****

**ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİ BOYUTUNUN İLAÇ DESTEĞİ ÖZELİNDE SPESİFİK İNCELENMESİ**

**Osman GÜNAY**

**KASIM 2018**

**DENİZLİ**

**ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİ BOYUTUNUN İLAÇ DESTEĞİ ÖZELİNDE SPESİFİK İNCELENMESİ**

**Pamukkale Üniversitesi**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Maliye Anabilim Dalı**

**Tezsiz Yüksek Lisans Projesi**

**Osman GÜNAY**

**092263009**

**Danışman: Doç. Dr. Fatih DEYNELİ**

**KASIM 2018**

**DENİZLİ**

**TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ ONAY FORMU**

Maliye Anabilim Dalı öğrencisi Osman GÜNAY tarafından hazırlanan “Özel Sağlık Hizmetlerinin Mali Boyutunun İlaç Desteği Özelinde Spesifik İncelenmesi” başlıklı Tezsiz Yüksek Lisans Projesi tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından Tezsiz Yüksek Lisans Projesi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Fatih DEYNELİ

Danışman

Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun………….. tarih ve ………….. sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet Vefa NALBANT

Müdür

ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atıfta bulunulduğunu beyan ederim.

Osman GÜNAY

ÖZET

**ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİ BOYUTUNUN İLAÇ DESTEĞİ ÖZELİNDE SPESİFİK İNCELENMESİ**

Osman GÜNAY

Yüksek Lisans Dönem Projesi

Maliye ABD

Proje Yöneticisi:

Kasım 2018, 52 Sayfa

Türkiye’de ilaç harcamaları sağlık harcamaları arasında oldukça fazla yer tutmaktadır. Çalışmada ilaç sektörü ve bileşenleri, 2010-2016 yılları arasındaki ilaç harcamaları ve üretimleri konuları incelenmiştir. İlaç italatçıları ve üreticileri 2016 yılında iki milyar kutu ilaç satışı yapmıştır. Bu satışta ilk sırada ağrı kesiciler yer alırken, ikinci sırada antibiyotikler bulunmaktadır. OVP raporuna göre, Türkiye ilaç pazarı 2016 yılında bir önceki yıla göre yüzde 17 büyümüştür.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinin mali boyutununun ilaç desteği yönünden incelenmesi amaçlanmıştır. Bunun için yıllar içinde ilaç pazarının gelişimi ve ilaç maliyetlerinin artışı konularındaki değişiklikler incelenmiştir. Sağlık hizmetleri maliyeti içerisinde ilaç maliyetinin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bunun için, akılcı ilaç kullanarak kutu adetinin düşürülmesine yönelik çalışmalara önem verilmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** İlaç sektörü, İlaç harcamaları, Sağlık ekonomisi

İÇİNDEKİLER

[ETİK BEYANNAMESİ 2](#_Toc504754870)

[ÖZET 3](#_Toc504754871)

[İÇİNDEKİLER 4](#_Toc504754872)

[ŞEKİLLER DİZİNİ 6](#_Toc504754873)

[GRAFİKLER LİSTESİ 7](#_Toc504754874)

[SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ 8](#_Toc504754875)

[GİRİŞ 9](#_Toc504754876)

[BİRİNCİCİ BÖLÜM 11](#_Toc504754877)

[1. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE MALİ BOYUTU 11](#_Toc504754878)

[1.1. Sağlık Sektörü 11](#_Toc504754879)

[1.1.1. Sağlık Hizmetleri 12](#_Toc504754880)

[1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 14](#_Toc504754881)

[1.1.2. Sağlık Hizmetleri Etki Alanları 17](#_Toc504754882)

[1.2. Sağlık Ekonomisi 19](#_Toc504754883)

[1.3. Sağlık Harcamaları 23](#_Toc504754884)

[1.4. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler 24](#_Toc504754885)

[1.4.1. Kişi Başı Düşen Gelirin Büyümesi 25](#_Toc504754886)

[1.4.2. Eğitim Seviyesi Ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi 26](#_Toc504754887)

[1.4.3. Sosyal Değer Ve Yargıların Değişmesi 26](#_Toc504754888)

[1.4.4. Teknolojik Gelişmeler 27](#_Toc504754889)

[1.4.5. Şehirleşme 28](#_Toc504754890)

[1.4.6. Ortalama Yaşam Süresinin Uzaması 28](#_Toc504754891)

[1.5. Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerinde Yükü 29](#_Toc504754892)

[1.6. Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Harcamaları 29](#_Toc504754893)

[1.6.1. Sağlık Hizmetlerini Örgütlemesi Ve Yönetimi 30](#_Toc504754894)

[1.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı 33](#_Toc504754895)

[İKİNCİ BÖLÜM 35](#_Toc504754896)

[SAĞLIK SEKTÖRÜ İÇİNDE KAMU İLAÇ HARCAMALARININ YERİ VE ANALİZİ 35](#_Toc504754897)

[2.1. Türkiye’de İlaç Sektörü Ve Pazarı 35](#_Toc504754898)

[2.2.Türkiye İlaç Harcamalarının Genel Durumu 37](#_Toc504754899)

[2.2.1. Ekonomide Sağlık Harcamalarının Yeri 39](#_Toc504754900)

[2.2.2. Sosyal Güvenlik Kurumları Bünyelerinde İlaç Harcamaları 40](#_Toc504754901)

[2.3. İzlenen İlaç Politikaları 40](#_Toc504754902)

[2.4. Betimsel Analiz 42](#_Toc504754903)

[2.4.1. Amaç 42](#_Toc504754904)

[2.4.2. Sınırlılıklar 42](#_Toc504754905)

[2.4.3. Yöntem 43](#_Toc504754906)

[2.4.4. Veri 43](#_Toc504754907)

[SONUÇ 44](#_Toc504754908)

[KAYNAKÇA 46](#_Toc504754909)

ŞEKİLLER DİZİNİ

[Şekil 1 Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar 15](#_Toc504735156)

[Şekil 2 Sağlık Ekonomisinin Kapsamı 22](#_Toc504735157)

[Şekil 3 Sağlık Bakanlığı 2003 yılı öncesi merkezi teşkilat şeması 30](#_Toc504735158)

[Şekil 4 Sağlık Bakanlığı 2011 merkezi teşkilat şeması 31](#_Toc504735159)

[Şekil 5 Sağlık Bakanlığı 2015 Merkezi Teşkilat Şeması 31](#_Toc504735160)

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No:

[**Grafik 1** Türkiye İlaç Pazarı 36](#_Toc504522795)

[**Grafik 2** Kamu sağlık harcamaları (ilaç dâhil) ile ilaç harcamalarının gelişimi 38](#_Toc504522796)

[**Grafik 3** Kutu sayısı ölçeğinde ilaç pazarının gelişimi 39](#_Toc504522797)

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

**ABD** **:** Anabilim Dalı

**diğ. :** Diğerleri

**Dr. :** Doktor

**DSÖ-WHO** : Dünya Sağlık Örgütü

**GSYH** : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

**GSMH** : Gayri Safi Milli Hasıla

**M.E.B.** : Millî Eğitim Bakanlığı

**OECD :** Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü

**OVP** : Orta Vadeli Program

**Prof. :** Profesör

**s.** **:** Sayfa No

**SBE :** Sosyal Bilimleri Enstitüsü

**TÜİK**  : Türkiye İstatistik Kurumu

**YYLT :** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin niteliği ve etkinliği, birey ve toplum sağlığı ile yakından ilgilidir. Hem az gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin gündeminden hiç düşmeyen konuların başında sağlık alanında yaşanan sorunlar gelmektedir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde önemli bir paya sahip olan ilaç harcamaları, çoğu zaman tartışmaların odağını oluşturmaktadır.

