrave'in kamusal mallara yönelik tanımlamasındaysa sosyal ihtiyaçları karşılama amacı taşıyan mal ve hizmetler ifadesi yer almaktadır[191]. Buchanan'a göre tam kamusal mal ve hizmetlerin tamamen hükümetler tarafından mı karşılanması gerektiği konusundaki tartışma kolektif malların talebinden kaynaklanmaktadır[192]. Çünkü kamusal malların arzını düzenleyen siyasal taleptir. Kamusal faaliyetlerden biri olan sağlık hizmetlerinin özelliklerine de bu bağlamda değinmek yararlı olacaktır. Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliği gösterirler. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal niteliği, devletin yanında özel kesimin de sağlık hizmetlerinin sunumunda yer almasından kaynaklanmaktadır. Bu özelliği rekabetçi bir piyasada etkin bir kaynak tahsisini önlemektedir. Kaynak tahsisini önleyen faktörler tam rekabet koşullarından sapmaya neden olan faktörlerdir[193]. Burada unutulmaması gereken husus diğer yarı kamusal mallarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de kamu tarafından üretilmesinin ekonomik olduğu kadar siyasal gerekçelere de dayanmasıdır[194].

Tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilite edici sağlık hizmetlerini yarı kamusal mal ve hizmetler grubunda ele almak mümkündür. Diğer sağlık hizmetleri ile kıyaslandığında tedavi edici hizmetler özel mal olma niteliklerine daha yakındır. Piyasa unsurlarının etkilerinin belirgin bir şekilde gözlemlendiği bu hizmet grubu yerine getirildiğinde pozitif, yerine getirilmediğinde ise negatif dışsal etkilerinin yüksek olması nedeniyle yarı kamusal mal niteliği taşımaktadır[195].

---

189 Emine Orhaner, **Kamu Maliyesi**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2007, s.8.

190 Paul A. Samuelson, "The Pure Theory of Public Expenditure", **The Review of Economics and Statistics**, Vol. 36, Issue 4 (Nov.,1954), (387-389), s. 387.

191 Orhan Şener, **Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi**, 12. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları, 2014, s.60.

192 James M. Buchanan, Public **Finance in Democratic Proses Fiscal Institutions and Individual Choice**, University of North Carolina Press, 1967, Vol.4, 1999, s.11.

193 Mutlu ve Işık, s.44.

194 Nadaroğlu, s.33.

195 Ünal, s.61.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde kamusal yan daha belirgin[196] olmakla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri tam kamusal mal ve hizmetler niteliği göstermekte, finansmanı kamusal kaynaklar ile sağlanmaktadır[197].

Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin tam kamusal mallar kapsamında değerlendirilmesinin nedeni toplumun tamamına sunulmasıdır. Aşılama ve ilaçlama gibi koruyucu sağlık hizmetleri bölünebilir olmasına rağmen toplumun tümünü kapsayan bir faydayı hedeflediğinden kamu malı özelliği taşımaktadır[198]. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yapılan aşılama faaliyetleri, kolektif malların talebinin tamamen hükümetler tarafından karşılanması gerektiğine dair en belirgin örnektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde ödeme yapmayanlar bu hizmetin faydasından dışlanamamaktadır. Buna ek olarak bu hizmet grubunda bireysel faydalar tespit edilemediğinden fiyatlandırma da söz konusu olamamaktadır[199].

Kamusal malların sosyal faydası maliyetlerinden daha yüksektir. Sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri daha yüksek maliyetler taşıyan tedavi edici sağlık hizmetlerine göre sosyal faydası maliyetinden daha yüksek hizmetlerdir. Dolayısıyla kamunun öncelikli olarak sahip çıkması gereken hizmet grubu temel sağlık hizmetleri yani koruyucu sağlık hizmetleridir[200]. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile bireyler erken koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanacaklarından yaydığı dışsallıklar da yüksek olacaktır. Yani sosyal faydası maliyetinden daha yüksek olduğundan kamu hizmeti sunumunda öncelikli olarak ele alınması gereken unsurlardan biri olarak görülebilir.

Bir diğer piyasa başarısızlığı olan bilgi asimetrisinin sağlık hizmetlerinde görülmesinin nedeni; hizmet sunanların (hekimler, hastaneler, eczaneler vb.) hizmet alanlar (hastalar) karşısındaki bilgi üstünlüğünün piyasa ortamında ticari kazanç güdüsüyle kullanılmasıdır[201]. Illich, bu bilgi üstünlüğünü tıp mesleği mensuplarının

---

196 Nadaroğlu, s.57.

197 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.30.

198 Ünal, s.58.

199 Mutlu ve Işık, s.47.

200 Özlem Özer, Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama**, 1.Baskı, Ankara: ABSAM, 2015, s.12.

201 Ünal, s.33.

sağlık sektöründeki sınıfsal gücü ile nitelendirmektedir. Ona göre; kimin hasta olduğunu ve bu kişilere nasıl bir tedavi uygulanacağını bilen yalnızca doktordur[202].

Bireyler için hastalıkların oluşması, ortaya çıkışı ve hastalığın nasıl aşılacağını bilmek yoğun bilgi gerektirmektedir[203]. Hasta, hastalığı, alacağı sağlık hizmetinin niteliği, fiyatı ve kalitesi, bu hizmetin (kendi cebinden karşılamıyorsa) nasıl finanse edileceği konusunda yeterli bilgiye sahip olmayabilir. Bu durum asimetrik bilginin oluşmasına neden olmaktadır[204].

Hastaya/bireye bir tedavi paketi sunulmakta ve hastanın, doktorun önereceği tedavi paketini kabul edeceği varsayılmaktadır. Hasta, tedavi paketinin maliyetinin faydalarının toplamını aşacağına inanırsa tedaviden vazgeçer tam tersi durumda tedavi olur. Burada önemli olan nokta hastanın kendi inisiyatifiyle hizmeti talep etmemesi dir[205]. Hastalar/bireylerin bilgi asimetrisi, sağlık hizmetlerine olan talebin belirsizliği ve sağlık hizmetleri arzının talep yaratması gibi sağlık hizmetlerine özgü özellikleri nedeniyle kararları etkilenerek piyasa başarısızlıklarına neden olur[206]. Bunun nedeni bilgi asimetrisinin sağlık hizmetleri piyasasında bireylerin rasyonel davranışlar sergilemelerine engel olmasıdır[207]. Bireyler sağlıkları ile ilgili ihtiyaçları doğduğunda ihtiyacın şiddetine bağlı olarak hizmet alınan sağlık kurum/kuruluşu fark etmeksizin bu ihtiyacı talebe dönüştürür. Uygulanacak tedavi başvurudan itibaren sağlık kurum/kuruluşuna yani hekime bağlıdır. Hasta bir hastalığın etkilerine maruz kaldığında sağlık hizmeti için bireyin talep eğrisi artık esnek değildir. Bu durumda hasta doktorun seçtiği sağlık hizmetini talep edecek ve belki olması gerekenin çok üstünde bir sağlık maliyetine katlanacaktır. Hastanın talebinin esnek olmayışı kamusal ve bedava sağlık hizmetinin sağlanmasının aleyhine olmaktadır[208].

---

202 Ivan Illich, **Sağlığın Gaspı**, Süha Sertabiboğlu (çev.), 3. Baskı, İstanbul: Ayrıntı, 2014, s.39.

203 Ünal, s.75.

204 Burcu Güvenek, **Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları**, 1. Baskı, Konya: Çizgi Kitabevi, 2015, s.14.

205 Akalın, **Kamu Ekonomisi**, s.272-273.

206 Yasemin Akbulut, "Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi", Filiz Yıldırım ve Alev Keser (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı**, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2015, s.122.

207 Hasan Hüseyin Yıldırım, **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?** Ankara: ABSAM Analiz, Sayı 2, 2015, s.1.

208 Akalın, **Kamu Ekonomisi**, s.273-274.

Sağlık hizmetlerine olan talebin hangi şartlarda, ne zaman ve nerede ortaya çıkacağı bilinmemekle birlikte beklenmedik bir zamanda ortaya çıkan sağlık ihtiyacı hastalar için mevcut kaynakları ile karşılanması mümkün olamayacak kadar maliyetli de olabilmektedir. Bu belirsizlik altında hastalar sağlıkları ile ilgili seçim yapmak durumunda kalabilmektedirler[209]. Beklenmeyen kazalar, salgın hastalıklar, doğal afetler gibi aniden gelişebilecek durumlar nedeniyle ortaya çıkacak sağlık ihtiyacına karşı bireylerin kamusal kaynaklar ile korunması belirsizliklere karşı güvence sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinde devlet müdahaleleri devletin sağlık hizmeti sağlamadaki fonksiyonları bağlamında ele alınabilir. Devletin bu kapsamdaki fonksiyonları; tam ve yarı kamusal sağlık hizmetlerini üretmek, temiz su ve çevre koşullarını sağlamak, sağlığa yönelik mal/hizmetlerinin fiyatlanmasında taban ve tavan fiyatlarının tespit edilmesi, sağlığa ilişkin temel göstergeleri iyileştirmek, kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak, piyasa başarısızlıklarının giderilmesinde denetleyici rol üstlenmek, asimetrik bilgilendirmenin ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak, eşitsizlikleri gidermek, sağlık harcamalarının finansmanını sağlamak vb. şeklinde sıralanabilir[210]. Buraya kadar yaptığımız açıklamalardan, hükümetlerin piyasanın yaratacağı sonuçları düzeltmek için farklı araçlardan yararlandığını görüyoruz. Bu araçlar ile Devletler, bilgiyi yaratıp yayabilirler. Bunun yanı sıra tavan fiyatı, taban fiyatı gibi uygulamalar ile piyasayı düzenleyebilirler. Yaptırım gücünü kullanarak bireylerin veya firmaların belirli eylemlerini zorunlu kılabilirler. Mesela sigara içenler için daha ağır vergilerin konulması ya da sigara içmeyenlere teşviklerin verilmesi bu kapsamda değerlendirilebilir. Örneğin Japonya'da sigara içmeyen çalışanlara yılda altı gün izin verilmektedir. Devletin sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlıklarını ortadan kaldıracak müdahaleler de bulunması sağlık hizmetinden yararlanması zorunlu olan bireylerin tedavileri yapılmadığında ya da sağlığa etki eden negatif dışsallıklar ile mücadele edilmediği sürece tüm toplumun zarar görmesinden dolayı son derece önemlidir. Bu anlamda sağlık hizmetlerindeki bilgi asimetrisini ortadan kaldırmak ve negatif dışsallıkları önlemek için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi de bir araç olarak kullanılabilir.

---

[209] Tatar, **Sağlık Politikası ve Planlaması**, s.41.

[210] Aktan ve Işık, Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü, s.2-3.

1.3.3. KAMU HARCAMALARININ BİLEŞENİ OLARAK SAĞLIK HARCAMALARI

Kamu ekonomisinin üç fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlar; tahsis işlevi, bölüşüm işlevi ve istikrar işlevidir. Tahsis işlevi ile kamu, piyasanın sağlamada başarısızlığa uğradığı sosyal malların optimal düzeyde sağlanması için kaynak tahsisi işlevini yerine getirir. Bölüşüm işlevi ile gelir dağılımının adaletli bir şekilde sağlanmasına çalışır. İstikrar işlevi ile de tam istihdam, fiyat istikrarı, ödemeler bilançosu dengesi ve makul bir büyüme düzeyini sağlamak için çabalar[211].

Devlet, bu üç amaca hizmet etmek üzere gelirler elde eder ve elde ettiği gelirleri yine kamu yararı için harcar. Kamu harcamaları, devlet erkinin kamusal malların üretimini sağlamak için yaptığı harcamalar şeklinde tanımlanabilir[212]. Kamu harcamaları, devletin merkezi ve yerel yönetimleri tarafından yapılan harcamaların devletin farklı kaynaklarından sağlanan gelirlere eşitlendiği bütçe sisteminin bir parçasıdır[213]. Kamu kurum/kuruluşları harcamalarını kendilerine tahsis edilen bütçeden karşılamaktadır. Bütçe, esas itibariyle kamu yönetiminin faaliyetlerini hukuki normlara bağlayan ve kanun niteliği gösteren bir yasa olarak tanımlanabilir[214]. Bütçe, aynı zamanda, kamu kesiminin harcamalarının toplam arz, toplam talep dengesine katılımını ortaya koymakta ve kamunun gelecek dönemdeki harcamalarını gösteren bir plan niteliği taşımaktadır[215]. Kamu yönetiminin en etkin politika araçlarından biri olarak görülen bütçe ile kamu harcamaları ve vergilerin kaynak ve gelir dağılımını ne şekilde değiştirdiği, bütçe dengesinin iktisadi denge içindeki yeri ve ekonominin büyümesinde harcama ve gelirlerin miktar ve bileşiminin etkisi izlenebilmektedir[216]. Kamu harcamaları artarken kamu gelirlerinin aynı oranda artırılamaması bütçe açıkları ile sonuçlanmaktadır. Bu durumun sonucu olarak açıkları finanse etmek üzere yeni kaynak arayışına başlanmaktadır. Bütçe açıklarının iç borlanma ya da emisyon ile finanse

---

211 Akalın, **Kamu Ekonomisi**, s. 8-12.

212 İsmail Tuncer ve Cihan Yüksel, "Kamu Harcamalarının Ekonomik Analizi", A. Kökocak (Ed.) **Kamu Ekonomisi** içinde (213-275), Bursa: Ekin Yayınevi, 2011, s.214.

213 Tuncer ve Yüksel, s.213.

214 T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe Hazırlama Süreci**, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Web Sitesi, http://www.bumko.gov.tr/TR,41/butce-hazirlama-sureci.html, (10.05.2017).

215 Ömer Faruk Batırel, **Kamu Bütçesi**, 7. Baskı, İstanbul: MÜ Nihad Sayar Eğitim Vakfı, 1994, s.1.

216 Batırel, **Kamu Bütçesi**, s.6.

edilememesi durumunda devletler dış borçlanmaya başvurmak durumunda kalmaktadırlar[217].

1970'li yıllarda yaşanan petrol şokları ile gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede bütçe açıklarında artış yaşanmış ve bu açıklar ekonomik krizlere yol açmıştır. Bu nedenle kamu borç stoklarının sınırlandırılması ve kontrolüne ağırlık verilmeye başlanmıştır[218]. 1970'li yıllardan 1990'lı yılların sonuna kadar geçen süreçte bütçe açıkları ülkeler için sorunlar oluşturmaya devam etmişti. Bu gelişmelerin sonucu olarak 1992 yılında imzalanan Maastricht anlaşmasında Avrupa Birliği (AB)'ne giriş için ön şartlar belirlenmiştir. Bu ön şartlardan birincisi kamu kesimi açıklarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'ya oranının %3'ü aşmaması, ikincisi, kamu borç stokunun GSYİH'nın %60'ını aşmaması şeklinde saptanmıştır[219]. Bütçe dengesinin korunmasının önemi daha sonra 2008-2009 yıllarında yaşanan küresel finansal kriz ile birlikte tekrar gündeme gelmiştir. Pek çok hükümet kamu harcamalarını daraltma ve ekonomik büyüme hedeflerini aşağı çekme yolunda politikalar izlemişlerdir[220].

Tezimiz sağlık harcamaları ile ilişkili olduğu için bu bölümde kamu yararı için yapılan harcamalar içerisinde sağlık harcamalarının analizine yer verilecektir. Devletin sağlık harcamaları, genel maliye politikasının bir parçasıdır. Sağlık harcamaları ile ilgili genel bir tanımlama yapacak olursak; toplum sağlığını korumaya, geliştirmeye ve herkese eşit sağlık hizmeti sunmaya yönelik olarak yapılan harcamalardır diyebiliriz. *"Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Raporu"*nda sağlık harcamaları; *"Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esinlendirme, bakım ve acil programlar için yapılan harcamalar 'Sağlık Harcaması' olarak kabul edilmektedir"* [221] şeklinde açıklanmaktadır.

---

[217] Haluk Egeli ve Ahmet Özen, **Teoride ve Uygulamada Bütçe Politikası**, 2. Baskı, İzmir: Altın Nokta, 2013, s.139.

[218] Egeli ve Özen, s.141.

[219] Egeli ve Özen, s.146

[220] WHO, **Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. 2015**, Geneva, Switzerland, 2015, s. 27.

[221] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2006, s.1.

Ülkelerin sosyo ekonomik, toplumsal ve politik düzenleri uygulanan sağlık sisteminde ve sağlık harcamaları üzerinde belirleyici faktörlerdendir. Farklı toplumsal yapılara bağlı olarak sağlık harcamaları da niteliksel farklılıklar sergilemektedir[222].

Sağlık harcamaları için sürükleyici güç genellikle demografik özellikler, gelir ve belirsizlik olarak sıralanmaktadır. Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) (2013) raporuna göre ise; demografik faktörlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi oldukça düşüktür. OECD ülkelerinde demografik faktörlere bağlı sağlık harcamalarının %5,5 olan GSYH'ya oranının 2060 yılında %6,2'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. OECD üyesi olmayan ülkelerde ise bu oranın %2,4'ten %3,4 (2060)'e ulaşacağı beklenmektedir. Dolayısıyla demografik faktörler sağlık harcamalarının artışında itici güç olarak görülmemektedir[223]. Demografik özellikler büyük ölçüde nüfusun yaş yapısı ve yaşa bağlı olarak sağlık durumu ile ilgilidir. Sağlık harcamalarının demografi ile ilgili olmayan majör bileşenini gelir oluşturmaktadır[224]. Sağlık harcamalarının artışına neden olan ve belirsizlikten kaynaklanan faktörler ise; göreli fiyatlar, teknolojik gelişmeler ile kurumlar ve politik faktörlerdir. Sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetimi, nüfusun sağlık hizmetleri ile ilgili gereksinimleri, ekonomik düzey, sosyal ve kültürel faktörler, sağlık güvencesinin varlığı, hastalık yapısındaki değişimler, nüfusun yaşlanması ve bağımlı nüfusun artmasına[225] bağlı olarak sağlık hizmeti ihtiyacı ve paralelinde sağlık harcamaları artış göstermektedir. Sağlık hizmetleri alanında yaşanan teknolojik gelişim hızı ve sağlık hizmetlerine olan talepteki artış[226], yanı sıra kentleşme ve demokrasinin yaygınlaşması sağlık harcamalarını artıran en önemli nedenler olarak görülmektedir[227].

Sağlık hizmetleri hem özel hem kamu sektörü tarafından üretilebildiği için ekonomik ve politik düzenlemelerin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir.

---

222 İlker Belek, "Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme", **Ekonomik Yaklaşım**, Cilt 8, Sayı 24-25, İlkbahar-Yaz 1997, s. 147.

223 OECD, **Public Spending on Health and Long-term Care: a New set of projections**, Economic Department Policy Papers, No.6, June 2013, s.18.

224 OECD, **What Future for Health Spending?** Economics Department Policy Notes, No.19, June 2013, s. 4

225 Mehmet Atasever, **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2014, s.42.

226 Zhou, s.1.

227 Canser Boz ve Haydar Sur, "Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi", **Sosyal Güvence Dergisi**, Yıl: 5, Sayı: 9, 2016, s.25-26.

Bunun en temel nedenlerinden biri sağlık harcamaları gerçekleştirilirken bu harcamaların sınırlarını belirleyen çerçevenin diğer kamusal kaynaklarda olduğu gibi merkezi bütçe olmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin sürekli artış eğiliminde olması ve toplam sağlık harcamalarının genellikle ülke ekonomilerinden daha hızlı büyümesi sağlık sistemlerinin finansmanının sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır[228]. Finansal sürdürülebilirlik, artan maliyet baskıları ve sınırlı kaynaklar arasında bir denge kurmayı ve güvenilir bir gelir kaynağı oluşturmayı gerektirmektedir. Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ise en az girdi ile uzun süre sağlık sisteminin faaliyetlerini gerçekleştirebilme gücünün kazandırılmasıdır[229]. Dolayısıyla, bütçe açıklarından kaynaklanan krizlerin ya da yapısal sorunların bedelinin sağlık hizmetlerine mal edilmemesi için bu alandaki finansal sürdürülebilirliği sağlamak hükümetlerin en önemli görevlerinden birisi haline gelmiştir. Sağlıkta sürdürülebilirlik konusu mali alan kavramı ile yakından ilişkilidir. Mali alan, belirli bir amaç için ek bütçe kaynaklarının sağlanarak kamusal kapasitesinin arttırılması olarak ifade edilmektedir[230]. Sağlık sektöründe mali alan yaratılması için gereken kaynaklar, ekonomik büyüme ve kamu gelirlerinin artırılması, hükümet bütçesinin sağlık sektörü için yeniden önceliklendirilmesi ve sağlık sektöründe belirli gelirlerin artırılması gibi daha çok makro ekonomik koşullar ile ilişkili olarak ortaya çıkanlar yanında, sağlık sektörüne özel bağışlar ve yabancı yardımlar ile mevcut kamu harcamalarında verimlilik artışının sağlanması şeklinde sıralanabilir[231]. Sağlık harcamalarında verimlilik artışını sağlamak, sağlık için mali alan yaratılmasına katkıda bulunmak ve sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliğini sağlamak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bir araç olarak kullanılabilir.

Günümüzde ülkelerin kamusal kaynakları bütçe yoluyla izlendiği ve hemen hemen bütün ülkelerin sağlık harcamalarında kamusal kaynakların az da olsa payı olduğu için sağlık harcamalarının bütçeye olan etkilerinin analiz edilmesi önem

---

[228] Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.29.

[229] Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.19-23.

[230] Özge Uysal Şahin ve Sevda Akar, "Sağlık Sektöründe Mali Alan ve Türkiye", Ahmet Kesik, Turgay Berksoy, Mehmet Şahin (Ed.), **Mali Alan Teori ve Uygulama**, Ankara: Seçkin Yayınları, Mart 2014, s.300.

[231] Şahin ve Akar, s.309.

taşımaktadır. Sağlık harcamalarının iktisadi açıdan analiz edilebilmesi için sağlıkla ilgili ekonomik göstergeler kullanılmaktadır. Bu göstergeler; kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı (%), toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı (%), kişi başına düşen kamu sağlık harcaması (ABD$), kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (ABD$), kişi başına düşen kamu sağlık harcaması (SGP ABD$), kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (SGP ABD$) gibi ölçütlerdir. Buna ek olarak sağlık harcamalarının makroekonomiye etki eden diğer göstergeleri; GSYH, Merkezi yönetim bütçesi, Sağlık Bakanlığına ayrılan toplam kamu kaynağı, kamu sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları, faiz dışı devlet harcamaları (sağlık harcamaları hariç) ve vergi gelirleri şeklinde sıralanabilir[232].

Kamusal kaynakların yanı sıra sağlık sistemine bağlı olarak hane halkı da kendi bütçesinden sağlığa ilişkin kaynak ayırmak durumunda kalabilmektedir. DSÖ tarafından bu durum "Sağlık Harcamalarının Yarattığı Finansal Katastrofi" olarak değerlendirilmektedir. Bireylerin kendi bütçelerinden gerçekleştirdiği bu tür sağlık harcaması yoksullaştırıcı etki yarattığından ülkeler bu etkiyi izlemekte ve bu durum ile mücadele etmeye yönelik politikalar geliştirme gayreti göstermektedirler[233].

Peki, kamu harcamalarının ve toplam iktisadi etkinliklerin içinde sağlık harcamalarının boyutu ne olmalıdır? Bu harcamalar için uygun bir sınır var mıdır? Günümüzde genel söylem gelişmiş ülkeler için sağlık harcamalarının sürekli artış gösterdiği ve kamusal kaynakları zorladığı yönündeyken, gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde bu durumun tam tersi olarak sağlık ile ilgili harcamaların artırılması önerilmektedir. Günümüzde Dünya üzerindeki iktisadi etkinliklerden sağlık harcamalarına ayrılan pay 2014 yılı rakamlarıyla Şekil-10'da ifade edildiği gibi %10'dur[234]. Gelişmiş ülkelerde sağlığa ayrılan kaynakların oranı daha yüksek iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran göreceli olarak daha düşüktür[235].

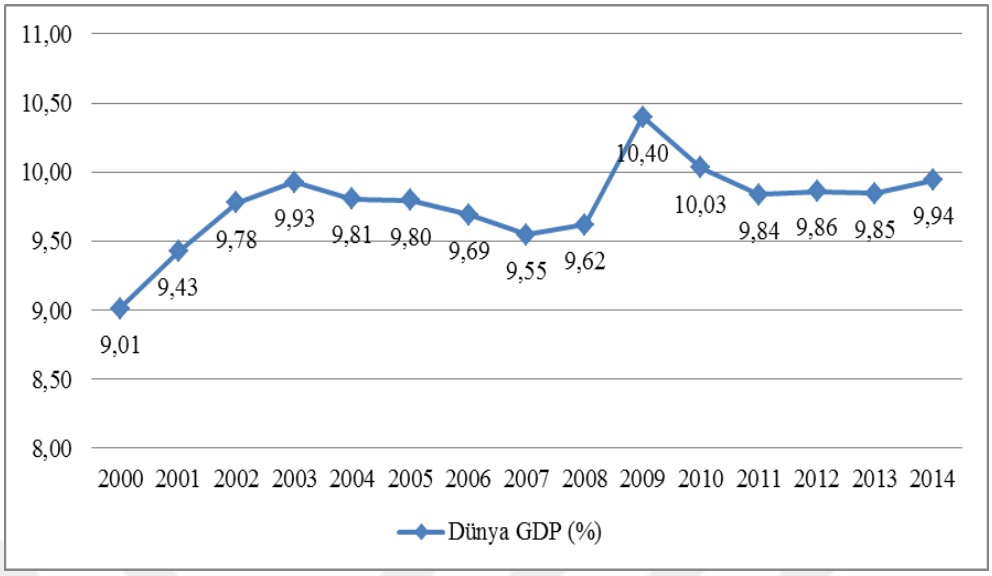
---

232 Atasever, s. 227.

233 TÜİK, **Türkiye'de Katostrafik Sağlık Harcamaları**, http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamalari_2014_TR.pdf, 09.12.2015. (21.05.2016), s.1.

234 World Bank, **Health Statistics**, http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?view=chart (23.04.2017).

235 Ünal, s.2.



Şekil 10 : Dünya Hasılasından Sağlığa Ayrılan Pay (%)
Kaynak: Dünya Bankası, Sağlık İstatistikleri, https://data.worldbank.org/topic/health, (23.04.2017).

Bazı araştırmacılar, DSÖ'nün sağlığın sınırlarını, bir ülkede sağlık harcaması için ayırılan bütçenin GSYİH'sının %5'i düzeyinde tanımlarken, gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerin bu oranı bir hedef haline getirmesi gerektiğini savunmaktadır[236]. Bazı araştırmacılar ise bu oranın DSÖ'nün önerisi olmadığını vurgulamaktadır. Yani harcama düzeyinin ülkeden ülkeye değiştiğini ülkelerin sağlığa ayırdığı kaynakların oranının tespiti için epidemiyolojik göstergelere bağlı olarak bu seviyenin çizilmesi gerektiğini ifade etmektedirler[237]. Tüm ülkeler için standart bir orandan söz etmek pek mümkün olmamak ile birlikte DSÖ'nün Dünya Sağlık Raporu (2010)'da *"Evrensel sağlık kapsamına yaklaşmak için kamusal sağlık harcamalarının GSYH'nin %4-5'inin altına düşmesi zordur"*[238] ifadesiyle asgari koşulu belirttiğini görüyoruz.

Belek'e göre; "*Gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık sektörü ulusal gelirin yüzde 10'undan fazlasını tüketmektedir. Bu kadar büyük miktardaki kaynağın sağlık sektörü içinde dönüyor olması, ekonominin diğer sektörlerini sıkıştıran bir etki*

---

[236] İlker Daştan ve Volkan Çetinkaya, "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", **SGD Dergisi**, Cilt:5, Sayı 1, Ocak 2015, s.113.

[237] Boz ve Sur, s.27.

[238] Matthew Jowett ve Diğerleri, **Spending Targets For Health: No Magic Number**. World Health Organization, Health Financing Working Paper No. 1, 2016, http://apps.who.int/iris/bistream/10665/250048/1/WHO-HIS-HFG-HFWorkingPaer-16.1-eng.pdf, (23.01.2017), s.4.

yaratabilmektedir"[239]. Belek'in de ifade ettiği gibi gelişmiş ülkeler tarafından sağlık harcamaları, mali yönden bir baskı unsuru olarak görülmekte (kamusal kaynakların %10'unu aşacağı varsayımıyla) ve gelecekte bu harcamalar ile başa çıkmaya yönelik senaryolar üretilmektedir. Örneğin, OECD ülkelerinde 2060 yılında GSYH'den sağlık harcamaları için ayrılan payın hemen hemen %14'e ulaşacağı düşünülmektedir[240]. Abuja Bildirgesi'nde (2001), düşük ve orta gelirli ülkeler için hükümetlerin bütçelerinin %15'ini sağlık sektörüne ayırmaları önerilmiştir. 2012 yılında düşük ve orta gelirli ülkelerin %14'ü bu hedefe ulaşmışken, üst orta ve yüksek gelirli ülkelerin %29'u bu düzeye ulaşabilmiştir. Fakat yine de sağlık sisteminin performansının başarısı için kesin bir düzey belirtmek zordur[241].

Boz ve Sur; sağlık harcamalarının ne olması gerektiği eksenli tartışmalarda önemli olan unsurun sağlığa ayrılacak kaynakların rasyonel bir şekilde tespit edilmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır[242]. Bu kaynakların adalet ve etkinlik ilkeleri göz önünde bulundurularak tahsisinin sağlanması bu tartışmaların esas öğelerinden biri olmalıdır. Sağlık hizmetlerine ayrılan parasal kaynaklar yanında, bu kaynakların toplumun sağlık düzeyine ne kadar yansıdığı hususu sağlığa ayrılan parasal kaynakların miktarından çok daha önemlidir[243].

Buraya kadar yapılan açıklamalardan ülkelerin sağlığa ne kadar kaynak ayırması gerektiğine yönelik ulusal ya da evrensel bir metodun ya da sağlık harcamaları için şu veya bu oran iyidir diyebileceğimiz genel kabul görmüş bir düzeyin olmadığını ifade etmek mümkündür. Sağlık harcamaları için daha önceki yıllarda yapılan sağlık harcamaları izlenerek uygun seviyenin ne olduğuna yönelik bir değerlendirme yapılması mümkün hale gelebilir.

---

239 Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.45.

240 OECD, **What Future for Health Spending?** s.2.

241 Matthew Jowett ve Diğerleri, s.4

242 Boz ve Sur, s.27.

243 Recep Akdur, "Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Cilt: 40, Temmuz-Ağustos 2001, s.1571.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK POLİTİKASI KAVRAMI, SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetleri, finansal ya da parasal kaynaklar ile olan ilişkisi kadar bir ülkedeki ekonomik ve politik koşullar ile de ilişkilidir. Bu nedenle ikinci bölümde, sağlık politikasının ne olduğu, sağlık sistemi ve sağlık sistemini oluşturan unsurların nelerden oluştuğu ile birlikte sağlık sistemlerinin sınıflandırması, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ve finansman kaynaklarına değinilecektir.

2.1. SAĞLIK POLİTİKASI VE SAĞLIK SİSTEMİ

Politika, Devletin amaçlarına ve hedeflerine ulaşmak için gerçekleştireceği faaliyetlere yönelik seçtiği yöntem veya uygulamalar olarak tanımlanabilir. Dye, kamu politikasını, *"hükümetin yapmayı seçtiği veya seçmediği her şey"*[244] olarak tanımlamıştır. Bu tanımlama hükümetin eylemde bulunduğu tüm faaliyetleri ve herhangi bir eylemde bulunmadığı alanları da kamu politikası kapsamına dâhil etmektedir[245]. Hükümetlerin bir hizmetin geliştirilmesi için bilinçli olarak aldıkları kararlar bütünü[246] olan politika birçok seviyede (merkezi veya yerel yönetimde, çok uluslu bir şirkette, bir okulda ya da üniversitede) alınabilir[247].

Walt'ın (1994) geliştirdiği sınıflandırmayla politikalar makro ve mikro politikalar olarak çeşitli düzeylerde tanımlanabilmektedir. Makro politikalar devletin uzun dönemli amaçlarını içeren ve sisteme yönelik politikalardır. Mikro politikalar ise devletin üst düzeyinde değil daha alt düzeylerde belirlenen politikalardır[248]. Örneğin sağlık sistemi ile ilgili gerçekleştirilecek olan bir reform makro politikadır ve yasal

---

[244] Kent Buse, Nicolas Mays ve Gill Walt, **Making Health Policy**, First published, USA: Open University Press, 2005, s.6.

[245] Mete Yıldız ve Mehmet Zahit Sobacı, "Kamu Politikası ve Kamu Politikası Analizi", **Kamu Politikası**, Mete Yıldız ve Mehmet Zahit Sobacı (drl.), 1. Baskı, Ankara: Adres Yayınları, 2013, s.18.

[246] Nusret Fişek, "Türkiye'de Sağlık Politikası", **Toplum ve Hekim**, Sayı:34, Eylül 1984, s.30.

[247] Buse, Mays ve Walt, s.5.

[248] Tatar, **Sağlık Politikası ve Planlaması**, s.6.

düzenlemeler gerektirir. Buna karşılık sağlığın geliştirilmesini teşvik etmek için düzenlenecek olan eğitimler mikro politika kapsamında değerlendirilebilir.

Toplumsal gereksinimler farklı politika alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle politika yapıcılar kamu yararını göz önünde bulundurarak eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, adalet, savunma, dış ilişkiler, dış ticaret ve vergi politikalarına kadar çok geniş bir yelpazede tercihlerde bulunulabilirler[249]. Sağlıkta bir politika konusudur ve ülkelerin sağlığa yaklaşımı, bu çerçevede oluşturulan düzenlemelere bağlı olarak gözlemlenebilmektedir.

Sağlık politikası, insanların sağlıklı olmalarına etki eden sağlık sektörü ve sağlık sektörü dışındaki birçok sektör tarafından, tarım, sanayi, eğitim, ulaştırma vb., ortak bir zeminde fayda sağlaması muhtemel çözüm yollarının saptanması ve uygun önlemler alınması olarak değerlendirilebilir.

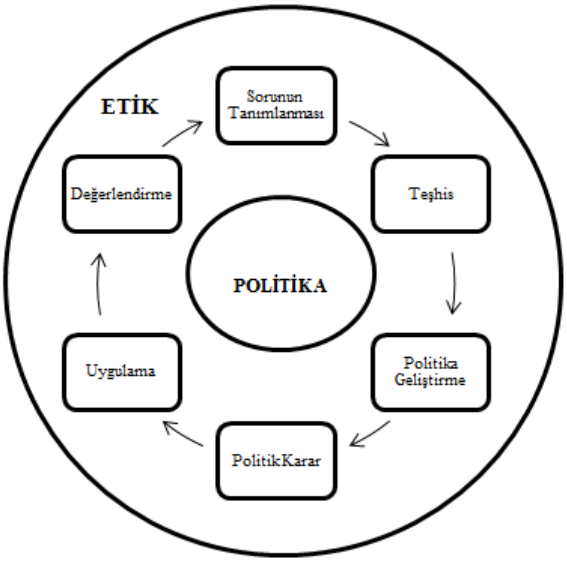
Sağlık yalnızca sağlıkçılar ya da sağlık sektörü tarafından çözüm yolu bulunması gereken bir alan olarak görülmemelidir. Çok boyutlu bir bakış açısıyla insan sağlığına etki eden tüm faktörlerin ele alınmasını gerektirmektedir. Örneğin, yurtdışı seyahatlerde bulaşıcı hastalığa yakalanma ihtimaline karşı sağlık ve ulaştırmadan sorumlu kurum/kuruluşların gerekli tedbirleri almak üzere attığı adımlar yanı sıra trafik kazalarını azaltma yönünde alınacak önlemler bu kapsamda değerlendirilebilir. *Karayolu Güvenliği Hakkındaki Global Durum Raporuna (2015)* göre, dünya genelindeki toplam trafik kazası ölüm sayısının 2013 yılında 1,25 milyon olduğu ve en yüksek trafik kazası ölüm oranlarının düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği ifade edilmektedir[250]. Durumun vahametine dayanarak çok sektörlü yaklaşımın sorunların çözümüne katkısı daha net anlaşılmaktadır.

Sağlık politikası ya da ülkelerin sağlık reformu adı altında sağlıya yönelik uygulamaları Şekil-11'de ki aşamalardan geçmektedir.

---

[249] Mete Yıldız ve Sobacı, s.17.

[250] WHO, **Global Status Report On Road Safety**, 2015, http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/, (10.08.2017), s.4-5.



Şekil 11 : Sağlıkta Politika Döngüsü

Kaynak: Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması; Performans Ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz**, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2009, s. 22.

Politika döngüsüne göre, sağlık politikası belirlenirken öncelikle problemin ne olduğu tanımlanır, ikinci adım problemin teşhis edilmesidir. Problemin teşhis edilmesinden sonra ne yapılacağına yönelik adımlar belirlenir. Doğru çözümler için politikalar geliştirilir. Politika döngüsünün diğer basamağı olan politik karar aşaması, yasama ve yürütme erklerinin süzgecinden geçtiği için bürokratik engeller ile karşılaşılabilen bir süreçtir. Çıkar grupları da bu evrede politika önerisine karşı çıkma eğiliminde bulunabilmektedir. Bu aşamada uygulanan politika sürekli izlenmeli, sorunlar tespit edilerek, sorunların giderilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. Değerlendirme aşaması ise mevcut durum ile daha önce uygulanan politika arasında durum karşılaştırması ya da uygulanan yeni politikanın zaman içerisindeki değişimi takip edilerek verilerin izlenmesinden oluşmaktadır. Etik değerler de bu döngünün tamamlayıcısı olarak görülmektedir ve yürütülen politikanın sonuçları bu kapsamda değerlendirilmektedir[251]. Politika döngüsü izlenerek sağlık sektörünün kontrol düğmeleri olarak adlandırılan; finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranış

[251] Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması; Performans Ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz**, Recep Akdağ, Salih Mollahaliloğlu, Hakkı Gürsöz, Banu Ayar, Hüseyin Demirel (çev.), Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2009, s. 23-36.

belirleme yönünde sağlık reformu oluşturulmaktadır. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) da bu politika döngüsünden yararlanarak oluşturulmuştur.

Politika yapıcı sağlık politikasını geliştirirken aynı zamanda, sağlık hizmetinin kim tarafından üretilip nasıl sunulacağına ve bu hizmetlerin finansmanının nasıl sağlanacağına yönelik çerçeveyi de saptamak durumundadır.

Politika yapıcı, saptamalarını yaparken:

1) Ülkede ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri nelerdir?
2) Sağlık sisteminde etkinliği nasıl sağlayabiliriz?
3) Sağlık sistemimizi nasıl finanse etmeliyiz?
4) Kamusal kaynakları mı kullanmalıyız? Özel kaynaklardan da yararlanmalı mıyız?[252] Gibi soruların cevaplarını tespit etmek durumundadır.

Sağlık politikasını belirleyen bu soruların cevapları, sağlığın nasıl tanımlandığına bağlı olarak sağlık politikasının sınırlarını oluşturmaktadır. Sağlık sadece hasta olmama olarak tanımlandığı zaman sağlık politikası ve planlaması sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetler ile sınırlanacaktır[253]. Sağlığın tanımına söz gelimi çevresel faktörlerin de dâhil edilmesi durumunda, sağlık politikaları çevreye yönelik politikalara içkin ve çevreden sorumlu kurum/kuruluşlar ile iş birliği geliştirmeye olanak sağlayacak şekilde genişletilecektir[254].

Devletlerin en önemli ödevlerinden biri toplumun sağlığını korumaktır. Devletler bu sorumluluğu yerine getirebilmek için sağlık hizmetinin topluma nasıl ulaştırılacağını, sağlık hizmetlerinden toplumun nasıl yararlanacağını, sağlık hizmetlerini kimin ne kadar karşılayacağı hususlarını bir sistematiğe göre düzenlerler. Bu sistematik yapı sağlık sistemi olarak nitelendirilmektedir.

DSÖ, sağlık sistemini; *"Birincil amacı sağlığı teşvik etmek, eski haline getirmek veya korumak olan tüm faaliyetlerdir"*[255] şeklinde tanımlamakta ve sağlık sistemini, yalnızca sağlık hizmetlerinin sağlanması ya da sağlığa yapılan yatırımlar olarak

---

[252] Ertürk Atabey, s.25.
[253] Tatar, **Sağlık Politikası ve Planlaması**, s.14.
[254] Fişek, s.30.
[255] WHO, **The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance**, Switzerland: WHO, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (25.01.2017), s.5.

görmemekte, sağlık sisteminin bireylere ve topluma yönelik koruyucu, tedavi edici ve ruhsal müdahalelerinin daha öncelikli olduğuna vurgu yapmaktadır[256].

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arzı, talebi ve sağlık hizmetlerine yönelik tüm kaynakların yönetimi, örgütlenmesi, hukuki ve finansal dayanakları ile politik düzlemden oluşan bir bütündür[257]. Sağlık sisteminin oluşturduğu bütünsel yapı tıpkı bir organizmanın sistemsel yapısı gibi meydana gelen değişimler ile tüm toplumu, hizmet arz edenleri ve bu hizmetlerin finansmanını sağlayan kesimleri etkilemektedir.

Bir sağlık sisteminin amacı toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Toplumun sağlığını yükseltmenin yanında sağlık hizmetlerinden kaynaklanan mali yüke karşı bireylere finansal koruma sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve finansmanın sağlanması büyük ölçüde devletin sorumluluğundadır[258]. Her ülkenin ulusal sağlık sistemlerinde farklılıklar olmasına rağmen tüm sağlık sistemlerinin ortak amaçları; sağlığı geliştirmek, etkililik, verimlilik ve sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanmasıdır[259].

Sağlık sisteminin, temel özellikleri itibariyle ekonomik, politik ve sosyal pek çok faktör ile etkileşim içerisinde olduğu söylenebilir. Politika yapıcılar toplumun demografik, epidemiyolojik ve sosyal niteliklerinden edindikleri enformasyonla sağlık sisteminin yapısal niteliklerini belirlerler.

Sağlık sisteminin yapısal nitelikleri sistemsel ve finansal olarak çeşitli ölçütler ile ifade edilebilmektedir. Sektörün sistemsel ölçütleri; toplumun demografik özellikleri ve sağlık göstergelerini içerirken, finansal ölçütler; arz ve talep koşullarını etki eden faktörler, sağlık harcamalarının nasıl finanse edildiği, toplam bütçe ve GSYH'deki oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması gibi ölçütlerden oluşmaktadır[260].

Kutzin, sağlık sisteminin fonksiyonlarını ve bu fonksiyonlara yönelik olarak gerçekleştirilmesi amaçlanan hedefleri Şekil-12'deki gibi ifade etmiştir.

---

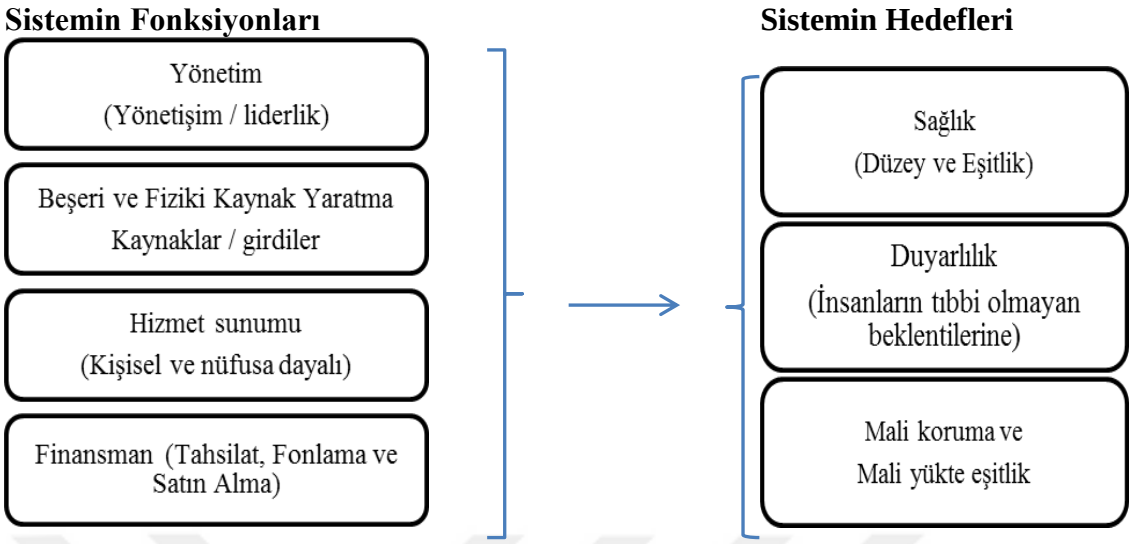
256 WHO, **The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance**, s.6.

257 Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.3.

258 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.17.

259 Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, Ankara: ABSAM, Aralık 2015, s.222.

260 Sargutan, s.46.



Şekil 12: Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Hedefleri

Kaynak: Joseph Kutzin, **Health Financing For Universal Coverage And Health System Performance: Concepts And İmplications For Policy**, (Elektronik Version), Bulletin of the World Health Organization, 2013; 91, http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985, (10.02.2016), 602–611.

Sağlık sisteminin fonksiyonları, Şekil-12'de ifade edildiği gibi herkese eşit düzeyde sağlık hizmeti ulaştırma, tıbbi olmayan beklentilere karşı duyarlılık, mali koruma ve mali yükte eşitlik hedefleri doğrultusunda yeterli kaynağın yaratılması, hizmet sunumunda ve bu hizmetlerin finansmanında etkin bir yönetim anlayışının sağlanmasından oluşmaktadır.

Akin ve Diğerlerine göre (1999); sağlık sektörünün üç temel sorunu bulunmaktadır. Bunlar; 1) tahsis sorunu, yani maliyet etkin programlar için kaynak tahsisinin yetersizliği, 2) iç verimliliği düşük kamu programlarının tercih edilmesi, 3) sağlık hizmetlerinden elde edilen faydanın dağılımında ortaya çıkan eşitsizlik, yani yüksek teknolojili ürünlerden yararlanan kitle küçük bir grubu temsil ederken, toplumun geri kalanının bu hizmetten yararlanamaması gibi eşitsizlik yaratan unsurların söz konusu olmasıdır[261].

[261] John Akin, Nancy Birdsall ve David de Ferranti, **Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reform**, Third printing, Washington D.C.: The World Bank, September 1999, s.4.

Bu sorunlara yönelik olarak Dünya Bankasının önerilerini;

1. Devletin sağlık kuruluşlarına başvuran yoksulların ücretlerini yüklenmesi,
2. Sigorta ve diğer risk teminat paketlerini sağlama, sağlık sigortası programları için cesaretlendirme, (sigorta programları gelişmekte olan ülkelerde düşük gelir grubundaki bireylerin küçük bir bölümünü kapsar, Afrika ve Güney Asya gibi)
3. Özel Sektörün kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması,
4. Yetkinin yerelleştirilmesi (desantralizasyon)[262] şeklinde sıralayabiliriz.

Tüm ülkelerde sağlık sisteminin oluşumuna etki eden temel unsurlar; sahip olunan kaynaklar, örgütlenme yapısı, ekonomik katkı düzeyi, yönetimsel özellikler ve hizmet sunumu şeklinde özetlenebilir[263]. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması da genellikle sahip olunan bu özelliklere göre şekillenmektedir.

2.1.1. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Her ülkenin sağlık sistemi, ülkenin kendi karakteristikleri doğrultusunda belirlenmekle birlikte, sağlık sisteminin, sağlık hizmetlerinin sunumu için gereken tüm bileşenleri bir araya getiren ana unsur olduğu gerçeği evrenseldir. Tüm ülkeleri kapsayacak düzeyde bir sınıflandırma yapmak mümkün olmamak ile birlikte Ülkelerin sağlık sistemlerini; uygulanan ekonomi politikalarına, milli gelire, coğrafi bölgeye ve finansman yöntemlerine göre farklı kategorilere ayıran sınıflandırmalar söz konusudur.

Dünya Bankası (DB), sağlık sistemlerini coğrafi bölge ve kişi başına düşen milli gelir kriterlerine göre sınıflandırmaktadır. Coğrafi bölge esas alınarak yapılan sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri; Asya, Avrupa, Orta Asya, Amerika, Sahra Altı, Afrika, Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgeleri şeklinde sınıflandırılmıştır. Kişi Başına Düşen Milli Gelir esasına göreyse sağlık sistemleri; yüksek gelir, orta gelir, üst-orta gelir, alt-orta gelir ve düşük gelir grubu esas alınarak sınıflandırılmaktadır. DSÖ'nün ise resmi nitelikli bir sınıflandırması bulunmamaktadır[264].

---

[262] Akin, Birdsall ve Ferranti, s.5-9
[263] Sargutan, s.31.
[264] Sargutan, s.33.

Kişi başı gelir ölçütleri kapsamında Dünya Bankasının 2016 yılı verilerine göre; 1.005 Dolar ve altında geliri olan ülkeler "düşük gelirli ekonomiler", 1.006 – 3.955 Dolar arasında geliri olan ülkeler "alt-orta gelirli ekonomiler", 3.956- 12.235 Dolar arası ülkeler "üst orta gelirli ekonomiler", 12.236 Dolar ve üzerinde gelire sahip olanlar ise "yüksek gelirli ekonomiler" olarak ifade edilmektedir[265].

OECD ise, sağlık sistemlerini daha çok finansman temelli sınıflandırdıkları sekiz ayrı finansal model üzerine kurgulamıştır[266].

Tablo 1: OECD Sağlık Hizmeti Finansman Kaynakları ve Ödeme Metotları İlişkisi

Geri Ödeme (Reimbursement)	**Finanslama**	
	Özel/Gönüllü	**Genel/Zorunlu**
Kişilerin Doğrudan (Cepten Ödemesi)	1. Model	2. Model
Sigorta Geri Ödemeli Kişisel Doğrudan Ödemeler	3. Model	4. Model
Üçüncü Taraf Sözleşme	5. Model	6. Model
Üçüncü Taraf Bütçe ve Aylık	7. Model	8. Model

Kaynak: A. Erdal Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Kavram, Metot ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Gelen Sistem ve Mali Yapıları Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları,** Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, s.36.

Tablo'ya göre 1. Model: sosyal güvencesi olmayan bireylerin, sağlık hizmeti sunucusuna doğrudan ödeme yaptığı sistemi, 2. Model: sağlık hizmeti kullananların hizmet sunucusuna zorunlu olarak ödeme yaptığı sistemi, 3. Model: alınan hizmet karşılığı yapılan ödemenin daha sonra sağlık sigortası kaynaklarından temin edildiği sistemi, 4. Model: alınan hizmet karşılığı yapılan ödemenin daha sonra genel mali kaynaklı sigorta kaynaklarından temin edildiği sistemi, 5. Model: üçüncü bir taraf tarafından özel sözleşmeler yoluyla hizmet karşılığının finanse edildiği sistemi, 6. Model: üçüncü bir taraf tarafından genel mali kaynaklardan, hizmet karşılığının finanse edildiği sistemi, 7. Model: sağlık hizmetinin yararlanıcılar açısından ücretsiz olduğu, tipik bir şekilde hastane ve ücretli doktorlar için global bütçe uygulamasının yapıldığı ve isteğe bağlı finansman ile sağlık sigortasının kullanıldığı sistemi, 8. Model: sağlık hizmetinin yararlanıcılar açısından ücretsiz olduğu, genellikle hastane ve ücretli

---

265 World Bank, **Country Classification**, https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups, (25.02.2017).

266 Sargutan, s.35.

doktorlar için global bütçe uygulamasının yapıldığı ve genel finansman ile sağlık sigortasının kullanıldığı sistemi ifade eder[267].

Sağlık Sistemleri ile ilgili literatürde, sağlık sistemlerine yönelik bilinen en kapsamlı çalışmayı 1931 yılında Arthur Newsholme'un gerçekleştirdiği ve II. Dünya savaşından sonra bu kapsamda yapılan çalışmaların artmaya başladığı ifade edilmektedir[268]. Bir diğer çalışma ise Avang'ın çalışmasıdır. Karl Avang, sağlık sistemlerini; Batı Avrupa tipi, Amerika tipi, Sovyet Rusya Tipi ve gelişmemiş ülkeler tipi sağlık sistemleri olarak sınıflandırmıştır[269].

Sağlık sistemleri ile ilgili diğer bir çalışma Milton Terris'in Amerika'nın sağlık sistemine yönelik sınıflandırmasıdır. Bu çalışmada, Amerikanın sağlık sistemi üçe ayrılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre; ilk grup Özel pediatrist ve dahiliyecilerin olduğu sistem (yani üst sınıfın ve orta sınıfın zengin kesimlerinin kullandığı sistem), diğeri pratisyen hekimlik sistemi (orta sınıf ve emeğin daha nitelikli ve daha iyi ücretli kesimlerinin kullandığı sistem), son olarak yardım temelli sistem (yaşlılar, vasıfsız ve emeğin daha az ücretle çalışan bölümünün yararlandığı sistem) şeklinde bir gruplandırma yapılmıştır[270].

Sağlık sistemleri ile ilgili en bilinen çalışma Roemer'in sınıflandırması olup, oldukça yaygın kullanılan sınıflandırmalardan biridir. Romer, devletin sağlık piyasasına müdahale derecesine göre sağlık sistemlerini;

1) Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi politikaları grubu

2) Refah yönelimli sağlık sistemi politikaları grubu

3) Genel ve kapsayıcı sağlık sistemi politikaları grubu

4) Sosyalist ve merkezden planlanmış sağlık sistemi politikalar grubu olmak üzere dörde ayırmıştır[271].

Milton I. Roemer, ulusal sağlık sistemleri ile ilgili çalışmalar yürüten bir araştırmacıdır. Roemer'in sağlık sistemlerini sınıflandıran çeşitli yıllarda yapılmış

---

[267] Sargutan, s.36.

[268] Bkz. Metin Ateş, 2016, s.52, MÜSİAD, **Sağlık Sektörü Raporu**, s.15 ve Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, s.11.

[269] MÜSİAD, **Sağlık Sektörü Raporu**, İstanbul, 2012, s.15.

[270] Milton Terris, "Crisis and Change in America's Health System", **Am J Public Health,** Vol: 63, No:4, Apr 1973, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1775228/pdf/amjph00817-0031.pdf. (12.05.2017). s.314.

[271] Sargutan, s.31.

çalışmaları mevcuttur. Bunlar; 1956, 1960, 1984, 1991 ve 1993 yıllarında yapılan çalışmalardır. Bu çalışmada kullandığımız sınıflandırma 1993 yılındaki çalışmasına aittir. Tüm sağlık sistemlerini tanıtmak bu çalışmanın kapsamını aşmak ile birlikte, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilişkili olarak sağlık sistemleri ve sağlık sistemlerinin nasıl finanse edildiğine yönelik genel bilgilerin açıklanmasının konunun bütünlüğüne katkısı olacağını ifade etmeliyiz. Bu kapsamda Romer'in sınıflandırması finansman temelli yaklaşım ile örtüştüğü ve yaygın olarak kullanım alanı bulduğu için detaylı olarak açıklanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Dünya çapında yürütülen çalışmalardan bahsettiğimiz dördüncü bölümde de bu sınıflandırmadan yararlanılacaktır.

2.1.1.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi Politikaları Grubu

Girişimci ve serbest sağlık sisteminde özel sektör, sağlık sisteminin performansının iyileştirilmesinde itici güç olarak görülmektedir[272]. Arz ve talep piyasa koşullarına göre belirlenmektedir. Sağlık hizmetleri talebi, özel sigortalar ve kişisel ödemeler yoluyla, arzı da yine özel sektörce sağlanmaktadır. Bu sağlık sistemini kullanan ülkeler arasında Amerika, Brezilya ve Çin bulunmaktadır[273].

Girişimci ve serbest sağlık sistemi uygulanan ülkelerden biri olan ABD'nin sağlık sistemi sınıfsal farklılıklara göre yapılanmış bir modeldir. Bu ülkede halkın yaklaşık olarak üçte ikisinin özel sağlık sigortası mevcuttur. Halkın Dörtte biri ise devlet güvencesine (Medicare ve Medicaid) sahiptir[274]. ABD sağlık sistemi, kâr amaçlı kuruluşlarca yürütülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, maliyetli ve verimsizdir. Bu durumun nedenleri: 1) Yönetsel maliyetlerin ve işlem maliyetlerinin aşırı yüksek oluşu, 2) Sigorta, ilaç ve medikal sektörün elde ettiği yüksek monopol kârları ve patentli ilaçların fiyatlarının yüksek oluşu olarak sıralanabilir[275].

---

[272] WHO, **The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance**, s.83.
[273] Ateş, s.54.
[274] Durmuş, **17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı**, s.378-379.
[275] Durmuş, **17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı**, s.380.

2.1.1.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Politikaları Grubu

Bismarc Modeli olarak da adlandırılan refah yönelimli sağlık sistemi, işçi ve işverenden kesilen primlerden oluşan ve sosyal sigorta anlayışına dayanan bir sistemdir[276]. Bu sistemde devlet sosyal refah devleti olmanın özelliği gereği kamu yararı için cebri olarak prim toplamaktadır[277]. Sağlık hizmetlerinin talebinde primler ile işveren ve devlet katkısı sağlık harcamalarına katkıda bulunurken, arzında kamu ve özel sektör imkânlarının kullanılması söz konusudur[278]. Almanya, Belçika, Fransa, Kanada, Japonya ve Avustralya gibi ülkelerin sağlık sistemi bu grupta değerlendirilebilir[279].

2.1.1.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi Politikaları Grubu

Genel ve kapsayıcı tipteki sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde kamu kaynakları kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik tüm ihtiyaçların kamusal kaynaklar ile karşılanması esastır. Bu sistem Beveridge Modeli olarak da adlandırılmaktadır[280].

İngiltere'de kullanılan sağlık sistemi bu gruptadır. Bu sistem bütün ülke nüfusunu kapsayan bir sağlık güvencesi sağlamakta ve sistemin finansmanı vergiler yoluyla gerçekleştirilmektedir[281].

2.1.1.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi Politikalar Grubu

Sosyalist sağlık sisteminde, devlet sahip olduğu kamusal kaynakları kullanarak, tüm nüfusun sağlık güvencesi altına alınmasını sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamunun yönetiminde olan sağlık kurum/kuruluş ve sağlık personeli kadrosu ile herhangi bir karşılık talep edilmeden sunulması söz konusudur[282].

Romer'in sınıflandırması kapsamında sağlık sistemleri ve sağlık sistemine yönelik politikalar Tablo-2'de özetlenmiştir.

---

[276] Ateş, s. 67.
[277] Sargutan, s.57.
[278] Sargutan, s.56.
[279] Yıldırım ve Yıldırım, s.222.
[280] Sargutan, s.58-60.
[281] Yıldırım ve Yıldırım, s.222.
[282] Sargutan, s.62.

Tablo 2: Sağlık Sistemleri ve Sağlık Sistemi Politikalarının Sınıflandırılması

		Özel Teşebbüs/ Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli	Genel Kapsayıcı	Sosyalist ve Merkezi Planlama
Ekonomik Düzey (Kişi Başına GSMH)	Zengin ve Sanayileşmiş	ABD	Almanya, Kanada, Japonya	Büyük Britanya, Yeni Zelanda, Norveç	Sovyetler Birliği, Çek Cumhuriyeti
	Gelişen ve Değişen	Tayland, Filipinler, Güney Afrika	Türkiye, Brezilya, Mısır, Malezya	İsrail, Nikaragua	Küba, Kuzey Kore
	Çok Fakir	Gana, Bangladeş, Nepal	Hindistan, Myanmar	Sri Lanka, Tanzanya	Çin, Vietnam
	Kaynak Zengini	-	Libya, Gabon	Kuveyt, Suudi Arabistan	-
Sağlık Sistemi Sınıflandırmasına Özgü özellikler	1. özellik	Kişisel doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı özel (bazen de kamu) hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, kişisel prim ödemeli kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmetleri nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır.	Tüm bireylere yönelik zorunlu, toplumun ortak/kolektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır.
	2. özellik	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da asıl unsur değildir	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.
	3. özellik	Özel Sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.

Kaynak: Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, 1. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi, 2012, s.44-45'den uyarlanmıştır.

Bu çalışmada Roemer'in Sınıflandırması (1993) esas alınmak ile birlikte 1990 sonrasında Sovyetler Birliği'nin dağılması ile gelişen süreçte Doğu Bloku Ülkelerinde ve gelişmekte olan diğer ülkelerde bu yapının değiştiğini söyleyebiliriz. Bu sınıflandırma kapsamında, Türkiye'nin konumunda herhangi bir değişim söz konusu değildir.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

İnsani gelişmenin en önemli göstergelerinden biri olan sağlık ve sağlığa yönelik hizmetler için yapılan harcamalar giderek artmakta gerek bireyler gerekse ülkeler gelirlerinden giderek artan oranda bir payı sağlık harcamaları için kullanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanının nasıl sağlanacağı ve finansmanın sürdürülebilirliği, sağlığın finansmanı tartışmalarında gündemde olan konular arasında yer almaktadır[283].

Bir organizasyonun amaçlarını gerçekleştirebilmesi için gerekli olan olanakları edinmesini sağlayan parasal kaynakların elde edilmesi olarak nitelenen "finansman kavramı" sağlık hizmetleri açısından sağlık sisteminin amaçlarına ulaşmasına hizmet eden parasal kaynakların temin edilmesi olarak ifade edilebilir. *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Evrensel Boyuta Adım, Dünya Sağlık Raporu* (2010)'na göre, sağlık hizmetlerinin finansmanı: 1) Sağlık için yeterli para toplamak, 2) Hastalığın finansal risklerini azaltmak için mali engelleri kaldırmak, 3) Mevcut kaynakları daha iyi kullanmak şeklinde üç kritik alana ayrılmıştır[284].

Sağlık hizmetleri finansmanın da amaç; ihtiyaç halinde sağlık hizmetinin doğru hizmet biriminden eşit, etkin ve kaliteli bir şekilde sağlanabilmesi ve bu finansmanın sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır[285]. Bu amaçla, Dünya genelinde sağlık reformları gerçekleştirilmektedir. Sağlık reformları ile sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılığı sağlamak hedeflenmektedir. "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı" ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini sağlayabilmek için yeterli mali kaynağın sağlanmasıdır. Bu kaynaklar hem toplanabilir hem de yeniden dağıtılabilir olmalı ve adil bir şekilde yükseltilmelidir[286].

Ülkelerin evrensel sağlık kapsamına doğru ilerleme kaydetmeleri ve toplumun sağlık hizmetlerine ulaşmaları konusunda bariyerlere takılmamaları için sağlık sisteminin ağırlıklı olarak kamu gelir kaynaklarına dayalı olması gerektiği ifade edilebilir[287]. Jowett ve Diğerlerine göre; yeterli düzeyde mali korumanın sağlanması

---

283 Çelik, **Sağlık Ekonomisi** s. 169.

284 WHO, **World Health Report: Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage**, 2010, http://www.who.int/whr/2010/en/, (27.01.2017), s.3.

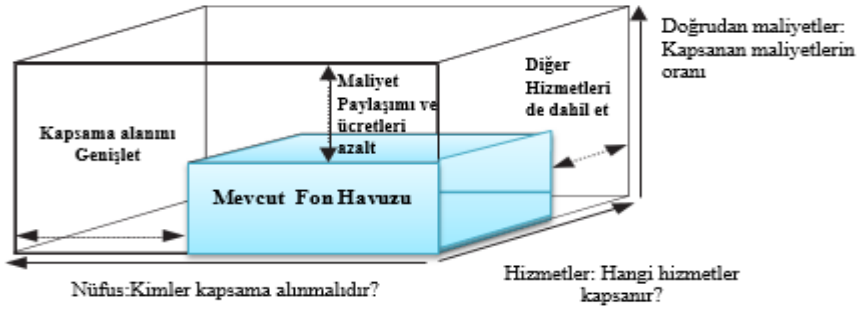
285 Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.8.

286 Cheryl Cashin, **Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context**, World Bank Studies, Washington, DC: World Bank, 2016, s.1.

287 Matthew Jowett ve Diğerleri, s.7.

GSYİH'nın en az yüzde 5'i ile ifade edilmektedir. Bu oran, cepten ödemelerin oranını toplam sağlık harcamalarının yüzde 20'si ile sınırlamak için gerekmektedir[288].

DSÖ (2008)'ye göre bir ülkenin "Evrensel Sağlık Kapsamı"na erişmek ve sağlıkta eşitliği sağlamak için atabileceği temel adımlar; kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerine evrensel erişim sağlamak üzere sosyal sağlık güvencesi sağlamak. Ödeme gücü temelinde toplanan ön ödemeli katkıların bir araya toplanması ve bu fonlar ile sunulacak hizmetlerin ihtiyaç duyanlara herhangi bir riske maruz bırakmadan sunulması, sunulan hizmetlerin erişilebilir ve kaliteli olmasının sağlanması, ihtiyacı olanların katostrafik sağlık harcamalarına maruz kalmasının engellenmesi olarak belirtilmiştir[289]. DSÖ, Evrensel sağlık kapsamını oldukça önemsemektedir. Özellikle Binyıl Kalkınma Hedeflerinin evrensel sağlık kapsamına atıfta bulunmamasından sonra DSÖ bu alandaki çalışmalarını hızlandırmış ve 2008 ve 2010 Dünya Sağlık Raporlarında da evrensel sağlık kapsamına değinmişlerdir. Sürdürülebilir kalkınma için 2030 gündeminin son metninin giriş bölümünde (madde 26) *"Fiziksel ve zihinsel sağlığı ve refahı arttırmak ve herkes için ömür süresini uzatmak için evrensel sağlık kapsamına girmeliyiz"* ibaresi yer almıştır[290]. DSÖ, Evrensel Sağlık Kapsamını Şekil-13'deki gibi üç boyutlu olarak tanımlamaktadır.



Şekil 13: Evrensel Sağlık Kapsamı

Kaynak: WHO, **Health in 2015: from MDGs Millenium Development Goals to SDGs Sustainable Development Goals**, 2015, s.42.

---

[288] Matthew Jowett ve Diğerleri, s.5.

[289] WHO, **The World Health Report 2008, Now More Than Ever**, Geneva, Switzerland, 2008, s.25.

[290] WHO, **Health in 2015: from MDGs Millenium Development Goals to SDGs Sustainable Development Goals**, 2015, s.42.

Şekil 13'e göre evrensel sağlık kapsamı, bir yandan sağlık hizmeti kapsamı diğer taraftan mali koruma kapsamı olmak üzere iki bileşenden oluşur; her ikisi de tüm nüfus düzeyinde değerlendirilmelidir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, finans ve nüfus olmak üzere üç boyut, tipik olarak "kapsama kutusu" olarak bilinir. Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ile sağlık hizmetlerinin kapsadığı nüfusu artırmak, yararlanılan hizmet sayısını artırmak ve maliyet paylaşımını düşürmek şeklinde kutunun doldurulması yani sağlık kapsamının artırılması hedeflenmektedir[291.] Kritik nokta maliyet paylaşımının azaltılmasıdır. Yani maliyet paylaşımı tamamen ortadan kaldırılmıyor sadece finansman maliyeti düşürülüyor. Yanı sıra finanse edilen kesimin de genişletilmesi hedefleniyor.

Kutzin finansman sistemi ile ilgili; *"Finansman sistemleri herkesin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine (Koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmetler dahil) yeterli, kaliteli ve etkin bir şekilde ulaşabilmesini ve bu hizmetlere erişimden dolayı maddi zorluklara maruz kalmayacak şekilde tasarlanması gerekir"*[292] diyerek sağlık sisteminin finansman boyutunun herkese eşit sağlık hizmeti sunulmasını sağlayacak şekilde organize edilmesi gerekliliğini belirtmiştir.

Gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın bütün ülkeler, vatandaşlarının ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini sağlayabilmek için gereken fonları toplamak durumundadır. Ne kadar zengin olursa olsun hiçbir ülke tüm nüfusun yaşam kalitesini ve süresini uzatacak sağlık hizmetlerini ve teknolojik imkânları sunamaz. Çünkü her ülkenin sahip olduğu bir bütçe kısıtı söz konusudur[293]. Her ülkenin sağlık ile ilgili ihtiyaçları farklıdır. Dolayısıyla sağlığa ayırdığı kaynaklar da farklılık göstermektedir[294]. Her ülke sahip olduğu bütçe kısıtı çerçevesinde sağlık hizmetleri ile ilgili optimal kararı vermek durumundadır.

Sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için bir fona gereksinim vardır ve ülkeler sağlık sisteminin gereksinim duyduğu fonu nereden sağlayacağına karar verirken şu dört bileşeni göz önünde bulundururlar.

---

[291] WHO, **Health in 2015: from MDGs Millenium Development Goals to SDGs Sustainable Development Goals**, 2015, s.42.

[292] Joseph Kutzin, **Health Financing For Universal Coverage And Health System Performance: Concepts And İmplications For Policy**, (Elektronik Version), Bulletin of the World Health Organization, 2013; 91, http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985, (10.02.2016), s.602.

[293] WHO, **The World Health Report: Health System Financing: The Path to Universal Coverage**, s.21.

[294] Hasan Tansu Aktan, **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları**, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II, Sayı: 40, Yıl:7, Temmuz Ağustos 2001, s. 1557.

a) Parasal kaynakların toplumun hangi kesiminden toplanacağına karar vermek.
b) Fonun hangi teknikle oluşturulacağını ve paranın hangi yollarla toplanacağını kararlaştırmak.
c) Oluşturulan fonun nasıl tahsis edileceğini tespit etmek.
d) Tahsisatta hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını saptamak[295].

Bu dört bileşenden hareketle bir ülkenin sağlık hizmetinin finansmanının işlevleri; gelirlerin toplanması, toplanan fonların havuzlanması ve sağlık hizmetlerinin satın alınması olarak sıralanabilir[296]. Bahsi geçen bileşenlere yönelik kararlar ülkelerin sağlık sistemlerine göre farklılık göstermektedir.

Gelirlerin toplanması, gelirleri kimin ödediği, gelirlerin ödeme türü ve toplanan gelirlerin kim tarafından toplandığını kapsamaktadır. Toplam gelirlerin kaynağı; bireyler, firmalar ve dış kaynaklardır[297].

Gelirleri kimin ödeyeceği ile ilgili alternatif finansman sistemleri arasındaki en net fark nüfusun sağlık hizmetlerinin maliyetini paylaşma düzeyi ile ilgilidir. Birçok yüksek gelirli ülkede (Birleşik Krallıkta vergiler baskın progresif nitelik gösterirken, İşviçre ve Danimarka'da bu özellik daha hafiftir) genel vergi sistemi içinde vergi yükümlülüğü kabaca gelir ile orantılı veya hafif progresif nitelik göstermektedir. Yani insanlar, gelirleri ile orantılı olarak finansmana katılmaktadırlar. Buna karşın cepten ödemeler de ve özel sağlık sigortasında ödemeler orantılı olmadığından ortalama olarak düşük gelirli insanların gelirlerinden sağlık için çok daha büyük bir pay ayrılmaktadır[298].

Fonların havuzlanması, riskin fona katkı sağlayan üyelerce paylaşıldığı bir gelir toplama biçimi ve bu gelirlerin yönetilmesidir[299].

Sağlık hizmetlerinin satın alınması; sunulan sağlık hizmetinin bedelinin geri ödenmesinin sağlanması hangi kurum/kuruluş tarafından ve hangi esaslara göre

---

295 Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.106.

296 Ali Güvercin, Halil İbrahim Mil ve Bülent Tarım, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)", **Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 7, Sayı:13, 2016, s. 82.

297 Mehmet Cihan Erumut, "Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem", **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı: 5, 2014, s.93-126.

298 Robert G. Evans, **Financing Health Care: Taxation and the Alternatives**, Elias Mossialos, Anna Dixon, Joseph Fiqueras, Joe Kutzin (Ed.), Funding Health Care: Options for Europe (31-58), Philadelphia: Open University Press, 2002, s.33.

299 Çelik, **Sağlık Ekonomisi,** s.170.

yapılacaktır gibi esasların belirlenmesi aşamasıdır. Sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleri şeklinde gerçekleştirilmektedir[300].

"*Hizmet Başına Ödeme*" özel hastanelere verdikleri hizmetlerin karşılığı olan hak edişlerinin ödendiği yöntemdir. Her hizmete karşılık bir ödeme yapılmasını içermektedir. Bu yöntemin suistimal edilmeye açık yönleri gereksiz müdahalelerde bulunmak, gereksiz tetkik ve ilaçların fatura edilmesi gibi sonuçlar ile karşılaşılabilmesidir. "*Gün Başına Ödeme"* de bireylerin tedavi, ilaç ve diğer masraflarının kaldığı gün başına ödenmesidir. Gün başına ödemelerde de hasta yatışlarının gereksiz uzatılması yoluyla haksız kazanç elde edilmesine neden olabilmektedir. Denetim yapılmadığı sürece suistimal ve yolsuzluklara açık bir uygulamadır. *"Vaka başına ödeme"* hastaya konulan teşhise göre ödeme adını da almaktadır. Bu yöntemde, teşhis gruplarına yönelik ödeme tutarlarının ne olacağı konusunda paket ödeme yöntemleri hazırlanmaktadır. *"Bütçe yoluyla ödeme"* de hükümetler tarafından sağlık hizmeti sunucularına belirli bir dönem için tahsis edilen ödeneği ifade etmektedir[301].

Sağlığın finansmanına yönelik genel görüş finansman konusunun genellikle sosyal güvenlik kavramı ile ilişkilendirilmesi yönündedir. Sosyal güvenlik kavramı, *"Hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal problemlere karşı önlem alınması yoluyla toplumun kendi üyelerini koruması"* şeklinde tanımlanabilir[302].

Sosyal Güvenlik kavramı ilk kez ABD'de ortaya çıkan Sosyal Güvenlik Yasası ile kullanılmıştır. Sosyal güvenlik kavramı içinde yer alan programlar; sosyal sigorta, sosyal yardım, genel bütçe gelirlerinden finanse edilen yararlanımlar, aile yardımları, gelecek bakım fonlarından oluşmaktadır[303].

---

[300] Çelik, **Sağlık Ekonomisi,** s.170.

[301] Naci Karacaoğlan, "Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar", **SD Dergisi**, Sayı: 12, Eylül-Ekim-Kasım 2009, s.18-21.

[302] Aktan ve Işık, s.23.

[303] Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.100.

Piketty (2014), Sosyal Sağlık Güvencesi ile ilgili;

> *"Sosyal sağlık sigortası sistemi, İngiltere'de dâhil olmak üzere Avrupa'nın hemen her yerinde kamusaldır (yani herkes için ücretsizdir). Buna karşılık ABD'de sadece en yoksullar ve yaşlılar içindir (bu hizmeti daha ucuz kılmaz). Tüm gelişmiş ülkelerde kamu harcamaları, eğitim ve sağlık maliyetlerinin büyük bir kısmını, Avrupa'da dörtte üçünü, ABD'de ise yarısını karşılar. Bunun amacı temel hizmetleri herkes için erişilebilir hale getirmektir"*[304]

sözleri ile sosyal güvenlik sisteminin herkesi kapsaması gerektiğini ifade etmiştir. Sağlık hizmetleri ile ilgili en önemli sorunlardan biri finansman sorunu olup, çoğu ülke bu sorunu aşabilmek ve sistemin sürdürebilirliğini sağlamak için, sağlık harcamalarını azaltmaya ve sağlık harcaması dışındaki kamu harcamalarında kemer sıkma politikaları uygulamaya gitmekte bununla birlikte kamusal finansmanın kaynağı olan vergilerde artış yolunu izlemektedir[305].

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kaynak; bireyler ve bireylerden oluşan toplumdur. Bireyler kimi zaman çalışan kimi zaman da işveren olarak sağlığın finansmanına katkı sağlar. Bunun yanı sıra şirketler, yerli/yabancı hükümet dışı kuruluşlar çok uluslu şirketler ve diğer ülkeler de finansman için kaynak oluşturabilir[306]. Bu çıkarıma göre sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı toplumdur diyebiliriz. Devlet ise kamusal sağlık hizmetleri için bu finansman olanaklarını sağlık harcamalarına tahsis eden ve toplumu temsil eden tüzel kişiliktir. Bu bağlamda bireylerin sağlık sistemini ve sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiğini bilmeleri oldukça önemlidir. Bilme yetisi ise sağlık okuryazarlık düzeyi iyi bir toplum ile mümkün hale gelebilir. Sağlık harcamalarının mali yüküne kimin katlandığı kadar sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan mali yükü kimin karşıladığı da bu durumda oldukça önemli bir husus olarak karşımıza çıkıyor. Mali yüke kim katlanıyor? Vatandaş mı? Devlet mi? Bu soruların cevaplarını bireyler olarak sadece sağlık sistemini kavrayış düzeyimizi geliştirerek tespit edebileceğimizi tahmin etmek hiçte zor

---

[304] Thomas Piketty, **Yirmi Birinci Yüzyılda Kapital**, içinde (507-531), Hande Koçak (çev.), Birinci Basım: Türkiye İş Bankası KültürYayınları, Ekim 2014, s.514.

[305] Ahmet Burçin Yereli, İsmail Kobal ve Altuğ Murat Köktaş, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler", **Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi,** İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, İstanbul, 28-31 Ekim 2010, s.1.

[306] Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.8.

değil. Bu biliş düzeyine muktedir olmak açısından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin oldukça önemli bir unsur olduğu ifade edilebilir.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı hizmeti sunan ve bu hizmetin bedelini ödeyenler arasında bir kaynak değişimi olarak ifade edilebilir[307]. Bireylerin sağlık ihtiyacının ortaya çıkış zamanı ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin maliyeti bilinmediğinden genellikle üçüncü bir taraf sağlık hizmetlerini finanse eder[308]. Bu finansman oluşturulan havuzdan karşılandığı için öncelikle finansmanın sağlanması adına gelirler toplanır. Sağlık hizmetlerini finanse eden gelirleri toplama yöntemleri "finansman yöntemleri" olarak adlandırılmaktadır[309]. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan gelirler iki yöntemle elde edilmektedir. Bu yöntemler; doğrudan ve dolaylı finansman yöntemi olarak adlandırılan yöntemlerdir[310]. Doğrudan finansman yönteminde sağlık hizmetini talep eden bireyler hizmet sunucularına (kamu/özel) aldıkları hizmetin hizmet bedelini doğrudan kendileri ödemektedir[311]. Dolaylı finansman yöntemi ise, sağlık hizmetini arz eden kurum/kuruluşlar ile hizmet talep edenler arasında üçüncü bir tarafın bulunmasıdır. Bu üçüncü taraf sayesinde, sağlık hizmeti arz eden ve hizmeti talep edenler arasındaki para ilişkisi kısmen ya da tamamen ortadan kalkmaktadır[312]. Üçüncü taraf (third party payer) olan bu kuruluşlara finansal aracılar adı da verilmektedir. Finansal aracıların bulunduğu sistemde, mali kuruluşa finansal anlamda katkı sağlayan herkes riski paylaşmaktadır[313].

Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği sağlık hizmetinin tüketimi yani talebi üzerinde belirleyici bir faktördür. Alınan hizmetin finansmanının üçüncü bir tarafça ödeneceğini bilmek hissi sağlık hizmetlerine olan talep katsayısını artırırken, sağlık hizmetlerinin doğrudan finanse edilmesi talep katsayısını azaltır[314]. Doğrudan

---

307 Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, 2011, s.105.

308 Mehtap Tatar, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, s.105.

309 Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s.169.

310 Aktan ve Işık, s.25.

311 H.T. Aktan, s.1561.

312 Aktan ve Işık, s.26.

313 H. T. Aktan, s.1561.

314 H. T. Aktan, s.1562 ve Aktan ve Işık, s.25.

veya cepten ödeme yoluyla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi durumunda sağlık hizmetlerine yönelik talebin ertelenmesi eğilimi artmaktadır.

Sağlığın Dolaylı finansmanı:

a) Merkezi ya da yerel hükümet kaynakları
b) Zorunlu sigorta (hükümetin desteği olabilir)
c) İsteğe bağlı sigorta (hükümetin desteği olabilir)
d) Mesleki sigorta
e) Bağışlar
f) Dış yardımlar yoluyla gerçekleşmektedir[315].

Sağlık finansmanında yukarıda bahsedilen yöntemler karma olarak da uygulanabilmektedir. Örneğin ülkemizde merkezi hükümet kaynakları yanında zorunlu sigorta (Genel Sağlık Sigortası) uygulanmaktadır.

Sağlığın finansmanında doğrudan ya da dolaylı hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, ulusal gelir muhasebesinde ki gelir-gider dengesindeki gibi sağlığa ayrılan kaynakların ve giderlerin birbirine eşit olması gerekmektedir[316].

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Modeller

Ülkeler, demografik özelliklerine, sağlık gereksinimlerine ve sağlık hizmetlerine erişim düzeyine bağlı olarak farklı düzeyde sağlık harcaması gerçekleştirirler. Bu harcamaların nasıl ve hangi kaynaklar (kamusal, özel) ile finanse edileceği o ülkenin kullanacağı finansman modelinin tespitinde önemli bir rol oynar. Söz konusu ülkenin sağlık harcamaları daha çok kamusal kaynaklar yani vergiler ile karşılanıyorsa *"Beveridge Finansman Modeli"*, sosyal sigortacılık yani prim sistemi ile finanse ediliyorsa *"Bismark Finansman Modeli"* olarak nitelenmektedir[317]. Bu finansman modellerinden hangisinin kullanılacağı modelin, ülkenin sosyo ekonomik yapısı ve mali kapasitesi ile uyumu kadar hizmet sunan ve hizmetlerden yararlananların davranışlarına da duyarlıdır[318].

---

315 Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.111.
316 Evans, s.2.
317 Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.11.
318 Tatar, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, s.106-108.

2.2.2.1. Beveridge Modeli

Sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulduğu ve vergileme yoluyla finanse edildiği bu sistem William Beveridge tarafından tasarlanmıştır. Birleşik Krallık, İspanya, Yeni Zelanda ve İskandinav ülkelerinin büyük bir çoğunluğu bu sistemi kullanmaktadır[319]. Beveridge Raporu (1942) ile sağlık bakımı uygulanabilir bir sosyal güvenlik sisteminin ön koşullarından biri olarak tanımlanmıştı. Rapora göre herkesin; yaşa, cinsiyete veya mesleğe bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanması sağlanmalı, bu hizmetler kapsamlı ve ücretsiz olmalı ve hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra hastalıklardan korunmayı da sağlamalıydı[320]. Bu planın en temel özelliği sosyal içerikli bir plan olmasıdır. Kazanç güdüsü ile hareket edilmemekte, istenmeyen durumlara karşı insanları sosyal güvenlik şemsiyesi altında garantiye almaktadır[321].

2.2.2.2. Bismarck Modeli

Kaza, hastalık, yaşlılık ve maluliyet gibi durumların sosyal güvenlik kapsamına alınarak bir sigorta sistemi tarafından finanse edilmesine yönelik devlet güvencesi altında bir sosyal güvenlik sistemi Otto Von Bismark tarafından 1881 yılında Almanya'da tanıtılmıştır[322]. İşçi dayanışma fonlarının gelişimi ve özel ya da kamusal kuruluşlar tarafından yönetimi Bismark'ın oluşturduğu devlet tabanlı sosyal güvenlik sisteminin ürünüdür[323]. Sosyal sigorta sisteminde çalışanlar ve işverenlerden katkı payı alınır. Bu payın yüksek olması işverenin yeni yatırım kararlarına olumsuz etki edebileceğinden kayıt dışı ekonominin oluşumuna etki edebilir[324]. Çalışanlar ve işveren yanında Devlet de fonların oluşumuna katkı sağlayabilir. Fona katılım zorunludur ve bireyin geliri ile orantılı olarak toplanmaktadır[325]. Bismarck modeli Almanya ile özdeşleşmiş olmasına rağmen daha sonra Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre

---

319 Daştan ve Çetinkaya, s.107.

320 WHO, **The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance**, s.12.

321 William Beveridge, **Social Insurance and Allied Services**, 1942, http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf (14.01.2017), s.44.

322 Michael Cichon and Charles Normand, **Between Beveridge and Bismarck options for health care financing in central and eastern Europe**, World Health Forum, Vol. 15, 1994, s.324.

323 Besley, Gouveia and Dreze, s.209.

324 Tatar, s.110.

325 Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.101.

gibi birçok ülkede uygulanmaya başlamıştır. Özellikle, 1990'lı yıllardan sonra Dünya Bankasının gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarında sağlık reformu adı altındaki önerileri doğrultusunda en çok başvurduğu finansman yöntemidir[326].

2.2.2.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli

Ulusal sağlık sigortası modeli, özelliklerini hem Bismarck hem de Beveridge modelinden aldığı için karma model olarak da nitelendirilmektedir. Hizmet sunumunda özel sağlık hizmeti sunucularından yararlanılmak ile birlikte devlet tarafından işletilen sağlık kurum/kuruluşları da bulunmaktadır. Finansman kaynaklarının vergi ve primler olduğu ulusal sağlık sigortası modelinin kullanıldığı ülkelere; Kanada, Tayvan ve Güney Kore'yi örnek verebiliriz[327].

2.2.2.4. Özel Sigorta Modeli

Özel sağlık sigortası modeli ağırlıklı olarak ABD'de kullanılmaktadır[328]. Sağlık hizmetleri bu ülkede özel kaynaklar ile finanse edilmek ile birlikte yoksullar için oluşturulan Medicaid ve yaşlı ve engelliler için oluşturulan Medicare sistemleri kamusal kaynaklar ile finanse edilmektedir[329]. Ülkede sınıfsal farklılıklara göre oluşmuş bir sağlık sistemi söz konusudur. Halkın büyük çoğunluğu (üçte ikisi) özel sağlık sigortası mensubudur[330]. Devlet güvencesine sahip olan Medicare (%14) ve Medicaid (%20) mensubu halk 2015 yılı rakamları ile toplam nüfusun %34'ünü oluşturmaktadır[331]. ABD sağlık sisteminde, özel sigorta modeli hâkim olduğu için tamamen piyasa mantığı ile vatandaşlar istediği sigorta şirketini ya da sağlık kuruluşunu seçerek hizmet alabilmektedirler. Bu nedenle de sağlık hizmetleri maliyetli ve oldukça verimsizdir ve yine bu nedenle ABD'nin sağlık harcamaları (GSYİH'sının yaklaşık %17'si ile) diğer gelişmiş ülkelere göre oldukça fazladır.

---

326 Tatar, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, s.111.
327 Daştan ve Çetinkaya, s.107.
328 Tatar, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, s.111.
329 Besley, Gouveia and Dreze, s.210.
330 Durmuş, **17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı**, s.378-379.
331 The Henry J. Kaiser Family Foundation, (2015) Erişim: www.kff.org/other/state-indicator/total-population/, (10.06.2017).

2.2.2.5. Cepten Ödeme Modeli

Sağlık hizmetinin kullanımı sırasında, bireylerin doğrudan cepten yaptığı ödemelerdir. Sosyal güvenlik sistemine dahil olan bireylerin hizmetten yararlanırken ödediği katkı payları ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların sağlık hizmetinden faydalanırken yaptıkları ödemeler bu kapsamda değerlendirilmektedir[332].

2.2.3. Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları; kamusal finansman (genel vergiler), özel finansman, sağlık sigortası (sosyal sigorta, özel sigorta), tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler ve dış kaynaklar (hibe, bağış vb.) şeklinde sıralanabilir[333]. Bu bölümde sağlık hizmetlerini finanse eden kaynaklar; kamusal finansman kaynakları, özel finansman kaynakları ve diğer kaynaklar şeklinde bir sınıflandırma ile ele alınmıştır.

2.2.3.1. Kamusal Finansman Kaynakları

Kamusal finansman modeli; bireylerin belli bir oranda prim ödemek koşuluyla sigortalandığı ve sosyal sağlık sigortası olarak adlandırılan "Bismarck Modeli" ve vergiler ile sağlanan finansman "Beveridge Modeli"nden oluşmaktadır[334]. Tüm sağlık sistemlerinde kamunun ağırlığı %20-%80 arasında değişkenlik göstermektedir[335]. Dünya sağlık istatistikleri (2017)'ne göre DSÖ'ne üye olan 194 ülkeden 192'sinde eğitim, sağlık ve sosyal koruma gibi alanlara toplam kamusal kaynaklardan pay ayrılmaktadır[336]. 2014 yılında DSÖ'ye üye ülkelerde toplam kamu harcamalarının %15,5'i sağlığa ayrılmıştır[337]. 2014 yılında sağlık harcamalarına ayrılan toplam kamu harcamasının ortalama ulusal oranı yüzde 11,7'dir. Bölgesel olarak, bu ortalama DSÖ Doğu Akdeniz Bölgesinde %8,8 iken DSÖ Amerika Bölgesinde %13,6'dır[338]. 1995-

---

[332] Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.124.

[333] Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.9

[334] Güvercin ve Diğerleri, s. 84.

[335] H.T. Aktan, s. 1559.

[336] WHO, **World Health Statistics 2017: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2017, (20.07.2017), s.74.

[337] WHO, **Global Health Observatory (GHO) data**, 13 Şubat 2017 http://www.who.int/gho/health_financing/government_expenditure/en, (15.06.2017)

[338] WHO, **World Health Statistics 2017: Monitoring Health For The SDGs,** s.32.

2014 yılları arasında hem küresel olarak hem de düşük gelirli ülkelerde kamusal sağlık harcamalarının payı azda olsa artış göstermiştir[339].

Kamusal finansman kaynakları vergiler, merkezi bütçe ve sosyal güvenlik için ayrılan fonlardan oluşmaktadır. Bu kaynakların oransal dağılımı ülkelerin politik tercihlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir[340].

Sağlık hizmetlerinin vergiler ile finanse edilmesi bu hizmetler için gereksinim duyulan finansal yükü toplum geneline yaymaktadır. Sosyal sağlık sigortası benzeri sistemler de ise işverenler ve çalışanlar finansman yüküne birlikte katlanmaktadır[341].

Finansal yükün toplum geneline yayılması vergilere dayalı finansmanın her zaman adil olduğu anlamına gelmeyebilir. Bunun nedeni vergileme sisteminin niteliğine bağlanabilir. Vergileme sistemleri; progressif ve regressif olmak üzere iki türdür. Progressif nitelikli vergilemede gelir vergisi gelir ile orantılıdır ve vergi gelirleri içinde servetten alınan (emlak, araba, yat vb.) vergiler önemli bir paya sahiptir. Regressif vergilemede ise alınan vergi gelir ile orantılı değildir. Daha çok tüketim üzerinden alınan dolaylı vergiler önemli bir paya sahiptir. Regressif vergileme fakir ile zengin arasındaki uçurumu derinleştirerek eşitsizliği artırırken progressif nitelikli vergileme tam tersine daha adildir ve gelirin yeniden dağıtımı işlevine katkı sağlar[342].

Sağlık harcamalarının vergiler ile finanse edilmesi dahi eşitliği sağlamada; vergileme sisteminden, kamu harcamalarının politik ve ekonomik kararların bir aracı haline gelmesinden ve sağlığa ayrılan kaynakların bütçe kararlarında öncelikli yer almamasından dolayı etkinsiz olabilmektedir[343].

Kamusal finansman kaynaklarından biri olan sigorta primleri ile finansman, bir ülkede aynı veya benzer nitelikli risk özellikleri gösteren işlerde çalışan işçilerin ve bunların işverenlerinin zorunlu katkı payı ödemesine dayanan ve devlet tarafından yönetilen bir kurum tarafından, yararlanılan hizmetlerin finansmanının sağlanmasıdır. Bunun yanı sıra finansmana devletin katılımı da söz konusu olabilmektedir. Devlet,

---

339 WHO, **World Health Statistics 2017: Monitoring Health For The SDGs,** s.17.
340 Ünal, s. 124.
341 Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s.176.
342 Akdur, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, s.1574.
343 Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s.178.

sigorta kuruluşunun açıklarını finanse etme, nüfusun belirli bir kısmının sağlık giderlerini karşılama, vergi indirimi ya da muafiyeti gibi katkılar sağlayabilmektedir[344].

Kamusal finansmanda kullanılan kaynaklardan bir diğeri de borçlanmadır. Borçlanma ile sağlanan kaynaklar ulusal ya da uluslararası nitelikte olabilmektedir[345].

2.2.3.2. Özel Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetleri için özel finansman kaynakları olarak adlandırılan kaynaklar, cepten yapılan ödemeler, özel sigorta ve tıbbi tasarruf hesaplarıdır. DSÖ'ye üye 117 ülke arasında yapılan hane halkı harcama anketi verilerine göre (Mart 2017) nüfusun ortalama %9,3'ü bütçelerinin (toplam harcamalarının veya gelirlerinin) %10'unu aşan oranda sağlık harcamalarını cepten ödeme yoluyla karşılarken, %1,8'i bütçelerinin %25 ya da daha fazlasını sağlık harcamalarına ayırmaktadır[346].

DSÖ (2010) raporuna göre; sağlık ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir ve insanlara finansal bir yıkım yaşatacak kadar maliyetli olabilir. İnsanlar sağlıkları ile ilgili karşılaştıkları ciddi bir durum sonrası hanehalkı gelirinin %40'ından fazlasını sağlık ile ilgili harcamalara yönlendirebilirler. Buna sağlık harcamalarının yarattığı finansal katostrafi denmektedir. Doğrudan cepten ödemeler genellikle finansal katostrofik etki oluşturmaktadır. Bazı ülkelerde insanların %11'inden fazlası bu tür finansal zorluklar ile karşılaşmakta, %5'i aşkın bir grupta cepten gerçekleştirdiği sağlık harcamaları dolayısıyla yoksulluğa düşmektedir. Kenya ve Afrika'daki bazı yerleşikler bu deneyime maruz kalmıştır[347].

Özel sağlık sigortası, ABD, Avustralya ve İsviçre gibi ülkelerde kullanılmaktadır. İşlevsel açıdan, zorunlu sigorta yerine uygulanabileceği gibi tamamlayıcı özel sağlık sigortası şeklinde de uygulanabilmektedir. Bu sigorta çeşidi ile varsıllar özel sağlık sigortasına yönlendirilirken, kamusal kaynakların ihtiyaç sahibi olan yoksullar için kullanılması amaçlanmaktadır[348]. Amerika'da özel sağlık sigortası

---

344 H.T. Aktan, s. 1560.

345 H.T. Aktan, s.1559.

346 WHO, **World Health Statistics 2017: Monitoring Health For The SDGs,** s.12.

347 WHO, **The World Health Report: Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage**, s.5.

348 Hakan İstanbulluoğlu, Mahir Güleç ve Recai Oğur, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", Dirim **Tıp Gazetesi**, 2010, Yıl:85, Sayı:2, s.91.

sisteminin, sağlık hizmetine erişimde önemli sorunlara yol açtığı ve sağlık finansmanında kriz boyutunda ciddi problemlere yol açtığı bilinmektedir.

Tıbbi tasarruf hesapları, sağlık harcamaları ile ilgili finansmanın sağlanması amacıyla oluşturulan kişisel tasarruf hesaplarıdır. Bireylerin, gelecekte ortaya çıkması muhtemel sağlık riskleri için bugünden sağlık harcamaları için kullanılmak üzere bir hesaba para yatırmalarını ifade etmektedir[349]. Tıbbi tasarruf hesapları dört ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında belirgin bir role sahiptir. Bu ülkeler; Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Güney Afrika ve Singapur'dur[350].

2.2.3.3. Diğer finansman Kaynakları

Yabancı firmalar, uluslararası örgütler ve küresel organizasyonlar (AB, NAFTA, G-8, IMF ve Dünya Bankası) tarafından üye ülkelere sağlık hizmetlerini geliştirmek ve sağlık harcamalarını finanse etmeye yönelik olarak verilen krediler ve yapılan yardımlardan oluşmaktadır[351].

Özellikle Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşılması için gelişmekte olan ülkelere yüksek gelirli ülkelerden kaynak akışı, sağlık harcamalarının finanse edilmesi için kalkınma yardımı şeklinde gönderilmektedir. Bu kaynaklar gelişmiş ülkelerin sağlık için gerçekleştirdikleri harcamaların %0,7'si gibi bir orana tekabül ederken, düşük gelirli ülkelerin (Sahra Altı Afrika gibi) sağlık harcamalarının %25'inin finanse edilmesi demektir[352].

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar

Sağlık hizmetlerinde kaynakların verimsiz kullanılması, koordinasyon eksikliği ve artan maliyetler bu hizmetlerin finansmanında sorun teşkil eden unsurlar arasında yer almaktadır[353]. Bu sorunları çözmek için DSÖ'ün önerileri: "finansman kaynaklarının artırılması, yeni finansman kaynaklarının geliştirilmesi, finansmanda sosyal güvenlik

---

[349] Mehmet Cihan Erumut, s.100-101.

[350] Olivier J. Wouters ve Diğerleri, "Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity, and financial protection in health care", **Health Economics, Policy and Law**, (1-15). 2016, (Online Version) http://eprints.lse.ac.uk/65448/, (18.03.2017), s.2.

[351] Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası,** s.100.

[352] Esteban Ortiz-Ospina and Max Roser, '**Financing Healthcare'**, 2017. (Online Version) https://ourworldindata.org/financing-healthcare/, (28.07.2017).

[353] Esteban Ortiz-Ospina and Max Roser, '**Financing Healthcare'**, 2017. (Online Version) https://ourworldindata.org/financing-healthcare/, (28.07.2017).

yaklaşımının getirilmesi, dış yardım kaynaklarının sağlık hizmetlerinin finansmanında daha etkin bir şekilde kullanılması, harcamaların düşürülmesi ve diğer finansman yöntemlerinin geliştirilmesi" [354] olarak sıralanabilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri adalet ya da hakkaniyetin sağlanamamasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında izlenecek politika, sağlık durumu ile ilgili az riskli gruplardan yüksek risk taşıyan gruplara doğru gelir transferi yapılması şeklinde olmalıdır. Bu durum toplumsal dayanışma olarak adlandırılmaktadır[355]. Riski düşük olanlardan yüksek olanlara doğru yapılan gelir transferi sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyeti sağlayan ana unsurlardan biri olarak değerlendirilebilir. Sağlık harcamalarının finansmanında cepten yapılan ödemelerin artışı da diğer bir finansman sorunudur. Sağlık hizmetlerinin maliyetli oluşundan dolayı cepten yapılan finansmanın bireyler üzerindeki yoksullaştırıcı etkisinin devlet güvencesi ile bertaraf edilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili en önemli zorluklardan biri maliyetleri kontrol ederek hastaların gereksinimi olan tedaviyi elde etmesini sağlayabilmektir[356]. Sağlık harcamalarının finansmanında diğer bir zorluk ise mali yüke kimin katlanacağını tespit etmektedir. Her ülkenin hangi kaynakları ve ne ölçüde sağlık harcamaları için kullanacağı finansal yükü kimin karşılayacağının da belirleyicisidir[357].

Sağlık okuryazarlığının yetersizliği de yarattığı mali yük açısından bu mali yüke kimin katlanacağı yönünde bir sorunsal barındırmaktadır. Bu amaç ile bu bölümde sağlık okuryazarlığının; sağlık politikaları, sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilişkisini kurabilmek için bu kavramlar ile ilgili temel bilgilere yer verilmiştir.

---

354 H.T. Aktan, s.1558.

355 Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.107.

356 OECD, **Better Policies for Better Lives: The OECD at 50 and Beyond**, 2011, https://www.oecd.org/about/47747755.pdf, (25.11.2015), s.28.

357 Özer, H.H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.8.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI, SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık politikalarının anlatıldığı bu bölümde Sağlık okuryazarlığı kavramı ile ifade edilmese de Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana halk arasında sağlığı geliştirme amaçlı çalışmalar yürütüldüğü gözlemlenebilmektedir. Bununla birlikte, Türkiye'de sağlık okuryazarlığının sağlık politikalarına olan yansımalarının Dünyadaki gelişmelere paralel olarak daha çok üçüncü dönem ve özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ifade edilmeye başladığı söylenebilir. Bu bölümde sağlık politikaları yanında Türkiye'nin sağlık sisteminin özelliklerine, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ve finansman yapısına da yer verilmiştir.

3.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık politikaları ekonomi ile ilişkili olarak iki eksende belirlenmektedir. Birinci eksen sağlığın kamusal yanının ağır bastığı, bu hizmeti devletin sorumluluğu olarak gören, sosyal devlet anlayışının gereği olarak bu hizmetlerden yararlanmada eşitliği öngören yaklaşımdır. İkinci eksen sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, sağlık hizmetlerini tıpkı sıradan bir ekonomik mal/hizmet gibi kar getiren bir unsur olarak ele alan ve piyasa koşullarına bırakan politikadır. Sağlık politikalarının belirlenmesine aracılık eden bu iki farklı eksen sağlık sektörünün örgüt yapısı, sunulan hizmetlerin finansmanı ve diğer alt politika ve uygulamaları da etkilemektedir[358]. Türkiye'de uygulanan karma ekonomik sistem gereği sağlık sektörü de ağırlık kamuda olmak ile birlikte kamu özel karışımı bir yapılanmaya sahiptir. Tarihsel süreç içerisinde ekonomide yaşanan çalkantılar sağlık sektöründe de etkili olmuştur.

Birinci Dünya Savaşının yenilgiyle sonuçlanmasının ardından, 30 Ekim 1918 tarihinde Mondros Mütarekesi imzalanmış ve İstanbul işgal edilmişti. 1919 yılında Kurtuluş Savaşı devam ederken, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 23 Nisan 1920

[358] Recep Akdur, "Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Politikaları", **Bilanço 1923-1998: Türkiye Cumhuriyeti'nin 75 Yılına Toplu Bakış Uluslararası Kongresi: 10-12 Aralik 1998**, ODTÜ Kültür ve Kongre Merkezi, Ankara, 1998, (391-402), s.391.

yılında faaliyetlerine başlamıştır[359]. Sağlık hizmetlerinin devletin asli görevleri arasında yer alması ve ayrı bir bakanlıkça yürütülmesi de TBMM'nin faaliyetlerine başlamasıyla 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı *"TBMM İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun"*[360] ile *"Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti"* nin (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmasıyla gerçekleşmiştir[361]. Kanunun kabul edilmesinin ardından, TBMM Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur[362]. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin kurulması ile ülkemizin sağlık sistemine yönelik yeni bir yapılanmanın gerçekleştirilmesi yönünde adımlar atılmaya başlamıştır. Yasal zemin ve kurumsal yapı çalışmalarına ağırlık verildiği bu dönem de savaş şartlarından dolayı sağlık kayıtlarının tutulması çok mümkün olamamıştır[363]. Bu bölümde Cumhuriyetin ilanından sonra Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları temel olarak üç döneme ayrılmış, bu dönemler kendi içerisinde ekonomik ve siyasi olaylarla ilintili olarak açıklanmaya çalışılmıştır.

3.1.1. Sağlık Politikalarında Birinci Dönem (1923-1960)

1923-1929 dönemi Osmanlı İmparatorluğunun çöküşünün ardından *"Türkiye Cumhuriyeti Devleti"* nin kuruluş ve yapılanmasına yönelik çabaların yürütüldüğü yıllar olarak değerlendirilebilir. Kurtuluş savaşının zaferle sonuçlanmasının ve 29 Ekim 1923 tarihinde Cumhuriyetin ilan edilmesinin ardından ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur[364]. Kurtuluş savaşından yeni çıkmış olan ülkemizde, hekim sayısı 554, eczacı sayısı 69, sağlık memuru 560, ebe 136 ve hemşire sayısı 4'tü. Bakanlığın 1925 yılındaki ilk çalışma planında; sağlık teşkilatının genişletilmesi, doktor ve ebe sayısının artırılması, memleketin çeşitli yerlerinde Nümune Hastahanelerinin açılması, doğum ve çocuk bakımevlerinin açılması, verem sanatoryomlarının çoğaltılması ve bulaşıcı

---

359 Ayten Arıkan, **Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri**, 1. Baskı, İstanbul: Türkiye Tıp Akademisi, 2010, s. 15.

360 Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı, (15.04.2016) https://www.tbmm.gov.tr/kultursanat/yayinlar/yayin001/001_00_008.pdf, s.88.

361 Akdur, s.393.

362 Akdur, s.393.

363 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığının Tarihçesi**, http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html (29.08.2016).

364 E. Yasemin Yeğinboy ve K. Şevket Sayın, "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları", **Ulusal İktisat Kongresi**, 20-22 Şubat 2008, İzmir, http://www.deu.edu.tr/userweb/iibf_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf, (16.02.2016), s.3.

hastalıklar ile mücadele edilmesi amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra *"Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzısıhha Müessesesi"*ni kurulması ve *"Hıfzısıhha Mektebi"*nin açılması" kurumsallaşmaya yönelik diğer hedefler arasında yer almaktadır[365]. Bu hedef 24 Mayıs 1928 tarih ve 1267 sayılı kanun ile *"Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi"*nin kurulması ile gerçekleşmiştir[366]. Bu dönemde yurtta *"Sağlık Propagandası"* amacıyla Avrupa ve Amerika'dan halkın bilgilendirilmesi amacıyla sağlık ile ilgili filmler (60 Adet) getirtilmiştir. Bu filmler halka, orduya ve öğrencilere izlettirilmiştir. Bu filmlerin konuları; frengi, verem, sivrisinek, diş sağlığı, spor ve sağlığa yararları, temizlik, güneş banyosu gibi halkı sağlık konusunda bilinçlendirmek üzere seçilmişlerdi. Bunun yanı sıra renkli afişler, sağlık risale ve broşürleri, kitapçıklar, sağlık ile ilgili müze ve sergiler, radyo konferansları ve sağlık teşkilatını gösteren haritalar halka ulaştırılmış ve bulaşıcı hastalıklar, korunma yolları, halk sağlığı gibi konularda halkın bilgilendirilmesi sağlanmıştır[367]. Bu faaliyetler halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesini amaçlayan ve aslında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik faaliyetler olarak değerlendirilebilir.

Türkiye Cumhuriyeti Devletinin yöneldiği iktisat politikaları, sonuçları açısından ele alındığında 1930'lu yıllar "Korumacılık ve Devletçilik" anlayışının ön plana çıktığı ve sanayileşme sürecinde devletin öncülüğünü yürüttüğü bir dönem olma özelliği göstermektedir[368]. Ağır iktisadi koşullardan çıkış yolu olarak Birinci Beş Yıllık Sanayi Planının (BBYSP) oluşturulması da bu dönemin ürünlerinden biridir[369]. Büyük buhran döneminde devlet müdahaleciliği sadece ülkemizde değil diğer az gelişmiş ve gelişmiş ülkelerde de güçlenmiştir. ABD'de 1933 yılında uygulanmaya başlanan New Deal Politikaları devlet müdahaleciliğinin örneklerindendir[370].

Devletçilik ilkesinin sağlık politikalarına olan yansımalarını halkın sağlığının korunmasının devletin sorumluluğunda olması şeklinde ifade edebiliriz. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlere yönelik örgütlenmeyi köylere taşımak ve sağlık personelinin

---

365 İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, **Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri**, Özel Seri:1, İstanbul, 1998, s.334

366 İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, **Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri**, s. 338.

367 İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, **Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri**, s. 357-361.

368 Boratav, **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, s.59.

369 Deniz, s. 43.

370 Pamuk, s. 191.

kalıcı olmasını sağlamak için ücretlerin yüksek tutulması[371] gibi uygulamalar devletçilik ilkesinin sağlık politikalarına olan yansımalarına örnek teşkil etmektedir.

1937 yılına kadar Sağlık Bakanlığı görevini Dr. Refik Saydam yürütmüştür. Bu dönemde sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetler devletin görev alanında sayılmış ve sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısı kurularak sorumluluk merkezi hükümet ile il özel idareleri ve belediyeler arasında dağıtılmıştır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler öncelikli olarak devletçe üstlenilmiş ve finansmanı da yine devlet bütçesinden karşılanmıştır[372]. Sağlık hizmetlerinde asıl sorumluluk bu dönemde devlete atfedilmekle birlikte 1933 yılında *"2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu"* nun çıkarılması özel sektöründe sağlık hizmeti sunumunda yer almasının desteklendiğini göstermektedir[373].

Tüm Dünya ve ülkemiz için yeni bir dönüm noktası olan İkinci Dünya Savaşı, 1939 yılında başlamış ve sona ermesi ise 1945 yılını bulmuştur. Savaş sonrasında Dünyada ve ülkemizde liberal politikaların etkili olmaya başladığı bir dönem olmuştur[374]. Savaş sonrası genişleme sürecinde sosyal politikalara ağırlık verilmiş ve ülkelerin sağlık sistemlerinde de bir yenilenme süreci gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta sistemi de bu dönemde gelişmiştir[375]. Merkezi yapının güçlendirilmesi ve sosyal içerikli politikaların geliştirilmesi amacıyla yasal düzenlemelerin yapıldığı bu dönemde refah devletinin ilkelerinden biri olan Beveridge Raporu yayınlanmıştır. Bu raporun yayınlanması ile sosyal güvenlik modeli gündemi meşgul etmeye başlamıştır[376].

1945 yılında Milli Kalkınma Partisi'nin kurulması[377] ile Türkiye'de çok partili hayata geçiş denemeleri gerçekleştirilirken, sosyal politika alanında 1945 yılında Çalışma Bakanlığı'nın kurulması ve *"İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık*

---

371 Özkan, s.203.

372 Recep Akdur, "Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık", **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 21-25 Ekim 2008, s. 47.

373 Hususi Hastaneler Kanunu, Kanun No:2219, 05.06.1933 tarihli ve 2419 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.2219.pdf, (20.02.2016).

374 Hüseyin Demirel, "Çok Partili Siyasi Hayata Geçerken Sağlık Politikaları", **SD Platform**, Sayı:12, Eylül-Ekim-Kasım 2008, s.8-9.

375 Coşkun Bakar ve Seval Akgün, "Türkiye'de Sağlık Reformları Sonu Gelmeyen Hikâye", **Toplum ve Hekim**, Eylül-Ekim 2005, Cilt 20, Sayı:5, (339-52), s.339.

376 Ayşe Buğra, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, 7. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2015, s.160-162.

377 Boratav, **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009,** s.93.

*Sigortası Hakkında Kanun"*un yürürlüğe girmesi[378] ve *"İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu"*nın yayınlanması ile Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuştur[379]. Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigortanın kapsamını artırma çalışmaları da bu dönemde başlamıştır[380].

1940'lı yıllar sağlık örgütlenmesinde dikey organizasyonların kurulması[381] ve morbidite ve mortalite oranlarının yükselmesine neden olan tüberküloz, sıtma, çiçek, sfiliz ve cüzzam gibi hastalıklar ile mücadele edildiği bir dönem olmuştur[382]. Dönem sağlık politikaları açısından ele alındığında Dr. Refik Saydamın bakanlığı döneminden 1946 yılına kadar yürütülen sağlık politikalarında benimsenen ilkeler; sağlık hizmetinin planlanması ve yönetimin merkezileşmesi, koruyucu hekimliğin merkezi yönetim, tedavi edici hekimliğin yerel yönetimlerce yürütülmesi, tıp fakültesinden mezun olanların sayısının artırılması, hekimlere mecburi hizmet uygulaması ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edilmesi şeklinde olmuştur[383].

İlerleyen yıllarda sağlık politikaları üzerinde de etkileri görülmeye başlayan IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların temellerinin bu dönemde atılmaya başladığı söylenebilir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Dünyanın yeni ekonomik düzeni 1-23 Temmuz 1944 tarihinde Bretton Woods konferansında görüşülmüş, 44 ülkenin katılımıyla gerçekleşen konferansta IMF ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankasının (IBRD) kurulması önerilmiştir. Türkiye'de bu anlaşmayı kabul ederek yeni ekonomik düzene dâhil olacağını göstermiştir. Yeni ekonomik düzene dâhil olacağını gösteren ilk somut eylemse 6-7 Eylül 1946 Devalüasyonu olmuştur[384].

1946 yılı ülkemiz için siyasi ve iktisadi yönden yeni bir dönemin başlangıcı olarak nitelenebilir. Bu dönemi yeni bir başlangıç kılan gelişmelerden ilki 1945 yılında

---

[378] Buğra, s.160-162.

[379] **İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu**, Kanun No: 4792, 16.07.1945 tarihli ve 6058 sayılı Resmî Gazete http://www.resmigazete.gov.tr/.

[380] T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2014, s.20.

[381] Sağlık hizmetlerinde Dikey Organizasyonel Yapı, bir sağlık sorununu çözmek (örneğin sıtma, frengi ve trahom gibi bulaşıcı hastalıklar) amacıyla uygulanan yöntem ya da örgütleri esas alan yapılanmadır.

[382] Bakar ve Akgün, s.342.

[383] Recep Akdağ, **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, SB Yayını, Ankara, 2008, s.15.

[384] İlhan Tekeli, "II. Dünya Savaşı Sırasında Hazırlanan "Savaş Sonrası Kalkınma Plan ve Programları", **ODTÜ Gelişme Dergisi Özel Sayısı**, 1979-1980, (289-327), s.291.

Milli Kalkınma Partisinin kuruluşunun ardından 7 Ocak 1946 tarihinde Demokrat Parti (DP)' nin kuruluşu ile siyasi yapılanmanın çok partili parlamenter rejime evrilmesi[385], ikincisi "7 Eylül 1946 Devalüasyonu" kararı ile Türkiye'nin İkinci Dünya Savaşı sonrası iktisadi ve siyasi yönden yeni bir düzene dâhil olmasıdır[386]. Böylece, korumacı ve içe dönük iktisadi anlayış yavaş yavaş terk edilerek ithalatın serbestleştirilmesi, dış yardım ve yabancı sermaye yatırımlarına yönelik zeminin hazırlandığı bir dönem başlamıştır[387].

Dönemin Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, bakanlığı döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine olduğu kadar tedavi edici sağlık hizmetlerine ve hastane hizmetlerine de önem vermiştir. Behçet Uz, 1946 yılında *"Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"* nı hazırlamış ve bu plan Dokuzuncu Milli Türk Tıp Kongresinde (21-23 Ekim 1946) sunulmuştur[388]. 15-16 Kasım 1946 tarihinde Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planı olan ve Türk Sağlık sistemi için bir reform niteliği taşıyan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" Yüksek Sağlık Şûrası tarafından onaylanmıştır[389]. Bahsi geçen plan ile koruyucu sağlık hizmetlerini yürütecek birimlerin Sağlık Merkezleri olmasına karar verilmiş ve her kırk köy için bir sağlık merkezi açılması planlanmıştır. Fakat plan, maliyetlerinin yüksek oluşu ve bu dönemde yaşanan hükümet değişikliğinden dolayı kanunlaşamamıştır[390]. 10 yıllık Milli Sağlık Planında da "sağlık terbiyesi ve propagandası"nın yapılmasının hedeflendiğini görüyoruz[391]. Bu dönemde de halkın sağlık bilincinin yükseltilmesi ve sağlık farkındalığının artırılması yönünde gayret gösterildiği söylenebilir.

Cumhuriyetin kuruluşundan bu döneme kadar iktidarda tek partinin olduğu dönem 1950 seçimlerinde DP'nin iktidara gelmesiyle değişmiştir[392]. Boratav (2013), Cumhuriyet Halk Partisi'nin iktidardan uzaklaştırılarak DP'nin iktidara gelişi ile reel gelir düzeyinde yaşanan yükselişi halkın bilincinde "altın yıllar" olarak

---

385 Boratav, **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, s.93.
386 Nazif Ekzen, **Türkiye Kısa İktisat Tarihi**, 2. Baskı, Ankara: ODTÜ Yayıncılık, 2009, s.2.
387 Boratav, **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, s.94.
388 Arıkan, s. 95.
389 Hüseyin Demirel, **1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama**, Birinci Baskı, İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 2008, s.53.
390 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, s.43.
391 Arıkan, s. 95.
392 Pamuk, s.226.

nitelendirmektedir[393]. 1950'li yıllarda kentleşmenin artmasıyla birlikte köyden kente göç edenlerin büyük bir çoğunluğu gecekondularda yaşamaya başlamıştı[394]. Gecekondularda yaşam; yol, su ve elektriğe ulaşımdaki yetersizlikten dolayı sağlıksız yaşam koşullarını da beraberinde getiriyordu.

Buğra (2015), hükümetin izlediği ekonomi politikalarının sağlığa olan yansımalarını; iktidarın izlediği kentleşme politikası ve ticaret hadlerinin tarım kesiminin aleyhine dönmesi sonucu 1950 yılının ikinci yarısından itibaren reel gelir düzeyindeki düşüş ve devletin önlem almaması sonucu yoksulluğun artmasıyla, sigortalı olmayan bireyler için tedavi olmanın zorluğundan dolayı eleştirmiştir[395]. 1946 yılından sonraki ekonomik koşullar ve politik kararlar sağlık alanında, gecekondulaşmanın ortaya çıkardığı sağlıksız yaşam koşulları ve sosyal güvencesi olmayanların sağlığa erişimindeki zorluklar şeklinde yansımalarını göstermiştir.

Behçet Uz'un Bakanlığı döneminde sağlık hizmetlerinde rasyonellik ve planlamayı sağlamak adına yapılan çalışmalardan bir diğeri 1954 yılında hazırlanan *"Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler"* dir. 8 Aralık 1954 tarihli programa göre ülkeyi 16 bölgeye ayırma zorunluluğundan söz edilmiştir. Program ile nüfus yoğunluğuna göre şehirlerden kazalara, köylere kadar yatak ihtiyacını karşılamak, halkın sağlığını tehdit eden hastalıklar ile ivedilikle mücadele etmek, personel sayısını artırmak, ana ve çocuk sağlığını korumak, doğum evlerindeki yatak sayılarını artırmak, koruyucu ve tedavi edici sağlık merkezleri kurmak, rehabilitasyon merkezleri kurmak, köylerde ve kazalarda pratisyen hekimler ile birlikte sabit kalacak sağlık personeline mensup ekipler kurmak, tahlil, tetkik, serum ve aşıları hazırlayacak hıfzıssıhha laboratuvarlarını halkın ayağına kadar ulaştırmak amaçlanmıştır[396].

Milli Sağlık Programı Hakkında Etütler kapsamında 10 yıllık program için *Bir Milyar Yüz Milyon Liralık* bir bütçe öngörülmüştür. Behçet Uz, bahsi geçen tutarı devlet bütçesine yüklemenin zorluğunun bilinciyle bu programın finansmanını sağlamak üzere

---

393 Boratav, **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, s.102.

394 Pamuk, s.231.

395 Buğra, s.172-173.

396 Behçet Uz, **Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler**, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatı, No:177, Ankara, 1954, s. 11-18.

anonim şirket niteliğinde bir Milli Sağlık Bankası kurulması zorunluluğunu savunmuştur[397].

1950'li yıllara geldiğimizde ülkede bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede mesafe kat edildiği söylenebilir. DP, bu dönemde sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlerden ziyade tedavi edici hizmetlere yönelmiş ve özel sağlık hizmetlerine destek vermiştir[398]. 1955 yılında yayınlanan *"Hastaneler Talimatnamesi*" nde hastanelere ücretli ve ücretsiz başvuru koşulları, ödeme gücü olmayanlar için hastanelere başvuru koşulları ve hastanelerin işleyişi gibi hususlar belirlenmiştir. Ödeme gücü olmayanlar için tedavi hizmetini sağlamak fakrühal kâğıdının teminine bağlanmış, hastanede verilen hizmetler ise hususi, birinci, ikinci ve üçüncü sınıf olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır[399].

1950'de dış ticaretin serbestleştirilmesi ve döviz rezervlerindeki azalma karşısında dış dengeyi sağlamada yaşanan güçlükler 1956 yılında *"Milli Korunma Kanunu"*nun yürürlüğe girmesine neden olmuştur. Ekonomideki kötüye gidişi; 1958 devalüasyonu, OECD ve IMF'ten alınan dış yardımlar ve 11 Mayıs 1959'da ilan edilen mali konsolidasyon izlemiştir[400]. IMF ile imzalanan ilk stand-by anlaşması bu dönemin ürünüdür. 1958 İstikrar programı, devalüasyon, dış borç ertelemesi, para ve maliye politikalarına ilişkin kısıtlamalar (bütçe dengesini sağlamak üzere), dış ticaretin serbestleştirilmesi ve Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) fiyatlarının piyasada belirlenmesi gibi kararlar içeriyordu[401].

DP döneminde sağlık politikası oldukça önemsenmiş ve gerek sağlıktaki insan gücünde gerekse Sağlık Bakanlığı bütçesinde önemli artışlar söz konusu olmuştur. DP iktidarı, bu dönemde özel sağlık hizmetlerini desteklemesine rağmen uygulanan liberal iktisat politikası tercihlerinin tam tersine sağlık alanında "Milli Sağlık Politikası"nın ilkeleri hâkim olmuştur[402]. Sağlık göstergelerindeki iyileşmelerin sağlık politikasında hâkim olan bu yaklaşımın bir sonucu olduğu ifade edilebilir. Fakat bu dönemde

---

397 Uz, s. 20-22.

398 M. Akif Akalın, "Sosyalleştirmenin İdeolojisi", **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı** içinde (19-27), Birinci Baskı, Ankara: Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Ekim 2012, s.23-24.

399 **Hastaneler Talimatnamesi,** 4 Nisan 1955 tarihli ve 8972 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8972.pdf, (15.02.2016).

400 Ekzen, s.34-39.

401 Karaca, s.52.

402 Orhan H. Özkan, "Kendinize İyi Bakın", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I,** Yıl.7, Sayı:39, Mayıs-Haziran 2001, s.51.

uygulanan kentleşme politikası, halkın gelir düzeyindeki yetersizlik, işsizlik ve enflasyon gibi nedenler sağlık hizmetlerinin yetersiz kalmasına neden olmuştur.

3.1.2. Sağlık Politikalarında İkinci Dönem (1960-1980)

1960'lı yıllarda Türkiye'de yeni bir dönem başlamıştır. 1960 öncesindeki liberal ekonomik politikaların aksine bu dönemde müdahaleci bir anlayışla devlet ekonomik hayata müdahil olmuştur. 27 Eylül 1960 tarihinde gerçekleşen askeri darbenin ardından, askeri rejim (Milli Birlik Komitesi) ekonomik yönetimdeki boşluğu kapatmak adına Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nın kurulmasını kararlaştırmıştır[403]. 1960 sonrasının ekonomik görünümü "İthal İkameci Sanayileşme Modeli"ne dayanan planlı ekonomik yapılanmayı işaret etmektedir[404].

Siyasi yapılanmadaki değişim ile birlikte yönetimi devralan Milli Birlik Komitesi 1961 Anayasasını hazırlamış ve bu Anayasanın "Sosyal Haklar ve Sağlık Hakkı" bölümlerinde geçen maddeleri ile devleti bu hizmetleri sağlamada sorumlu tayin etmiştir. Türkiye'de sağlık 1961 yılına kadar yasalar ile düzenlenmiş, ilk kez Anayasa da yer alması 1961 Anayasası ile söz konusu olmuştur[405]. 1961 Anayasası'nda sosyal güvenlik ve sağlık hakkı ile Devletin bu alanda üzerine düşen rol ve bir anlamda sosyal devlet olmanın ilkeleri tanımlanmıştır. 1961 Anayasası ile paralel olarak hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (BBYKP)'da halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla sağlık konusunda eğitilmesine, toplumun sağlık düzeyine etki eden etmenlerin iyileştirilmesine, sağlık sisteminin örgüt yapısının değişiminden insan kaynaklarının artırılmasına kadar pek çok faktörün düzeltilmesine yönelik hedefler tespit edilmiştir[406].

Sağlık hizmetlerinde BBYKP'da öngörülen hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için bu dönem de sosyalleşmeye yönelik atılan diğer bir adım *"224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"* un yayınlanması olmuştur. Halkın tamamına gelir durumundan bağımsız olarak sağlık hizmetlerinin sunumunu hedefleyen

---

403 Pamuk, s. 235.

404 Ekzen, s. 56.

405 Halk Sağlığı Uzmanlığı Derneği (HASUDER), **Türkiye Sağlık Raporu 2014**, Aralık, 2014, (20.10.2015). http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF, s. 722.

406 DPT, **1. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf, (20.10.2015). s.39.

Sosyalleştirme[407], dönemin Sağlık Bakanı Müsteşarı Nusret Fişek'in öncülüğünde uygulamasına 1963 yılında pilot bölgelerdeki sonuçlar izlenerek başlanmıştır. Uygulamanın on beş yıl içinde ülke geneline yaygınlaştırılması planlanmıştır[408]. Kanun'da 1983 yılında yapılan değişiklikle *"Sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında sosyalleştirilmesi en geç 1992 yılı sonuna kadar gerçekleştirilir"* [409] ibaresine yer verilmiştir. 1963 yılında pilot uygulama ile Muş ilinde başlatılan sosyalizasyon uygulamasının 15 yılda tüm ülkeye yayılması hedefleniyordu. Sürenin sonunda (1978) 46 ile yayılan sosyalleşme, 1983 yılının sonunda tüm illerde uygulanmaya başlamıştır[410]. Sosyalizasyon Keynesçi Refah Devletinin özellikleri ile tam bir uyumluluk göstermektedir[411].

Nusret Fişek'in Sosyalleştirme Kanunu için bu dönemde hazırladığı sağlık planının üç önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlar; 1) Sağlık hizmetlerini devletin görevi olarak gören bir anlayış ile hazırlanmıştır. 2) Dikey örgütlenmelere son vererek farklı nitelikteki kurumların hizmet vermesini sağlayan entegre bir anlayışı savunmaktadır. 3) Sosyalleştirme anlayışı aslında bir finansman yöntemi olarak hazırlanmıştır ve zorunlu sağlık sigortası kurulmasını çözüm yolu olarak önermektedir[412].

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle sağlık sistemine *"entegre, nüfusa dayalı, toplum katılımlı, ekip anlayışı içerisinde, sevk sistemi temelli ve sektörler arası iş birliğini gerektiren bir hizmet anlayışı"*[413] nın yerleşmesi öngörülüyordu. Bu Kanun ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre bir biçimde kırsal kesime kadar ulaştırılması, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinde yönetimin merkezileştirilmesi ve kamuda hekimlerin tam zamanlı

---

407 Öner Kurt ve Tayyar Şaşmaz, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003", **Lokman Hekim Dergisi**, Cilt: 2 No:1, 2012, (21-30).

408 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun No:224, 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (21.10.2015), s.3077-3078.

409 5.1.1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 8.5.1969 Tarih ve 1175 Sayılı Kanun'la Değişik 20. Maddesinin Değiştirilmesine Dair Kanun, Kanun No: 2858, 25 Haziran 1983 tarihli ve 18088 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (21.10.2015), s. 22.

410 Özkan, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, s.52.

411 Belek, **Ekonomik Yaklaşım**, s.149.

412 Sargutan, s.219.

413 Bakar ve Akgün, s.342.

çalışmalarına yönelik esasların uygulamaya geçirilmesi amaçlanmıştır[414]. Böylece sağlık hizmetlerinde bu döneme kadar uygulanan dikey örgütlenme modelinden yatay örgütlenme modeline geçilmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nu uygulama konusunda zorluklar ile karşılaşılmıştır. Özellikle finansman sorunu bunlardan biridir[415]. Bunun yanı sıra Kanunun taslağında yer alan fakat yasalaşamayan hususlar söz konusu olmuştur. Örneğin, merkeziyetçiliği azaltmak adına sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunu sağlayacak Bölge Müdürlükleri düşünülmüş fakat yasalaşamamış, bireylerin finansmana katılımı için prim toplanması öngörülmüş bu madde de yasalaşmamış, finansman için PTT'de sunulan hizmetlerden, radyo ruhsatlarından vb. destek sağlanması hususu yasalaşamamıştır. Vatandaşlara ilaç parası ayrılması, protezlerin ve gözlüklerin ücretsiz sağlanması düşünülmüş fakat yasalaşamamıştır[416]. 224 sayılı yasanın gerçekleştirilemeyen yönlerine rağmen sağlık politikalarının bu yasa ile büyük bir değişime uğradığı söylenebilir. Bu dönemde sağlık ocaklarının kurulması ve yaygınlaştırılması bile sağlık hizmet ağının genişletilmesini sağlayan önemli bir adımdır[417].

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1968-1972), Plan döneminde karma ekonomik düzenin kurallarının açıkça düzenlenmesi yönünde sinyaller verilmeye başlamıştır. Halkın sağlık düzeyini yükseltmek için sosyalize edilmiş sağlık hizmetleri ile eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanılması hedeflenmiştir. Bunun yanı sıra halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi için sağlık eğitimlerinin önemine vurgu yapılmıştır[418].

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de Genel Sağlık Sigortasının yaygınlaştırılması fikrine dayanak olarak bu dönemde Genel Sağlık Sigortası Kanunu

---

414 HASUDER, **Türkiye Sağlık Raporu 2014**, s.722-723.

415 Özkan, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, s.52.

416 Necati Dedeoğlu, "Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata, Temel Sağlık bakımı kavramı ve Sosyalleştirme", **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı** içinde (29-36), Birinci Baskı, Ankara: Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Ekim 2012, s.33.

417 Suat Çağlayan, "Sağlık Yönetimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Yıl.7, Sayı:40, Temmuz-Ağustos 2001, s.1196.

418 DPT, **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf. (19.11.2015), s.220.

taslağı hazırlanmış, 1971 yılında yasa taslağı TBMM'ye sunulmuş, onay alamayan yasa 1974 yılında tekrar meclise sunulmasına rağmen görüşülme olanağı bulamamıştır[419].

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973-1977) sağlık hizmetlerinin ülkenin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde olmadığı, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, toplumun sağlığına yönelik eğitimlerin yetersizliğinin yarattığı sorunlar yanında, sağlık personeline verilen sağlık eğitimlerinin de niceliksel yetersizliği eleştirilmiştir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesinin gerekliliği vurgulanarak, eğitim amacı taşıyanlar dışındaki tüm sağlık kurumlarının bir kuruma devredilmesine duyulan gereksinim bu plan döneminde ifade edilmeye başlamıştır[420].

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), bir yıl gecikme ile uygulamaya konulabilmiştir. Bu plan döneminin başında Türkiye ağır ekonomik koşullar ile karşı karşıyaydı. Büyüme hızı düşmüş, yatırımlar, üretim ve ihracat duraklama düzeyindeyken dış ödemeler açığı ve kısa vadeli borçlar hızla yükselmişti. Bu durumun nedenleri arasında Dünyada petrol fiyatlarının ve enflasyonun artışı gelmektedir. Sanayi üretimi dışa bağımlı olduğu için artan fiyatlar ekonomiyi olumsuz etkilemiştir[421]. Bunun yanı sıra 1960-1980 yılları arasındaki dönemde toplumun tümünü kapsamına alacak bir Genel Sağlık Sigortası çalışılmış fakat sistem kurulamamıştır[422]. Sosyalizasyon döneminde de halkın sağlık düzeyini yükseltecek halk sağlığı eğitimlerinin öneminin farkındalığı ile Nusret Fişek'in sağlık planında halk sağlığı akademisinin kurulması amaçlanmıştır. Fakat bu dönemde yürütülen faaliyetlerinde yetersiz olduğu söylenebilir.

1970 yılında istikrar kararlarının açıklanması, 1973 yılında petrol krizinin patlak vermesi ve 1974 yılında Kıbrıs Barış Harekâtının gerçekleşmesi ve sonrasında ABD'nin uyguladığı ambargo nedeniyle ekonomi açısından olumsuzluklar yaşanmıştır. Ekonomi de ve siyasi ilişkiler de yaşanan sıkıntılar 1978 ve 1979 istikrar programlarının yürürlüğe girmesine ve bütçe dengesini sağlama amacıyla kamu harcamalarında

---

419 OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, OECD Yayınları, Yayın No: 756, 2008, s.33.

420 DPT, **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977,** http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan3.pdf, (19.11.2015). s.111.

421 DPT, **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/6/plan4.pdf, (20.11.2015). s.653.

422 Bakar ve Akgün, s.342.

kesintiye gidilmesine neden olmuştur[423]. Ekonomi de kötüye gidişin faturasının sosyal hizmetlere yansıdığını ifade etmek yanlış olmayacaktır.

3.1.3. Sağlık Politikalarında Üçüncü Dönem (1980-2017)

Sağlık Politikalarında üçüncü dönem 1980-2017 döneminde Türkiye'de neoliberal iktisat politikalarının hissedilmeye başladığı yıllardır. 2002 yılından sonra uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'nin sağlık sisteminde yapısal değişiklikler söz konusu olduğu için bu bölüm iki ayrı başlık olarak ele alınmıştır.

3.1.3.1. Sağlıkta Reform Girişimleri ve Özelleştirme Çabaları (1980-2002)

Türkiye, 1970'li yılların sonlarında petrol krizi ve izlediği ithal ikamesine dayalı sanayileşme politikasının içsel sorunları ile mücadele ederken 12 Eylül 1980'de bir askeri darbe daha yaşamıştır. Askeri yönetim bu döneme kadar izlenen ithal ikamesine dayalı sanayileşme modeli yerine dış ticarette liberalizasyonu benimsemiştir[424]. Milli Güvenlik Konseyinin yönetime el koyması ile ekonomi serbest piyasa koşullarının işleyişine bırakılmıştır. Türk sağlık sisteminde "reform" adıyla yapılan değişimlerin başlangıcının da askeri darbe sonrasında anayasa değişikliği ile söz konusu olmaya başladığı söylenebilir.

1980'li yıllarda dünya ekonomisine yön veren neoliberal politikalar; özelleştirmelerin yoğunlaşması, parasalcı önlemlerin yaygınlaşması ve kamu harcamalarının azaltılması yoluyla devletin küçültülmesi gibi uygulamalar ile vücut bulmuştur. Neoliberalizmin varsayımlarına göre, kamusal sağlık hizmetleri; verimlilik, etkinlik ve yüksek maliyet gibi sorunlar barındırmakta, bu sorunlar ise aşamalı bir özelleştirme süreci sonucunda hizmetin piyasa koşullarında üretilmesiyle giderilmektedir[425]. Sağlıkta özelleştirme hareketinin iki önemli sonucu söz konusudur. Bunlardan ilki sosyal güvencesi olmayan dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinden faydalanma oranının azalması, ikincisi ise ekonomik yapının neoliberal politikalar nedeniyle yapılandırılması sürecinde işsizlik, yoksulluk gibi sorunlar nedeniyle

---

[423] Karaca, s.57-58.
[424] Buğra, s.197-198.
[425] Soyer, s. 301-302.

bireylerin temel ihtiyaçlara erişiminde sıkıntılar ile karşılaşması ve sağlık düzeylerindeki bozulmadır[426].

1980'li yıllar sağlığın finansmanında kamusal kaynakları zorlamaya başlayan maliyetlerin doğuşu ile Dünya Bankası tarafından çözüm yolu olarak, finansmana bireyler ile özel sektörün katılımını öngören *"Sağlık Reformu"* olarak adlandırılan modellerin önerilmeye başladığı bir dönem olmuştur. Bu reformların başlıca nedenleri olarak, artan yaşlı nüfus oranı, kronik hastalıklara bağlı olarak artan sağlık hizmetleri maliyetleri ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler gösterilebilir[427].

Dünya Bankası bu dönemde gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerini finanse etmeye yönelik öneriler içeren raporlar yayınlamıştır. Bu raporların ortak noktası bankanın sağlık alanında geliştirdiği öneriler ile ağırlığının artması olmuştur. Gelişmekte olan ülkelere sağlık sistemleri ile ilgili önerilerin verildiği bu raporlar ışığında öncelikli olarak sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili problemlerin kaynağı olarak devletin artan talebi karşılama konusunda mali gücünün yetersiz kalışı görülmektedir. Banka, devletin piyasa başarısızlıklarını çözümleyen bir düzenleyici görevi yapmasını savunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörü ile ilgili sorunlarını: sağlık harcamalarının yetersiz oluşu, kapsanan sağlık hizmetlerinin yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişimde adaletsizlikler yaşanması ve ekonomik bariyerler ile karşılaşılması gibi maddeler şeklinde sıralamaktadırlar[428]. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkeler için birinci basamak sağlık hizmetlerininin yaygınlaştırılması maliyet etkin bir müdahale biçimi olarak görülmektedir. Sağlık reformları için; topluluk katılımı, evrensel kapsam ve erişilebilirlik, uygun sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi önerilmektedir[429]. Bunun yanı sıra hükümet kaynaklarının efektif kullanımı, yetkilerin desantralize edilmesini yani yerelleştirilmesi önerilmektedir. Sağlık hizmetleri için devlet bütçesinden sağlanan finansmanın sağlık hizmetlerinde eşitsizliği daha da

---

[426] Ertürk Atabey, s.28.

[427] Davuthan Günaydın, "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", **Sosyal Siyaset Konferansları**, Sayı:60, 2011/1, (323-365), s.323.

[428] World Bank, **Health Sector Policy Paper**, (40968), Second Edition, Washington, D.C: World Bank, February 1980, s. 30-43.

[429] World Bank, **Health Problems and Policies in the Developing Countries**, (SWP-412), Washington D.C.: World Bank, August 1980, s.26-30.

artırdığını bu nedenle hükümet dışı kaynaklardan yani özel kesimden de yararlanılması gerektiği fikrini savunmaktadırlar[430].

Sağlık reformları ile ilgili Dünya Bankası raporlarından elde edilen bilgilere göre bu reformların özellikleri; devletin düzenleyici olarak görülmesi, sağlığın finansmanında evrensel sağlık kapsamı anlayışının yaygınlaştırılması ve zorunlu katılımı öngören sigorta anlayışının uygulanması, finansmanın tek elden yönetilmesi ve hizmet sunumu ile finansman kurumlarının birbirinden ayrılması, bireylere sağlık hizmeti sunucusunu seçme hakkının verilmesi ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu kapsamda aile hekimliği modelinin uygulanmasıdır.

1980 sonrasında uygulanmaya başlanan neoliberal ekonomi politikalarının sağlık hizmetleri için de anayasal düzlemde etkilerini hissettirmeye başladığı söylenebilir. 1982 Anayasanın 56. Maddesi, 24 Ocak 1980 kararlarının sağlık hizmetlerine yansımış şeklidir denilebilir. Bunun yanı sıra tüm dünyada olduğu gibi reform hareketinin özelliklerinden biri olan GSS sisteminin kurulması da Anayasada yerini almıştır. 1982 Anayasasının 60. maddesi sosyal güvenliği herkes için bir hak olarak tanımlamış ve devleti sosyal güvenliği sağlayacak tedbirleri almak ve sosyal güvenliğe yönelik teşkilatlanmayı yapılandırmak ile görevli kılmıştır[431].

"Sağlıkta Reform" yaklaşımının ülkemizde özelleştirme dönemi ile paralellik gösterdiği ve sağlık hizmetlerinin piyasaya özgü koşullara uyarlanmasının *"3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu*"nda yasal olarak vücut bulduğu söylenebilir. Fakat Kanunun uygulanması ile ilgili bazı düzenlemeler gerçekleştirilememiş ve bazı maddeleri (Madde 3 – (h) bendi ve Madde 4'ün ikinci fıkrası, Madde 5 – (b), (c) ve (d) bentleri) Anayasa Mahkemesince iptal edilmiştir[432]. Uygulamaya konulmayan maddeler; kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin özel sektörce de gerçekleştirilmesi ve sözleşmeli personel istihdamı gibi hususlar ile alakalı olup, sosyal hukuk devleti ile bağdaşmaması gerekçe gösterilerek iptal edilmiştir.

---

[430] World Bank**, Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform**, PUB-6563, Washington D.C.: World Bank, 1987, s.2-8.

[431] Recep Akdağ, **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008): Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız**, s.18.

[432] Anayasa Mahkemesi Kararı, Esas Sayısı:1987/16, 1988/8, Resmî Gazete Tarih-Sayı:23.08.1988-19908, s.23-27 ve Bkz. Atasever, s.31.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, 1980'li yıllarda izlenecek neoliberal politikaların sağlık ile ilgili ilke ve politikalara yansımaları;

> *"Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir. Kamu kurumlarının ve Sigorta Kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere teşkilatlanmalarından kaçınılacak; mevcut sağlık kurumlarından faydalanılması esas olacak, bu yönde gerekli düzenlemeler yapılacaktır. Sağlık sigortasına geçiş, dönem içinde ele alınacaktır"*[433]

şeklinde belirlenmiştir. Sağlıkta reform çalışmalarının belirgin özelliklerinden biri de aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılmasıdır. Aile hekimliği uygulaması, bir ailenin temel sağlık hizmeti gereksinmelerinin, bir uzman tarafından belirlenmesi ve yönlendirilmesidir. Bu şekilde ikinci basamak sağlık hizmeti ihtiyacının olup olmadığı da tespit edilebilmektedir[434].

Türkiye'de sağlıkta reform çalışmalarının başlangıcı, 16 Ağustos 1990 tarihinde Türkiye ve IBRD arasında arasında imzalanan Sağlık Projesi İkraz Anlaşması ile başlamıştır[435]. Dünya Bankası "Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Projesi" çalışması ile 1990'lı yılların başından itibaren Türk Sağlık Sektöründe Yapısal Uyum Programları temelli projeler adı altında kredi desteği sağlamaktadır[436]. Dünya Bankasından bugüne kadar, birinci proje için (Sağlık Projesi İkraz Anlaşması) 75 milyon dolar[437], İkinci proje için 150 milyon dolar[438], üçüncü proje için (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi) 14,5 milyon dolar olmak üzere toplam 240 milyon dolar kredi alınmıştır[439]. DB ve DSÖ'nün stratejileri Türkiye'de sağlıkta dönüşüm çalışmalarında belirleyici faktörler olmuştur. 1990'lı yılların sonuna kadar izlenen sağlık reformları genellikle bu kurumların

---

433 DPT, **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf, (21.06.2017), s.152.

434 Günaydın, s.334.

435 **Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması,** İkraz No: 3057 TU, 07.10.1990 Tarih ve 20658 Sayılı Resmî Gazete, s.14.

436 Nilgün Sarp, A. Ezel Esatoğlu ve Yasemin Akbulut, "Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Cilt:40, Temmuz-Ağustos 2001, s.1119.

437 **Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması**, İkraz No: 3057 TU, 07.10.1990 Tarih ve 20658 Sayılı Resmî Gazete, s.15.

438 **Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi),** İkraz No: 3802 TU, (28 Eylül 1994), 22.11.1994 tarih ve 22149 Sayılı Resmî Gazete, s.3.

439 **Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi),** İkraz No: 4201 TU, 17.12.1997 tarih ve 23203 sayılı Resmî Gazete, s.3.

yönlendirmeleri ile maliyetlerin sınırlanmasına yönelik politikaların izlenmesi şeklinde gerçekleşmiştir.

Türkiye'de sağlıkta reform kapsamında belirlenen stratejiler Sağlık Sektörü Master Planı adlı çalışma ile saptanmıştır[440]. DPT'nin Price Waterhouse Şirketine ihale ettiği bu çalışmada sağlık sektörünün mevcut durumu için sağlık sektöründe uygulanması muhtemel dört alternatif seçenek sunulmuştur. Bunlar: Mevcut durumu koruma ya da mevcut durumda iyileştirmeye gidilmesi, ulusal bir sağlık sistemi kurma, serbest piyasa seçeneği ve ara yol seçeneği olarak sıralanmıştır. Türkiye için ara yol önerilmiş ve DPT bu öneriyi kabul etmiştir[441].

Dönemin ekonomi politikalarında olduğu gibi sağlık politikaları için de belirleyici olan "yapısal uyum politikaları" ya da istikrar programları idi. Devlet bu dönemde imalat sanayi yerine alt yapı hizmetlerine ağırlık vermiş, sermayenin üzerindeki vergi yükünün azaltılması için desteklerini artırmıştır. Bu nedenle finansman konusunda sorunlar yaşanmaya, sosyal hizmetler için ayrılan kaynakların küçültülmesine ve kamusal hizmetlerin özelleştirilmesine doğru bir evrilme söz konusu olmuştur[442].

1990'lı yıllarda sağlıkta reform söylemlerine yönelik iki gelişmeden söz edilebilir. Bunlardan ilki Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'de herkese sağlık hedefine ulaşmaya yönelik hazırlanan "2000 Yılında Herkese Sağlık Türk Milli Sağlık Politikası, 1990" adlı raporu ve "Ulusal Sağlık Politikası, 1993" raporudur[443]. 23-27 Mart 1992 tarihleri arasında gerçekleştirilen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi sonrası yayınlanan "Ulusal Sağlık Politikası Raporu" Ulusal Sağlık Politikasına yönelik beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan bilimsel, hukuki ve teknolojik yapının oluşturulması, ikinci bölüm, çevre sağlığı ve insan yaşamını tehdit eden unsurlar, üçüncü bölüm, sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulması, dördüncü bölüm, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili politikalar ve beşinci bölümde, sağlık ile ilgili ulaşılması istenen hedefler ele alınmıştır. Bu raporda, bireylerin sağlıklı yaşam

---

[440] İlker Belek, **Sağlıkta Dönüşüm Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı**, Birinci Baskı, İstanbul: Yazılama Kitabevi, Şubat 2012, s.16.

[441] Sarp, Esatoğlu ve Akbulut, s.1119.

[442] Soyer, s. 304.

[443] Sarp, Esatoğlu ve Akbulut, s.1118.

biçimlerini benimsemesi için, halka sağlık eğitimlerinin verilmesi ve sağlık propagandası yapmak üzere uzman işgücünün yetiştirilmesi ve ilköğretimden başlayarak sağlıklı davranışların kazandırılması hedeflenmiştir[444]. Birinci Ulusal Sağlık Kongresi çalışma grubu raporlarından elde edilen bulgulara göre; ulusal düzeyde sağlık bilincini yükseltmek ve sağlık eğitimlerini yaygınlaştırmak için "Ulusal Sağlık Akademisi" kurulması öngörülmüş halkın sağlık sorunları hakkında bilgilendirilmesi, sağlık sorunlarını kendiliğinden çözebilir hale getirilmesi, sağlık hizmetlerine katılımının sağlanması ve sağlık haklarını koruyabilecek hale getirilmesi hedeflenmiştir. Kaynak israfını önlemek için sağlık eğitiminin önemine vurgu yapılarak, halkın bilinç düzeyinin yükseltilmesinin faydalı olacağı savunulmuştur[445].

1993 yılında ikinci ulusal sağlık kongresi yapılmış, 1994 yılında yürürlüğe giren İkinci Sağlık Projesi kapsamındaki Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde bulunan 23 ilimizde birer adet kent tipi eğitim sağlık ocağı inşası gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır[446]. İkinci Ulusal Sağlık kongresinde birinci kongrede faaliyete geçirilmesi planlanan sağlık akademisinin faaliyetlerine yönelik bir aksiyon planı hazırlanmıştır. Aksiyon planında daha çok yükseköğretimi ve tıp eğitimini kapsayan adımların atılması ve bu kapsamda yapılacak mevzuat çalışmalarına yönelik tarihsel planlama yapılmıştır[447]. Sağlık reformu kapsamında yapılan çalışmalar dışında bu dönemde 3 Temmuz 1992 tarih ve 21273 sayılı Resmi Gazete ile 3816 sayılı *"Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun"* yürürlüğe girmiş[448] ve bu kanun kapsamında sosyal güvencesi bulunmayan ve ödeme gücü de olmayan vatandaşların kanunda belirlenen esaslara göre yataklı tedavi kurumlarındaki tedavi hizmetleri ve bu hizmetler için yapılacak harcamaların yöntemi belirlenmiştir[449].

---

444 T. C. Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, Mart 1993, s.40.

445 T. C. Sağlık Bakanlığı, **1. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grubu Raporları**, Ankara, 23-27 Mart 1992, s.1-7.

446 Osman Durmuş, "2000'lerin Türkiye'sinde Sağlık", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, Cilt 39, Mayıs-Haziran 2001, s.21.

447 T.C. Sağlık Bakanlığı, **2. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grubu Raporları**, Ankara, 12-16 Nisan 1993, s.11.

448 Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, 03.07.1992 tarihli ve 21273 sayılı Resmî Gazete, s.14.

449 Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulması Hakkında Yönetmelik, 13.08.1992 tarihli ve 21314 sayılı Resmî Gazete, s.12.

1994 yılında ekonomi gerilemiş, gelir dağılımı adaletsizleşmiş ve kamu harcamaları içerisinde sosyal içerikli harcamalara ayrılan pay azalmıştır. Bunun yanı sıra kamu hizmetlerinden bedeli karşılığında yararlanma anlayışı yaygınlaşmaya başlamıştır[450]. 1994 krizi sonrası istikrarı sağlamaya yönelik alınan "5 Nisan Kararları" ile devletin kamusal hizmet sunan sağlık kurum/kuruluşlarına katkısı personel giderleri düzeyine inmiş ve sağlık ocaklarında verilen hizmetler karşılığında ücret talep edilir hale gelmiştir[451]. Türkiye'de 1980 sonrasında yaşanan istikrarsızlıkların temelinde kamu açıkları görülmüş ve kamu harcamalarının hacimce küçültülmesine yönelik önlemler alınmıştır. 1997 yılında Güney Doğu Asya krizi, 1998'de Rusya Krizinin yaşanması ve 1999 yılında yaşanan deprem afeti kamu ekonomisinin daralmasına neden olmuş ve 1999 yılında IMF ile stand-by anlaşması imzalanarak "Enflasyonla Mücadele Programı" uygulanmaya başlamıştır. Uygulamasına 2000 yılında başlanan program ile kamu kesiminde bütçe dengesinin sağlanması, sosyal güvenlik sistemine ve özelleştirmeye yönelik tedbirlerin alınması amaçlanmıştır[452]. Bu arada sağlık ile ilgili düzenlemeler çerçevesinde hastanın güçlendirilmesi veya değişimin merkezine hastaları koyma olgusu Türkiye'de kamu düzenlemeleri ve programları çerçevesinde ilk defa 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlanması ile gündeme gelmiştir[453].

GSS kapsamında 2000 öncesinde atılan adımlardan biri *"Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı"*nın TBMM'ye sunulması olmuştur[454]. GSS ile ilgili ikinci girişim (2000) "Sağlık Sandığı Kurumu Kanun Tasarısı" olmuş ve her iki girişimde sonuçlanamamıştır[455]. Bu iki kanunun yasalaşamamasının nedeni, ülkede yaşanan siyasi süreç ile ilişkilendirilebilir. 1997-98 döneminde Asya Krizi ve Rusya Krizinin, Kasım 2000 ve Şubat 2001 döneminde yaşanan ekonomik krizlerin etkileri bu kanunların yasalaşamamasında başlıca etkenlerdir. 2000 ve 2001'de yaşanan krizlerde işsizliğin artışı, gıda fiyatlarındaki artış, beraberinde gelen yoksulluk sağlıksız yaşam koşullarını

---

450 Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, Birinci Baskı, İstanbul: Yordam Kitap, Mayıs 2008, s.224.

451 Soyer, s. 313.

452 Karaca, s. 68-69.

453 H.H. Yıldırım, **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?** s.3.

454 **T.B.M.M. Tutanak Dergisi**, Cilt:60, 21.07.1998, 125. Birleşim. https://www.tbmm.gov.tr/tutanak/donem20/yil3/bas/b125m.htm, (16.02.2017).

455 Atasever, s.3.

tetiklemiş ve sigortalı nüfusun sayısını düşürerek yeşil kart sahiplerinin sayısının artmasına neden olmuştur[456]. 2001 yılında "Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı" uygulanmıştır. Bu program ile ekonominin reel ve finansal kesimini güçlendirmeye yönelik önlemler yanında sosyal dayanışmanın sağlanmasına yönelik önlemler de yer almıştır[457].

3 Kasım 2002 tarihinde Türkiye Erken seçime gitmiş ve AKP hükümeti seçimlerden galip gelmiştir. Seçimler sonrası, 58. Hükümetin Acil Eylem Planında "Sağlıklı Toplum" hedefi kapsamında yapılacak faaliyetler; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, devlet, sigorta ve kurum hastaneleri ayrımını kullanmak yerine hastanelerin tek kurum bünyesinde toplanması, sağlık hizmetlerinde sunum ve finansmanın ayrı kurumlar tarafından gerçekleştirilmesi, GSS sistemi ve kurumunun kurulması, aile hekimliği ve sevk zinciri sisteminin kurulması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin ve eğitimlerinin yaygınlaştırılması, koruyucu hekimlik uygulamasının yaygınlaştırılması ve özel kesimin sağlık sektörüne yatırım yapmasının özendirilmesi şeklinde sıralanabilir[458]. Acil Eylem Planı'nın 16 Kasım 2002 tarihinde duyurulmasından sonra, Sağlık Bakanlığı 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı ilan etmiştir[459].

3.1.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2016)

Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılında 58 ve 59. Hükümetler tarafından "Herkese Sağlık" temel hedefi ile hazırlanmıştır[460]. SDP'nin amacı: *"sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır"*[461] şeklinde belirtilmiştir. Programda belirtilen amaçlar olan; Etkililik: uygulanacak politikalar ile halkın sağlık düzeyinin

---

456 OECD ve Dünya Bankası, s.34.

457 Karaca, s.71.

458 **T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP)**, 3 Ocak 2003, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.H%C3%BCk%C3%BCmetAcilEylemPlan%C4%B1.pdf, (17.02.2017), s.99-101.

459 **Erdoğan Acil Eylem Planı'nı açıkladı**, Hürriyet Gazetesi, 16 Kasım 2002, http://www.hurriyet.com.tr/erdogan-acil-eylem-planini-acikladi-110017, (20.02.2017)

460 Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi, http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/kurumsal/2014-09-04-11-23-58.html, (01.08.2017).

461 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, Aralık 2003, https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html, (10.01.2016), s.24.

yükseltilmesi, Verimlilik: kaynakların maliyetleri düşürecek şekilde kullanılması, Hakkaniyet: toplumun sağlık hizmetlerine erişiminde ve bu hizmetlerin finansmanında mali gücü ile orantılı olarak yer alması şeklinde tanımlanmıştır[462]. Programa ilişkin temel ilkeler; "insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet"tir[463].

Sağlıkta reform hareketi 1990'lı yıllardan beri devam eden bir süreçtir. Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla anılması ise 58. Hükümet (AKP) dönemiyle olmuştur. Program daha önceki reform çalışmalarından farklı olarak reform yerine "Dönüşüm" olarak adlandırılmıştır. Bu durum sağlıkta dönüşüm programının anlatıldığı raporda da gerekçeleri sunularak anlatılmıştır[464].

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan çalışmalar Özel İhtisas Komisyonu raporunda yer alan bilgiler kapsamında: vatandaşların özel sağlık kurum/kuruluşlarından hizmet alabilmesinin sağlanması, tüm vatandaşların salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalıkları söz konusu olduğunda sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmesi, yurt içinde tedavi olanağı bulunmayan hastalıklar için tüm sigortalıların yurt dışında tedavi olabilme imkânının sağlanması, SSK ve BağKur kapsamındaki bireylerin sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresinin 30 güne indirilmesi, yeşil kartlıların ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınması, yeşil kartlıların diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarının sağlanması, yeşil kart almadan hastalanan vatandaşların geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasının sağlanması, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde hekim seçme hakkı getirilmesi ve tüm hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kurulması, "Evde Sağlık Hizmeti" uygulamasına başlanması şeklinde sıralanmıştır[465].

8. Plan döneminde sağlıkta yapısal değişiklikler yapılması amacıyla başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının desteklenmesi için Dünya Bankası desteğiyle

---

462 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, s.24.
463 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, s.25.
464 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, s.24.
465 Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu,** s.21-23.

uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin birinci fazı 2004 yılında başlayıp 2009 yılında tamamlanmıştır[466]. *"Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Finansmanı İçin Kredi Anlaşması"* ile Dünya Bankası'ndan 56.100.000 Avro tutarında kredi (kredi numarası 7717-TU) alınmıştır[467]. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (II. Faz), Sağlıkta Dönüşüm Projesi (I. Faz) üzerine temellenmiştir. Projenin alt bileşenleri; Sağlık Bakanlığı'nın (2010-2014) stratejik planının hazırlanmasına destek verilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, kamu hastaneleri reformlarının uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, kurumsal yeniden yapılandırma ve kapasitenin artırılması, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, sektörler arası sağlık sorumluluğunun desteklenmesi ve sağlık politikalarının dünya standartları ile uyumlu hale getirilmesi, ulusal halk sağlığı kurumunun işlevselleştirilmesi, sağlık politikalarının geliştirilmesinde diğer ülkeler ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliğinin güçlendirilmesi ve ülke deneyimlerinin paylaşılması, koruyucu sağlık hizmetleri için çıktı bazlı finansmanın pilot çalışmasının yapılması ve SGK'nın kapasitesinin geliştirilmesi şeklinde sıralanabilir[468].

Dünya Bankası'nın finansman desteği ile yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı için 2002 yılında yayınlanan *"Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar"*adlı raporda sağlık sektörü reformuna yönelik hedefler ve teknik detaylardan söz edilmiştir. *Kaynakların mobilizasyonunda ve tahsisatında iyileşme sağlamak amacıyla*; evrensel bir sosyal sağlık sigortası, teşvik ile uyumlu tedarikçi ödeme mekanizması ve sağlık hizmetlerinde maliyet sınırlayıcı uygulamalar, *Sağlık hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmak için;* sağlık sigortası yoluyla maddi koruma sağlama, hedef bir harcama düzeyi ve bölgesel öncelikler, *sağlık hizmetlerinin talebi ve kullanımındaki artış için;* sağlığa insani gelişme yaklaşımı, temel sağlık hizmetleri paketi uygulaması, *sağlık hizmetlerinini üretiminde ve sunumunda verimlilik artışı sağlamak için;* kurumsal konsolidasyon, sağlık tesisleri için idari özerklik, kırsal kesime sağlık personeli göndermek için teşvik programları ve yönetsel

---

[466] Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu,** s.27.

[467] **Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Finansmanı İçin Kredi Anlaşması,** 9 Eylül 2009 tarih ve 27344 sayılı Resmî Gazete, Madde 2.

[468] **Yürütülen Projeler- SDSGRP (II. Faz)**, Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi Web Sitesi**,** http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdsgrp-ii-faz.html, (12.06.2017).

kapasitenin artırılması, *Sağlık hizmetlerinin klinik etkinliğinde iyileşme sağlamak için;* aile hekimliğinin tanıtılması, kalite artırıcı faaliyetler, Sağlık bakanlığının rolünü yeniden tanımlamak, düzenleme, gözetim ve politika formülasyonuna odaklanma önerilmiştir[469]. Sağlıkta Dönüşüm Programı Dünya Bankası'nın önerileri doğrultusunda hazırlanmıştır. Programın bileşenleri bankanın önerileri ile bütünlük göstermektedir. Şöyleki; "

1) *Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,*
2) *Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,*
3) *Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,*
   a) *Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,*
   b) *Etkili, kademeli sevk zinciri,*
   c) *İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,*
4) *Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,*
5) *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,*
6) *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,*
7) *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma;*
   a) *Ulusal ilaç kurumu,*
   b) *Tıbbi cihaz kurumu,*
8) *Sağlık bilgi sistemi*" gibi parametreler programın bileşenleri olarak tanımlanmıştır[470].

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında atılan adımlardan ilki 2004 yılında *"Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"*un yayımlanması olmuştur. 2005 tarihinde pilot il seçilen Düzce'de aile hekimliği modeli uygulamaya geçmiştir. Aile hekimliği modeli, hastaların doktor ile ilk olarak bir araya geldiği, ayakta sunulan, toplum odaklı, sürekli, bütüncül ve entegre bir hizmet sunumu modeli olarak tanımlanabilir[471].

---

469 World Bank, **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, (in Two Volumes) Volume 1: Main Report, March 2003, s.45.

470 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, s.26-37.

471 Hasan Hüseyin Yıldırım, **Türkiye Aile Hekimliği Modeli: Avrupa Birliği Pratiği ile Karşılaştırmalı Bir Analiz**, 1. Baskı, Ankara: ABSAM, Temmuz 2015, s.1.

Aile hekimliği modeli, uygulanmaya başladığı günden bu yana hem hükümet hem de muhalif kesimlerce sürekli gündemde yer almıştır. Muhalif kesim sağlıkta sosyalizasyon ilkelerini savunmakta ve aile hekimliği modelini prim alınması, sağlık hizmetlerinin toplanan sigorta primleriyle finanse edilmesi ve sevk zinciri uygulamasının işlememesi nedeniyle eleştirmektedir[472]. Programın hazırlayıcıları ise birinci basamak sağlık hizmetleri ile üst basamaklar arasındaki ayrımı getiren sosyalizasyon yasasına sahip çıkmakla birlikte günün gereklerine uygun olarak özellikle sevk zincirinin etkin işlemesi adına bu alanda yeni bir yapılanmanın gerekliliğini vurgulamaktadır. Yanı sıra aile hekimlerinin aile üyeleri ile daha yakın ilişkiler geliştirerek, sağlık eğitiminde ve hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynayacağını savunmaktadırlar. Aile hekimliğini etkin sevk zincirinin işlemesi için bir basamak olarak görmektedirler[473]. Sevk zincirinin işlemesi SDP'nin temel bileşenlerinden biri olarak görülürken bu uygulama şu an işlememektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre; 2015 yılı için birinci basamak sağlık kuruluşlarına kişi başı müracaat sayısı 2002'deki 1,1 düzeyinden 2,7 düzeyine artmış. Birinci basamaktaki sevk hızı ise 2002'deki %22 düzeyinden %3'e düşmüştür[474].

2005 yılında, *"Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun"* ile kamu kapsamındaki tüm sağlık kurum/kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir[475]. Böylece hedeflendiği gibi sağlık hizmeti sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılması sağlanmıştır.

2005 yılında yapılan önemli değişikliklerden biri de yeşil kart sahiplerine SSK, Bağkur ve Emekli Sandığı mensuplarına tanınan hakların verilmesi ve ayakta tedavi ile ilaçlara erişim hakkının sağlanması olmuştur[476]. 2006 yılında *"Sosyal Güvenlik Kanunu"* kabul edilmiş, bu kanun ile SGK kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu, Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu ile Emekli

---

[472] Türk Tabipleri Birliği, **Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu**, Birinci Baskı, Ankara: TTB Yayınları, Mayıs 2006, s.9.

[473] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, s.30-31.

[474] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s. 138.

[475] Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Kanun No: 5283, 19.01.2015 (Mükerrer) tarih ve 25705 sayılı Resmî Gazete. (10.06.2017).

[476] OECD ve Dünya Bankası, s.38.

Sandığı Kurumu 5502 sayılı Kanun ile kurulan SGK'ya devredilmiştir[477]. 2007 yılında Emekli sandığı gibi SSK ve BAĞKUR mensuplarının da özel sağlık tesislerine başvurularının yolu açılmıştır[478]. Böylece Sağlık Bakanlığı SGK'dan hizmet satın alıcı bir konumda yer almaya başlamıştır. Ayrıca bu durum SGK için bir tekel gücü yaratmıştır.