 İlaç zengin yoksul herkesin gereksinim duyduğu ve ihtiyaç halinde geciktirilmeden kullanılması gereken bir sanayi ürünüdür. İlacın diğer sanayi ürünlerinden ayrılan ve ona sosyal bir içerik kazandıran özellikleri vardır. İlaçta diğer sanayi ürünlerinden farklı olarak talep esnek değildir. Yani, çoğu gereksinmemizi çeşitli nedenlerle ertelerken ilaç kullanımı gerekli olduğu andan itibaren kullanılması zorunludur. İlaç kullanımının ertelenmesi ya da geciktirilmesi söz konusu değildir.

 İlaçta kalite kendinden beklenen fiziksel, kimyasal ve biyolojik kalite normlarına sahip olmasıdır. İlaç piyasasının talep cephesinde yer alan hastanın ilaçlar hakkında bilgi edinmesi imkânsızdır. Dolayısıyla ilaç tüketiminde hasta adına doktorun karar verdiğini ve talebin derecesini doktorun belirlediği söylenebilir. Ülkemizde sağlık sektörünün her alanında olduğu gibi son yıllarda ilaç politikasında da büyük değişim gözlemlenmektedir. Bu süreç içerisinde ilaç ruhsatlandırma aşama ve fikri mülkiyet haklarıyla başlamaktadır. Avrupa normlarının gözetildiği ve kalite algısının tartışmaya açık olmakla birlikte gerekli olan iyileştirmeler yapılmaya çalışılmaktadır. Fiyatlandırma ve sosyal güvenlik kurumlarıyla işbirliği dahilinde geri ödeme ile ilaçta tasarruf ölemlerinin alınması sağlanmaya çalışılmaktadır. (Top, Tarcan, 2004, ss.177-178).

Ülkemizde kurumlarca ilk uygulamaya konulan ucuz ilaç politikası vardır. başta Sosyal Güvenlik kurumu ve diğer benzeri kurumlar geri ödemeyi en ucuz ilaç fiyatından ödeme yapmaktadır... Son yılların en çok tartışılan konularından birisi olan ilaç piyasası, sağlık harcama kalemleri içinde en yüksek harcama oranına sahiptir. İlaç sektöründe ileri teknoloji kullanılmaya başlanılmasıyla, ölüm ve hastalık oranlarında önemli düşüşler yaşanmıştır. Devlet müdaheleleri genel bazlı olup hem ilaç sektörüne hemde diğer sağlık sektörleine etki etmektedir. Bazı müdaheleler sonucunda sağlık sistemine doğrudan ilaç satın alarak toplumun ihtiyaçlarını gözetir.

İlaç sektörünün yapısal olarak değişkenliği göz önüne alınarak çoklu protokol uygulaması geliştirilmiştir. Gelişmiş ülkelerdeki fiyat politikalarındaki örnekler incelenmiş ve ülke içinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Protokollerin yapısal olarak düzenlenen kısmı için güvenilirlik ve kalite unsurları gözetlenmiştir. Dizgisel düzenlemelerde ise fiyat, kar marjı, ve araştırma maliyeti düzenlemesine gidilmiştir. Dağıtım ağı ve perakende satış endeksleri tüm kişi, kurum ve firmaları koruyucu olarak uygulamaya koyulmuştur. Finansal tüm kaynakları devletin karşıladığı durumlarda hedef bütçe sınırları içerisinde kalabilmektir.

Bu çalışmada, Türkiye’nin sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının durumu incelenmiştir. Tezin birinci bölümünde; sağlık sektörü ve mali boyutu incelenmiştir. Bu bölümde; sağlık sektörü, sağlık ekonomisi, sağlık harcamalarını etkileyen etmenler, sağlık harcamalarının devlet bütçesi içindeki yeri ve Türkiye’deki sağlık sistemi ve harcamaları alt başlıklarla açıklanmıştır.

İkinci bölümde ilaç sektörü teorik boyutlarıyla ve uygulamadaki durumu açısından ele alınacak ve ilaç sektörünün uygulamadaki durumu incelenirken Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve İlaç İşverenler Sendikasının oluşturdukları rapor ve istatistiklere ait veriler kullanılacaktır. Bu kurumların ilaç sektörleri; üretim, tüketim ve yatırım bakımından yayımladıkları raporlar incelenecektir. İlaç harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki yeri, Türkiye’de ilaç kullanım oranları ve Türkiye’de mevcut durum ve sorunlar ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Sonuç kısmında ise, genel bir değerlendirme ve önerilere yer verilecektir.

BİRİNCİCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE MALİ BOYUTU

1.1. Sağlık Sektörü

İnsanın en temel içgüdüsü hayatta kalmadır. Bu iç güdünün gerekleri yerine getirildikten sonra ise sağlıklı bir yaşam sürme ihtiyacını doğmaktadır. İnsanlık tarihinin başından bu yana insanlar, kaybedilen sağlığın geri kazanılması yönünde birçok uygulama kullanmışlardır. Daha önceleri sadece kaybedilen sağlığın geri kazanılması üzerinde çalışılırken, özellikle son zamanlarda sağlığın korunması yönünde yapılan çalışmalar ön plana çıktığı görülmektedir. Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır. (Sophia Witter, 2002, s.4).

Sophia Witter`e (2002) göre:

*“Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur”*

Sağlıklı bir yaşam sürebilme her canlının doğal bir hakkıdır. Sağlık kavramının dar ve geniş kapsamlı olan birçok tanımlaması yapılabilir. Kişilere göre sağlıklı olma durumu farklı farklı değerlendirilebilir. Doktorlara göre insan vücudundaki en küçük normal dışı bir durum sağlık sorunu olarak dikkate alınıp, değerlendirilirken, bazı kişiler ciddi bir rahatsızlık olmadığı sürece küçük değişiklikleri dikkate almayıp, hastalık olarak değerlendirmezler (Öztek, 2001, s.294). Evrensel olarak kabul görmüş tanım Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ-WHO) kuruluş anayasasında yer alan sağlık tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü (1948) sağlığı; *“sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur”* şeklinde tanimlanmistir (DSÖ, 1986).

Sağlığın kaybedilmesine hastalanmak denilir. “*Sağlık ve hastalık kavramları, tıbbi sosyoloji alanında hala tartışılmakta olan konulardır. Klasik tıp anlayışına göre sağlık, özünde biyolojik bir durumdur ve bireyin biyolojik yapısındaki bozulmalar, hastalık olarak kabul edilmektedir. Hastalık genellikle sağlığın olmayışı olarak tanımlanırken, sağlık ise hastalığın bulunmaması olarak tanımlanır* (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s.18). Sağlığın kaybedilmesine sebep olan birçok unsur vardır. Bunlar; çevre, yaşam şekli, sağlık hizmetlerinin yeterlilik durumu ve kalıtsal rahatsızlıklar olarak sıralanabilir (Çetin, 2015, s.48).

Kaybedilen sağlığın geri kazanılmasının yanı sıra sağlığın korunması, sağlıklı bir yaşam sürdürebilme de önem taşımaktadır. Sağlığın korunması, devam ettirilmesi ve geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir. Sağlıklı bir toplumun oluşturulması için ülke yönetiminin, ekonomik ve sosyal çevrenin ve sağlık sektörünün dayanışma içerisinde birlikte çalışabilmeleri gerekmektedir. Ülke yönetimi sağlık sektörünün ihtiyaçlarının karşılanması, özellikle sağlığın korunması yönünde geliştirilmeye çalışılan yöntemleri desteklemesi, sağlık yönünde yapılan çalışmaları ve sağlık kurumlarını denetlemesi gerekir. Ekonomik çevreler sağlık hizmetleri için gerekli olan maddi ihtiyaçların karşılanabilmesi yönünde çalışmalar yaparken, sosyal çevreler biyolojik ve fiziki çevrenin insan sağlığına uygun şekle getirilmesi yönünde çalışmalarda bulunurlar (Cece, 2017, s.4).

1.1.1. Sağlık Hizmetleri

İnsan yaşamında büyük bir rol oynayan sağlığın elde edilmesi, korunması ve sürekliliğinin sağlanması için, sağlıkla ilgili mal ve hizmet oluşturan ve insanlara ulaşmasını sağlayan kurum ve kuruluşların tümü birden sağlık sektörünü denilmektedir. Bu sektörün bütün faaliyetler de sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Gerçekleştirilen tüm bu faaliyetler daha sağlıklı, etkin ve üretken bir toplum yapısı oluşturmayı amaçlamaktadır. “*İnsanların sağlığının korunması, gerektiğine tedavi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denilmektedir* (Kısa ve Kavuncubaşı, 2010, s.7).”

Sağlık hizmetleri üç farklı türde incelenmektedir. Bunlar; koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Olası hastalıkların önüne geçilebilmesi için geliştirilen aşılar, genetik hastalıkları taşıma olasılığı olan kişilere yönelik geliştirilen tedavi yöntemleri korumaya yönelik sağlık hizmetlerindendir. Bunların yanı sıra çevresel ve yaşamsal koşulların iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı alınan genel önlemler, zararlı alışkanlıklardan korunma, erken teşhis, aile planlaması, beslenme alışkanlıkları ve toplumun sağlık konusunda bilinçlendirilmesi gibi konularda koruyucu sağlık hizmetleri arasındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin hastalanmadan, sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Kişilerin kaybettikleri sağlıklarını geri kazanmalarını hedefleyen sağlık faaliyetleri de tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamındadır. Kişilerin sakatlık durumlarında üçüncü kişilere muhtaç olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri yönünde yapılan bazı faaliyetler de tedavi edici sağlık hizmetleri içerisinde sayılabilir. Bu yönde yapılan uzun süreli ve kapsamlı faaliyetler daha çok rehabilitasyon hizmetleri kapsamındadır (Öztek, 2001, s. 294).

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, kaliteli bir yaşam, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve sağlık alanındaki gelişmelerdir (WHO, 2000, s.19).

Sağlık hizmetleri tüm insanlara yönelik çalışmaları içermektedir. Yani sağlık hizmetleri tüm insanlığa hitap eden faaliyetlerdir. Genel anlamda toplumun sağlıklı yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesidir. Tüm topluluklara hitap eden bu faaliyetler bir tür hizmet üretimidir. Diğer hizmet sektörleriyle büyük ölçüde benzerlik göstermesine rağmen bazı farklılıkları da vardır. Sağlık hizmetleri kutsal bir nitelik taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesiyle elde edilen fayda, diğer hizmet faaliyetlerinin sonuçlarıyla karşılaştırılamaz (Özer, 2014, s.67).

Sağlık hizmetleri genel anlamda kâr amacı değil, sosyal amaçlı faaliyetleri içerir. Yani maliyet, fayda ve karlılık gibi kavramlar sağlık sektöründe diğer sektörlerden farklı bir anlam içermektedir (Kantar, 2017, ss.3-5). Sağlık hizmetleri dinamik bir yapıya sahiptir. Kişilerin ne zaman, nerede sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı önceden bilinemez ve bunu belirlemek oldukça zordur. Sağlık hizmetlerine genelde hastalık belirtisi ya da hastalık oluşumunda başvurulur. Örneğin; gayet sağlıklı olan bir kişinin kaza geçirmesi sonucu sağlık hizmetine acilen ihtiyaç duyabilir. Ayrıca talep edilen sağlık hizmetinin ne derece olacağı ve kim tarafından ya da ne şekilde karşılanacağının önceden kestirilebilmesi olanaksızdır. Salgın hastalık, doğal afet, savaş gibi olağan üstü durumlarda kimlerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı ve bu ihtiyacı kimlerin karşılayabileceği önceden belirlemenin imkânı yoktur (Ateş, 2011, ss.1-2).

Hastalık durumu kişinin hem bedensel hem de zihinsel tüm fonksiyonları zayıflar. Kişinin sağlık durumundaki en küçük bir olumsuzluk sosyal hayatı ve iş hayatına etki edeceği için sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmesi veya ertelenmesi söz konusu olamaz. Özellikle kişi rahatsızlığı sebebiyle kendi ihtiyaçlarını karşılayamaz veya çok fazla ağrı ve acı çeker durumdaysa acilen sağlık hizmeti alması gerekir (Kök, 2016, ss.35-37).

1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Daha önceleri kaybedilen sağlığın geri kazanılması yönünde çalışmaları içeren sağlık hizmetleri bunun yanı sıra son zamanlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi üzerine de yoğunlaşmıştır. Sağlık hizmetleri Şekil 1’de de görüldüğü gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç bölüme ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kapsamı da genişlemiştir.

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Koruyucu sağlık hizmetleri mevcut sağlık durumunun korunmasını ve sağlık yönünden kaliteli bir yaşam sürdürülebilmesi yönündeki çalışmaları içermektedir. İnsanların sağlıklarını iyileştirici tüm iyileştirmeleri amaçlar. Yaşamın hastalıktan arındırmaya yönelik :

* temiz su kaynaklarına ulaşımı kolaylaştırma
* çevre kirliliğini minimal düzeye indirmek
* bağımlılık yapıcı maddelere karşı mücadele
* aile planlaması ve beslenme alışkalnlığında bilinçlendirme
* bulaşıcı hastalıklara karşı düzenli kontrol
* toplum bilinçlendirmesi için düzenli eğitim verilmesi gibi hedefleri vardır. (Öztek 2001, s.294).

Şekil Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar



**Kaynak:** Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 6. Basım, s.80

Koruyucu sağlık hizmetlerinde ki faaliyetler iki bölümde incelenebilir. Bunlar kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Kişiye yönelik aşılama, bağışıklık kazandırma, hastalık riski taşıyan kişilerin kontrollerinin düzenli şekilde yapılması, erken teşhis, sağlıklı beslenme, kişisel temizlik, aile planlaması gibi konularda kişilerin bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi gibi çalışmalar kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamındadır. Temiz su, hava ve yaşam koşullarının düzenlenmesi, çevrenin temizliği, toplu yerlerde bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek adına alınan tüm çalışmalar çevresel koruyucu sağlık hizmetlerinin çalışma alanındadır (Doğan, 2008, s.11).

**Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Fiziksel ve ruhsal olaraksağlığını yitiren kişilere sağlıklarını tekrar kazanabilmeleri için yapılan tüm faaliyetlere tedavi edici sağlık hizmetleri denilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılmaktadır. Bunlar; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir (Doğan, Doğan, 2009, s.8).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sorunun giderilmesinde sağlık kurumunda yatması gerekmeden, ayakta veya evde tedavi ile verilen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleridir. Temel tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsadığı için koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte verilebilmektedir. Kişi sağlık sorunu yaşadığında önce birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvurmalı, eğer hekim tedavinin bu kurumda yapılamayacağına karar verip bir üst sağlık kuruluşuna sevk ederse, kişi gerekli olan sağlık hizmetini o kurumdan almaya başlamalıdır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak tanı ve tedavi için verilen hizmetlerdir. Bu sağlık hizmetleri tam teşekküllü hastanelerde, günü birlik yatış-çıkış yapılan sağlık kurumlarında verilmektedir. Tanısı ve tedavisi kolay olan, ayrıntılı araştırma ve tedavi gerektirmeyen sağlık hizmetleridir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, tanısı ve tedavisi zor olan, yoğun araştırma ve tedavi gerektiren sağlık sorunlarının giderilmesinde kullanılır. Üniversite, belirli bir alan üzerinde yoğunlaşmış dal hastanelerinde, yüksek tıp teknolojisinin kullanıldığı tedavi merkezlerinde sunulan sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde basamaklandırılarak verilmesi, hem daha verimli sağlık hizmeti sunulmasını hem de gereksiz kaynak kullanımının önüne geçilmiş olur (Kısa, Kavuncubaşı, 2010, s.7).