Vatandaşların özel sağlık hizmeti sunucularından yararlanması için Sağlık Uygulama Tebliği ile SGK'nın özel sağlık hizmeti sunucularından yararlanan vatandaşların sağlık hizmetleri bedelini karşılamaya yönelik esaslar belirlenmiştir. Özel sağlık hizmeti sunucuları SGK tarafından belirlenen kıstasları karşılama durumuna göre hizmetten yararlananlardan SGK'nın ödediği rakama ek olarak fark ücreti alabilmektedir. Bu farkın tavanı 2011 yılında %70 olarak belirlenmişti[479]. 2012 yılında %90'a yükseltilmiştir[480]. 16.09.2013 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile *"(...) vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının, sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca belirlenen sağlık hizmeti bedelinin iki katına kadar fark ücreti alabileceği kabul edilmiştir"*[481]. Böylece sağlık hizmetlerinde özel kesimden bireylerin yararlanması için açılmış olan yola, bu haklardan yararlanması için finansal bariyerler koyulmuştur. Özel sağlık kurumlarında, yararlanılan sağlık kuruluşunun dahil olduğu puana göre fark ücretinin alınması ile bu kuruluşlarda sunulan sağlık hizmetlerinden aslında bedelini ödeyen yararlanabilmektedir.

ABD'de Mortgage kredisi geri ödemelerinde yaşanan güçlükler ve yeni yatırım olanakları sunan finansal araçlar (türev ürünler) aracılığı ile finansal piyasalarda yaşanan hasar 2008 Finansal Krizini yaratmıştır. Küreselleşmenin etkileri ile bu krizin etkileri tüm dünyada hissedilmiştir. Bu dönemde krizle mücade için Türkiye'de de para politikalarının yanında harcama ve vergi indirimi içeren maliye politikaları

---

477 **Sosyal Güvenlik Kanunu**, Kanun No: 5502, 20.05.2006 tarih ve 26173 sayılı Resmî Gazete. (10.06.2017).

478 OECD ve Dünya Bankası, s.39.

479 **Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge,** 2011, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/2557c559-f3d1-45e2-9288-537155baeac7/yonerge_30.10.2011_02.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=2557c559-f3d1-45e2-9288-537155baeac7, (12.06.2017), s.4.

480 **Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge**, 2012 http://www.saglikaktuel.com/d/file/duyuru_22_03_2012_45.pdf, (12.06.2017), s.4.

481 Bakanlar Kurulu Kararı, Karar Sayısı:2013/5385, 12 Ekim 2013 tarih ve 28793 sayılı Resmî Gazete. (12.06.2017).

uygulanmıştır (Varlık barışı, ÖTV ve KDV indirimleri, işsizlik ödeneği, ilave istihdam teşviki vb.)[482].

2009 yılında SDP'nin birinci fazı tamamlanmış ve ikinci aşaması olarak nitelendirilen uygulamalar yürütülmüştür. Sağlık eğitimleri ve halkın sağlık bilincini artırmaya yönelik faaliyetler de bu proje kapsamında yürütülen bileşenlerden biridir. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (II. Faz) olarak nitelenen bu çalışmalar Sağlıkta Dönüşüm Projesi (I. Faz) üzerine şekillendirilmiştir. Bu projenin finansmanı da yine Dünya Bankası'ndan sağlanmıştır. 30 Haziran 2009 tarihinde imzalanan bu anlaşma kapsamında 56.100.000 Avro tutarındaki kredi desteği sağlanmıştır. Anlaşma kapsamında projenin 3 bileşenden oluşmasına karar verilmiştir. Bu bileşenler; "Bakanlığın 2010-2014 yıllarını kapsayan stratejik planına destek verilmesi, Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Çıktı-Bazlı Finansmanın Pilot Çalışmasının Yapılması ve SGK'nın kapasitesinin geliştirilmesi"dir[483]. Bakanlığın 2010-2014 Stratejik Planında, *"Sağlık okuryazarlığı ve doğru sağlık bilgisine ulaşımın sağlanması ve geliştirilmesi amacıyla faaliyetler gerçekleştirilecek"* hedefine yer verilmiştir[484].

Sağlıkta dönüşümün ikinci fazı kapsamındaki konular; Kamu Hastane Birlikleri oluşumu, şehir hastanelerinin hayata geçirilmesi, serbest sağlık bölgeleri ve sağlık turizmi ile sağlık sektörü için insan kaynağının geliştirilmesine yönelik hedeflerdir[485]. Şehir Hastaneleri Projeleri, Kamu Özel Ortaklığı modeli ile oluşturulan bir projedir. Bu kapsamda; sözleşmesi imzalanan 21, nihai teklif sürecinde olan 2, ihale hazırlık süreci devam eden 5 ve çeşitli aşamalarda olan 31 proje mevcuttur[486]. Şehir hastaneleri ile ilgili bu hastanelerin özelleştirmeleri artıracağı yönünde sesler yükselmeye devam ederken bir taraftan bu hastanelerin kamuya geri dönüşü artıracağı ifade edilmektedir. Bu hastanelerin sağlık sistemine neler getirdiğini şu aşamada

---

[482] Karaca, s. 74.

[483] Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasındaki 30 Haziran 2009 Tarihli Kredi Anlaşması (Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi), http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090909-1.htm (14.06.2017)

[484] T. C. Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2010-2014**, Ankara: Bakanlık Yayın No:788, s.53.

[485] Hasan Hüseyin Yıldırım, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Kasım 2013, s.70.

[486] **Projeler**, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Web Sitesi, http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/21/Default.aspx?CategoryName=S%C3%B6zle%C5%9Fmesi-%C4%B0mzalanan-Projeler. (20.06.2017).

değerlendirmenin çok doğru olmadığı söylenebilir. Fakat kamu özel ortaklığı ile yürütülen bu ölçekteki hastanelerde personel ihtiyacının ve mevcut personelin çalışma alanının ve yoğunluğunun artacağı düşünüldüğünde hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimsizlik ve bilgi asimetrisinin artacağını ifade etmek yanlış olmayacaktır.

Sağlık turizminin geliştirilmesi onuncu kalkınma planında öncelik verilen konulardan biri olarak yer almaktadır. Serbest bölgeler de sağlık turizmi için Türkiye'ye yabancı yatırımları artırmak adına gündeme gelen konulardan biridir. Sağlık turizmi ile ülkemize gelen ve başka ülkelere giden vatandaşların, yararlandığı sağlık sisteminin özelliklerini bilmek ve muhatabı olduğu sağlık personeli ile olan diyaloglardan aktif yararlanabilmesinin sağlanması için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi oldukça önemlidir.

2011 yılında 663 sayılı KHK ile Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü vasıtasıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak, merkeziyetçi bir yapıyla yönetilen kamu hastaneleri Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlanmıştır. Tarihsel arka planı 1987 tarihli Temel Sağlık Hizmetleri Kanuna kadar uzanan birlikler yetki devri esasına dayanmakta olup, yetkilerin yerelleştirilmesi yoluyla hizmet sunumundaki hantallığı gidermek üzere kurgulandığı ifade edilmekle birlikte özelleştirmeye dayanak oluşturduğu gerekçesi ile eleştiri odağı olmuştur[487].

Buraya kadar yaptığımız açıklamalarda sağlık hizmetlerinin arz kesiminin özelleştirme çabalarının cumhuriyet tarihi boyunca hep var olduğu yadsınamaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmetlerin kamu ve özel sektör tarafından sunumunun sınırlarının iyi belirlenmesi gerekmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sisteminin düzenlenmesi devletin asli alanıdır. Temel sağlık hizmetleri bağlamında halk sağlığı faaliyetlerinin yürütülmesi, halkın sağlık bilincinin artırılması, haklarının farkında olan sistemi sorgulayan bireylerin güçlendirilmesini sağlayan devlet vasfının korunması gerekmektedir.

---

[487] F. Nihan Demiray Ready ve Diğerleri, **Kamu Hastane Birlikleri Saha Çalışması**, Ankara: SASAM Enstitüsü, Kasım 2015, s.26-29.

3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık politikaları bölümünde detayları anlatıldığı üzere Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne Türkiye'de sağlık sistemi sürekli yenilenmiş ve gelişimini sürdürmüştür. Ülkemizde sağlık sisteminin, 224 sayılı Kanun ile yapısal ve kurumsal düzenlemeleri gerçekleştirilen entegre sağlık hizmeti sunumu anlayışıyla tüm ülkeyi kapsaması planlanan bir sistemden, 1980 sonrasında Neoliberal politikaların etkisiyle refah yönelimli bir sisteme doğru evrildiği söylenebilir. Bu dönemde Bismarck'ın Refah Rejimi anlayışıyla toplum hiyerarşik gruplar şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu hiyerarşik gruplar; Emekli Sandığına bağlı olanlar ve sırasıyla Sosyal Sigortalar Kurumu kapsamında olan işçiler, Bağ-Kur kapsamındakiler ve herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı için Yeşil Kart ile devlet güvencesine alınanlardan oluşmaktaydı[488].

SDP ile GSS'nin uygulanmaya başlaması ve tüm nüfusa SGK güvencesi sağlanması yönündeki çalışmalar, genel ve kapsayıcı tipte bir sağlık sistemine dönüldüğünü göstermektedir. SDP'nin başarılı olarak değerlendirilmesinin nedenlerinden biri de sağlık hizmetlerindeki bu hiyerarşik yapıyı eşitleyerek herkese sağlık güvencesi sağlama vaadi ve daha önceki hükümetlerde yapılması hedeflenen reformları hayata geçirebilmesi olmuştur.

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye raporuna (2008) göre; *"Türk sağlık sistemi, diğer çoğu OECD ülkesinin sağlık sistemlerine doğru bir dönüşüm geçirmektedir"*[489]. Bu dönüşümden Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumunda ve finansmanında 2003 yılı öncesindeki SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart mensupları için uygulanmakta olan parçalı sistemsel yapının, 2003 yılı sonrasında sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların Sağlık Bakanlığı, finanse eden kurum/kuruluşların ise SGK çatısı altında toplanmasının kastedildiği söylenebilir. Ancak, Amerika bu değerlendirmenin dışında tutulabilir çünkü bu ülkede diğer OECD ülkelerinden farklı bir sağlık sistemi uygulanmaktadır.

Adı geçen raporda bu değerlendirmenin yapılmasının diğer bir nedeni de SDP ile sağlık hizmetlerinin "Evrensel Sağlık Kapsamı" na yönelik herkese eşit derecede

---

[488] Çağlar Keyder, "Giriş", **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**, (Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar (drl.), 4. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2015, s.16-17.

[489] OECD ve Dünya Bankası, s.11.

erişimi sağlamayı hedeflemesi yönündeki politik hedefi olduğu söylenebilir. Çünkü raporda, OECD Ülkelerinde, sağlık politikasıyla ulaşılmak istenen hedefler; yardıma muhtaç ve yoksullar için sağlık harcamalarına karşı finansal koruma sağlamak ve ülkenin kapsadığı nüfusa gereken sağlık hizmetini eşit derecede sağlamak şeklinde ifade edilmiştir[490].

Sağlık hizmetleri ile ilgili yaşanan dönüşüm göz önünde bulundurularak bu bölümde, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli, Türk sağlık sisteminin temel belirleyicileri, finansman sistemi ve sağlık harcamaları analiz edilerek Türkiye'de sağlık sisteminin yapısı açıklanmaya çalışılacaktır.

3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Türkiye'de ki Örgütlenmesi

Türkiye'de işlevsel olarak farklı düzeyde sağlık sektörü ile ilişki halinde olan kurum/kuruluşlar söz konusudur. Şekil-14'de görülebileceği üzere bu işlevler politika oluşturma, idari karar alma, finansman ve hizmet sunumu düzeyinde gerçekleşmektedir.



Şekil 14: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar

Kaynak: Metin Ateş, **Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2016, s.102'den uyarlanmıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine politika oluşturma düzeyinde etki eden kurumlar; TBMM, DPT, Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurumu ve Anayasa

[490] OECD ve Dünya Bankası, s.61.

Mahkemesidir. Anayasa mahkemesi ve TBMM, sağlık politikasının kapsamına hizmet eden kanun ve yönetmeliklerin incelenmesi ve onaylanması aşamaları ile sağlık sektörünün yönetişimine katılmaktadır[491]. Sağlığa yönelik politikaların ve vatandaşlara tanınan bir hak olarak sağlığın algılanışının anayasada yer almasına yönelik çalışmalar TBMM tarafından yürütülmektedir. Bunun yanı sıra sağlık ile ilgili politikaların kalkınma planlarında yer alması, sağlık sektörüne ve sağlığın gelişimine ilişkin uzun vadeli devlet politikalarının belirlenmesinde DPT rol üstlenmektedir.

1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı Türkiye'de sağlık sektörü ile ilgili politikaların belirlenmesinden, ülkemizin sağlığa yönelik stratejilerinden ve politikaların uygulanmasından, sağlık hizmetlerinin arzından ve sağlığın geliştirilmesinden sorumlu en önemli aktördür[492]. Sağlık teşkilatının işleyişinden, örgütlenişinden, kaynakların temininden, hizmet sunumundan ve yürütülen projelerden sorumlu olan Bakanlık sağlık hizmetleri ile ilgili uygulamaya yönelik tüm politikalardan sorumlu olarak sektöre yön vermektedir.

Yükseköğretim Kurulu ise politika oluşturma sürecine sağlık politikaları kapsamında, sektörün ihtiyacına yönelik iş gücünü yetiştirme (hekim ve hekim dışı sağlık personeli, sağlık yöneticileri vb.) ve sağlık sektörüne yönelik bilimsel çalışmaların üretilmesini teşvik etmek yoluyla sürece dâhil olmaktadır. İdari karar alma sürecine dâhil olan kurumlar Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlükleridir. Sağlık Bakanlığı, merkez ve taşra örgütlerinden oluşmaktadır. İllerde sağlık hizmetleri Vali adına İl Sağlık Müdürleri tarafından yürütülmektedir.

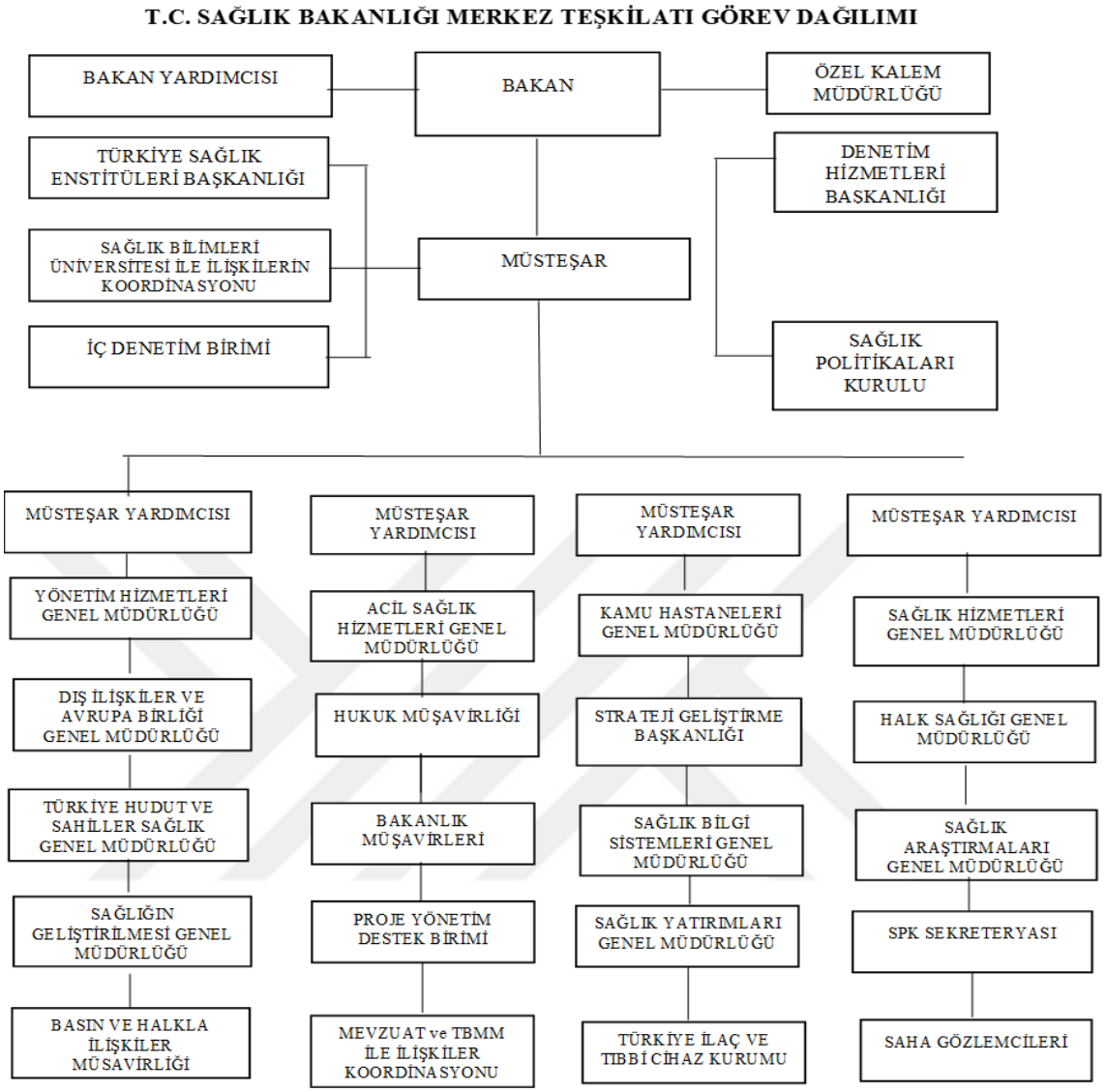
Şekil – 15'de Sağlık Bakanlığı'nın Merkez Teşkilatına bağlı birimlere yer verilmiştir. Bakanlığın teşkilat yapısı 663 sayılı *"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"* ile kararlaştırılmıştır. Fakat, 25 Ağustos 2017 tarihinde yayımlanan 694 sayılı KHK ile Bakanlığın yapısında değişiklik olmuştur. Bu değişiklik ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu genel müdürlük haline gelmiştir[493].

---

491 OECD ve Dünya Bankası, s.28.

492 Ateş, s. 102.

493 25 Ağustos 2017 tarihli ve 30165 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (25.11.2017), s.38.



Şekil 15: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html, (25.12.2017).

Bakanlığın taşra teşkilâtı; il ve ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşmaktadır. İl sağlık müdürlükleri Bakanlığın ildeki temsilcisidir. Aynı zamanda valinin de sağlık müşaviridir. İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilmektedir[494].

[494] Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, KHK/663, 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmî Gazete, Madde 4. (20.05.2017).

663 sayılı KHK ile Bakanlığın görevleri; sağlığı korumak ve geliştirmek, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yürütmek, sağlığı tehdit eden riskler ile ilgili ulusal önlemler almak, sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerini yürütmek, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler ile ilgili güvenliği ve kaliteyi sağlamak, uygun fiyatlar ile halka ulaşmasını sağlamak, sağlık personelinin dengeli bir şekilde yurt genelindeki dağılımını sağlamak ve herkese eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumu sağlamak, sağlık kuruluşlarının organizasyonu ve sağlık sisteminin yönetimi ve politikalarının belirlenmesi gibi maddelerden oluşmaktadır[495]. Bu kapsamda, strateji ve hedeflerin belirlenmesi, uluslararası ve sektörel iş birliklerinin yapılması, teşvik, denetleme ve yönlendirme yapmak, afet ve acil durumlarda sağlık hizmetlerini planlamak, sağlık hizmetlerinde bölgesel farklılıkları giderici tedbirler almak vb. Bakanlığın görev alanında sayılmaktadır[496].

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında rol olan kurum/kuruluşlar; Maliye Bakanlığı, SGK, Özel sigorta şirketleri şeklinde sıralanabilir. Ülkemizde Merkezi Hükümet bütçesini hazırlamak ile Hükümet, Devlet Planlama Teşkilatı ve Yüksek Planlama Komisyonu görevlidir. Merkezi Hükümet Bütçesini yürütmek ile sorumlu olan kurum Maliye Bakanlığı olup, Sağlık Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve diğer kamu kuruluşlarınca sağlanan sağlık hizmetini finanse eder[497]. SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan en büyük finans kurumudur.

Hizmet sunumu açısından değerlendirildiğinde; SDP öncesi Türkiye'de kamu hizmet sunucusu olarak Sağlık Bakanlığı, SSK ve üniversite hastaneleri yer almaktaydı. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin hem sağlayıcısı hem de sunucusu konumundaydı[498]. SDP sonrasında ise SSK'ya bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş olup Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler yanında, üniversite hastaneleri ve özel sektöre bağlı sağlık kuruluşları sağlık hizmeti sunumunda yer almaktadır[499].

---

495 663 Sayılı KHK, Madde 2. (20.05.2017).

496 **Görev ve Yetkiler**, Sağlık Bakanlığı Web sitesi, https://www.saglik.gov.tr/TR,11464/gorev-ve-yetkiler.html, (20.05.2017).

497 B. Serdar Savaş, "Türkiye Sağlık Sistemi Kısa Bir Genel Bakış", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, Cilt: 39, Mayıs-Haziran 2001, s.104-105.

498 OECD ve Dünya Bankası, s.24.

499 Yıldırım, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu,** s.25.

Ülkemizde, sağlık hizmeti sunumu basamaklandırılmış bir yapıdan oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış yapısı karmaşık ve düzeysel farklılıklar göstermekle birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştırma amacı taşımaktadır. Bireylerin gereksinim duydukları sağlık hizmeti basamaklar ilerledikçe daha kapsamlı hizmet sunumu gerçekleştiren sağlık kurumlarından sağlık hizmetinin temin edilmesi şeklinde gerçekleşmektedir[500].

1978 Yılında gerçekleştirilen Alma-Ata konferansında gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmeti sağlayan birimlerin oluşturulması önerilmiştir. Bu öneri, "2000 yılında Herkese Sağlık Projesi"nin adımı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacının gerçekleştirilmesi kapsamındadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sosyalizasyon ile olmuştur[501]. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da birinci basamak sağlık hizmetleri uygulama açısından dört kademeden oluşmaktaydı. Bu kademelere göre; 2.000-2.500 arası nüfusa hizmet veren sağlık evleri, 5.000-10.000 arasındaki nüfusa yönelik kırsal sağlık ocakları, 10.000-30.000 arasındaki nüfusa hizmet eden bölge sağlık ocakları ve İl sağlık ocakları bulunmaktaydı[502].

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak kategorize edilen sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) sınıflandırılmıştır. Aynı tebliğde basamaklandırılmayan sağlık hizmeti sunucularından da bahsedilmiştir. Bunlar; optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarik edenler ile kaplıca hizmeti sunumu yapan hizmet sunucularıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; ayakta tedavi, ikinci basamak sağlık hizmetleri yatarak tedavi hizmetlerini ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknolojinin kullanıldığı merkezleri kapsamaktadır[503].

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin (birinci basamak, ikinci basamak ve koruyucu hizmetler) ana sunucusu konumunda olup, hastaneler, aile ve toplum sağlığı merkezleri, dispanserlerin işletilmesinden sorumludur. Üçüncü basamak

---

[500] Hikmet Pekcan ve Özgür Uğurluoğlu, "Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, Sayı: 39, Yıl:7, Mayıs-Haziran 2001, (817-844), s. 846.

[501] Pekcan ve Uğurluoğlu, s. 817.

[502] OECD ve Dünya Bankası, s.24.

[503] Recep Akdur, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması**, Ankara, 1999, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf, (30.05.2017), s.6.

hizmetlerin sunumunda ise üniversiteler kapsamları gereği ana hizmet sunucusu olmakla birlikte, tüm basamaklara yönelik hizmet sunumunu gerçekleştirmektedirler. Mevcut durumda hizmet basamakları arasında sevk zinciri uygulanmadığından bu durum kaynakların israfına ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine olumsuz etki etmektedir[504]. Bireyler, birinci basamağı atlayarak daha ileri basamak hizmet sunucularından hizmet talebinde bulunmaktadırlar. Basamaklarına göre sağlık hizmeti veren kurumlardan sonra ülkemizdeki toplam sağlık kurumu sayısına ve bu kurumlardaki yatak sayılarına yer vermek anlamlı olacaktır.

Tablo 3: Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı 1967-2015

Yıllar	Toplam sağlık kurumu sayısı	Yataklı sağlık kurumu sayısı	Yataksız sağlık kurumu sayısı	Toplam yatak sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
1967	664	664	-	59.173	1,81
1970	743	743	-	71.486	2,02
1980	827	827	-	99.117	2,23
1990	857	857	-	120.738	2,19
2000	10.747	1.183	9.564	134.950	2,08
2003	9.183	1.174	8.009	165.465	2,46
2004	9.038	1.217	7.821	166.707	2,45
2005	8.870	1.196	7.674	170.972	2,48
2006	9.831	1.203	8.628	174.342	2,50
2007	11.839	1.317	10.522	178.000	2,52
2008	13.818	1.350	12.468	183.183	2,56
2009	15.205	1.389	13.816	188.638	2,60
2010	26.993	1.439	25.554	200.239	2,72
2011	27.997	1.453	26.544	194.504	2,60
2012	29.960	1.483	28.477	200.072	2,65
2013	30.116	1.517	28.599	202.031	2,64
2014	30.176	1.528	28.648	206.836	2,66
2015	30.449	1.533	28.916	209.648	2,66

Kaynak: TÜİK, **Sağlık İstatistikleri**, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (21.05.2016).

Tablo-3'e göre ülkemizde yataklı sağlık kurumu sayısı 2015 yılında 1533, yataksız sağlık kurumu 28.916'dır. Toplam 209.648 olan yatak sayısı için 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 2,66 düzeyindedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre (2015); hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması amacıyla ülke genelinde örgütlenen 21.696 Aile Hekimliği Birimi, 6.902 Aile Sağlığı Merkezi, 970 Toplum Sağlığı Merkezi, 5.544 Sağlık Evi, 182 Aile Çocuk Sağlığı Planlama Merkezi, 181 Verem

[504] Yıldırım, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, s.25.

Savaş Dispanseri, 156 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ve 83 Halk Sağlığı Laboratuvarı bulunmaktadır.

Sağlık sektörü ile ilişki içerisinde olan kurum/ kuruluşlara dönecek olursak bunlar arasında sivil toplum kuruluşları da yer almaktadır. Bu sivil toplum kuruluşları ise Kızılay, Yeşilay, Türk Kalp Vakfı, Türk Böbrek Vakfı ve Türk Diyabet Vakfı gibi kuruluşlardır.

3.2.2. Türk Sağlık Sisteminin Belirleyicileri

Geçmişte; savaşlar, kıtlık, bulaşıcı hastalıklar, açlık gibi nedenlerden olumsuz etkilenen insan yaşamı, günümüzde; insanların sosyo ekonomik düzeyi ve sağlık bilincindeki artış, tıbbi ilerlemeler, teknolojinin gelişimi, yeni ilaç teknolojilerinin ortaya çıkışı ve salgın hastalıkların önlenmesinde halk sağlığı faaliyetlerinin gelişimi ile artış göstermiştir. Bir insanın sağlıklı olarak dünyaya gelmesinden itibaren ortalama kaç yıl hayatta kalacağına yönelik beklentiyi gösteren ölçüt "doğumda beklenen yaşam süresi" olarak adlandırılmaktadır. Fuchs'a göre; insanoğlu varoluşundan bu yana sağlıklı ve uzun bir yaşam için çabalar. Ona göre; insanların sahip olduğu tıbbi bilgi düzeyi, kişi başına gelir gibi parametreler yaşam beklentisine etki eder. Çünkü yaşam tarzı ve bireysel davranışlar Fuchs'un deyimi ile "kimin yaşayacağının" önemli belirleyicilerindendir[505].

İnsan yaşamına, kimin hayatta kalacağına etki edecek derecede etkileri olan sağlık göstergeleri bu bölümde Türk sağlık sistemi açısından ele alınmıştır. Genel bir profil çizmek adına doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi gibi göstergelere değinilecektir. Bu göstergeler sağlık sistemlerinin uluslararası karşılaştırmalarına da olanak sağlayan verilerdir.

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi 2017 yılı rakamlarıyla; TÜİK verilerine göre 2016 yılı için 78, OECD istatistiklerine göre 80,7, Dünya Bankası istatistiklerine göre 72, Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 78, Dünya Sağlık Örgütüne göre 75'tir. İstatistiki verilerdeki bu farklılıklar bir kenara bırakıldığında Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 1960 yılından bu yana yaklaşık 28-30 yıl yükselmiştir.

---

[505] Fuchs, **Who Shall Live? Health Economics and Social Choice**, s.30-31.

Bu durum anne ve çocuk sağlığında ilerlemeler kaydedildiğini göstermesi açısından sevindiricidir.

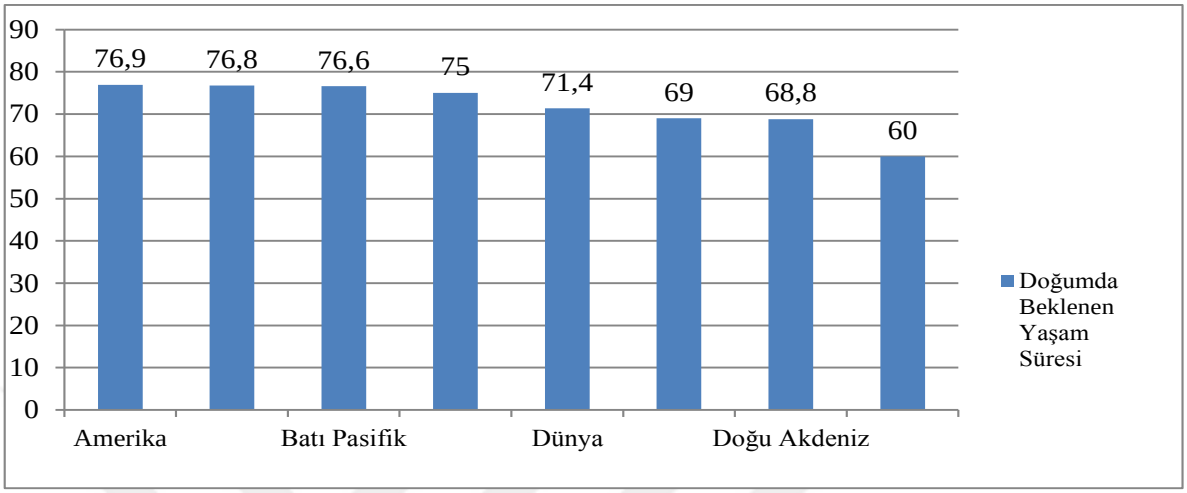
Tablo- 4'de OECD ülkelerinde yıllara göre doğumda beklenen yaşam süresine yönelik veriler yer almaktadır. OECD ülkeleri arasında bir sıralama yapıldığında yaşam beklentisi açısından Türkiye sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Ülkemiz, doğumda yaşam beklentisi açısından bir üst sırada yer alan Şili'den 1 yıl ve en uzun doğumda yaşam beklentisine sahip olan Japonya'dan 6,4 yıl farklılık sergilemektedir (daha kısa yaşam beklentisine sahiptir). 1960 yılında Japonya ile Türkiye arasında 20 yıllık bir farklılık gösteren bu makasın giderek daraldığı söylenebilir.

Tablo 4: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Ülke/Yıl	**1960**	**1970**	**1980**	**1990**	**2000**	**2015**
ABD	73,1	74,7	77,4	78,8	79,3	81,2
Almanya	71,7	73,6	76,2	78,5	81,2	83,1
Avustralya	73,9	74,2	78,1	80,1	82	84,5
Avusturya	71,9	73,5	76,1	79	81,2	83,7
Belçika	72,8	74,2	76,7	79,5	81	83,4
Birleşik Krallık	73,7	75	76,2	78,5	80,3	82,8
Çek Cumhuriyeti	73,5	73,1	74	75,5	78,5	81,6
Danimarka	74,4	75,9	77,3	77,8	79,2	82,7
Estonya	73,1	74,5	74,3	74,9	76,4	82,2
Finlandiya	72,5	75	78	79	81,2	84,4
Fransa	73,6	75,9	78,4	80,9	83	85,5
Hollanda	75,4	76,5	79,2	80,2	80,7	83,5
İrlanda	71,9	73,5	75,6	77,7	79,2	83,5
İspanya	72,2	74,8	78,4	80,6	82,9	85,3
İsrail	..	..	75,7	78,4	80,9	84,1
İsveç	74,9	77,3	79	80,5	82	84,2
İsviçre	74,1	76,2	79	80,9	82,8	85,1
İtalya	..	..	77,4	80,3	82,8	84,9
İzlanda	..	77,3	80,4	80,7	81,6	83,8
Japonya	70,2	74,7	78,8	81,9	84,6	87,1
Kanada	..	..	78,9	80,8	81,7	..
Kore	53,7	65,6	70	75,5	79,6	85,2
Letonya	..	..	..	..	..	79,5
Lüksemburg	72,2	73	75,6	78,7	81,3	84,7
Macaristan	70,2	72,1	72,8	73,8	76,2	79
Meksika	59,2	63,2	70,2	74	76,1	77,7
Norveç	76	77,5	79,3	79,9	81,5	84,2
Polonya	70,6	73,3	74,4	75,3	78	81,6
Portekiz	66,7	69,7	74,9	77,5	80,4	84,3
Slovak cumhuriyeti	72,7	73,1	74,4	75,7	77,5	80,2
Slovenya	..	72,4	..	77,8	79,9	83,9
Şili	..	65,4	..	76,5	80	81,7
Türkiye	**50,3**	**56,3**	**60,3**	**69,5**	**73,1**	**80,7**
Yeni Zelanda	..	74,5	76,2	78,4	80,8	83,4
Yunanistan	..	76	77,5	79,5	81,3	83,7

Kaynak: OECD, **Sağlık İstatistikleri**, http://stats.oecd.org/, (19.07.2017).

Şekil – 16'da DSÖ'nün bölge sınıflandırmasına göre doğumda beklenen yaşam sürelerine yer verilmiştir.



Şekil 16: DSÖ Bölge Sınıflandırmasına Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, 2015
Kaynak: WHO, Dünya Sağlık İstatistikleri, Bölgesel İstatistikler, 2015, http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en, (19.07.2017).

Bu verilere göre, 75 olan doğuşta yaşam beklentisi açısından Türkiye Dünya ortalamasının üzerinde yer almaktadır. Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik bölgelerinden gerideyken, Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Afrika ülkelerinden daha uzun yaşam beklentisine sahiptir.

Tablo 5 : Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması

Ülke/Gelir Grubu	**1960**	**1970**	**1980**	**1990**	**2000**	**2010**	**2015**
Avrupa Birliği	69,3	71,0	72,9	74,9	77,2	79,7	81,1
OECD Üyeleri	67,4	69,5	72,2	74,7	77,1	79,4	80,3
Alt Gelir	45,6	50,9	55,9	59,5	62,8	66,0	67,4
Orta Gelir	47,8	55,8	61,0	64,1	66,7	69,6	70,9
Alt Orta Gelir	47,1	54,9	60,0	63,0	65,5	68,6	69,9
Üst Orta Gelir	49,6	59,9	65,5	68,5	70,8	73,7	74,9
Üst Gelir	68,5	70,6	73,2	75,4	77,6	79,9	80,8
Türkiye	**45,4**	**52,3**	**58,7**	**64,3**	**70,0**	**74,1**	**75,4**

Kaynak: Dünya Bankası, **Sağlık İstatistikleri**, (19.07.2017). http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2015&start=2015&view=map.

Tablo - 5'deki verilere göre 1960'lı yıllardan bugüne kadar yaşam beklentisi tüm ülkelerde artmak ile birlikte, gelişmişlik ve gelir düzeyi açısından daha iyi olan

ülkelerin 1960'lı yıllardaki verilerine gelir düzeyi düşük olan ülkelerin 2015 yılı itibariyle erişebildikleri söylenebilir. Türkiye açısından yaşam beklentisine yönelik göstergeler iyileşme göstermesine rağmen, Avrupa Birliği, OECD ve üst gelir grubundaki ülkeler ile karşılaştırıldığında yaşam beklentimiz yaklaşık 5 yıl daha geridedir. Mensubu olduğumuz üst orta gelir grubundaki ülkelerden nispeten daha iyi bir düzeyde olduğumuzu da ilave olarak belirtebiliriz.

Ulusal sağlık göstergelerinde kullanılan ölçütlerden biri de bebek ve beş yaş altındaki çocuk ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızları kamusal sağlık hizmetleri için verilen hizmetin düzeyi, özellikle de koruyucu sağlık hizmetleri, beslenme olanakları, barınma imkanları, çevresel kirlilik, hijyen vb. gibi elverişsiz sosyo ekonomik koşullar hakkında fikir edinilmesini sağlar. Neonatal ve Postneonatal ölümler[506] ile ilgili veriler ana çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli göstergelerindendir[507]. Tablo- 6'da ülke ve gelir gruplarına göre ülkelerin bebek ölüm hızlarına yer verilmiştir.

Tablo 6: Mortalite oranı, Bebek (1.000 canlı doğumda)

Ülke/Gelir Grubu	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2015
Avrupa Birliği	38,9	23,9	13,6	8,4	5,0	3,6	3,3
OECD Ülkeleri	48,5	38,7	26,6	17,0	10,7	7,2	5,9
Alt Gelir	-	151,3	134,8	113,0	92,3	63,1	53,2
Orta Gelir	148,6	104,5	82,9	63,0	52,2	36,6	30,4
Alt Orta Gelir	161,3	133,0	105,0	83,1	65,7	47,3	39,8
Üst Orta Gelir	-	80,6	55,4	41,8	30,5	18,4	14,7
Üst Gelir	36,4	23,8	15,6	10,2	6,6	5,3	4,6
Türkiye	166,0	126,2	90,2	55,8	32,1	16,4	11,6

Kaynak: Dünya Bankası, **Sağlık İstatistikleri**, (19.07.2017).
http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2015&start=2015&view=map

Bebek ölüm hızlarının yer aldığı Tablo – 6, yaşam beklentisi tablosu ile paralellik göstermektedir. Gelişmiş ve üst gelir grubunda yer olan ülkelerde bebek mortalite oranı 1960'lı yıllardan bugüne düşüş gösterirken, orta gelir ve alt gelir grubunda yer alan ülkelerde düşme eğilimi göstermesine rağmen gelişmiş ülkelerdeki düzeyi yakalayamamıştır.

---

[506] Neonatal ölümler; canlı doğum sonrası ilk 28 günde gerçekleşen ölümleri ifade ederken, Postneonatal ölümler; canlı doğum sonrası 28 ila 365 gün arasında gerçekleşen ölümlerdir.

[507] Çelik, **Sağlık Ekonomisi**, s.31.

Türkiye, 1960'daki düzeyinden bugüne oldukça ilerleme kaydetmiş olmasına rağmen hala Avrupa Birliği, OECD ülkeleri ve üst gelir grubunda yer alan ülkelerin gerisinde yer almaktadır.

Tablo 7: Anne ve Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda)

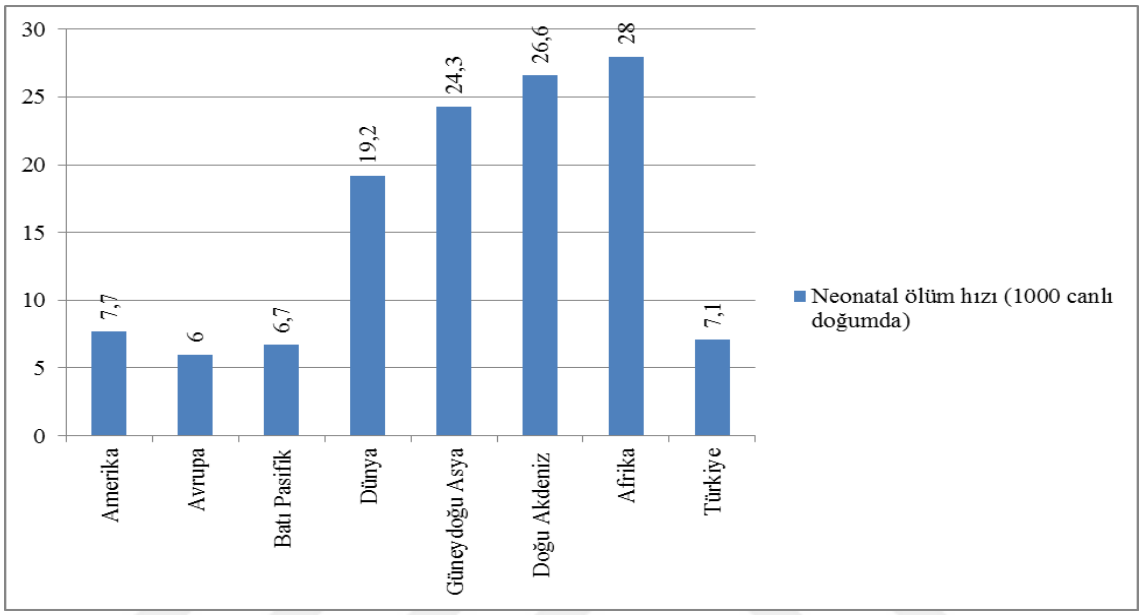
Ülke/Yıl	**1960**	**1970**	**1980**	**1990**	**2000**	**2010**	**2015**
ABD	26	20	12,6	9,2	6,9	6,1	5,8*
Almanya	35	22,5	12,4	7	4,4	3,4	3,3
Avustralya	20,2	17,9	10,7	8,2	5,2	4,1	3,2
Avusturya	37,5	25,9	14,3	7,8	4,8	3,9	3,1
Belçika	31,4	21,1	12,1	8	4,8	3,6	3,3
Birleşik Krallık	22,5	18,5	12,1	7,9	5,6	4,2	3,9
Çek Cumhuriyeti	20	20,2	16,9	10,8	4,1	2,7	2,5
Danimarka	21,5	14,2	8,4	7,5	5,3	3,4	3,7
Estonya	31,1	17,7	17,1	12,3	8,4	3,3	2,5
Finlandiya	21	13,2	7,6	5,6	3,8	2,3	1,7
Fransa	27,7	18,2	10	7,3	4,5	3,6	3,7
Hollanda	16,5	12,7	8,6	7,1	5,1	3,8	3,3
İrlanda	29,3	19,5	11,1	8,2	6,2	3,6	3,4
İspanya	43,7	28,1	12,3	7,6	4,4	3,2	2,7
İsrail	..	24,2	15,6	9,9	5,5	3,7	3,1
İsveç	16,6	11	6,9	6	3,4	2,5	2,5
İsviçre	21,1	15,1	9,1	6,8	4,9	3,8	3,9
İtalya	43,9	29,6	14,6	8,1	4,3	3,0	2,9
İzlanda	13	13,2	7,7	5,9	3	2,2	2,2
Japonya	30,7	13,1	7,5	4,6	3,2	2,3	2,1*
Kanada	27,3	18,8	10,4	6,8	5,3	5,0	..
Kore	..	45	..	..	..	3,2	3,0
Letonya	27	17,7	15,3	13,7	10,3	5,6	4,1
Lüksemburg	31,5	24,9	11,5	7,3	5,1	3,4	2,8
Macaristan	47,6	35,9	23,2	14,8	9,2	5,3	4,2
Meksika	92,3	..	52,6	32,5	20,8	14,1	12,5
Norveç	16	11,3	8,1	6,9	3,8	2,8	2,3
Polonya	56,1	36,4	25,4	19,4	8,1	5,0	4,0
Portekiz	77,5	55,5	24,3	10,9	5,5	2,5	2,9
Slovak cumhuriyeti	28,6	25,7	20,9	12	8,6	5,7	5,1
Slovenya	35,1	24,5	15,3	8,4	4,9	2,5	1,6
Şili	120,3	79,3	33	16	8,9	7,4	7,2*
Türkiye	**..**	**..**	**..**	**..**	**28,4**	**12,0**	**10,7**
Yeni Zelanda	22,6	16,7	13	8,4	6,3	5,5	..
Yunanistan	40,1	29,6	17,9	9,7	5,9	3,8	4,0

*2014 verisidir.

Kaynak: OECD, **Sağlık İstatistikleri**, http://stats.oecd.org/, (19.07.2017).

OECD istatistiklerinden elde edilen Tablo - 7'de Türkiye için 2000 yılında binde 28,4 olan anne ve bebek ölüm hızı oranı, 2015 yılında binde 10,7'ye düşmüştür.

2000 ve 2014 yılları için diğer OECD ülkeleri ile kıyaslandığında anne ve bebek ölüm hızı açısından en yüksek oran Meksika'dan sonra Türkiye'ye aittir. Bu durum ülkemizde ana ve çocuk sağlığını geliştirmeye yönelik daha çok çaba sarf edilmesi gerektiğini göstermektedir.

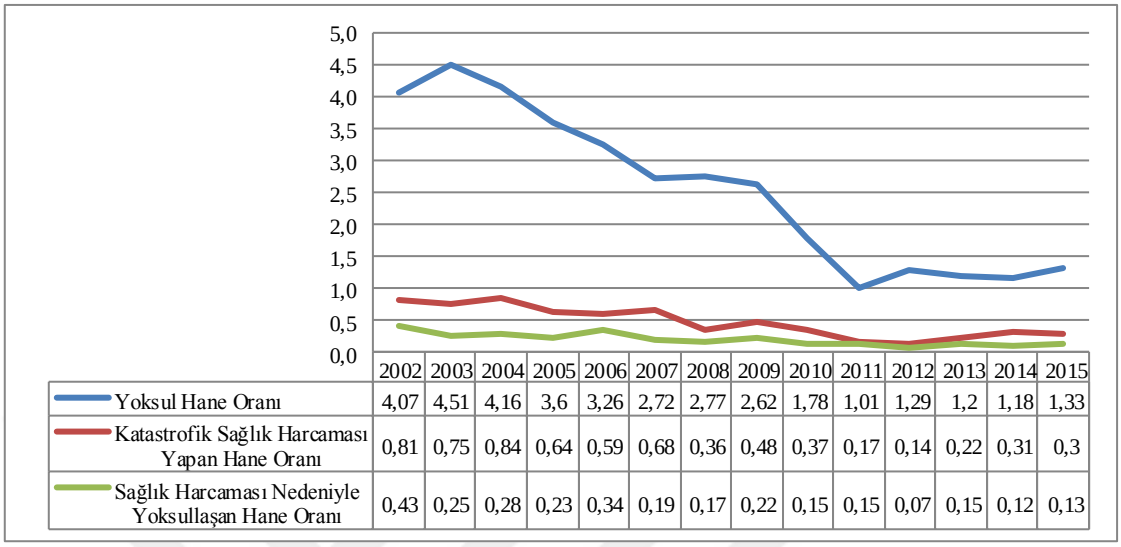


Şekil 17 : DSÖ Bölge Sınıflandırmasına Göre Neonatal Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda), 2015
Kaynak: DSÖ, **Sağlık İstatistikleri**, http://apps.who.int/gho/data/node.imr.MDG_0000000001?lang=en, (19.07.2017).

Şekil-17'de DSÖ'nün bölge sınıflandırmasına göre neonatal bebek ölüm hızlarına yer verilmiştir. Bu verilere göre Türkiye gelişmiş ülkeler ile benzer özellikler göstermektedir. Bebek ölümlerinin ilk bir yıl içerisinde bağışıklama, çevresel koşullar, beslenme yetersizliği gibi nedenler ile gerçekleştiği düşünülür ise bu parametrede ki iyileşme ülke olarak bu risk faktörleri ile başa çıkabilme özelliğimizin iyi olduğunu ifade etmektedir.

Toplam sağlık harcamaları içinde vatandaşların sağlık hizmetleri için ceplerinden yapmış oldukları harcama düzeyi, o ülkede vatandaşların sağlık risklerine karşı ne kadar korunduğunu gösteren ölçütlerden biridir. Bireyler, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kurumları tarafından kapsam altına alınmadığında ya da sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşadıklarında ceplerinden harcama yaparak sağlık ihtiyaçlarını karşılama yoluna gitmektedirler. Sosyal devlet anlayışının hâkim olduğu bir ülkede cepten yapılan sağlık harcamalarının düzeyinin daha az olması

beklenir[508]. Ülkemizde cepten ödeme yoluyla sağlık hizmetine erişen ve bu nedenle yoksullaşan hanelerin oranı Şekil-18'de belirtilmiştir.



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Yoksul Hane Oranı	4,07	4,51	4,16	3,6	3,26	2,72	2,77	2,62	1,78	1,01	1,29	1,2	1,18	1,33
Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı	0,81	0,75	0,84	0,64	0,59	0,68	0,36	0,48	0,37	0,17	0,14	0,22	0,31	0,3
Sağlık Harcaması Nedeniyle Yoksullaşan Hane Oranı	0,43	0,25	0,28	0,23	0,34	0,19	0,17	0,22	0,15	0,15	0,07	0,15	0,12	0,13

Şekil 18: Yıllara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması, (%), Türkiye
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.220.

Toplam sağlık harcamaları içinde cepten ödeme ile yapılan sağlık harcamalarının payının azalması, kamunun sağlık hizmetlerinin finansmanındaki payının arttığını göstermektedir. Bunun yanı sıra kamunun sağlık hizmetleri sunumundaki payı arttığında, katastrofik sağlık harcamaları, yani bireyleri yoksullaştıran sağlık harcamaları da azalma eğilimi göstermektedir. Şekle göre; 2002 yılından bu yana katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı azalmıştır. Birbirine bağlı olarak yoksullaşan hane oranı da giderek azalma göstermiştir.

TÜİK tarafından gerçekleştirilen yaşam memnuniyeti anketinden elde edilen verilere göre; genel kamu hizmetlerine duyulan memnuniyet düzeyi sonuçları arasında yer alan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılındaki %39,5 olan seviyesinden 2016 yılında %75,4'e yükselmiştir. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre memnuniyet düzeyinin en yüksek olduğu hizmetler arasında, sağlık hizmetleri ile ilişkili

[508] Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s.61.

olarak, SGK hizmetlerinin yer aldığı değerlendirmesi yapılmıştır. 2015 yılında %58,7 olan memnuniyet düzeyi 9,2 puan artış ile 2016 yılında %67,9'a yükselmiştir[509].

Sağlık düzeyine etki eden belirleyicilerin, Dünya ile paralel olarak belirgin bir iyileşme gösterdiğini söyleyebiliriz. Fakat bu iyileşmenin daha da ileriye taşınması gerekmektedir. Dünyaya gözlerini açan her canlının en iyi insani koşullarda yaşamaya hakkı vardır. Fuchs'un "Kim Yaşamalı" adlı ünlü eserindeki temel soru çerçevesinde denilebilir ki bir ülkenin sağlık sisteminin sahip olduğu şartları mümkün olan en ileri imkânlara kavuşturarak herkesin eşit ve en insani şartlarda yaşaması sağlanmadıkça yapılacak çok şey var demektir. Uluslararası karşılaştırmalardan elde ettiğimiz veriler de bu yargıyı desteklemektedir.

3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN FİNANSMANI

Ülkemiz de sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel kesimce sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı arz tarafıyla ele alındığında büyük oranda kamusal kaynaklarla finanse edilmesi nedeniyle bir kamu hizmeti olarak görülmektedir[510]. Talep kesiminin finansmanı ise kamusal kaynaklar, işçi ve işveren primleri, cepten ödemeler ve özel sigorta gibi kaynaklar ile sağlanmaktadır[511].

Türkiye sağlık sisteminin finansman yapısı arz edenler açısından SGK'nın kurulması ile tek kurumun uhdesi altına alınmıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanununun yayımlanması ile 2006 yılında kurulan SGK, daha önce farklı kurumsal kimlikleri olan, SSK, Bağkur, Emekli Sandığı gibi sağlık hizmetini finanse eden kurumları SGK çatısı altında bir araya getirmiştir.

SGK'nın tanımına göre Genel Sağlık Sigortası; *"kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır"*[512]şeklinde tanımlanmaktadır.

2006 yılından önce Türkiye'de SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı ve yeşil kart gibi çeşitli kurumlar ve bunların finansman uygulamaları söz konusuydu. SDP ile sağlık

---

509 TÜİK, **Yasam Memnuniyeti Araştırması, 2016**, Haber Bülteni, Sayı: 24641, 22.02.2017, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24641 (13.05.2017).

510 Orhaner, **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, s.54

511 Sargutan, s.203.

512 SGK, **Genel Sağlık Sigortası**, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013/12, Yayın No:79, Ankara, Nisan 2013, s.1.

hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmış, SGK finansör konumuna geçmiştir. 2006 yılından sonra 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile bu kurumların SGK bünyesinde toplanmasıyla finansal anlamda da birliktelik sağlanmıştır. Genel sağlık sigortası sistemine ise 2008 yılında yayınlanan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile geçilmiştir[513].

Tüm kurumların SGK adı altında birleştirilmesinden sonra; Türkiye'de sağlık sisteminin finansman modelinin karma bir nitelik gösterdiği söylenebilir. Nüfusun %85'inden daha fazlası için zorunlu sağlık sigortası (Bismarck Modeli) ve kamu yardımı (beveridge modeli) uygulanmakta bunun yanında özel harcamalar da yapılmaktadır[514].

Ülkemizde 01 Ocak 2012 itibariyle "Zorunlu Genel Sağlık Sigortası" uygulamasına geçilmiştir. Bireylerin sağlık hizmetleri, aldığı hizmetler ile bağıntılı olarak SGK tarafından finanse edilmektedir. Tablo-8'de 2012-2015 yılları arasında SGK kapsamındaki nüfusa yer verilmiştir[515].

Tablo 8: Sosyal Güvenlik Kapsamı (5510 Sayılı Kanunun 4-1/a, 4-1/b, 4-1/c Maddesi Kapsamında) 2012-2016

Yıllar	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Türkiye Nüfusu	75.627.384	76.667.864	77.695.904	78.741.053	79.814.871
Sosyal Güvenlik Kapsamı	62.899.043	62.789.365	65.060.709	67.330.236	68.205.218
Sigortalı Nüfusun Türkiye Nüfusuna Oranı (%)	83,00%	81,90%	83,70%	85,5%	85,5%
Kapsam Dışı Nüfus Oranı (%)	17,00%	18,10%	16,30%	14,5%	14,5%

Kaynak: SGK, **İstatistik Yıllıkları**, 2016, (10.04.2017), http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari.

---

513 Ali Güvercin ve Diğerleri, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)", **Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi**, Yıl 2016, Cilt:7, Sayı:13, s.86.

514 Atasever, s.43.

515 **4A**: Eski sistemde SSK'ya prim ödeyenler, yani herhangi bir iş yerinde sözleşmeli işçi olarak çalışanlardır. 4/a 5510 sayılı yasa ile SGK kapsamında olanlara 4-a'lı denmektedir.
4B: Eski sistemde BAĞ-KUR'a prim ödeyenler, 5510 sayılı Kanuna göre kendi adına bağımsız olarak çalışan esnaf, sanatkâr, tüccar, serbest meslek erbabı kişilere 4-b'li denmektedir.
4C: Eski sistemde Emekli Sandığı'na bağlı, devlet memurlarıdır. Bu gruptakiler 5510 ile 4-c'li olarak anılmaktadır. Detaylı bilgi için Bkz. SGK, http://www.sgk.gen.tr/genel/4a-4b-4c-nedir.html, (13.05.2017).

Tablo'daki veriler incelendiğinde sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınan nüfusun, genel nüfusa oranının 2016 yılı itibariyle %85,5 düzeyinde olduğunu görüyoruz. Kapsam dışı nüfus oranı 2002'deki %17 düzeyinden 2015 yılında %14,5'a düşmüş olmak ile birlikte bu %14,5'luk kesim Genel Sağlık Sigortası kapsamının dışında tanımlanmıştır. Türkiye'de nüfusun büyük bir bölümü 2012 yılında Genel Sağlık Sigortası sistemine zorunlu olarak dâhil edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile "Evrensel Sağlık Kapsamı" bağlamında nüfusun tamamının sigortalı olması hedeflenmektedir. Evrensel kapsayıcılık ilkeleri; herkesin sigorta kapsamına alınması, yararlanılan sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin kamusal kaynaklar ile karşılanmasını ifade etmektedir[516].

Sigortalı sayılmayanlar 5510 sayılı kanunun 6. Maddesinde tanımlanmıştır. Buna göre askerlik hizmetini ifa eden er ve erbaşlar, kendi ülkesinde sigorta kapsamında olan yabancılar, tutuklular vb. şeklinde sıralanmıştır[517]. Dolayısıyla kapsam dışında kalan nüfus azalmaya devam etse de her zaman bu grupta değerlendirilecek bir kesim söz konusu olacaktır. Türkiye'de sağlık hizmetlerini finanse eden ve GSS kapsamında ele alınabilecek dört çeşit kaynak mekanizması bulunmaktadır. Bunlar: çalışan ve işverenlerden tahsil edilen primler, vergiler, doğrudan cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır.

GSS'nin gelir kaynakları arasında en büyük payı oluşturan sigorta primleri; bireylerin sigorta primine esas kazancı üzerinden alınmaktadır ve oran olarak %12,5'dir. Bu primin %5'ini çalışan yani sigortalı, %7,5'unu işveren ödemektedir. Yalnızca GSS'ye bağlı olanlar için katkı payı prime esas kazanç üzerinden %12'si şeklinde uygulanmakta ve Devlet, sigortalının prime esas kazancını esas alarak; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları için %5 oranında; genel sağlık sigortası için ise %3 oranında katkı yapmaktadır[518].

GSS kapsamında yer alanlar ve katkı oranlarına Tablo-9'da yer verilmiştir.

---

[516] Bülent Kılıç, "Sağlıkta Dönüşüm Programının Evrensel Kapsayıcılık ve Eşitlik İddiaları Üzerine Bir Eleştiri", **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Sayı:28, Eylül-Ekim-Kasım 2013, s.10.

[517] **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu,** Kanun No: 5510, 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm (22.06.2017).

[518] **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu,** Kanun No: 5510, 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm (22.06.2017).

Tablo 9: GSS Kapsamı ve Katkı Oranları

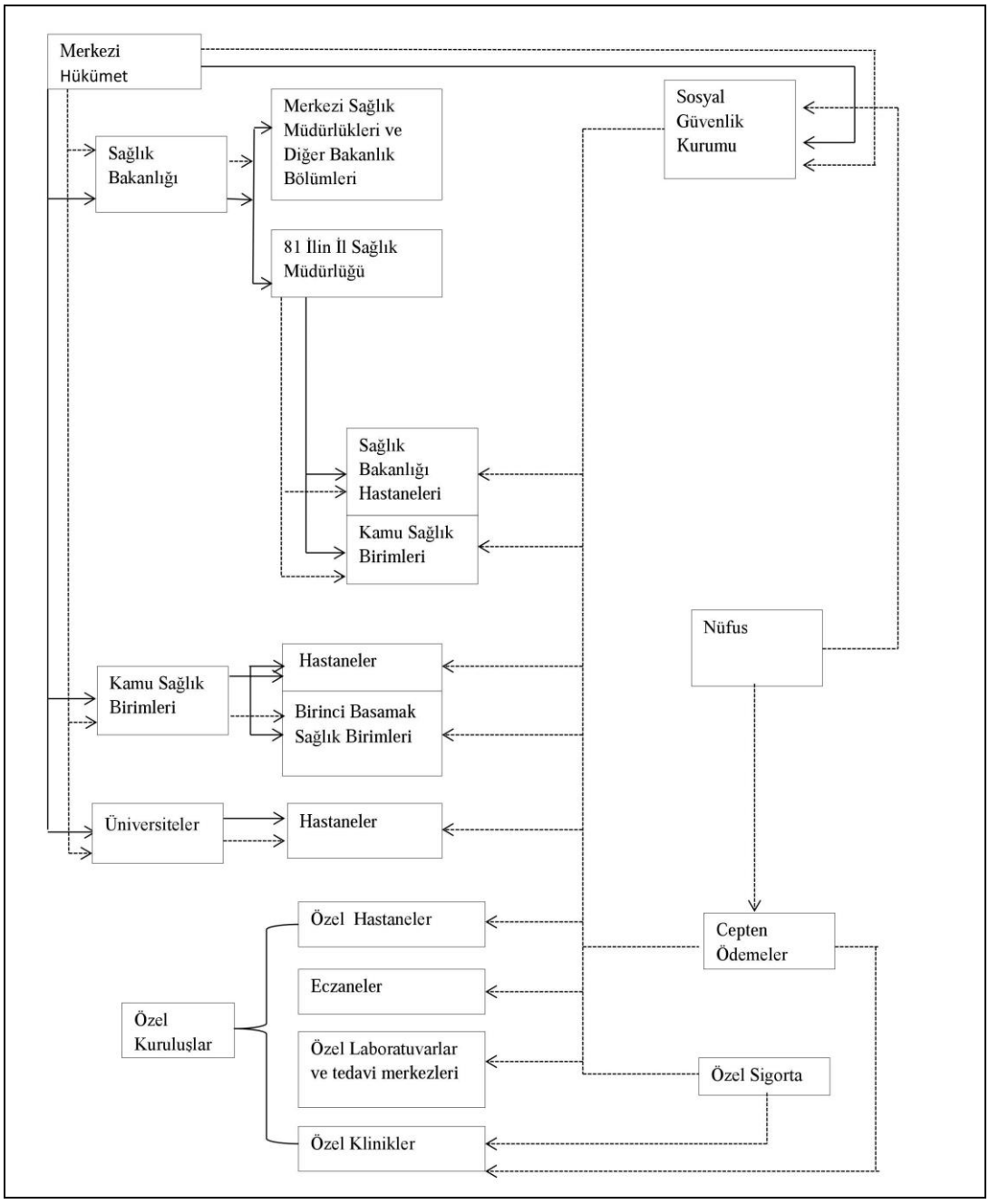
Popülasyon Grubu	Kapsam Mekanizması	Katkı Kaynağı ve Oranı	Zorunlu veya Gönüllü Üyelik	Bağımlılar İçin Kapsam
Özel Sektör Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 Çalışan Katkısı)	Zorunlu	Evet
Mavi Yakalı Kamu Sektörü Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 Çalışan Katkısı)	Zorunlu	Evet
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	Genel Sağlık Sigortası	Prim İçin Temel Olarak Belirlenen Gelirin %12'si	Asgari Ücretten Daha Fazla Geliri Olanlar İçin Zorunlu	Evet
Tarım İşçileri	Genel Sağlık Sigortası	Prim İçin Temel Olarak Belirlenen Gelirin %12'si	Asgari Ücretten Daha Fazla Geliri Olanlar İçin Zorunlu	Evet
Aktif Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel Bütçe Maaşın %12'si	Zorunlu	Evet
Emekli Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Emekliler Aktif Memurken Katkı Yaptığı İçin Prim Ödememektedir.	Zorunlu	Evet
Aylık Geliri Asgari Ücretin 1/3 ünden Daha Az Olan Vatandaşlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel Bütçe	Uygunluk Testi Söz Konusu	Hayır
İşsizlik Sigortası Kapsamında Olan İşsizler	Genel Sağlık Sigortası	Genel Bütçe	Uygun Olduğunda	Hayır
Ülkede İkamet Eden Yabancılar	Genel Sağlık Sigortası	Prim İçin Temel Olarak Belirlenen Gelirin %12'si	Gönüllü	Hayır

Kaynak: Özlem Özer, Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama**, 1.Baskı, Ankara: ABSAM, 2015, s.67-68.

SGK, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansmanında %80'lik bir paya sahiptir. SGK sağlık hizmetlerinin finansmanında üçüncü taraf yani ödeyici olarak yer almaktadır. Sağlık hizmetlerini kamu veya özel sağlık hizmet sunucularından satın alır. Satın aldığı hizmetlere yönelik ödemeler ise önceden imzalanan anlaşmalar çerçevesinde gerçekleştirilmektedir[519].

Şekil-19'da Türkiye'nin sağlık sisteminde gerçekleşen temel mali akışlara yer verilmiştir. Düz çizgiler ile yönetimsel düzeydeki ilişkiler ifade edilirken kesikli çizgiler ile finansal akışlar gösterilmiştir.

[519] Güvercin ve Diğerleri, s.90.



Şekil 19: Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar

Kaynak: Özlem Özer, Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama**, 1.Baskı, Ankara: ABSAM, 2015, s.70.

Şekil 19-da merkezi hükümetten aktarılan finansal kaynakların SGK aracılığı ile tüm hizmet sunucularına tek bir kanaldan aktarıldığını izlemek olanaklıdır. Sağlık Bakanlığı, Kamu Sağlık Birimleri ve üniversiteler ise direkt merkezi bütçeden finanse edilmektedir.

3.4. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Bir ülkenin sağlık harcamalarının düzeyi ve yanı sıra söz konusu ülkenin sağlık harcamalarının diğer ülkeler ile karşılaştırılması yoluyla mevcut durum analizleri yapılarak, sağlık sisteminin geleceğine yönelik kararlar verilebilmektedir. OECD, DB ve DSÖ gibi kuruluşlar uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayacak düzeyde istatistikleri derlemektedirler. OECD, sağlık ile ilgili verilerin izlenebilmesini kolaylaştırmak üzere Ulusal Sağlık Hesapları sistemini oluşturmuştur. Bu sistem ile ilgili 2011 yılında bir rapor yayınlamıştır. Ülkemizde de sağlık istatistikleri bu rapordaki yöntemden yararlanarak hazırlanmaktadır[520]. Bahsi geçen uluslararası kuruluşlar ile TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı verilerinden yararlanarak bu bölümde sağlık harcamaları incelenmiştir.

3.4.1. Sağlık Harcamalarında Uluslararası Karşılaştırmalar

Ülkelerin sağlık harcamaları; gelir gruplarına, coğrafi konumlarına ya da mensubu olduğu bölgesel birliğe göre izlenebilmektedir. Bu bölümde bu mantaliteden yararlanarak sağlık harcamaları derlenmiştir.

Tablo 10: Kamusal Sağlık Harcamalarının Oranı, 2014

Kamusal Sağlık Harcamaları Oranı, 2014	AB	OECD	Dünya	Üst Gelir	Üst Orta Gelir	Orta Gelir	Alt Orta Gelir	Alt Gelir	Türkiye
Sağlık Harcamaları, Kamu (GSYİH'nın %)	7,8	7,7	6,0	7,7	3,4	3,0	2,4	2,5	3,7
Sağlık Harcamaları, Kamu (Kamu Harcamalarının %)	15,9	17,8	-	17,8	-	-	-	-	10,5
Sağlık Harcamaları, Kamu (Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi)	77,8	62,1	60	62,2	54,9	51,9	37,1	42,3	77,4

Kaynak: Dünya Bankası, **Sağlık İstatistikleri**, https://data.worldbank.org/topic/health, (22.07.2017).

Bu kapsamda ilk olarak Tablo-10'daki verilerden yararlanarak AB, OECD, gelir gruplarına göre ülkeler, Dünya ortalaması ve Türkiye'nin verileri karşılaştırılmıştır. Türkiye kamu harcamaları için GSYH'dan sağlığa ayrılan pay açısından AB, OECD ve Dünya ortalaması ile karşılaştırıldığında bu ülke grupları ile

[520] OECD, bu raporu 2017 yılında güncellemiştir. Detaylı bilgi için Bkz. OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), **A System of Health Accounts 2011: Revised edition**, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en. (02.08.2017).

arasında yaklaşık 2 kat fark bulunmaktadır. Gelir grupları açısından değerlendirildiğinde üst orta gelir grubundaki ülkeler ile yine 2 kat fark bulunurken, üst orta gelir grubundaki ülkelerden %30 daha fazla kamusal kaynağı sağlığa ayırmaktadır. Alt ve alt orta gelir grubundaki ülkelere göre Türkiye sağlığa yaklaşık 1,5 kat daha fazla kaynak ayırmaktadır. Kamu harcamalarının yüzdesi olarak değerlendirildiğinde de durum benzerdir. Toplam sağlık harcamalarından sağlığa ayrılan kamusal kaynaklar açısından Türkiye, Avrupa Birliği ile paralellik göstermektedir. Sağlık harcamalarının %77,4'ü kamusal kaynaklar ile karşılanmaktadır.

"Dünya Sağlık İstatistikleri (2015) raporu"nda; Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın yüzdesi olarak 2000 yılında %7,7 olarak gerçekleşen küresel sağlık harcamalarının 2012 yılında %8,6'ya yükseldiği ifade edilmektedir[521]. "*Dünya Sağlık İstatistikleri (2016) raporu"*nda ise bütçeden sağlık için ayrılan kamusal kaynakların artış gösterdiği, özellikle kişi başına düşen kamu harcamalarında %40 oranında artış gerçekleşirken cepten yapılan ödemelerin 2010-2013 döneminde %35'ten %31'e düştüğü belirtilmektedir[522].

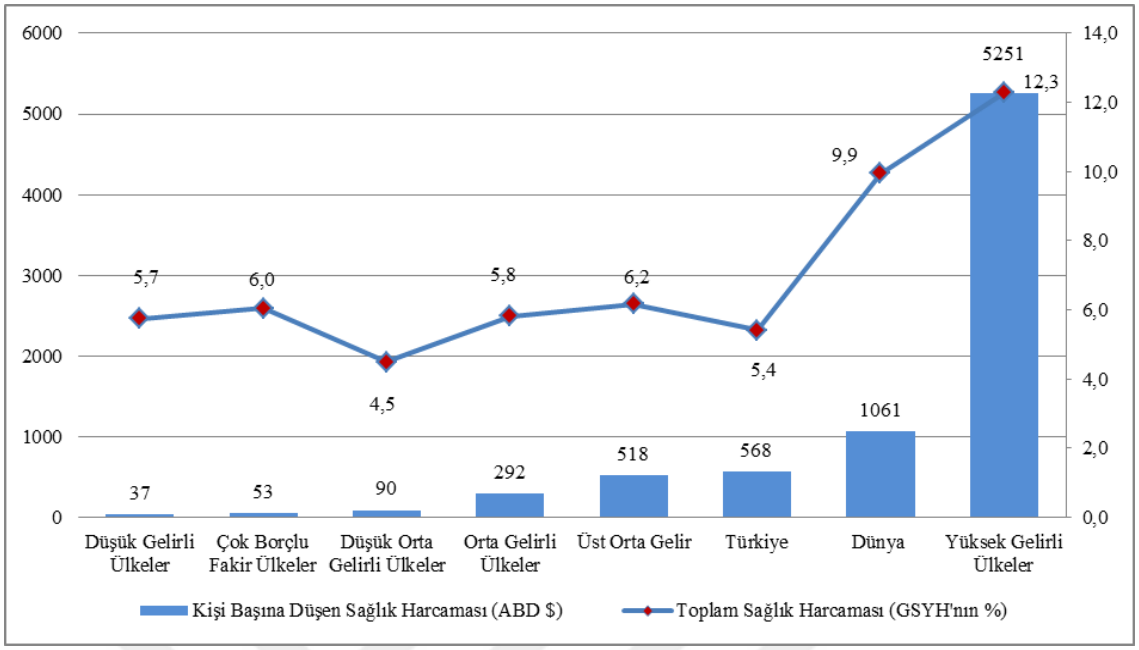
Sağlığa yönelik istatistikler ile ilgili en büyük kısıt güncel verilere ulaşma konusunda yaşanmaktadır. DB'den elde edilebilen ve karşılaştırmalı analizlere fırsat veren en son veriler 2014 yılına aittir. Bu nedenle gelir ve bölge gruplarına göre sağlık harcaması grafiğindeki veriler bu yılı kapsamaktadır.

2014 yılı için kişi başına düşen sağlık harcamaları ve GSYİH'nin yüzdesi olarak sağlık harcamaları, ülkelerin gelir grupları kapsamında Şekil-20'de ele alınmıştır.

---

[521] WHO, **World Health Statistics 2015**, World Health Organization, 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1 (02.12.2016), s.134.

[522] WHO, **World Health Statistics 2016**, World Health Organization, 2016, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/, (03.07.2017), s.39.

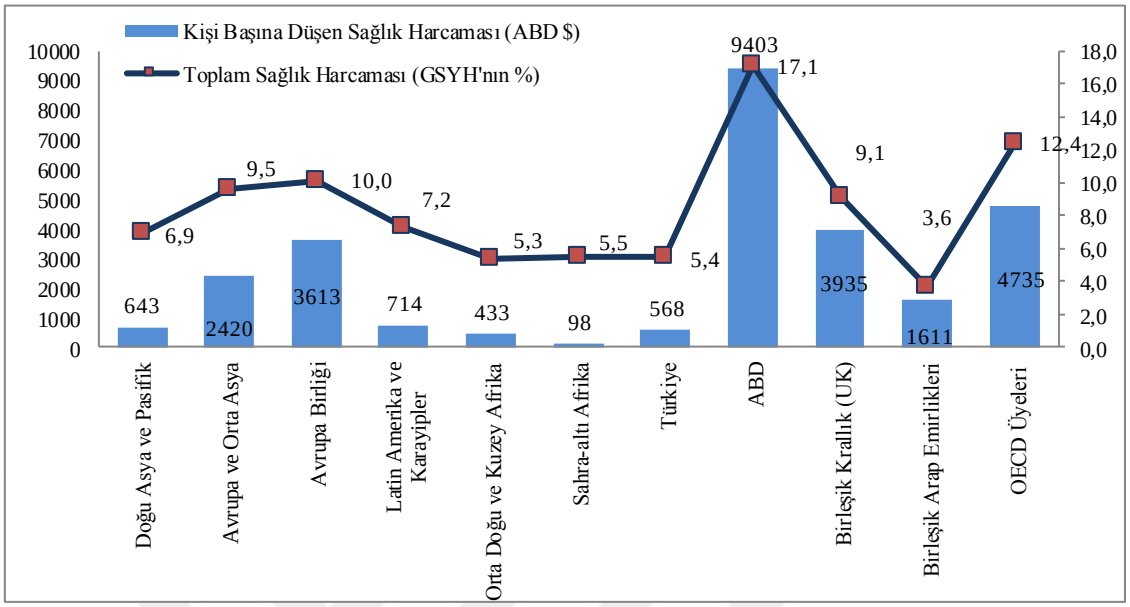


Şekil 20: Gelir Gruplarına Göre Sağlık Harcamaları, 2014

Kaynak: Dünya Bankası, **Sağlık İstatistikleri**, Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması, (2011 yılı sabit fiyatları ile $), http://databank.worldbank.org/data/home.aspx, (25.05.2017).

Şekil-20'deki verilere göre; Dünya genelinde kişi başına düşen sağlık harcaması 1.061$ ve Dünya GSYİH'daki oranı 9,9'dur. Türkiye açısından değerlendirildiğinde ise; 2014 yılı için kişi başına düşen sağlık harcaması 568$ ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'daki payı %5,4 olarak gerçekleşmiştir. Yüksek gelir grubundaki ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması 5.251$, toplam sağlık harcamalarının GSYH'daki payı ise %12,3'tür. Türkiye, üst orta gelir grubundaki ülkeler ile karşılaştırıldığında kişi başına düşen sağlık harcaması daha fazla, sağlık harcamasının GSYH'daki payı ise daha düşüktür. Yüksek gelirli ülkelerde ise kişi başına düşen sağlık harcaması Türkiye'nin yaklaşık 5 katı, GSYH'daki payı ise 2,5 kat daha fazladır. Yüksek gelir grubundaki ülkeler, kişi başına düşen sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamasının GSYH'daki payı açısından Dünya ortalamasının üzerindedir. Bu durum bazı ülkelerin sağlık harcamalarının göreli olarak diğerlerinden daha fazla olduğunu göstermektedir.

Sağlık harcamaları bölge grupları açısından ele alındığında 2014 yılı için kişi başına düşen sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamalarının GSYH'daki payı Şekil-21'deki gibi gerçekleşmiştir.

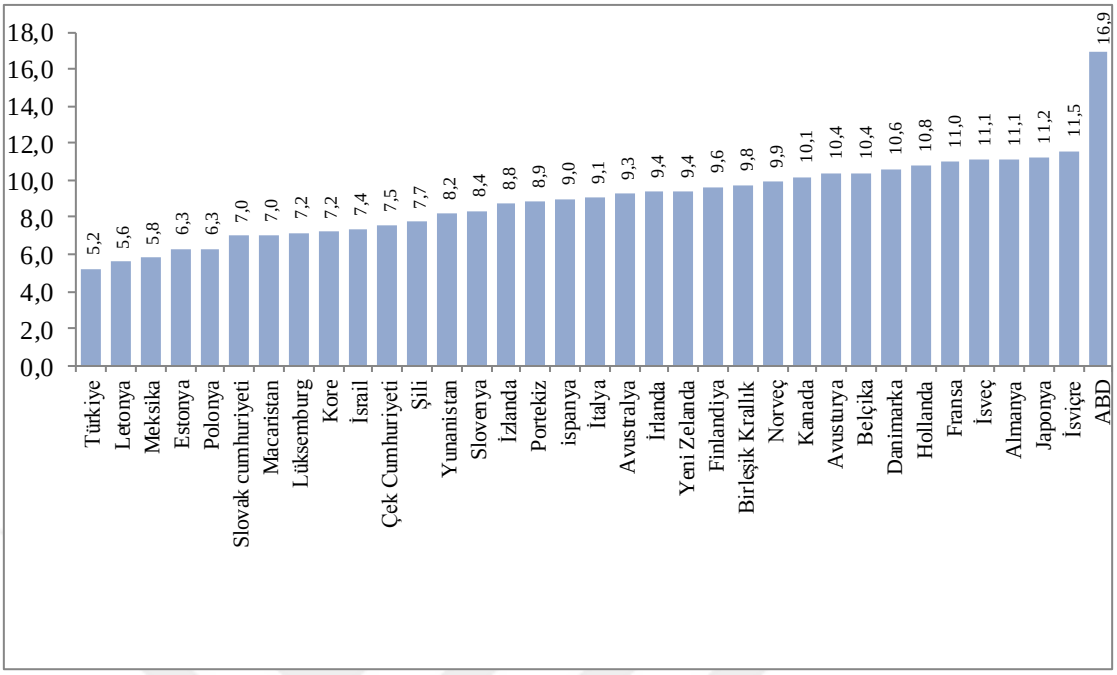


Şekil 21: Bölge Gruplarına Göre Sağlık Harcaması

Kaynak: Dünya Bankası, **Sağlık İstatistikleri**, 2014, http://databank.worldbank.org/data/home.aspx. (25.05.2017).

Kişi başına düşen sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke ABD, en düşük olduğu bölge ise şaşırılmayacak bir şekilde Sahra-Altı Afrika'dır. Türkiye, kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından OECD ülkeleri ve Avrupa Birliği ile kıyaslandığında oldukça geridedir. Daha iyi durumda bulunduğu bölgelerse Sahra-Altı Afrika ve Orta Doğu ve Kuzey Afrika'dır.

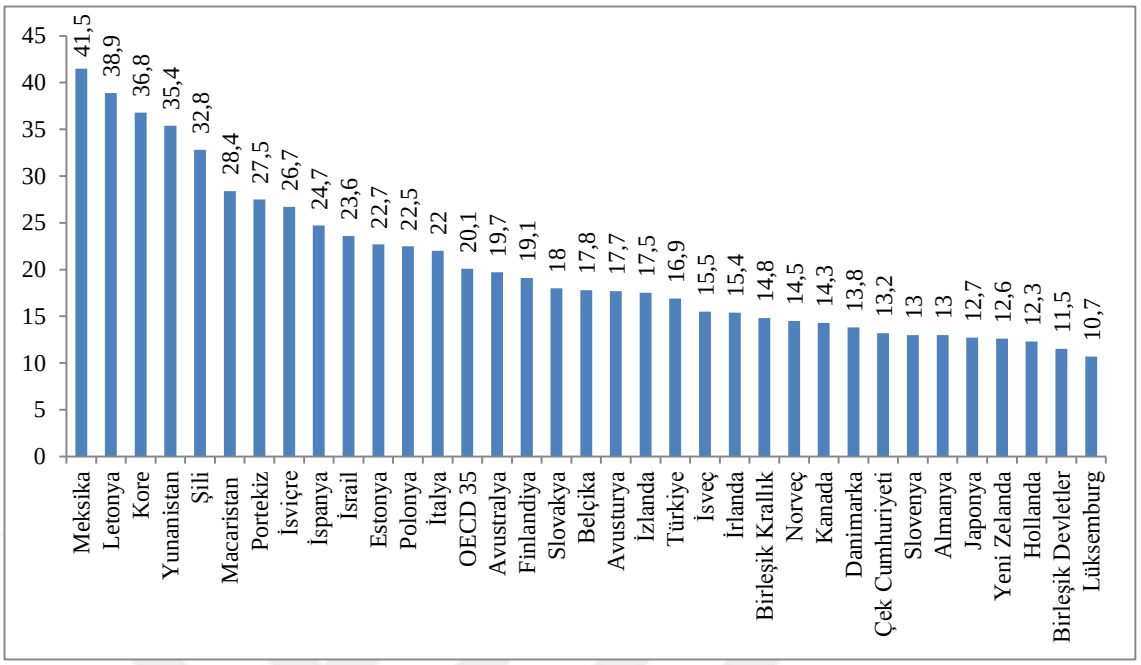
2015 yılı verileri çerçevesinde OECD ülkelerinin GSYH'daki payı göz önünde bulundurulduğunda Şekil-22'de izlenebileceği üzere en az payı ayıran ülkenin Türkiye, en fazla payı ayıran ülkenin ABD olduğu görülmektedir. ABD'nin sağlığa en fazla pay ayıran ülke olması sağlık harcamalarının verimli oluşunu göstermemektedir. Bize göre; sağlık harcamalarının belirli bir düzeyde sürdürülebilirliğini sağlamak ve nitelik artışını gerçekleştirmek esas unsur olmalıdır. Keza, ABD'nin sağlık harcamaları OECD ülkeleri arasında düzeyi en yüksek (OECD verilerine göre, %16,9) olan ülke olmasına rağmen sağlık sisteminin niteliksel olarak yetersiz olduğu bilinmektedir.



Şekil 22: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH'daki Payı (%) (2015)
Kaynak: OECD, **Sağlık İstatistikleri**, http://stats.oecd.org/, (25.05.2017).

OECD'nin karşılaştırmalı ülke notlarına ait istatistiklerine göre (2015), Türkiye'nin sağlık harcamalarında 2007 yılından yana diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında büyük bir artış kaydettiği ve 2013 yılında kişi başına sağlık harcamasının reel olarak %5,4 oranında arttığı belirtilmektedir. Bu istatistikler de kamu sağlık harcamalarının bu artıştaki payı %4,3 oranındayken cepten ödenen özel sağlık harcamalarının oranı %12'dir. Türkiye'nin sağlık sistemi ile ilgili yapılan hesaplamalar da tüm sağlık harcamalarının %52'sini oluşturan hastanelerin belirleyici bir rol oynadığı ifade edilmiştir. Bu oranın diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında en yüksek oran olduğu söylenmektedir[523]. Cepten yapılan sağlık harcamalarının kamusal harcamalarındaki artışa göre daha fazla olması ve hastanelerin sağlık harcamaları içerisindeki artan payı bu kaynakların özel sağlık kuruluşlarına harcandığını göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki bu farklılıklar, ülkelerin nitelik ve nicelik olarak farklı bileşenlerden etkilendiğini de desteklemektedir.

[523] OECD, **OECD Health Statistics 2015, Country Note: How Does Health Spending in Turkey Compare?** http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-TURKEY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf, (23.10.2015), s.1.



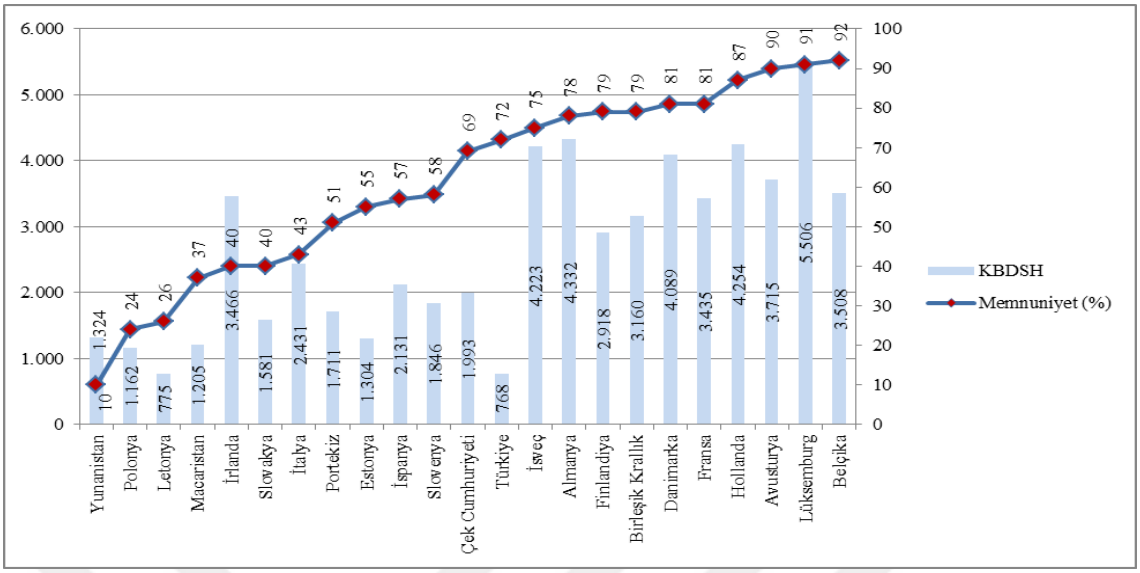
Şekil 23: Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması (%), 2014

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.218

Şekil-23'de OECD ülkeleri arasında cari sağlık harcaması içinde cepten yapılan cari sağlık harcamasının yüzdeleri karşılaştırıldığında, %41,5 ile cepten yapılan sağlık harcama oranının en yüksek olduğu ülkenin Meksika olduğu görülmektedir. Şekil-26'ya göre Lüksemburg ise cepten sağlık harcama oranının en düşük olduğu ülkedir. Türkiye %15,5 ile orta sıralarda yer almaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde niteliksel bir artış söz konusu olmasına rağmen, sağlık harcamaları açısından OECD üyeleri ile kıyaslandığında hem kişi başına düşen sağlık harcaması, hem de GSYİH'dan sağlık harcamalarına ayırdığımız pay açısından oldukça geride yer almaktayız.

Kişi başına düşen sağlık harcaması kadar, niteliksel ve niceliksel artışlardan duyulan memnuniyette oldukça önemli bir veridir. Şekil-24'de bu iki gösterge diğer ülkeler ile karşılaştırmalı olarak ifade edilmiştir.



Şekil 24 : Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Kamu Cari Sağlık Harcaması, (SGP ABD $), 2014

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.173.

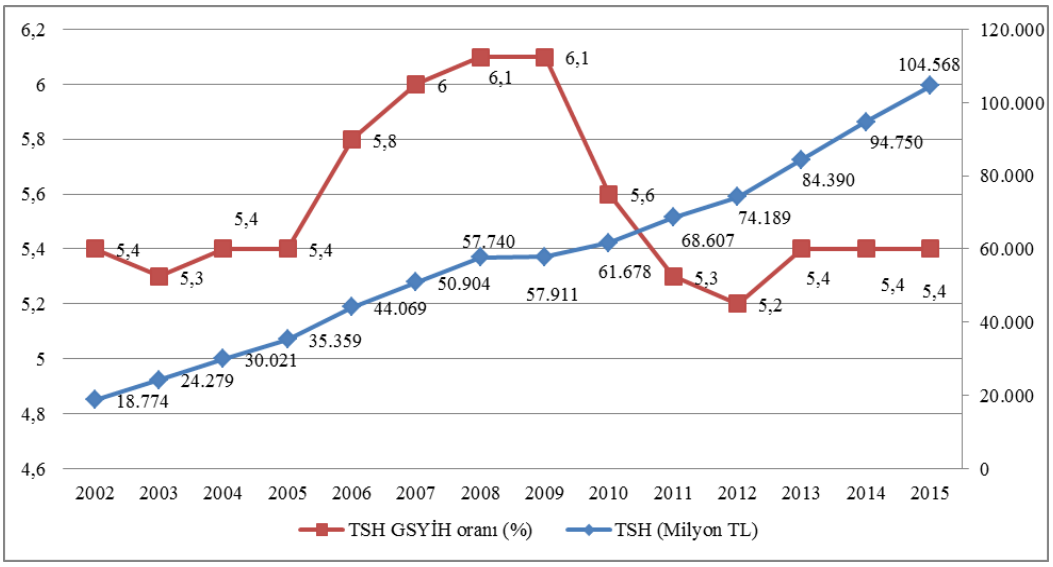
Şekil-24'e göre kişi başına düşen sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke Lüksemburg'dur. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet ise bu ülkede %91 düzeyindedir. Belçika'da ise Lüksemburg'a göre kişi başına düşen sağlık harcaması daha az olmasına rağmen memnuniyet düzeyi daha yüksektir. Karşılaştırılan ülkeler açısından kişi başına düşen sağlık harcaması en düşük ülke olan Türkiye memnuniyet düzeyi açısından kişi başına düşen sağlık harcaması yüksek olan ülkelere yakın bir nitelik göstermektedir.

Uluslararası karşılaştırmalar ülkeler için bir yol haritası belirlenmesine yardımcı olur. Fakat her ülkenin sağlık hizmeti talebine/arzına yönelik dinamikleri farklıdır. Dolayısıyla sağlık harcamalarının artışında bu dinamikleri doğru okuyabilmek ve ülkelerin sağlık politikalarına yönelik yaklaşımlarını bu doğrultuda belirleyebilmek asıl önem arz eden husustur.

3.4.2. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık harcamalarının; hizmet sunumu söz konusu olmayan işlemlerin faturalandırılması, gereksiz tetkik, tedavi ve ilaçların reçete edilmesi. İleri tetkiklerin tedavi aşamaları ile olan uyumsuzluğu yani bir hastalığın tetkiki için ileri

düzey bir tetkik istenmesi, mevzuata aykırı işlemlerin faturalandırılması[524] vb. pek çok faktörden dolayı artış gösterdiği bilinmektedir. Bu bölümde ülkemizde de devletin maliye politikasının araçlarından biri olan sağlık harcamalarına ilişkin temel ekonomik göstergelerden başlayarak sağlık harcamalarına ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır.

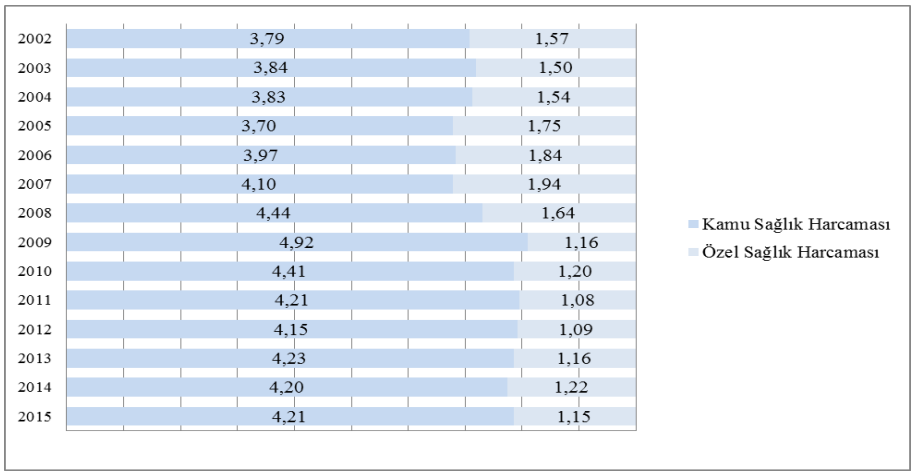


Şekil 25: Toplam Sağlık Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı
Kaynak: TÜİK, **Sağlık Harcamaları İstatistikleri,** http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (22.02.2017).

Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı gösteren ve Türkiye İstatistik Kurumundan elde edilen verilere göre 2002-2015 yıllarında toplam sağlık harcamasının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı ortalama %5,9 düzeyinde gerçekleşmiştir.

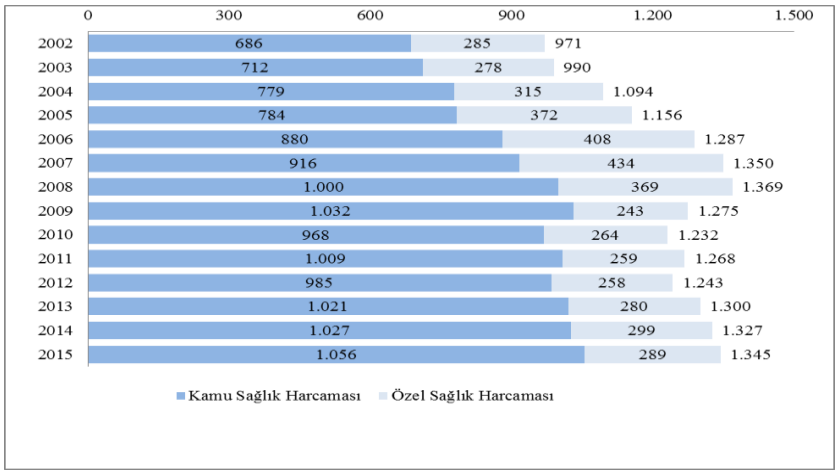
Toplam sağlık harcamaları 18.774 milyon TL'den 104.568 milyon TL'ye yükselmiştir. 2002-2015 döneminde toplam sağlık harcamaları 5,5 kat artış göstermiştir. Son üç yıllık veriye göre %5,4 seviyesinde seyreden sağlık harcamalarının ne kadarının kamusal kaynaklı ne kadarının özel kaynaklı olduğunu Şekil – 26'da görebilmek mümkündür.

[524] Yereli, Kobal ve Köktaş, s.9.



Şekil 26: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), (TR)
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015**, Ankara, 2016, s.212.

Şekil-26'ya göre kamu sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı yıllar itibariyle artış gösterirken özel sağlık harcamasının payı azalmıştır. Kamunun payındaki artış, GSS kapsamında güvence altına alınan nüfusun artmasına bağlanabilir. Bu yüzdelere karşılık gelen kişi başına düşen kamu harcaması ve kişi başına düşen özel harcama tutarının reel değerlerine Şekil – 27'de yer verilmiştir. Şekil-27'ye göre kişi başına düşen sağlık harcamalarının artış gösterdiğini fakat hem kamusal hem de özel sağlık harcamalarının oransal olarak düzeyini koruduğunu söyleyebiliriz.



Şekil 27: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, TL, Türkiye
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015**, Ankara, 2016, s.213.

Kişi başı sağlık harcaması, 2002 yılında 971 TL iken, 2015 yılında yaklaşık %30 artış göstererek, 1.345 TL'ye yükselmiştir. Tablo- 11 ise sağlık harcamalarına hizmet sunucuların sağlık harcamaları içindeki payı açısından yaklaşmak amacıyla hazırlanmıştır.

Tablo 11: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (%), 2010-2015

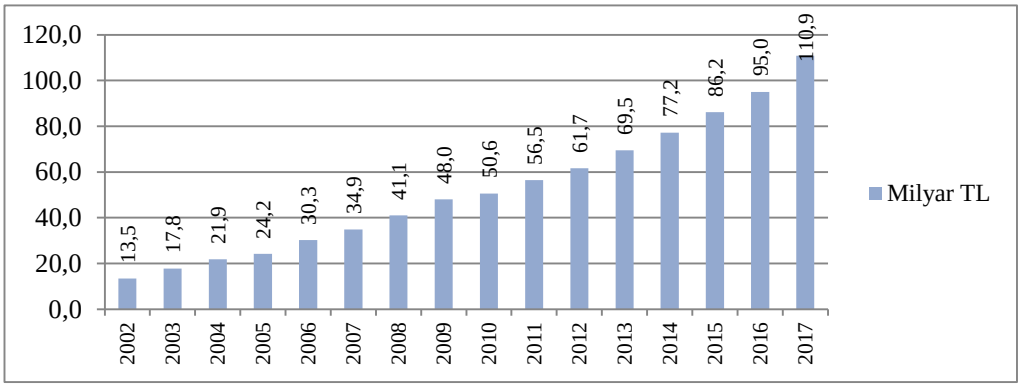
Hizmet Sunucusu	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hastaneler	40%	42%	49%	50%	49%	49%
Ayakta bakım sunanlar	18%	19%	14%	13%	12%	12%
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	31%	30%	26%	25%	25%	25%
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	1%	1%	3%	4%	4%	4%
Sınıflandırılamayan diğer kategori	4%	4%	3%	3%	3%	3%
Yatırım	5%	5%	5%	6%	6%	7%

Kaynak: TÜİK, Bilgi Dağıtım ve İletişim Dairesinden alınmıştır. (17.04.2017)

Tablo-11'e göre hastanelerin sağlık harcamaları hizmet sunucuları toplamı içerisindeki en büyük payı oluşturmaktadır. OECD'nin ülke notu istatistiklerinde de bu durum ile ilgili bir değerlendirme mevcuttur. Bu verinin ifade ettiği durum tedavi harcamalarına ayrılan payın da yüksek olmasıdır. Hizmet sunanlar açısından en az payı alan halk sağlığı programlarıdır.

3.4.3. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları

Ülkemizde kamusal sağlık harcamalarının toplamı incelendiğinde bu sektöre 110 milyar civarında bir kamusal kaynağın ayrıldığı söylenebilir.



Şekil 28: Toplam Kamu Sağlık Harcamaları

Kaynak: Maliye Bakanlığı, **2017 Bütçe Sunuş Konuşması**, http://www.gep.gov.tr/Web/GenelMudurlukDokuman.aspx?prmts=1577. (10.05.2017). s.61.
* 2017 rakamı bütçe tahminidir.

Ülkemizde kamu kesiminin sağlık harcamaları; cari sağlık harcamaları ve sağlık yatırımlarından oluşmaktadır. Cari sağlık harcamalarına ilişkin kalemler; teşhis ve tedavi harcamaları, temel ve koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar, ilaç harcamaları, yönetimsel harcamalar ve diğer harcama kalemlerinden oluşmaktadır. Tablo-12'de kamu kesiminin yıllara göre cari sağlık harcamaları ve sağlık yatırımlarına ilişkin sağlık harcaması rakamlarına yer verilmiştir.

Tablo 12: Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları, (Milyon TL)

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Cari Sağlık Harcamaları	12.769	16.907	20.755	23.031	28.794	32.552	38.690	45.549	47.843	53.610	58.496	65.727	72.616
Teşhis ve Tedavi Harcamaları	5.531	7.457	9.169	10.072	14.031	16.126	20.057	22.958	25.382	29.396	34.022	38.614	42.447
Temel ve Koruyucu Sağlık Harcamaları	953	1.332	1.883	2.293	2.910	3.284	3.910	4.877	5.592	6.810	8.207	8.999	10.261
İlaç Harcamaları	5.332	6.919	8.201	8.921	10.216	11.209	13.029	16.135	15.350	15.879	14.484	15.753	17.628
Diğer Harcamalar	754	983	1.242	1.435	1.316	1.496	1.367	1.218	1.152	1.105	1.286	1.501	1.369
Sağlık Yönetimi	198	214	260	310	321	438	327	361	367	419	498	861	910
Sağlık yatırımı	781	859	1.133	1.170	1.525	2.311	2.376	2.405	2.773	2.882	3.171	3.817	4.599
Toplam kamu kesimi sağlık harcamaları	**13.550**	**17.766**	**21.888**	**24.201**	**30.319**	**34.864**	**41.066**	**47.954**	**50.616**	**56.492**	**61.667**	**69.544**	**77.215**

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2014**, Temmuz 2015, s.260.

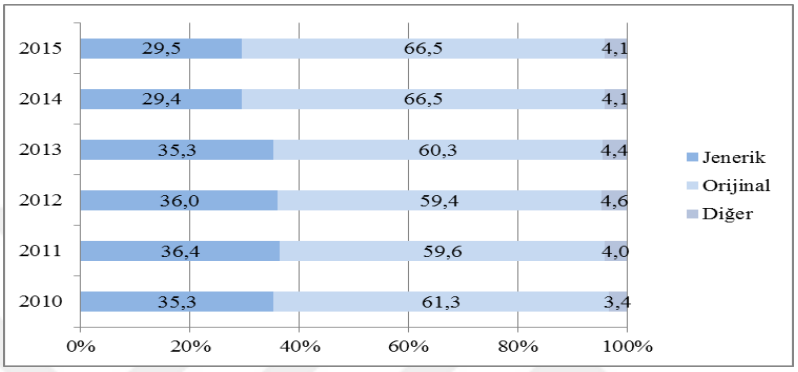
Kamu kesiminin sağlık harcamaları içerisinde cari sağlık harcamalarını oluşturan kalemlerden en büyük payı teşhis ve tedavi harcamaları almaktadır Teşhis ve tedavi harcamalarını, ilaç harcamaları ve koruyucu sağlık hizmetleri izlemektedir. Tablo- 13'de, Tablo 12'de belirtilen kamu kesimi sağlık harcamalarının GSYH'a oranı izlenebilir.

Tablo 13: Kamu Kesimi Sağlık Harcamalarının GSYH'a Oranı, (%)

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Cari Sağlık Harcamaları	3,64	3,72	3,71	3,55	3,80	3,86	4,07	4,78	4,35	4,13	4,13	4,19	4,15
-Teşhis ve Tedavi Harcamaları	1,58	1,64	1,64	1,55	1,85	1,91	2,11	2,41	2,31	2,27	2,40	2,46	2,43
-Temel ve Koruyucu Sağlık Harcamaları	0,27	0,29	0,34	0,35	0,38	0,39	0,41	0,51	0,51	0,52	0,58	0,57	0,59
-İlaç Harcamaları	1,52	1,52	1,47	1,37	1,35	1,33	1,37	1,69	1,40	1,22	1,02	1,01	1,01
-Diğer Harcamalar	0,22	0,22	0,22	0,22	0,17	0,18	0,14	0,13	0,10	0,09	0,09	0,10	0,08
-Sağlık Yönetimi	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,05	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04	0,05	0,05
Sağlık Yatırımı	0,22	0,19	0,20	0,18	0,20	0,27	0,25	0,25	0,25	0,22	0,22	0,24	0,26
Toplam Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları	3,87	3,91	3,92	3,73	4,00	4,13	4,32	5,03	4,61	4,35	4,35	4,44	4,41

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2014**, Temmuz 2015, s.26.

2017 bütçesinden ilaç harcamaları için 24 milyar, tedavi harcamaları için 50 milyar, aile hekimliği için 6,4 milyar TL kaynak ayrılmıştır. Aşılama faaliyetleri için ise 830 milyon TL kaynak ayrılmıştır[525]. Kamu kesimi harcamaları içerisinde oransal olarak en büyük payı alan kalemlerden biri olan ilaç harcamalarına ilişkin verilere Şekil - 29'da yıllara ve referans türüne göre yer verilmiştir.



Şekil 29: Yıllara ve Referans Türüne Göre İlaç Harcamalarının Dağılımı (%)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.169.

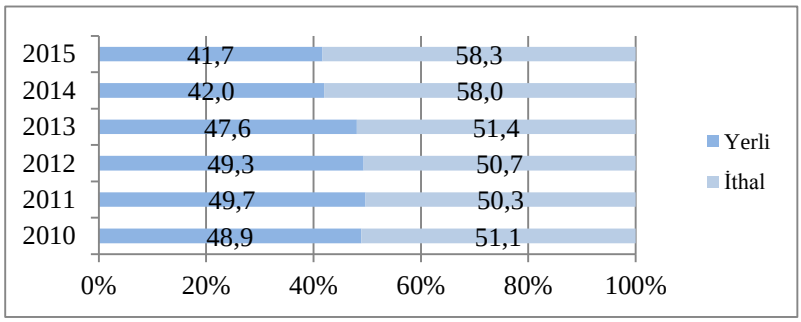
İlaç harcamaları; jenerik, orijinal ve diğer olmak üzere üç kategoride incelenmektedir[526]. Yıllara göre değerlendirildiğinde, bu harcama türünün ortalama %60'ı orijinal ilaçlar için yapılırken yaklaşık %30'u jenerik ilaçlar için yapılmaktadır. %4 oranında bir harcama ise diğer kategorisinde değerlendirilen ilaçlar için gerçekleşmektedir.

İlaçların yerli ve ithal olması durumuna göre yapılan harcamaların dağılımına Şekil- 30'da yer verilmiştir. Şekile göre, Türkiye'de ilaç harcamalarının %50'sinden fazlası ithal edilmektedir.

---

[525] T.C. Maliye Bakanlığı, **2017 Bütçe Sunuş Konuşması**, 5 Aralık 2016, http://www.gep.gov.tr/Web/GenelMudurlukDokuman.aspx?prmts=1577. (10.05.2017), s.65-66.

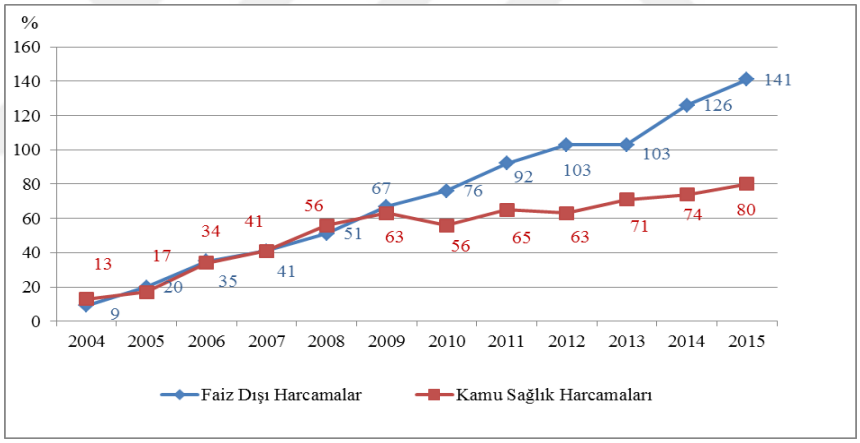
[526] Jenerik ilaç içerik ve etken madde açısından orijinal ilaç ile aynı özelliklere sahip olan ilaçları ifade etmektedir.



Şekil 30: Yıllara ve Yerli/İthal Durumuna Göre İlaç Harcamalarının Dağılımı (%), TR

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.170.

Bütçe, gelir ve gider kalemlerinden oluşmaktadır. Kamu harcamaları borçlanma ile finanse ediliyorsa bu borçlanmanın bedeli olarak faiz gideri ödenir. Faiz giderlerini değerlendirme dışı tuttuğumuzda, gelirlerin giderleri karşılama oranı kıyaslanarak bütçe fazlası ya da bütçe açığının tespit edilmesi sağlanır.



Şekil 31: Yıllara Göre Faiz Dışı Harcamalar ve Kamu Sağlık Harcamaların Artış Oranı (%)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.219.

Kamu kesimi sağlık harcamalarının artış oranını incelediğimizde 2009 yılına kadar, sağlık harcamaları faiz dışı harcamalar ile başabaşken 2009 yılından sonra kamu kesiminin faiz dışı harcamalarının artış oranının altında kalmıştır. Kamu harcamalarının 2009 yılından sonra hızlı bir artış göstermeye başladığı söylenebilir.

Kamu kesimini oluşturan kurumlar açısından ele alındığında bir tarafta sağlık sektörünü örgütleyen ve düzenleyen Sağlık Bakanlığı, diğer tarafta sağlık hizmetlerini finanse eden SGK olmak üzere iki büyük kamu kurumu bulunmaktadır. Sağlık

Bakanlığı'nın sağlık harcamaları merkezi yönetim bütçesinden finanse edilirken, SGK'nın sağlık harcamaları işveren ve işçilerin ödedikleri katkı payı ile finanse edilmektedir. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2014 yılında %77,4 iken, 2015 yılında %78,5'e ulaşmıştır[527].

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve denetiminden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, aynı zamanda en büyük hizmet sunucusu konumundadır[528]. Tablo-14'de Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına 2002-2016 yılları arasında GSYİH'dan ayrılan rakamlara yer verilmiştir.

Tablo 14: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Bütçesinin GSYİH Payı, (%), Milyon TL, (2002-2016)

Yıllar	GSYİH	Sağlık Bakanlığı			
		Global Bütçe*	Merkezi Yönetim Bütçe Harcaması	Toplam	GSYİH İçindeki Payı
2002	350.476	2.583	2.510	5.093	1,5
2003	454.781	3.955	3.076	7.031	1,5
2004	559.033	5.182	3.716	8.898	1,6
2005	648.932	4.868	4.993	9.861	1,5
2006	758.391	7.811	5.733	13.544	1,8
2007	843.178	9.920	6.611	16.531	2,0
2008	950.534	11.094	8.099	19.193	2,0
2009	952.559	11.414	9.429	20.843	2,2
2010	1.098.799	12.257	10.574	22.831	2,1
2011	1.297.713	14.170	12.478	26.648	2,1
2012	1.416.798	16.890	14.973	31.863	2,2
2013	1.567.289	19.869	17.012	36.881	2,4
2014	1.748.168	21.745	19.499	41.244	2,4
2015	1.952.638	24.032	23.323	47.355	2,4
2016	2.148.121	28.654	26.708	55.362	2,5

***Global Bütçe;** ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl için sunulacak hizmetler karşılığı tahsil edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile harcama sınırını ve hedefini ifade eder.
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Faaliyet Raporu 2016**, Yayın No: 1063, Ankara, Şubat 2017, s.63.

Sağlık Bakanlığının GSYİH içindeki payı 2002 yılında %1,5 düzeyindeyken, 2016 yılında bu oran %2,5'a yükselmiştir. Merkezi yönetim bütçe harcama tutarı ve

[527] TÜİK, **Sağlık Harcaması İstatistikleri**, TÜİK Haber Bülteni, Sayı:21527, 15 Kasım 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21527 (30.11.2016).

[528] SASAM Enstitüsü, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Bütçesinin; Yıllar İtibariyle Gelişimi ve 2017 Yılı Analizi", **Analiz**, Yıl:3, Sayı:9, Ocak 2017, s.4.

global bütçe için ayrılan pay da yıllar içerisinde artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların hizmet sunumunun finansmanı için merkezi yönetim bütçesi ve global bütçeden aldıkları pay Tablo-15'de verilmiştir.

Tablo 15 :Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Hizmet Sunumu Finansmanı (2016) (Milyon TL)

Kurum	Merkezi Yönetim Bütçesi	Payı (%)	Global Bütçe	Payı (%)	Toplam	Payı (%)
Sağlık Bakanlığı	4.212	16,5	1.352	4,72	5.564	10,3
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	11.951	46,7	26.105	91,1	38.056	70,2
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	9.112	35,6	1.197	4,18	10.309	19
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	117	0,5	0	0	117	0,2
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı	42	0,2	0	0	42	0,1
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	140	0,5	0	0	140	0,3
Toplam	25.574	100	28.654	100	54.228	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Faaliyet Raporu 2016**, Yayın No: 1063, Ankara, Şubat 2017, s.64.

Tablo 15'e göre Sağlık Bakanlığı, toplam bütçeden %10 oranında bir pay alırken, Kamu Hastaneleri Kurumunun payı %70 ile Bakanlığa bağlı kuruluşlar arasında en fazla payı almaktadır. Bu kurum merkezi bütçeden %46,7 global bütçeden %91,1 oranında pay almaktadır. Ayrılan payın oransal olarak büyük olmasının nedeni; bu kuruma bağlı 611 Devlet Hastanesi, 88 Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 17 Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ve 130 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmak üzere 935 tesise sahip olmasının yanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin bu tesisler de sunuluyor olmasıdır[529].

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu da %19'luk payı ile pastadan en fazla payı alan kurumlar arasında yer almaktadır. Halk sağlığı sunumunda sorumlu tek kamu idaresi Sağlık Bakanlığıdır.

Halk sağlığı alanında son dönemde yapılan yeniliklerden önemlisi aile hekimliği sisteminin hayata geçmesidir. Tablo- 16'da aile hekimliği sistemi için yapılan harcamalar ve muayene sayılarına yer verilmiştir.

[529] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İdare Faaliyet Raporu**, Ankara, 2016, s.21.

Tablo 16: Aile Hekimliği Harcamaları ve Muayene Sayısı, 2005-2015

Yıllar	Harcama (TL)	Muayene Sayısı
2005	1.824.137	-
2006	19.115.241	-
2007	241.964.016	22.902.118
2008	465.701.772	45.111.103
2009	792.489.860	65.716.898
2010	1.388.043.219	108.976.898
2011	3.137.992.948	240.298.753
2012	3.570.463.318	221.672.029
2013	3.973.420.039	212.318.024
2014	4.421.275.982	214.120.750
2015	4.766.468.489	208.538.951

Kaynak: SASAM Enstitüsü, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Bütçesinin; Yıllar İtibariyle Gelişimi ve 2017 Yılı Analizi", **Analiz**, Yıl:3, Sayı:9, Ocak 2017, s.18.

2005 ve 2006 yılları arasındaki harcamalar daha çok sistemin yapılanmasına yönelik harcamalarken uygulamanın yaygınlaşması ile hem muayene sayıları hem de yapılan harcamalar giderek artış göstermiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin en büyük finansman kaynağı SGK'dır. SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri, analık haline ilişkin sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığına ilişkin sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, tüp bebek tedavisi, madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık hizmetleri ve bahsi geçen tedavilere ilişkin ilaç, tıbbi malzeme, kan ve kan ürünleri, kemik iliği ve aşılar ile trafik kazalarına ilişkin sağlık hizmetleridir[530].

GSS kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık hizmeti talep edenlerin katılım payı adı altında finansmana katılımı sağlanmaktadır. Katılım payı alınan hizmetler; ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar, vücut dışında kullanılan ortez ve protezler ile tüp bebek tedavilerinden oluşmaktadır[531].

Ülkemizde devlet bütçesi yasal dayanağını, Anayasa ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunundan almaktadır. Bu Kanun ile devlet bütçesinin hükümleri, hazırlama esasları ve bütçenin uygulanmasına yönelik ilkeler

[530] SGK, **Genel Sağlık Sigortası**, s.13-14.
[531] SGK, **Genel Sağlık Sigortası**, s.27.

belirlenmiştir[532]. 5018 sayılı Kanun'da bütçe türleri; merkezi yönetim bütçesi, genel bütçe, özel bütçe, düzenleyici ve denetleyici kurum bütçesi, SGK bütçesi ve mahalli bütçe olarak ayrı ayrı tanımlanmıştır[533].

5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'na göre Sosyal Güvenlik Kurumları ödeneklerini kullanırken ayrıntılı finansman programlarını hazırlar ve harcamalarını bu programa göre gerçekleştirir[534]. Tablo-17'de SGK'nın yıllara göre gelir gider dengesi gösterilmiştir. Ayrıca SGK'nın konsolide nakit akım tabloları içerisinde sağlık giderleri izlenebilmektedir.

Tablo 17: Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi (Milyon TL)

Yıllar	Gelirler	Giderler	Açık	Gelirin Gideri Karşılama Oranı (%)	Sağlık Giderleri
2003	27.916	41.336	-13.420	67,5	10.663
2004	34.689	50.622	-15.933	68,5	13.151
2005	41.249	59.941	-18.692	68,8	13.608
2006	53.831	71.868	-18.037	74,9	17.667
2007	56.875	81.915	-25.040	69,4	19.984
2008	67.257	93.159	-25.902	72,2	25.346
2009	78.073	106.775	-28.703	73,1	28.811
2010	95.273	121.997	-26.724	78,1	32.509
2011	124.480	140.715	-16.235	88,5	36.500
2012	142.929	160.223	-17.295	89,2	44.111
2013	163.014	182.689	-19.675	89,2	49.889
2014	184.329	204.400	-20.072	90,2	54.551
2015	220.102	231.546	-11.444	95,1	59.411
2016	255.880	276.536	-20.656	92,5	68.048

Kaynak: SGK, **Mali İstatistikler**, Gelir ve Gider Dengesi, 2016, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri 2016 yılı Gerçekleşen rakam, SGK, **2016 İdari Faaliyet Raporu**, http://www.sgk.gov.tr/2016FaaliyetRaporu.pdf, s. 38.

Sağlık giderlerini oluşturan kalemler içerisindeki ağırlığı tedavi ve ilaç harcamaları oluşturmaktadır. 2016 yılı için tedavi giderleri 45.594 MilyonTL ve ilaç gideri 21.374 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir[535]. 2003-2016 yılları arasında SGK'nın

---

[532] T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe Hazırlama Süreci**, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Web Sitesi, http://www.bumko.gov.tr/TR,41/butce-hazirlama-sureci.html, (10.05.2017).

[533] **Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu**, Kanun No: 5018, 24.12.2013 tarih ve 25326 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5018.pdf, (10.05.2017), s.8663.

[534] **Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu**, s.8666.

[535] SGK, **Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu**, Şubat 2017, s.48.

bütçesinin her yıl açık verdiğini izleyebiliyoruz. Tabloda açığın karşılanma oranı, yani gelirin gideri karşılama oranı yıllara göre giderek yükselmiş görünüyor.

Tablo 18: Sosyal Güvenlik Kurumuna Yapılan Bütçe Transferleri (2003-2016), Bin TL

Yıllar	SGK Bütçe Transferleri	Yıllık Değişim Oranı (%)	GSYİH ya oranı (%)
2003	15.883.617	64,0	3,49
2004	18.830.000	18,5	3,37
2005	23.322.000	23,9	3,59
2006	22.892.000	-1,8	3,02
2007	33.060.313	44,4	3,92
2008	35.016.403	5,9	3,52
2009	52.599.691	50,2	5,26
2010	55.244.258	5,0	4,76
2011	52.772.218	-4,5	3,78
2012	58.728.293	11,3	3,74
2013	71.263.763	21,3	3,94
2014	77.335.890	8,5	3,78
2015	79.038.817	2,2	3,38
2016	108.073.487	36,7	4,17

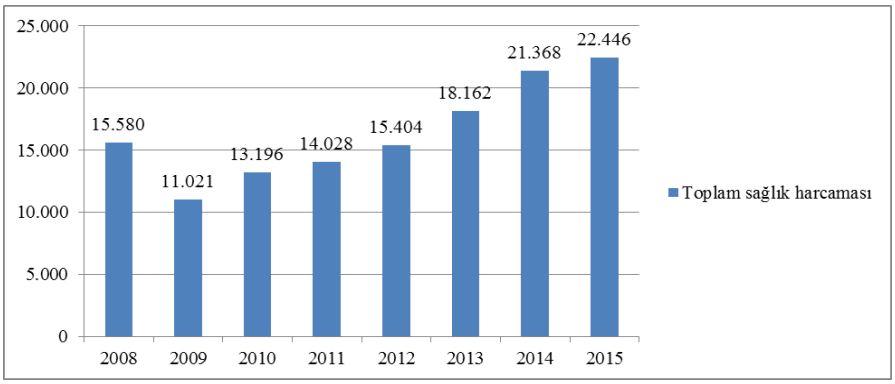
Kaynak: SGK, **Mali İstatistikleri**, 2014, 2015, 2016. (17.07.2017)
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri

SGK gelir-gider dengesindeki açığı karşılamak için SGK'ya bütçeden yapılan transferlere yer verdiğimiz Tablo-18'de bütçe transferlerinin de giderek arttığını görüyoruz. Sosyal güvenlik açıkları özellikle makroekonomik büyüklüklere etki etmektedir. Bu bağlamda sosyal güvenlik açıklarının borçlanma, bütçe, GSMH ve gelir dağılımı gibi parametreler üzerinde mali etkileri söz konusudur[536]. Bütçeden SGK açıklarının finansmanı için aktarılan kaynaklar borçlanma yolu ile finanse ediliyorsa bu borçlanmanın bedeli olan faiz yükü artış gösterecektir. Bütçe içerisinde oransal olarak artış gösteren faiz yükü sosyal transferler açısından olumsuz etkilere yol açacak ve yoksul kesime yapılan transferlerin azalmasına ya da kesilmesine neden olacaktır[537]. Borçlanma SGK açıklarının finansmanında palyatif bir çözüm yolu olarak görülebilir. Dolayısıyla bu alanda yapılacak yapısal iyileştirmelere ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi de yapısal reformaların bir parçası olarak ele alınarak SGK açıklarının azaltılmasına katkıda bulunulabilir. Uzun dönemde sağlık

[536] Muhammed Sabır Fırat, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçesi ve Sosyal Güvenlik Açıkları", **TBB Dergisi**, Sayı: 127, Kasım-Aralık 2016, http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2016-127-1618, (27.02.2017), s. 332.
[537] Fırat, s. 333.

okuryazarlığının geliştirilmesi ile sosyal güvenlik kapsamında üyelerden alınan primlerin azalması bile olanaklı hale gelebilir.

Ülkemizde özel kesimin sağlık harcamalarını; özel hastaneler tarafından yapılan sağlık harcamaları, özel hekim muayene ve polikliniklerinde yapılan sağlık harcamaları, özel diş hekimi muayenehanelerinde yapılan sağlık harcamaları ve özel ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Bu kesimce yapılan harcamalar Şekil-32'de yer almaktadır.



Şekil 32: Özel Kesimin Toplam Sağlık Harcamaları, Milyon TL

Kaynak: TÜİK, **Sağlık Harcamaları Haber Bültenleri**, 2008, 2009-2012, 2013, 2014, 2015. http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBArama.do, 17.07.2017.

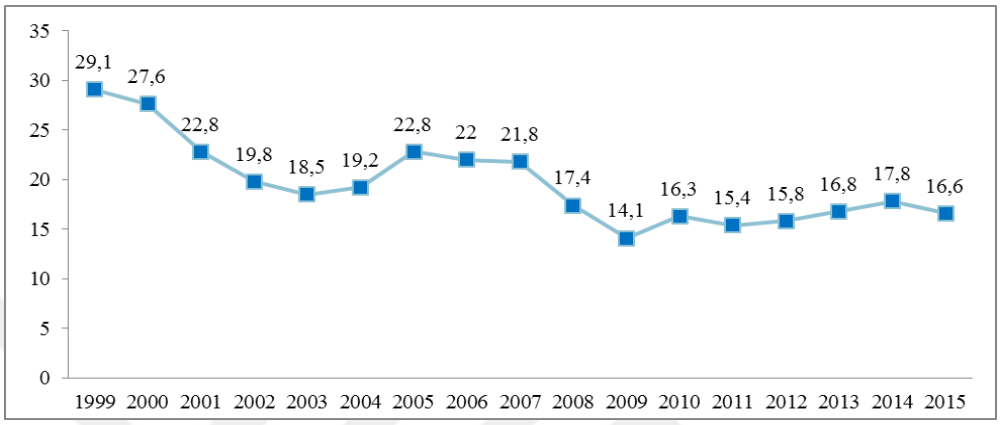
Özel kesimce yapılan sağlık harcamalarının artışının nedeni özel sağlık kurumları ile SGK arasında yapılan sözleşmeler çerçevesinde SGK'lı hastaların özel sağlık kurumlarından yararlanmasının önünün açılması olmuştur. Tablo – 19'da özel kesimce yapılan sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamaları arasındaki dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 19: Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Türüne/Yıllara Göre Dağılımı, Milyon TL

Harcama Türü	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam sağlık harcaması	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	21.368	22.446
Cari sağlık harcaması	14.286	10.783	12.897	13.644	14.640	17.255	19.904	21.163
Hastaneler	2.078	1.798	2.436	2.408	6.479	7.689	8.823	9.562
Evde hemşirelik bakımı	2	1	2	2	2	2	1	1
Ayakta bakım sunanlar	5.230	3.673	4.691	5.056	2.407	2.830	3.290	3.484
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	3.789	3.916	4.104	4.476	4.614	5.489	6.509	6.766
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	26	-	-	-	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	459	110	135	146	151	106	149	174
Sınıflandırılamayan diğer kategori	2.702	1.286	1.529	1.556	987	1.140	1.133	1.176
Yatırım	1.294	237	299	384	764	907	1.464	1.283

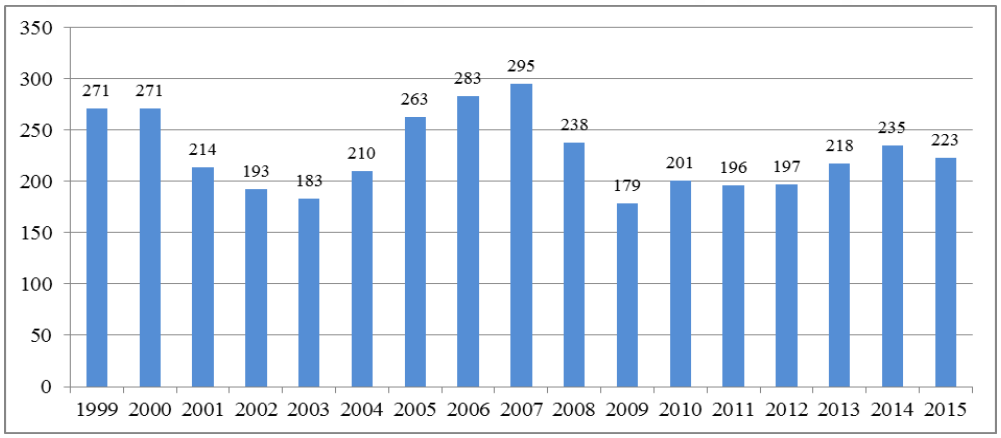
Kaynak: TÜİK, **Sağlık Harcamaları Haber Bültenleri**, 2008, 2009-2012, 2013, 2014, 2015. http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBArama.do, 17.07.2017.

Kamu ve özel sektörün harcamalarının yanında cepten yapılan sağlık harcamalarının göreli büyüklüğünün tespit edilmesi sağlık harcamalarının seyrinin izlenebilmesi için önemli bir göstergedir. Şekil 33 ve 34'de kişi başına cepten yapılan sağlık harcamalarının seyrine yer verilmiştir.



Şekil 33 :Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%), Türkiye

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.217.



Şekil 34: Yıllara Göre Kişi Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Reel, TL, Türkiye, (2015 yılı rakamlarıyla)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.216.

Grafikteki bilgilere göre 2003 yılında SDP'nin uygulanmaya başlamasına kadar cepten yapılan harcamaların azalmaya başladığını söyleyebiliriz. SDP'nin uygulanmaya başlamasından sonra 2007'ye kadar cepten yapılan sağlık harcamaları

artış göstermiştir. 2008-2009'daki finansal krizden sonra azalma eğilimine girmiş ve sonrasında %16-17 düzeyindeki seyrini korumuştur.

Buraya kadar incelediğimiz grafiklerden ülkemizde sosyal refah devleti olmanın gereği olarak kamunun, sağlık harcamalarında büyük oranda yer aldığını söyleyebiliriz. Kamusal sağlık harcamalarının artışı olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Fakat ülkemizde dünya ile paralel olarak sağlık harcamalarında artışlar yaşanacağı beklenmektedir. Ülkemizdeki en büyük sağlık hizmet sunucu olan Sağlık Bakanlığı kamusal kaynaklar ile finanse edilmektedir. Bunun yanı sıra işveren ve işçi katkılarıyla finanse edilen SGK'da sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük oranda yer almakta ve bu bölümde bulgularına da yer verdiğimiz gibi yıllardır açık bütçe ile yoluna devam ettiği için devlet bütçesinden bu kuruma transfer harcamaları yapılmaktadır. Uzun vadede Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın harcamalarının artışının devlet bütçesinde mali kaynaklar açısından olumsuz sonuçlara yol açacağı ve sürdürülemeyeceği açık olmakla birlikte, toplanan katkı primlerinin artışına yol açarak gelir dağılımına da olumsuz etki edeceği gerçeğinin göz ardı edilemeyeceğini söylemek mümkündür.

Özellikle 2008 krizi sonrasında krizin etkilerini bertaraf etmek için tüm ülkelerde kamu harcamalarının kısılması yoluna gidilmiştir. Kamu harcamaları arasında ilk kesintiye gidilenler sosyal nitelikli harcamalar olduğu için sağlık harcamalarıda tasarruf tedbirlerinin odağı haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanabilmesi ve giderek artan sağlık harcamalarının bütçe üzerinde oluşturduğu yükü azaltabilmek için yapısal reformlar yapılmalı ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bu reformların bir parçası olarak ele alınmalıdır. Toplumda sağlık bilincinin oluşturulması ve bu politikanın bir tasarruf tedbiri olarak kullanılmasının sağlanması, bilinçsiz yapılan sağlık harcamalarını tasarrufa dönüştürmek açısından kamu bütçesi için son derece önemlidir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi anlayışına sağlık harcamalarının önlenmesinde bireysel sorumluluk alma anlayışı ile yaklaşılmamalıdır. Sağlık okuryazarlığı çok paydaşlı bir sorumluluktur. Dolayısı ile hem sağlık hizmetini sunanlar ve hizmetten yararlananlar, hem de sağlık sektöründen etkilenen tüm taraflar sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sosyal ve ekonomik açıdan önemli kazanımların elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

İnsan sosyal bir varlıktır ve toplumsal yaşamın bir parçası olarak yaşamı boyunca mensubu olduğu evreni anlamlandırmaya çalışır. Bunu yaparken kullandığı en önemli yetilerden biri okuryazarlıktır. Çünkü insanoğlu okuyarak edindiği bilgiler vasıtasıyla dünyayı ve yaşamsal döngüyü anlamlandırabilir.

Bireysel yetilerin geliştirilmesi bağlamında bu denli önemli olan okuryazarlık Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO)'nün tanımına göre; "*Değişik bağlamlarla ilişkili basılı ve yazılı materyalleri tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma, hesaplama ve kullanma becerisidir*"[538] şeklinde ifade edilmektedir. UNESCO, okuryazarlığı; tarih boyunca zengin ve fakir ülkelerde birbirine benzer şekilde özgürlük arayışının bir parçası ve kalkınmanın temel ilkesi olarak kabul etmektedir[539]. UNESCO istatistiklerine göre (2016), bugün dünya üzerindeki erişkin nüfusun %86'sı temel okuryazarlık becerilerine sahipken, geri kalan yetişkinlerin yaklaşık 750 milyonu temel okuryazarlık becerilerinden yoksundur[540]. Duruma gençler açısından bakıldığında ise Dünya genelinde 103 milyon genç temel okuma yazma becerisine sahip değildir. Bu rakamın yüzde 60'ından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır[541]. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden biri olan "Nitelikli Eğitim" kapsamında, eğitim düzeyi ve buna bağlı olarak okuryazarlık düzeyinin artırılması ülkelerin kalkınma düzeyi için temel unsurlardan biri olarak görülmektedir.

Okuryazar oranının artırılması, bulaşıcı olmayan hastalıkların (diyabet, tansiyon, kalp damar hastalıkları, kanser vb.) yaygınlaşması ve bu hastalıklar ile mücadelede hasta ve yakınlarının eğitiminin etkin müdahale araçlarından biri olarak

---

538 Kanj and Mitic, s.9.

539 Ilona Kickbusch, Suzanne Wait and Daniela Maag, **Navigating Health: The Role Of Health Literacy**, UK: ILC http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy, 2006, (01.03.2016), s.8.

540 UNESCO Institute for Istatistics (UIS), http://data.uis.unesco.org/Index.aspx, (01.03.2016).

541 **Sustainable Devolepment Goals**, http://www.un.org/sustainabledevelopment/education/, (01.03.2016).

görülmesi ile sağlık kavramı ve sağlık harcamaları ile ilişkisi yönünden araştırmalara konu edilmeye başlamıştır. Bu noktada sağlık okuryazarlığı kavramı doğmuştur. Bu bölümde sağlık okuryazarlığı ile ilgili kavramsal açıklamalara, doğuşuna, dünya çapında yürütülen projelere ve sağlık harcamaları ile olan ilişkisine yer verilecektir.

4.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BİLİNCİNİN ORTAYA ÇIKIŞI

Sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili genel bir tanımlama yapmak gerekirse, sağlığın korunması ve sürdürülebilmesi için bireylere kendi sağlık kararlarını verebilme yetisini kazandırarak toplumda sağlık bilincinin oluşturulması şeklinde ifade edilebilir.

Sağlık okuryazarlığı, hastalıklar ile nasıl mücadele edilmesi gerektiği, bir hastalığın ortaya çıkmasına neden olan etmenlerin neler olduğu ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgiliyken, sağlık profesyoneli olmak ya da onlar kadar tıbbi donanıma sahip olmak değildir[542]. Sağlık okuryazarlığı sağlık ile ilgili hakların farkındalığı, sağlık hizmeti sunan birimlere erişim yetisi ve sağlık ile ilgili görsel ve sözlü haber ve materyalleri anlayabilmek ile ilgilidir[543]. Bireylerin sağlık hizmeti elde ettiği her yerde ihtiyaçlarını karşılayabileceği temel sağlık becerilerini kullanabilmesi sağlık okuryazarlığının gelişmiş olduğunu ifade etmektedir.

Düşük ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı yaygın bir şekilde okuma, yazma ve sayıları etkin kullanma konusunda yetersizlik olarak tanımlanmakta ve sağlık ile ilgili çeşitli olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmektedir[544].

Kavramın kökenleri, "*Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık, Sağlık Sistemleri ve Dünyadaki Sağlık Politikasının İyileştirilmesi: Çalıştay Özeti"* nde Mahatma Gandhi yönetimindeki Hindistan'da uygulanan ulusal okuryazarlık hareketine ve Afrika'da

---

542 Muhammed Örnek, "Sağlık Okuryazarlığı", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014, s. 26.

543 İnci Çınarlı, "Sağlık Enformasyonu ve Sağlık okuryazarlığı", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014, s. 22.

544 Michael Pignone ve Diğerleri, "Interventions to Improve Health Outcomes for Patients with Low Literacy A Systematic Review", (Elektronik Version) **J Gen Intern Med**, Vol. 20, No: 2, 2005, (185-192), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490066/, (31.01.2017), s. 185.

eğitim ve sağlığı teşvik amaçlı yardım gruplarının çalışmalarına dayandırılmaktadır[545]. Bunun yanı sıra sağlık hakkının ele alındığı birinci bölümde de ifade edildiği gibi sağlığı geliştirme amaçlı düzenlenen uluslararası konferanslarda da sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için alınacak önlemler üzerinde durulmuştur.

Genellikle okuryazarlık ile ilişkilendirilen sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıktan farklı olarak sağlıkla ilişkili kelime bilgisi ve sağlık sistemi ile ilgili bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir[546].

Sağlık okuryazarlığını okuryazarlık düzeyinin yanı sıra; halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri, sağlık eğitimi ve bireysel kapasite (sağlık hizmetlerinin kullanımı kapsamında) ile ilişkilendiren yaklaşımlar da bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, kavramı ve bileşenlerini açıklamak üzere geliştirilen kavramsal modeller de söz konusudur. Oldukça kompleks bir niteliği olan ve pek çok faktör ile ilişkilendirilebilen sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili olarak bu bölümde öncelikle sağlık okuryazarlığı kavramı ve ortaya çıkışı ele alınacak, ardından geliştirilen kavramsal modellere değinilecektir.

Sağlık okuryazarlığı kavramının, sağlık eğitimi kapsamında ilk defa 1974 yılında Scott Simonds'un *"Sosyal Politika olarak Sağlık Eğitimi"* adlı makalesinde yer aldığına dair yaygın bir görüş bulunmaktadır. Simonds, sağlık eğitimcilerinin görevinin, gerekli bilgiyi iletmek ve hastanın (öğrenci olarak) sorunlarını mümkün olduğunca sistematik olarak anlamaktan ibaret olduğunu savunmaktadır[547].

Sağlık okuryazarlığı kavramının sağlık eğitimi açışından ele alınışı, temel sağlığa yönelik bilgilere ulaşma ve bu bilgileri anlama yetisini ifade eden "bireysel

---

[545] Institute of Medicine, **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary**, Lyla M. Hernandez, (hzl.), Washington D.C.: The National Academies Press, 2013, s. 1.

[546] Wayne Mitic ve Irving Rootman (Ed.), **An Intersectoral Approach For İmproving Health Literacy For Canadian**, Discussion Paper, 2012, (12.12.2016), s.17. http://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf, s. 17.

[547] Roy W. Batterham, Alison Beauchamp ve Richard H. Osborne, "Health Literacy", **International Encyclopedia of Public Health,** 2nd Edition. Vol.3, 2017, (428-437), s. 428.

kapasite" olarak tanımlanmaktadır[548]. Paasche- Orlow ve Wolf (2007) ise, sağlık okuryazarlığının bireysel kapasite kadar sağlık sistemi, hizmet sunucuları ve dış faktörlerden (destek teknolojileri, kitle iletişim araçları, sağlık eğitimi vb.) de etkilenerek sağlık sonuçlarına etki ettiğini ifade etmektedir[549].

Sağlık eğitiminin bir parçası olarak sağlık okuryazarlığı, kazanç ve risk yaklaşımı ile ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığını kazanç ve risk yaklaşımı ile ele alanlardan biri olan Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığı kavramının iki kökeninin olduğunu savunmaktadır. Bunlar; klinik bakım ve halk sağlığıdır. Sağlık okuryazarlığını, klinik bir risk ve kişisel bir kazanım olarak görmektedir. Ona göre gerek risk gerek kazanç modeli okuryazarlık ve aritmetik temeller bağlamında benzerdir. Fakat, risk modelinde sağlık okuryazarlığı aritmetik ve okuryazarlık becerilerinden türetilen ve sağlık eğitiminden bir "önceki statü" dür. Kazanç modeli çerçevesinde sağlık eğitimi, bireylerin sağlığını etkileyen faktörler üzerinde daha çok kontrol sahibi olmalarını ifade etmektedir ve daha hedef odaklıdır[550].

Sağlık okuryazarlığını eğitim ile ilişkilendirilen bir diğer görüş, McDaid (2016)'in çocukluk çağında, düzenli olarak daha sağlıklı bir beslenme, yiyecek ve içeceklerle ilgili beslenme bilgilerini daha iyi anlama ve kullanma alışkanlıklarının kazandırılmasının yetişkinlik döneminde bireylerin zayıf sağlık davranışları sergilemesini önleyeceği şeklindedir[551]. Parker (2000) ise, hastaların sağlık okuryazarlığının, sağlık sistemi ile müzakere için kendi para birimi olarak düşünülebileceğini, bu para biriminin giderek artan önemini ise, tıp teknolojisinde üstel

---

548 Filiz Aslantekin ve Mehmet Yumrutaş, "Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2014, Vol. 13 No. 4, (327-334), https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/1-1364566995.pdf, (12.11.2015), s. 328

549 Michael K. Paasche-Orlow ve Michael S. Wolf, "The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes", **American Journal of Health Behaviour**, Vol.31, Eylül-Ekim 2007, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931132, (28.11.2015). s.21.

550 Don Nutbeam, "The Evolving Concept of Health Literacy", **Social Science and Medicine**, 2008, Vol. 67, No.12 https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050, s.2073-2074.

551 David McDaid, **Investing in Health Literacy: What do We Know about the Co-Benefits to the Education Sector of Actions Targeted at Children and Young People?** Health Systems and Policy Analysis, Policy Brief 19, WHO, 2016, s.9.

büyümeyi paralel hale getiren hasta eğitimi gereksinimlerinin yaygınlaştırılması ile örneklemektedir[552].

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin amacı, bireylerin sağlıkları ile ilgili verdikleri kararlarda bilgiye dayalı hareket etmelerini sağlamak ve öz yönetim gücünü kazandırmaktır[553]. "Sağlık Okuryazarlığı" kavramının sağlığın geliştirilmesi kapsamında ele alınışı, 1986 yılında Ottowa'da gerçekleştirilen "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" sonrasında yayınlanan "Ottowa Şartı'nda söz konusu olmuştur. Bu şarta göre; sağlık ile ilgili bilim dünyası tarafından üretilen bilgilerin topluma anlaşılabilir ve uygun bir dille, ulaşılması muhtemel araçların kullanılarak iletilmesi ve toplumun bu bilgilere erişimi, anlaması ve edindiği bilgiler ile uygun davranış geliştirilmesi vurgulanmıştır[554].

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile ilgili tanımlamalar benzer nitelikler göstermekte ile birlikte hemen hemen hepsinde sağlık ile ilgili kararların verilmesinde kişisel becerilerin önemine vurgu yapıldığı söylenebilir. Bireylerin sağlık bilgisi düzeyinin artırılması yoluyla güçlendirilmesi sağlık okuryazarlığının temel savıdır ve bireylere sağlanan bu güç sağlık hizmetlerinin doğru kullanımını sağlama yönünde (Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilme, uygulayabilme vb.) güçlü bir eğilimi ifade etmektedir.

Amerikan Tıp Kurumu (AMA-The American Medical Association) tarafından bireysel becerilere vurgu yapan tanımlamada sağlık okuryazarlığı; "*reçeteleri, randevu kağıtlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuyup anlayabilme becerisi"* [555] ile ifade edilmiştir.

---

[552] Ruth Parker, "Health Literacy: a challenge for American Patients and their health care providers", **Health Promotion International**, Vol.15, No.4, https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277, (31.07.2017), s.279.

[553] Ilona Kickbusch ve Diğerleri (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği (çvr.), 2015, s.23.

[554] Nazmi Bilir, "Sağlık Okuryazarlığı", **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,** 2014, Cilt:12, Sayı:1, 10.20518/thsd.46492**,** (03.12.2015), s.62-63.

[555] Deniz Sezgin, "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak", **Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi,** Özel Sayı 3, (Sağlık İletişimi), 2013, s.77.

Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Geçici Komite'nin (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999) tanımlamasına göre; sağlık okuryazarlığı, hasta okuryazarlık düzeyleri ile hastaların reçeteli tedavi yönetimine uyumu arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılmaktadır[556].

"The Institute of Medicine (IOM)" yani Tıp Enstitüsü sağlık okuryazarlığını; *"Bireylerin uygun sağlık kararlarını alabilmek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, gözlemleme ve anlama kapasitelerinin düzeyidir"* şeklinde tanımlamaktadır[557]. IOM'un yaptığı bu tanımlama Amerika'nın ulusal sağlık hedeflerinin yer aldığı "Healthy People 2010" da da kullanılmıştır. Healthy People 2010, ABD'de Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından ulusal sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için oluşturulan, 2000 yılından başlayarak 10 yıllık sağlık hedeflerini gösteren ulusal eylem planıdır. IOM sağlık okuryazarlığını, okuma yazma düzeyinin iyi olmasının ötesinde aritmetik, dinleme ve sayısız sosyal ve bireysel faktör ile ilişkilendirmektedir[558].



Şekil 35: Sağlık Okuryazarlığının Bileşenleri

Kaynak: Institute of Medicine. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary,** s.14.

---

[556] Don Nutbeam, "Health Literacy as a public health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century", **Health Promotion International**, 1 September 2000, Vol. 15, No:3, https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259, (21.10.2015), s.263.

[557] Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, David A. Kindig (Ed.), Washington, DC: The National Academy Press, 2004, s.4.

[558] Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion,** s.4.

Komisyona göre Şekil-35'de görülebileceği üzere sağlık okuryazarlığının iki bileşeni vardır ve bu bileşenleri şu şekilde tanımlamaktadır:

1) *Bireysel sağlık okuryazarlığı:* bir kişinin sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili etkili kararlar vermek ve uygun önlemleri almak için bilgiye erişmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için sahip olduğu bilgi, beceri, motivasyon ve kapasitedir.

2) *Sağlık okuryazarlığı Çevresi:* sağlık sistemini oluşturan ve insanların sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere erişme, anlama, değerlendirebilme ve uygulama yolu üzerinde etkisi olan altyapı, politika, süreç, malzeme, kişi ve ilişkileri ifade eder[559].

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumunun 2012 yılında geliştirdiği çalışmanın kullandığı tanımda da bireysel beceriler üzerinde durulmuştur. Konsorsiyum sağlık okuryazarlığını:

> *"Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla ilişkilidir ve insanların yaşamları boyunca yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük yaşam içerisinde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken ve kararlar verirken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgilerini, motivasyonlarını ve yeterliliklerini ifade etmektedir"*[560]

İfadeleri ile tanımlayarak, DSÖ'de olduğu gibi okuryazarlıkla ilişkilendirmekte ve bireysel becerilere dikkat çekmektedir. DSÖ, sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin *"sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisini"* sağlık okuryazarlığı olarak tanımlamıştır. DSÖ, 2013 yılında sağlık okuryazarlığı kavramını;

> *"Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlıkla ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istek ve kapasiteleridir"*[561]

---

[559] Institute of Medicine. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary,** s.15.

[560] Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s.4.

[561] Gülay Çiler Erdağ, "Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı" Filiz Yıldırım ve Alev Keser (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı** içinde (1-14), Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015, s.2.

şeklinde ifade ederek hem genel okuryazarlık ile ilişkilendirmiş hem de bireysel kapasiteye vurgu yapmıştır. Kişisel becerileri öne çıkaran tanımlamalardan biri de Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce hazırlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü"nde yer almaktadır. Bu tanımlamaya göre sağlık okuryazarlığı, "*bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder"*[562] şeklinde ifade edilmektedir.

Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti edinme sürecindeki işlevi; "sağlık bakımı için yerine getirilmesi gereken kuralları uygulama, tıbbi eğitim broşürlerini, reçete edilen ilaçlar ile ilgili talimatları, randevu kartlarını, doktorların açıklamalarını, hastanelerdeki onam formlarını anlama ve karmaşık sağlık sistemleri ile baş edebilme yeteneği" şeklinde ifade edilebilir[563].

Sağlık okuryazarlığı kavramının ne ifade ettiği, nasıl ölçüldüğü, sağlık okuryazarlığının düzeyini değiştirmede hangi metotların en etkin ve maliyet etkin olduğu tartışmaları sağlık okuryazarlığının ekonomik araştırmalara da konu olmasını sağlamıştır[564]. Sağlık okuryazarlığının kavram olarak sağlık ekonomisi literatüründe yer alması Michael Grossman'ın 1972 yılında yaptığı çalışmasına dayandırılmaktadır[565]. Bu çalışmada; sağlık sermayesinin üretiminde bireysel bir girdi olarak görülen sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak insanların eğitim düzeyinin artışına bağlı olarak daha çok sağlık fakat daha az tıbbi bakım talep ettiklerini sonuç olarak sağlık hizmeti satın alma oranının düştüğü belirtilmektedir[566]. Yetersiz sağlık okuryazarlığının yaygınlığını ve olası etkilerini inceleyen çalışmalar 1990'da başlamış ve 2000'li yıllarda yaygınlaşmıştır. 1990'lı yıllarda Amerika'da yapılan çalışmalar okuryazarlık ve sağlık arasında ilişki kurarak hastalık bilgisi ve öz bakım becerilerindeki yetersizliği,

---

562 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü**, s.10.

563 Çiler Erdağ, s.2.

564 Kanj ve Mitic, s.8.

565 John A. Vernon and Others, **The High Economic Cost of Low Health Literacy in Missouri**, Health Policy Brief, http://www.ibrarian.net/navon/paper/Appendix_on_Cost_Calculations.pdf?paperid=16234066, (15.05.2015). s.3.

566 Michael Grossman, "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", **The Journal of Political Economy**, Vol. 80, No. 2. (Mar.- Apr. 1972), http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/259880, s. 246.

okuryazarlıktaki yetersizlik ile ilişkilendirmişlerdir[567]. Bu çalışma da sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin olası ekonomik etkilerini incelemek üzere yürütülen girişimlerden biri olarak nitelenebilir.

4.1.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavramsal Modeller

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili pek çok kavramsal model geliştirilmiştir. Bu modellerden en önemlisi Sorensen ve diğerleri tarafından geliştirilen ve sağlık okuryazarlığını bütüncül bir yaklaşım ile ele alan, Avrupa ve Türkiye'de yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında da teorik çerçevesi kullanılan sağlık okuryazarlığının bütünleşik kavramsal modelidir. Sorensen ve Diğerleri (2012); sağlık okuryazarlığının on yedi farklı tanımı ve on iki kavramsal modeli incelemiş, sırasıyla sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında, sağlık ile ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerileri, sağlık bilgisi, motivasyon ve yeterliliklere atıfta bulunan ve on iki boyut içeren bütünleştirici bir kavramsal model geliştirmişlerdir[568].

DSÖ'nün tanımı, Amerikan Tıp Derneğinin kullandığı tanım, Tıp Enstitüsünün kullandığı tanım ve Nutbeam tarafından geliştirilen işlevsel (fonsiyonel), interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı tanımları, Zarcadoolas ve diğerleri tarafından geliştirilen temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, kültürel okuryazarlık, sivil okuryazarlık ve halk sağlığı okuryazarlığı tanımlamaları yararlanılan on yedi farklı tanımdan bazılarıdır[569]. Şekil- 36'da izlenebileceği üzere toplumsal ve çevresel faktörler ile sağlık okuryazarlığı arasında etkileşimsel bir ilişki söz konusudur. Bireysel faktörler olan kişinin yaşı, cinsiyeti, kültürel birikimi, hastalık geçmişi, sosyal ve fiziksel yetileri ile okuma, anlama ve bilişsel düzeyi durumsal belirleyiciler ile karşılıklı etkileşim içindedir[570].

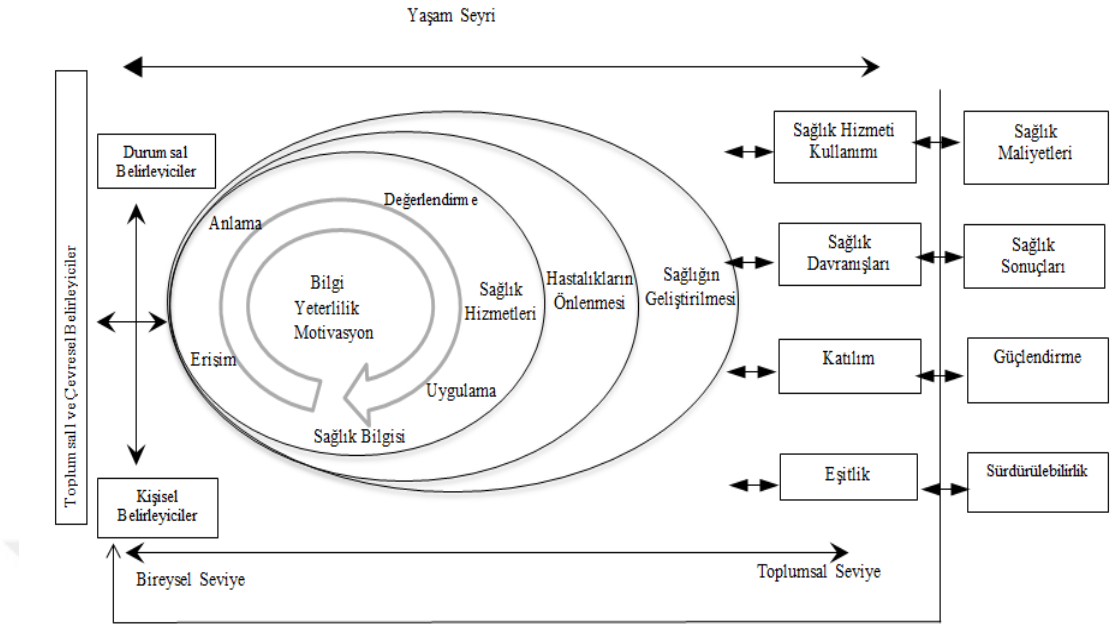
---

[567] Kristine Sorensen ve Diğerleri, "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", **BMC Public Health**, 2012, Vol. 12 No.80, 10.1186/1471-2458-12-80, s.1.

[568] Sorensen ve Diğerleri, **BMC Public Health**, s.1.

[569] Sorensen ve Diğerleri, **BMC Public Health**, s.4. ve Şimşek, **15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı,** s.114

[570] Zeynep Şimşek, "Sağlığı Geliştirmek İçin Kullanılan Stratejiler", **15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı**, Bursa: HASUDER, 2-6 Ekim 2012, s.114.



Şekil 36: Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Kavramsal Model

Kaynak: Kristine Sorensen ve Diğerleri, "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", **BMC Public Health**, 2012, Vol. 12 No.80, 10.1186/1471-2458-12-80, s.9.

Model, sağlık ile ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama olmak üzere dört yetkinlik gerektirmektedir. Bu yetkinlikler ile etki alanı olarak değerlendirilen, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanları 12 boyutlu bir matris oluşturmaktadır.

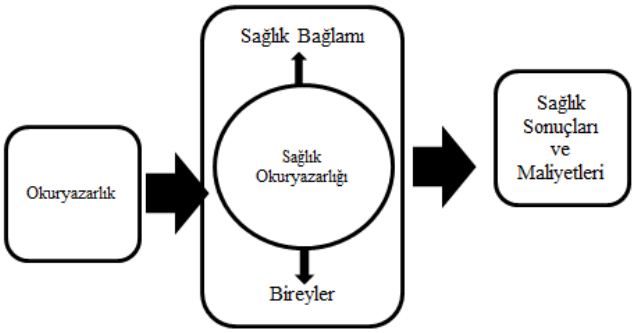
Tablo 20: Sağlık Okuryazarlığının Sağlığın Üç Alanına Uygulanan Dört Boyutu

	Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişme/Elde Etmek	**Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlamak**	**Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirmek**	**Sağlıkla İlgili Bilgiyi Uygulamak**
Sağlık Hizmetleri	Tıbbi veya klinik konularda bilgilere erişme	Tıbbi bilgiyi anlama ve anlam kazanma becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlayabilme ve değerlendirebilme	Tıbbi konular hakkında bilinçli kararlar alma becerisi
Hastalıkların Önlenmesi	Sağlığı riske eden faktörlerle ilgili bilgilere erişim	Risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma ve anlam çıkarma	Sağlık ile ilgili risk faktörlerini yorumlayıp değerlendirebilme	Sağlık ile ilgili risk faktörleri konusunda bilinçli kararlar verebilme
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicileri ile İlgili Kendini Sürekli Yenilemek	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicilerine ilişkin bilgilere anlam kazandırma	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicilerine ilişkin bilgileri değerlendirmek	Sağlığın Toplumsal ve Çevresel Belirleyicilerine ilişkin bilinçli karar verme

Kaynak: Kristine Sorensen ve Diğerleri, "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", **BMC Public Health**, 2012, Vol. 12 No.80, 10.1186/1471-2458-12-80, s.10.

Şekil aynı zamanda sağlık okuryazarlığının ana öncüllerini ve sonuçlarını da yansıtmaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında, toplumsal ve çevresel belirleyicilere ilişkin (örn., Demografik durum, kültür, dil, siyasi güçler, toplumsal sistemler) ve bireysel belirleyicilere daha yakın olan faktörler (Örn. Yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, okuryazarlık) ile durumsal belirleyiciler (örn. Sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel ortam) dahil daha uzak faktörler arasında bir ayrım yapılmaktadır[571].

Sağlık okuryazarlığını bireysel kapasite ile ilişkilendiren kavramsal çerçeve ise 2004 yılında IOM tarafından geliştirilmiştir.



Şekil 37: Sağlık Okuryazarlığının Çerçevesi

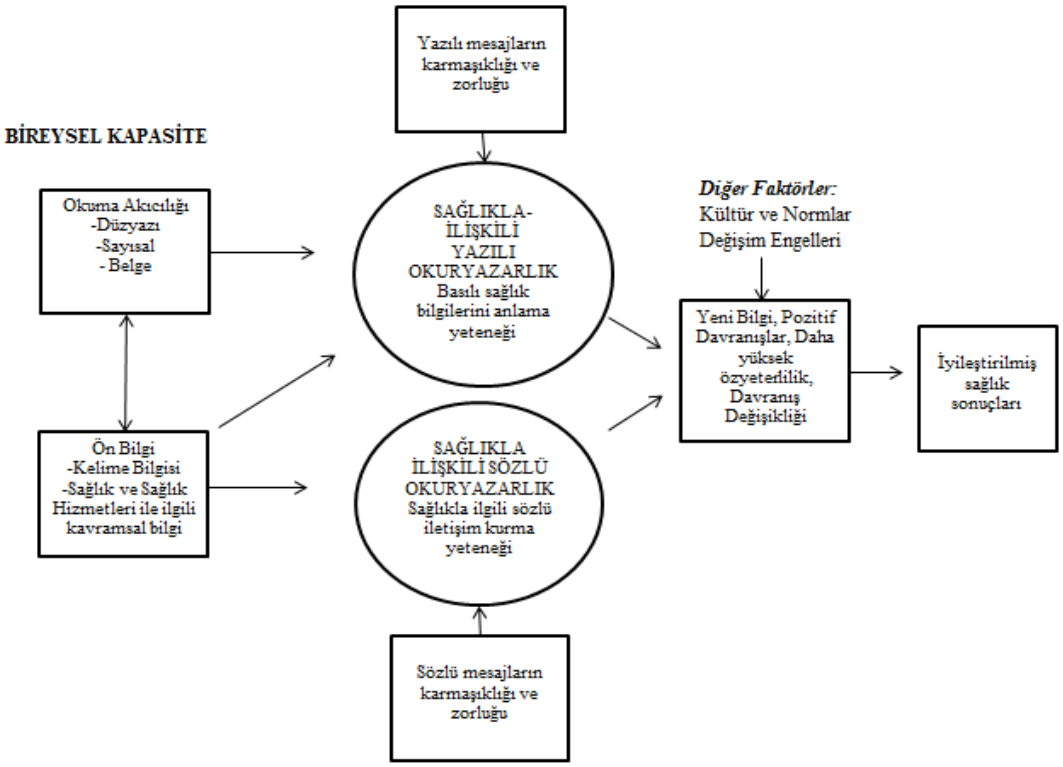
Kaynak: Institute Of Medicine, Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, David A. Kindig (Ed.), **Health Literacy: A Prescription to End Confusion,** Washington D.C.**:** The National Academies Press, 2004, s.33.

Şekil – 37'de açıklanan modele göre okuryazarlıktan temellenen sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık, bireyler ve sağlık bağlamı arasında arabuluculuk görevi yapmaktadır. Bireyler, bilişsel yetenekler, sosyal beceriler, duygusal durum ve görsel ve işitsel kesinlik gibi fiziksel koşullar da dâhil olmak üzere sağlık bağlamına belirli faktör setleri iletirler[572]. Model, yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına ve maliyetlerine etki ettiğini ifade etmektedir. IOM (2004)'un raporunda bu çıktı ve sonuçlar sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artış, koruyucu hizmetlerden daha az

[571] Sorensen ve Diğerleri, **BMC Public Health**, s.10-12.
[572] Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, s.32.

tedavi edici hizmetlerden daha fazla yararlanma, sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artışa bağlı olarak artan maliyetler şeklinde izlenmektedir[573].

Bir diğer model Baker (2006)'ın, geliştirdiği kavramsal modeldir. Bu model, sağlık okuryazarlığına bireysel kapasitenin bir ürünü olarak yaklaşmakta ve "bireysel kapasite" ve "sağlık okuryazarlığı" olmak üzere iki kaynak setinden yararlanmaktadır. Baker, bireysel kapasiteyi bireylerin sağlık personeli ve sağlık sistemi ile etkin bir şekilde ilgilenmesi olarak tanımlamakta ve bireysel kapasitenin okumadaki akıcılık, geçmişten beri elde edilen birikim (kelime hazinesi ve sağlık ile ilgili bilgiler gibi) olmak üzere iki odak noktasından oluştuğunu ifade etmektedir. Modeldeki ikinci önemli alanı ise sağlık okuryazarlığı olarak ifade etmektedir[574].



Şekil 38: Sağlıkla İlgili Basılı ve Sözlü Okuryazarlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli ve Sağlık Sonuçları

Kaynak: David W. Baker, "The Meaning and the Measure of Health Literacy", **J Gen Intern Med,** Agust. 2006, Vol. 21, No.8 (878-883), 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x, (21.06.2017), s.879.

---

573 Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, s.102-103.

574 David W. Baker, "The Meaning and the Measure of Health Literacy", **J Gen Intern Med,** Agust. 2006, Vol. 21, No.8 (878-883), 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x, (21.06.2017), s. 878-879.

Şekil – 38'de bireysel kapasite ile ilişkili olarak okuma akıcılığı ve sağlık ile ilgili kelime ve kavramsal bilgi düzeyi, sağlık ile ilgili sözlü ve yazılı iletişim kurma yeteneğine etki etmektedir. Bu süreçte sözlü ve yazılı iletişimin karmaşıklığı ve zorluğu yanı sıra diğer faktörler (kültür ve normlar, değişimi engelleyen bariyerler vb.) davranış değişikliklerine etki eden olumsuz faktörlerdir. Fakat sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlık ile ilgili yeni bilgiler, pozitif sağlık davranışları, yüksek öz yeterlilik olumlu sağlık sonuçları yaratmaktadır. Baker'a göre, Benzer okuma akıcılığına sahip bireyler temel sağlık bilgisi ve sağlık hizmetleri ile ilgili farklılıklara bağlı olarak, sağlık ile ilgili materyalleri okumada ve anlamada farklı yeteneklere sahiplerdir. Fakat genel okuma akıcılığı, kelime bilgisi ile sağlıkla ilgili okuma akıcılığı ve kelime bilgisi arasındaki farkın ortalama olarak ne olduğu konusunun bilinmediğine dikkat çekmektedir[575].

Bu bölümde, sağlık okuryazarlığı ile ilgili teorik çerçevenin oluşturulması kapsamında geliştirilen kavramsal modellere değindik. Bu çabalar neden var ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi neden önemli bu soruların cevaplarını yanıtlamaya çalışalım.

4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Modern tıbbın sağladığı olanaklardan yararlanabilmek için sağlık ile ilgili biliş, kavrayış ve uygulama yetisinin yeterli bir düzeyde olması gerektiği söylenebilir. Bu durumun sağlık okuryazarlığının gelişmişliğini ifade ettiğini yinelemekte sakınca görmüyoruz. Peki, Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin önemi neden bu kadar arttı?

Sağlık okuryazarlığının öneminin artışının nedenlerini dört madde ile özetleyebiliriz. Birincisi, sağlık okuryazarlığı bireyler için en önemli yaşam becerilerinden biri haline gelmiştir. İkincisi, halk sağlığının zorunlu unsurlarından biri olarak görülmeye başlamıştır. Üçüncüsü, toplumsal sermayenin önemli bir bileşeni olduğu görülmeye başlamıştır. Dördüncüsü, kritik bir ekonomik mesele olarak değerlendirilmeye başlamıştır[576]. Bu nedenlere ek olarak sağlığın sosyal belirleyicileri

---

[575] Baker, s.879.

[576] Ilona Kickbusch ve Maag D., "Health Literacy", **International Encyclopedia of Public Health**, Vol.3, San Diego: Academic Press, 2008, s. 205.

ile ilişkili olması nedeniyle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi iyi sağlık halinin devamı ve bu durumun sürdürülmesi için yeni bir kavram olarak önem kazanmaktadır[577].