**Rehabilitasyon Hizmetleri:** Bireysel ve toplumsal rahatsızlıkların giderilmesi ya da en aza indirilmesi yönünde çalışır. Bu sağlık hizmeti rehabilite merkezlerinde, evde bakım hizmetiyle ve hastanelerde verilebilmektedir. Bireysel rehabilitasyon hizmetleri trafik veya iş kazası, hastalık sonucunda oluşan ruhsal ve fiziksel sorunların giderilerek kişinin üçüncü kişilere olan ihtiyacının en aza indirilmesi ve kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelebilmesi amacıyla verilmektedir. Salgın hastalık, savaş, deprem gibi doğal ve yapay felaketlerin neden olduğu olumsuzlukların giderilmesi gibi faaliyetlerde topluma yönelik rehabilite edici sağlık hizmetlerindendir. (Öztek 2001, s.294)

1.1.2. Sağlık Hizmetleri Etki Alanları

Gelişmiş olan ülkeler, insan gücünün öneminin son yıllarda artmasına bağlı olarak, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine daha fazla yatırım yapılması gerektiğini düşündüğü için bu alana her yıl daha fazla kaynak ayırmaktadır. İnsan sağlığının korunup, geliştirmesi ekonomik kalkınma üzerinde de olumlu etki yarattığı için bazı ülkeler bu alana her geçen yıl daha fazla önem vermekte ve kaynak ayırmaktadır. Bu ülkeler sağlık sektörüne yapılan harcamaları üretken yatırım olarak değerlendirmektedirler (Özer, 2014, s.70).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojinin, araç, gerecin oldukça pahalı olması ve büyük ölçüde işgücüne bağlı olması, kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi önemli ölçüde finans gerektiren bir durumdur. Sağlık problemlerinin hızlı bir şekilde giderilmesi gerektiği için sağlık hizmeti gereksinimi olan kişinin hizmet bedeli konusunda pazarlık etme şansı yoktur (Er 2015, 51).

Sağlık hizmetleri piyasasında, etkin kaynak tahsisini önleyen nedenler olarak belirtilen faktörler piyasada bazı aksaklıklara neden olabilmektedir. Bunun için rekabetçi piyasalar, sağlık hizmetlerinde işlevsel değildir ve bu şartların sağlanmadığı yerlerde farklı bir piyasa türü oluşur. Sağlık hizmetleri alanında özel piyasalar pareto etkili olabilir. (Hayran, 2000, ss.28-31). Ancak bu sağlık hizmetlerinin karşılığını ödeyemeyecek durumda olan kişilerinde bu hizmetlerden yararlanabilmesi piyasa etkinliğini bozmaktadır.

Birçok sağlık ekonomistlerine göre, sağlık hizmetinin tüketim ve yatırım unsurlarını bir arada barındırması, gelirle kıyaslandığında sağlık hizmeti maliyetinin yüksek olması, sağlıksız bir toplumun ekonomiye katkısının olması nedeniyle diğer piyasalardan farklı özelliklere sahip olduğunu belirtmektedirler. Sağlık sektörünün kendine özgü özelliğinden kaynaklı olarak, piyasada başarısızlıklarla karşılaşılabilmektedir. (Tengilimoğlu vd. 2009, s.40).

H. Nadaroğlu (1981)’na göre; “*Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına girmektedir”*. Sağlık hizmeti sunulması sonucunda oluşan yarar sadece bireye özgü değildir. Topluma da sosyal yarar sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinden sağlanan kişisel yarar pazarlanabilir, ancak sosyal yarar pazarlanamaz. Mal veya hizmet üretmek isteyen üretici sadece elde edebileceği yararı düşünerek faaliyette bulunur. *“Belirli bir muayene, tedavi, aşı hizmetleri öncelikle bireylerin sağlığını etkilemekte bu arada da toplumun genel sağlığına önemli katkı sağlamaktadır. Toplumun genelinin, daha sağlıklı bir yapıya kavuşması, bir üretim faktörü olan emeğin verimliliğinin artmasına neden olur.”* (Özer, 2014, ss.70-76).

Toplumda gelir seviyesi dengeli olmadığında toplumun bir kısmı ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini satın alamaması durumunda, doğal olarak topluma yayılacak olan dışsal fayda sınırlanabilmektedir. Bu tür durumlarda ülke yönetiminin devreye girip, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini satın alamayan kişilerin hizmetten yararlanabilmesini sağlamak adına yeşil kart gibi düzenlemeler yapması gereklidir. Ayrıca ülke yönetimi sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve etkin bir şekilde verilmesine destek olmak amacı ile sağlık personeli ve kurumlarını destekleyici düzenlemeler de yapmalıdır (Gürdoğan, 2017, s.14).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi özel sektörün yanı sıra kamu sektörünce de desteklenip, üretimi sağlanır. Sağlık hizmetlerinin üretiminin sadece özel sektöre bırakılmaması ekonomik, teknik, sosyal ve etik nedenlerle, sağlıklı bir yaşam sürdürmenin her insanın hakkı olması ve anayasal bir hak olmasıdır. Bunun için sağlık hizmetlerinin üretilmesi sadece özel sektöre bırakılması söz konusu değildir (Özer, 2014, ss.70-76).

Sağlık kavramının diğer mal ve hizmetlerden farklı olması nedeniyle, sağlık piyasası diğer mal ve hizmet piyasalarından farklıdır. Sağlık hizmetlerinin kamusallık ve dışsallık özelliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin fiyatının gerçek maliyeti yansıtması güçtür (Gürdoğan, 2017, ss.14-16).

İnsanların sağlık durumlarındaki bozukluk sonrasında iki farklı ekonomik sonuç oluşur. Bunlardan biri kişinin bozulan sağlık durumu sonucunda çalışamaz hale gelip, kendi geçimini sağlayamaz hale gelmesidir. İkincisi ise kişinin sağlığını geri kazanabilmek için yaptığı harcamalar nedeniyle meydana gelen maddi kayıptır. Sağlıklı bireylere sahip olma, toplumun geleceği ve refah düzeyi açısından son derce önemlidir. Ülkelerin ekonomik kalkınması ve gelişmesinde gerekli olan insan gücünün karşılanabilmesi için sağlıklı bir topluma ihtiyaç vardır (Tengilimoğlu vd. 2009, ss.40-43)

Hem bireysel hem de toplumsal bütçe açısından kişinin sağlık durumundaki olumsuzluk gelirin azalmasına, giderin artmasına, böylelikle bütçenin açık vermesine neden olmaktadır. Sağlıklı bir toplum beşerî sermayeyi besleyen ve gelişimine katkı sağlayan bir etmendir. Sağlıklı bireylere sahip bir topluluğun beşerî sermaye kalitesini de yükseltir (Gürdoğan, 2017, ss.14-16).