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bileşenleri analiz eden çalışmaların artışına kadar genelde genel okuryazarlık ile iç içe görülen sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıktan farklı bir kavramdır ve pek çok faktörden etkilenir. Bu faktörler; kişinin yaşı, çalışma durumu, gelir ve eğitim düzeyi, sosyal güvencesinin varlığı, ırk/etnik köken ve cinsiyeti gibi sağlık durumu ile ilişki içinde olan faktörlerdir[578]. Bireysel ve toplumsal bileşenler ile yoğun ilişki içinde olan sağlık, bireylerden başlayarak yani bireylerin sağlık sistemi ve sağlık kuruluşundan bekledikleri sağlık hizmetine ulaşması, sağlık ile ilgili bilgileri anlaması ve kullanması anlamında, sağlık okuryazarlığının sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi ile de ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi; fiziksel aktiviteyi teşvik, sağlıklı beslenme, sigara ve alkol tüketiminin azaltılması yolu ile kanser, kalp hastalığı, diyabet ve solunum yolları hastalıklarını önlemek için etkin bir müdahale aracı olarak görülmektedir[579]. Bunun nedeni sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların, diyabet, astım, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı yüksek olanlara göre daha başarısız olmasıdır[580].

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin teşviki bu çalışmada savunulan en önemli argümanlardan biridir. Koruyucu sağlık hizmetleri bağlamında değerlendirildiğinde, insanlarda davranış değişikliğinin oluşturulması yoluyla kronik hastalıklar ile mücadele için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine önemli bir rol atfedildiği söylenebilir. Çünkü

---

577 Kristine Sorensen ve Diğerleri, "Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)", (Elektrik Version) **BMC Public Health**, 2013, 13: 948, 10.1186/1471-2458-13-948, (10.04.2016), s.1.

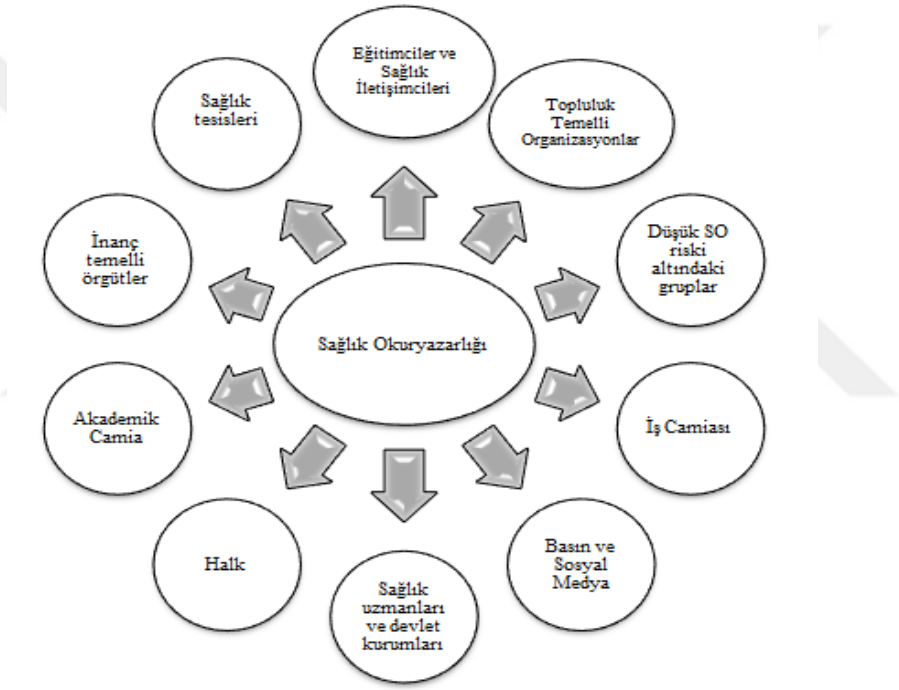
578 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s.69.

579 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s.14.

580 Julie A. Gazmararian ve Diğerleri, "Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization", **JAMA**, 1999, Vol.281, No:6, 10.1001/jama.281.6.545, (12.04.2016), s.545.

hastalıkları önlemenin hastalıkları tedavi etmekten her zaman için daha iyi bir seçenek olduğu gibi bir gerçek söz konusudur.

Sağlık hizmetinden yararlananlar yani bireyler kadar sağlık hizmetini sunanlar, finanse edenler ve politikacılar sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri kapsamında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yaklaşımından uzun vadede etkilenecek olan taraflar olarak görülmektedir[581]. Şekil-39'da sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yaklaşımından etkilenecek olan taraflara yani sağlık okuryazarlığının paydaşlarına yer verilmiştir.



Şekil 39: Sağlık Okuryazarlığının Paydaşları

Kaynak: Wayne Mitic ve Irving Rootman (Ed.), **An Intersectoral Approach For İmproving Health Literacy For Canadian**, Discussion Paper, 2012, s.18.

Sağlık okuryazarlığından etkilenen kesimler göz önünde bulundurulduğunda sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla, bireylerin, toplumun, sağlık kurum/kuruluşlarının, sağlık çalışanlarının ve işverenlerin, ilaç firmalarının, sigorta kuruluşlarının, medyanın,

---

[581] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları**, 1. Baskı, Ankara: Bakanlık Yayınları No: 815, 2011, s.159.

akademik camianın, sağlık iletişimcilerinin, politika yapıcıların ve hatta küresel organizasyonların ortak eylemlere yönelik çaba sarf etmesi gerektiği söylenebilir.

Ekonomik açıdan sağlık okuryazarlığına değinen Kickbusch ve diğerleri (2006): *"Sağlık okuryazarlığına yatırım yapmak nüfusun sağlık düzeyini yükseltirken sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltır"*[582] tespitiyle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin toplumsal ve ekonomik açıdan uzun vadeli getirilerine işaret etmişlerdir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlık harcamalarında verimlilik artışı ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesi sağlanabilir. Bu sağlık okuryazarlığının önemini artıran bir bulgudur. Kula ve Fiedler (2014) ise düşük sağlık okuryazarlığının önemini ekonomi ile ilgili olarak iki yönden ele almışlardır. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği: birincisi, zaten zorlanmış bir sağlık sistemi üzerindeki ek mali yük getirmektedir. İkincisi, sağlık okuryazarlığı morbidite ve mortaliteye doğrudan etki etmektedir[583]. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlık sistemi üzerindeki aşırı maliyet baskısının azaltılabileceğini savunmuşlar ki bizim savımız da bu yöndedir.

Sağlık okuryazarlığının önemini artıran diğer bir argüman da; ırk, gelir ve eğitim düzeyine bağlı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyindeki farklılıkların yaygın bir şekilde sağlıkta eşitsizliklere neden olmasıdır. Kanımızca en önemli ve mutlaka çözülmesi gereken etkisi de budur. Bu eşitsizlerin özellikle sağlık hizmetlerine erişim de ve sağlık hizmetlerinin kullanımında yaşandığını ifade edebiliriz.

Gelirin %'lik dilimler arasındaki paylaşımı giderek ilk %20'lik gelir dilimini paylaşanların aleyhine dönmektedir. En zengin %20'de ise artan zenginlik beraberinde gücü de getirmekte ve eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinde de durum benzerdir. Lister'e göre: *"Dünya nüfusunun %84'ü küresel sağlık harcamalarının %11'ini paylaşmakta, ancak küresel hastalık yükünün %93'ünü çekmektedir"*[584]. Sağlık harcamalarının daha adil paylaşılması yönünde yaşanacak değişimin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile mümkün olacağını ve bu amaçla

---

582 Kickbusch, Wait ve Maag, s.11.

583 Sedat Kula ve Beth Ann Fiedler, "Improving Health Literacy through Governance Tools", **Journal of Public Administration and Governance**, 2014, Vol.4. No.1, https://doi.org/10.5296/jpag.v4i1.5282, 09.05.2017, s.47.

584 John Lister, **Sağlık Politikası Reformu Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz? Küresel "Sağlık Reformu" Endüstrisinin Eleştirel Klavuzu**, Melis İnan ve Diğerleri (Çev.), İnsev Yayınları, 2008, s.5.

sağlık okuryazarlığının tüm paydaşlarına önemli roller düştüğünü ifade edebiliriz. Eşitsizlikleri gidermek anlamında burada ki en önemli soru kimin sağlık okuryazarlığı geliştirilecek? olmalıdır. Aslında cevap toplumu oluşturan tüm bireylerindir. Fakat bireyler arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeyi farklılıklar sergilemektedir. Dolayısıyla farklı düzeylerdeki bireyler için farklı düzeyde müdahaleler gerekmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının nasıl ölçümlendiğini ve hangi düzeylerden oluştuğuna değinmekte yarar görüyoruz.

4.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri ve Ölçümü

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek amacıyla yöneltilen sorulara verilen cevaplara bağlı olarak elde edilen sonuçlar, okuryazarlık düzeyi ile ilgili kategorik değerlendirmeyi göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının seviyeleri genellikle geliştirilen ölçekler ile saptanmaktadır. Her ülkenin ulusal sağlık sistemi farklıdır. Bu sebepledir ki son dönemde ülkeler ulusal ölçek geliştirme çalışmalarına ağırlık vermeye başlamışlardır. Ölçeklere daha sonra değinilecek olmakla birlikte öncelikle sağlık okuryazarlığının düzeyini tanımlayan teorik çerçeveye değinilecektir.

4.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Literatürde sağlık okuryazarlığının düzeyini sınıflandıran çalışmalardan, en yaygın olarak kabul göreni Nutbeam (2000)'ın geliştirdiği sınıflandırmadır. Nutbeam'ın, sağlık okuryazarlığı seviyelerine yönelik tanımı; okuma yazmaya yönelik beceriler, aktif sosyal ilişkiler ve eleştiri gibi özellikler üzerinde durmaktadır.

Nutbeam sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzeyleri üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutmaktadır. Bu düzeyler:

1) *İşlevsel sağlık okuryazarlığı:* Günlük olarak okuma ile yazma ile ilgili temel becerileri aktif olarak kullanabilme durumudur. Sağlık okuryazarlığının dar tanımı olarakta nitelemektedir

2) *İnteraktif sağlık okuryazarlığı:* Okuryazarlık becerilerinin gelişmiş olduğu ve bilişsel, sosyal becerilerin ileri olması nedeniyle gündelik hayata etkin katılımı ve farklı iletişim kanallarından anlam çıkarabilme yeteneğini nitelemektedir.

3) *Kritik (Eleştirel) sağlık okuryazarlığı:* Bilişsel becerilerin en ileri seviyede kullanılması, sağlık bilgilerinin eleştirel anlamda analiz edilmesi ve bu bilgilerin sağlık kararlarında kullanımını sağlayacak düzeyde gelişmiş becerileri ifade etmektedir[585]. Eleştirel sağlık okuryazarlığının, "bireysel ya da grup olarak siyasal sistem ve sosyal hareketler aracılığıyla eylemde bulunmayı" kapsadığına yönelik değerlendirmeler mevcuttur[586]. Bu düzeyler arasındaki farklılığın ifade ettiği şeyi wills; *"Bir gıdanın üzerindeki etiketi okuyabilmek bir şeydir; ancak McDonalds'ların neden bu kadar ucuz, doyurucu ve her yerde hazır ve nazır olduğunu bilmek başka bir şeydir*" [587] sözleri ile ifade etmekte ve eleştirel düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine erişmenin önemini vurgulamaktadır.

Sağlık okuryazarlığının düzeylerini sınıflandıran diğer bir çalışma Zarcadoolas vd. (2005) nin geliştirdikleri modeldir. Modele göre sağlık okuryazarlığının düzeyleri; temel okuryazarlık: okuma, yazma, konuşma ve aritmetik, bilimsel okuryazarlık, toplumsal okuryazarlık ve kültürel okuryazarlıktan oluşmaktadır[588].

Bu sınıflandırmaya göre;

1) Temel Okuryazarlık: Sayıları okumak, konuşmak, yazmak ve yorumlamakla ilgili becerileri ve stratejileri ifade eder.

2) Bilimsel okuryazarlık: bilimin ve teknoloji çerçevesindeki yeterlilik seviyelerine atıfta bulunur.

3) Toplumsal okur yazarlık: vatandaşların kamusal konulardan haberdar olmasını ve karar verme sürecine dahil olmasını sağlayan yetenekleri ifade eder. Medya okuryazarlığı, yurttaşlık ve devlet işlemleri, bireysel sağlık kararlarının farkında olunması gibi boyutları vardır.

---

585 Nutbeam, "Health Literacy as a public health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century". s.263-264.

586 İnci Çınarlı, "Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı", Filiz Yıldırım ve Alev Keser (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı**, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yayın No:3, Ankara, 2015, s.20.

587 Çınarlı, **Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı**, s.24.

588 Christina Zarcadoolas, Andrew Pleasant ve David S. Greer, "Understanding Health Literacy: an expanded model", **Health Promotion International,** 2005, Vol. 20, No.2, https://doi.org/10.1093/heapro/dah609, (23.08.2016), s.197.

4) Kültürel okuryazarlık: kolektif inançları, Dünya görüşü ve toplumsal kimlik bilgilerini kullanarak sağlık bilgilerini yorumlamak ve bunlara göre hareket etmek olarak ifade edilmektedir[589].

Şimdiye kadar yaptığımız açıklamalar da Sağlık okuryazarlığının düzeyleri Nutbeam ve Zarcadoolas'ın yaklaşımları çerçevesinde ele alındı. Sağlık okuryazarlığının düzeylerinden sonra sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçümlemek üzere geliştirilen ölçeklerin neler olduğuna değinmenin bu düzeylerin tespitine nasıl karar verildiğini anlayabilmek açısından bütünleştirici bir yaklaşım olacağı kanaatindeyiz.

4.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Araçları

Birçok faktörden beslenen ve oldukça karmaşık bir yapısı olan sağlık okuryazarlığının ölçümlenmesi için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçüm araçları bireylerin genel okuryazarlık becerileri yanında sağlık okuryazarlığına ilişkin belli başlı boyutları da değerlendirmektedir. Bu bölümde bu ölçeklerden bazılarına yer verilmiştir.

4.3.2.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM)

Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahmini olarak adlandırılan ölçek 66 tıbbi kelime içeren bir kelime tanıma testidir. Tıbbi terimler karmaşıklığına, hece sayısına ve telaffuz zorluğuna göre sıralanır ve hastaların sesli bir şekilde kelimeleri doğru telaffuz etmesi beklenir[590]. Doğru okunan kelime sayısına göre test sonucu; 0-18 (3. ve altındaki dereceler) ve 19-44 (4 ila 6. derece); düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, 45-60 (7-8. Derece); Sınırlı sağlık okuryazarlığı, 61-66 (9. Derece); yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi şeklinde skorlanmaktadır[591].

4.3.2.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)

Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testi sağlık bilgisini ölçmek için geliştirilmiştir. Değerlendirmesi iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada katılımcılara tıbbi bilgi ve talimatlar verilir. Katılımcılar bilgileri inceler ve verilen bilgilerden ne

---

589 Zarcadoolas, Pleasant ve Greer, s.197.

590 Barry D. Weis, **Health Literacy A Manual for Clinicians**, 2003, American Medical Association Foundation and American Medical Association, http://lib.ncfh.org/pdfs/6617.pdf, (21.05.2017), s.17.

591 Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, s.48.

anladığını test eden soruları cevaplar. İkinci aşamada açık uçlu sorular verilerek boşlukları doldurmaları istenir. TOFHLA klinisyenler tarafından yönetilmektedir. Hastaların karşılaştığı gerçek materyalleri kullanır, örneğin hap, sıhhi şişeler ve randevu fişi gibi. TOFHLA, 17 aritmetik ve 3 nesir pasajından oluşur. Testin uygulanması 22 dakika kadar sürebilmektedir[592]. İngilizce ve İspanyolca versiyonları bulunan test sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalarda oldukça kullanım alanı bulmaktadır. Testin skorları; düşük/yetersiz (0-59), marginal (60-74) veya yeterli (75-100) sağlık okuryazarlığı düzeyleri şeklinde sınıflandırılmaktadır[593].

4.3.2.3. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA)

İşlevsel Sağlık okuryazarlığı kısa testi, TOFHLA testinin iki pasaja indirgenmiş versiyonundan oluşan okuma-anlama düzeyini ölçen bir testtir. 4. ve 10. sınıf okuma düzeyinde olan 4 aritmetik maddeye ve 2 okuma anlama pasajına indirgenen S-TOFHLA, 12 dakikaya kadar profesyonelce uygulanan sağlık okuryazarlığının genel bir ölçüsü olarak kullanılmaktadır. Ölçek değerlendirme TOFHLA testinde olduğu gibi düşük/yetersiz (0-59), marginal (60-74) veya yeterli (75-100) şeklinde gruplandırılmaktadır. Farklı olarak ilk pasaj dördüncü okuma düzeyi, son pasaj onuncu okuma düzeyi olarak puanlanmaktadır[594]. İngiltere'de de bu testin bir versiyonu olan "Yetişkinlerde Fonksiyonel Okuryazarlığın Kısa Testi (STOFHL-UK)" uygulanmıştır[595].

4.3.2.4. En Yeni Hayati Bulgu Testi (NVS)

En yeni hayati bulgu olarak adlandırılan bu test hastalara verilen beslenme etiketi üzerinden gerçekleştirilen altı maddelik bir değerlendirme testidir. Bu sorular aritmetik, okuma kabiliyeti ve anlama becerilerini test etmektedir. Doğru yanıtların

---

592 Sarah A. Collins ve Diğerleri, "Health Literacy Screening Instruments for eHealth Applications: A Systematic Review", **J Biomed Inform**, 2012, Vol. 45, No.3, 10.1016/j.jbi.2012.04.001, (14.07.2017), s.601.

593 Barry D. Weiss ve Diğerleri, "Quick Assesment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign", **Annals of Family Medıcıne**, 2005, Vol.3, 10.1370/afm.405, (14.07.2017), s.515.

594 Sarah A. Collins ve Diğerleri, s.602.

595 Jill Roberts, **Local Action on Health Inequalities Improving Health Literacy to Reduce Health Inequalities**, 2015, UCL Institute of Health Equity, http://www.kindengezin.be/img/inproving-healt-literacy.pdf, (16.07.2017), s.15.

sayısına dayanarak, sağlık hizmeti sağlayıcısı veya araştırmacı hastanın sağlık okuryazarlık seviyesini değerlendirmektedir. 0-1 puan, sınırlı okuryazarlık ihtimalini (%50 veya daha fazla) önermektedir. 2-3 puan, sınırlı okuryazarlık olasılığını gösterir. 4-6 puan, her zaman yeterli okuryazarlık düzeyini ifade etmektedir [596].

4.3.2.5. Yetişkin Okur Yazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (NAAL)

Yetişkin okuryazarlığı araştırması ulusal değerlendirmesi Amerika'nın yetişkin okuryazarlığı düzeyini gösteren en kapsamlı ölçütlerden biri olarak değerlendirilebilir. NAAL yalnızca yetişkinlerin okuma yazma performansı hakkında değil aynı zamanda araştırmacılara, uygulayıcılara, politika yapıcılara ve halka uygulamanın özelliklerine ilişkin bilgi sağlamaktadır. Yetişkin Okur Yazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (2003) için hane halkının demografik ve geçmişe ilişkin verilerini toplamak aynı zamanda sağlık durumuna ilişkin verileri analiz eden bir anket kullanılmıştır. Hapishanedeki yetişkinler için ayrı bir anket kullanılarak sağlık durumları ve sağlık sorunları hakkında bilgiler sorulmuştur. Bu ölçütte üç okuma yazma düzeyi kullanılmıştır. Bunlar; nesir (düz yazı) okuryazarlığı, belge okuryazarlığı ve niceliksel okuryazarlık olarak gruplanmıştır. Her bir okuryazarlık düzeyi; nesir (düz yazı) okuryazarlığı, belge okuryazarlığı ve niceliksel okuryazarlık, dört okuryazarlık ölçeği çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu ölçekler yetersiz (Below Basic), temel (Basic), orta düzey (intermediate) ve yetkin (Proficient) olarak ayrılmıştır[597]. Her bir düzey için değerlendirme skoru Tablo – 21'de belirtilmiştir.

Tablo 21: Değerlendirme Skoru

Yetersiz (Below Basic)	Temel (Basic)	Orta Düzey (İntermediate)	Yetkin (Proficient)
Düz Yazı: 0–209	Düz Yazı: 210-264	Düz Yazı:265-339	Düz Yazı:340-500
Belge (Doküman):0–204	Belge (Doküman): 205-249	Belge (Doküman): 250-334	Belge (Doküman): 335-500
Niceliksel: 0–234	Niceliksel :235-289	Niceliksel :290-349	Niceliksel :350-500

Kaynak: Mark Kurtner ve Diğerleri, **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy,** U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006, s.5.

[596] Newest Vital Sign Toolkit, 2011, http://www.pfizer.com/files/health/2016_nvs_flipbook_english_final.pdf (10.04.2017).

[597] Mark Kurtner ve Diğerleri, **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy,** U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006, s.2-5.

4.3.2.6. Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLQ)

HLQ, düşük ve orta gelirli ülkeler için DEAKIN Üniversitesi tarafından geliştirilmiş bir sağlık okuryazarlığı anketidir. Avustralya, Avrupa, Kuzey Amerika ve Asya'da yaygın olarak kullanılmaktadır ve 15'ten fazla dile tercüme edilmiştir[598]. HLQ, bireylerin, grupların ve toplumların sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını ölçmektedir. Dokuz bağımsız ölçekte düzenlenen 44 sorudan oluşmaktadır. Her ölçek, sağlık okuryazarlığının bağımsız bir yönünü ölçümlemektedir. Bu dokuz ölçek;

1. Sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından anlaşıldığını ve desteklendiğini hissetme.
2. Sağlığını idare etmek için yeterli bilgiye sahip olma.
3. Sağlığı aktif bir şekilde yönetme.
4. Sağlık için sosyal destek.
5. Sağlık bilgisinin değerlendirilmesi.
6. Sağlık hizmeti sunucuları ile aktif olarak etkileşim kurma becerisi.
7. Sağlık sisteminde gezinme becerisi.
8. İyi sağlık bilgisini bulma becerisi.
9. Ne yapacağımızı bilecek kadar sağlık bilgisini iyi anlama şeklinde gruplandırılmıştır[599].

4.3.2.7. HLS-EU Anketi

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilen ve 47 soruluk bir anket ile sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan çerçevesinde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçen geniş kapsamlı bir ankettir[600]. Bu ölçek Türkiye'de de sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespiti

---

[598] Deakin University, Research Project, http://www.deakin.edu.au/cphr/our-research/health-systems-improvement-unit/research-projects, (13.03.2017).

[599] Richard H. Osborne ve Diğerleri, "The Grounded Psychometric Development And Initial Validation Of The Health Literacy Questionnaire (HLQ)", **BMC Public Health**, 2013, Vol.13 No. 658, https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658, (13.03.2017), s.8.

[600] Mine Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2014, s.28.

için kullanılmıştır. Anket sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirirken; *"(0-25) puanı yetersiz, (>25-33) sorunlu ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı"* kategorilerini kullanmaktadır[601].

Bireylerin sağlık okuryazarlığının düzeyini tespit etmeyi amaçlayan ölçek çalışmalarının çoğunda sağlık ile ilgili bilgileri, okuma, anlama, kavrama ve uygulama bağlamında değerlendirmeler yapıldığını ifade edebiliriz. Okuma yazma gibi yetiler dışındaki faktörlerinde sağlık okuryazarlığına etki ettiğinin farkedilmesiyle bu ölçeklere farklı bileşenlerinde eklendiğini görüyoruz.

Sosyal ve çevresel bileşenler, sağlık sistemi ile ilgili faktörler, bireye özgü okuryazarlık dışındaki diğer faktörler gibi. Bu etkenlerin fark edilmesinin sağlık okuryazarlığına daha bütüncül yaklaşımların doğuşunu tetiklediğini ifade etmek yanlış olmayacaktır.

4.4. Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler

Sağlık okuryazarlığının etkileşim içerisinde bulunduğu alanların farkındalığının artmasıyla sağlık okuryazarlığının yetersizliği, olumsuz sonuçları açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilmeye başlamıştır[602]. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı, bireylerin sağlıkları ile ilgili kararlara katılımında sınırlılık, zayıf benlik yönetimi/bağımlılık, tanı ve tedavinin ertelenmesi ve hastaneye yatış oranındaki artış, optimal sağlık hizmeti temin edilmemesine rağmen yüksek sağlık maliyetleri bu olumsuz sonuçlardan bazılarıdır. Bu nedenle yalnızca hastalara yönelik bir sorun olmayıp, hizmet sağlayıcılar ve sağlık sistemi içinde problem teşkil etmektedir[603].

IOM, yetersiz sağlık okuryazarlığının neden olduğu olumsuz sonuçları değerlendirmek amacıyla farklı akademik disiplinlerden ve uzmanlardan oluşan Sağlık Okuryazarlığı Komitesi'ni bir araya getirmiştir. Komite, sağlık okuryazarlığı için

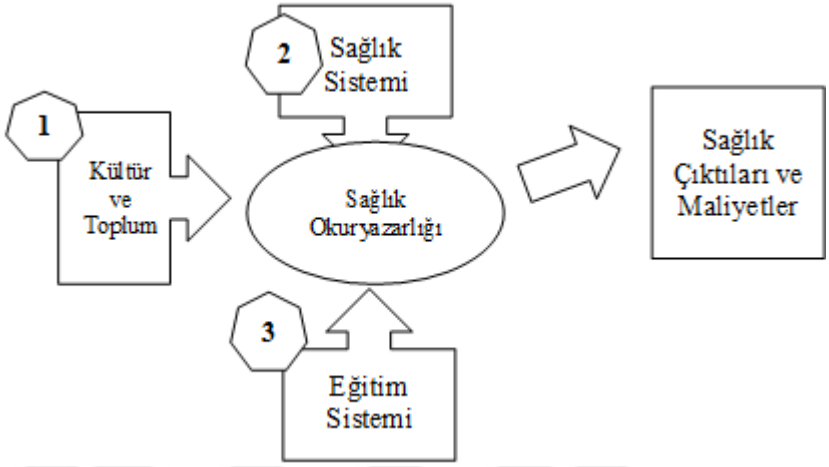
---

601 Tanrıöver ve Diğerleri, s.35.

602 Paasche-Orlow ve Wolf, s.22.

603 Verna L. Welch, Jonathan B VanGeest ve Rachel Caskey, "Time, Costs and Clinical Utilization of Screening for Health Literacy: A Case Study Using the Newest Vital Sign (NVS) Instrument", **JABFM,** May-June 2011, Vol. 24, No:3, 10.3122/jabfm.2011.03.100212, (08.06.2016), s.281.

potansiyel müdahale alanlarını içeren bir çerçeve geliştirmiştir. Şekil - 40'da da izlenebileceği üzere bu çerçeve, bireylerin sağlık okuryazarlığının eğitim sistemleri, sağlık sistemleri ile kültürel ve sosyal faktörlerle etkileşim halinde olduğunu ve bu faktörlerin nihai olarak sağlık çıktılarını ve maliyetlerini etkilediğini ifade etmektedir[604].



Şekil 40: IOM'un Sağlık Okuryazarlığı Modeli, Potansiyel Müdahale Alanları

Kaynak: Institute Of Medicine, Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, David A. Kindig (Ed.), **Health Literacy: A Prescription to End Confusion,** Washington D.C.**:** The National Academies Press, 2004, s.5

Sağlık okuryazarlığı, yaş, genetik, dil, ırk, eğitim, iş ve çevre gibi belirleyicilerden kaynaklanan bir sağlık sorunu olarak görülmektedir[605]. Demografik, sosyal ve toplumsal belirleyicilerine ek olarak bu bölümde sağlık okuryazarlığına etki eden belirleyicilere sağlık sistemine ilişkin faktörler ve ekonomik faktörler başlıkları altında değinilecektir.

4.4.1. Demografik, Toplumsal ve Sosyal Faktörler

Sağlık okuryazarlığına etki eden demografik faktörleri; yaş, köken, cinsiyet, medeni hal, gelir ve eğitim düzeyi ile çalışma durumu gibi bileşenlere ayırabiliriz. Genel olarak yaşlılarda, siyahi ırkta, kadınlarda, bekarlarda, eğitim ve gelir düzeyi

---

[604] Institute of Medicine**, Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, 2004, s.5.

[605] Roberta Pawlak, "Economic Considerations of Health Literacy", **Nursing Economics,** Temmuz-Ağustos 2005, Vol. 23, No.4, http://www.medscape.com/viewarticle/511636_3, (10.05.2015), s.175.

düşük olanlarda[606], göçmenlerde ve çeşitli devlet yardımlarına bağımlı kişilerde[607] sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular arasındadır.

Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporuna Göre (2013); *"2045-2050 yıllarına ulaştığımızda beklenen yaşam süresinin gelişmiş ülkelerde 82 yıl, az gelişmiş ülkelerde ise 75 yıl olacağı tahmin edilmektedir. 2050 yılında gelişmiş ülkelerde yaşayan her üç kişiden birinin, az gelişmiş ülkelerde ise her beş kişiden birinin 60 veya daha ileri bir yaşta olacağı öngörülmektedir"*[608]. Bu durum toplam nüfusun içinde üretime katılan nüfusun azalacağını ifade etmektedir. Yaşlanan nüfus ile birlikte kronik hastalıkların artış göstermesi de gerçekleşmesi muhtemel olumsuz sonuçlardan biridir. Yüksek maliyetler taşıması ve taşıdığı maliyetlere ek olarak sağlık sistemine ilave maliyetler yüklemesi, tedavi süresince sorumluluğun hasta ve sağlık çalışanlarında olması gibi nedenlerle kronik hasta yönetiminde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi etkin bir müdahale aracı olarak görülmektedir[609].

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen demografik faktörlerden biri de cinsiyettir. Genellikle kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere göre yetersiz olduğu belirtilmektedir. UNESCO'nun tahminlerine göre 776 milyon yetişkin (ya da dünyadaki erişkin nüfusun %16'sı) temel okuryazarlık becerilerinden yoksundur. Bu oranın 2/3'sini kadınlar oluşturmaktadır[610].

Sağlık okuryazarlığının gelişmiş olduğu bireylerde koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı artış göstermektedir. Fakat sağlık okuryazarlığının düşük olduğu kadınlarda smear testi, kolorektal kanser taramaları ve mammografi testleri gibi koruyucu sağlığa hizmet eden tetkiklerin yapılma düzeyinin de düşük olduğu saptanmıştır[611]. Illich'e göre; smear testinin yılda dört defa yapılması ile rahim kanserine erken müdahale edilebilmekte ve hayatta kalma süresi en az beş yıl

---

606 Pınar Yalçın Bayık, Serap Taşkaya ve Bayram Şahin, "Sağlık Okuryazarlığı", TAF **Preventive Medicine Bulletin**, 2014, Cilt.13, Sayı.4, http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1402386162, (10.05.2015), s.324.

607 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s.20.

608 Kanıta Dayalı Tıp Derneği, **Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi**, Ankara, 2013, s.4

609 Kanıta Dayalı Tıp Derneği, s.8.

610 Kanj ve Mitic, s.16.

611 Çiler Erdağ, s.8.

artmaktadır[612]. Tablo-22'de AB ülkelerinde kadınların smear testi, kolorektal kanser taramaları ve mammografi testleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarına yer verilmiştir.

Tablo 22: AB'de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Oranı

Ülke/Önleyici Sağlık Hizmeti (2014)	Mammografi Testi Yaptırma Oranı					Smear Testi Yaptırma Oranı					Kolorektal Kanser Tarama Testi Yaptırma Oranı				
	1>	1-2 yıl arası	2 -3 yıl arası	>3	Hiç	1>	1-2 yıl arası	2 -3 yıl arası	>3	Hiç	1>	1-2 yıl arası	2 -3 yıl arası	>3	Hiç
Avrupa Birliği (28 ülke)	**38,0**	**30,7**	**10,3**	**9,7**	**11,3**	**36,2**	**23,9**	**10,6**	**15,1**	**14,1**	**18,8**	**12,7**	**5,5**	**10,0**	**53,1**
Belçika	43,8	31,7	8,1	9,1	7,3	39,0	26,7	9,7	6,8	17,8	8,6	7,9	3,9	4,4	75,2
Bulgaristan	16,4	15,4	13,3	19,6	35,3	22,3	18,8	11,1	16,2	31,7	3,3	2,4	1,2	2,7	90,4
Çek Cumhuriyeti	32,9	43,8	9,4	9,8	4,2	57,2	23,8	6,3	8,9	3,9	22,4	20,0	9,0	12,0	36,7
Danimarka	44,4	37,1	7,2	4,7	6,6	20,8	25,5	17,2	16,9	19,6	25,2	9,6	3,4	10,3	51,5
Almanya	45,5	28,0	8,3	9,1	9,1	60,4	14,6	5,3	11,1	8,6	32,6	18,3	10,6	19,5	19,0
Estonya	22,3	16,7	20,2	23,7	17,1	27,6	15,5	14,6	17,1	25,2	4,9	1,6	2,6	8,1	82,8
Yunanistan	40,5	19,1	9,1	17,8	13,5	49,0	20,2	6,4	12,7	11,8	7,7	3,5	2,9	8,5	77,3
İspanya	47,9	32,4	8,6	5,3	5,8	34,0	24,2	10,8	14,5	16,5	7,8	3,9	2,3	5,2	80,8
Fransa	40,3	46,7	4,2	4,4	4,4	35,7	39,8	6,4	9,2	8,8	23,9	27,5	4,2	4,6	39,8
Hırvatistan	35,4	31,7	11,9	10,5	10,1	45,6	21,7	9,6	14,9	7,9	13,4	8,6	5,6	6,4	66,0
İtalya	35,8	32,5	12,5	11,3	7,9	28,1	28,3	13,5	14,1	16,2	17,5	14,1	7,2	10,3	50,9
Kıbrıs	33,3	32,4	10,6	8,1	15,5	30,4	25,7	8,5	13,1	22,2	2,6	1,8	1,2	2,9	91,5
Letonya	22,9	23,9	14,6	15,9	22,7	44,4	26,0	8,0	15,7	6,0	15,7	7,3	4,2	23,4	49,3
Litvanya	20,7	25,8	15,3	18,0	20,2	21,2	25,1	15,6	20,4	17,7	14,5	8,3	3,7	8,7	64,7
Lüksemburg	52,2	28,8	7,5	6,0	5,5	64,8	15,1	3,7	6,5	9,9	15,7	8,5	6,0	16,3	53,5
Macaristan	36,4	28,5	12,0	15,9	7,1	39,7	20,9	10,0	19,4	10,0	8,2	5,0	3,5	24,1	59,2
Malta	30,3	25,0	13,0	15,7	16,1	36,1	16,8	9,3	22,2	15,5	14,4	3,7	1,3	3,7	76,8
Hollanda	45,4	35,0	7,1	5,3	7,1	16,2	18,6	14,0	31,9	19,3	6,2	3,4	2,1	6,6	81,7
Avusturya	46,2	26,5	10,1	12,9	4,3	61,7	18,6	6,3	8,6	4,8	32,0	17,0	9,8	19,1	22,1
Polonya	30,9	27,7	12,7	13,6	15,1	35,5	24,0	12,1	19,5	8,8	4,2	2,4	1,9	9,7	81,7
Portekiz	51,6	32,6	7,0	5,2	3,5	38,5	24,2	8,4	11,3	17,7	23,2	12,6	4,7	8,9	50,6
Romanya	1,5	5,1	5,1	9,2	79,0	4,6	13,1	9,2	10,8	62,1	2,0	1,7	0,6	0,8	94,9
Slovenya	33,8	26,6	11,6	14,6	13,3	35,0	25,2	17,2	16,3	6,3	29,4	22,1	8,8	9,7	30,0
Slovakya	24,6	29,5	14,4	21,2	10,2	33,5	26,9	8,6	14,8	16,2	15,2	10,8	6,5	15,1	52,5
Finlandiya	48,7	37,8	8,0	4,7	0,8	30,5	32,5	16,8	15,7	4,4	7,5	5,0	3,8	13,7	70,0
İsveç	44,4	46,0	4,4	2,2	2,9	23,2	46,3	10,6	9,0	10,9	9,0	9,5	4,4	10,2	66,8
Birleşik Krallık	34,4	23,5	20,8	13,1	8,2	24,4	18,7	19,7	26,4	10,8	26,7	11,8	4,9	4,9	51,7
Norveç	39,6	36,0	9,1	6,5	8,8	26,1	25,5	14,2	13,3	20,9	5,3	2,9	2,7	3,5	85,6
Türkiye	**14,7**	**10,0**	**6,8**	**13,8**	**54,7**	**11,7**	**7,5**	**4,2**	**8,1**	**68,5**	**15,1**	**6,6**	**2,5**	**9,9**	**65,8**

Kaynak: European Commission, Eurostat, **Healthcare Database**, 2014, http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database, (09.06.2016).

Tablo genelindeki veriler değerlendirildiğinde özellikle koleraktal kanser taramasının kadın nüfusun yaklaşık %50-60'ı tarafından hiç yaptırılmadığını izlemek

612 Illich, s.26.

mümkündür. Türkiye için değerlendirildiğinde tüm tetkik türlerinde kadınların %50'sinden fazlası bu tetkiklerden hiç yararlanmamıştır.

Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişim Sempozyumu'nda (2011) ırk ve etnik köken ile ilgili eşitsizliklerin nedenlerinden biri olarak sınırlı eğitim ve sağlık okuryazarlığının düşük olması gösterilmiş ve sağlık sorunlarındaki eşitsizliği ortadan kaldırmak için programlanan stratejiler; sağlık sorunlarını ele alırken azınlık grupları ve toplumu sürece doğrudan dahil etmek, kültürler arası personel eğitimini iyileştirmek, programları sunmak için çeşitli personel ile çalışmak ve onlara danışmanlık sağlamak, sağlık eşitsizliklerinin kökenine inebilmek şeklinde açıklanmıştır[613].

Azınlık gruplar arasında değerlendirebileceğimiz sığınmacılar, yaşam koşullarının güçlüğü, barınak ya da beslenme ile ilgili sorunlarının yanı sıra sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlükler yaşamaktadır. Bu grupları savunmasız kılan nedenlerden biri de ülkelerinde maruz kaldıkları şiddettir[614]. Göçmenlerde ve azınlık gruplarda genel nüfusa oranla sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ve bu yetersizliğin olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğunu yansıtan bulgular mevcuttur. Özellikle kullandıkları dilin farklı olması nedeniyle bulundukları ülkede sunulan sağlık hizmetlerini anlamada ve uygulamada sorunlar ile karşılaşabilmektedirler[615]. Göç edilen ülkede sosyal haklarının olmaması ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden faydalanamama ve var olan hakları tam olarak bilmeme gibi durumlar söz konusu olabilmektedir[616].

Engelli bireyler sağlık açısından savunmasız olan diğer bir gruptur. Sağlık hizmetlerinin kullanımında başta engelli bireyler olmak üzere bu bireylerin aileleri de sağlık okuryazarlığının düşük olduğu risk grupları arasında yer almaktadır. Herkes engelli bir birey olma riskini taşımaktadır. Dolayısıyla toplumda engelliliğin

---

613 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu Kitabı**, Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu, İstanbul, 11-13 Nisan 2011, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Haziran 2012, s.11.

614 Kevser Vatansever, "Sığınmacıların Kamplardaki Sorunları", Işıl Ergün (Ed.), **Savaş, Göç ve Sağlık** içinde (20-31), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Şubat 2016, s.20.

615 Jill Roberts, s.22.

616 Hür Hassoy, "Sığınmacılara İlişkin Genel Durum", **Savaş,** Işıl Ergün (Ed.), **Göç ve Sağlık**, içinde (16-19), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Şubat 2016, s.16.

önlenmesini sağlamak üzere bireysel bilincin oluşturulmasına yönelik düzenlemelerinde yapılması gerekmektedir.

4.4.2. Sağlık Sistemi İle İlgili Faktörler

Sağlık sistemi ile ilişkilendirilebilecek olan faktörler; sağlık hizmetlerine erişebilme, sağlık sisteminin belirsizliği ve karmaşası, sağlık güvencesinin kapsamı ve hekim ile hasta arasındaki ilişki ile ilgilidir[617]. Sağlık okuryazarlığı konusunda hekimlerin ve diğer sağlık personelinin bilinçlendirilmesiyle, hasta hekim ilişkisindeki bilgi asimetrisinin ortadan kaldırılarak sağlık hizmetinin tedavi amaçlı hizmetlere odaklı yönünün farklı bir boyuta taşınması ve bireylerin sağlık düzeylerini koruma yollarını öğrenmelerine olanak sağlanması gerekmektedir[618].

Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olan bireyler de sağlık uzmanları tarafından verilen bilgileri ve hastalara yönelik eğitim dokümanlarını anlayamama, tedaviye uyum sağlayamama, hastalığı ile ilgili belirtileri ifade edememe biçiminde sorunlar ile karşılaşılmaktadır[619].

Sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu bireylerin sağlık sistemi ile ilgili yaşadığı sorunları tespit etmek amacı ile yapılan bir çalışma; hastaların %26'sının bir sonraki randevu tarihini hatırlamadığını, %42'sinin "boş mide ile ilaç alınması" yönündeki kullanma talimatını anlayamadığını ve %86'sının tıbbi uygulamalar ile ilgili hak ve sorumluluklarını anlayamadığını ortaya koymuştur. Aynı çalışma orta seviyede okuryazarlık becerilerine sahip olan bireylerin kanser ilaçlarına ilişkin araştırma çalışmalarında kullanılan izin formlarındaki içeriği anlayamadıklarını bunun yanı sıra yüksek düzeyde okuryazar olanların bile kendilerine sunulan bilgileri anlamakta zorluk yaşadıklarını ifade etmektedir[620]. Anlama konusunda yaşanan zorluklar; ilaç kullanımındaki yanlışlar, kaçırılan randevular ve olumsuz tıbbi sonuçlar kadar

---

617 Bayık, Taşkaya ve Şahin, s.324.

618 Füsun Sayek TBB Raporları/Kitapları, **Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya**, Birinci Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011, s.68.

619 Çiler Erdağ, s.8.

620 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, **Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi**, 1.Baskı, Ankara: Bakanlık Yayınları, 2016, s.96.

malpraktisle (yani doktor hatasından kaynaklanan) ilişkili davalara da neden olabilmektedir[621].

Victor Dzauya göre; sağlık okuryazarlığının sağlık sistemi açısından önemi sağlığın toplumsal belirleyicilerine ve sağlık alanında yaşanan farklılıklara hitap edebilmesinden kaynaklanmaktadır[622]. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı yanlızca bireysel bir problem olarak algılanmamalı aynı zamanda sistemsel bir sorun olduğu unutulmamalıdır.

4.4.3. Ekonomik Faktörler

Sağlık okuryazarlığının düzeyindeki yetersizlik, ilaç kullanımında yaşanan hatalara, hastanede yatış süresinin uzamasına, acil servislerin daha sık kullanımına ve genellikle hastalık düzeyindeki artış ile birlikte sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır[623]. Örneğin, ABD'ye bağlı bir eyalette Medicaid'e kayıtlı bireylerin ortalama yıllık sağlık masrafları kayıt yaptıran kişi başına 3.000$'ken, sınırlı okuryazarlık becerilerine sahip olanların yıllık ortalama sağlık masrafları 13.000$ olarak gerçekleşmiştir[624].

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin neden olduğu tedavi maliyetleri, zaman, enerji, hammadde ve sermaye şüphesiz ekonomik sonuçlara sahip diğer tedavi şekilleri için kullanılamayan önemli yatırımlara da atfedilebilmektedir[625].

Yetersiz sağlık okuryazarlığının ekonomiye olan etkileri Şekil - 41'de gösterilmiştir.

---

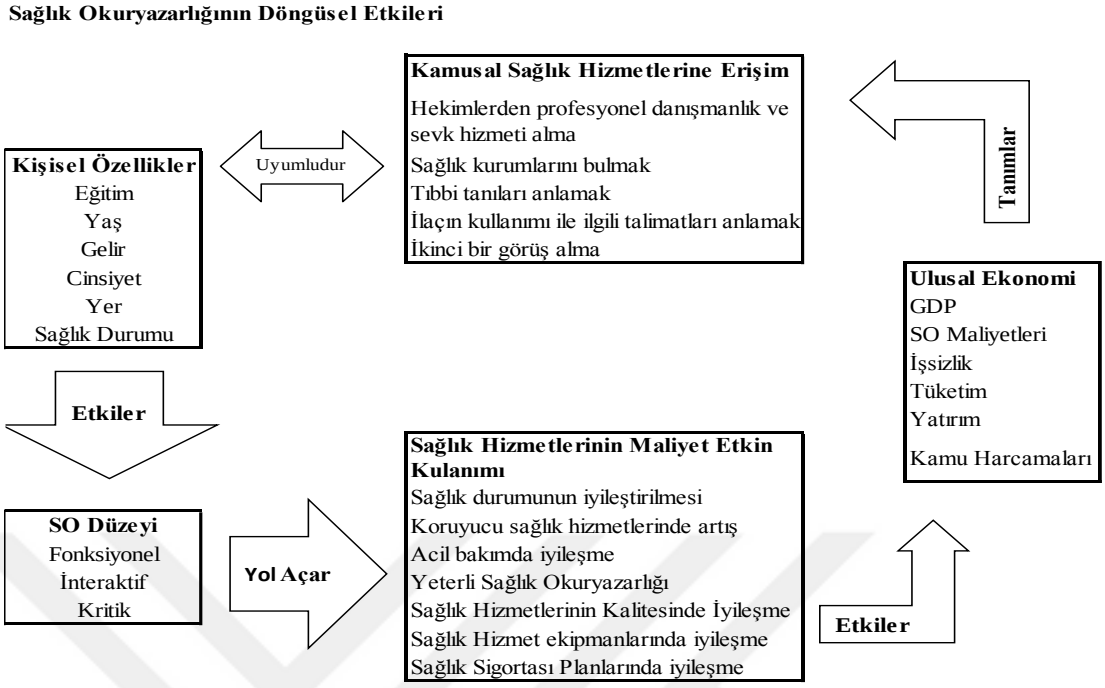
621 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, s.94.

622 The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, **Health Literacy Past, Present and Future Workshop Summary**, Washington D.C: The National Academies Press, 2016, s.2.

623 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, s.96.

624 T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, s.95.

625 Kenneth Cafferkey ve Gerardine Doyle, **Health Literacy and Economic Costs**, Irish Accounting & Finance Association Annual Conference, 2011, s.10.



Şekil 41: Sağlık Okuryazarlığının Ekonomiye Olan Döngüsel Etkileri

Kaynak: Nikolina Dukic, Andrea Arbula ve Ljerka Cerovic, "Economic Implications of Insufficient Health Literacy", **Economic Research,** Vol. 26. No.1, (117-132), http://dx.doi.org/10.1080/1331677X.2013.11517643, (20.02.2016), s.120.

Kişisel özellikler, eğitim, yaş, gelir, cinsiyet, yer ve sağlık durumu, sağlık okuryazarlığı düzeyine bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kullanımını ve dolayısıyla ulusal ekonomiyi etkilemektedir. Kötü sağlık sonuçları ile birlikte hane halkının sağlık harcamaları artmaktadır. Sağlık harcamaları ve buna bağlı olarak kamu ve özel tüketimin sağlık harcamaları içindeki oranı da artış göstermektedir. Sağlık düzeyindeki bozulma, harcamalar ve tasarruflar üzerindeki etkisiyle de ekonomiyi olumsuz etkilemektedir. Kötü sağlık sonuçları iş gücü kayıplarına ve üretimin düşmesine bağlı olarak işsizlik oranının artmasına ve Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın düşmesine neden olmaktadır. Fakat sağlık hizmetlerinin maliyet etkin kullanımının sağlanması ile bahsi geçen olumsuz etkiler tersine çevrilebilir.

Friedland ve O'Neill'e göre; kötü sağlık düzeyi, istihdamın ve dolayısıyla gelirin düşmesine neden olurken eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin gelir düzeyi ne

olursa olsun daha iyi sağlık eğilimi göstermektedir[626]. Dolayısıyla eğitim ve sağlık birbiri ile iç içe geçmiş kavramlar olarak görülebilir. Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı düşük/yetersiz olan bireylerin güçlendirilmesi için ilköğretimden başlayarak sağlık eğitiminin verilmesi beşerî sermayeye yapılacak en iyi yatırımlardan biri olarak görülebilir.

4.5. Küresel Organizasyonların Sağlık Okuryazarlığına Yaklaşımı

Dünya çapında sağlık ile ilgili en etkin kuruluşlardan biri olan DSÖ sağlık okuryazarlığını, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde anahtar bir faktör olarak görmektedir[627]. Sağlık okuryazarlığının yüklendiği misyonun önemini ise şöyle ifade etmektedir:

> *"Sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam koşullarını değiştirerek kişisel ve topluluk sağlığını iyileştirmek için bir dizi bilgi, kişisel beceri ve güven elde etmeyi ifade eder. Sağlık okuryazarlığı broşürleri okumaktan ve randevu alabilmekten daha fazlasını ifade eder. Sağlık bilgilerine erişimi ve bu bilgiyi etkili bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirerek, bireylerin güçlendirilmesi için kritik önem taşır"*[628].

Aynı zamanda, toplumların daha karmaşık hale geldiğini ve insanların giderek yanlış sağlık bilgileriyle boğulduğunu, bu nedenle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin zorunlu olduğunu belirtir[629].

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi (ECOSOC); Sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak, anne ve çocuk ölümlerini, HIV enfeksiyonlarını, yetersiz beslenme ve tütün kullanımını, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizliği azaltmak için sağlık, eğitim ve diğer sektörlerden farklı meslek grupları tarafından ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde eylem planları yapılması gerekliliğini savunmaktadır. Bu eylemlere hükümet sektörü içindeki ve dışındaki kilit paydaşların da katılması gerektiğini vurgular. Bunun yanı sıra iş gücündeki verimlilik kaybı ve sağlığın

---

626 Robert Friedland and Greg O'Neill, **Understanding Health Literacy: New Estimates of the Costs of Inadequate Health Literacy**, National Academy On Aging Society, Washington D.C., 1998, s.65.

627 Institute of Medicine, **Health Literacy Prescription and Confusion**, s.25.

628 UN Chronicle, "Health Literacy and Sustainable Development", Vol. XLVI, No.1&2, 2009, http://unchronicle.un.or/article/health-literacy-and-sustainable-development/, (03.05.2016).

629 Kristine Sorensen, **Health Literacy is a Political Choice**: **A Health Literacy Guide For Politicians**, Global Health Literacy Academy, 2016, s.14.

finansmanı ile ilgili mali yükün işverene kaymasının sonucu olarak, şirketlerin giderek sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine destek vermesi gerektiğini önermektedir[630]. Sağlık okuryazarlığını, olumlu sağlık çıktılarının sağlanmasında önemli bir faktör olarak görmekte ve bu bakış açısıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla uygun eylem planlarının geliştirilmesi çağrısında bulunmaktadır[631].

Avrupa Birliği, sağlık okuryazarlığını üye devletler tarafından 2012 yılında kabul edilen "Avrupa 2020 Stratejisi"nin temel bir boyutu olarak görmektedir. Bu stratejiye göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin topluluklar ve sağlık sistemi içerisinde olduğundan daha güçlü ve daha katılımcı olabilmesi için hem bir yol hem de bu çabaların bir sonucu olarak değerlendirilmektedir[632]. Bu strateji ile bireyleri sağlık hizmetlerinin nesnesi olarak değerlendiren bir anlayıştan, hasta odaklı ve bireyleri sağlık hizmetlerinin öznesi olarak ele alan bir yaklaşım izlemeye yönelmişlerdir[633].

Avrupa'nın Sağlık ve Esenlik Politikası Sağlık 2020 sağlık okuryazarlığını, sağlık ve esenliğin belirleyicilerinden biri olarak kabul etmektedir[634]. Avrupa 2020 Stratejisinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin gerekliliğine yönelik maddeler; demografik değişim (insanların yaşlanması ve buna paralel olarak iş gücündeki azalma), kronik hastalıkların prevalansındaki artış, rekabet (sağlık okuryazarlığı şirketler ve ekonominin bütünü için önemli bir faktör olarak görülebilir ve verimlilik için önemli bir faktör olan işyerlerinde sağlığın iyileştirilmesinde kritik bir rol oynayabilir), sürdürülebilirlik, sağlıktaki eşitsizlikler ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışı şeklinde sıralanabilir[635]. Avrupa Birliği 2008 yılında, paydaşlarla diyalog kurmaya odaklanan bir sağlık okuryazarlığı politikasına doğru ilerlediklerini ilan etti ve 2011 yılında sekiz

---

630 United Nations Economic and Social Council (ECOSOC), "Health Literacy and the Millennium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Regional Meeting Background Paper (Abstracted)", **Journal of Health Communication**, 2010, Vol.15, No.1, 10.1080/10810730.2010.499996, (10.7,2017), s.216.

631 ECOSOC, s. 221.

632 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s. iv.

633 Making Health Literacy a Priority in EU Policy, 2013, http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf, (12.06.2017).

634 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s.69.

635 Making Health Literacy a Priority in EU Policy, 2013, http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf, (12.06.2017).

ülkeyi kapsayan bir sağlık okuryazarlığı araştırması gerçekleştirdi[636]. "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU)" yapıldığı ülkeler; Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dır. Her ülkede rastgele seçilen 15 yaş üstü 1.000 kişi üzerinde gerçekleştirilen ankete yaklaşık 8.000 kişi katılmıştır[637]. Anketin sonuçları Tablo- 23'de izlenebilmektedir.

Tablo 23: Genel Sağlık Okuryazarlığının Yüzdesel Dağılımı (7795 Katılımcı İçin)

Ülke	Mükemmel	Yeterli	Sorunlu	Yetersiz
	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık Okuryazarlığı
Almanya	19,6	34,1	35,3	11
Avusturya	9,9	33,7	38,2	18,2
Bulgaristan	11,3	26,6	35,2	26,9
Hollanda	25,1	46,3	26,9	1,89
İrlanda	21,3	38,7	29,7	10,3
İspanya	9,1	32,6	50,8	7,5
Yunanistan	15,6	39,6	30,9	13,9
Polonya	19,5	35,9	34,4	10,2
Toplam	16,5	36	35,2	12,4

Kaynak: HLS-EU Consortium, **Comparative Report On Health Literacy In Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU**, 2012, http://www.health-literacy.EU, (15.12.2016), s. 31'den uyarlanmıştır.

Ankete katılanların %12,4'ünün sağlık okuryazarlığı yetersizdir, %35'inin sağlık okuryazarlığı sorunludur. Yani ankete cevap veren katılımcıların yaklaşık %48'inin sağlık okuryazarlığı sorunludur. Bunun anlamı Avrupa'da her iki kişiden biri sağlık okuryazarlığının yetersizliği nedeni ile sorunlar yaşamaktadır. Avrupa için sorunun göz ardı edilemeyecek kadar majör boyutlarda olduğu ifade edilebilir.

OECD ise örgüt olarak, hastaların beklentilerinin arttığını ve insanların sağlık hizmetleri ve sağlık uzmanlarıyla nasıl etkileşimde bulunduğu konusunda köklü bir değişikliğe ihtiyaç olduğunun bilincindedir. Bunun yanı sıra büyük miktarda yeni bilgi üretilmesi, insanlara şimdiye kadar olmadığı kadar sağlık hakkında daha fazla bilgiye erişebilmelerini ve insanların kendi sağlıklarını yönetebilmelerinin olası yollarını arttırmalarına izin verdiği için hastaların bu bilgileri etkin bir şekilde

[636] Ruth Parker ve Scott C. Ratzan, "Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans", **Journal of Health Communication**, Vol. 15. No.2, (20-33), 2010, doi: 10.1080/10810730.2010.501094, (02.05.2017), s.27.

[637] HLS-EU Consortium, **Comparative Report On Health Literacy In Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU**, 2012, http://www.health-literacy.EU, (15.12.2016), s.1.

kullanabilmelerinin yolunun nüfusun sağlık okuryazarlığını artırmanın gerekliliği ile savunmaktadır. İnsanların karar alma sürecinde aktif katılımcı olma talebinin ise yeni bir norm haline geldiğinden, hala tedavilerini kararlaştırmada yetersiz bir rol oynadıklarını savunmaktadır[638]. Ki OECD ülkeleri kapsamındaki nüfusun %50'sinin sağlık okuryazarlığının yetersiz olması bu düşüncelerini doğrulamaktadır[639].

OECD'nin *"Sağlıkta Kalitenin Önemi: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Değerlendirmelerinden Elde Edilen Dersler"* (2017) raporuna göre OECD ülkelerinin sağlık sistemleri, hastaların sağlık hizmeti sunanların verdiği hizmetin kalitesini değerlendirmelerini sağlayacak bilgiyi sağlamayı hedeflemektedir. Hastaların bilgilendirilmiş seçimler yapmalarına yardımcı olacak ön girişimler, Avustralya, Danimarka, Kore, Portekiz ve Birleşik Krallıkta yürütülmektedir. Bu ülkelerde sağlık sunucularının verdiği hizmetler şeffaf ve hastaların sağlık hizmeti sunucularını kıyaslamasına imkân verecek şekilde sistematik ve standart bir şekilde raporlanmaktadır[640]. Aynı rapora göre, İngiltere'de hastaların bilinçlendirilmiş tercihler yapmalarına sağladığı olanaklar dolayısıyla örnek olarak gösterilebilirken, Çek Cumhuriyeti, İtalya, İsrail, Japonya ve Türkiye'de hizmet sunucuları ile bilgiler ya kamuya açıklanmamış ya da kıyaslama yapmaya izin verecek standartlara sahip olarak görülmemiştir[641].

OECD'nin sağlık okuryazarlığı ile ilgili diğer bir hedefi ise sağlık okuryazarlığını artırarak, yaşlıların ve kronik rahatsızlıkları olan kişilerin ihtiyaçlarını hedef alan teknolojiye erişim yoluyla daha iyi öz bakımı teşvik etmektir[642].

Uluslararası İlaç Federasyonu (FIP), sağlık okuryazarlığını oldukça önemseyen kurumlardan biridir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile mücadele etmek için FIP'in Askeri

---

638 OECD Sağlık Bakanları Toplantısı, **Sağlık Reformlarının Sonraki Nesli**, 17 Ocak 2017, https://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf, (20.07.2017), s.5.

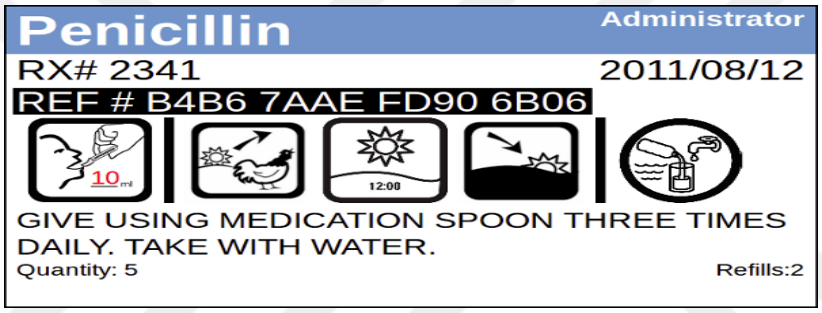
639 Health Literacy Statistics, http://healthliteracy.org.nz/about-health-literacy/health-literacy-statistics/, (16.02.2016).

640 OECD, **Caring For Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews Of Health Care Quality**, OECD Publishing, 2017, http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en, (20.07.2017), s.36

641 OECD, **Caring For Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews Of Health Care Quality**, s.37.

642 Parker ve Ratzan, s.27.

ve Acil Durum Eczane Bölümü (MEPS), piktogramlar[643] kullanarak net, anlaşılması kolay reçete etiketlerinin geliştirilmesi projesini üstlenmiştir. Bu etiketlerin, ilaçlar için yazılı ve/veya sözel sağlık bilgilerine eşlik eden piktogramlar içermesi sağlanmıştır. FIP'in ilaç konusundaki tutumu, eczacıları, hastaları ve hastalar için bakım sağlayan diğer sağlık uzmanlarını düzenli olarak eğitmeye teşvik etmek yönündedir. Bu durumun ilaçların ve bunlarla ilişkili yardımcı maddelerin anlaşılmasını ve doğru bir şekilde kullanılmasını teşvik edeceğini savunmaktadırlar. Bu piktogramlar hastaların ilaçlarını nasıl alması gerektiğini ve sağlık bilgilerini daha kolay anlamalarını sağlıyor. FIP'e göre ilaç talimatlarında grafik sembolleri tek başına kullanılmamalı daima yazılı talimatlar ile birleştirilmelidir[644].



Şekil 42 :Penisilin Piktogramı
Kaynak: FIP, https://www.fip.org/files/fip/pictograms/label.png, (02.07.2017).

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), gıda etiketleri ile ilgili sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik küresel önlemler alabilir. FAO'ya göre; eğitim, özellikle kadınların eğitimi, çocukların yetersiz beslenmesi ve bebek ölümleri ile mücadelede en önemli araçlardan biridir. Kadınlarda okuryazarlık oranı, doğurganlık hızı, doğum aralığının artışı ve anne ölümü ile ilişkilidir. Okuryazar annelerin çocuklarını bağışıklama ve beslenme durumlarını iyileştirme olasılıkları daha yüksektir[645].

---

643 **Piktogram,** resimlerden yararlanarak nesneleri temsil eden sembollerdir.

644 International Pharmaceutical Federation, **About Health Literacy**, https://www.fip.org/about_health_literacy, (02.07.2017).

645 Food And Agriculture Organization Of The United Nations, FAO **Statistical Yearbook 2012**, Rome, 2012, http://www.fao.org/docrep/015/i2490e/i2490e00.htm, (01.07.2017), s.116.

Birleşmiş Milletlerin sağlık okuryazarlığı konusunda ciddi adımları mevcuttur. Örneğin; Birleşmiş Milletler Ortak Programı HIV / AIDS (UNAIDS), UNESCO ve diğer paydaşlarının 2004 yılında başlattığı EDUCAIDS, Eğitim yoluyla HIV in yayılmasını önlemek için organize edilmiş bir girişimdir. Başka bir örnek, Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) beceri tabanlı sağlık eğitimi çalışmalarını destekleyen, bilgi, tutum, değerler ve yaşam gelişimi üzerine odaklanan ve çocukların en iyi sağlık kararlarını vermelerini mümkün kılmak için gereken becerileri kazandırmayı hedefleyen bir girişimdir. DSÖ'de bu kapsamda, üyesi olan ülkelerin yeni e-sağlık teknolojilerini kullanmalarına yardımcı olmaktadır. Pan Amerikan Sağlık Örgütü bütün bölge ülkeleri için e-sağlık stratejisi ve bölgesel bir eylem planı uygulamaktadır[646].

UNESCO'nun (2007) yılında yayınladığı rapora göre; Güney ve Güney Batı Asya, Dünyada yetişkin okuryazar oranının en düşük olduğu ülkelerdir. Bu rakam tahminen 388 milyondur. Bu rakamın %75'ini kadınlar oluşturmaktadır. Okuryazarlık oranını artırmak için 2003-2012 yıllarını "Birleşmiş Milletler Okuryazarlık On Yılı" olarak ilan etmiştir. UNESCO, bu projede okuryazarlık oranının yükseltilmesi ve temel sağlık okuryazarlığı becerilerinin kazandırılmasında Birleşmiş Milletlere katkı sağlamıştır. UNESCO'nun partnerliğinde HIV ve AIDS'i önleme amaçlı eğitim tabanlı projeler; Angola (2007), Vietnam (2006), Moldova (2006) ve Meksika'da da (2007) yürütülmeye başlamıştır[647].

Bireylerin sağlıkları için gerekli olan tanı ve tedavi süreçlerinde etkin rol almalarını sağlamak ve hasta hekim ilişkisini güçlendirmek üzere yürütülen projelerden biri olan "Speak-Up projesi" Joint Commision tarafından 2002 yılından beri yürütülmektedir. Bu proje ile hastaların kendi sağlıkları ile ilgili tüm süreçlere katılımının teşvik edilmesi amaçlanmaktadır[648].

---

646 Institute of Medicine, **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary**, s. 7.

647 UN Chronicle, "Health Literacy and Sustainable Development", Vol. XLVI, No.1&2, 2009, http://unchronicle.un.or/article/health-literacy-and-sustainable-development/, (03.05.2016).

648 Füsun Sayek TBB Raporları/Kitapları, **Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya**, s. 67.

4.6. Dünya'da Sağlık Okuryazarlığı

21. yüzyılda Dünyada sağlığa yaklaşım hastayı sağlık hizmetlerinin odağı haline getirme yönündedir. Bu yaklaşımın piyasa yönelimli sağlık hizmetleri sunumunun hastayı "tüketici" perspektifiyle ele alan anlayışının bir ürünü olarak zorunlu hale getirdiğini göz ardı etmek pek mümkün değildir. Bu anlayışın destek verdiğimiz boyutu Dünya üzerinde sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı olma bilincinin kazandırılması ve sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin sebep olduğu olumsuzlukların bertaraf edilmesi için bireylerin güçlendirilmesine ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönünde yapılan çalışmaların artmasına vesile olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolünü tartıştığımız birinci bölümde devletin sağlık sisteminin özellikleri ne olursa olsun sağlık hizmeti sunumunda yer aldığını ifade etmiştik. Bu bölümde ele aldığımız ülkeler sağlık sisteminin (serbest piyasa, refah yönelimli, kapsayıcı, sosyalist) özelliklerine göre sınıflandırılmıştır. Ele alınan ülkelerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için yapılan faaliyetlere ve sağlık okuryazarlığının düzeyini tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara yer verilecektir.

4.6.1. Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi Politikalarının Uygulandığı Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık sistemlerinde serbest piyasa koşullarının geçerli olduğu ülkelerde kamusal kaynakların kullanımının sınırlı olduğunu ifade etmiştik. Cepten yapılan ödemelerin yoğun olduğu bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının gelişmişlik derecesinin daha önemli olduğu söylenebilir. Bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi hem bireylerin sağlık sistemini sorgulama ve sağlığı ile ilgili haklarını bilme, hem de sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofinin etkilerini bertaraf edebilme gücünü kazandırma açısından oldukça önemlidir. İzleyen başlıklar altında bu ülkelerde yapılan faaliyetlere yer verilmiştir.

4.6.1.1. ABD'de Sağlık Okuryazarlığı

ABD'de herkesin sağlıklı olmasını teşvik etmek için Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunma çabalarını teşvik amacıyla on yıllık hedefler belirlenmektedir. 1979 yılında "Sağlıklı

İnsanlar: Sağlık Bakanlığı'nın Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalık Önleme Raporu" yayınlanmıştır. Bu rapor, bebek ölümlerinin azaltılması ve yaşlıların bağımsızlığının korunması için ulusal hedefler içermektedir. 1980 yılında yayınlanan "Sağlığın Teşvik Edilmesi/Hastalığın Önlenmesi: Ulusal Hedefler Raporu", bu raporun yayınlanmasından sonraki 10 yıllık dönemi içeren sağlığın geliştirilmesine yönelik 226 hedefi içermektedir. 1990 yılında "Sağlıklı İnsanlar 2000: Ulusal Sağlığın Teşviki ve Hastalık Önleme Hedefleri" raporu ile sağlığı geliştirme hedefleri belirlenmiştir. "Sağlıklı İnsanlar 2010" da 21. Yüzyılın ilk on yılı için sağlığın geliştirilmesi hedeflerini içermektedir[649]. Bu rapor ile ulaşılmak istenen iki ana amaç söz konusudur. Bu amaçlar; sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artırmak ile sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmaktır[650]. Bu iki amaca ulaşmanın yolunun toplumun tüm kesimlerinin katılımcı bir anlayış ile süreçlere dahil olmasıyla gerçekleşeceği raporda vurgulanan önemli unsurlardan biridir.

"Sağlıklı İnsanlar 2010: Sağlığın Anlaşılması ve Geliştirilmesi" ulusal eylem planında, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik iki temel prensip söz konusudur. 1) Herkes sağlıkları ile ilgili bilinçli kararlar vermeyi sağlayacak olan yardımcı sağlık bilgilerini edinme hakkına sahiptir. 2) Sağlık hizmetleri uzun, kaliteli ve sağlıklı bir yaşam için anlaşılır ve yararlı bir şekilde sunulmalıdır[651].

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunma çabalarını teşvik amacıyla geliştirilen on yıllık hedeflerden sonuncusu olan "Sağlıklı İnsanlar 2020" nin sağlık okuryazarlığı ile ilgili sistemsel düzeydeki hedefleri; sağlık hizmeti sunucularının sağlık bakımının öğretildiği hastalara yaptığı yönlendirmelerden hastaların ne anladığını gösteren geri bildirimleri almalarını sağlayan "the teach-back method" unun

---

649 U.S. Department of Health and Human Services, **Healthy People 2010: Understanding and Improving Health**, 2nd ed. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, Kasım 2000, s.1.

650 U.S. Department of Health and Human Services, s.2.

651 Julia G. Shaw, **Health Literacy and Plain Language**, Vermont Legal Aid Office of the Health Care Advocate, January 2015, s. 4.

kullanılması, ülke çapında e-health uygulamalarına tüm nüfusun kişisel araçlar ile erişiminin sağlanmasıdır[652].

Amerika'da sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için atılan adımlar tarihsel olarak şu basamaklardan geçmiştir. 2000 yılında sağlık okuryazarlığının tanımı yapılmıştır. Ratzan ve Parker'ın geliştirdiği bu tanım 2000 yılında Sağlıklı İnsanlar 2010 ulusal eylem planında yer almıştır. 2002 yılında ulusal sağlık okuryazarlığı anketi geliştirilmiştir. 2003 yılında Lousiana eyaletinde ilk kez sağlık okuryazarlığı ile ilgili mevzuat ilan edilmiştir. 2004 yılında 90'lı yıllardan bu yana yürütülen sağlık okuryazarlığı ile ilgili girişimleri raporlayan IOM (2004) raporu yayınlanmıştır[653]. Bu rapor Amerika'da sağlık okuryazarlığı hareketinin başlangıcı için bir milat niteliği göstermektedir. Rapor, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini, azınlık grupların ve düşük gelirli hastaların sağlığını iyileştirmek için kültürel ve sosyal açıdan hassas iletişimin önemini vurgulamaktadır[654]. Bunun yanı sıra kültürün, sağlık ve eğitim sisteminin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için topluma nasıl katkıda bulunacağı konusunda kavramsal bir çerçeve sunmaktadır[655].

2007 yılında, "Ulusal Sağlık Okuryazarlığı Eylemi, 2007" ilan edilmiştir. 2009 yılında "2009-2010 yılı Yalın Dil Yasası" ilan edilmiştir[656]. Bunun yanı sıra, sağlık okuryazarlığını geliştirmek direkt hedefi olmamakla birlikte iletişimde yalın dil kullanımını özendirmek amacıyla 13 Ekim 2010 tarihinde "Düz Metin Yazma Yasası" ilan edilmiştir. Bu yasanın amacı: Federal ajanların kamuya hesap verebilirliğini ve etkinliğini artırmak için hükümetin halkın anlayacağı bir dil kullanmasını teşvik etmekti[657]. Sağlıkla ilgili direk bir yasa olmamasına rağmen halk sağlığı bilgilerinde

---

652 Howard K. Koh ve Diğerleri, "New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care'", **Health Affairs**, 2012, Vol. 31, No.2, 10.1377/hlthaff.2011.1169, (13.05.2017), s. 437.

653 Parker ve Ratzan, s.20-24.

654 Insitute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, s.26.

655 Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, s.27.

656 Parker ve Ratzan, s.20-24.

657 **The Plain Writing Act of 2010,** Public Law 111-274, 13.10.2010, http://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/PlainLanguage/UCM331929.pdf, (12.06.2017).

sağlık okuryazarlığına işaret etmektedir[658]. Yine 2010 yılında ilan edilen Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası, sağlık okuryazarlığı ile ilgili atılan adımlardan biridir[659]. Yalın dil kullanımının sağladığı avantajlar Shaw'a (2015) göre, uzun vadede maliyet etkin bir yönetim sağlamaktadır. Bireyler sağlıkları ile ilgili kararları verirken, ihtiyacı olan sağlık hizmetine erişimde doğru seçeneklere yönelerek gelecekte karşılaşacakları muhtemel sağlık harcamalarını da önlemiş olmaktadırlar[660].

2010 yılında Amerika'da "Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek İçin Ulusal Eylem Planı" ilan edildi. Bu eylem planında sağlık okuryazarlığını geliştirecek yedi hedef ve bunlara ulaşmak için stratejiler önerilmiştir. Bu hedefler;

1) Doğru, erişilebilir ve uygulanabilir sağlık bilgilerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması.
2) Sağlık sisteminde, sağlık bilgisini, iletişimi, bilinçli karar vermeyi ve sağlık hizmetlerine erişimi artıran değişikliklerin teşvik edilmesi.
3) Üniversite düzeyindeki eğitime çocuk bakımı ve eğitiminde doğru, standartlara uygun sağlık ve bilim bilgisi ve müfredatlarının dâhil edilmesi.
4) Yetişkin eğitimi, İngilizce dil öğretimi ve topluluklara kültürel ve dil açısından uygun sağlık bilgi hizmetleri sunmak için yerel çabaların desteklenmesi
5) Ortaklıklar kurulması, rehberlik ve politikaların değiştirilmesi.
6) Sağlık okuryazarlığını geliştirme amaçlı araştırma-geliştirme, uygulama, müdahale ve değerlendirmenin artırılması.
7) Kanıta dayalı sağlık okuryazarlığı uygulamalarının ve müdahalelerinin yaygınlaştırılması ve kullanımının arttırılması olarak belirlenmiştir[661].

Amerika'da başarılı bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin zorunlu olduğu uzun zaman önce fark edilmiştir[662]. Bu sebeple, sağlık

---

658 Institute of Medicine, **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary**, s.21.

659 **Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act**, Public Law 111–148, 01.05.2010, http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf, (12.06.2017).

660 Shaw, s.6.

661 U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, **National Action Plan to Improve Health Literacy**, Washington, D.C., 2010, s.16.

okuryazarlığının geliştirilmesi için yoğun çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmaların Amerika sağlık sisteminin içsel bir krizle boğuştuğu gerçeğinden geldiğini ifade etmenin yanlış olmayacağı görüşündeyiz. Özellikle 2008 yılında yaşanan iktisadi kriz ile birlikte ABD sağlık sistemi insanları finansal anlamda bir yıkıma sürüklemiştir[663]. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği de bu krizi etkileyen faktörlerden biri olarak görülebilir. Amerika'da halkın sağlık okuryazarlığı 2003 yılında uygulanan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Anketi (NALS) ve Uluslararası Yetişkin Okuryazarlık Araştırmaları (IALS) bulguları ABD'deki yetişkinlerin yüzde 47'sinden fazlasının (90 milyonu) yazılı metinlerdeki bilgileri doğru olarak algılayamadığını, metinleri tutarlılıkla eşleştiremediğini göstermektedir[664]. Yetersiz sağlık okuryazarlığının ülke ekonomisine olan maliyetleri ise $106 milyar ile $238 milyar arasında değişmekte olup bu rakamlar sağlık harcamalarının %7-17'sine karşılık gelmektedir[665].

Amerika'nın sağlık sistemi için tehdit unsuru oluşturan faktörler arasında kronik hastalıklar ve yaşlı nüfus bulunmaktadır. Bu iki grubun önemli maliyetlere neden olduğuna yönelik pek çok çalışma mevcuttur. *"2020 yılında 157 milyon Amerikalının en azından bir kronik hastalığa, 60 milyonunun iki veya daha fazla kronik hastalığa sahip olacağı tahmin edilmektedir"*[666]. Ülkenin GSYİH'nın %17,1'inin sağlık harcamaları için ayrılması bu bulguyu desteklemektedir. Kronik hastalıklar ile mücadele için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ülkede önemli bir sağlık politikası olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan teknolojik gelişim artan maliyetleri de beraberinde getirmektedir. Parker ve diğerleri (2003), Amerika'da sağlık ve sağlık hizmetleri pazarında teknoloji kültürü ve bilgi donanımlarına yönelik seçimleri ile

---

662 Yaniv Hanoch ve Thomas Rice, "The economics of choice: lessons from the U.S. health care market", **Health Expectations**, Vol. 14, No.1, 2011, (105-112), 10.1111/j.1369-7625.2010.00646.x, (21.06.2017), s. 107.

663 Durmuş, **Çalışma ve Toplum**, s.59.

664 Institute of Medicine, **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**, s.6.

665 John A. Vernon, Antonio Trujillo, Sara Rosenbaum ve Barbara Debuono, Low **Health Literacy: Implications For National Health Policy,** Washington, DC: Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University, 2007, s.1.

666 Ruth M. Parker, Scott C. Ratzan ve Nicole Lurie, "Market Watch, Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care", **Health Affairs**, Vol.22, No. 4, 2003, 10.1377/hlthaff.22.4.147, (22.02.2017), s.150.

karakterize edilen hastaların artan bir öneme sahip olduğunu ve daha iyi seçenekler hakkında bilgi sahibi olan hastaların gösterdikleri yaklaşımın bir kanıtı olarak daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olduğunu ifade etmektedirler[667].

Amerika'da 2004 yılında IOM'un raporunun yayınlanmasından sonra geçen süreçte ilaç ve gıda etiketlerinde iyileştirilmeler yapılmış, sağlık uzmanları hastalar ile iletişim kurmanın yaratıcı yollarını araştırmış ve akademik tıp merkezleri özellikle sağlık çalışanlarını yetiştirme şekilleri ve sağlık okuryazarlığı üzerine odaklanmışlardır[668]. Amerika'nın tüm eyaletlerinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili faaliyetler yürütülmektedir[669].

ABD'de 2012 yılında yapılan "Yetişkinlere Yönelik Yeterliliklerin Uluslararası Değerlendirilmesi (PIAAC)" ın sonuçları yetişkin okuma yazma becerilerinin zaman içindeki değişiminin çok az olduğunu göstermektedir. PIAAC'e göre, yetişkinlerin yalnızca %12'sinin okuma yazma yetkinlik seviyesi yüksektir. Bunun yanı sıra %9'unun matematik becerilerinin düzeyi yeterlidir. Bu sonuçlar, NAAL'ın yetişkinlerin yalnızca %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğunu gösterdiği veriler ile benzerlik göstermektedir[670]. Sağlık okuryazarlığının düzeyinin belirlenmesi kadar yetersiz sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına yapılacaklar ve alınan sonuçlar da önemlidir.

4.6.1.2. Çin'de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık sistemini merkezi planlama esasıyla yöneten fakat serbest piyasa koşullarına uygun olarak faaliyet gösteren Çin'de[671], sağlık okuryazarlığı kavramı Çin hükümeti tarafından 2005 yılında "Halkın Sağlık Okuryazarlığı Temel Bilgi ve

---

667 Parker, Ratzan ve Lurie, s.147.

668 The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, **Health Literacy Past, Present and Future Workshop Summary.** s.2.

669 Detaylı bilgi için Bkz. Centers for Disease Control and Prevention, **Health Literacy Activities by State,** https://www.cdc.gov/healthliteracy/statedata/, (01.07.2017).

670 Detaylı bilgi için Bkz. Centers for Disease Control and Prevention, **Health Literacy in the United States**, https://www.cdc.gov/healthliteracy/training/page669.html, (01.07.2017).

671 Sosyalist ve Merkezden planlanan ülkelerin sağlık sistemi uygulamaları ile Çin arasında belirgin farklılıklar vardır. SSCB'de sağlık hizmeti sunumu ücretsizken, Çin'de sunulan hizmetlerin %5-10'u arasında bir ücret tahsil edilmektedir. Detaylı bilgi için Bkz. Sargutan, s.125.

Becerileri" adlı bir el kitabı aracılığı ile tanıtılmıştır[672]. 2008 yılında da Çin vatandaşlarına yönelik sağlık okuryazarlığı konusunda kamuya açık bir bildiri yayınlanmıştır. *"Sağlık İçin 66 İpucu: Çin'de Yerleşik Bireyler İçin Sağlık Okur Yazarlığı El Kitabı"* olarak bilinen bildiri halk sağlığını tanımlayan ilk hükümet belgelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bildiri, toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek için sahip olması gereken temel sağlık bilgisi, davranış ve becerileri için toplam 66 hedefi ortaya koyan temel bilgi ve becerilerden oluşmaktadır[673].

Çin'de sağlık okuryazarlığı üzerine iki kez anket gerçekleştirilmiştir. Bu anketlerden ilki 2008 yılında yapılmış ve sağlık bilgisi üzerine yoğunlaşmıştır. İkinci ulusal anket, 2012 yılında gerçekleştirilmiş ve temel okuma yeteneği, aritmetik ve tıbbi bilginin anlaşılması amacıyla ölçümleme yapılmıştır[674]. 2008 yılında Çin Hükümeti tarafından bildirilen ortalamalara göre nüfusun %93,52 sinin sağlık okuryazarlığı sorunludur[675].

4.6.1.3. Hindistan'da Sağlık Okuryazarlığı

Hindistan Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Çalışma Grubu (2009) sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin sağlık giderlerinin, sağlık okuryazarlığının yeterli olduğu bireylere göre dört kat daha fazla olduğunu ifade etmektedirler. Sağlık okuryazarlığının önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gören Hindistan'da 2.659 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada grubun %41,6'sının ilacını açken almaları gerektiğini anlamadığı ve %59,5'inin standart olarak düzenlenmiş bir bilgilendirme/onam formunu anlayamadığı saptanmıştır. Buna ek olarak, İngilizce konuşan 1.892 hastanın %35,1'

---

672 Minxue Shen ve Diğerleri, "Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China", **BMC Public Health**, Vol.15: 637, 11.07.2015, 10.1186/s12889-015-1958-0, (03.07.2017), s.1.

673 Sorensen, **Health Literacy is A Political Choice A Health Literacy Guide For Politicians**, s.16.

674 Minxue Shen ve Diğerleri, s.1.

675 Ying Wu ve Diğerleri, "Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China", **Int. J. Environ. Res. Public Health,** Vol. 14, No. 628, 2017, 10.3390/ijerph14060628, (20.07.2017), s.6.

inin yetersiz veya marjinal fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir[676].

4.6.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Politikalarının Uygulandığı Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı

Temel sağlık hizmetleri yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin de tüm nüfusa eşit şartlarda sunulmasını amaçlayan ve kişisel primlere dayanan refah yönelimli[677] sağlık sisteminin uygulandığı ülkelerde sağlık okuryazarlığı kapsamında yapılan faaliyetler Kanada ve Japonya örneğinden yararlanarak ele alınmıştır.

4.6.2.1. Kanada'da Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık Okuryazarlığı Kanada Yolu, 1980'lerde okuryazarlık ve sağlık ile ilgili başlayan Ontario Halk Sağlığı Derneği projesidir. Kanada Halk Sağlığı Derneği tarafından, okuryazarlık ve sağlık üzerine düzenlenen ulusal konferans büyük bir ilgi ile karşılanmıştır. İkinci Ulusal konferans 2004 yılında, gerçekleştirilmiştir. Konferansta delegeler Sağlık okuryazarlığı uzmanlarından oluşan bir panel kurulması çağrısında bulunmuştur. Bu çağrı sonucunda kurulan panel 2006 yılında çalışmaya başlamış ve *"Sağlık Okuryazar bir Kanada için Vizyon: Sağlık Okuryazarlığı Uzman Paneli Raporu"* (2008) yayınlanmıştır. Bunun yanı sıra 23.000 Kanadalı üzerinde Uluslararası Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ve Becerileri Anketi kullanılarak sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçümlenmiş ve analiz sonuçlarına bu raporda yer verilmiştir. Rapor ile sağlıkta farklılıkları azaltmak ve yetersiz sağlık okuryazarlığını geliştirmek için strateji ve politikalar geliştirilmiştir[678].

Kanada'da sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçümlemeye yönelik olarak uygulanan Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL) sonuçlarına göre (2007);

---

[676] Indian Health Service Health Literacy Workgroup, **White Paper On Health Literacy**, 2009, https://www.ihs.gov/healthcommunications/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/IHSHealthLiteracyWhitePaper.pdf, (08.06.2017), s.4.

[677] Sargutan, s. 57.

[678] Institute of Medicine, **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary**, s.38.

yetişkinlerin %60'ının sağlık okuryazarlığı yetersizdir[679]. Bu oran yaşlılarda %88'dir[680]. Yetersiz sağlık okuryazarlığı 2009 yılı rakamları ile Kanada'da 8 milyar dolar ilave sağlık harcamasına neden olmaktadır. Bu rakam Kanada'nın toplam sağlık harcamasının %3'ü ila %5'ine denk gelmektedir[681].

4.6.2.2. Japonya'da Sağlık Okuryazarlığı

Japonya toplumunun sağlık okuryazarlığının Avrupa ile karşılaştırıldığı *"Japonya'da kapsamlı sağlık okuryazarlığı Avrupa'dakinden daha düşük: sağlık okuryazarlığının geçerliliği onaylanmış bir Japon dili değerlendirmesi"* adlı çalışmada sağlık okuryazarlığının Japonya'da Avrupa'dan daha düşük olduğu HLS-EU-Q47 anketi verileri kullanılarak test edilmiştir.

Ankete Japon halkının cevap verebilme düzeyinde ciddi farklılıklar tespit edilmiş olup bu farklılık %51,5 oranındadır. 1.054 yetişkin üzerinde ölçümleme çalışmaları yapılmış olup, anket sonuçlarına göre genel sağlık okuryazarlığının kategorik değerlendirilmesi şu şekildedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı %49,9, sorunlu sağlık okuryazarlığı %35,5, yeterli %10,4 ve mükemmel %4,2'dir. Yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorileri birleştirildiğinde toplumun %85,4'ünün sağlık okuryazarlığı yetersizdir[682].

4.6.2.3. İsviçre'de Sağlık Okuryazarlığı

İsviçre'de halkın sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek için 2015 yılında Sağlık Okuryazarlığı anketi gerçekleştirilmiştir. Anketin bulgularına göre, yaygın bir sağlık okuryazarlığı sorunu görülmüştür. Nüfusun %45'inin sağlık okuryazarlığının sorunlu olduğu tespit edilmiştir. Nüfusun %9'unun sağlık okuryazarlığının yetersiz, %10'unun mükemmel ve %35'inin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Bu ülkede sağlık okuryazarlığı kapsamında yapılan çalışmalar ise 2005 yılında başlamıştır. İsviçre

---

679 **Health Literacy Statistics**, http://healthliteracy.org.nz/about-health-literacy/health-literacy-statistics/, 16.02.2016

680 **Health Literacy in Canada**, http://abclifeliteracy.ca/case-health-literacy-canada, 14.01.2016.

681 Tuncay Aydın Taş ve Nalan Akış, "Sağlık Okuryazarlığı", **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Cilt: 24, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2016, s.123.

682 Kazuhiro Nakayama ve Diğerleri, "Comprehensive Health Literacy in Japan is Lower than in Europe: a Validated Japanese-Language Assesment of Health Literacy", **BMC Public Health,** 2015, Vol. 15, No.505, https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x, (15.01.2017), s.10.

Federal Sağlık Yüksekokulu, 2005 yılında sağlık okuryazarlığının kavramsal çerçevesini ve strateji belirleme sürecini başlatmıştır. 2007 yılında federal hükümet İsviçre e-sağlık stratejisi için sağlık okuryazarlığının kilit önemde olduğunu kabul etti. Sağlık okuryazarlığı, İsviçre'nin 2020 Sağlık stratejisini ve 2030 sürdürülebilir kalkınma hedeflerini başarmak için önemli unsurlardan biri olarak görülmektedir[683].

4.6.3. Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sisteminin Uygulandığı Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık hizmetlerinin zorunlu olarak kamusal kaynaklar ile finanse edildiği ülkelerde de özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin kamusal kaynaklar üzerinde yarattığı baskı nedeniyle sağlık hizmetlerinin arz tarafının finansmanında özel kesimden yararlanma yönünde arayışlar başlamıştır. Sistemin tamamen kamusal kaynaklar ile karşılanıyor olsa da bu parasayı finanse eden kesim yine bireyler/toplum olduğu için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi oldukça önemlidir. Bu bölümde sağlık sistemi genel ve kapsayıcı nitelikte olan Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda örneklerine yer verilmiştir.

4.6.3.1. Birleşik Krallık'ta Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olması sadece bireysel yetenekler ile ilgili değildir. Sağlık sisteminin ve sağlık hizmeti sunucularının bilgileri açık, ulaşılabilir ve insanların kolayca anlayabileceği şekilde sunması gerekir. İskoç hükümeti sağlık okuryazarlığı ile ilgili problematiğin bireyler ile ilgili olmadığından hareketle sağlık hizmeti sunucularının bilgi ve hizmetlere kolayca erişiminin sağlanması için bir program başlatmıştır. "Health Literacy Place" adlı program, mevcut kanıtları, iyi uygulama örneklerini, teknikleri ve araçları paylaşmayı amaçlayan bir bilgi ağı programıdır[684]. Hükümet Eğitim ve Sağlık Daireleri arasında iş birliği geliştirerek sağlık okuryazarlığının nasıl geliştirileceğini tespit etmek için 'Skills for Health" programını

---

683 **Health Literacy İn Switzerland**, http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/swiss_cc.pdf, (01.08.2017).

684 Roberts, s.12.

başlatmış ve 2006 yılında, "Ulusal Sağlık Okuryazarlığı İş birliği"ni kurarak, topluluk düzeyindeki projeleri Ulusal politikayla birleştirmiştir[685].

İrlanda'da sağlık okuryazarlığı 2002 yılından bu yana kamu politikası çerçevesinde gündemde yer almaktadır[686]. İrlanda'da politika yapıcılar sağlık okuryazarlığını halk sağlığı veya sağlıkta eşitsizliklere neden olan bir sorun olarak görmektedir[687]. İrlanda'da 2009'da yapılan Ulusal yetişkin Okur Yazarlığı Araştırması (NALA)'nın sonuçlarına göre İrlanda'da yetişkinlerin %50'sinin sağlık okuryazarlığı düşüktür ve sağlık bilgilerini anlamada zorluk yaşamaktadırlar[688]. İrlanda'da sağlık okuryazarlığı üzerine ulusal bir program başlatılmıştır. Bunun yanı sıra, sağlık uygulayıcıları için okuryazarlık bilinci eğitimi ve okuma yazma zorluğu çeken insanlar için bir öğrenme aracı olarak kapsamlı yetişkin okuryazarlığına yönelik sağlık paketleri tasarlanmıştır[689]. Coughlan ve diğerleri (2013), sağlık okuryazarlığını farklı bir bakış açısıyla ele alarak İrlanda'da halkın sağlık okuryazar bir sağlık sistemine karşı isteklilikleri ölçülmüştür. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre İrlanda'nın %50'lik kesiminin sağlık okuryazar bir sağlık sistemi istedikleri tespit edilmiştir[690].

İngiltere sağlık sistemi ise, tüketicilerin yani hastaların tercihine ağırlık vermektedir. Aslında sağlık sistemlerinde seçim altyapısı zaten mevcut ve artık bu durum yasal bir hak olarak görülmektedir. Daha fazla seçenek sunmanın kaliteyi iyileştireceğini, hasta memnuniyetini artıracağını ve sağlık eşitsizliğini azaltacağı inancını savunmaktadırlar[691].

---

685 Ilona Kickbusch, Suzanne Wait ve Daniela Maag, **"Navigating Health The Role Of Health Literacy"**, ILC (International Longevity Centre) UK, 2006, 01.03.2016, s.15. http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy.

686 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s. 72.

687 Diarmuid Coughlan, Brian Turner ve Antonio Trujillo, "Motivation for a Health-Literate Health Care System-Does Socioeconomic Status Play a Substantial Role? Implications for an Irish Health Policymaker", **Journal of Health Communication**, 2013, Vol. 18, (158-171), 10.1080/10810730.2013.825674, (14.05.2017), s.159.

688 Cafferkey ve Doyle, s. 9.

689 Kickbusch, Wait ve Maag, s.15.

690 Coughlan, Turner ve Trujillo, s.167.

691 Yaniv Hanoch ve Thomas Rice, "The Economics of choce: lessons from the US Health Care Market", **Health Expectations**, 2010, Vol.14, No. 1, (105-112), 10.1111/j.1369-7625.2010.00646.x, (01.06.2017), s. 105.

4.6.3.2. Avustralya'da Sağlık Okuryazarlığı

2006 yılında Avustralya İstatistik Bürosu, yetişkin Avustralyalıların neredeyse yüzde 60'ının düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirleyen Yetişkin Okur Yazarlığı ve Yaşam Becerileri Anketini gerçekleştirmiştir[692]. Avustralyalıların %41'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi kategorik değerlendirmede yeterli görülmüştür. Yani halkın geri kalan yaklaşık %60'ı sağlık bilgilerini değerlendirmek, sağlık hizmetlerine ve sağlık düzeyini koruyacak hizmetlere erişmekte başarısızdır. Bu istatistiksel sonuca göre kötü sağlık düzeyi için sağlık okuryazarlığı bağımsız bir risk faktörü olarak görülmektedir[693].

2006 yılından bu yana, Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu sağlık bakımındaki güvenlik ve kalite konularını belirlemek, farkındalık yaratmak ve kuruluşları desteklemek için yardım etmektedir. Komisyonun sağlık okuryazarlığı üzerine çalışmaları Ulusal Güvenlik ve Kalite Sağlık Hizmeti Standartlarıyla yakından bağlantılıdır[694].

4.6.3.3. Yeni Zelanda'da Sağlık Okuryazarlığı

Yeni Zelanda'nın sağlık okuryazarlığı ile ilgili istatistik sonuçları 2006 yılında uygulanan Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL) bulgularına dayanmaktadır. Okuryazarlık düzeyi, aritmetik ve problem çözme yeteneklerinin ölçümlendiği anket 15-65 yaş arasındaki nüfusa uygulanmıştır. Yeni Zelanda Sağlık Bakanı Korero Marama'nın 2010 yılında yayınladığı Health Literacy and Maori adlı raporda sunulan bulgular, cinsiyet, yer, yaş, eğitim düzeyi, iş gücüne katılma durumu ve hanehalkı gelirine göre gruplanmıştır. Bu rapora göre Yeni Zelanda'da yetişkinlerin %56,2'sinin sağlık okuryazarlığı yetersizdir[695].

---

692 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, **Health literacy: Taking action to improve safety and quality**. Sydney: ACSQHC, 2014,https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf, (01.06.2017), s.8.

693 Medibank, **Health Literacy Implications for Australia**, https://www.medibankhealth.com.au/files/editor_upload/File/Medibank%20Health%20Literacy%20Implications%20for%20Australia%20Summary%20Report.pdf, (25.11.2015), s.4.

694 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, s.8.

695 Health Literacy Statistics, http://healthliteracy.org.nz/about-health-literacy/health-literacy-statistics/, 16.02.2016.

4.6.3.4. İtalya'da Sağlık Okuryazarlığı

İtalya'da HLS-EU Konsorsiyumunun geliştirdiği kavramsal model ve ölçüm araçlarını kullanarak gerçekleştirilen "İtalya Sağlık Okuryazarlık Projesi" nin bulgularına göre, nüfusun yarısından fazlasının sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlıdır. Nüfusun %17,3'ü yetersiz, %37 si sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Bu proje ile İtalya'da sağlık okuryazarlığındaki yetersizliğin sağlık sistemi için ciddi bir tehdit oluşturduğu tespit edilmiştir[696].

4.6.4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Ülkelerde Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık sisteminin yönetiminde Sosyalist ve Merkezden planlama anlayışının uygulandığı ülkelere Küba'yı örnek verebiliriz. Küba, 1959 devrimi sonrasında serbest piyasa ekonomisinin geçerli olduğu bir ekonomik sistemden, her şeyin devletçe karşılandığı, merkeziyetçi ve eşitlikçi bir ekonomik sisteme evrilmiştir. Küba'da eğitim ve sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır[697]. Küba devriminden 1 yıl sonra Fidel Castro ülkede okuma yazma bilmeyen kimsenin kalmayacağını taahhüt etmişti[698]. Bugün ülkede 15 yaş üstünde okuma-yazma bilenlerin oranı %99,8'dir[699]. Küba'da sağlık eğitimin bir parçası olarak görülmektedir. 1990'lı yıllarda Ülkenin bütün il ve belediyelerinde sağlık eğitim ve analiz birimleri kurulmuştur[700]. Ülkenin sağlık sisteminin aslında devrimden sonra sağlık okuryazar bir sistem çerçevesinde geliştiğini görüyoruz. Bu bulgumuzu, toplum katılımını önemseyen bir yaklaşımı yasa ile garanti altına almaları, kitle örgütlerine (Küba Kadınlar Federasyonu, Küçük Çiftçiler Birliği, Sendikalar gibi) sağlık ile ilgili sorumluluklar yüklenmesi, halkın sağlık kararlarına katılımının sağlanması gibi faaliyetleri de desteklemektedir[701].

---

696 Rocco Polumbo ve Diğerleri, "The Italian Health Literacy Project: Insight From the Assesment of Health Literacy Skills in Italy", **Health Policy**, 2016, Vol. 120, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.007 (27.01.2017), s.1089.

697 Sargutan, s.193.

698 **Independent**, "Latin lessons: What can we learn from the world’ s most ambitious literacy campaign?", 7 Kasım 2010, http://www.independent.co.uk/news/world/americas/latin-lessons-what-can-we-learn-from-the-worldrsquos-most-ambitious-literacy-campaign-2124433.html, (01.07.2017).

699 CIA, **The Fact Book**, https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2103.html, (01.07.2017)

700 Belek, **Küba'da Sağlık Sosyalizmin Başarısı**, s.62.

701 Belek, **Küba'da Sağlık Sosyalizmin Başarısı**, s.85-86.

Buraya kadar yapılan açıklamalardan edindiğimiz izlenimlere göre Dünya çapında sağlık okuryazarlığı ve yetersizliğinin neden olduğu olumsuz etkiler fark edilmiş ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çalışmalar başlamıştır. Fakat bu uygulamaların sonuçlarının izlenmesi ve sorunlu alanların iyileştirilmesi için yapılacak müdahalelerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kadar önemli bir adım olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla bu aşamada önem kazanan husus sonuçların iyileştirilmesine yönelik müdahaleler yapılmasıdır. Ülkelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespiti, uygulanacak stratejilerin belirlenmesi, gerekli iyileştirmelerin yapılması ve periyodik olarak durum tespitinin yapılması önem arz etmektedir. Amerika örneğinden görüyoruz ki bu alanda yürütülecek faaliyetlerin meyveleri uzun dönemde alınabilmektedir. Dolayısıyla yapılacak müdahalelerden ilki bir bireye aileden başlayarak sonrasında okulda aldığı eğitim ile sağlık bilincinin ve sağlık okuryazarlığının kazandırılması olmalıdır.

Bu bölümde ülkeleri devletin sağlık hizmeti sunumundaki rolüne göre sınıflandıran Romer'in sınıflandırması kullanılarak sağlık okuryazarlığı çalışmaları gruplandırılmıştır. Fakat sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde ülkenin sağlık hizmetlerini finanse ediş biçimi ya da sağlık sistemine yaklaşımı ne olursa olsun gösterilen çabanın benzer gayeler güttüğü ifade edilebilir.

İki uç örnek olan Amerika ve Küba'yı ele alırsak, Amerika sağlık harcamalarının mali yükü ile başa çıkmakta zorlanmaya ve sağlık sorunları ile ilgili gelecek projeksiyonlarından bu yükün giderek artacağını fark etmeye başlamasıyla sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik faaliyetlere başlamıştır. Bu çalışmaların doğuşu ve en yoğun yürütüldüğü ülke de Amerika'dır. Küba ise sağlık okuryazarlığını sağlık sisteminin bir parçası olarak eğitim ve sağlık ile iç içe düzenlemiştir.

4.7. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Devletin Rolü

Devlet, tüm kamusal mal ve hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de bireyleri sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirme sorumluluğu taşımaktadır. Dolayısıyla, bireylerin sağlığı ile ilgili sunulan bilgileri ya da hizmetleri doğru olarak anlaması ve kendi sağlığı ile ilgili farkındalığının oluşturulmasını talep etmesi de bir

haktır[702]. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin evrensel bir hak olduğu gibi sağlık okuryazarlığına sahip olmakta evrensel bir hak olarak görülmelidir[703].

Bireyler için "sağlık hakkı" gibi bir hak olarak değerlendirilebilecek "sağlık okuryazarlığı" nın Devlete/Politika yapıcılara yüklediği sorumlulukların nedenleri aşağıdaki beş madde ile özetlenebilir.

1. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler/hastalar pazara/piyasaya dayalı bir sağlık sisteminde güçlendirilmiş tüketiciler değildir.
2. Doktorun/sağlık profesyonellerinin talimatlarını anlamayan hastalar kaliteli sağlık hizmeti alamamaktadır.
3. Sağlık uzmanları ve hastaneler, sağlık bilgisini anlamayan hastalar ile hukuki çatışma yaşayabilmektedir (Malpraktis).
4. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği sağlık sistemi için maliyetlidir.
5. Sağlık okuryazarlığı sorunları savunmasız gruplarda daha yaygındır[704].

Sağlığı geliştirme hareketi kapsamında görülen sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve bireylerin sağlık sistemine karşı güçlendirilmesi için devlet üzerine düşen görevi ilk olarak sağlık eğitimi enstrümanını kullanarak gerçekleştirmektedir.

Sağlığı, eğitimin bir parçası haline getirerek müfredatlara eklemek oldukça etkin bir yöntem olarak değerlendirilebilir (Örneğin Küba). Eğitim enstrümanından yararlanmak için sektörler arası iş birliğinin geliştirilmesi ön şarttır. Sağlık okuryazarlığını Eğitim-Öğretimin bir parçası haline getirmek için Milli Eğitim Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı gibi sağlığı ve yükseköğretimi örgütleyen kuruluşlar ile iş birliğinin geliştirilmesi gerekir. Ya da Sağlık Bakanlığı öncelikle sağlık profesyonellerini eğiterek, örneğin doktorların tedavi/tetkik/ilaç önerilerinde hastaların verilen tedaviyi anlayıp anlamadığını ölçümlemek için geri öğretim (teach-back) tekniğinden yararlanmasını sağlayabilir. Ya da kronik hastalıkların yönetiminde hastaları daha aktif hale getirmek için belirli aralıklar ile bu hasta grubuna

---

[702] Hacı Ömer Tontuş, "Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Sağlığa ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014, s.32.

[703] Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s. 24

[704] Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Assosiation, "Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs", **JAMA**, 10.02.1999, Vol.281, No.6, 10.1001/jama.281.6.552, s.556.

eğitim verilmesi sağlanabilir[705]. Bireyleri ve hizmet sunucuları eğitmenin yanı sıra, sağlık okuryazarlığı için örgütsel sorumluluğun geliştirilmesi de önem taşımaktadır[706]. Sağlık okuryazar organizasyonlara (Health-Literate Organizations) doğru bir dönüşüm için Devlet teşviki olumlu katkı sağlayabilir. Sağlık sisteminin ötesinde sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için, Devlet ulusal sağlık eğitim standartlarını belirleyerek, ülke genelinde sağlık okuryazarlığı kampanyası başlatabilir[707].

Devlet, hem sağlık hizmetleri satın alan rolünde hem de sigorta sektörünün düzenleyicisi olarak sağlık okuryazarlığını geliştirebilir[708]. Devlet için üzerinde önemle durulması gereken konulardan biri sosyal güvence kapsamının dışında kalan nüfustur. Bunun nedeni, yetersiz sağlık okuryazarlığının sosyal güvence yokluğu ile de ilişkilendirilmesidir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için Devlete düşen sorumluluklar oldukça ağırdır. Sur (2014)'un da ifade ettiği gibi;

> *"Sağlık okuryazarlığı basite alınacak bir entelektüel birikim değildir ve bunu yükseltmek de az bir çaba ile mümkün değildir. Bütün ülkede vatandaşların grafik ve tabloları anlayabilecek bir görsel anlama yetkinliğine kavuşturulması, bilgisayar okuryazarı olması, sayısal okuryazarı olması sağlanmadan sağlık okuryazarlığında istenen düzeye gelmekten bahsedilemez"*[709]

dolayısı ile sağlık okuryazarlığı ile ilgili atılacak adımlar için "zaman" en önemli kaynak olmak ile birlikte planlama, izleme, değerlendirme ve sürekli iyileştirme döngüsü ile hareket etmek bir zorunluluk olarak görülebilir. Bununla birlikte Devletin, ülke genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan araştırmaları ve uygulamaları desteklemesi, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak üzere sağlık okuryazarlığı geliştirme programları tasarlanmasını ve bu

---

705 Örnek, s. 31.

706 The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, **Health Literacy Past, Present and Future Workshop Summary**, s.7.

707 Donna Friedsam, "Consumer Health Literacy: Preparing for Changing Roles, Rights and Responsibilities in Health and Health Care", Wisconsin Public Health and Health Policy Institute, **Wisconsin Health Policy Forums**, Vol. 2, No. 1, 2004, http://aspiruslibrary.org/literacy/consumer_WIS_health_literacy.pdf, (02.07.2017), s.16-17.

708 Friedsam, s.15.

709 Haydar Sur, "Kalite mi İstiyorsunuz? Alın size Kullanıcı Odaklılık ve Sağlık Okuryazarlığı", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014, s. 19.

programların halk sağlığı uygulamalarının bir parçası haline getirilmesinin sağlanmasını teşvik etmesi gerekir[710].

Kula ve Fiedler (2014), artan sağlık okuryazarlığı sorunundaki kümülatif etkinin belirlenmesine yardımcı olmak için üç yönetişim aracı seçmişlerdir. Bu yönetişim araçları; iş birliği ve ortaklık, düzenleme ve doğrudan hükümetin sürece dahil edilmesidir[711]. Hükümetin değerleme sürecindeki kamusal araçları; etkililik, verimlilik, eşitlik, yönetilebilirlik, yasalar ve politik uygulanabilirlik şeklinde sıralamaktadırlar[712].

Devletin, kaliteli hizmet, mali boyut ve eşitliği sağlamak üzere sağlık okuryazarlığı ile ilgili sorumluluğu kapsamında alınabilecek önlemlerden bazıları şunlardır. Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek üzere, kamu ve özel kuruluşlarda sağlık okuryazarlığının akreditasyon standartlarına dahil edilmesini sağlayabilir[713]. Mali boyutu ile ilgili olarak, koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik ederek, maliyeti yüksek tedavi harcamalarına duyulan ihtiyacın azalmasını sağlayabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri maliyet etkin uygulamalardır fakat bu hizmetlerin etkileri uzun vadede etkilerini göstermektedir. Dolayısıyla parasal anlamda tasarruf sağlayıp sağlamayacağını tespit etmek güçtür[714]. Eşitlik bağlamındaki sorumluluğuna gelince özellikle savunmasız gruplarda (kadınlar, çocuklar, göçmenler, savaş mağdurları vb.) sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için gerçekleştirilecek toplum temelli ve nüfus düzeyindeki müdahaleler ile artan oranda sağlıkta eşitliği teşvik etmesi gerekmektedir[715].

4.8. Sağlık Okuryazarlığı ve Piyasa Unsurları

Sağlık okuryazarlığı ile piyasa arasındaki ilişkiler bireylerin güçlendirilmesi ve piyasanın şeffaflığı kapsamında ele alınabilir. Bu ilişkiler, tüketilen besinlerin geldiği yeri ve içeriğini, hastanedeki enfeksiyon oranlarını, hangi mağazaların reşit olmayan

---

[710] Sur, s. 19.

[711] Kula ve Fiedler, s.46.

[712] Kula ve Fiedler, s.51-56.

[713] Friedsam, s.15.

[714] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları**, s. 170.

[715] Robert A. Logan ve Diğerleri, **Health Literacy: A Necessary Element for Achieving Health Equity**, Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington DC. https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/07/NecessaryElement.pdf. s.4.

kişilere alkol ve sigara satışında bulunduğu gibi kapsamlı ve kolayca anlaşılabilecek bir şekilde vatandaşların bilgi sahibi olma hakkı ile ilgili olarak ortaya çıkmaktadır[716]. Ya da satın alınan ürünlerde yer alan gıda etiketlerinden ürünün işlenmiş olması ya da benzer bilgilerinin yeterince anlaşılmaması nedeniyle ürünün ucuz olması, ya da ambalajına duyulan sempati vb. istekler ile sağlıklı seçimler yapılamaması bilgi asimetrisinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle tüketicileri desteklemek amacıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine katkı sağlayacak önlemler alınmalıdır. Bu kapsamda alınabilecek önlemler; ürünlerde belirgin etiketleme yöntemlerinin geliştirilmesi (kalori miktarının belirtilmesi gibi), daha sağlıklı ya da daha az sağlıklı/sağlıksız seçimlerin belirtilmesi, öğrenme hakkı ve ürün sorumluluğu kanunlarının yapılandırılması şeklinde sıralanabilir[717].

Sağlık okuryazarlığının piyasa ile ilişkisi hastanın piyasa unsurlarına karşı güçlendirilmesi yönündedir. Sağlık hizmetlerini piyasa ya da serbest piyasa yaklaşımı ile ele alanlar sağlık bakımında tüketicinin rolünün artırılmasından yanadırlar. Bu görüşe göre *"bilgilendirilmiş tüketicilerin sağlık bakımı alışverişlerinde kendi çıkarlarını gözeteceklerini ve piyasada ortaya koydukları taleplerinin doğasının, sağlık bakımını sunanların davranışını belirleyeceğini öne sürmektedirler"*[718]. Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerini sıradan bir mal/hizmet ile aynı kategoride değerlendiren bu yaklaşımdan farklı bir anlayıştan oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sağlığa etki eden tüm bireysel seçimler ile ilişkilidir. Dolayısı ile sadece sağlık piyasasına değil, genel ekonomiye etki edecek sonuçlar doğurabilmektedir. Sağlık okuryazarlığını, sadece sağlık hizmeti ya da sağlık ile ilgili ürünler arz edenleri değil, gıdadan tekstile, sağlıktan eğitime kadar tüm kesimlerin (kamu ya da özel fark etmeksizin) hizmet sunumuna etki edecek davranışlar geliştirmesine katkı sağlayacak bir yaklaşım olarak değerlendirmek mümkündür.

---

716 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s. 41.
717 Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s. 42.
718 H.H.Yıldırım, **Amme İdaresi Dergisi**, s.125.

4.8.1. Sağlık Hizmeti Sunucuları Açısından Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının çok paydaşlı bir yaklaşım ile ele alınması gereğini ve tüm tarafların sorumluluğunda geliştirilebilecek bir yaklaşım olduğunu daha önce ifade etmiştik. Sağlık hizmetleri sunumu hem sağlık hizmetini sunan kurumlar hem de sağlık profesyonelleri açısından ele alınabilir. Sağlık hizmeti sunucularının da sağlık okuryazarlığının gelişmiş olması oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığı gelişmiş hizmet sunucular, hastaların sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmesi için bilgiye erişim, hizmetlere erişim ve sağlık hizmetleri ile ilgili etkin ve doğru iletişim kurma yollarının sağlanması gibi bilgi akışını sağlayacak önlemler alırlar. Sağlık okuryazarlığı gelişmiş bir hizmet sunucu ya da organizasyon, bilginin anlaşılabilir derecede açık ve basit bir şekilde sunumunu sağlayarak, bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmelerine yardım edecek sağlık bakım sisteminin kurulmasına katkı sağlarlar[719]. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile hasta ve hasta yakınları ile sağlıklı iletişim kurma yöntemleri kazandırıldığından sıklıkla duyduğumuz sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları da azalma gösterecektir.

Pek çok klinisyen, okuryazarlığın sağlık durumunun tek en iyi öngörücüsü olduğunun farkında değildir. Fakat yapılan araştırmalarda, okuma yazma becerilerinin bir bireyin sağlık durumunun yaş, gelir, istihdam durumu, eğitim düzeyi ve ırksal veya etnik gruptan daha güçlü bir öngördürücüsü olduğu bilinmektedir[720]. Hekimler ya da sağlık personelleri için "teach-back" ve "show-me" tekniklerinin hasta ile iletişimde faydalı teknikler olduğu söylenebilir.

Hizmet sunanlar açısından sağlık kuruluşlarında akreditasyona ve kalite güvencesi koşullarına ilişkin hasta eğitimi bilgisi ve izin belgelerinin hastaların bunları rahatça anlayabileceği şekilde yazılma gereksinimini belirten yönergelerin eklenmesi sağlanabilir. Bunun yanı sıra okuma yazma becerileri yetersiz olan hastalar için bu bilgilerin açık ve yalın bir dil kullanılarak iletilmesi gibi koşulların sağlanması yönünde yasal zorunluluklar uygulanabilir[721]. IOM (2001)'un *Kalitenin Uçurumunu Geçmek: 21.Yüzyılda Yeni Bir Sağlık Sistemi* adlı raporunda da bu koşulların gerekliliği ve bu

[719] Shaw, s.1.
[720] Weiss, s.11.
[721] Weiss, s.13.

koşulları sağlamak için çeşitli öneriler sunulmuştur. Bu öneriler; hastaların tüm seçeneklerini tam olarak anlamalarını sağlayan, karmaşık sağlık sistemini "hastaya odaklı" bir yaklaşım ile ele alma, tıbbi bakım hizmetlerini sürekli iyileştirme ve tıbbi bakımı hastaya göre özelleştirme, bilgi paylaşımında şeffaf olunması ve klinisyenler ile iş birliği şeklindedir[722].

4.8.2. Sağlık Hizmeti Talep Edenler Açısından Sağlık Okuryazarlığı

Tüketici odaklı yaklaşım, sağlık hizmetlerinde bilgi edinme ve karar verme süreçlerinde öz yeterlilik sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Hastaya gösterilen tüketici odaklı yaklaşım, hastaların sağlık hizmeti sunucusunu seçerken kalite ve maliyet unsurlarına etki edecek seçimler yapmasına aracılık eder. Hastalardan elde edilen geri bildirim ise daha verimli ve duyarlı bir sistemi teşvik etmektedir[723]. Bu verileri elde etmek için tüketiciye (hastaya) karşılaştırmalı bilgilerin sunulması ve bu bilgileri kullanarak bilinçli tercihler yapmasını teşvik etmek üzere hastaların güçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için gereklidir[724].

Volandes ve Paasche Orlow'a göre; Sağlık okuryazarlığı üç sağlık tüketicisinden birini etkilemektedir. Bu durum hastaların önerilen tedaviyi anlama düzeylerindeki yetersizlikten utanmalarından ileri geliyor ve bu durum genelde örtbas ediliyor[725].

Anneler çocuklarının sağlıkları, yaşlılar reçeteli ilaçların doğru kullanımı, çalışanlar iş ortamının olası sağlık tehlikelerini bilme ve gerekli önlemleri alma ve tüm bireyler, hastalık durumlarında doğru sağlık birimine başvurma, sağlık personeli tarafından verilen bilgileri doğru anlama, değerlendirme, tedavi süreçlerinde riskleri kazançları analiz etme, dozajları hesaplama gibi karmaşık tedavi kararlarıyla karşı

---

[722] Institute of Medicine, **Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century**, Committee on Quality Health Care in America, Washington D.C.**:** The National Academies Press, 2001, s.67.

[723] Friedsam, s.5.

[724] Friedsam, s.6.

[725] Ray Marks, "Health Literacy", **Encyclopedia of Global Bioethics**, 2015, 10.1007/978-3-319-05544-2_455-1, s.2.

karşıyadır[726]. Bu kararlara doğru cevapları bulabilmesi ise bilinçli seçimler yapmayı olanaklı hale getiren koşulların sunulmasını isteme ile mümkün olabilir.

4.8.3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ile İlişkisi

Genel nüfusun içerisinde okuryazar bireylerin oranı arttıkça ekonomik refahın artış gösterdiği bilinmektedir. Çünkü bu bireyler ekonomiye daha aktif olarak katılırlar, daha iyi bir gelire ve oransal olarak daha iyi istihdam koşullarına sahip olurlar. Okuma yazma becerileri ile ilişkili olarak sağlık okuryazarlığının yetersizliği de ekonomiye etki etmektedir.

Yetersiz/düşük/sınırlı sağlık okuryazarlığı, daha ciddi rahatsızlıklar ve daha pahalı sağlık bakımı, daha fazla ilaç ve tedavi, tedavi hataları, daha fazla hastaneye yatma, daha uzun hastanede kalma, daha fazla hastane ziyareti ve uygun hizmetleri alamama ve daha yüksek maliyetlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır[727].

Tablo- 24'de bazı ülkeler için hesaplanan ve tahmin edilen sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan sağlık maliyetlerine yer verilmiştir.

Tablo 24: Sağlık Okuryazarlığının Yetersizliğinin Neden Olduğu Ekonomik Kayıplar

Ülke	SO Sorunlu Olan Nüfus (%)	SO Ekonomiye Maliyeti	Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)
Amerika	%90	106-238 milyar $	%7-17
Avrupa Birliği	%12 yetersiz, %35 problematik	-	%3-5
Avustralya	%60	-	-
Çin	%93,52	-	-
İsviçre	%45	1,5 billion CHF	%4,3
İtalya	%54	-	-
Japonya	%85,4	-	-
Kanada	%60	8 milyar $	%3-5
Yeni Zelenda	%56,2	-	-
Türkiye	%65	9 Milyar TL	%9

Yetersiz sağlık okuryazarlığının ABD Ekonomisine maliyeti 106-238 milyon dolar arasında hesaplanmıştır. Bu rakamlar ABD'nin GSYİH'sının %3-5'ine tekabül etmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının gelecek nesiller için oluşturduğu yük bu

[726] Ayşe Sezer ve Hasibe Kadıoğlu, "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi", **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2014, Cilt.17, Sayı. 3 (165-170), s.166.

[727] Friedsam, s.7.

günkü değerler üzerinden hesaplandığında Amerika'da 1,6-3.6 trilyon civarındadır. (2007 yılında yapılan hesaplamalara göre, 2015 yılı için)[728].

Avrupa'da düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sistemine olan maliyeti toplam sağlık harcamalarının %3-5'i arasında ifade edilmektedir[729]. 2009 yılı rakamları ile Kanada'da sağlığa ayrılan toplam bütçenin %3'ü ile %5'i arasında bir rakama denk gelen 8 milyar dolarlık bir maliyete neden olduğu saptanmıştır[730]. İsviçre'de ise sağlık okuryazarlığının maliyeti 1,5 ($1.6 milyar) Billion CHF- 2,2 CHF ($2,45 milyar) toplam sağlık harcamalarının %4,3'üne karşılık geldiği hesaplanmıştır[731].

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ekonomik araştırmalar, sağlık okuryazarlığının yaygınlığını ve düzeyini tespit eden araştırmalara göre oldukça yeni bir araştırma alanıdır. Ekonomik boyutunun nasıl hesaplanacağı ile ilgili karmaşa ve belirsizlik bu alanı diğer boyutlarına nispeten yeni kılan nedenlerden biri olarak değerlendirilebilir. Hangi kalemlerin bu kapsama alınacağı ya da kapsama alınanların maliyet tespitinin nasıl yapılacağı bu alanı bakir kılan ikinci bir neden olarak görülebilir. Bunun yanı sıra ömür boyu öğrenme kapsamında ele alınması, soyut bir kavram ile ifade edilmesi ve pek çok etki alanının olmasından dolayı içerik olarak doğru kalemleri hesaplamaya dahil edememe kaygısı üçüncü neden olarak sayılabilir.

Türkiye için toplam sağlık harcamaları içinde sağlık okuryazarlığından kaynaklanan harcamaların oranı ya da tutarı bulunabilirse sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için uygulanacak politikalar ile bu rakamların tasarrufa dönüşmesi sağlanabilir. Bu amaçla son bölümde Türkiye için sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetleri hesaplamaya yönelik bir maliyet tahmin çalışması yapılmıştır.

---

[728] Vernon ve Diğerleri, s.1.

[729] Making Health Literacy a Priority in EU Policy, 2013, http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf, (12.06.2017).

[730] Ilona Kickbusch ve Diğerleri, **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, s. 7-8.

[731] Cafferkey ve Doyle, s.12.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI: MALİYET TAHMİN YÖNTEMİ İLE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bilimsel çalışmaların artışının yanı sıra Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçümlemeye yönelik ölçek geliştirme çalışmaları ve sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçümleyen (Avrupa'da geliştirilen ölçekleri kullanarak) pilot çalışmaların yapılmaya başlamasıyla, sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığın artmaya başladığı söylenebilir. Bu bağlamda bu bölümde sağlık okuryazarlığının Türkiye'deki gelişimine yer verilecek ve Türkiye'nin sağlık harcamaları ile sağlık okuryazarlığı ilişkisini incelemek üzere maliyet tahmin yönteminden yararlanarak bir analiz gerçekleştirilecektir.

5.1. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı bireylerde sağlık bilincinin oluşturulması, bilgi düzeyindeki artış ile sağlık sistemini sorgulaması ve taleplerini karşılama yönünde güçlendirilmesini ifade eder. Türkiye'de bireylerin sağlık bilincinin güçlendirilmesi gereği sağlık ekonomistlerince çok daha önce fark edilmek ve bu hususta tedbirler alınması gerektiğine dikkat çekilmekle birlikte bireylerin/hastaların güçlendirilmesi yönünde ülkemizde yapılan kamusal düzenlemelerin ilki 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlanması ile söz konusu olmuştur[732]. Örneğin Tokgöz (1978) bu alandaki kamusal düzenlemelerin gerekliliğini;

> *"Kişisel ve ulusal düzeyde ekonomik kaynakların israfını önlemek için sağlık sorunları karşısında önce kişiyi tutsaklıktan, bağımlılıktan kurtarmak gerek. Ona bilinç ve bilgi vererek kendisini tanıması sağlanmalıdır. Acı çekmek, hastalanmak, ölmek kişiye bağlı bir durum iken iyileşmenin bir başka yetkilinin kararına (tekeline) bırakılması bir çelişki yaratmaktadır"*[733]

[732] H.H. Yıldırım, **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne yapmalı?** s.3

[733] Tokgöz, s.33.

sözleri ile ifade etmektedir. "Hasta Hakları Yönetmeliği" ile bireylerin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde faydalanma, bilgi talep etme, sağlık kuruluşunu, hekimini ve sağlık personelini seçme ve değiştirme, tıbbi gereksinimlerine uygun teşhisin ve tedavinin uygulanmasını isteme gibi hakları tanımlanmıştır. Bu haklara ek olarak aynı yönetmelik ile sağlık durumu hakkında bilgi alma kapsam olarak detaylandırılmış ve sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları birimlerinin faaliyete geçmesi zorunlu kılınmıştır[734]. Bireylerin kendi sağlığı ile ilgili bilgileri edinmeyi isteme hakkının verilmesi, sağlık kuruluşunu ve hekimini seçme hakkının ve yönetmelikte belirtilen diğer hakları kullanmasının tanınması "sağlık hakkı" kavramının kapsamında belirtilen haklardan daha kapsamlı ve daha birey yönelimli bir "hak" kapsamına geçildiğinin göstergeleridir. Bu durum devletin vatandaşlarına sağlık hizmetlerini sunma ve sosyal güvence sağlamanın ötesinde sağlık hizmetlerini seçimleri doğrultusunda talep etme hakkının tanınması yönünde bir değişimi ifade etmektedir.

SDP ile bireylerin sağlık hizmetleri talebinde güçlendirilmesine yönelik politik düzeyde adımlar atılmaya başlamıştır. Bu adımlar, SDP'nin "insan merkezlilik" ve "katılımcılık" temel ilkeleri ile ilişkilendirilmektedir[735].

Doğrudan sağlık okuryazarlığı kavramı ile ifade edilmemekle birlikte sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi misyonu, 663 sayılı, *"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname"* ile kurulan Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM)'nin görev tanımlaması içerisinde yer almıştır[736]. SGGM'nin bu kapsamdaki görevleri;

> "*Toplumun ve bireylerin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek, Sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek*"[737]

---

[734] Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/, (12.06.2016).

[735] H. H. Yıldırım, **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?** s.1.

[736] H. H. Yıldırım, **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?** s.4.

[737] Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, KHK/663, 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmî Gazete, (20.05.2017).

şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik kanuni düzenlemelere yer verilmesi, kavramın artık Türkiye'nin sağlık politikalarına yerleşmeye başladığının göstergesi olarak nitelenebilir.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik en kapsamlı çalışmalardan biri Sağlık-Sen'in Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeklerini kullanarak gerçekleştirdiği "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (TR-SOYA)" dır. Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilen araştırma Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS – 1) kullanılarak yapılmış olup, Türkiye'yi temsil etmek üzere örnekleme dâhil edilen 12 bölge ve 23 ilde rastgele seçilen 4.924 kişinin katılımı ile yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puan üzerinden yapılan bir değerlendirmede 30,4 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bulgularına göre 53 milyon olan erişkin nüfusun 35 milyonunun "yetersiz" veya "sorunlu" okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre Ülkemizde her üç kişiden birinin sağlık okuryazarlığının düzeyinin yeterli olduğu belirtilmektedir[738].

Ülkemizde sağlık okuryazarlığının bu denli yetersiz olmasının nedenlerine gelince, öncelikle ülkemizde vatandaşlar sağlık sistemini yeterince tanımıyor ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilemiyor. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı çalışmasının bulgularında da işaret edildiği gibi sağlık ile ilgili politik değişiklikler konusunda da toplum olarak farkındalığımızın düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca sağlık ile ilgili kampanyaların farkındalığı ve bu kampanyalardan faydalanma oranımızda yetersiz düzeydedir[739]. Ülkemizde Acil servis kullanımının sıklığı, yanlış ve bilinçsiz ilaç tüketimi, alkol ve sigara kullanımı, yüksek vücut kitle endeksi ve yetersiz fiziksel aktivite gibi risk faktörlerine atfedilen sağlıksız yaşam davranışları ve buna bağlı olarak artan kronik hastalık yükü vb. sağlık sistemi ile ilgili nedenler sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinden yararlanma sonrasında aktif olarak verilen tedaviyi uygulayamama, doktorun ya da eczacının dediğini tam olarak anlayamama neticesinde verilen tedaviyi yeterince uygulayamama

[738] Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s.14-15.
[739] Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s.54-60.

ya da tedaviyi yarıda bırakma gibi nedenler sayılabilir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırmasının sonuçlarının gösterdiği üzere Türk toplumunda eğitim düzeyinin yetersizliği ile sağlık okuryazarlığının yetersizliği paralellik göstermektedir. İleri yaşlarda ve kadınlarda erkeklere göre sağlık okuryazarlığının yetersizliği bir diğer bulgudur. Çalışmanın uygulama bölümünde detaylı olarak bölgelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine değinilecek olmak ile birlikte bölgesel farklılıkların da gerek sağlık sistemi ve sunulan hizmetler açısından, gerekse sosyal ve kültürel anlamda eşitsizlikler barındırdığını ifade edebiliriz.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kapsamında yürütülen çalışmalar şunlardır:

SGGM, 26 Aralık 2012 tarihinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir çalıştay düzenlemiştir[740]. Sağlıklı yaşam kültürünü teşvik programları (Obezite ve Diyabet ile mücadele, tütünle mücadele, kalp damar hastalıklarını önleme, solunum yolları hastalıklarını önlemek için küresel ittifak vb.) geliştirilmiştir.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Hakkında Sağlık Okuryazarlığının Düzeyini Belirleme Araştırması (2015) yapılmıştır[741].

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü iş birliği ile pilot bir bölgede aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyine bağlı olarak mevcut bilgi düzeyi, tutum ve davranışları yanında hangi eğitimlerin verilmesi gerektiğine yönelik bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda yine pilot bir bölgede aile sağlığı merkezine başvuranların sağlık okuryazarlığının tespiti kapsamında davranışsal özelliklerinin değerlendirilmesi çalışması yapılmıştır. Bu çerçevede Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Programı uygulanmaya başlamıştır.

---

[740] Candan Kendir Çopurlar ve Mehtap Kartal. "Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?", **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, 2016, Cilt.10, Sayı.1, (42-47), http://dx.doi.org/10.21763/tjfmpc.60537, (04.01.2017), s.45.

[741] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2015**, Ankara, 2016, s.83.

6-13 yaş aralığındaki çocuklarda sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla "Sağlıklı Çocuk Kitabı" ve "Sağlıklı Çocuk Dergisi" yayımlanmıştır[742]. Millî Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ortaklığı ile sağlık bilincini yükseltmek amacıyla "Ağız ve Diş Sağlığı Bilincinin Geliştirilmesi İş Birliği Protokolü, Okullarda Diyabet Eğitim Programı İş Birliği Protokolü, Beslenme Dostu Okullar Projesi İş Birliği Protokolü, Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolleri imzalanmış ve ayrıca Gençlerde Hijyen ve Cilt Sağlığı Bilincinin Geliştirilmesi Projesi, İlk Yardıma İlk Adım Projesi ve Erişebilirlik Destek Projesi ile birlikte 3 proje hayata geçirilmiştir. Protokoller ve projeler kapsamında 2013 ve 2014 yıllarında yaklaşık 8 milyon öğrenci, 240 bin veli, 310 bin öğretmen, 28 bin kantin işletmecisi, 35 bin servis şoförü ve 7 bin personele eğitim verilmiştir"[743].

Dış İlişkiler ve AB Genel müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Millî Eğitim Bakanlığı ortaklığı ile yürütülen Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Operasyonel Programı çerçevesinde *"Romanların Yoğun Olarak Yaşadıkları Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu - SIROMA Projesi Sağlıkta Farkındalık Eğitimleri"* 9 Kasım 2015 tarihinden bu yana 12 pilot ilde yürütülmektedir. İzmir, Ankara, İstanbul, Eskişehir, Tekirdağ, Kırklareli, Edirne, Adana, Manisa, Balıkesir sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların düzenlendiği pilot illerdir.[744]. Bu çalışmaların yanı sıra toplumun SB'nın sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik kampanyalarından haberdar olmasını sağlamak, sağlık okuryazarlığının gelişimiyle toplumda sağlık bilincini yükseltmek için "sağlıklı yaşam araçları" hizmeti sunulmaya başlamıştır[745].

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planında da Sağlık okuryazarlığı ile ilgili hedeflere yer vermiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında; *"bireylerin kendi sağlığı üzerinde ki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığının*

---

[742] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2016**, Ankara, Şubat 2017, s.71-72.

[743] T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, 2015-**2019 Stratejik Planı**, Ankara, 2015, s.40.

[744] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Romanların Yoğun Olarak Yaşadıkları Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu-SIROMA Projesi Sağlıkta Farkındalık Eğitimleri**, http://disab.saglik.gov.tr/TR,19975/romanlarin-yogun-olarak-yasadiklari-yerlerde-sosyal-icermenin-desteklenmesi-operasyonu-siroma-projesi-saglikta-farkindalik-egitimleri.html, (13.05.2017).

[745] Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, **Sağlıklı Yaşam Araçları**, http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3905/saglikli-yasam-araclari.html, (24.01.2017).

geliştirilmesi" hedeflenmiştir. Bu amaçla 2017 yılı hedefi olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini takip edebilmek için takip (sürveyans) sisteminin kurulması[746], bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluk almalarını sağlamak için eğitim, altyapı ve teknolojik kapasitenin artırılması, sektörel işbirliklerini teşvik etmek, ilk ve orta öğretim için sağlık okuryazarlığı konusunun eğitim müfredatına dahil edilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile ortaklaşa çalışmalar yürütmek ve bu kapsamda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine temel teşkil edecek şekilde sağlık ve hijyen bilgisi müfredatını güncellemek, sağlık okuryazarlığı eğiticileri için gelişim programları hazırlamak, lisans ve lisansüstü düzeyde sağlığın geliştirilmesine yönelik öğrencilerde farkındalık oluşturmak amacı ile Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı ile işbirliği yapmak, toplumun sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek amaçlanmaktadır[747].

Sağlık Bakanlığının, sağlık risklerinden bireylerin ve tüm toplumun korunması ve sağlıklı yaşam becerilerinin kazandırılması için özellikle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kapsamında stratejik planda ayırdığı bütçe rakamlarına Tablo-25'de yer verilmiştir.

Tablo 25: Sağlık Bakanlığı (2013-2017) Stratejik Plan Maliyeti (TL)

Amaç	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek.	11.058.003	11.629.014	12.823.479	14.208.414	15.742.923

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2013-2017**, Ankara, Aralık 2012, s.153.

Sağlık Bakanlığı, sürveyans sistemini kurmak amacıyla ölçek geliştirme çalışmalarına başlamıştır. Bu amaçla SGGM ve Adnan Menderes Üniversitesi'nin Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı iş birliği ile "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması" yapılmıştır. Bu çalışmanın başlangıç aşamasında "Yeni geliştirilecek ölçek için kavramsal çerçeve olarak Avrupa Sağlık

[746] Sürveyans, sağlık ile ilgili verilerin belirli aralıklar ile toplanarak, tasnif edilmesi, analizi ve yorumlanmasını ifade etmektedir.

[747] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2013-2017**, Ankara, Aralık 2012, s.75-76.

Okuryazarlığı Araştırması çalışmasında geliştirilen çerçevenin kullanılmasına karar verilmiştir. HLS-EU çalışması temel alınarak beyana dayalı sorular içeren *bir likert ölçek* ile farklı tipte uygulamalı sorular içeren *senaryo temelli bir ölçek* olmak üzere *iki ölçek geliştirilmesi"* kararlaştırılmıştır[748].

2013 yılında yapılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalıştayında "Sağlık Okuryazarlığı Likert Ölçeği" için öneriler gerçekleştirilmiş ve dört senaryodan oluşan bir "Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği" oluşturulmuştur. Avrupa Sağlık okuryazarlığı Araştırmasının Türkiye'ye uyarlanmış hali olan ASOY-TR sahada test edilmiştir. Sahada yapılan çalışmalardan elde edilen tecrübeler neticesinde otuz iki maddelik bir likert ölçeği geliştirilmiş ve ölçek bu haliyle "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)" olarak adlandırılmıştır. Senaryo ölçeği ise çalıştayda önerilen şekliyle korunmuş ve "Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)" adını almıştır[749].

Bunun yanı sıra sivil toplum kuruluşları da sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi için çalışmalar yürütmektedir. Phizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı iş birliği ile 2005 yılından bu yana "Gençlere Sağlık Projesi" adı altında sağlık bilincini artırmaya yönelik eğitimler yürütmektedir. Bu proje kapsamında, 27.000 kişiye sağlık hakları, ilaç talimatlarını uygulama, doğru beslenme, temizlik ve kişisel bakım, bağımlılıklar ve kazalardan korunma, organlarımız ve fonksiyonları, yaşam boyu sağlık, sağlık kurumlarına başvuru, cinsel yaşam gibi konularda eğitimler verilmiştir[750].

Ülkemizde sağlık okuryazarlığına yönelik düzenlemeler yalnızca Sağlık Bakanlığı ile sınırlı kalmamıştır. Kalkınma Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı da sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik düzenlemeleri politikalarına dâhil etmeye başlamışlardır.

Onuncu Kalkınma Planında; artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı baskı, birçok ülkede yüksek kamu borçları ve zayıf bütçe yapısının gerisindeki temel etken olarak görülmüştür. Bu kapsamda, artan sağlık

---

748 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, Birinci Baskı, Yayın No: 1025, Ankara, 2016, s. 19.

749 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, s. 19-20.

750 Phizer, **Sağlık Eğitimleri: Gençlere Sağlık Projeleri**, https://www.pfizer.com.tr/sağlık-eğitimleri-gençlere-sağlık-projeleri, (28.07.2017).

harcamalarının kamu maliyesi üzerinde oluşturduğu baskıyı azaltacak önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır[751]. Doğrudan sağlık okuryazarlığına atıf gönderilmemek ile birlikte özel ihtisas komisyonu raporunda sağlık harcamaları ile ilgili etkinlik sağlamak üzere sağlık okuryazarlığının bir araç olarak görüldüğünü ifade edebiliriz. Bu bulgumuzu Kalkınma planı ile ilişkili olarak hazırlanan Özel İhtisas Komisyonu raporlarından olan *"Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Raporu (2014)"* nda sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığının, "bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun" olarak değerlendirilmesi de desteklemektedir[752].

Aynı raporda sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı alanı ile ilgili sorunlar; sağlık okuryazarlık düzeyinin bilinmemesi, güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynaklarının yetersizliği, hasta bilgilendirme formlarının içerik ve uygulanmasında ki yetersizlik, öncelikli gruplar ve özel hastalıklara yönelik bilgilendirici doküman yetersizliği, toplumun sağlık sisteminde paydaş rolünün güçlendirilmemiş olması, sağlıkta medya yönetiminin uygun yapılmayışı, toplumun fiziksel aktivitelerde bulunabileceği ve hareketli bir yaşam tarzı oluşturmasını destekleyici kentleşmenin olmaması şeklinde sıralanmıştır[753]. Bu sorunun ortadan kaldırılması için sundukları çözüm önerileri; "Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynakları ile toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi, sağlıklı hayat programlarına erişimin sağlanmasına yönelik olarak sağlığı geliştirme faaliyetlerinin güçlendirilmesi, sağlık okuryazarlığı kavramının genel okuryazarlık ve eğitim seviyesinden farklı olduğu bilinci ile sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve medyanın da kullanılarak sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi yönünde gerekli çalışmaların başlatılması, sigarayı bıraktırma ve obezite ile mücadele gibi bütün vatandaşlara yönelik olan programlar ile sağlıklı davranış kazandırma programlarının diğer sektörler ile de işbirliği sağlanarak ve artırılarak devam ettirilmesi, kronik hastalıklardan nasıl korunacağı bilgisinin sosyal pazarlama

---

751 T.C. Kalkınma Bakanlığı, **2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı**, Ankara, 2013, http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx, (12.12.2015), s.11.

752 H.H. Yıldırım, **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne yapmalı?** s. 4.

753 T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s. 69-70.

teknikleri kullanılarak tüm nüfusa yaygınlaştırılması" dır[754]. Komisyon raporunun, genellikle genel okuryazarlık ve eğitim düzeyi ile ilişkilendirilen sağlık okuryazarlığı kavramının bu iki kavramdan farklı olması gerektiği bilincine ilişkin vurgusu oldukça önemlidir.

Maliye Bakanlığı'nın 2017 yılı merkezi yönetim bütçe sürecini başlatan ve 2017-2019 dönemini kapsayan Orta Vadeli Programının kamu harcamaları politikası bölümünde *"Sağlık harcamalarının etkinliğinin artırılması çerçevesinde, sağlıklı yaşam kültürü ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik uygulamalar hayata geçirilecek ve aile hekimliği güçlendirilecektir"* [755] maddesi yer almaktadır. Bu madde ile sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin kamu harcamalarında etkinlik sağlamak üzere bir politika aracı olarak kullanılmaya başladığı söylenebilir. Fakat 2018-2020 dönemini kapsayan Orta Vadeli Programda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kapsamında direkt bir hedef bulunmamaktadır[756].

Ülkemizde bu alandaki veriler oldukça yetersiz olmakla birlikte sağlık okuryazarlığının ekonomiye olan olumsuz ekonomik etkilerini önlemeye yönelik politikaların üretilmeye başlaması oldukça sevindiricidir. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının olası mali etkilerini tahmin edebilmek üzere yapılacak diğer çalışmalara öncülük edebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

---

[754] T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, s.70.

[755] **2017-2019 Orta Vadeli Program**, http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/10200,ortavadeliprogram20172019pdf.pdf, (27.02.2017), s.11.

[756] **2018-2020 Orta Vadeli Program,** http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/10807,2018-2020-orta-vadeli-programpdf.pdf?0.

5.2. MALİYET TAHMİN YÖNTEMİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu tezin amacı yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık harcamalarına olan etkisini analiz etmek ve sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetlerin ülke ekonomisindeki göreli büyüklüğü ve maliyetleri hakkında literatüre katkı sağlamaktır.

Sağlık okuryazarlığı ile Türkiye'nin sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi analiz edebilmek için bir ekonomik değerleme yöntemi olarak kısa ve uzun dönemli maliyet tahmin yöntemi kullanılacaktır.

Hipotezler

H1: Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık harcamalarında artışına neden olmaktadır.

H2: Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile toplam sağlık harcamalarından tasarruf artışı sağlanabilir.

H3: Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bir politika aracı haline getirilirse sağlık harcamalarının hem bireysel hem de ulusal olarak doğru planlanması ve bu alandaki kaynakların etkin kullanımı sağlanacaktır.

Çalışma ile ulaşılması beklenen hedefler;

1) Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan dolaylı ve dolaysız maliyet unsurlarını saptamak,
2) Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin sağlık harcamalarına olan etkilerini incelemek,
3) Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan sağlık harcamalarının kamusal harcamalar içerisindeki oranını tespit edebilmek,
4) Sağlık okuryazarlığının düzeyine bağlı olarak sağlık harcamaları ve ülkenin GSYİH'sı arasındaki ilişkiyi saptamak şeklinde sıralanabilir.

Bu hedeflere ulaşıp ulaşamayacağımızı analiz etmek için öncelikle sağlıkta ekonomik değerleme tekniklerinin neler olduğu ve sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ile olan ilişkisinin ekonomik değerleme yöntemleri kullanılarak nasıl analiz

edileceğine yönelik araştırmalar yapılmıştır. Bu bölümde ilk olarak sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemlerinin neler olduğu ve sağlık okuryazarlığını ekonomi ile ilişkilendiren araştırmalardan elde edilen bulgulara yer verilecektir.

Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyine yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular ile Türkiye'de İBBS-1 sınıflandırmasına kapsamında olan bölgeler ve bu bölgelerde yer alan bazı illerin sağlık harcamaları arasındaki ilişki analiz edilmeye çalışılacaktır.

5.2.1. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Yirminci yüzyılda insanoğlu bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile mücadele ederken yirmi birinci yüzyılda yaşanan toplumsal, siyasi ve ekonomik dönüşümler ile birlikte mücadele ettiğimiz sağlık sorunları bile farklılık göstermeye başlamıştır.

Yaşlı nüfustaki artış, hastalık eğilimlerinde yaşanan dönüşüm yani bulaşıcı hastalıkların yerine artan oranda bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlaşması bu unsurlardan bazılarıdır. Çağımızın yaşam koşullarına bağlı olarak özellikle kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık sektöründe yeni teknolojilerin kullanılması gibi nedenlerle ülkelerin sağlığa ayırdığı kaynaklar giderek artmaya başlamıştır.

Ülkelerin milli gelirlerinden sağlık harcamaları için ayırması gereken kaynakların sınırının ne olması gerektiği ve ayrılan kaynakların sağlığın geliştirilmesi için sağladığı katkıyı analiz etme gereksinimi ekonomik değerlendirme yöntemlerinin kullanılmasının gerekçesini oluşturmaktadır.

Kaynakların kıt olmasından hareketle mevcut kaynaklar ile en etkin çıktının elde edilebilmesini sağlayacak kaynak tahsisinin yapılması gereklidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde alternatif kaynaklar ile ilgili maliyet/etkililik analizinin yapılması önem arz etmektedir[757]. Ekonomik değerlendirme ile alternatif müdahalelerin girdi (maliyet) ve çıktılarının (fayda) tespit edilmesi olanaklı hale gelmektedir[758]. Buradaki maliyet

---

[757] İsmail Ağırbaş, "Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerleme", Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.) **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi** içinde (522-548), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007, s.526.

[758] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları**, s. 150.

bazen sadece ekonomik değeri ifade etmek yerine fırsat maliyetini ifade etmek için de kullanılabilir[759].

Bir ekonomik değerlendirmenin adımları;

- Ekonomik soru ve çalışmanın bakış açısının belirlenmesi
- Değerlendirilecek alternatiflerin belirlenmesi
- Çalışma tasarımının seçilmesi
- Maliyetlerin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi
- Faydaların belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi
- Maliyet ve faydaların aralıksal zamanlama için değerlendirilmesi
- Artırımlı maliyet ve faydaların ölçülmesi
- Maliyet ve faydaların bir araya getirilmesi
- Sonuçların duyarlılığının test edilmesi
- Sonuçların kullanıcılara sunulması gibi adımlardan oluşmaktadır[760].

Sağlık hizmetlerinde kullanılacak herhangi bir ekonomik değerlendirme, sağlığa yönelik iki veya daha fazla müdahalenin maliyetleri ve sağlığa olan etkilerinin analiz edilmesi olarak ifade edilebilir. Sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemleri olası bir seçim için alternatif programların maliyet ve sonuçlarının (faydalarının) birlikte değerlendirildiği karar verme teknikleridir. Bu yöntemlerin kullanılmasının amacı sağlığa ayrılan kaynakları tasarruf etmek şeklinde algılanmamalıdır. Nihai amaç sağlığı geliştirmektir. Elde edinilen kazanımlar ise; daha sağlıklı, daha üretken bir nüfus ve buna bağlı olarak toplumsal refah artışının sağlanmasıdır[761].

Bir sağlık hizmeti, politikası ya da alternatif bir tedavi yöntemi seçilirken öncelikle bu alternatiflere yönelik olası maliyetlerin neler olduğu saptanır. Bu alternatifi kullanmanın olası faydaları nelerdir, elde edilecek sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda bu alternatif bizim için uygulamaya değer bir seçenek midir olası

---

759 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları**, s. 152.

760 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları**, s. 158.

761 Lieven Annemans, **Ekonomist olmayanlar İçin Sağlık Ekonomisi Sağlık Ekonomisi Değerlendirme Kavramları, Yöntemleri ve Zorluklarına Giriş**, Academia Press, 2008, s.8.

sonuçlar karşılaştırılarak analiz edilmeye çalışılır. Sağlıkta fayda ve maliyetlerin analiz edilmesi kapsamında uygulanan beş metottan söz edilecektir. Bu metotlar; maliyet minimizasyonu analizi, maliyet fayda analizi, maliyet yararlanım analizi, maliyet etkililik analizi ve hastalık maliyet çalışmalarıdır.

5.2.1.1. Maliyet Minimizasyon (Cost Minimization) Analizi

Maliyet Minimizasyon Analizi, iktisatçılar tarafından tam bir ekonomik analiz gibi değerlendirilmemektedir. Bunun nedeni bu yöntemin iki veya daha fazla sağlık programının çıktılarının eşit olması durumunda kullanılmasıdır. Bu analiz ile varılmak istenen sonuç en düşük maliyetli müdahaleyi tespit etmektir[762]. Örneğin bir hastalığın tedavisi için evde bakım ve hastanede bakımın kıyaslanması. Bu iki seçeneğin kıyaslanarak kaynak tasarrufu sağlanması yöntemi olarak değerlendirilebilir.

5.2.1.2. Maliyet Fayda (Cost Benefit) Analizi

Maliyet Fayda Analizi, alternatif müdahalelerin maliyet ve faydalarını ölçen ve bir alternatif için katlanılmak durumunda olan maliyetler ile faydaların mukayese edilerek uygulanmaya değer olup olmadığını analiz etmenin bir yöntemidir[763]. Maliyet Fayda analizi, karar alıcıya ve kamu harcamalarını planlayanlara kaynak tahsisinde etkinliği sağlama açısından yol göstermektedir[764].

Sağlık hizmetlerinde fayda maliyet analizi yapabilmek için kazanımlarını yani faydaları parasal değerler ile ifade etmek üzere "beşerî sermaye yaklaşımı" ve "ödeme de isteklilik" gibi yaklaşımlar kullanılmakta fakat bu yaklaşımların sağlık sektöründe uygulamaya geçirilmesinde zorluklar ile karşılaşılmaktadır[765]. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinde elde edilen faydaları parasal değerler ile ifade etmenin güçlüğünden ileri gelmektedir. Sağlıkta maliyet fayda analizi için gereken veriler arasında; yaşa ve cinsiyete göre gelir, iş gücüne katılım, işsizlik düzeyi, emeklilik dönemine kadar

---

762 Nermin Özgülbaş, **Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi**, Birinci Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, Eylül 2014, s.173.

763 Özgülbaş, s.175.

764 Güneri Akalın, **Yükseköğretim Karma Malına Maliyet Fayda Analizinin Uygulanması**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No: 444, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1980, s.12.

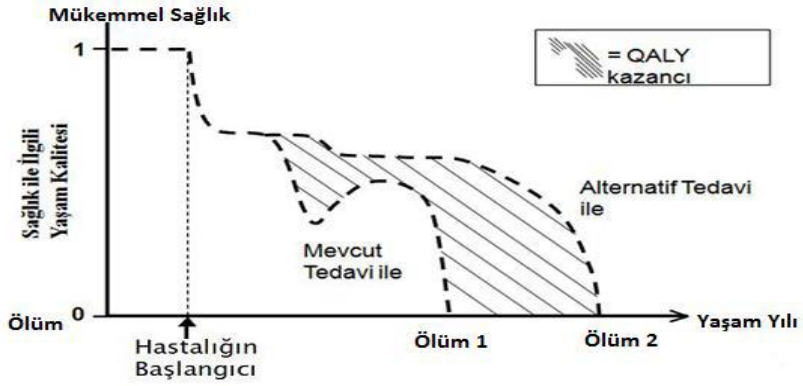
765 Bkz. Özgülbaş, 2014, s.175, Ünal, 2013, s.141 ve Yalçın Bayık ve Şahin, s. 121-134.

yaşama olasılığı, yaşa ve cinsiyete göre düzenlenen hastalık ve ölüm çizelgeleri gibi veriler sıralanabilir[766].

5.2.1.3. Maliyet Yararlanım (Cost-Utility) Analizi

Maliyet Yararlanım Analizi, bireylerin yaşam kalitesinde meydana gelen değişimleri de analize katabilmek üzere geliştirilmiş olan bir yöntemdir. Bir tedavinin diğerine olan üstünlüğünü kaliteye ayarlanmış yaşam yılı (QALY) üzerinden değerlendirir ve çeşitli programların müdahalelerini ortak değerlere göre ifade eder. QALY'nin sağlık çıktısının ölçüsü olarak sağladığı avantaj eş zamanlı olarak düşük morbidite (kalite kazanımları) ve düşük mortalite (niceliksel kazanım) kazanımları elde etmek ve bunları tek bir ölçüte entegre etmektir[767].

Yaşam kalitesi ve beklentisine olan etkilerini birlikte ölçen geleneksel bir yöntem olarak her bir sağlık durumu için QALY ile ağırlıklandırılan puan yaşanan bir yıl ile çarpılarak QALY değeri elde edilir[768]. "Mükemmel" yani tam iyilik halini ifade eden sağlık düzeyi ile geçirilmiş bir yıl "1 QALY" olarak ifade edilmektedir. Mükemmel sağlık düzeyi ile yaşam yılı arasında ilişkiyi gösteren Şekil-43'de alternatif tedavi sonucu elde edilen QALY kazancı açıklanmaktadır.



Şekil 43: Tedavi Sonucu Elde Edilen QALY Kazancı

Kaynak: Vahit Yiğit ve Ramazan Erdem, "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi", **Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi,** Cilt.19, Sayı.2, 2014, s.217.

---

766 Ağırbaş, s.540.

767 Michael Drummond ve Diğerleri, **Assessing the Challenges of Applying Standard Methods of Economic Evaluation to Public Health Interventions**, Public Health Research Consortium, Final Report, http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_D1-05_Final_Report.pdf, (20.03.2017), s.16.

768 Drummond ve Diğerleri, s.17.

Taralı alan alternatif tedavi yönteminin uygulanması ile elde edilen kazancı ifade etmektedir. Hastalığın başlangıcından itibaren mevcut tedavi ile ölüm olayı ölüm 1 ile ifade edilen noktada gerçekleşirken, alternatif tedavinin uygulanmasıyla ölüm 2 – ölüm 1 arasındaki bölgenin işaret ettiği alan kadar yaşam yılı kazanılmaktadır. Örneğin: QALY indeksi 0,7 olarak tanımlanan bir durum tedavi ve bakım sonrası 0,9'a yükseliyorsa bu sağlık hizmeti yaşanan her yıl için bireye "0,2 QALY" kazandırıyor demektir[769]. QALY ile benzerlik gösteren diğer bir kavramda DALY (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı)'dir. Bu kavramda kişinin engellilikle geçirdiği ve erken ölümler nedeniyle kaybettiği zamanı bir araya getirir. Hastanın durumuna 0 ile 1 puan arasında bir ağırlık verilir. Kötü durum 1, tam sağlıklı durum ise 0'a karşılık gelmektedir[770].

5.2.1.4. Maliyet Etkililik Analizi

Maliyet etkililik Analizi, hedeflere ulaşmak için gerçekleştirilmesi olası iki veya daha fazla stratejiyi bu stratejilerin maliyetleri ve çıktılarını karşılaştırarak ölçen bir ekonomik analiz yöntemidir. Bu farklı iki stratejinin etkililiğini ölçmek üzere ilave maliyet etkililik oranı (İncremental Cost Effectiveness Ratio – ICER) geliştirilmiştir. ICER, toplumun sağlık için ödemeye razı olduğu ilave bir birim için üst eşiği ifade eder ve (λ) ile gösterilir. ICER, hem ortalama maliyet hem de etkinlik ölçüsü olarak kullanılabilmektedir[771].

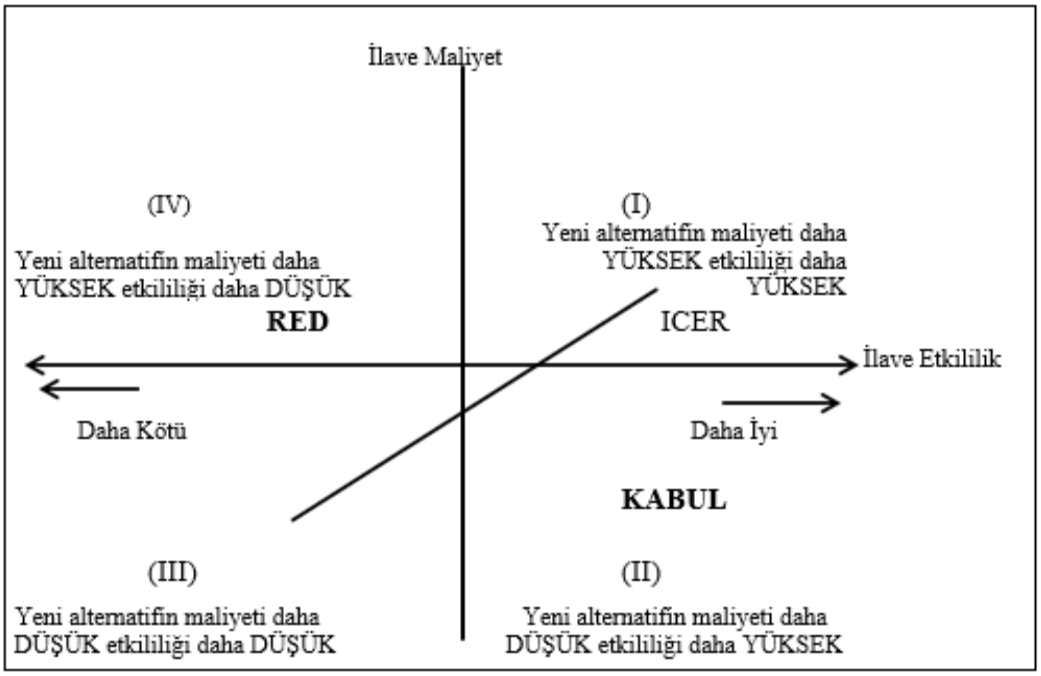
Maliyet-etkililik oranı (ICER) = (bir politikayı yerine getirmenin net maliyeti) / (yeni politika ile elde edilen sağlıktaki gelişim) şeklinde ifade edilebilir. Sağlıkta gelişim amaçlı yeni bir politikayı eski politika ile karşılaştırmak, yeni ya da eski tedavi yöntemini karşılaştırmak hatta mevcut iki tedaviyi karşılaştırmak amacıyla maliyet etkililik düzlemi olarak ifade edilen grafik kullanılabilir.

---

769 Ünal, s.149.

770 Annemans, s.25.

771 Heejung Bang ve Hongwei Zhao, "Median-Based Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER)", **j Stat Theory Pract.**, 2012, Vol. 6, No.3, (428-442), 10.1080/15598608.2012.695571, (13.05.2017), s.428-429.



Şekil 44: Maliyet Etkililik Düzlemi

Kaynak: Vahit Yiğit ve Ramazan Erdem, "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi", **Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi,** Cilt.19, Sayı.2, 2014, s.221.

Maliyet etkililik düzlemi ile elde edilmesi muhtemel dört sonuç bulunmaktadır. I. Bölge, yeni tedavinin ya da politikanın maliyetinin daha yüksek fakat etkinliğinin de yüksek olduğu durumu, (II) yeni durumun maliyetinin daha düşük etkinliğinin daha yüksek olduğu tedavidir. Bu durumda, yeni alternatif için ödemeye razı olunan üst eşiğin (ICER)'in sağında kalan alan yeni tedavinin etkinliğinin daha yüksek olduğu durumları ifade etmektedir. II. Bölgede maliyet daha düşük olduğundan kabul oranı daha yüksek olarak nitelenebilir. III. Bölge yeni durumu içeren maliyetlerin ve etkinliğinin düşük, IV. Bölge maliyetin yüksek ve etkinliğin düşük olduğu alan olduğu için red edilme olasılığı yüksek olan alanlardır.

DSÖ, eşik değer ölçütü olarak kişi başına gayri safi yurtiçi hasılanın kullanılmasını önermektedir. Bu değerlendirmeye göre ICER, kişi başına GSYİH'dan düşük ise maliyet etkililiği yüksek, 1-3 katı arasındaysa maliyet etkili, 3 katından fazla

ise maliyet etkin değil şeklinde yorumlanmaktadır[772]. Maliyet etkililik analizi sadece etkinliği saptamak amacıyla değil alternatiflerin maliyetlerini tespit etmek amacıyla da kullanılmaktadır.

5.2.1.5. Hastalık Maliyet Çalışmaları

Hastalık Maliyet Çalışmaları, Prevelans (yaygınlık) bazlı, İnsidans (hastalık veya hastalıkların yeni olgularının sayısı) bazlı ve Bugünkü Maliyet Yöntemi gibi çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmada da kullanılan bugünkü maliyet yöntemi bir hastalık ya da sağlık durumunun GSMH içinde neden olduğu kayıpları analiz etme metodudur. Bu hesaplama türüne tüm direk maliyetler ve morbidite kayıpları dâhil edilmektedir[773]. Bu çalışmada da kullanılan yöntem olan Bugünkü Maliyet Yöntemi analizlerinde yıllara yayılmış olan direkt ve endirekt giderler iskonto/indirgeme yolu ile baz alınan bir yıla göre iskonto edilmektedir[774].

Sağlık ile ilgili ekonomik değerleme yöntemlerinde kullanılmak üzere hesaplamalara konu olan maliyetlerin nelerden oluştuğunu tespit etmek ekonomik analizler için takip edilmesi gereken basamaklardan en önemlisi ve en zor olanıdır.

5.3. Sağlıkla İlgili Maliyetler

Sağlıkta ekonomik değerlendirmeye konu olan maliyetler ve elde edilen kazanımların saptanması sağlığa ne kadar kaynak ayrılacağını ve bu kaynakların nelere tahsis edileceğini belirleyen ana unsurlardan biridir. Dolayısıyla maliyet analizlerinin yapılabilmesi için maliyet kalemlerinin doğru tespit edilmesi önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili maliyetlerin saptanmasında, maliyet unsurları fiziksel bir nitelik taşımıyorsa parasal ölçütler ile ifade edilmesi giderek zor bir hal almaktadır. Söz gelimi bir hastalığın maliyetinin belirlenmesi için engelliliğe uyarlanmış yaşam yılı (DALY), kaliteye uyarlanmış yaşam yılı (QALY) gibi detaylı hesaplamaların yapılması gerekmektedir.

---

[772] Vahit Yiğit ve Ramazan Erdem, "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi", **Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi,** Cilt.19, Sayı.2, 2014, s.221.

[773] Özgülbaş, s.166.

[774] Özgülbaş, s.171.

Sağlıkla ilgili maliyetler maliyet analizinin amacına göre sınıflandırılabilir. Hastalıklar ile ilgili maliyetler atfedilme durumuna göre doğrudan ve dolaylı olarak ayrılabilir. Burada önemli olan ayrım ölçülebilen ve ölçülemeyen giderlerin tespit edilebilme derecesidir[775]. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde maliyetleri fayda ve parasal terimler ile ifade edilebilirlik derecesine göre; doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve sosyal maliyetler şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Doğrudan ve dolaylı maliyetler parasal terimler ile ifade edilebilirken sosyal maliyetlerin parasal terimler ile ifade edilmesi güçtür.

Doğrudan Maliyetler, hizmet üretiminden kaynaklanan maliyetler kapsamında ele alınırsa doğrudan sağlık hizmeti üretimi ile ilgili olan maliyetleri sabit maliyetler ve değişken maliyetler olarak sınıflandırmak mümkündür. Üretim miktarı ne olursa olsun katlanılmak durumunda olan maliyetler sabit maliyetler, üretim düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösteren maliyetlere değişken maliyetler denilmektedir[776]. Eğer doğrudan maliyetler, bir hastalığın tedavi süreci ve hastalıktan korunma ile ilgili olarak ortaya çıkan maliyetler şeklinde tanımlanıyorsa, hastane bakımı, hekim hizmetleri, diş hizmetleri, sağlık çalışanlarına yönelik giderler, evde bakım, tıbbi malzeme giderleri, ortez, protez ve optik malzeme giderleri, evde hemşirelik hizmetleri, kişisel bakım ve ulaşım maliyetleri gibi unsurların göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Dolaylı maliyetler, hastalığa, sakatlığa veya erken ölümlere bağlı olarak ortaya çıkan toplumsal maliyetler olarak tanımlanmaktadır. İş gücü kaybı, üretim kaybı ve hasta yakınlarına olan maliyetler (hastaya refakat etme durumundan dolayı iş gücü ve üretim kaybı vb.) bu gruptadır. Hastalığa bağlı olarak iş gücü ve verimlilikte yaşanan kayıp morbidite maliyeti, bir hastalığa bağlı olarak yaşanan erken ölümler nedeniyle kaybedilen kazancın bugünkü değerlerine mortalite maliyetleri adı verilmektedir[777].

Sosyal Maliyetler (Çevreye Yansıyan Dışsal Maliyetler) bu maliyetler maddi olmayan maliyetler olarak da nitelendirilmektedir. Hastaların ve ailelerinin hastalık

---

[775] Özgülbaş, s.161.
[776] Ünal, s.133.
[777] Özgülbaş, 161-164.

nedeniyle çektiği acı ve sıkıntılar olup bunların parasal olarak ifade edilmesi oldukça güçtür[778].

5.4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Maliyetler

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını sağlayarak sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların tasarruf edilmesine yardımcı olmaktadır. Friedland ve O'Neill'e göre (1998) tüm önleyici sağlık hizmetlerinin maliyet açısından etkili olmadığı bilinmektedir. Yüksek sağlık okuryazarlığı seviyeleri, tedavinin çok az etkili olabileceği koşulları ortaya çıkaran ek testlere ve hizmetlere de neden olabilmektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığında ki bazı gelişmelerin yeni maliyetlere yol açabileceği kabul edilmelidir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin net etkisinin ne olacağını gösteren tek etken sağlığa ayrılan gereksiz kaynakları azaltmasıdır[779]. Tablo-26'da Sağlık okuryazarlığının neden olduğu doğrudan ve dolaylı maliyetlere yer verilmiştir.