1.2. Sağlık Ekonomisi

Hastalık ve sağlık kavramları insanlığın varoluşundan bu yana insan yaşamında mevcutturlar. Modern tıbbın henüs var olmadığı zamanlarda sağlık hizmetleri daha çok yardım ve hayır işi olarak görülmekteydi. Daha sonraları sağlık hizmetleri kurumsallaştırılmış ve sağlık kurumları oluşturulmuştur. Özellikle son dönemlerdeki gelimelere bağlı olarak tıp alanında oldukça kapsamlı bir gelişim ve değişim meydana gelmiştir. Sağlık alanında verilen hizmetler çeşitlilik kazanması ile sağlık hizmetlerinin önemi artmış. Dünya çapında sağlığın ve sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi genel kabul görmüş. Daha sağlıklı bir toplum ve kaliteli yaşam sürebilme adına kaynak arayışına gidilip, yeni çalışmalar yapılmıştır. zamanla sağlık hizmetlerinin sosyal yapısının yanı sıra ekonomik boyuttunun da öenm arz ettiği görüşü hakim olmaya başlamıştır. Bunun için etkin ve kaliteli sağlık hizmetini eldeki mevcut kaynakları en uygun şekilde kullanarak sağlayabilmek amaçlanmıştır. Sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların genel mali durumlarının incelenmesi sonucunda, kaynakların etkin kullanımı sağlayacak programların belirlenmesi ve uygulanması gerekmektedir (Mutlu ve Işık, 2005, ss.94-95).

Sağlık ekonomisi, sağlık alanında verilen tüm hizmetlerin ekonominin imkanlarından yararlanılmasıdır. Toplum ve bireylerin mevcut sağlıklarını korumak, sağlık durumlarının bozulmasında tedavi hizmeti sunmak, kişilerin başkalarına ihtiyaç duymadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için rehabilitasyon hizmetleri sunmak ve toplumun yaşam ferahını sağlamak için ekonomik imkanların kullanılması durumudur (Orhaner, 2000, s.17).

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin kural, yöntem ve analiz tekniklerinin sağlık alanına uygulanmasını sağlar. Toplum ve bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli bir şekilde verilebilmesi için mevcut kaynakların hangi ekonomik ve sosyal sistem ile sağlanabileceğinin tespit edilmesi sağlık ekonomisinin kapsamındadır. Sağlık sektörü dinamik bir yapıdadır. Ekonomi de karmaşık bir bilim dalı ve disiplindir. Sağlık ekonomisi oldukça karmaşık ve kapsamlı bir kavramdır. Sağlık sektöründeki arz ve talebin özellikleri, sağlık hizmetlerinini işleyişi, devletin sağlık sektörüne katkısı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık planlama, politika ve sistemleri, bütçeleme ve denetleme yöntemleri, sağlık sektöründe iş gücü planlaması ve sağlık sistemi bütünün değerlendirilmesi sağlık ekonomisi kapsamındadır (Çalışkan, 2008, ss.32-35).

Sağlık hizmetleirnde ihtiyaç duyulan kaynaklar sınırlı olmasından dolayı, eldeki kaynakların etkin kullanılması ile minimum kaynak ile maksimum faydanın sağlanması amaçlanmalıdır. En fazla yarar sağlanan birimlerin geliştirilmesine ve kaynakların bu alanlarda kullanılmasına öncelik verilmelidir. Bu düzenlemelerin yapılabilmesi, kaynak israfının önlenmesi, kaynakların uygun birimlerde etkin kullanılmasını sağlamak için sağlık ekonomisine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık sektöründe önem arz eden birimlere daha fazla kaynak aktarımının yapılması ve birimlere ihtiyaçlarının üzerinde kaynak aktarımının yapılmamasının önüne geçilebilmesi için gerekli olan politikaların ve izlenecek yolların belirlenmesine çalışılır (Mutlu ve Işık, 2005, ss.94-95).

Sağlık ekonomisi kapsamında temel ekonomik faktörlerde çoğunlukla yer almaktadır. Sağlık sektörü üzerine yapılan analizlerde de sıklıkla temel ekonomik unsurlardan yararlanılmaktadır.

Temel ekonomik unsurlar, sağlık ekonomisi içerisinde de sıklıkla yer almakta ve sağlık sektörü üzerine yapılan analizlerde önemli bir yer kaplamaktadır. Sağlık sektörünün temel amacı, verilen hizmetlerle toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, korumak ve geliştirmektir. Sağlığı geliştirme yönünde yapılacak olan bir faaliyetin uygulanmasının uygunluğu, bu faaliyet gerçekleştirildikten sonra elde edilebilecek fayda ile fayda elde etmek için yapılan harcamalarla farklı bir alternatif gerçekleştirildiğinde elde edilecek faydanın karşılaştırılması gerekir. Hangi faaliyetin getirisi fazla ise onun yapılması daha kazançlı bir sonuç elde edilmesini sağlar. Bu uygulama fırsat maliyeti kavramının bir gereğidir (Orhaner, 2000, s.17). Kaynakların kısıtlı olması durumunda, fırsat maliyeti kavramı kazanılan mal ve hizmet miktarını, gerçekleştirilmeyen diğer alternatif seçenek sonucunda kazanılacağı planlanan mal ve hizmet bedeli üzerinden hesaplamayı önerir (Çalışkan, 2008, ss.32-35).

*“Sağlık ekonomisinin temel amacı, her türlü sağlık hizmetini üretmek için ayrılan kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır”* (Mutlu ve Işık, 2005, ss.94-95). Sağlık hizmetlerinin üretilip, sunulmasında, sağlık kurumlarının ve personelinin amacı, kişilerin mevcut sağlık durumlarının korunup, geliştirilmesi ve kaybedilen sağlığın geri kazanılmasını sağlamaktır. Sağlık sektöründe ekonomistlerin amacı, eldeki kaynakların en iyi şekilde kullanılarak, en yüksek toplumsal faydanın elde edilmesidir (Orhaner, 2000, ss.17-19).

Sağlık ekonomisinin yapısı ve temel unsurları ve aralarınki ilişki Culyer ve Williams’ın oluşturduğu ancak sistematiğini Williams’ın geliştirdiği şematik anlatımla Şekil 1’de belirtilerek açıklanmaktadır (Williams, 1973, s.3).

Şekil . Sağlık Ekonomisinin Kapsamı



Kaynak: Williams, A. (1987) “Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?”, in A. Williams (ed.), Health and Economics, London, MacMillan, 1(11).

1.3. Sağlık Harcamaları

Ülke ekonomilerinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp, devam ettirilebilir hale getirilmesi için toplum sağlığının sağlanması ve geliştirilmesi gerekir. Toplum sağlığının var olabilmesi için ise toplumun ihtiyaç duyduğu tüm gereksinimlerin ve sağlığa dair hizmetlerin karşılanmış olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin karşılanması için yapılan tüm harcamalara sağlık harcamaları denilmektedir. Sadece kaybedilen sağlığın yeniden kazanılması için yapılan harcamalar değil aynı şekilde bağışıklık kazandırma ve salgın, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi korumaca amacıyla yapılan harcamalar ile beslenme, yaşam koşullarının iyileştirilmesi gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik harcamalarda sağlık harcamaları olarak değerlendirilir (Ersöz, 2008, ss.18-22).

Sağlık üzerine uzmanlaşmuş olan finansçıların yaptıkları araştırmalarda karşılaştıkları en büyük problem hangi harcamanın sağlık harcaması olarak değerlendirileceğinin net olmadığı durumların olmasıdır. Tedavi edici, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine son zamanlarda giderek yaygınlaşan tıbbi bakım ve kozmetik amaçlı harcamaların da sağlık harcaması olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği tartışma konusu olmuştur. Saç ektirme, yağ aldırma, bazı estetik amaçlı tedaviler hatta zayıflama için hazırlanan kürlerin maliyetinin ne derece sağlık harcamalarına dahil edileceği konusunda bir çizgi yakalamak oldukça zordur (Çetin ve Ecevit, 2011, ss. 34-37).

Ülkelerin yapmış oldukları sağlık harcamaları karşılaştırılırken, genel olarak kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulur. Bu tanımlamalardan en yaygın olanları, kişi başına düşen ilaç ve sağlık harcamaları, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki oranıdır. Böylelikle sağlık harcamalarının hangi dönemlerde hangi yönde hareket ettiği tespit edilebilir ve değişlikler diğer ülkelerin değerleriyle karşılaştırılabilir (Ersöz, 2008, ss.18-22).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ne göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)’nın en az yüzde 5’i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere hedef olarak belirlemiştir. Sağlık alanında gelişmişlik ortalama harcamaların üstünde bir yarıtım gerektirir. Daha fazla sağlık harcaması gerçekleştirmesi sebebi ile sağlık alanında yapılan çalışmalar, gelişmeler ve yapılan değişiklikler nedeni ile gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkeler tarafından örnek alınıp, takip edilmektedirler. Sağlık harcamalarına ilişkin yapılan analizler daha çok gelişimini sürdüren ülke statüsündekiler önem taşımaktadır. Ülkenin kıt kaynakları ile etkin sağlık hizmetleri verilebilmesi için sağlık harcamalarının yakından takip edilmesi ve uygun politikanın izlenmesi gerekir. Sağlık harcamalarının izlenmesi kadar, harcamalarla gerçekleştirilen faaliyetler sonucunda elde edilen kazanımların etkinliği de ayrı bir önem taşımaktadır (Çetin ve Ecevit, 2011, ss. 34-37).

Az gelişmiş ülkelerde, toplumda ciddi maddi-manevi kayıplara yol açan bulaşıcı hastalıkların, gelişmiş ülkelere göre görülme oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele için yapılan harcamalar mevcut nesil için olduğu kadar gelecek nesillerin sağlık durumları için de önem arz etmektedir. Ayrıca küreselleşen Dünya’da bir ülke de salgın hastalıklarla yapılan mücadele komşu ülkelerin de bu hastalıktan etkilenmesinin önüne geçecektir. Genel olarak ülkelerin sağlık koşullarındaki iyileşmeler yakın ilişkide oldukları diğer ülkelere de olumlu şekilde yansıyacak ve küresel ekonomiye olumlu katkı sağlayacaktır (Ersöz, 2008, ss.18-22).

1.4. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Ülkelerde yaşam standartları seviyesine bağlı olarak GSYİH’ dan sağlık harcamalarına ayrılan miktarda artmaktadır. Son yıllarda ülkelerin uyguladığı bütçesel planlar doğrultusunda kaynakları daha verimli kullanılması amacı ile yapılan tüm harcamaları ekonomik olarak değerlendirip, bu harcamalarla yapılan faaliyetler sonucunda yeterli kazanım elde edilip, edilmediğini sorgulamaktadırlar. Dünya genelin de sağlık harcamalarının her geçen gün daha da arttığı görülmektedir. Bunun için dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir bölümünü oluşturan sağlık harcamalarının nedenlerinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri ekonomik, sosyal, kültürel ve teknolojik faktörler olarak belirtilebilir (Akar, 2014, ss.45-52). Sağlık giderlerinin fazlalaşmasına sebep olarak;

* Yaşam standartlarının yükselmesi
* Kişisel ihtiyaçların artması
* Ürün maliyetlerin yükselmesi olarak sıralanabilir.

1.4.1. Kişi Başı Düşen Gelirin Büyümesi

Ülkelerin zamanla gelişme yolunda kat ettikleri mesafe sonucunda mal ve hizmet üretmede dolayısıyla gelirlerinde meydana gelen artışlar, ülkede yaşayanların daha iyi yaşam koşullarında yaşamalarını sağlayacak hizmetleri taleplerindeki artışı da beraberinde getirmektedir. Temel ihtiyaçların devlet ya da diğer kurumlarca karşılanması, insanların temel gereksinimleri dışındaki mal ve hizmetlere olan taleplerinde artışa neden olmaktadır (Ersöz, 2008, ss.18-22).

Gelir düzeyinin yükselmesiyle birlikte sağlık harcamalarında yaşanan yükselişin nedeni kamu sağlık hizmetlerinden daha çok özel sağlık hizmetlerinin tercih edilmesidir. Kişiler yaşam standartlarının yükselmesiyle birlikte daha iyi ve kaliteli hizmet arayışına girmişlerdir. Sağlık için yapılan harcamaların çıktılarını kişi geri kalan ömrü boyunca faydalanabileceği için bu harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemelidir. Kapitalist sistemde özel sektör yapısı benimsendiğinde, gelir düzeyi uygun olan kişilerin daha kaliteli sağlık hizmetinin özel sektörden talep edebilir ve özel sektör bu talebi karşılayabileceğini belirtebilir (Çetin ve Ecevit, 2011, ss.34-37).

Kişilerin sağlık durumlarındaki bozukluk durumunda alınan sağlık hizmeti dışında, kişilerin eski hallerini geri kazanmak amacı ile yapmış oldukları kozmetik temelli sağlık harcamaları da genel olarak sağlık hizmetlerinin artışına etki etmektedir. Kozmetik temelli alınan sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine oranla daha yüksek meblağlar karşılığında satın alınabilmektedir. Kişisel gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, kamu ve özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmış ve bu durum sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Akar, 2014, ss.45-52).

1.4.2. Eğitim Seviyesi Ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumun eğitim seviyesinin yükselmesi ve sağlık bilincinin oluşmasının sağlık harcamaları üzerinde artırıcı etkiye sahip olduğu, bu alanda yapılmış olan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Kişilerin eğitim seviyesinin artması ile sağlık alanında meydana gelen gelişmelerden haberdar olabilmektedir. Tıbbi alanındaki gelişmeler ve hastalıklarla mücadele yöntemlerinin çeşitlenmesi ile yüksek farkındalığa sahip kişilerin yeni sağlık hizmetlerine olan taleplerinde artışa neden olabilmektedir (Ersöz, 2008, ss.18-22). Eğitim seviyesindeki yükselmeyle birlikte son yıllarda sağlık sektörü en karlı sektörlerden biri halini almıştır. Geliştirilen özel, finansman yöntemleriyle bu sektördeki ürün ve hizmetler kolaylıkla talepte bulunanlara ulaşmaktadır (Çetin ve Ecevit, 2011, ss.34-37).

1.4.3. Sosyal Değer Ve Yargıların Değişmesi

İçinde bulunulan tüketim çağının bir özelliği olarak, var olan çok kısa sürede tüketilmekte ve yerini yeni oluşumlara bırakmaktadır. Sosyal değer yargıları da tüketim çağının gereklerinden etkilenmektedir. Geçmişte doğru ve iyi olarak kabul gören davranış ve görüşler değişime uğrayıp yerini yeni görüşlere bırakmaktadır. Sağlık harcamaları konusundaki önceden kabul gören düşünce ve görüşler de değişmektedir. Daha önceleri lüks olarak kabul edilip, bugün vazgeçilmez bir gereklilik olarak görülen birçok mal ve hizmet gibi sağlık alanında da daha öncesi lüks olarak değerlendirilen koruyucu ve teşhis edici sağlık hizmetlerinin birçoğu bugün vazgeçilmez sağlık hizmetleri arasında görülmektedir (Erol ve Özdemir, 2014, ss.29-34). Basit sağlık problemlerinde bile insan sağlığı söz konusu olduğu için en maliyetli teşhis yöntemleri kullanılabilmektedir. Ancak bu harcamaların nedenlerinden biri de toplumda sağlık konusunda oluşan kaygılardır. Eğitim seviyesinin artması farkındalığı artırdığı gibi kişilerin bu alandaki her habere ulaşabilmesi toplumda gereksiz bir hayat kaygısının oluşması gibi olumsuz bir sonucun ortaya çıkmasına neden olmuştur (Ersöz, 2008, ss.18-22).