Tablo 26: Sağlık Okuryazarlığının Neden Olduğu Doğrudan ve Dolaylı Sağlık Maliyetleri

Doğrudan Maliyetler	Dolaylı Maliyetler
İlave Acil Servis Ziyaretleri	Verimlilik kaybı
Artan Hastaneye Yatış Oranı	Gelir kaybı
Hastanede Yatış Süresinin Artışı	Ek ağrı ve acı
İlave Doktor Ziyaretleri	Ek ulaşım masrafları
İlave Tanısal Testler	İstenmeyen Gebelikler
Geçersiz Reçeteler	
İlave Reçeteler	
Huzurevine erken giriş	
İlave evde bakım hizmeti kullanımı	
Etkisiz hasta eğitim materyali	

Kaynak: Robert Friedland and Greg O'Neill, **Understanding Health Literacy: New Estimates of the Costs of Inadequate Health Literacy**, National Academy On Aging Society, Washington D.C., 1998, s.72.

Tablo-26'da sağlık okuryazarlığının neden olduğu doğrudan maliyetler Friedland ve O'Neill' e göre ölçümlenebilir maliyetler olarak ifade edilmiştir. Bunlar; ilave acil servis kullanımı, artan hastaneye yatış sıklığı, yatış süresinin artması, ilave doktor ziyaretleri, ilave olarak yapılan tanısal testler, geçersiz reçeteler, ilave reçeteler,

778 Ünal, s.133.
779 Friedland ve O'Neill, s.67.

erken emeklilik nedeniyle huzur evlerine erken giriş, evde bakım hizmetlerinin kullanımındaki artış ve etkisi olmayan hasta bilgilendirme dokümanlarının maliyetleridir.

Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan dolaylı maliyetler, verimlilik ve gelir kaybı, ek ulaşım masrafları, istenmeyen gebelikler vb. şeklinde sıralanabilir. Ölçümlenmesi ve tarif edilmesi en zor dolaylı maliyetlerse hastanın maruz kaldığı ağrılar ve acılardır. Dolaylı maliyetlere hastalara refakat eden bireylerin üretim ve verimliliklerinin kaybı da örnek gösterilebilir. Bunun yanı sıra sigara kullanımı, aşırı tuz tüketimi, hareketsiz yaşam tarzı, alkol tüketimi vb. ülkelerin sağlık sistemlerine göre değişkenlik gösterebilecek örnekler kısa vade de etkileri hissedilmeyen ancak uzun vade de yaşam yılından kayıplara yol açacak dolaylı maliyetler yaratırlar.

5.5. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Ekonomik Değerleme Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığının ekonomik analizini yapan çalışmalar incelendiğinde iki grup çalışma türü tespit edilmiştir; bu çalışmalar matematiksel ve istatistiksel yöntemler kullanılarak yapılan çalışmalardır. İstatistiksel yöntemler kullanılarak yapılan çalışmalar da anketler ile örneklem kütlenin sağlık okuryazarlığı düzeyleri tespit edilmiş ve temel alınan maliyet kalemlerinin verileri eşleştirilerek sağlık okuryazarlığı ile ilgili ekonomik maliyetleri tespit etmeye çalışmışlardır. Matematiksel bir yöntemden (Bugünkü Değer Maliyet Tahmin Yöntemi) yararlanarak sağlık okuryazarlığının hesaplandığı çalışma ise bizim çalışmamızda yararlandığımız yöntemdir. Bu çalışmanın detayları bu bölümde analiz edilecektir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili verilerin çok kısıtlı olması nedeniyle genellikle Amerika'da yapılan çalışmalar diğer ülkelerin bu alanda yapılan çalışmalarına referans teşkil etmiştir. Bizim kullandığımız yöntemde Amerika'da yapılan bir çalışmada kullanılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamalarını artırdığı yönündeki hipotezimizi kanıtlamak amacıyla sağlık okuryazarlığının ekonomik etkileri ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışmalar da, yetersiz/düşük sağlık okuryazarlığının sağlık harcamalarında artışa neden olduğu tespit edilmiş ve bu tespit; acil servislerin daha sık kullanımı, hastaneye yatış oranının yüksekliği, ilaç ve tedavi hizmetlerinin gereksiz

kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım oranının düşük olması gibi bulgulara dayandırılmıştır.

Eichler ve Diğerleri (2009), sistematik bir bakış açısıyla 2.340 makale üzerinde sağlık okuryazarlığının yaygınlığı ve ekonomik maliyetleri üzerinde araştırma yapmış ve bu çalışmalar da ekonomik maliyetlere yönelik "yetersiz sağlık okuryazarlığının sıklığı, yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık/sosyal sonuçları (hizmet kullanımı veya ölümler) ve maliyetlerinin parasal terimler ile ifade edilmesi" gibi araçlardan yararlanıldığını ifade etmişlerdir. Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin sağlık sistemine olan maliyetlerinin toplam sağlık harcamalarının yıllık %3-5'i arasında bir maliyete neden olduğunu tespit etmişlerdir[780].

Haun ve Diğerleri (2015); *"Entegre Sağlık Sisteminde Sağlık Okuryazarlığı ve Tıbbi Bakım Maliyetleri Arasındaki İlişki: Bölgesel Nüfus Tabanlı Çalışma"* sında, sağlık okuryazarlığı ve tıbbi bakım maliyetleri arasındaki ilişkiyi Amerika'nın Gaziler Sağlık İdaresi (VHA)'ne kayıtlı gazilerin verilerini kullanarak analiz etmişlerdir. 92.749 Gazinin 2007-2009 yılları arasında ki sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık okuryazarlık düzeylerine göre izlenmiştir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki gazilerin sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre maliyetleri hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi örneklem kütleye sorulan dört soru ile tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre; tıbbi, ücret esaslı ve eczane hizmetleri ile ilgili hasta başına düşen maliyetler sağlık okuryazarlığı düzeyine göre gruplandığında yetersiz sağlık okuryazarlığının maliyetleri yeterli sağlık okuryazarlığının maliyetlerinden önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Okuryazarlık düzeyine göre maliyetler, Yeterli SO, $17.033, Sınırlı SO, $23.508, Yetersiz SO, $31.581 olarak hesaplanmıştır. Yetersiz ve sınırlı (marjinal) sağlık okuryazarlığı düzeyinde olanların ihtiyaçlarını karşılamak için

[780] Klaus Eichler, Simon Weiser ve Urs Brügger, "The Cost of Limited Health Literacy: A Systematic Review", **Int. J Public Health,** 2009, Vol. 54, No.5, 10.1007/s00038-009-0058-2, (09.11.2015), s. 315.

ayrılan kaynakların yaklaşık % 8'i kadar potansiyel tasarruf sağlanabileceğini tespit etmişlerdir[781].

Dukic ve Diğerlerinin (2015), *"Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Ekonomik Etkileri"* adlı çalışmasında (TOFHLA) testinin kısa versiyonu olan S-THOFLA testini (520 kişilik bir örneklem kütle üzerinde) kullanmışlardır. Ankete katılanların karakteristik özellikleri; cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, ikamet yeri (kır-kent), net gelir ve kronik hastalık bulunup bulunmadığına göre gruplanmış ve tüm sağlık okuryazarlığı sonuçları test edildiğinde ankete katılanların %82,4'ünün yeterli, %3,6'sının marjinal seviyede, %14'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Yapılan anket ile anketin gerçekleştirildiği lokasyonun (Rijeka Şehri) uygun olmadığına karar verilmiştir. Anova testi ile yaş grupları (<45, 45-64 yaş arası ve 65<) ve net gelir düzeyine göre analizler yapılmıştır. Çalışma ile yetersiz sağlık okuryazarlığının ulusal sağlık sistemi için ana maliyet nedenlerinden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır[782].

Howard ve Diğerleri (2005) Medicare sistemine kayıtlı 3.260 kişi üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık harcamalarına olan etkilerini incelemiştir. Medicare sigorta sistemine kayıtlı kişilere yönelik dört farklı eyalette yürütülen çalışmada (S-TOFHLA) testi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmiştir. Kısmi regresyon modeli ile okuryazarlık düzeyine bağlı olarak bireylerin kullanım maliyetlerinde ki farklılıklar ölçümlenmiştir. Çalışmanın bulguları sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili ilave maliyetleri yansıtmaktadır. Buna göre; sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişiler yüksek tıbbi masraflara neden olmakta ve verimsiz bir hizmet karışımı kullanmaktadırlar. Hasta/birey düzeyinde elde edilen sonuçlara göre ortalama

---

781 Jolie N. Haun ve Diğerleri, "Association Between Health Literacy and Medical Care Costs İn An İntegrated Healthcare System: a Regional Population Based Study", **BMC Health Services Research**, 2015, Vol. 15, No.249 , https://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z, (07.01.2016), s. 2-4.

782 Nikolina Dukic, Andrea Arbula ve Ljerka Cerovic, "Economic Implications of Insufficient Health Literacy", **Economic Research,** Vol. 26. No.1, (117-132), http://dx.doi.org/10.1080/1331677X.2013.11517643, (20.02.2016), s.122-129.

maliyetler (Yatarak Tedavi, Ayaktan Tedavi, Acil Servis Kullanımı ve İlaç); Yeterli SO için $7.246, Sınırlı SO için $8.484 ve Yetersiz SO için $9.614 olarak hesaplanmıştır[783].

Weiss ve Palmer (2004) Medicaid sağlık sigortası kapsamındaki yoksul ve tıbbi gereksinime ihtiyacı olan bireyler üzerinde "Okumayı Tanımlama Aracı" (Instrument for the Diagnosis of Reading, IDR) testini kullanarak okuryazarlık düzeylerini tespit etmiş ve örneklem olarak seçilen 400 kişinin karakteristiklerini; cinsiyet, medeni durum, etnik köken, çalışma durumu, sağlığını öz değerlendirme, konuşulan dil şeklinde gruplamışlardır. Toplam sağlık harcamalarına esas olarak; hastane hizmetlerinin ve acil servislerin kullanım sıklığı, kısa süreli hemşirelik hizmetleri, laboratuvar, radyoloji, eczane ve medikal ekipmanların kullanımının maliyetleri tespit edilmiştir. İstatiksel analiz yöntemi ile okuryazarlık düzeyleri ve sağlık maliyetleri arasındaki farklılıklar analiz edilmiştir. Çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bir bireyin sağlık maliyeti yıllık $10.688, sağlık okuryazarlığı yüksek bir bireyin maliyeti $2.890 olarak hesaplanmıştır[784].

Hardie ve Diğerleri (2011), sağlık okuryazarlığı ile ilgili maliyetlere farklı bir açıdan yaklaşmış sağlık okuryazarlığının müşteri odaklı sağlık planlarına olan etkileri üzerinde durmuşlardır. Müşteri odaklı sağlık planları işverenler ile sigorta şirketleri arasında bir şirketin çalışanlarının sağlık harcamalarını finanse etmeye yönelik yapılan planlardır. Bu çalışmayla büyük ölçekli iki şirketin çalışanlarına sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik üç soru yöneltilmiş ve sağlık okuryazarlığının yetersizliği ile acil servis kullanımı harcamaları arasında güçlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya göre, yeterli sağlık okuryazarlığı, bir ticari sağlık planı üyeleri arasında

---

783 David H. Howard, Julie Gazmararian ve Ruth M. Parker, "The İmpact Of Low Health Literacy On The Medical Costs Of Medicare Managed Care Enrollees", **The American Journal of Medicine**, 2005, Vol. 118, No. 4, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808134, (20.02.2016), s.371-377.

784 Barry D. Weiss ve Raymond Palmer, "Relation Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population", **JABFP**, 2004, Vol. 17, No:1, 10.3122/jabfm.17.1.44, (20.02.2016), s. 44-47.

azaltılmış sağlık harcamaları ile ilişkilendirilir. Bu ilişkinin, hastanede sağlık bakımı ve acil servis kullanımında daha güçlü olduğu belirtilmiştir[785].

Friedland ve O'Neill (1998), ABD'de gelir ve program katılımına ilişkin ankete yanıt veren nüfusun sağlık okuryazarlığını tahmin etmek için Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Anketinin (1992) verilerini kullanarak sağlık okuryazarlığının maliyetlerini tahmin etmiştir. Okuryazarlığın düşük oluşuna bağlı olarak evde bakım hizmetleri ve reçeteli ilaç kullanımı dışındaki harcamaların %1, bu hizmetlerinse %10 ilave kaynak kullanımına neden olduğunu ifade etmişlerdir[786]. Çalışmanın bulgularına göre; yetersiz sağlık okuryazarlığından (Düzey 1) kaynaklanan ilave sağlık kaynakları 1996 yılı rakamlarıyla yaklaşık $29 milyardır. 1998 yılında bu rakamların $30 milyarı aşacağını tespit etmişlerdir. Sınırlı sağlık okuryazarlığından (Düzey 2) kaynaklanan ilave maliyetlerin 1996 yılı rakamlarıyla $69 milyar düzeyinde olduğunu 1998 yılında bu rakamların $73 milyar doları aşacağını hesaplanmıştır. Bunun anlamı, yetersiz sağlık okuryazarlığının, sağlık için ayrılan kaynakların yüzde 3.2 ila 7.6'sını ifade eden kısmının gereksiz kullanımına neden olacağıdır[787].

Rasu ve diğerleri (2015)'nin sağlık okuryazarlığının ulusal sağlık hizmetleri kullanımı ve harcamaları üzerine olan etkilerini tespit etmek için 22.599 kişi üzerinde NAAL anketini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmasında yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan yıllık maliyet $215,1 milyar olarak tahmin edilmiştir. Çalışmaya göre bu rakamın $1,9 milyarı acil servis ziyaretlerinden, $21,2 milyarı toplam hastane ziyaretlerinden $92,2 milyarı reçeteli ilaç kullanımından kaynaklanmaktadır[788].

Friedland (2002), düşük işlevsel okuryazarlığın $32 milyardan $58 milyara kadar ilave sağlık harcamasına neden olduğunu tahmin etmiştir. Bu harcamalar büyük

---

785 Nancy A. Hardie ve Diğerleri, "Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan", **Journal of Health Communication**, 2011, Vol. 16, No. 3, http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2011.604703, (21.02.2016), s.308-321.

786 Friedland ve O'Neill, s.86-87.

787 Friedland ve O'Neill, s.87-88.

788 Rafia S. Rasu ve Diğerleri, "Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure", **Int J Health Policy Management,** 2015, Vol. 4, No.11, 10.15171/ijhpm.2015.151, (25.02.2016), s.747-755.

oranda Medicaid ve Medicare sigorta sistemi ile finanse edilmektedir. Friedland'ın bahsi geçen çalışması ile yetersiz sağlık okuryazarlığının ülke ekonomisine olan toplam maliyetini tahmin etmeye çalışmıştır[789].

Vernon ve Diğerleri (2007), Friedland'ın 2002 yılındaki çalışmasının varsayımlarını kullanarak yetersiz sağlık okuryazarlığının ABD ekonomisine maliyetini hesaplamışlardır. Friedland'ın çalışmasında özellikli olarak sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir veri olmamasına rağmen ABD'de düşük sağlık okuryazarlığının toplam maliyetini genel okuryazarlık verilerini kullanarak tahmin etmiştir. Vernon ve Diğerleri ise 2003 yılında uygulanan NAAL (2003) sağlık okuryazarlığı verilerini kullanarak hesaplamalarını gerçekleştirmişlerdir[790]. Düşük Sağlık okuryazarlığının ABD ekonomisine maliyetinin alt sınırını yıllık $106 milyar, üst sınırını $238 milyar olarak hesaplamışlardır[791]. Bu rakamlar toplam sağlık harcamalarının 7% ila 17%'sine tekabül etmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının gelecek nesiller için oluşturduğu yük ise bu günkü değerler üzerinden hesaplandığında 1,6-3.6 trilyon civarındadır[792].

Vernon ve diğerleri (2007), Friedland'ın varsayımlarını kullanarak ABD'nin Missouri eyaleti ve bu eyalete bağlı kentlerde yetersiz sağlık okuryazarlığı maliyetlerini hesaplamışlardır. Çalışmanın bulgularına göre yetersiz sağlık okuryazarlığının Missouriye maliyeti yıllık $3.3 milyon ile $7.5 milyon arasında hesaplanmıştır[793].

Vernon (2009), Friedland'ın varsayımlarını kullanarak Amerika'nın Wisconsin eyaletinde yetersiz sağlık okuryazarlığının ekonomiye yıllık maliyetini $3.4 - $7.6 milyon dolar arasında hesaplamıştır[794].

Vernon (2010)'da düşük sağlık okuryazarlığının Iowa ekonomisine olan maliyeti ise $1.9 milyon ile $4.2 milyon arasında hesaplanmıştır[795].

---

789 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy,** s.5.
790 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy,** s.5.
791 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy,** s.1.
792 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy,** s.1.
793 John A. Vernon ve Diğerleri, **The High Economic Cost Of Low Health Literacy in Missouri**, Health Policy Brief, http://www.ibrarian.net/navon/paper/Appendix_on_Cost_Calculations.pdf?paperid=16234066, (15.05.2015), s.12.
794 John Vernon, **The High Economic Cost of Low Health Literacy in Wisconsin**, Policy Brief, Wisconsin Literacy Inc., 2009, s.12.
795 John Vernon, **The High Economic Cost of Low Health Literacy in Iowa**, Policy Brief, Kasım 2010, s.12.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık için ayrılan kaynakların aşırı ya da yanlış kullanımına neden olduğu, buna bağlı olarak sağlık harcamalarını artırdığı ve bu harcamaları finanse edenlere direkt maliyetler yüklediği yönünde bulgular mevcuttur. Yetersiz sağlık okuryazarlığının bireylere ya da sağlık sistemine etki eden maliyetleri farklı popülasyonlar üzerinde yapılan ampirik çalışmalar ile kanıtlanmıştır.

5.6. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığının Maliyet Tahmini

5.6.1. Yöntem

Bu çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığının sistem temelli toplam maliyetlerini hesaplayan en kapsamlı çalışma olması nedeniyle sağlık harcamaları ve dolayısıyla ulusal ekonomiye olan etkilerini tahmin edebilmek için Vernon (2007, 2009, 2010) ve Friedland (1998, 2002)'ın varsayımları kullanılarak Türkiye'de sağlık okuryazarlığının maliyetleri hesaplanmaya çalışılacaktır.

5.6.2. Kısıtlar

Ülkemizde sağlık okuryazarlığının düzeyini belirlemeye yönelik pilot çalışmalar son dönemde yapılmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı stratejik planında 2017 yılı için sağlık okuryazarlığı ile ilgili sürveyans sistemini oluşturmayı hedeflemiş ve bu hedefe ulaşmak üzere sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve etki eden faktörlerin tespiti için kasım 2016'da ihale açmıştır. Bu çalışmaya yönelik bulgular henüz yayımlanmamıştır. Bunun yanı sıra kişi başına düşen sağlık harcamalarının % kaçının tedavi, % kaçının ilaç ve diğer faktörlerden oluştuğuna dair bir veri seti bulunmamaktadır. Yalnızca SGK'nın mali istatistiklerinden reçete başına tutar, müracaat başına ortalama maliyet gibi verilerin elde edilmesi olanaklıdır. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği sadece hastane ya da ilaç hizmetlerinin kullanımı ile sınırlı olmadığı için bu kapsamda değerlendirilebilecek tüm harcamaları hesaplamalara dahil etmek ne yazık ki olanaklı değildir. Ülkemizde son yapılan hastalık yükü çalışması ise 2013 yılına ait ve henüz rapor olarak yayınlanmamış durumda, sadece sağlık bakanlığının sağlık istatistiklerinde yer alıyor. Bu nedenle de sağlık okuryazarlığının neden olduğu gerçek maliyetlerin teşhis edilmesi ile ilgili henüz veri kısıtları söz konusudur.

5.6.3. Veriler

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçümleyen iki güncel çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar; Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen), Stratejik Araştırmalar Merkezi tarafından gerçekleştirilen "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014" ve Sağlık Bakanlığının "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, 2016"dır. Her iki çalışmada da "The European Health Literacy Survey (HLS-EU), anketinin Türkiye için geliştirilen versiyonları kullanılmıştır. Anketler, HLS-EU Konsorsiyumu'nun, kavramsal yaklaşımı doğrultusunda sağlık okuryazarlığının; bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçleri ile ilişkisini ortaya koyan verileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir[796]. Sağlık Sen'in çalışmasında "SOYA-AB" ve "SOYA-TR-DEMOGRAFİK Anketi"[797] kullanılırken, SB'nin çalışmasında "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)[798] ve "Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN)"[799] kullanılmıştır.

HLS-EU anketinin kavramsal çerçevesi kullanılarak Türkiye'de yapılan her iki ankette de sağlık okuryazarlığı düzeyleri; 50 puanlık bir skala üzerinden yapılan değerlendirme kullanılarak aşağıdaki gibi kategorize edilmiştir. Bu değerlendirmeye göre;

(0-25) puan yetersiz

(>25-33) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı[800] kategorisinde değerlendirilmiştir.

Bu iki çalışmanın bulguları sırasıyla Şekil 45 ve Şekil 46'da sunulmuştur.

---

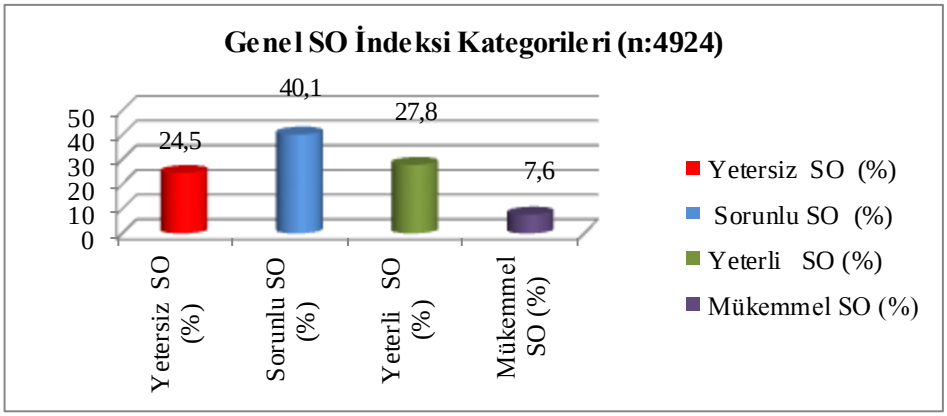
796 T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, s.63.

797 **"SOYA-TR-DEMOGRAFİK Anketi"** Türkiye'nin sağlık sistemine özgü gerçekleştirilen ankettir. Bkz. Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s.30.

798 **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32**, HLS-EU Çalışmasının kavramsal çerçevesi doğrultusunda geliştirilen 32 soruluk bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, s.43.

799 **SOY-SEN**, on beş yaşın üstünde ve okuryazar olan bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, s.57.

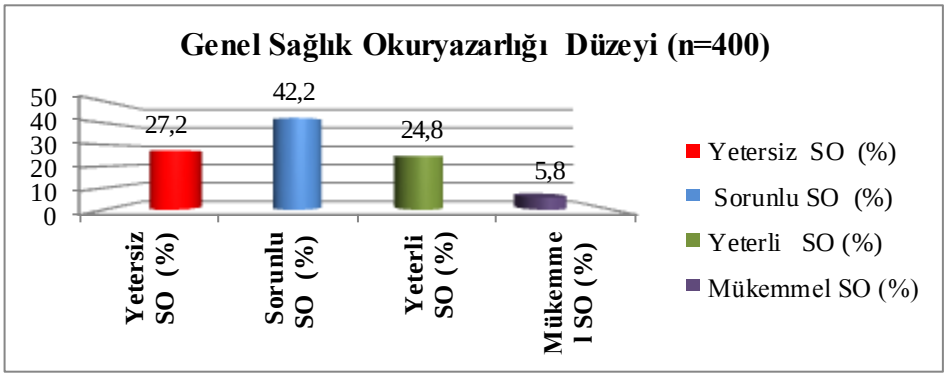
800 Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s.46.



Şekil 45: Genel Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri

Kaynak: Mine Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2014, s.43.

Sağlık-Sen'in Türkiye'de HLS-EU anketini kullanarak sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçümlediği kapsamlı çalışmasında (örneklem kütle 4.924), Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlığı indeksi %30,4 olarak tespit edilmiştir. Nüfusun %64,6'sının, yetersiz (%24.5) ve sorunlu (%40.1), %27,8'inin yeterli, %7,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu saptanmıştır[801].



Şekil 46 : Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, Birinci Baskı, Yayın No: 1025, Ankara, 2016, s.57

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmasında (örneklem kütle 400), TSOY-32 Ölçeği çerçevesinde genel sağlık okuryazarlığı değeri %29,5 olarak hesaplanmıştır. Kategorik değerlendirmede toplumun %27,2'inin yetersiz, %42,2'sinin sorunlu, %24,8'inin yeterli, %5,8'inin mükemmel

[801] Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s.42.

sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu tespit edilmiştir. Her iki çalışmanın bulguları Tablo - 27'de karşılaştırılmştır.

Tablo 27: Sağlık-Sen ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Okuryazarlığı Çalışmalarının Karşılaştırılması

Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Yetersiz SO (%)	Sorunlu SO (%)	Yeterli SO (%)	Mükemmel SO (%)
Genel SO İndeksi Kategorileri (Sağlık Sen)	24,5	40,1	27,8	7,6
Genel SO İndeksi Kategorileri (SB)	27,2	42,2	24,8	5,8

Kaynak: Mine Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2014, s.43 ve T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, s.57.

Her iki çalışmanın bulguları karşılaştırıldığında örneklem olarak alınan kütle büyüklükleri farklı olmasına rağmen kategorik değerlendirmelerde farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Fakat her iki çalışmada yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alanların ortalaması alındığında toplumun ortalama %67'sinin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu gerçeği değişmemektedir. Bu çalışmada Sağlık-Sen'in sağlık okuryazarlığı verileri kullanılmıştır. Bu çalışmanın tercih edilme nedeni "Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılması 1 (İBBS-1)"[802] i esas alan kapsamlı bir çalışma olmasıdır. Çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığının düzeylerini ölçümlemekten ziyade düşük sağlık okuryazarlığının neden olduğu sağlık harcamalarını ölçümlemek olduğundan Vernon ve Diğerleri (2007)'nin Friedland (2002)'nin varsayımları doğrultusunda geliştirdiği maliyet tahmin yöntemi ile yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan maliyetler hesaplanmaya çalışılacaktır. Friedland ve Vernon'un çalışmaları düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sistemi için gerçek maliyetler taşıdığının altını çizmekte ve bu miktarı toplumun bütünü için tahmin etmektedir[803].

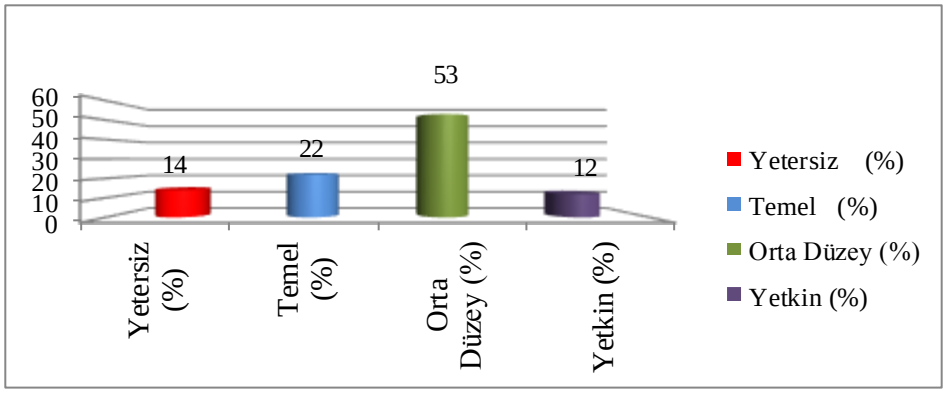
Vernon ve Diğerlerinin (2007) çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığının Amerika ekonomisine olan maliyetleri hesaplanırken 2003 yılında ülkede gerçekleştirilen Sağlık Okuryazarlığı Anketi "The 2003 NAAL Health Literacy Survey"

---

802 Bu çalışmada İBBS-1 Sınıflandırmasına dâhil olan 12 bölge ve bu bölgelerden rastgele iller seçilmiştir. Bkz. Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s.31.

803 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy**, s.7.

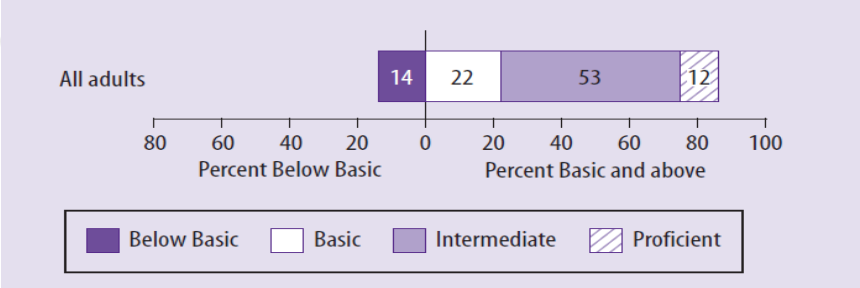
verileri kullanılmıştır. Şekil-47'de ABD'nin sağlık okuryazarlığı anketinden elde edilen sonuçlar kategorik olarak gösterilmiştir.



Şekil 47: Amerika'nın NAAL (2003) Sağlık Okuryazarlığı Verileri

Kaynak: John A. Vernon, Antonio Trujillo, Sara Rosenbaum ve Barbara Debuono, "Low Health Literacy: Implications For National Health Policy." Washington, DC: Department of Health Policy, **School of Public Health and Health Services**, The George Washington University, 2007, s.2.

Anket sonuçlarına göre toplumun %14'ü yetersiz (Below Basic), %22'si temel (Basic), %53'ü orta düzey (intermediate) ve %12'si yetkin (Proficient) olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 48: Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyindeki Yetişkinlerin Yüzdesi: 2003 (n=19.000)

Kaynak: Mark Kurtner ve Diğerleri, **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy,** U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006, s.10.

Modelde sağlık okuryazarlığı düzeylerinden sonra kullanılan verilerden biri kişi başına düşen sağlık harcamasıdır. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamaları Tablo-28'de belirtilmiştir.

Tablo 28: Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Türk Lirası (TL)	845	928	1.020	1.110	1.232	1.345
ABD Doları ($)	563	553	566	583	563	496

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2009-2012, 2013, 2014 ve 2015.

Yapılan hesaplamalarda 2015 yılı kişi başına düşen sağlık harcaması verisi kullanılacaktır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında ülkemizde kişi düşen sağlık harcaması **1.345 TL ($496)** dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması modelde (**C_A**) ile gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeylerini gösteren "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" 2014 yılında yayınlanmasına rağmen 2014-2015 arası dönemde sağlık okuryazarlığı düzeylerinde belirgin bir farklılık olmadığı varsayılarak 2015 yılı kişi başına düşen sağlık harcaması verileri kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığının "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması"nın (2016) bulguları da sağlık okuryazarlığı düzeyinde belirgin bir değişiklik olmadığını desteklemektedir.

Sağlık okuryazarlığının maliyetlerini hesaplamak için kullanılan verilerden bir diğeri yetişkin nüfus rakamlarıdır. TÜİK'in il, yaş ve cinsiyet bazında hesaplanan nüfus verilerinden (2007-2015) alınan bilgilere göre 2015 yılında ülkemizde toplam nüfus **78.741.053** milyon kişidir. Çalışmaya esas olmak üzere 18 yaş ve üstü nüfus verilerimize dahil edilmiştir. Buna göre 2015 yılında toplam Erişkin nüfus **55.870.370** milyon kişidir. Modelde erişkin nüfus **(Q)** ile ifade edilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri göz önünde bulundurularak her bir düzeye karşılık gelen nüfus sayısal olarak Tablo-29'da ki gibi hesaplanmıştır.

Tablo 29: Her Bir Sağlık Okuryazarlık Düzeyine Karşılık Gelen Yetişkin Nüfus (2015)

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	Her bir SO Düzeyindeki Erişkinlerin Oranı (%)	Karşılık Gelen Erişkin Nüfus (Milyon)*
Yetersiz	24,5	13.688.241
Sorunlu	40,1	22.404.018
Yeterli	27,8	15.531.963
Mükemmel	7,6	4.246.148

*2015 yılı toplam erişkin nüfusun verileri kullanılarak her bir sağlık okuryazarlık düzeyine karşılık gelen erişkin nüfus rakamları hesaplanmıştır. Durusu Tanrıöver ve Diğerleri'nin çalışmasında bu rakamlar 2014 yılı için hesaplanmıştır.

Ülkemizde Yetersiz (13.688.241) ve Sorunlu (22.404.018) olmak üzere toplam nüfusun 36.092.259 milyonluk kesiminin sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu olduğu ifade edilebilir.

Modelde yetişkinlerde düşük sağlık okuryazarlığını gösteren oran **(p)** ile tanımlanmıştır. Amerika için bu oran, toplumun %14'ü yetersiz (Below Basic), %22'si temel (Basic), %36 olarak kabul edilmiştir **(p:0,36)**. "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" sonuçlarına göre toplumun %64,6'sının, "yetersiz" (%24,5) ve "sorunlu" (%40,1), sağlık okuryazarlığı düzeyinde yer aldığı saptanmıştır. Dolayısıyla, Türkiye için düşük sağlık okuryazarlığı oranı %**65**'tir **(p:0,65)**.

Friedland (1998, 2002)'deki çalışmalarında henüz sağlık okuryazarlığı ile ilgili anket sonuçları yayınlanmadığı için genel okuryazarlık düzeylerinden yararlanmıştır. Sağlık okuryazarlığının fonksiyonel okuryazarlık ile ilişkisinden hareketle sağlık okuryazarlığının maliyetlerini hesaplamıştır. Kişisel sağlık harcamaları, Friedland (1998)'de hastane hizmetleri, doktor ziyaretleri, ilaç reçeteleri, evde bakım hizmetleri gibi kategorilere ait maliyetler üzerinden hesaplanmıştır. Sağlığa ayrılan kaynaklarda ki kişi başına düşen harcama farklılıklarının düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu, bunun sonucu olarak evde bakım hizmetleri ve reçeteli ilaç kullanımında 10 kat, diğer hizmetlerde 1 kat daha fazla sağlık harcaması yapıldığını tespit etmiştir[804].

Friedland (1998)'de sağlık okuryazarlığının maliyetlerini hesapladığı çalışmasında hesaplamalarını düşük sağlık okuryazarlığının iki farklı tanımı üzerine gerçekleşmiştir. Birincisi; düşük sağlık okuryazarlığının alt sınırını tanımlarken herkesi sağlık okuryazarı olarak kabul etmiş. Bu varsayımdan fonksiyonel olarak okuryazar olmayanları, 1992, National Adult Literacy "NALS", Level 1: 2003, NALS'a göre Below Basic olarak kabul edilen oranı hariç tutmuştur.[805] İkincisi; düşük sağlık okuryazarlığının üst sınırını tanımlarken, 1992, National Adult Literacy "NALS", Level 1 ve Level 2: 2003, NALS'a göre Below Basic ve Basic olarak kabul edilen oranlar hariç herkesi sağlık okuryazarı kabul etmiştir. Bu iki hesaplama seti yetersiz sağlık okuryazarlığı maliyetinin tahmini için temel oluşturmaktadır[806].

---

804 Friedland ve O'Neill, s.86.
805 Friedland ve O'Neill, s.87.
806 Friedland ve O'Neill, s.87.

Friedland (2002)'de, düşük sağlık okuryazarlığı kategorisinde olan yetişkinlerin (Amerika için %36, Türkiye için %65), kişi başına düşen sağlık harcamalarının diğer bireylerden yaklaşık olarak 2 kat (%196) daha fazla olduğunu tespit etmiş, bu değerlendirmeyi yaparken düşük sağlık okuryazarlığına sahip en alttaki %20'lik dilimi göz önünde bulundurmuştur[807]. Vernon ve Diğerleri (2007), bu oranı **λ** olarak tanımlamıştır. Bu çalışmada modelin varsayımlarına sadık kalınarak **λ:1,96** olarak kabul edilmiştir[808].

Friedland %20'lik kesimde sağlık harcamasının 1,96 kat olduğunu bulmuş fakat üst bant için böyle bir orandan söz etmemiştir (Bu çalışmada da alt sınır olarak %20 alınmıştır). Dolayısıyla **λ**= 1,96 tüm parametreler için hesaplanarak ortalama değer elde edilmektedir. Türkiye'de düşük sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alan nüfusun sağlık harcamalarının diğer kategorilere göre farkını analiz eden detaylı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Friedland (2002)'deki çalışmasında yetişkinlerin düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanan artan doğrudan tıbbi masrafları şöyle ayırır; düşük okuryazarlığa atfedilen oran 1/3 ve diğer faktörlere atfedilen oran (eş değişkenler) 2/3 tür. Vernon tahmin modelini bu oranlara göre geliştirerek artan maliyetleri **(α)** ile göstermiştir[809]. Hesaplamalar yapılırken α =1/3, α =2/3 ve α =1/2 için maliyetler ayrı ayrı hesaplanmaktadır. α =1/2 ortalama değeri ifade eden orandır. Düşük sağlık okuryazarlığının ekonomiye olan maliyeti de bu ortalama değerler ile ifade edilmektedir.

5.6.4. Yıllık Tahmin Yöntemi

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki yetişkinlerin, tüm yetişkin nüfusun ortalama direk sağlık harcamaları içerisindeki oranını göstermek için model aşağıdaki varsayımlar kullanılarak basitleştirilmektedir. Buna göre;

Düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanan kişi başına düşen maliyet (C_L) ile ifade edilmektedir.

---

807 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy**, s.14.
808 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy,** s.14.
809 Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy**, s.14.

$$C_{L=} \lambda C_A \quad (1)$$

Birinci eşitlikte ifade edilen (C_L) sağlık okuryazarlığının düşük olmasından kaynaklanan maliyettir ve kişi başına düşen sağlık harcamasının λ ile çarpımından elde edilmektedir. Friedland (2002)'ın kişi başına düşen sağlık harcamalarının diğer bireylerden yaklaşık olarak 2 kat (%196) daha fazla olduğu bulgusuyla Vernon ve diğerleri (2007) bu oranı λ=1,96 olarak tanımlamıştı.

TR için 2015 yılında kişi başına düşen sağlık harcamasının 1.345 TL'dir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bir bireyin sağlık harcamasının,

C_L=1,96*1.345 TL =2.636,2 TL olarak gerçekleştiği varsayılabilir.

İkinci eşitlik kişi başına düşen sağlık harcamasının, düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklı maliyetler ve sağlık okuryazarlığının düşüklüğüne atfedilmeyen sağlık harcamaları arasında paylaştırılmasını ifade etmektedir.

$$C_A = p\, C_L + (1-p)\, C_{NL} \quad (2)$$

Vernon ve Diğerleri (2007)'nin modeline göre nüfusun yüzde kaçının düşük sağlık okuryazarlık düzeyi kategorisinde olduğunu gösteren oran **(p)** ile tanımlanmıştır. **(1-p)** sağlık okuryazarlığının düşük olduğu nüfusun toplam nüfustan çıkarılmasını ifade etmektedir. $\mathbf{C_{NL}}$ sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğüne atfedilmeyen yani diğer faktörlerden kaynaklanan sağlık harcamalarını ifade etmektedir. Buna göre marjinal maliyet eşitlik (3) de gösterilmiştir.

$$\Delta C = C_L - C_{NL} \text{ (Marjinal Maliyet)} \quad (3)$$

Üçüncü eşitlikte belirtilen ΔC marjinal maliyeti ifade etmektedir. Marjinal maliyet, düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanan direk sağlık harcamaları ile ilişkilidir. Friedland (2002)'deki çalışmasında yetişkinlerin düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanan artan doğrudan tıbbi masraflarını şöyle ayırır; düşük okuryazarlığa atfedilen oran 1/3 ve diğer faktörlere atfedilen oran (eş değişkenler) 2/3 tür. Vernon ve Diğerleri (2007) tahmin modelini bu oranlara göre geliştirerek artan

maliyetleri **(α)** ile göstermiştir.[810] Marjinal maliyetlerin **(α)** ile ifade edildiğini varsaymak ile birlikte modelde marjinal maliyetin oransal dağılımı tam olarak açıklanmamıştır. Bu oransal dağılımın bulunabilmesi için bir bireyin yıl içerisinde gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının tedavi, tetkik, ilaç vb. arasındaki dağılımının analiz edilmesi ve bu harcamaların ne kadarının gerçek gereksinimleri yansıttığı ne kadarının sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklandığının tespit edilmesi gerekir.

(1) ve (3)'te terimlerin düzenlenmesi ile artan maliyetler matematiksel olarak aşağıdaki gibi gösterilmektedir. (Koşul $0 > \lambda p > 0$):

$$\Delta C = CA\left(\lambda - \left(\frac{1-\lambda p}{1-p}\right)\right) \qquad (4)$$

λ tanım gereği mutlaka birden büyük ve **p** [0,1] aralığındadır. **(α)** eşitlik (4) ile çarpılarak, **(α)** [0,1] aralığındadır, artan ya da marjinal maliyetlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan ve sağlık okuryazarlığı düşük olmayan bireyler arasında oransal olarak nasıl dağıldığı ölçümlenmektedir. Bu nedenle eşitlik (5)'te ulusal sağlık harcamalarının düşük sağlık okuryazarlığına atfedilen kısmı aşağıdaki gibi formüle edilmiştir.

$$\frac{pQ\left(\alpha CA\left(\lambda - \left(\frac{1-\lambda p}{1-p}\right)\right)\right)}{Q(pC_L + (1-p)\,C_{NL})} = p\alpha\left(\lambda - \left(\frac{1-\lambda p}{1-p}\right)\right) \qquad (5)$$

Eşitlik (5) önceden bahsedilen parametrik kısıtlamalara tabidir. Yıllık tahminin yapılması için, kullanılacak olan veriler (2015) aşağıda özetlenmiştir.

[810] Vernon ve Diğerleri, **Low Health Literacy: Implications For National Health Policy**, s.14.

Buna göre;

C_A = 1.345 TL ($496)

(Q) = 55.870.370 Milyon Kişi

Alt Sınır p = 0,20

Üst Sınır p = 0,65

Alt Sınır α = 1/3

Üst Sınır α = 2/3

λ= 1,96'dır.

Tablo-30'da eşitlik (5)'e göre yetersiz/düşük sağlık okuryazarlığının maliyetleri hesaplanmıştır.

Tablo 30: Düşük Sağlık Okuryazarlığından Kaynaklı Maliyetlerin Hesaplanışı, TL

p	Q	α	C_A	λ	(1-λp)	(1-p)	λ- ((1-λp)/ (1-p))	$\frac{pQ\left(\alpha C_A\left(\lambda\cdot\left(\frac{1-\lambda p}{1-p}\right)\right)\right)}{Q(pC_L+(1-p)C_{NL})} = p\alpha\left(\lambda-\left(\frac{1-\lambda p}{1-p}\right)\right)$
0,20	55.870.370	1/3	1.345	1,96	0,61	0,80	1,2	6.011.651.812
0,20	55.870.370	1/2	1.345	1,96	0,61	0,80	1,2	**9.017.477.718**
0,20	55.870.370	2/3	1.345	1,96	0,61	0,80	1,2	12.023.303.624
0,43	55.870.370	1/3	1.345	1,96	0,17	0,57	1,7	17.746.457.672
0,43	55.870.370	1/2	1.345	1,96	0,17	0,57	1,7	**26.619.686.508**
0,43	55.870.370	2/3	1.345	1,96	0,17	0,57	1,7	35.492.915.344
0,65	55.870.370	1/3	1.345	1,96	-0,27	0,35	2,7	44.657.984.889
0,65	55.870.370	1/2	1.345	1,96	-0,27	0,35	2,7	**66.986.977.334**
0,65	55.870.370	2/3	1.345	1,96	-0,27	0,35	2,7	89.315.969.778

Tablo – 30'de hesaplanan veriler Tablo-31'de özetlenmiştir. P=0,20 sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfus için hesaplanan verilerdir. P=0,65 Türkiye'de sağlık okuryazarlığının sorunlu olduğu nüfusun tamamını temsil etmektedir. P=0,425 ise ortalama değeri ifade etmektedir.

Tablo 31: Türkiye'de Düşük Sağlık Okuryazarlığına Bağlı Sağlık Maliyetlerinin Yıllık Tahmini,TL

Parametre Değerleri	**α =1/3**	**α =1/2**	**α =2/3**
p = 0,20	6.011.651.812	**9.017.477.718**	12.023.303.624
p = 0,425	17.746.457.672	**26.619.686.508**	35.492.915.344
p= 0,65	44.657.984.889	**66.986.977.334**	89.315.969.778
Toplam Sağlık Harcaması (TSH) (2015)	104.568.000.000	104.568.000.000	104.568.000.000
(TSH) (2015) İçindeki Oranı Alt Sınır (%)	6%	**9%**	11%
(TSH) (2015) İçindeki Oranı Ortalama (%)	17%	**25%**	34%
(TSH) (2015) İçindeki Oranı Üst Sınır (%)	43%	**64%**	85%

2015 yılı verileri ile hesaplandığında Türkiye'de sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetler alt sınır olan 9.017.477.718 TL ile üst sınır olan 66.986.977.334 TL arasında değişmektedir. Oransal olarak değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetler toplam sağlık harcamalarının %9'u (min) ile %64'ü (max) arasında hesaplanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanan ortalama maliyet ise 26.619.686.508 TL'dir. Ortalama maliyetlerin toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise modeldeki varsayımlara göre hesaplandığında %25 olarak bulunmuştur.

Modelin bize göre varsayımları ile ilgili eleştiriye açık yanı sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan marjinal maliyetlerin 1/3'ünü oluşturduğu varsayılmaktayken diğer faktörlerden kaynaklanan maliyetlerinde 2/3'ü hesaplamalara dahil edilerek ortalamasının alınmasıdır. Oysa ki bu maliyetler arasında sağlık okuryazarlığının yetersizliğine atfedilen bir maliyet unsuru bulunmamaktadır. Diğer faktörler olarak nitelenen bu maliyet grubu bireylere bağlı olmayan, hekim ya da sağlık personeli hatasından kaynaklanan (ilave tetkik, yanlış tedavi ya da tetkik vb.) ve maliyet yaratan nedenler olarak nitelenebilir.

Alt sınır olarak varsayılan (α=1/3) düzeydeki sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetler bize göre gerçeği daha çok yansıtmaktadır. Bu kategoride yer alan hesaplamaların ortalamasının alınması toplumun %65'inin sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı göz önünde bulundurulduğunda daha makul bir yaklaşım olarak görülebilir. Bunun nedeni daha alt düzey sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler daha fazla harcama yaparken okuryazarlık düzeyi arttıkça harcama oranının azalacağı düşüncesinden ileri gelmektedir. Bu bakış açısıyla α=1/3'ken Türkiye'de sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetler toplam sağlık harcamalarının %6'sı ile %43'ü arasında değişmektedir.

Ortalama olarak değerlendirildiğinde toplam sağlık harcamalarının %17'sine karşılık gelmektedir. Bunun anlamı sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle toplam sağlık harcamalarının en az %6'sı oranında bir tasarrufun sağlanabileceğidir. 2015 yılı GSYİH'sı 2.338.647.494.000,00 TL olarak ilan edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile bu rakam üzerinden alt sınırı ifade eden oranlarda bir rakamın ekonomiye kazandırılması ya da başka bir deyişle daha verimli alanlarda kullanılması söz konusu olabilir. Bu rakam üzerinden alt sınırı temsil

eden %6, %9 ve %11 oranları hesaplandığında toplam GSYİH'dan sırasıyla %0,3, %0,4 ve %0,5 oranlarında bir tasarruf elde edilmesi olanaklıdır.

Yıllık tahmin modelinden yararlanarak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının İBBS-1 sınıflandırmasına göre bazı illerimizin sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan tahmini maliyetleri Tablo-32'de ki gibi hesaplanmıştır.

Tablo 32: İl Bazında Düşük Sağlık Okuryazarlığından Kaynaklanan Maliyetlerin Tahmini, TL

Bölge	İl	Genel SO İndeksi (Ort.) (%)	2015 yılı Nüfusu	Düşük SO Nüfus	SO'dan Kaynaklanan Maliyet (p=0,425) α =1/2	SO'dan Kaynaklanan Maliyet (p=0,425) α =1/3	SO'dan kaynaklanan kişi başına harcama α =1/2	SO'dan kaynaklanan kişi başına harcama α =1/3	SO'dan kaynaklanan kişi başına harcama α =1/2+1345	SO'dan kaynaklanan kişi başına harcama α =1/3 + 1345
Ortadoğu Anadolu	Malatya	29,4	772.904	227.234	302.198.894	201.465.930	1.329,9	886,6	2.231,6	2.674,9
	Van	22,0	1.096.397	241.207	428.681.908	285.787.938	1.777,2	1.184,8	2.529,8	3.122,2
Doğu Marmara	Bursa	29,7	2.842.547	844.236	1.111.411.715	740.941.144	1.316,5	877,6	2.222,6	2.661,5
	Kocaeli	32,6	1.780.055	580.298	695.986.375	463.990.916	1.199,4	799,6	2.144,6	2.544,4
Ege	İzmir	33,2	4.168.415	1.383.914	1.629.814.833	1.086.543.222	1.177,7	785,1	2.130,1	2.522,7
	Aydın	29,9	1.053.506	314.998	411.911.891	274.607.927	1.307,7	871,8	2.216,8	2.652,7
Batı Karaden	Samsun	26,8	1.279.884	343.009	500.423.765	333.615.843	1.458,9	972,6	2.317,6	2.803,9
	Zonguldak	31,5	595.907	187.711	232.994.572	155.329.715	1.241,2	827,5	2.172,5	2.586,2
Güney Doğu Anadolu	Diyarbakır	25,4	1.654.196	420.166	646.776.575	431.184.384	1.539,3	1.026,2	2.371,2	2.884,3
	Gaziantep	33,1	1.931.836	639.438	755.331.455	503.554.304	1.181,2	787,5	2.132,5	2.526,2
Akdeniz	Adana	29,0	2.183.167	633.118	853.599.740	569.066.493	1.348,2	898,8	2.243,8	2.693,2
	Antalya	31,8	2.288.456	727.729	894.766.844	596.511.229	1.229,5	819,7	2.164,7	2.574,5
İstanbul	İstanbul	30,9	14.657.434	4.529.147	5.730.932.106	3.820.621.404	1.265,3	843,6	2.188,6	2.610,3
Doğu Karadeniz	Ordu	25,7	728.949	187.340	285.012.863	190.008.575	1.521,4	1.014,2	2.359,2	2.866,4
	Trabzon	31,6	768.417	242.820	300.444.515	200.296.344	1.237,3	824,9	2.169,9	2.582,3
	Nevşehir	26,9	286.767	77.140	112.123.459	74.748.973	1.453,5	969,0	2.314,0	2.798,5
Batı Anadolu	Ankara	29,9	5.270.575	1.575.902	2.060.750.025	1.373.833.350	1.307,7	871,8	2.216,8	2.652,7
	Konya	27,8	2.130.544	592.291	833.024.594	555.349.730	1.406,4	937,6	2.282,6	2.751,4
Kuzeydoğu Anadolu	Ağrı	27,9	547.210	152.672	213.954.459	142.636.306	1.401,4	934,3	2.279,3	2.746,4
	Erzurum	33,7	762.321	256.902	298.061.031	198.707.354	1.160,2	773,5	2.118,5	2.505,2
Batı Marmara	Balıkesir	28,8	1.186.688	341.766	463.984.921	309.323.281	1.357,6	905,1	2.250,1	2.702,6
	Tekirdağ	31,0	937.910	290.752	366.714.838	244.476.559	1.261,3	840,8	2.185,8	2.606,3
				Toplam (TL)	19.128.901.380	12.752.600.920				
* Aslında tüm illerde SO düzeyi yetersiz ya da sorunlu										
Nüfus verileri TÜİK'in 31 Aralık 2015 tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçlarından alınmıştır. TÜİK Bilgi Dağıtım ve İletişim Dairesinden elde edilme tarihi 14 Aralık 2016'dır.										

Tablo-32'de belirtilen genel sağlık okuryazarlığı endeksi; Sağlık Hizmeti SO İndeksi, Hastalıktan korunma SO İndeksi, Sağlığın iyileştirilmesi SO İndeksi, Sağlık bilgisine erişim SO İndeksi, Sağlık bilgisini anlama SO İndeksi, Sağlık bilgisini değerlendirme SO İndeksi, Sağlık bilgisini uygulama SO İndeksi gibi kategorik değerlendirmelerden elde edilen ortalamayı ifade etmektedir[811].

TÜİK'ten elde edilen 31 Aralık 2015 tarihli adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları üzerinden genel sağlık okuryazarlığı indeksi yüzdeleri hesaplanarak iller bazında düşük sağlık okuryazarlığına sahip nüfus ve bu nüfusun maliyetleri hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar da p= 0,20, p=0,425, α =1/2, α =1/3, $C_{A=}$ 1.345 TL ve λ= 1,96 olarak kullanılmıştır.

Tablodan elde edilen sonuçlara göre ülkemiz de sağlık okuryazarlığı düzeyinin en düşük olduğu il Van, en yüksek olduğu il Erzurum'dur. Erzurum ili en yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmasına rağmen (%33,7) aslında bu ilinde genel okuryazarlık düzeyi açısından sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı unutulmamalıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi hesaplanan iller bazında bulunan tahmini maliyetler 12.752.600.920 ila 19.128.91.380 TL arasındadır. Bu rakamın sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle tasarrufa dönüşmesi olanaklıdır. Modelle uyumlu olarak yapılan hesaplamalar da sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışına bağlı olarak sağlık harcamalarının düştüğü gözlenmektedir (Erzurum ve Van örneği).

Son iki sütunda **α =1/2, α =1/3** için yapılan hesaplamalara kişi başına düşen sağlık harcaması tutarı eklenerek, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyet ve kişi başına düşen sağlık harcamasının toplamına ait rakamlar elde edilmiştir. Bu rakamların kişi başına düşen sağlık harcamasına ilave edilmesinin nedeni sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu gruplarda kişi başına düşen sağlık harcamasının ortalama bir bireye düşenden daha fazla (ilave edilen tutar kadar fazla) gerçekleşmesidir.

5.6.5. Şimdiki Değer Tahmin Yöntemi (Uzun Vadeli Tahminler)

Vernon ve Diğerleri (2007)'nin modelinde **t** yıllık bir dönemi içeren uzun vadeli maliyetler şimdiki değerler üzerinden hesaplanabilmektedir. Sonsuz zaman **t**

[811] Durusu Tanrıöver ve Diğerleri, s. 42.

olarak tanımlanmaktadır. Toplumsal refah bağlamında değerlendirildiğinde t, $t = \infty$ olarak kabul edilmesi modele göre uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Ancak biz Türkiye'de bu kadar uzun vadeli tahminde bulunmanın, mevcut ekonomik ve politik koşullar göz önünde bulundurularak çok gerçekçi olmayacağı kanaatindeyiz. Yine de modele sadık kalarak 50 yıllık tahmini maliyetlerin hesaplanmasına gayret gösterilmiştir.

Modelin varsayımlarını basitleştirmek açısından düşük sağlık okuryazarlığına atfedilen yıllık sağlık harcamalarının maliyetlerinin zaman içerisinde sabit kaldığı varsayılmıştır. Bu oran toplumsal iskonto oranı (r) ile ifade edilmiştir. Sosyal iskonto oranı fayda maliyet analizlerinde analiz edilen programın net sosyal faydasını yatırımın bugünkü değerine eşitleyen oranı ifade etmektedir. Sosyal iskonto haddinin seçiminde en pratik çözüm olarak piyasa faiz oranı kullanılmaktadır[812]. Fakat, sağlık projelerinde, fayda ve maliyetleri şimdiki değerine indirgemek üzere kullanılan sosyal iskonto oranının piyasa faiz oranının altında belirlenmesi önerilmektedir. Dünya Bankası tarafından kullanılması önerilen oran %3-5 arasındadır. En çok kullanılan oran ise %3'tür[813]. Dünya Sağlık Örgütü'nün Fayda Maliyet analizleri için geliştirdiği rehberde de sosyal iskonto oranı olarak %3 kullanılması önerilmektedir[814].

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinden kaynaklanan sağlık harcamalarının bugünkü değerini temsil etmek için eşitlik (6) kullanılmıştır. Bugünkü değer;

$$\Omega = \sum_{t=0}^{\infty} \frac{w}{(1+r)^t} = w + \frac{w}{r} = \left(1 + \frac{1}{r}\right) \qquad (6)$$

(6) nolu eşitlikteki şekilde ifade edilmiştir. Modele ayrıca sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan yıllık maliyet de dahil edilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerinden kaynaklanan yıllık maliyet daha önce de ifade

---

812 Akalın, **Yükseköğretim Karma Malına Maliyet-Fayda Analizinin Uygulanması**, s.57.

813 Mehmet Top, Sağlık Sektörü Projelerinin Ekonomik Analizi: Maliyet-Etkililik Analizi, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 39, Sayı 1, Mart 2006, s.113.

814 WHO, **Making Choises in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis**, Genova: World Health Organization, 2003, s.68.

edilmiştir. Hatırlanacağı üzere eşitlik (7) de ki sağlık okuryazarlığının yıllık maliyetini ifade etmektedir.

$$w = pQ\left(\alpha CA\left(\lambda - \left(\frac{1-\lambda p}{1-p}\right)\right)\right) \quad (7)$$

Eşitlik (8) ise düşük sağlık okuryazarlığının, n yıllık sınırlı bir zaman dilimi boyunca bugünkü değere eşitlenmiş maliyetini ifade etmektedir.

$$\Omega = \sum_{t=0}^{\infty} \frac{w}{(1+r)t} = w + \frac{w\left(1-\frac{1}{(1+r)^n}\right)}{r} \quad (8)$$

Eşitlik 8'de ki eşitlik kullanılarak Sağlık Okuryazarlığının bugüne indirgenmiş maliyetleri Tablo 33'de ki gibi hesaplanmıştır.

Tablo 33: Sağlık Okuryazarlığının Bugüne İndirgenmiş Maliyetleri, TL

Parametre Değerleri	p = 0,20	p = 0,425	p= 0,65
5 Yıl	50.314.885.233,49	148.530.056.129,55	373.767.18.878,96
10 Yıl	85.938.391.728,65	253.691.011.872,63	638.399.481.415,53
25 Yıl	166.040.149.024,34	490.152.219.167,33	1.233.441.107.043,23
50 Yıl	241.035.051.340,60	711.537.938.299,38	1.790.546.095.680,63

*Sosyal İskonto Oranı = %3 olarak alındı.

Eşitlik (8) doğrultusunda sağlık okuryazarlığının bugüne indirgenmiş değerleri üzerinden 5, 10, 25 ve 50 yıl sonrasına kadar olan tahmini maliyetleri hesaplamak mümkündür. Bu verilere dayanarak sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin 5 yıl sonra bugünkü toplam sağlık harcamaları kadar bir maliyet yaratacağı söylenebilir. Fakat daha önce de ifade ettiğimiz gibi p=0,425 düzeyinde hesaplanan veriler sağlık okuryazarlığına atfedilmeyen maliyetleri de içinde barındırmaktadır.

P=0,20 düzeyi için hesaplanan maliyetlerin daha makul bir yaklaşım olacağından hareketle sağlık okuryazarlığının ekonomiye olan beş yıl sonraki maliyetinin 104 milyar 568 milyon olan 2015 yılı sağlık harcamasının yarısı tutarında olduğu söylenebilir.

5.6.6. Sağlık Okuryazarlığı Maliyetleri ve Sağlık Harcamaları

Vernon ve Diğerlerinin geliştirdiği modelden bağımsız olarak hane halkının tüketim harcamaları üzerinden sağlığa ayırdıkları pay İBBS-1 istatistiki bölge sınıflandırması ile analiz edilmiş ve Tablo-34'deki veriler oluşturulmuştur.

Tablo 34: Hane Halkı Tüketim Harcamalarından Ayrılan Paya Göre Sağlık Okuryazarlığı (İBBS-1 Sınıflandırmasına Göre)

Kod	Düzey 1 (12 bölge)	SO DÜZEYİ	Yurt Genelinde Toplam Sağlık Harcamalarında Bölgelerin Payı %	Bölgelerin Toplam Harcamalarında Sağlığın Payı %	Sağlık Harcaması 2015* (TL)	Nüfus	SH / NÜFUS
TR1	İstanbul	30,9	29	2,4	400.547.705	11.354.852	35,3
TR2	Batı Marmara	29,5	3,6	1,8	49.314.849	2.785.098	17,7
TR3	Ege	32,2	14,7	2,1	203.070.480	8.142.945	24,9
TR4	Doğu Marmara	30,7	9,8	1,9	135.553.416	5.875.050	23,1
TR5	Batı Anadolu	29,3	9,9	1,8	136.618.599	5.932.834	23,0
TR6	Akdeniz	30,3	13,4	2,3	184.672.871	7.510.205	24,6
TR7	Orta Anadolu	29,5	3,9	2,1	54.551.701	2972354	18,4
TR8	Batı Karadeniz	27,8	4,5	1,9	61.697.903	1.458.640	42,3
TR9	Doğu Karadeniz	28,8	2,8	1,9	38.501.999	2.070.727	18,6
TRA	Kuzeydoğu Anadolu	31,4	0,9	1,1	12.078.631	1.551.064	7,8
TRB	Ortadoğu Anadolu	25,4	2,1	1,5	29.254.035	2.657.461	11,0
TRC	Güneydoğu Anadolu	29,5	5,5	2,1	76.619.189	5.388.840	14,2

*2015 Yılı için İBBS-1 sınıflandırmasına göre illerin sağlık harcamaları ve nüfus verileri TÜİK'den elde edilmiştir. TÜİK, Bilgi Dağıtım ve İletişim Dairesinden elde edilme tarihi 14 Aralık 2016'dır.
**15+ yaş grubu hesaplamalara dahil edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi tüm iller de (0-25) puan yetersiz ve (>25-33) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır. Dolayısıyla iller bazında yapılan değerlendirme aslında sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu/sınırlı kategorisinde olduğu iller arasında yapılmıştır. Tablo 34'e göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin en düşük olduğu bölge Orta Doğu Anadolu, en yüksek olduğu bölge Ege Bölgesidir. Orta Doğu Anadolu ile karşılaştırıldığında Vernon ve Diğerlerinin modelinin bulguları ile uyumlu tek bölgenin Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi olduğunu söyleyebiliriz. Bu iki bölge (Orta Doğu Anadolu ve Kuzey Doğu Anadolu) arasında bireylerin tüketim harcamalarından sağlığa ayırdıkları pay ya da sağlık harcamaları arasında 1,41 kat fark vardır. Bölgelerin toplam sağlık harcamaları karşılaştırıldığında bu oran 2,42 düzeyindedir.

Vernon ve Diğerlerinin modelinin aksine sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu bölgelerde (ki bu bölgelerde de aslında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür) sağlık harcamaları Orta Doğu Anadolu'ya göre daha yüksektir. Bu bölgelerdeki nüfus farklılıkları, sağlık hizmetlerinin fiyatları vb. bulgular değerlendirme dışı tutulduğunda gözlemlenen sonuç budur.

İBBS-1 sınıflandırmasının alt düzeyleri kapsamında analizimizi Tablo-35'deki gibi gerçekleştirebiliriz. Düzey 2 kapsamında 26 alt bölge, Düzey 3 kapsamında 81 il bulunmaktayken bu çalışmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (2014)'nın sonuçlarından yararlanıldığı için sadece sağlık okuryazarlık düzeyi tespit edilen alt bölge ve iller göz önünde bulundurulmuştur.

Tablo 35: Hane Halkı Tüketim Harcamalarından Ayrılan Pay, Eğitim Düzeyi ve SO İlişkisi

Düzey 2	**Düzey 3**	**SO DÜZEYİ**	**Nüfus**	Tüketim harcamaları içinde sağlık için ayrılan pay	Tüketim Harcamalarından Kişi Başına Düşen Pay (Aylık)	KBDSH * Nüfus	Eğitim düzeyi Fak. ve YO Mezunu oranı
İstanbul alt bölgesi	İstanbul	30,9	11.354.852	2,4	73,0	829.267.551	17,6
Tekirdağ alt bölgesi	Tekirdağ	31,0	738.007	1,8	54,8	40.423.595	13,3
Balıkesir alt bölgesi	Balıkesir	28,8	982.700	1,8	54,8	53.826.410	14,2
İzmir alt bölgesi	İzmir	33,2	3.375.536	2,1	63,9	215.706.877	17,7
Aydın alt bölgesi	Aydın	29,9	850.083	2,1	63,9	54.322.854	14,0
Bursa alt bölgesi	Bursa	29,7	2.218.319	1,9	57,8	128.256.550	14,5
Kocaeli alt bölgesi	Kocaeli	32,6	1.358.273	1,9	57,8	78.531.270	15,7
Ankara alt bölgesi	Ankara	29,9	4.146.100	1,8	54,8	227.098.481	22,7
Konya alt bölgesi	Konya	27,8	1.600.418	1,8	54,8	87.661.296	13,0
Antalya alt bölgesi	Antalya	31,8	1.776.152	2,3	70,0	124.311.102	16,1
Adana alt bölgesi	Adana	29,0	1.621.681	2,3	70,0	113.499.832	14,2
Kırıkkale alt bölgesi	Nevşehir	26,9	223.076	2,1	63,9	14.255.226	11,9
Zonguldak alt bölgesi	Zonguldak	31,5	481.674	1,9	57,8	27.848.946	11,8
Samsun alt bölgesi	Samsun	26,8	1.008.813	1,9	57,8	58.326.541	13,5
Trabzon alt bölgesi	Trabzon	31,6	612.324	1,9	57,8	35.402.737	15,5
	Ordu	25,7	582.252	1,9	57,8	33.664.064	11,1
Erzurum alt bölgesi	Erzurum	33,7	554.092	1,1	33,5	18.547.122	13,3
Ağrı alt bölgesi	Ağrı	27,9	342.164	1,1	33,5	11.453.256	8,6
Malatya alt bölgesi	Malatya	29,4	585.548	1,5	45,6	26.727.338	15,5
Van alt bölgesi	Van	22,0	696.204	1,5	45,6	31.778.232	9,5
Gaziantep alt bölgesi	Gaziantep	33,1	1.289.256	2,1	63,9	82.387.326	11,0
Şanlıurfa alt bölgesi	Diyarbakır	25,4	1.085.021	2,1	63,9	69.336.097	11,9
TOPLAM (Aylık, TL)						2.362.632.701	
TOPLAM (Yıllık, TL)						28.351.592.415	

*2015 Yılı için İBBS-1 sınıflandırmasına göre illerin sağlık harcamaları ve nüfus verileri TÜİK'den elde edilmiştir. TÜİK, Bilgi Dağıtım ve İletişim Dairesinden elde edilme tarihi 14 Aralık 2016'dır.
Eğitim Düzeyi Fak. Ve YO Mezunu Oranı, TÜİK Haber Bülteni, İllerde Yaşam Endeksi, 2015, Sayı:24561, 22 Ocak 2016.

2015 yılında hane halkı başına aylık tüketim harcaması 3.043 TL olarak gerçekleşmiştir[815] (Yani bir kişi 2015 yılında kişi başına 61 TL ortalama sağlık harcaması gerçekleştirmiştir). 2015 yılında iller bazında değerlendirildiğinde sağlık harcamalarına en yüksek payı %2,4 ile İstanbul ayırırken, en düşük payı %1,1 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesi ayırmaktadır[816]. Bu tabloya ilave olarak illerin eğitim düzeyleri de analize dahil edilmiştir.

Tabloya göre, Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyi en düşük olan il %22,0 ile Van ilidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek olan il ise %33,7 ile Erzurum'dur. Bu iki ilin hane halkı tüketim harcamalarından kişi başına düşen sağlık harcaması elde edilmiştir. Kişi başına hane halkı tüketim harcamasından ayrılan pay açısından bu iki il arasında bireysel bazda ki sağlık harcaması farkı 1,36 kattır.

Vernon ve Diğerlerinin modelinden bağımsız olarak Türkiye'de toplumun sağlık harcamaları hane halkının tüketim harcamalarından sağlığa ayırdığı pay üzerinden değerlendirildiğinde (Vernon ve diğerlerinin modelinde kişi başına düşen sağlık harcaması üzerinden hesaplamalar yapılmıştı) Van ile Erzurum'un toplam sağlık harcamaları arasında 1,71 kat fark bulunmuştur. Bu iki ilde eğitim düzeyi de sağlık okuryazarlığı ile orantılıdır. Van'ın genel eğitim düzeyi %9,5, Erzurum'un genel eğitim düzeyi %13,3'tür. Diyarbakır'da sağlık okuryazarlığı düzeyinin en yetersiz olduğu illerden biridir. Bu ilimizi de sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu Erzurum ile kıyasladığımızda bu ilde de sağlık harcamalarının Erzurum'a göre yüksek olduğu söylenebilir. Büyük illerde ise en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip Van ili kıyaslandığında sağlık okuryazarlığının düzeyindeki artış ile paralel olarak sağlık harcamalarında da artış bulunmuştur. Çünkü büyük şehirlerde sağlık hizmetlerine erişim, nüfusun yoğunluğu gibi baskın nitelikler sağlık okuryazarlığının yetersizliğine atfedilecek bir ayrıştırmaya izin vermemektedir. Diğer illerimizde ise nüfus, sağlık hizmetlerine erişim vb. özelliklerin benzer olduğu varsayılarak sadece sağlık harcamaları, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında yapılan analizler sonucu bu değerlendirmeleri yapmak olanaklı hale gelmiştir. Analizimiz mevcut veriler üzerinden yapıldığı için kategorik dağılımda aslında tüm illerde sağlık okuryazarlığı

---

[815] TÜİK Haber Bülteni, "**Hane Halkı Tüketim Harcaması, 2015"**, Sayı: 21580, 01.08.2016.

[816] TÜİK Haber Bülteni, "**Hane Halkı Tüketim Harcaması (Bölgesel), 2015"**, Sayı: 21581, 02.11.2016.

düzeyinin yetersiz olduğu bilindiğinden, sadece sağlık harcamalarının seyrinin nasıl farklılaştığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Daha detaylı analizler için sağlık okuryazarlığının düzeyine bağlı olan bireysel harcama farklılıklarının bilinmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

5.6.7. Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımına neden olduğu, bu gruptaki hastaların hastanelere daha sık başvurduğu, hastanede yatış sürelerinin uzadığı yönünde bulgular mevcuttur[817]. Ülkemizde genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %30,4, yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin %64,6 olarak tespit edildiği göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığına yönelik sonuçları analiz etmek yararlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı dolayısıyla sağlık harcamalarını analiz edebilmek için gerekli parametrelerden biri sağlık kurumlarına müracaat sayılarıdır. Başvurulan kurum türlerine göre hekime müracaat sayılarına Tablo-36'da yer verilmiştir.

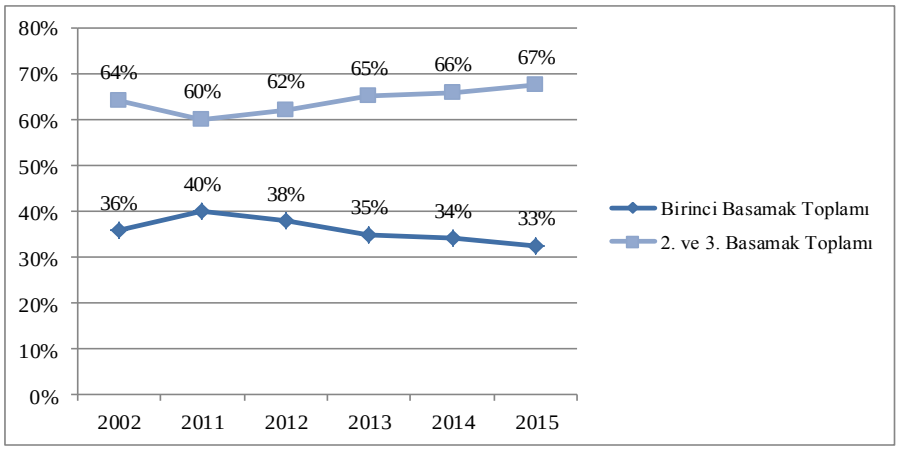
Tablo 36: Yıllar ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Kurum/Kuruluş Türü	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	240.298.753	221.672.029	212.318.024	214.120.750	208.538.951
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.219.534	2.143.765	1.815.805	1.643.937	1.495.558
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	944.842	630.583	536.707	660.056	548.433
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	-	10.035.342	4.999.980	2.234.348	3.457.520
Özel Poliklinikler	731.132	882.973	655.432	582.265	546.514	523.694
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	244.346.102	235.137.151	220.252.781	219.205.605	214.564.156
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	29.040.707	32.012.211	31.256.100	28.208.781	26.953.360
Hastaneler	124.313.659	337.849.536	354.636.935	378.812.243	396.577.644	418.581.931
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	366.890.243	386.649.146	410.068.343	424.786.425	445.535.291
Genel Toplam	208.966.049	611.236.345	621.786.297	630.321.124	643.992.030	660.099.447

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s. 133.

[817] Akbulut, s.119.

Tablo-36'da başlangıç yılı olarak 2002 yılının alınmasının nedeni Sağlıkta Dönüşüm Programının başlangıç yılı olmasıdır. Sağlık ocakları yerine 2010 yılı sonunda aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla, sağlık ocaklarına yapılan müracaatlar aile hekimliği merkezlerine kaymıştır. Tüm basamaklarda sunulan sağlık hizmetlerinde yıllara göre genel bir artış söz konusu olmakla birlikte bu artış 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında daha fazladır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayıları 2002 yılında 74.827.588 kişiyken 2015 yılında 214.564.156 kişiye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum/kuruluşlarına müracaat sayıları 2002'de 134.138.461 kişiyken, 2015 yılında 445.535.291 kişiye yükselmiştir. Basamaklarına göre sağlık kurum/kuruluşlarına müracaat oranı Şekil-49'da oransal olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 49: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurum/Kuruluşlarına Müracaat Oranı (%)
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016, s.137.

Şekil 49'a göre; birinci basamak sağlık kurum/kuruluşlarına müracaatlar 2002 yılından 2015'e kadar %64'ten %67'ye yükselmiştir. 2002 yılından bu yana hekime müracaat sayılarındaki artış seyri göz önünde bulundurularak sağlık hizmeti kullanımında 2. ve 3. Basamak sağlık hizmeti kullanımı yönünde bir artış olduğu söylenebilir. Şekilden izlenebileceği üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayıları 2002 yılında %36'dan 2015 yılında %33'e gerilemiştir. Bu durum iki şekilde yorumlanabilir. Birincisi, toplum koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmıyor. Ya da basamakları atlayarak ileri tetkik ve tedavi gerektiren ikinci ve üçüncü basamak kurum/kuruluşlarından hizmet alıyor. Her iki durumda da

sağlık okuryazarlığının yetersizliği ile ilişkili olan yönü insanların sağlık kurum/kuruluşlarından nasıl yararlanacağını bilmemesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmaması olarak nitelenebilir.

Tablo 37: Sağlık Hizmetleri Kullanımı İstatistikleri, Türkiye

Bölge	SO Düzeyi	Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı		Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü		Acil Başına Düşen Vaka Sayısı	
		2002	2015	2002	2015	2002	2015
TR1: İstanbul	30,9	2,3	7,7	8,7	5,1	1414,0	1.877
TR2: Batı Marmara	29,5	4	9,3	4,8	4,4	780	1.812
TR3: Ege	**32,2**	**3,9**	**9,1**	**5,4**	**4,6**	**726**	**1.943**
TR4: Doğu Marmara	30,7	3,2	8,7	5,0	4,4	979	2.214
TR5: Batı Anadolu	29,3	3,5	8,6	6,3	4,8	888	2.189
TR6: Akdeniz	30,3	3,4	8,8	5,3	3,9	786	2.165
TR7: Orta Anadolu	29,5	3,3	8,2	4,5	3,9	649	1.648
TR8: Batı Karadeniz	27,8	3,9	8,9	5,7	4,7	608	1.493
TR9: Doğu Karadeniz	28,8	4,1	9,2	5,5	4,7	733	1.503
TRA: Kuzeydoğu Anadolu	**31,4**	**2,3**	**7,2**	**5,5**	**4,0**	**564**	**1.602**
TRB: Ortadoğu Anadolu	**25,4**	**2,5**	**6,9**	**5,2**	**4,0**	**684**	**1.568**
TRC: Güneydoğu Anadolu	29,5	2,3	7,7	4,5	3,3	608	1.731
Türkiye	30,4	3,1	8,4	5,7	4,3	796	1.855

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015**, Ankara, 2016, s.134, s.152, s. 166.

Tablo – 37'de İBBS-1 sınıflandırmasına göre illerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri göz önünde bulundurularak sağlık hizmetleri kullanım sıklıkları değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının en düşük olduğu Ortadoğu Anadolu Bölgesinde kişi başına düşen hekime müracaat sayısı 2002 yılında 2,5'ken bu oran 2015 yılında 6,9'a yükselmiştir. En yüksek olduğu Ege Bölgesinde ise hekime müracaat sayısı 2002 yılında 3,9, 2015 yılında ise 9,1 olarak gerçekleşmiştir. Ege Bölgesinden sonra sağlık okuryazarlığının en yüksek olduğu bölge olan Kuzey Doğu Anadolu Bölgesinde de kişi başına düşen hekime müracaat sayısı 2015 yılında Ortadoğu Anadolu Bölgesine göre daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığının kategorik değerlendirmesinde ise en alt kategoride yer alan Ortadoğu Anadolu illerine göre bir üst kategoride yer alan Kuzeydoğu Anadolu ve Ege Bölgesinde illerinde başvuruların daha yoğun olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığının yetersizliğine bağlı olarak hastane de yatış sürelerinin uzadığı yönündeki bulgular doğrultusunda ülkemizde yatan hasta ortalamaları incelendiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin en düşük olduğu Ortadoğu Anadolu Bölgesinde, hastanelerde yatan hastaların ortalama hastanede kalış süresi 2002 yılında

5,2, 2016 yılında 4,0 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık okuryazarlığının en yüksek olduğu Ege Bölgesinde ise 2015 yılında 4,6 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili olarak sağlık okuryazarlığının düzeyinin yetersizliğinin olumsuz çıktıları arasında; acil servise yapılan başvuruları ve acil servislerin gereksiz kullanımını artırması yer almaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışma da bu bulguyu desteklemektedir.

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri üzerinden elde ederek izledikleri 15 aylık verilerin (2014 ve 2015 yılına ait veriler) analizi neticesinde bu dönemde 1.608.795 başvuru olduğu ve bu başvuruların 179.114 (%11,4)'ünün acil servise yapıldığı tespit edilmiştir. Acil servise başvuran hasta grubunun 2.365'i aynı gün içinde aynı şikâyet ile müracaat etmiştir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımında sağlık okuryazarlığının yetersizliği ile ilişkilendirilmiş ve hastaların aciliyet kavramını doğru algılamadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Bu çalışmada acil servise başvuran hastaların tanı grupları da analiz edilmiştir. Bu nitelikteki analizlerin yapılabilmesi için kapsamlı izleme sistemlerinin kurulması ve hastalıkların maliyetleri ile ilişkilendirilmesi gerektiği söylenebilir[818].

Türkiye'de yine İBBS-1 sınıflandırması kullanılarak Tablo-37'de acil yardımı istasyonuna düşen vaka sayılarına yer verilmiştir. Tabloda yer alan verilere göre, sağlık okuryazarlığı düzeyinin en düşük olduğu Ortadoğu Anadolu Bölgesinde acil yardım istasyonuna düşen vaka sayısı 2002 yılında 684, 2015 yılında 1.568'dir. En yüksek olduğu Ege Bölgesinde ise 2002 yılında 726 olan başvuru sayısı, 2015 yılında 1.943'e yükselmiştir. Sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu diğer bir bölge olan Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde de durum Ege Bölgesi ile benzerdir.

Sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığına yönelik incelediğimiz veriler de sağlık okuryazarlığı düzeyi "yetersiz" (0-25 puan) kategorisinde yer alan iller ile "sorunlu-sınırlı" (>25-33) kategorisinde yer alanlar arasında, "sorunlu-sınırlı" (>25-33) kategorisinde yer alanların sağlık hizmeti kullanım sıklığının daha yüksek olduğu tespit

---

[818] Dilek Öztaş ve Diğerleri, "Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi", **Ankara Medical Journal**, 2016, Cilt. 16, Sayı. 3, (255-262), 10.17098/amj.84540, (23.03.2017), s.259-260.

edilmiştir. Vernon vd.'nin modelinde ise nüfusun en alt %20'lik kesimindeki harcamaların bir üst kategoriye göre yaklaşık iki kat daha fazla sağlık harcaması yaptığı şeklinde hesaplamalar yapılmaktaydı. Model ile uyumlu olarak aslında sağlık okuryazarlığı düzeyi "sorunlu-sınırlı" kategoride yer alanların sağlık hizmeti kullanım alışkanlığının daha az olması beklenebilir. Fakat kategorik değerlendirmelerde ki farklılıklar bir kenara bırakıldığında sağlık hizmeti kullanımı açısından yapılan analizler sağlık okuryazarlığı zaten sorunlu olarak görülen nüfusa yönelik veriler çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra Vernon vd.'nin modelinde yapılan hesaplamalarda da sağlık okuryazarlığı sorunlu görülen tüm nüfus hesaplamalara dahil edildiğinden ve nüfus "sorunlu-sınırlı" kategoride yer alanlar arasında yoğunluk gösterdiğinden sağlık hizmeti kullanım alışkanlığının oransal olarak daha fazla olması makul görülebilir.

SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı bireylerden başlayarak toplumda sağlık farkındalığının oluşturulması ve tıbbi süreçlerin sorunsuz olarak idame ettirilebilmesi yetisinin kazandırılmasıdır. Sağlık harcamalarının bütçe üzerinde oluşturduğu mali yük ile ilgili tasarruf tedbirlerinin odağı olarak, toplumsal sağlık bilincinin artırılması ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gündem konusu olmaya başlamıştır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı gibi sağlık politikasına yön veren kurumlar önlemler almaya başlamışlardır. Henüz sonuçları açıklanmamak ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü *"Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyici Faktörleri Çalışması"* sağlık okuryazarlığı ile ilgili elde edilecek sonuçlara göre politik düzeyde atılacak adımların sinyallerini vermektedir. Bu çalışmaya ek olarak ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçümleyen Sağlık Bakanlığının ve Sağlık Sendikasının düzenlediği geniş kapsamlı çalışmalar da yürütülmüştür.

Dünya çapında sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan pek çok çalışma bulunmasına rağmen kavramı ekonomik yönü ile ele alan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ekonomik boyutunun tespit edilmesi ile ilgili hangi parametrelerin bu kapsamdaki hesaplamalara dahil edileceğinin tam olarak bilinememesi bu alanda ki karmaşayı artırmaktadır. Tıbbi bakım ya da tedavi hizmetleri ile ilgili, ilaç harcamaları ile ilgili ya da medikal malzemeler ile ilgili maliyetleri tespit edebilmek daha olasıdır. Fakat sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir kavramdır. Örneğin hareketli yaşam tarzının kazandırılması, alkol ya da tütün kullanımının azaltılmasını teşvik eden uygulamalar, tuz tüketiminin azaltılmasının teşviki vb. yöntemler ile elde edilen kazanımlar direkt olarak hesaplanamamaktadır. Söz gelimi bu alışkanlıkların kazandırılması ile kronik hastalıklarda meydana gelen azalma yalnızca hastalık yükünün hesaplanması ile tespit edilebilmektedir. QALY ve DALY gibi hesaplamaların yapılmasını içeren geniş kapsamlı çalışmaların yürütülmesi gereği ekonomik çalışmaların nispeten daha sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada bu yetersizlik ve kısıtların farkındalığı ile yürütülmüştür.

Bu çalışmada, Türkiye için gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı düzey çalışmalarından ve Amerika'da sağlık hizmetlerinin direkt maliyetlerinden yararlanarak hesaplanan maliyet tahmin yönteminden yararlanarak ülkemiz için sağlık okuryazarlığının maliyetlerinin ne olacağının tespitine çalışılmıştır. Bulgularından yararlandığımız Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasının sonuçlarına göre ülkemizde yetişkin nüfusun %64,6'sının sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu kategorisinde yer almaktadır. Vernon ve Diğerlerinin geliştirdiği maliyet tahmin yönteminden ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinden elde edilen sonuçlardan yararlanarak yetersiz sağlık okuryazarlığının ülke ekonomisi içerisindeki göreli büyüklüğü ile ilgili hesaplamalar yapılmıştır. Modelin varsayımları kullanılarak yapılan hesaplamalar da Amerika'da da baz olarak alınan ortalama değerler üzerinden, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin ülkemizdeki toplam sağlık harcamalarının %9'u oranında bir maliyete neden olduğu söylenebilir. Bu oran modele göre yapılabilecek tasarrufların alt sınırını oluşturmaktadır. Üst sınır için ise modelde belirtildiği gibi kesin bir rakam belirtmek zor olmak ile birlikte ortalama oranlar üzerinden toplam sağlık harcamalarının %25'inin tasarruf edilebileceği söylenebilir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu kesimin üst sınırını ifade eden %64,6 oranı sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu kesimin tamamının bir maliyet unsuru yarattığını simgelemektedir.

Bize göre Tablo-31'de hesaplanmış olan Türkiye'de sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetlerin toplam sağlık harcamalarının %6'sı ile %43'ü arasında değiştiğini varsayan $\alpha = 1/3$ düzeyindeki hesaplamalar daha makul bir yaklaşım olarak görülmektedir. Çünkü $\alpha = 1/2$ ve $\alpha = 2/3$ düzeyinde yapılan hesaplamalar sağlık okuryazarlığının yetersizliğine atfedilmeyen diğer maliyetleri de içinde barındırmaktadır. Oysa $\alpha = 1/3$ düzeyi sadece yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan maliyetleri içermektedir. %43 oranında bir tasarrufun elde edilebilmesi ise toplumun sağlık okuryazarlığının düşük olduğu %65'lik kesiminin tamamının sağlık okuryazarlığının mükemmel seviyeye çıkartılması ile olanaklı hale gelmektedir. Dolayısıyla bu durum uç bir ihtimali temsil etmektedir.

Gayri Safi Yurt İçi Hasıla ile olan ilişkisi açısından değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan sağlık harcamalarının ulusal ekonomi içerisindeki oranı 2015 yılı rakamları ile GSYİH'nın %0,3-%0,5'i arasında

değişmektedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile bu oranda bir tasarrufun sağlanması söz konusu olabilir.

Bu bölümde ayrıca kısa vadeli tahmin modelinden yararlanarak, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında İBBS-1 sınıflandırmasına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilen illerin sağlık okuryazarlığının yetersizliğinden kaynaklanan maliyetleri hesaplanmıştır. Bu hesaplamalara göre sağlık okuryazarlığının en düşük olduğu il olan Van ili ile en yüksek olduğu il olan Erzurum arasında Vernon ve diğerlerinin modeli ile uyumlu bulgular elde edilmiştir. Model ile uyumlu olarak ortalama değerler üzerinden yapılan hesaplamalarda bu iki il arasında sağlık okuryazarlığının düzeyinin artışına bağlı olarak sağlık harcamalarının düştüğü gözlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bugüne indirgenmiş değerler üzerinden hesaplanan uzun vadeli maliyet tahmin modelinden elde edilen verilere göre ise sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin 5 yıl sonra bugünkü toplam sağlık harcamalarının tutarı kadar bir maliyet yaratacağını ifade etmek mümkündür. Bunun yanında en yetersiz olduğu kesimde ise 5 yıl sonra oluşacak maliyetlerin 2015 yılı sağlık harcamalarının neredeyse yarısına karşılık geldiği söylenebilir.

Çalışmada ayrıca İBBS-1 sınıflandırmasına göre hane halklarının tüketim harcamalarından sağlığa ne kadar pay ayırdıkları hesaplanmış ve Türkiye Sağlık okuryazarlığı Araştırmasının sonuçları kapsamında İBBS-1 sınıflandırmasına göre tespit ettiği sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile karşılaştırma yapılmıştır. Bu analizden elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin en düşük olduğu bölge Ortadoğu Anadolu, en yüksek olduğu bölge Ege Bölgesidir. Ortadoğu Anadolu ile karşılaştırıldığında Vernon ve Diğerlerinin modelinin bulguları ile uyumlu tek bölgenin Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi olduğunu söyleyebiliriz. Bu iki bölgede (Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu Bölgesi) bireylerin tüketim harcamalarından sağlığa ayırdıkları paylar arasında 1,41 kat fark tespit edilmiştir. Bölgelerin toplam sağlık harcamaları karşılaştırıldığında bu oran 2,42 düzeyindedir.

İBBS-1 sınıflandırmasının alt düzeylerinde yani düzey 2 ve düzey 3 seviyesinde illerin nüfusu, sağlık okuryazarlığı düzeyi, tüketim harcamalarından sağlığa ayırdıkları pay ve eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında Türkiye'de sağlık okuryazarlığının en düşük olduğu il olan Van ile en yüksek olduğu il olan Erzurum'da bireylerin tüketim harcamalarından sağlığa ayırdıkları pay arasında 1,71 kat farka

rastlanmıştır. Bu iki ilde sağlık okuryazarlığı ile paralel olarak eğitim düzeyinin de Erzurum'da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu analizlerden elde edilen bulgularda sağlık okuryazarlığının yetersizliğine bağlı olarak sağlık harcamaları arasındaki farklılıklar da analiz edilmiştir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının mükemmel düzeyde olduğu %7,6'lık bir kesim söz konusu olmasına rağmen illere dağıtıldığında Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığı yetersizdir. Bu yetersizliğin sağlık hizmetlerini kullanım alışkanlıkları ile olan ilişkisi yine İBBS-1 sınıflandırması kapsamında incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre Türk toplumunun sağlık hizmetleri kullanımı alışkanlıkları sağlık okuryazarlığının yetersizliğine işaret eden acil servislerin kullanım sıklığındaki artış, hastaneye yatış oranındaki artış, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımında azalma gibi göstergeleri desteklemektedir. Tek fark, sağlık okuryazarlığı düzeyi "sorunlu-sınırlı" olduğu kategoride yer alan grup bu yetinin "yetersiz" olduğu gruba kıyasla bahsi geçen sağlık hizmetlerini daha sıklıkla kullanmaktadır.

Sağlık sektörünün diğer sektörler ile ilişkisinden hareketle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi hedefi doğrultusunda sağlık göstergelerinde gerçekleşen iyileşmelerin iş gücü verimliliğine, üretime ve dolayısı ile ekonomik refaha katkı sağlayacağını ifade etmek mümkündür. Ayrıca, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlık harcamalarında verimlilik artışı ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesi yanında sağlık için ayrılacak kaynakların rasyonel bir şekilde belirlenmesi, bu kaynakların koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri öncelikli olmak üzere tahsis edilmesi, hakkaniyetli, verimli ve maliyet-etkin bir şekilde harcanması sağlanabilir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi maliyet etkinliğini sağlayan yöntemlerden biri olarak da değerlendirilebilir. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile erken koruyucu bakımdan daha fazla yararlanılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin kazanımı ile yaşam kalitesindeki artışa bağlı olarak elde edilen kazanımlara dayandırılabilir. Yanı sıra sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile kronik hastalıkların yönetiminde de başarı sağlanabilir. Hareketli yaşam tarzının benimsetilmesi, tütün kullanımının engellenmesi gibi uygulamalar ile obezite, KOAH, kalp damar hastalıkları, akciğer kanseri vb. rahatsızlıkların önlenerek hastalık yükünün düşürülmesine katkı sağlanabilir. Aksine bu yetinin geliştirilmesinin maliyet etkin olmadığı ve sağlık harcamalarını artırdığı

yönünde karşıt görüşler de söz konusudur. Bu durumu estetik kaygılar ve insanların bilinç düzeyinin artışı ile birlikte daha çok sağlık kontrolünden geçme isteği ile ilişkilendirmek mümkündür.

Ekonomik krizlerin bütçeyi ve sağlık sektörü dışındaki sektörleri sıkıştıran bir etki yaratmasından dolayı önemi daha da artan sağlık harcamaları tasarruf tedbirlerinin odağı haline gelmiş, sosyal içerikli programlara ayrılan bütçelerin kısılması ve söz konusu alanlarda reformlar yapılması söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanabilmesi ve giderek artan sağlık harcamalarının bütçe üzerinde oluşturduğu yükü azaltabilmek için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bir kontrol aracı olarak kullanılabilir. Böylece, bütçe açıklarının ya da finansal krizlerin bedelinin sağlık harcamalarına fatura edilmemesi için sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliğini sağlamak ve ilave kaynak anlamına gelen sağlık için yaratılan mali alanın artırılmasına da katkı sağlanmış olacaktır. Sağlık okuryazarlığının gelişimi ile sağlanacak tasarruflar alternatif alanlara yönlendirilebilir. Örneğin; sağlanan tasarruf oranında vergi indirimleri sağlanabilir. Faiz dışı fazla ve bütçe açıkları dengesinin sağlanmasına kaynak teşkil edilebilir. Kısa vadede toplumun tamamının sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi çok zordur. Bu nedenle sağlık öncelikli politika alanlarından biri haline getirilerek bu sektör için yaratılan mali alanın artırılması ve sağlığa ayrılan kaynakların sürdürülebilirliğinin sağlanması oldukça önemlidir.

Sağlık, yalnızca hastalandığımızda iyileştirilmemizi içeren bir durum değildir. Bir hak olarak anayasal düzlemde korunan sağlığın korunması ve geliştirilmesi için temel sorumluluk devlete ait olmak ile birlikte; bireylerin, organizasyonların, politikacıların, devletlerin ve küresel kuruluşların sahip olduğu sorumluluklar da söz konusudur. Soruna çok paydaşlı bir yaklaşım ile yaklaşma zaruriyeti düzenlenen uluslararası konferanslarda ele alınan hususlardan da anlaşılmaktadır. Bu kapsamda toplumsal seferberliğin sağlanması için bireylerden başlayarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bir sağlık politikası aracı olarak kullanılmaya başlamıştır. Sağlık hakkı gibi korunan bir hak olarak ele alınacağına inandığımız sağlık okuryazarlığı kavramı ülkemizde de yasal ve politik düzeyde etkili olan belgelere dâhil edilmeye başlamıştır.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve bu amaçla halkın bilinç düzeyinin artırılmasının sağlanması devletin yapısal düzenlemeleri ile olanaklıdır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi ile ilgili şeffaflığın artırılması, hizmet sunucuları ve hastalar

arasındaki bilgi asimetrisinin önlenmesi bu açıdan oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra sağlık, Helshinki zirvesinde de vurgulandığı üzere her şeyde ve her yerde sağlık politikası halini almalıdır. Bir ülkenin önceliği sağlık olarak belirlenirse ülkede uygulanan diğer tüm politikalar sağlığa entegre olarak gerçekleştirilmiş olacaktır.

Sağlık sistemi içerisinde geçirilen zaman arttıkça sağlık sisteminden alınan hizmetin kalitesi de aynı oranda düşmektedir. Bu durum sağlık sisteminin kapitalist yönünü gösteren bir sonuç olarak da nitelendirilebilir. Çünkü özel hastanelerde kar güdüsüyle tahlil, tetkik ve tedavi arasında geçen süreç uzatılabilmektedir. Burada devletin bireyleri bilgilendirme sorumluluğu devreye girmektedir. Bireylerin sağlık sisteminin belirsizliği karşısında güçlendirilmesi için devlet genellikle sağlık eğitimlerinden yararlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için sağlık eğitimleri hem yükseköğretim düzeyinde hem de öncesinde eğitim öğretimin bir parçası olmalıdır. Fakat ülkemizde ne yazık ki eğitim sisteminde de sorunlar mevcuttur.

Halka ve sağlık profesyonellerine sağlıklı iletişim kurma yöntemleri öğretilmelidir. Örneğin hekimlerin teach-back metodundan yararlanması hastanın biliş ve kavrayış düzeyini anlayabilmek açısından son derece önemlidir. Bireyler ve sağlık hizmeti sunanların yanında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için sağlık okuryazar organizasyonlar ve şehirlerin teşvik edilmesi de önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığının yalnızca bireysel düzeyde değil toplumun tüm kesimlerince benimsenmesi ve öncelikli alanlardan biri haline gelmesi ile sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesine de katkı sağlayacağı ifade edilebilir.

Çok paydaşlı yaklaşımın ürünü olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında, sigorta şirketlerinde, tıbbi ilaçlarda, gıda etiketlerinde, iş yerlerinde, kamu binalarında sağlık ile ilgili verilen bilgilerin yalın ve herkesin anlayacağı bir dille iletilmesinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin kullanımının mümkün olduğunca basitleştirilmesi, ilaçlar ve hastane hizmetleri kullanımı için çeşitli uyaranlardan yararlanılması sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için yapılabilecekler arasında yer almaktadır.

Siyasi düzlemde yapılabilecekler arasında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin tüm kamu kurumlarında ortak hedef olarak belirlenmesi ve alınacak tedbirlerin paralellik göstermesi gerekmektedir. Örneğin Türkiye'de Sağlık Bakanlığının sağlık okuryazarlığını geliştirmek için koyduğu hedefler ile Maliye

Bakanlığının orta vadeli planda kamusal harcamalarda tasarruf tedbiri olarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini hedeflemesi bu kapsamda değerlendirilebilir.

Evrensel önlemler kapsamında değerlendirilecek olursa sürdürülebilir kalkınma hedefleri için önemli bir bileşen olarak değerlendirilen sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için küresel organizasyonlara önemli sorumluluklar düşmektedir. Dolayısıyla bu organizasyonların hedefleri de ortak bir amaca hizmet etmelidir. Örneğin İlaç federasyonunun bu kapsamda çalışmaları mevcutken FAO'nun henüz sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile ilgili stratejik hedefleri bulunmamaktadır. Buraya kadar yapılan açıklamalardan sağlık okuryazarlığının etki alanının oldukça geniş olduğu ifade edilebilir. Etki alanı bu denli geniş olan bu kavramın yaygınlaştırılması kadar izlenmesi ve iyileştirilmesi için atılacak adımlar da son derece önemlidir. Dolayısı ile sağlık sektöründen etkilenen tüm tarafların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için ortak çaba sarf etmesi hem sosyal hem de ekonomik açıdan önemli kazanımların elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

Ülkemizde hali hazırda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Belirleyici Faktörleri Çalışması" ile Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı haritasının çıkarılması yönünde çalışmaların yapıldığı kamuoyuna duyurulmuştur. Bu çalışma ile Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olan toplumsal, sosyal ve ekonomik özelliklerinin detaylı olarak tespit edileceği kanaatindeyiz. Bakanlık elde edilecek sonuçlara göre politik düzeyde adımlar atacağının sinyallerini iletmiştir. Bu çalışmanın yapılacak ekonomik çalışmalar için araştırmacıları cesaretlendireceğini ve bu kapsamdaki veri eksikliklerini gidereceğini ümit ediyoruz.

KAYNAKÇA

Kitaplar

Ağırbaş, İsmail. "Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerleme", Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.) **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi** içinde (522-548), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007.

Akalın, Güneri. **Kamu Ekonomisi**, İkinci Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 1986.

Akbal, Alev. "Sağlığın Değişen Anlamı", Aytül Kasapoğlu (Ed.), **Madalyonun İki Yüzü Hastalık ve Sağlık** içinde (39-76), Ankara: Phoenix, 2008.

Akalın, Güneri. **Yükseköğretim Karma Malına Maliyet Fayda Analizinin Uygulanması**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No: 444, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1980.

Akalın, M. Akif. "Sosyalleştirmenin İdeolojisi", **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı** içinde (19-27), Birinci Baskı, Ankara: Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Ekim 2012.

Akbulut, Yasemin. "Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi", Filiz Yıldırım ve Alev Keser (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı** içinde (113-132), Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2015.

Akin, John, Nancy Birdsall, and David de Ferranti, **Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reform**, Third printing, Washington D.C.: The World Bank, September 1999.

Akdağ, Recep. **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, SB Yayını, Ankara, 2008.

Akdur, Recep. "Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık", **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı** içinde (45-71), 21-25 Ekim 2008.

Aktan, C. Can, Dilek Dileyici ve Ahmet Özen. **Geleneksel ve Yeni Maliye, Kamu Maliyesinde Çağdaş Yaklaşımlar**, Ankara: Seçkin Kitabevi, 2004.

Aktan, Coşkun Can ve A. Kadir Işık, "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bakış", Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde (206-221), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007.

Aktan, Coşkun Can ve A. Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü", Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde (1-9), Birinci Basım, İstanbul: Aura Yayınları, 2007.

Annemans, Lieven. **Ekonomist olmayanlar İçin Sağlık Ekonomisi Sağlık Ekonomisi Değerlendirme Kavramları, Yöntemleri ve Zorluklarına Giriş**, Academia Press, 2008.

Arıkan, Ayten. **Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri**, 1. Baskı, İstanbul: Türkiye Tıp Akademisi, 2010.

Ataç, Beyhan (Ed.). **Kamu Maliyesi**, 2. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1997.

Atasever, Mehmet. **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2014.

Ateş, Metin. **Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2016.

Aydın, Sabahattin. "Alma-Atadan Günümüze Temel Sağlık Hareketi", Recep Akdağ (Ed.), **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008)**, SB Yayın No:770, Beta Yayıncılık, 2008.

Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, Birinci Baskı, İstanbul: Yordam Kitap, Mayıs 2008.

Batırel, Ömer Faruk. **Kamu Bütçesi**, 7. Baskı, İstanbul: MÜ Nihad Sayar Eğitim Vakfı, 1994.

Belek, İlker. **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküş**, 3. Baskı, İstanbul: Yazılama Yayınevi, 2009

Belek, İlker ve Ata Soyer, **Sağlıkta Özelleştirme**, İstanbul: Sorun Yayınları, 1995.

Belek, İlker, **Sağlıkta Dönüşüm Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı**, Birinci Baskı, İstanbul: Yazılama Kitabevi, Şubat 2012.

Belek, İlker. **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**. İkinci Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları,1998.

Belek, İlker. **Küba'da Sağlık Sosyalizmin Başarısı**, 3. Baskı, İstanbul: Yazılama Kitabevi, 2015.

Boratav, Korkut. **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009**, İmge Kitabevi, 18. Baskı, Ankara, 2013.

Boratav, Korkut. **Türkiye'de Devletçilik**, 2. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi, 2006.

Buchanan, James M., **Public Finance in Democratic Proses Fiscal Institutions and Individual Choice**, University of North Carolina Press, 1967, Vol.4, 1999.

Buğra, Ayşe. **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, 7. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2015.

Buse, Kent, Nicolas Mays and Gill Walt, **Making Health Policy**, First published, USA: Open University Press, 2005.

Caporaso, James A. ve David P. Levine, **Theories Of Political Economy**, USA: Cambridge University Press, 1992.

Cashin, Cheryl. **Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context**, World Bank Studies. Washington, DC: World Bank, 2016.

Chalkley, Martin ve James M. Malcomson, "Government Purchasing of Health Services", A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (847-890), Netherlands, Elsevier Science, 2000.

Culyer, Anthony J. ve Joseph P. Newhause, "Introduction: The State And Scope Of Health Economics", A.J. Culyer and J. P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (847-890), Netherlands, Elsevier Science, 2000.

Çelik, Yusuf. **Sağlık Ekonomisi**, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2013.

Çınarlı, İnci. "Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı", Filiz Yıldırım ve Alev Keser (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı** içinde (15-28), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yayın No:3, Ankara, 2015.

Çiler Erdağ, Gülay. "Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı" Filiz Yıldırım ve Alev Keser (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı** içinde (1-14), Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2015.

Dedeoğlu, Necati. "Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata, Temel Sağlık bakımı kavramı ve Sosyalleştirme", **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı** içinde (29-36), Birinci Baskı, Ankara: Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, Ekim 2012.

Demirel, Hüseyin. **1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama** Birinci Baskı, İstanbul: Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, 2008.

Demiray Ready, F. Nihan, Mustafa Örnek, Mehmet Gözlü ve Onur Burak Barkan, **Kamu Hastane Birlikleri Saha Çalışması**, Ankara: SASAM Enstitüsü, Kasım 2015.

Deniz, Önder. **Atatürk Dönemi Sosyal Politika 1923-1938**, Birinci Baskı, İstanbul: Kriter Yayınevi, 2016.

Dervişoğlu, Fatih M. **Millî Mücadele'de Sağlık Teşkilatı'na Bir Bakış**, Cedit Neşriyat, Ankara, 2009.

Dinler, Zeynel. **İktisada Giriş**, 20. Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi, 2014.

Durmuş, Mustafa. "Sağlığın Sosyal Belirleyenleri: Sanayileşme-Sağlık İlişkisine Eleştirel Bir Yaklaşım", **17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı** içinde (349-391), Edirne: Trakya Üniversitesi, 20-24 Ekim 2014.

Durusu Tanrıöver, Mine, Hasan Hüseyin Yıldırım, F. Nihan Demiray-Ready, Banu Çakır ve H. Erdal Akalın. **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2014.

Dünya Sağlık Örgütü, **2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1982.

Egeli, Haluk ve Ahmet Özen, **Teoride ve Uygulamada Bütçe Politikası**, 2. Baskı, İzmir: Altın Nokta, 2013.

Eker, Aytaç, A. Altay ve M. Sakal. **Maliye Politikası Teori, İlkeler ve Yöntemler**, 4. Baskı, İzmir, 2004.

Ekzen, Nazif. **Türkiye Kısa İktisat Tarihi**, 2. Baskı, Ankara: ODTÜ Yayıncılık, 2009.

Ertan, İzzet Mert. **Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı**, 1. Baskı, İstanbul: Legal Hukuk Kitapları Serisi: 204, 2012.

Ertürk Atabey, Selin. **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, 1. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi, 2012.

Evans, Robert G. **Financing Health Care: Taxation and the Alternatives**, Elias Mossialos, Anna Dixon, Joseph Fiqueras, Joe Kutzin (Ed.), Funding Health Care: Options for Europe (31-58), Philadelphia: Open University Press, 2002.

Fuchs, Victor R. **Who Shall Live? Health Economics and Social Choice,** Basic Books, Newyork: Inc. Publishers, 1974.

Füsun Sayek TBB Raporları/Kitapları, **Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya**, Birinci Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011.

Friedland, Robert, Greg O'Neill. **Understanding Health Literacy: New Estimates of the Costs of Inadequate Health Literacy**, National Academy On Aging Society, Washington D.C., 1998.

Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, **Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, İkinci Baskı 2009, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2009.

Gümüş, Tarık. **Sosyal Devlet Anlayışının Gelişimi ve Dönüşümü**, 1. Baskı, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2010.

Güvenek, Burcu. **Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları**, 1. Baskı, Konya: Çizgi Kitabevi, 2015

Hamzaoğlu, Onur. "Dünyada Sağlık Reformu Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm?", Gülbiye Mahalleli Yaşar, Asuman Gökse ve Ömür Birler (Drl.), **İnsana Karşı Piyasa Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik**, 1. Baskı, İstanbul: Notabene Yayınları, 2017.

Henderson, James W. **Health Economics and Policy**, 6th Edition, USA: Cengace Learning, 2015.

Hicks, Lanis L. **Economics of Health and Medical Care**, Sixth Edition, Janes&Bartlett Learning, 2014.

Hurley, "An Overview of the Normative Economics of The Health Sector", A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Ed.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1A, (55-110), Netherlands, Elsevier Science, 2000.

Institute Of Medicine. Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, David A. Kindig (Ed.), **Health Literacy: A Prescription to End Confusion,** Washington D.C.**:** The National Academies Press, 2004.

Institute of Medicine. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary**, Lyla M. Hernandez, (hzl.), Washington D.C.: The National Academies Press, 2013.

İslatince, Hasan. **İktisadi Düşünceler Tarihi,** Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını, 2012.

İllich, Ivan. **Sağlığın Gaspı**, Süha Sertabiboğlu (çev.), 3. Baskı, İstanbul: Ayrıntı, 2014.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, **Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri**, Özel Seri:1, İstanbul, 1998.

Karaca, Coşkun. **Türkiye'de Makroekonomik Sorunlar ve Maliye Politikası Çözümleri**, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2014.

Kazgan, Gülten. **İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrim**i, 17. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2012.

Keyder, Çağlar. "Giriş", **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**, (Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar (drl.), 4. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2015.

Küçükkalay, Abdullah Mesut, **İktisadi Düşünce Tarihi**, 3. Baskı, İstanbul: Beta, 2011.

Lister, John**. Sağlık Politikası Reformu Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz? Küresel "Sağlık Reformu" Endüstrisinin Eleştirel Klavuzu**, Melis İnan ve Diğerleri (Çev.), İnsev Yayınları, 2008.

Mutlu, Ayşegül ve A. Kadir Işık. **Sağlık Ekonomisine Giriş**, 3. Baskı, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2012.

Mutluer, M. Kâmil, Erdoğan Öner ve Ahmet Kesik, **Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi**, 3. Baskı, İstanbul**:** Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2013.

Nadaroğlu, Halil. **Kamu Maliyesi Teorisi**, 11. Baskı, İstanbul: Beta, 2000.

Orhaner, Emine**. Kamu Maliyesi**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2007.

Orhaner, Emine**. Türkiye'de Sağlık Sigortası**, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014.

Over, Mead. **Economics for Health Sector Analysis**, First Printing, Washington D.C.: Economic Development Institute of The World Bank, 1991.

Öztürk, Nazım. **Maliye Politikası**, Güncellenmiş 2. Baskı, Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım, 2014.

Öztürk, Nazım. **İktisatta Bölüşüm, Kuram-Politika.** 1. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık, 2009.

Özgülbaş, Nermin. **Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi,** Birinci Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, Eylül 2014.

Özer, Özlem, Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama**, 1.Baskı, Ankara: ABSAM, 2015.

Özge Uysal Şahin ve Sağlık Sektöründe Mali Alan ve Türkiye, "Sağlık Sektöründe Mali Alan ve Türkiye", Ahmet Kesik, Turgay Berksoy, Mehmet Şahin (Ed.), **Mali Alan Teori ve Uygulama**, Ankara: Seçkin Yayınları, Mart 2014.

Özkan, Orhan. **Atatürk Dönemi Ekonomi Politikası ve Türkiye'nin Ekonomik Gelişmesi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi yayınları, Yayın No.513, Ankara, 1982, s.196.

Pamuk, Şevket. **Türkiye'nin 200 yıllık İktisadi Tarihi**, 4. Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2012.

Piketty, Thomas. **Yirmi Birinci Yüzyılda Kapital**, içinde (507-531), Hande Koçak (çev.), Birinci Basım: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ekim 2014.

Roberts, Marc J. William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması; Performans Ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz**, Recep Akdağ, Salih Mollahaliloğlu, Hakkı Gürsöz, Banu Ayar, Hüseyin Demirel (çev.), Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2009.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları**, 1. Baskı, Ankara: Bakanlık Yayınları No: 815, 2011.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, Ankara: Ayyıldız Matbaası, 1973.

Sargutan, A. Erdal. **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Kavram, Metot ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Gelen Sistem ve Mali Yapıları Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

Sönmez, Mustafa. **Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi**, 2. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap, 2012.

Şener, Orhan. **Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi**, 12. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları, 2014.

Şimşek, Zeynep. "Sağlığı Geliştirmek İçin Kullanılan Stratejiler", **15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı** içinde (109-125), Bursa: HASUDER, 2-6 Ekim 2012.

Tatar, Mehtap. **Sağlık Politikası ve Planlaması**, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara.

TBMM. **Karşılaştırmalı Anayasa Çalışmaları**, Yayın No:4, Ankara: TBMM Basımevi, 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı. **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler**, Ankara, 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, **Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi**, 1.Baskı, Ankara: Bakanlık Yayınları, 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması**, Birinci Baskı, Yayın No: 1025, Ankara, 2016.

The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, **Health Literacy Past, Present and Future Workshop Summary**, Washington D.C: The National Academies Press, 2016.

Tekeli, İlhan ve Selim İlkin, **Cumhuriyetin Harcı Köktenci Modernitenin Ekonomik Politikasının Gelişimi**, 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2010.

Tezel, Yahya S. **Cumhuriyet Döneminin İktisadi Tarihi**, Üçüncü Baskı, Türkiye Tarih Araştırmaları 10, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 1994.

Tokatlıoğlu, Mircan Yıldız. **Küreselleşme ve Kamu Hizmetleri**, 1. Baskı, Bursa: Alfa Aktüel, 2005.

Tuncer, İsmail ve Cihan Yüksel, "Kamu Harcamalarının Ekonomik Analizi", A. Kökocak (Ed.) **Kamu Ekonomisi** içinde (213-275), Bursa: Ekin Yayınevi, 2011.

Türk, İsmail. **Maliye Politikası Amaçlar, Araçlar ve Çağdaş Bütçe Teorileri**, Turhan Kitabevi, 24. Baskı, Ankara, 2011.

Türkay, Orhan. **Mikro İktisat Teorisi**, Cilt 1, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Yayın No: 551, Ankara, 1986.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, Ankara, 2016.

U.S. Department of Health and Human Services, **Healthy People 2010: Understanding and Improving Health**, 2nd ed. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, Kasım 2000.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, **National Action Plan to Improve Health Literacy**, Washington, D.C., 2010.

Uz, Behçet. **Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler**, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatı, No:177, Ankara, 1954.

Ünal, Erdinç. **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, 1. Baskı, Bursa: Ekin Yayınları, 2013.

Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Türkan Yıldırım. **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri**, 3. Baskı, Ankara: ABSAM, Aralık 2015.

Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Türkan Yıldırım, **Kamu Politikası Kuram ve Uygulama; Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme,** 1. Baskı, Ankara: Adres Yayınları, 2013.

Yıldırım, Hasan Hüseyin. **Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?** 1. Baskı, Ankara: ABSAM Analiz, Sayı 2, 2015.

Yıldırım, Hasan Hüseyin. **Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları Kuram ve Uygulama**, 1. Baskı, Ankara: ABSAM, 2015.

Yıldırım, Hasan Hüseyin. **Türkiye Aile Hekimliği Modeli: Avrupa Birliği Pratiği ile Karşılaştırmalı Bir Analiz**, 1. Baskı, Ankara: ABSAM, Temmuz 2015.

Yıldız, Mete ve Mehmet Zahit Sobacı, "Kamu Politikası ve Kamu Politikası Analizi", **Kamu Politikası,** Mete Yıldız ve Mehmet Zahit Sobacı (drl.), 1. Baskı, Ankara: Adres Yayınları, 2013. ss.16-39.

Yiğit, Vahit ve Ramazan Erdem, "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi", **Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi,** Cilt.19, Sayı.2, 2014, ss. 211-236.

Zhou, Huizhong "İntroduction.", **The Political Economy of Health Care Reforms"**, Huizhong Zhou, (Ed.) Kalamazoo, MI: W.E, Upjohn Institute for Employment Research, 2001, https://doi.org/10.17848/9780880994200.intro, ss.1-8.

World Bank, **Health Sector Policy Paper**, (40968), Second Edition, Washington, D.C: World Bank, February 1980.

World Bank, **Health Problems and Policies in the Developing Countries**, (SWP-412), Washington D.C.: World Bank, August 1980.

World Bank**, Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform**, PUB-6563, Washington D.C.: World Bank, 1987.

WHO, **Basic Documents**, Fourty Seventh Edition, Switzerland: WHO Press, 2009, http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf, (07.01.2016).

WHO, **Making Choises in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis**, Genova: World Health Organization, 2003.

Süreli Yayınlar

Aktan, Hasan Tansu. "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Sayı: 40, Yıl:7, Temmuz Ağustos 2001, ss.1557-1570.

Acar, İbrahim Atilla "Sağlık Hizmeti Açısından Öncü Göstergelerin Önemi", **Maliye Dergi**si, Sayı 163, Temmuz-Aralık 2012.

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Assosiation, "Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs", **JAMA**, 10.02.1999, Vol.281, No.6, 10.1001/jama.281.6.552. ss. 552-557.

Arrow, Kenneth J. "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care", **The American Economic Review**, Vol. 53, No. 5, December 1963, ss.941-973.

Altay, Asuman, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**", Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, Ocak-Mart 2007. ss.33-58.

Akdur, Recep. "Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Cilt: 40, Temmuz-Ağustos 2001. ss.1571-1585.

Aksoy, Osman Gazi. "Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Cilt.2. Sayı. 40, Temmuz-Ağustos 2001, ss.1803-1808.

Aydın, Erdem. "Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", **Ankara Ecz. Fak. Dergisi**, Sayı: 31 (3) 2002. Ss.183-192.

Aslantekin, Filiz ve Mehmet Yumrutaş. "Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 2014, Vol. 13 No. 4, https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/1-1364566995.pdf, (12.11.2015), (327-334).

Batterham, Roy W., Alison Beauchamp ve Richard H. Osborne. "Health Literacy", **International Encyclopedia of Public Health,** 2nd Edition. Vol.3, 2017, (428-437).

Bakar, Coşkun, Seval Akgün, Türkiye'de Sağlık Reformları Sonu Gelmeyen Hikâye", **Toplum ve Hekim**, Eylül-Ekim 2005, Cilt 20, Sayı:5, ss.339-52.

Bang, Heejung ve Hongwei Zhao, "Median-Based Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER)", **j Stat Theory Pract.**, 2012, Vol. 6, No.3, 10.1080/15598608.2012.695571, (13.05.2017). ss. 428-442.

Bilir, Nazmi. "Sağlık Okuryazarlığı", **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,** 2014, Cilt:12, Sayı:1, 10.20518/thsd.46492, (03.12.2015), ss. 61-68.

Belek, İlker. "Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme", **Ekonomik Yaklaşım**, Cilt 8, Sayı 24-25, İlkbahar-Yaz 1997.

Besley, Timothy, Miguel Gouveia. "Alternative Systems of Health Service Provision", **Economic Policy**, Vol.9, No. 19, October 1994, ss.199-258.

Boz, Canser ve Haydar Sur, "Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılıklarının Analizi", **Sosyal Güvence Dergisi**, Yıl: 5, Sayı: 9, 2016. ss. 23-46.

Collins, Sarah A., Leanne M. Currie, Suzanne Bakken, David K. Vawdrey ve Patricia W. Stone. "Health Literacy Screening Instruments for eHealth Applications: A Systematic Review", **J Biomed Inform**, 2012, Vol. 45, No.3, 10.1016/j.jbi.2012.04.001, (14.07.2017), ss.598-607.

Coughlan, Diarmuid, Brian Turner ve Antonio Trujillo, "Motivation for a Health-Literate Health Care System-Does Socioeconomic Status Play a Substantial Role? Implications for an Irish Health Policymaker", **Journal of Health Communication**, 2013, Vol. 18, 10.1080/10810730.2013.825674, (14.05.2017), ss. 158-171.

Çağlayan, Suat. "Sağlık Yönetimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Yıl.7, Sayı:40, Temmuz-Ağustos 2001. ss. 1196-1208.

Çınarlı, İnci. "Sağlık Enformasyonu ve Sağlık okuryazarlığı", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014. ss. 20-25.

David W. Baker, David W. Baker, "The Meaning and the Measure of Health Literacy", **J Gen Intern Med,** Agust. 2006, Vol. 21, No.8, 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x, (21.06.2017), (878-883).

Daştan, İlker Volkan Çetinkaya," OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri", **Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması**, SGD Dergisi, Cilt5, Sayı 1, Ocak 2015, ss.104-134.

Demirel, Hüseyin. Çok Partili Siyasi Hayata Geçerken Sağlık Politikaları, SD Platform, Sayı:12, Eylül-Ekim-Kasım 2008, ss.8-11.

Durmuş, Mustafa. "Obama Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek!", **Çalışma ve Toplum**, 2011/4. ss.59-72.

Dukic, Nikolina, Andrea Arbula ve Ljerka Cerovic," "Economic Implications of Insufficient Health Literacy", **Economic Research,** Vol. 26. No.1, http://dx.doi.org/10.1080/1331677X.2013.11517643, (20.02.2016), ss. (117-132).

Dilik, Sait Atatürk Döneminde Sosyal Politika", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt:40, Sayı:1,1985,http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ausbf/article/view/5000054055/5000051370, (21.01.2016), ss.93-102.

Eser, H. Bahadır, Dilek Memişoğlu ve Gökhan Özdamar. "Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi", **Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi,** Cilt: 16, Sayı: 2, 2011. ss.201-217.

Esen, Bülent Nuri. "Fransa Cumhuriyeti Anayasası", **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Cilt:5, Sayı:1-4, 1948, 10.1501/Hukfak_0000000120. (15.05.2016), ss.1-17.

Erumut, Mehmet Cihan. "Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem", **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı:5, 2014, ss.93-126.

Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:4, Sayı:1, Ocak 2014.

Eichler, Klaus, Simon Weiser ve Urs Brügger, "The Cost of Limited Health Literacy: A Systematic Review", **Int. J Public Health,** 2009, Vol. 54, No.5, 10.1007/s00038-009-0058-2, (09.11.2015), ss. 313-324.

Fırat, Muhammed Sabır. "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçesi ve Sosyal Güvenlik Açıkları", **TBB Dergisi**, Sayı: 127, Kasım-Aralık 2016, http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2016-127-1618, (27.02.2017), ss. 317-338.

Fişek, Nusret. **"**Türkiye'de Sağlık Politikası", **Toplum ve Hekim**, Sayı:34, Eylül 1984.

Friedsam, Donna. "Consumer Health Literacy: Preparing for Changing Roles, Rights and Responsibilities in Health and Health Care", Wisconsin Public Health and Health Policy Institute, **Wisconsin Health Policy Forums**, Vol. 2, No. 1, 2004, http://aspiruslibrary.org/literacy/consumer_WIS_health_literacy.pdf, (02.07.2017).

Gazmararian, Julie, A., Baker, D.W, Williams, MV, Parker, RM, Scott, TL, Green DC, Fehrenbach, SN, Ren, J ve Koplan, J, P. "Health Literacy Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization", **JAMA**, 1999, Vol.281, No:6, 10.1001/jama.281.6.545, (12.04.2016), ss.545-551.

Grossman, Michael. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", **The Journal of Political Economy**, Vol. 80, No. 2. (Mar.- Apr. 1972), http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/259880, ss. 223-255.

Güvercin, Ali ve Halil İbrahim Mil ve Bülent Tarım. "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)**"**, **Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt 7, Sayı:13, 2016, ss. 80-94.

Hakan İstanbulluoğlu, Mahir Güleç ve Recai Oğur, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", Dirim **Tıp Gazetesi**, 2010, Yıl:85, Sayı:2, ss. 86-99.

Hanoch, Yaniv ve Thomas Rice," "The economics of choice: lessons from the U.S. health care market", **Health Expectations**, Vol. 14, No.1, 2011, 10.1111/j.1369-7625.2010.00646.x, (21.06.2017), ss. 105-112.

Haun, Jolie N., Nitin R. Patel, Dustin D. French, Robert R. Campbell, Douglas D. Bradham ve William A. Lapcevic. "Association Between Health Literacy and Medical Care Costs İn An İntegrated Healthcare System: a Regional Population Based Study", **BMC Health Services Research**, 2015, Vol. 15, No.249 , https://doi.org/10.1186/s12913-015-0887-z, (07.01.2016).

Hardie, Nancy A. Kelly Kyanko, Susan Busch, Anthony T. LoSasso ve Regina A. Levin. "Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan", **Journal of Health Communication**, 2011, Vol. 16, No. 3, http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2011.604703, (21.02.2016), ss.308-321.

Hassoy, Hür. "Sığınmacılara İlişkin Genel Durum", **Savaş,** Işıl Ergün (Ed.), **Göç ve Sağlık**, içinde (16-19), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Şubat 2016.

Howard, David H., Julie Gazmararian, Ruth M. Parker. The İmpact Of Low Health Literacy On The Medical Costs Of Medicare Managed Care Enrollees", **The American Journal of Medicine**, 2005, Vol. 118, No. 4, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808134, (20.02.2016), ss. 371-377.

İlal**,** Ersan. **"Magna Carta",** İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, Cilt 34, Sayı 1-4, 1968. ss.210-242.

K., Michael, Paasche-Orlow ve Michael S. Wolf, "The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes", **American Journal of Health Behaviour**, Vol.31, Eylül-Ekim 2007, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931132, (28.11.2015) ss. 19-26.

Karaca, Coşkun. "İlave Mali Alan Oluşturmada Hükümet Politikaları", **Maliye Dergisi**, Sayı: 163, Temmuz- Aralık 2012, ss. 416-430.

Kılıç, Bülent. "Sağlıkta Dönüşüm Programının Evrensel Kapsayıcılık ve Eşitlik İddiaları Üzerine Bir Eleştiri", **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Sayı:28, Eylül-Ekim-Kasım 2013, ss.10-15.

Kendir Çopurlar, Candan ve Mehtap Kartal, "Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?", **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, 2016, Cilt.10, Sayı.1, http://dx.doi.org/10.21763/tjfmpc.60537, (04.01.2017). ss. 42-47.

Kickbusch, Ilona, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel, Agis D. Tsouros. (Ed.), **Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar**, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği (çvr.), 2015.

Karacaoğlan, Naci "Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar**"**, **SD Dergisi**, Sayı: 12, 2009, ss.16-21.

Koh, Howard K., Donald M. Berwick, Carolyn M. Clancy, Cynthia Baur, CindyBrach, Linda M. Harris ve Eileen G. Zerhusen, "New Federal Policy Initiatives To Boost Health Literacy Can Help The Nation Move Beyond The Cycle Of Costly 'Crisis Care'", **Health Affairs**, 2012, Vol. 31, No.2, 10.1377/hlthaff.2011.1169, (13.05.2017).

Kurt, Öner, Tayyar Şaşmaz, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003", **Lokman Hekim Dergisi**, Cilt: 2 No:1, 2012, ss 21-30.

Logan, Robert A., Winston F. Wong, Michael Villaire, Gem Daus, Terri An Parnell, Earnestine Willis ve Michael K. Paasche-Orlow, **Health Literacy: A Necessary Element for Achieving Health,** Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington DC. https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/07/NecessaryElement.pdf.

Madenoğlu Kıvanç, Meral "Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları", **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi**, Cilt:2, Sayı:3, 2015, 10.5222/SHYD.2015.162, ss.162-166.

Marks, Ray. Ray Marks, "Health Literacy", **Encyclopedia of Global Bioethics**, 2015, 10.1007/978-3-319-05544-2_455-1. (07.06.2017).

Nakayama Kazuhiro, Wakako Osaka, Taisuke Togari, Hirono Ishikawa, Yuki Yonekura, Ai Sekido ve Masayoshi Matsumoto "Comprehensive Health Literacy in Japan is Lower than in Europe: a Validated Japanese-Language Assesment of Health Literacy", **BMC Public Health,** 2015, Vol. 15, No.505, https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x, (15.01.2017).

Nutbeam, Don. "Health Literacy as a public health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century", **Health Promotion International**, 1 September 2000, Vol. 15, No:3, (259-267), https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259, (21.10.2015), ss.259-267.

Nutbeam, Don. "The Evolving Concept of Health Literacy", **Social Science and Medicine**, 2008, Vol. 67, No.12 https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050, (2072–2078).

Osborne, Richard H, Roy W Batterham, Gerald R Elsworth, Melanie Hawkins ve Rachelle Buchbinder. "The Grounded Psychometric Development And Initial Validation Of The Health Literacy Questionnaire (HLQ)", **BMC Public Health**, Vol. 13, No. 658, 2013, https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658, (13.03.2017).

Önal, Mehmet Ali, "Hasta Haklarında Mükemmeli Yakalamak", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Sayı 40, Temmuz Ağustos 2001, ss.1809-1817.

Örnek, Muhammed, "Sağlık Okuryazarlığı", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014. ss. 26-31.

Özkan, Orhan H. "Kendinize İyi Bakın", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I,** Yıl.7, Sayı:39, Mayıs-Haziran 2001, ss. 46-59.

Öztaş, Dilek Gamze Bozcuk Güzeldemirci, Ayhan Özhasanekler, Esra Yıldızbaşı, Sevilay Karahan, İrep Karataş Eray, Yusuf Üstü, Ahmet Reşat Doğusan, Salih Mollahaliloğlu, Mustafa Öztürk ve Murat Akçay. "Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi", **Ankara Medical Journal**, 2016, Cilt. 16, Sayı. 3, 10.17098/amj.84540, (23.03.2017), ss. 255-262.

Öztürk, Nazım. "Ekonomide Devletin Değişen Rolü", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:39, Sayı 1, Mart 2006, http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/aafa6862f52d371_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi, (10 Mart 2016), ss.17-38.

Parker, Ruth." "Health Literacy: a challenge for American Patients and their health care providers", **Health Promotion International**, Vol.15, No.4, https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277, (31.07.2017). ss.277-283.

Parker, Ruth ve Scott C. Ratzan, "Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans", **Journal of Health Communication**, Vol. 15. No.2, 2010, 10.1080/10810730.2010.501094 , (02.05.2017). ss. (20-33).

Parker, Ruth M., Scott C. Ratzan ve Nicole Lurie, Market Watch, "Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care", **Health Affairs**, Vol.22, No. 4, 2003, 10.1377/hlthaff.22.4.147, (22.02.2017), ss. 147-153.

Pawlak, Roberta. "Economic Considerations of Health Literacy", **Nursing Economics**. Vol. 23, No.4, Temmuz-Ağustos 2005, http://www.medscape.com/viewarticle/511636_3, (10.05.2015). ss.173-180.

Pekcan, Hikmet ve Özgür Uğurluoğlu," "Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, Sayı: 39, Yıl:7, Mayıs-Haziran 2001, (817-844).

Pignone, Michael Darren A. Dewalt, Stacey Sheridan, Nancy Berkman ve Kathleen N. Lohr. "Interventions to Improve Health Outcomes for Patients with Low Literacy A Systematic Review", (Elektronik Version) **J Gen Intern Med**, Vol. 20, No: 2, 2005, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490066/, (31.01.2017), ss. 185-192.

Polumbo, Rocco, Carmela Annarumma, Paola Adinolfi, Marco Musella ve Gabriella Piscopo, "The Italian Health Literacy Project: Insight From the Assesment of Health Literacy Skills in Italy", **Health Policy**, 2016, Vol. 120, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.007 (27.01.2017), ss. 1087-1094.

Rasu, Rafia S., Walter Agbor Bawa, Richard Suminski, Kathleen Snella ve Bradley Warady. "Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure", Int **J Health Policy Management,** 2015, Vol. 4, No.11, 10.15171/ijhpm.2015.151, (25.02.2016), ss.747-755.

Samuelson, Paul A. "The Pure Theory of Public Expenditure", **The Review of Economics and Statistics**, Vol. 36, Issue 4 (Nov.,1954), ss.387-389.

Sarp, Nilgün A. Ezel Esatoğlu ve Yasemin Akbulut, "Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri", **Yeni Türkiye Cilt 40**. **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, Yıl.7 Cilt 40, Temmuz-Ağustos 2001, ss.1116-1123.

Savaş, B. Serdar. "Türkiye Sağlık Sistemi Kısa Bir Genel Bakış", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, Cilt: 39, Mayıs-Haziran 2001. ss. 87-128.

Sedat Kula ve Beth Ann Fiedler, "Improving Health Literacy through Governance Tools", **Journal of Public Administration and Governance**, 2014, Vol.4. No.1, https://doi.org/10.5296/jpag.v4i1.5282, 09.05.2017. ss.45-61.

Sezer, Ayşe ve Hasibe Kadıoğlu. "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi", **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2014, Cilt.17, Sayı. 3, ss. 165-170.

Sezgin, Deniz. "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak", **Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi,** Özel Sayı 3, (Sağlık İletişimi), 2013, ss. 73-92.

Sorensen, Kristine, Stephan Van den Broucke, Jürgen M Pelikan, James Fullam, Gerardine Doyle, Zofia Slonska, Barbara Kondilis, Vivian Stoffels, Richard H Osborne ve Helmut Brand. "Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)", (Elektrik Version) **BMC Public Health**, 2013, 13: 948, 10.1186/1471-2458-13-948, (10.04.2016), ss. 1-10.

Sorensen, Kristine, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska and Helmut Brand. "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models", **BMC Public Health**, 2012, Vol. 12 No.80, 10.1186/1471-2458-12-80, ss. 1-13.

Soyer Ata, "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", (Elektronik Versiyon) **Praksis**, 2009, No:9, (17.05.2016), ss.301-319.

SASAM, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Bütçesinin; Yıllar İtibariyle Gelişimi ve 2017 Yılı Analizi", **SASAM Yayınları**, Yıl:3 Sayı:9, Ocak 2017.

SGK, **Genel Sağlık Sigortası**, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013/12, Yayın No:79, Ankara, Nisan 2013**.**

Shen, Minxue, Ming Hu, Siyun Liu, Yan Chang and Zhenqiu Sun, "Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China", **BMC Public Health**, Vol.15: 637, 11.07.2015, 10.1186/s12889-015-1958-0, (03.07.2017).

Sur, Haydar, "Kalite mi İstiyorsunuz? Alın size Kullanıcı Odaklılık ve Sağlık Okuryazarlığı", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014, ss.16-19.

Şahbaz, İbrahim **"**Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı", **TBB Dergisi**, Sayı 86, 2009, ss.405-424.

Taş, Tuncay Aydın ve Nalan Akış, "Sağlık Okuryazarlığı", **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Cilt: 24, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2016, ss. 119-124.

Tatar, Mehtap "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi"**, Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, 2011. ss.103-133.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu Kitabı**, Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu, İstanbul, 11-13 Nisan 2011, Birinci Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Haziran 2012.

Temiz, Özgür. "Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt.69, No.1, 2014, http://dx.doi.org/10.16987/ausbf.72141, (02.07.2017), ss.165-188.

Tekeli, İlhan. "II. Dünya Savaşı Sırasında Hazırlanan "Savaş Sonrası Kalkınma Plan ve Programları", **ODTÜ Gelişme Dergisi Özel Sayısı**, 1979-1980, ss. 289-327.

Terris, Milton. "Crisis and Change in America's Health System", **Am J Public Health,** Vol: 63, No:4, Apr 1973. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1775228/pdf/amjph00817-0031.pdf. (12.05.2017). ss:313-318.

Tokgöz, Erdinç. "İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi", **İktisat Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 45, Sayı: 1-4, http://dergipark.gov.tr/iuifm/issue/835/9166, ss. 12-20.

Tokgöz, Erdinç. Sağlık Ekonomisi, **Toplum ve Hekim**, Cilt 1, Sayı 5, Mayıs, 1978, ss.26-37.

Tontuş, Hacı Ömer "Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Sağlığa ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri", **Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış**, Sayı:19, Aralık 2014. ss. 32-35.

Top, Mehmet. Sağlık Sektörü Projelerinin Ekonomik Analizi: Maliyet-Etkililik Analizi, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 39, Sayı 1, Mart 2006. ss. 101-126.

United Nations Economic and Social Council (ECOSOC), "Health Literacy and the Millennium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Regional Meeting Background Paper (Abstracted)", **Journal of Health Communication**, 2010, Vol.15, No.1, 10.1080/10810730.2010.499996, (10.7,2017). ss. 211-223.

Weiss, Barry D., Raymond Palmer, "Relation Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population**"**, **JABFP**, January- February 2004, Vol. 17, No:1, ss:44-47.

Weis, Barry D. Mary Z. Mays, William Martz, Kelley Merriam Castro, Darren A. DeWalt, Michael P. Pignone, Joy Mockbee ve Frank A. Hale. "Quick Assesment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign", **Annals of Family Medıcıne**, 2005, Vol.3, 10.1370/afm.405, (14.07.2017), ss. 514-522.

Welch, Verna L., Jonathan B. VanGeest ve Rachel Caskey, "Time, Costs and Clinical Utilization of Screening for Health Literacy: A Case Study Using the Newest Vital Sign (NVS) Instrument", **JABFM,** May-June 2011, Vol. 24, No:3, 10.3122/jabfm.2011.03.100212, (08.06.2016), ss. 281-289.

Wouters, Olivier J., Jonathan Cylus, Wei Yang, Sarah Thomson ve Martin McKee, "Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity, and financial protection in health care", **Health Economics, Policy and Law**, 2016, (Online Version) 10.1017/S1744133116000025, (18.03.2017), ss.1-15.

Wu, Ying, Lu Wang, Zhongyuan Cai, Luqi Bao, Pu Ai and Zisheng Ai, "Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China", **Int. J. Environ. Res. Public Health,** Vol. 14, No. 628, 2017, 10.3390/ijerph14060628, (20.07.2017).

Vatansever, Kevser. "Sığınmacıların Kamplardaki Sorunları", Işıl Ergün (Ed.), **Savaş, Göç ve Sağlık** içinde (20-31), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Şubat 2016.

Vernon, John A. Antonio Trujillo, Sara Rosenbaum ve Barbara Debuono, "Low Health Literacy: Implications For National Health Policy." Washington, DC: Department of Health Policy, **School of Public Health and Health Services**, The George Washington University, 2007.

Yalçın Bayık, Pınar, S. Taşkaya, B. Şahin, "Sağlık Okuryazarlığı", TAF **Preventive Medicine Bulletin**, 2014, Cilt.13, Sayı.4, http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1402386162, (10.05.2015), ss321-326.

Yalçın Bayık, Pınar S. Taşkaya, B. Şahin, "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 16, Sayı: 2 (2013), ss. 121-134

Yereli, Ahmet Burçin, İsmail Kobal ve Altuğ Murat Köktaş, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler", **Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi,** İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, İstanbul, 28-31 Ekim 2010.

Yıldırım, Hasan Hüseyin. "Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 32, Sayı 1, Mart 1999.http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/7c266099f017918_ek.pdf?dergi=Amme%20Idaresi%20Dergisi, (12.04.2016). ss.123-134.

Zarcadoolas, Christina, Andrew Pleasant ve David S. Greer, "Understanding Health Literacy: an expanded model", **Health Promotion International**, 2005, Vol. 20, No.2, https://doi.org/10.1093/heapro/dah609, (23.08.2016). ss. 195-203.

Diğer Yayınlar

Akdur, Recep. "Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Politikaları", **Bilanco 1923-1998: Turkiye Cumhuriyeti'nin 75 Yilina Toplu Bakis Uluslararası Kongresi: 10-12 Aralık 1998**, ODTÜ Kültür ve Kongre Merkezi, Ankara, 1998, (391-402)

Akdur, Recep **"Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması"**, Ankara, 1999, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf. (03.12.2016).

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, **Health literacy: Taking action to improve safety and quality**. Sydney: ACSQHC, 2014,https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf, (01.06.2017).

Cashin, Cheryl, **Health Financing Policy: The Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context**, World Bank Studies, Washington, DC: World Bank, 2016.

Cichon, Michael ve Charles Normand, "Between Beveridge and Bismarck options for health care financing in central and eastern Europe", **World Health Forum**, Vol. 15, 1994. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/45367/1/WHF_1994_15%284%29_p323-328.pdf, (20.02.2016).

Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law 111–148, 01.05.2010, http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf, (12.06.2017).

Drummond, Michael, Helen Weatherly, Karl Claxton, Richard Cookson, Brian Ferguson, Christine Godfrey, Nigel Rice, Mark Sculpher ve Amanda Sowden. **Assessing the Challenges of Applying Standard Methods of Economic Evaluation to Public Health Interventions**, Public Health Research Consortium, Final Report, http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_D1-05_Final_Report.pdf, (20.03.2017).

DPT, **1. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf, (20.10.2015).

DPT, **1. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/9/plan1.pdf, (20.10.2015).

DPT, **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan2.pdf. (19.11.2015).

DPT, **Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977,** http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/8/plan3.pdf, (19.11.2015).

DPT, **Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/6/plan4.pdf, (20.11.2015).

DPT, **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)**, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/5/plan5.pdf, (21.06.2017).

DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı, *"***Tallinn Şartı**", Tallinn, Estonia, 25-27 Haziran 2008, www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-39144/h/charter-tr.doc, (15.05.2016).

Ejder, Haydar Lütfü "Türkiye'de Mali Disiplinin Sağlanması Açısından Kamu Harcamaları Stratejisi: 1980-2002 Dönemi Analizi", **Doktora Tezi**, Ankara, 2006.

Esteban Ortiz-Ospina and Max Roser, '**Financing Healthcare'**, 2017. (Online Version) https://ourworldindata.org/financing-healthcare/, (28.07.2017).

Fuchs, Victor R. **The Future Of Health Economics**, National Bureau of Economic Research, Working Paper: 7379, Cambridge, October 1999.

Günaydın, Davuthan ""Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", **Sosyal Siyaset Konferansları**, Sayı:60, 2011/1, (323-365).

Halk Sağlığı Uzmanlığı Derneği (HASUDER), **Türkiye Sağlık Raporu 2014**, Aralık, 2014, (20.10.2015).http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF.

HLS-EU Consortium, **Comparative Report On Health Literacy In Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU**, 2012, http://www.health-literacy.EU, (15.12.2016).

Hsiao, William, Peter S. Heller, **What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?** IMF Working Paper, 2007.

Grossman, Michael**. The Human Capital Model of The Demand for Health**, National Bureau of Economic Research, Working Paper 7078, Cambridge, April 1999.

Ilona Kickbusch, Suzanne Wait and Daniela Maag, **Navigating Health: The Role Of Health Literacy**, UK: ILC, http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy, 2006, (01.03.2016).

Indian Health Service Health Literacy Workgroup, **White Paper On Health Literacy**, 2009, https://www.ihs.gov/healthcommunications/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/IHSHealthLiteracyWhitePaper.pdf, (08.06.2017).

Jowett, Matthew, MP Brunal, G. Flores, J. Cylus, **Spending Targets For Health: No Magic Number**. World Health Organization, Health Financing Working Paper No. 1, 2016, http://apps.who.int/iris/bistream/10665/250048/1/WHO-HIS-HFG-HFWorkingPaer-16.1-eng.pdf, (23.01.2017).

Kanj, Mayagah ve Wayne Mitic. "Health Literacy", **Health Promotion Conferences**. WHO, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf (20.04.2016).

Kenneth Cafferkey ve Gerardine Doyle, **Health Literacy and Economic Costs**, Irish Accounting & Finance Association Annual Conference, 2011.

Kickbusch, Ilona ve Maag D., "Health Literacy", **International Encyclopedia of Public Health**, Vol.3, San Diego: Academic Press, 2008.

Kurtner, Mark, Elizabeth Greenberg**,** Ying Jin ve Christine Paulsen. **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy,** U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006.

Kutzin, Joseph. **Health Financing For Universal Coverage And Health System Performance: Concepts And İmplications For Policy**, Bulletin of the World Health Organization, 2013; 91: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.113985, (10.02.2016), ss.602–611.

Martinez-Giralt, Xavier. **"Principles of Health Economics for non-economists"**, Center for the study of Organizations and Decisions in Economics, 2010.

Making Health Literacy a Priority in EU Policy, 2013, http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf, (12.06.2017).

Medibank, **Health Literacy Implications for Australia**, https://www.medibankhealth.com.au/files/editor_upload/File/Medibank%20Health%20Literacy%20Implications%20for%20Australia%20Summary%20Report.pdf, (25.11.2015).

McDaid, David. **Investing in Health Literacy: What do We Know about the Co-Benefits to the Education Sector of Actions Targeted at Children and Young People?** Health Systems and Policy Analysis, Policy Brief 19, WHO, 2016.

Mitic, Wayne ve Irving Rootman (Ed.), **An Intersectoral Approach For İmproving Health Literacy For Canadian**, Discussion Paper, 2012, http://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf, (12.12.2016).

Murthy, Padmini. **"Health Literacy and Sustainable Development"**, UN Chronicle, Vol. XLVI, No.1&2, 2009, https://unchronicle.un.org/article/health-literacy-and-sustainable-development, (03.02.2017).

MÜSİAD, **Sağlık Sektörü Raporu**, İstanbul, 2012.

OECD, **Better Policies for Better Lives: The OECD at 50 and Beyond**, 2011, https://www.oecd.org/about/47747755.pdf, (25.11.2015).

OECD, **Caring For Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews Of Health Care Quality**, OECD Publishing, 2017, http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en, (20.07.2017).

OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, OECD Yayınları, Yayın No: 756, 2008.

OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), **A System of Health Accounts 2011: Revised edition**, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en. (02.08.2017).

OECD Sağlık Bakanları Toplantısı, **Sağlık Reformlarının Sonraki Nesli**, 17 Ocak 2017, https://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf, (20.07.2017).

OECD, **OECD Health Statistics 2015, Country Note: How Does Health Spending in Turkey Compare?** http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-TURKEY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf, (23.10.2015).

OECD, **Public Spending on Health and Long-term Care: a New set of projections**, Economic Department Policy Papers, No.6, June 2013.

OECD, **What Future for Health Spending?** Economics Department Policy Notes, No.19, June 2013.

Roberts, Jill. **Local Action on Health Inequalities Improving Health Literacy to Reduce Health Inequalities**, 2015, UCL Institute of Health Equity, http://www.kindengezin.be/img/inproving-healt-literacy.pdf, (16.07.2017).

SGK, **Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu**, Şubat 2017

Shaw, Julia G. **Health Literacy and Plain Language**, Vermont Legal Aid Office of the Health Care Advocate, January, 2015.

Sorensen, Kristine. **Health Literacy is a Political Choice**: **A Health Literacy Guide For Politicians**, Global Health Literacy Academy, 2016.

T.B.M.M. Tutanak Dergisi, Cilt:60, 21.07.1998, https://www.tbmm.gov.tr/tutanak/donem20/yil3/bas/b125m.htm, (16.02.2017).

Tekin, Fazıl. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı Sorunu", **3.Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu**, 23-26 Nisan 1987, Gebze.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, (2015) Erişim: www.kff.org/other/state-indicator/total-population/, (10.06.2017).

The Plain Writing Act of 2010, Public Law 111-274, 13.10.2010, http://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/PlainLanguage/UCM331929.pdf, (12.06.2017).

Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Bildirisi (Alma Ata), 1978, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/, (19.06.2016).

The Ottowa Charter for Health Promotion. 1986. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/. (15.01.2017)

The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Tallinn, Estonia, 25-27 Haziran 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf. (15.05.2016).

TOSAGEM, **Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap**, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42526/10/9241545690_tur.pdf, (12.05.2016).

Türk Tabipleri Birliği, **Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu**, Birinci Baskı, Ankara: TTB Yayınları, Mayıs 2006.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Kamu Yönetimi Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2014

T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2014.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2014**, Temmuz 2015.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, **2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı**, Ankara, 2013, http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx, (12.12.2015).

T.C. Maliye Bakanlığı, **Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri ve Beklentiler Raporu**, 2016, http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/10238,2016-yili-merkezi-yonetim-butce-gerceklesmeleri-ve-beklentiler-raporu.pdf?0, (11.04.2017).

T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, 2015-**2019 Stratejik Planı**, Ankara, 2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü,** 1. Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Bakanlık Yayın No: 814, 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **1. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grubu Raporları**, Ankara, 23-27 Mart 1992.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **2. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grubu Raporları**, Ankara, 12-16 Nisan 1993.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, Mart 1993.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, Aralık 2003. https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html, (10.01.2016).

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP), 3 Ocak 2003, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.H%C3%BCk%C3%BCmetAcilEylemPlan%C4%B1.pdf, (17.02.2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2010-2014**, Ankara: Bakanlık Yayın No:788.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2013-2017**, Ankara, Aralık 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2015**, Ankara, 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Faaliyet Raporu 2016**, Yayın No: 1063, Ankara, Şubat 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İdare Faaliyet Raporu**, Ankara, 2016.

Vernon, John. **The High Economic Cost of Low Health Literacy in Wisconsin**, Policy Brief, Wisconsin Literacy Inc.

Vernon, John "The High Economic Cost of Low Health Literacy in Iowa", **Policy Brief,** Kasım 2010.

Vernon, John A., Antonio Trujillo ve W. Keener Hughen, **The High Economic Cost Of Low Health Literacy in Missouri**, Health Policy Brief, http://www.ibrarian.net/navon/paper/Appendix_on_Cost_Calculations.pdf?paperid=16234066, (15.05.2015).

Yeğinboy, E. Yasemin, K. Şevket Sayın, "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları", **Ulusal İktisat Kongresi**, 20-22 Şubat 2008, İzmir, http://www.deu.edu.tr/userweb/iibf_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf, (16.02.2016).

Yıldırım, Hasan Hüseyin. **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Kasım 2013.

Weiss, Barry D., **Health Literacy A Manual for Clinicians**, 2003, American Medical Association Foundation and American Medical Association, http://lib.ncfh.org/pdfs/6617.pdf, (21.05.2017).

William Beveridge, **Social Insurance and Allied Services**, 1942, http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf. (14.01.2017).

World Bank, **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, (in Two Volumes) Volume 1: Main Report, March 2003.

WHO. **A Declaration On The Promotion of Patients Rights in Europe**, Amsterdam, 28-30 Mart 1994, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf. (21.06.2016).

WHO. **Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action**, 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1. (12.06.2017).

WHO, **Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. 2015**, World Health Organization, 2015.

WHO, **Health in 2015 from MDGs Millenium Development Goals to SDGs Sustainable Development Goals**, Geneva, Switzerland, *2015.*

WHO, **Health Literacy and Social Mobilization to achieve the SDGs**, 2017, http://www.who.int/healthpromotion/alliance-health-promotion-meeting-18May2017/en/, (02.07.2017).

WHO, **Global Status Report On Road Safety**, 2015, http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/, (10.08.2017).

WHO. **Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development**, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1, (10.01.2017).

WHO Regional Office for Europe Presentation. **Advancing Health Literacy and Social Mobilization for the United Nations 2030 Sustainable Development Goals,** 18 Mayıs 2017, https://www.slideshare.net/who_europe/presentation-advancing-health-literacy-and-social-mobilization-for-the-united-nations-2030-sustainable-development-goals, (02.07.2017).

WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, **Technical Discussions The Role of Government in Health Development**, 2016, http://applications.emro.who.int/docs/em_rc53_tech.disc.1_en.pdf. (18.06.2017).

WHO, **The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance**, Switzerland: WHO, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (25.01.2017).

WHO, **The World Health Report 2008**, Now More Than Ever, Geneva, Switzerland, 2008.

WHO, **World Health Report: Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage, 2010**, http://www.who.int/whr/2010/en/, (27.01.2017).

WHO, **Health in 2015: from MDGs Millenium Development Goals to SDGs Sustainable Development Goals**, 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1, (10.07.2017)

WHO, **World Health Statistics 2015**, World Health Organization, 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1 (02.12.2016).

WHO, **World Health Statistics 2016**, World Health Organization, 2016, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/, (03.07.2017).

WHO, **World Health Statistics 2017: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2017, (20.07.2017).

WHO, **Bölge İstatistikleri 2015.** http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en, (19.07.2017).

İnternet Kaynakları

Anayasa Mahkemesi Kararı, Esas Sayısı:1987/16, 1988/8, Resmî Gazete Tarih-Sayı:23.08.1988-19908.

Amerikan İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisi. http://www.canaktan.org/hukuk/insan_haklari/yirminci-yuzyilda/amerikan_insan_haklari.htm (15.05.2016).

Avrupa Sosyal Şartı, 1996, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf. (14.05.2016).

Aydoğan, Metin. **Kemalist Kalkınma-3 (İzmir İktisat Kongresi)**, (07.02.2017) http://kuramsalaktarim.blogspot.com.tr/2013/12/kemalistkalkinma-3-izmir-iktisat.html.

Bakanlar Kurulu Kararı, Karar Sayısı:2013/5385, 12 Ekim 2013 tarih ve 28793 sayılı Resmî Gazete. (12.06.2017).

Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Kanun No: 5283, 19.01.2015 (Mükerrer) tarih ve 25705 sayılı Resmî Gazete. (10.06.2017).

Centers for Disease Control and Prevention, **Health Literacy Activities by State,** https://www.cdc.gov/healthliteracy/statedata/, (01.07.2017).

CIA, **The Fact Book**, https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2103.html, (01.07.2017).

Deakin University, Research Project, http://www.deakin.edu.au/cphr/our-research/health-systems-improvement-unit/research-projects, (13.03.2017).

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/08/20030811.htm#4. (14.05.2016).

European Commission, Eurostat, **Healthcare Database**, 2014, http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database, (09.06.2016).

Food And Agriculture Organization Of The United Nations, **FAO Statistical Yearbook 2012**, Rome, 2012, http://www.fao.org/docrep/015/i2490e/i2490e00.htm, (01.07.2017).

Görev ve Yetkiler, Sağlık Bakanlığı Web sitesi, https://www.saglik.gov.tr/TR,11464/gorev-ve-yetkiler.html, (20.05.2017).

Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5502, 10.01.1950 tarihli 7402 sayılı Resmî Gazete. http://www.resmigazete.gov.tr/, (13.02.2016).

Hastaneler Talimatnamesi, 4 Nisan 1955 tarihli ve 8972 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8972.pdf, (15.02.2016).

Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/, (12.06.2016).

Health Literacy Statistics, http://healthliteracy.org.nz/about-health-literacy/health-literacy-statistics/, (16.02.2016).

Health Literacy in Canada, http://abclifeliteracy.ca/case-health-literacy-canada, 14.01.2016.

Health Literacy İn Switzerland, http://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/swiss_cc.pdf, (01.08.2017).

Hususi Hastaneler Kanunu, Kanun No:2219, 05.06.1933 tarihli ve 2419 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.2219.pdf, (20.02.2016).

Hürriyet Gazetesi, **Erdoğan Acil Eylem Planı'nı açıkladı**, 16 Kasım 2002, http://www.hurriyet.com.tr/erdogan-acil-eylem-planini-acikladi-110017, (20.02.2017).

İtalya Cumhuriyeti Anayasası, http://www.adalet.gov.tr/duyurular/2011/eylul/anayasalar/ulkeana/pdf/10-%C4%B0TALYA%20319-354.pdf, (15.05.2016).

Independent, "Latin lessons: What can we learn from the world’ s most ambitious literacy campaign?", 7 Kasım 2010, http://www.independent.co.uk/news/world/americas/latin-lessons-what-can-we-learn-from-the-worldrsquos-most-ambitious-literacy-campaign-2124433.html, (01.07.2017).

International Pharmaceutical Federation, **About Health Literacy**, https://www.fip.org/about_health_literacy, (02.07.2017).

İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu, Kanun No: 4792, 16.07.1945 tarihli ve 6058 sayılı Resmî Gazete http://www.resmigazete.gov.tr/.

İhtiyarlık Sigortası Kanunu, Kanun No:5417, 8.6.1949 tarihli 7227 sayılı Resmî Gazete. http://www.resmigazete.gov.tr/, (13.02.2016).

Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Kanun No: 5018, 24.12.2013 tarih ve 25326 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5018.pdf, (10.05.2017).

Kanıta Dayalı Tıp Derneği, **Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi**, Ankara, 2013.

Lozan Antlaşması, Tam Metin, 24 Temmuz 1923, Türk Tarih Kurumu, http://www.ttk.gov.tr/templates/resimler/File/Antlasmalar/lozan/lozan110-119.pdf (25.05.2016).

Newest Vital Sign Toolkit, 2011, http://www.pfizer.com/files/health/2016_nvs_flipbook_english_final.pdf.(10.04.2017)

OECD, **Sağlık İstatistikleri**, http://stats.oecd.org/, (19.07.2017).

OECD, **Sağlık İstatistikleri**, http://stats.oecd.org/, (25.05.2017).

Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, 03.07.1992 tarihli ve 21273 sayılı Resmî Gazete.

Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulması Hakkında Yönetmelik, 13.08.1992 tarihli ve 21314 sayılı Resmî Gazete.

Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge, 2011, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/2557c559-f3d1-45e2-9288-537155baeac7/yonerge_30.10.2011_02.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=2557c559-f3d1-45e2-9288-537155baeac7, (12.06.2017).

Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge, 2012 http://www.saglikaktuel.com/d/file/duyuru_22_03_2012_45.pdf, (12.06.2017).

Phizer, **Sağlık Eğitimleri: Gençlere Sağlık Projeleri**, https://www.pfizer.com.tr/sağlık-eğitimleri-gençlere-sağlık-projeleri, (28.07.2017).

Projeler, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Web Sitesi, http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/21/Default.aspx?CategoryName=S%C3%B6zle%C5%9Fmesi-%C4%B0mzalanan-Projeler. (20.06.2017).

Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi, http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/kurumsal/2014-09-04-11-23-58.html.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, **Sağlıklı Yaşam Araçları**, http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,3905/saglikli-yasam-araclari.html, (24.01.2017).

Sağlık Bakanlığı Bütçe Sunumu 2017, http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0, (30.05.2017).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, KHK/663, 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmî Gazete, Madde 4. (20.05.2017).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun No:224, 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (21.10.2015).

Sosyal Güvenlik Kanunu, Kanun No: 5502, 20.05.2006 tarih ve 26173 sayılı Resmî Gazete. (10.06.2017).

SGK İstatistik Yıllıkları, (10.04.2017), http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari.

SGK, **Mali İstatistikleri, Gelir ve Gider Dengesi**, 2016, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri. (10.04.2017).

SGK, **Mali İstatistikleri**, 2014, 2015, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri, 2016. (17.07.2017)

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5510, 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm (22.06.2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, http://www.sgk.gen.tr/genel/4a-4b-4c-nedir.html, (13.05.2017).

Sustainable Devolepment Goals, http://www.un.org/sustainabledevelopment/education/, (01.03.2016).

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesinin Finansmanı İçin Kredi Anlaşması, 9 Eylül 2009 tarih ve 27344 sayılı Resmî Gazete.

T.C. Maliye Bakanlığı, **2016 Bütçe Sunumu**, s.35, http://www.bumko.gov.tr/Uygulamalar/Bakan_Konusmalari/2016GenelKurul/index.html (12.04.2016).

T.C. Maliye Bakanlığı, **2017 Bütçe Sunuş Konuşması**, 5 Aralık 2016, http://www.gep.gov.tr/Web/GenelMudurlukDokuman.aspx?prmts=1577. (10.05.2017).

T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe Hazırlama Süreci**, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Web Sitesi, http://www.bumko.gov.tr/TR,41/butce-hazirlama-sureci.html, (10.05.2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Bakanlığının Tarihçesi**, http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/tarihce.html. (29.08.2016).

TÜİK, **Analitik Çerçeve, Kapsam, Tanımlar ve Sınıflamalar.** http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1084, (09.12.2015).

TÜİK Haber Bülteni, **Hane Halkı Tüketim Harcaması, 2015**, Sayı: 21580, 01.08.2016.

TÜİK Haber Bülteni, **İllerde Yaşam Endeksi, 2015**, Sayı:24561, 22 Ocak 2016.

TÜİK, **Türkiye'de Katostrafik Sağlık Harcamaları**, 09.12.2015. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamalari_2014_TR.pdf, (21.05.2016).

TÜİK, **Sağlık İstatistikleri**, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (21.05.2016).

TÜİK, **Sağlık Harcamaları Haber Bültenleri**, 2008, 2009-2012, 2013, 2014, 2015. http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBArama.do, 15.05.2017.

TÜİK, **Sağlık Harcamaları İstatistikleri**, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (22.02.2017).

TÜİK, **Yasam Memnuniyeti Araştırması, 2016**, Haber Bülteni, Sayı: 24641, 22.02.2017, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24641 (13.05.2017).

Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı, (15.04.2016) https://www.tbmm.gov.tr/kultursanat/yayinlar/yayin001/001_00_008.pdf.

Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması, İkraz No: 3057 TU, 07.10.1990 Tarih ve 20658 Sayılı Resmî Gazete.

Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (İkinci Sağlık Projesi), İkraz No: 3802 TU, (28 Eylül 1994), 22.11.1994 tarih ve 22149 Sayılı Resmî Gazete.

Türkiye Cumhuriyeti İle Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında İkraz Anlaşması (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi), İkraz No: 4201 TU, 17.12.1997 tarih ve 23203 sayılı Resmî Gazete.

Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası Arasındaki 30 Haziran 2009 Tarihli Kredi Anlaşması. (Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi), http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090909-1.htm (14.06.2017).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 31 Mayıs 1961 tarih ve 10816 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10816.pdf, (17.05.2016).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 20 Ekim 1982 tarih ve 17844 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17844.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17844.pdf, (17.05.2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Romanların Yoğun Olarak Yaşadıkları Yerlerde Sosyal İçermenin Desteklenmesi Operasyonu-SIROMA Projesi Sağlıkta Farkındalık Eğitimleri**, http://disab.saglik.gov.tr/TR,19975/romanlarin-yogun-olarak-yasadiklari-yerlerde-sosyal-icermenin-desteklenmesi-operasyonu-siroma-projesi-saglikta-farkindalik-egitimleri.html, (13.05.2017).

Uluslararası Temel İnsan Hakları Belgeleri, "**İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi"**, https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/mevzuat_TIHB.htm. 10.05.2016.

UNESCO Institute for Istatistics, (UIS), http://data.uis.unesco.org/Index.aspx, (01.03.2016).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 06.05.1930 tarihli ve 1489 sayılı Resmî Gazete, http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf (20.04.2016).

Yürütülen Projeler- SDSGRP (II. Faz), Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi Web Sitesi, http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdsgrp-ii-faz.html, (12.06.2017).

WHO, **Dünya Sağlık İstatistikleri, Bölgesel İstatistikler**, 2015, http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en, (19.07.2017).

WHO, **Global Health Observatory (GHO) data**, 13 Şubat 2017 http://www.who.int/gho/health_financing/government_expenditure/en, (15.06.2017).

WHO, **Sağlık İstatistikleri**, http://apps.who.int/gho/data/node.imr.MDG_0000000001?lang=en, (19.07.2017).

World Bank, **Country Classification,** https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups, (25.02.2017).

World Bank, **Health Statistics**, http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?view=chart (23.04.2017).

World Bank, **Health Statistics**, http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2015&start=2015&view=map, (19.07.2017).

1921 Teşkilatı Esasiye Kanunu. Kanun No:85, 20 Ocak 1921, Düstur, 3. Tertip, Cilt 1, http://www.anayasa.gen.tr/1921tek.htm, (17.05.2016).

2017-2019 Orta Vadeli Program, http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/10200,ortavadeliprogram20172019pdf.pdf, (27.02.2017).

2018-2020 Orta Vadeli Program, http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Yaynlar/Attachments/768/Orta%20Vadeli%20Program%20(2018-2020).pdf, (02.11.2017).

5.1.1961 Tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 8.5.1969 Tarih ve 1175 Sayılı Kanun'la Değişik 20'nci Maddesinin Değiştirilmesine Dair Kanun, Kanun No: 2858, 25 Haziran 1983 tarihli ve 18088 sayılı Resmî Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (21.10.2015).

25 Ağustos 2017 tarihli ve 30165 sayılı Resmi Gazete, http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx#, (25.11.2017)