Sağlık harcamalarının artmasının nedenlerinden biri de insanın yaşam şeklinin değişmesi ile ortaya çıkan sağlık problemleridir. Özellikle gençlerde bağlılık yapan maddeleri kullanma eğilimin artması sağlık harcamalarının artmasında büyük rol oynamaktadır. Birçok ülkede bağımlılık yapan maddelere olan eğilimden dolayı sağlık harcamalarının büyük oranda artığı görülmektedir (Çetin ve Ecevit, 2011, ss.34-37).

1.4.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojik alanda meydana gelen gelişmeler birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da yakından takip edilmekte ve etkilenmektedir. İleri teknoloji birçok alanda doğal kaynakların daha etkili kullanılmasını sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin verilmesinde gerekli olan teknolojik olanaklar, alet ve ekipmanın sağlanması yüksek maliyetlerin karşılanmasını gerekli kılmaktadır (Akar, 2014, ss.45-52). Ayrıca sağlığın geliştirilmesi yönünde yapılan çalışmalar için ihtiyaç duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süreli çalışma ve araştırmalara bağlı olması maliyetli bir süreç olduğu için sağlık hizmetleri maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Genel olarak teknolojik gelişmelerin sağlık alanında büyük önem taşıdığı ve bu alandaki harcamaların yükselmesine neden olduğu söylenebilir. Ayrıca teknolojik gelişmeler sonucunda oluşan ürün, alet ve makinelerin kullanılması, bunları uygulamada çalışacak personelin yetiştirilmesi ve bakımının yapılması için katlanılan maliyetler de teknolojik gelişmelerin sağlık harcamaları üzerinde sebep olduğu artışlardan sayılabilir (Mutlu ve Işık, 2005, s.149).

1.4.5. Şehirleşme

Ekonomik gelişmelere bağlı olarak artan sanayileşmenin neden olduğu unsurlardan biri şehirleşmedir. Şehirleşmenin artması ile birçok ihtiyacın ve talebin belirli bir yerde yoğunlaşması bu gereksinimlerin karşılanması noktasında bazı sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Bu gereksinimlerden biri olan sağlık hizmetlerinin karşılanması için yeni yöntemler geliştirilmektedir. Şehirleşmenin yoğun olduğu yerlerde meydana gelen sağlık hizmeti talebinin karşılanabilmesi için gerekli olan sağlık kurumlarının, uzman personelin, ilaç ve teknolojinin bulunup, hizmetin sunulabilmesi için gerekli olan yapı oluşturulmalıdır. Toplu yaşam merkezlerinde hastalık oluşması ve yayılması çok kolaydır. Ortaya çıkabilecek bir salgın hastalık birçok insanın etkilenmesine ve çok fazla kayıp yaşanmasına neden olabilir. Böyle bir durum sağlık harcamalarının artmasına büyük ölçüde etki eder (Ersöz, 2008, ss.18-22).

1.4.6. Ortalama Yaşam Süresinin Uzaması

Sağlık harcamalarının artışına neden olan unsurlardan biride toplam nüfus içerisinde yaşlı oranının gün geçtikçe artış göstermesidir. Teknolojik gelişmeler, yeni nesil ilaçlar ve yaşam kalitesinin yükselmesi ile ger geçen gün yaşam süresinde önemli ölçüde artış olduğu gözlemlenmiştir. Yaşam süresinin gelecek günlerde de artarak devam etmesi beklenmektedir. Dünya geneline bakıldığında gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin uzadığı buna bağlı olarak da nüfus içerisinde yaşlı nüfusun oranının artığı görülmektedir. Yaşam standartlarının yükselmesi, yaşam şartlarının iyileşmesi, eğitim olanaklarının ve sağlık imkanlarının iyileştirilmesi gibi etmenler insan ömrünün uzamasında etkili olmuştur. Yaşlı kesime sunulan sağlık hizmetlerinin uzun dönemli, sürekli verilmesi gereken bakım hizmeti olduğundan sağlık maliyetini artırıcı etkisinin olduğu söylenebilir (Çetin ve Ecevit, 2011, ss.34-37).

1.5. Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerinde Yükü

Birçok ülkede sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının kamu sektörü tarafından üstlendiği için sağlık harcamalarının finansmanında en büyük yük kamu sektöründedir. Bir ülkedeki sağlık harcamalarının incelenebilmesi için analiz edilmesi gereken diğer bir etmen ülkenin sağlık sistemidir. Bu tür bir analizden sonra yapılan sağlık harcamalarının sağlık sistemine haliyle ekonomiye katkı sağlayıp sağlamadığı anlaşılabilir.

1.6. Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Harcamaları

Sağlık harcamalarındaki artışın en önemli sebeplerinden biri sağlık talebinin artmasıdır. Sahip olunan sağlığın kaybedilmesi durumu da hastalık şüphesi taşıma durumunda veya mevcut sağlık durumunun daha da iyileştirilmesi gibi sebeplere bağlı olarak sağlık hizmetleri talep edilmektedir. Sağlık hizmet talebinin ölçümünü yapmak oldukça güçtür. Bunun için daha çok sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının ölçümü yapılabilmektedir. Yararlanma oranına sağlık hizmetine talep, sağlık durumu, hizmetin maliyeti ve talep edenin maddi olanakların etkisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin türlerinin gelir düzeyi ile yakından ilişkisi olduğu ve gelir düzeyinin artmasıyla sağlık alanındaki harcamalarında artığını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Gelir düzeyi hem bireysel gelir artışını hem de ülke ekonomisindeki artışı kapsamaktadır. Gelir düzeyinin artışı iki türlü etkiye neden olmaktadır (Belek, 2001, ss.26-28).

Cumhuriyet ilan edildikten sonra 2 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti adıyla Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde savaştan yeni çıkıldığı için henüz bir kayıt sistemi oluşturulmamış, daha çok mevzuat çıkarılması üzerine odaklanılmıştır. 1930 tarihinde ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 1936 tarihinde 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu gibi kanunlarla teşkilat yapısı oluşturulmuştur (Karar, 2013, s.5-7). Yıllarca bu sistem üzerine eklemeler ve değişiklikler yapılmıştır.

1.6.1. Sağlık Hizmetlerini Örgütlemesi Ve Yönetimi

Türkiye de Sağlık Bakanlığı, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yaygın bir şekilde vermektedir. Sağlık bakanlığının örgüt yapısı merkez ve taşra olmak yönetimi olmak üzere iki başlıkta incelenebilir. Sağlık Bakanlığının 2003 yılından önceki merkezi kurum yapısı aşağıdaki gibidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, ss.18-19).

Şekil Sağlık Bakanlığı 2003 yılı öncesi merkezi teşkilat şeması



Kaynak: Ş. Karar (2013). Türkiye'de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bilkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

 Sağlıkta dönüşüm programı ile 2003 yılından sonra Sağlık Bakanlığının Merkezi örgüt yapısında değişiklikler yapılmıştır. Yeni düzenlemelerde, mevcut iş yükünün koordineli bir şekilde yürütülmesi amaçlanmış, gerekli görülen birimlere değişikliklere bağlı tavsiyeler verilmiştir.

Şekil Sağlık Bakanlığı 2011 merkezi teşkilat şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı. (2012). Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Kasım Çarşamba, 2015 tarihinde http://www.acilafet.org/upload/dosyalar/1BB\_ytyp.pdf

Yapılan değişikliklerden sonra 2015 yılında Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı aşağıda gösterilmiştir.

Şekil Sağlık Bakanlığı 2015 Merkezi Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı. (2015, Kasım Çarşamba). T.C. Sağlık Bakanlığı. www.saglik.gov.tr: https://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html

 Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Bakanın yardımcısı ve onun emrinde olup, Bakanlık hizmetlerini Bakan yerine ve Bakanın yönlendirmesi ve emirleri yönünde, bakanlığın amaç ve politikalarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlarına, mevzuat hükümlerine uygun olarak düzenler ve yürütür. Müsteşar yükümlülükleri dahilinde Bakanlık Teftiş Kurulu haricindeki birim ve kuruluşlara gerekli emirleri verir, verdiği emirlerin yerine getirilip, getirilmediğini gözler ve bu hizmetlerin yerine getirilmesini sağlar. Tüm faaliyetlerinden Bakana karşı sorumludur (Yüksel, 2015, ss. 25-26).

 Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, temel sağlık hizmetlerinde verilmesi gereken önleyici ve tedbir alıcı çalışmaların tamamını kapsamaktadır. Tüm bu çalışmaları yürütmek ve yürütülmesini sağlamak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün sorumluluğundadır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yetki ve sorumluluk alanı oldukça geniştir. Kısacası koruyucu, tedavi edici ve geliştirici tüm sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini ve uygun şekilde verilip verilmediğini denetleyip, gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır. Sağlık Bakanlığınca yerine getirilmesi istenen tüm faaliyetlerin yerine getirilmektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, ss. 18-19).”

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevi:

* Sağlık bakanlığına bağlı hastaneler açmak yataklı sağlık merkezleri oluşturmak, ve bu kapasiteleri arttırmak,
* Sağlık bakanlığının denetlediği özel sağlık kurumlarının kalitesini arttırmak,
* İdari ve mali denetimler çerçevesinde genel ve katma bülçelerde plan oluşturmak,
* Yatak ve tedavi için gerekli ücretleri tespit edip onaylama sürecine sunmak,

Fiziki ve işgücü eksiklerini karşılamayan kurumları ve materyalleri yasaklamak yada tetkik etmektir. Ayrıca ülkede ihtiyaç duyulan kan ve kan ürünlerini sağlamak için kan merkezi ve istasyonları açmak, açtırmak, denetlemek ve gerektiğinde kapatmaktır. Tüm bu görev ve sorumlulukları yerine getirirken bakanlığın verdiği görevleri de yerine getirmektir (Yüksel, 2015, s. 26).

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının bir parçası olan İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’nün görevleri; sağlık hizmetlerinde kullanılacak ilaçların imalini, ithalini ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, ilaçların kaliteli olarak uygun fiyatlarla ve sürekli bir şekilde halka ulaşmasını sağlamak, bu amaçla gerekli kontrolleri yapmak. Sağlık sektöründe diğer sektörlere oranla stoklamanın ayrı bir önemi vardır. Sağlık sektöründe kullanılan ürünlerde meydana gelebilecek en küçük bozulma, telafisi olmayan sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle stoklamanın talebe uygun şekilde yapılması ve düzenlenmesi gerekir. Bir başka görevi ise farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin açılış ve çalışmalarının esaslarını tespit etmek, gerekli denetimleri yapmak. Ayrıca uyuşturucu ve psikotrop maddelerin ithal, imal, ihraç ve yurtiçi tüketiminin esaslarını tespit etmek ve denetlemek, Türk farmakopesi (Kodeksi) ile değişiklik ve eklerinin yürürlüğe girmesini sağlamak ve Bakanlıkça verilen görevleri yerine getirmektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.19).

1.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık harcamalarının hangi kaynaklardan karşılanacağı, bu kaynakların piyasadan mı yoksa kamusal gelirlerden mi destekleneceği ile ilgili konuları kapsar. Sağlık hizmeti giderlerinin kim tarafından ödeneceği, ne kadar fona ihtiyaç duyulduğu, kimlerin yararlanabileceği, belirli bir sağlık hizmetinin bedeli ve tüm bu faaliyetlerin kim tarafından ve ne şekilde kontrol edileceği sağlık hizmetleri finansmanının kapsamı içerisine girer.

Sağlık harcamalarının karşılanması temelde üç farklı şekilde gerçekleştirilebilir. Bunlar; kamu kaynakları, özel sektör yani piyasa eli ya da bu ikisinin kaynaklarının birleşimi ile sağlanacak karma kaynakla karşılanabilir. Hangi yöntemin uygulanacağı ülkenin gelişmişlik düzeyine, milli gelirine, siyasi yapısına ve kültürel değerlerine göre farklılık gösterir. Sağlık harcamalarının finansmanı tamamen kamu kaynaklarından karşılandığında, bu finansman genelde devletin halktan topladığı vergilerle elde edilmektedir. Bu yöntemin avantajı aracı bir kuruma ihtiyaç duyulmamasıdır. Kuruma ayrılması planlanan kaynak doğrudan vatandaşın sağlık hizmetine gitmiş olur. Dezavantajlı yönü ise bu yöntemin siyasi görüş ve ön görülerinden etkilenmesidir. Hükümet çeşitli sebeplere bağlı olarak sağlık harcamalarına ayrılan bütçeyi küçültüp, farklı bir alana harcama yapabilir (Cece, 2017, ss.13-16).

Sosyal Sağlık Sigortası; bireylerden toplanan primlerle zorunlu sosyal sağlık sigortaları oluşturularak sağlık hizmetlerinin finanse edildiği modeldir. Sosyal sağlık sigortası katılımcıların prim ödeyerek meydana getirdiği bir fon havuzudur. Sigortalılar bu havuzdan ödedikleri prime bakılmaksızın eşit oranda faydalanırlar. Devletin sağlık harcamalarına minimum derecede müdahale ettiği, girişimciliğin ve sermayenin ön planda olduğu piyasa ekonomisinin de sağlık hizmeti finansmanı araçları vardır. Bunların ilki özel sağlık sigortacılığı diğeri ise hizmetin alındığı anda nakit olarak ödenmesi durumudur (Akalın, 2000, ss. 40-52).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜ İÇİNDE KAMU İLAÇ HARCAMALARININ YERİ VE ANALİZİ

2.1. Türkiye’de İlaç Sektörü Ve Pazarı

İlaç sektöründe yapılan yatırımların ülke bütçesi açısından önemli bir yer sahibidir. Sektörün ihtiyaçları doğrultusunda gerekli ekonomik altyapılar ve stratejik planların düzgün bir doğrultuda olması gereklidir. Sektördeki arz talep ilişkisine bağlı olarak istihdam, alınan vergiler, yatırım ve ihracat ülkenin girmesi düşünülen herhangi bir darboğaz durumunda kritik önem taşır. Kriz durumu(savaş, salgın hastalık vb.) geliştiğinde ülke içindeki ilaç stoklarının yeterli düzeyde olması kriz yönetimini daha rahat atlatılmasını sağlar.(Tokgöz 2001, s.1042).

Türkiye ilaç endüstrisinin amacı, gelişmiş ülkelerdeki ve yaşam seviyesi yüksek ülkelerdeki standartlarda denetlemeden geçirilmiş ve ülke ihtiyacını bkendi üretimiyle karşılayan bir ilaç sektör olmasını sağlamaktır. Türkiye dünya ilaç sektöründe üst noktalarda görülmektedir. Ülkemizde ilaç sektörü tarihsel olarak üç döneme ayrılır. Bu dönemler:

* Cumhuriyet öncesi arz talep ve ihtiyaca göre stok yapan yerel eczaneler dönemi
* Cumhuriyetin kurulmasından 2. Dünya savaşının başına kadarki süreç için oluşturulan labaratuvarlarda ve eczanelerde gelişim sağlamayı amaçlayan dönem
* 2. dünya savaşı sonrası seri üretim ve araştırma geliştirmenin önemli yer tuttuğu dönemdir.

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte devlet ilaç yapımında ve satışında kontrol oluşturmak istemiştir. Bu sebeple 1928’de çıkarılan 1262 sayılı kanunla, ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü kurulmuş, ithalat ve ihracatta alınan tedbirler sayesinde rekabet edilebilecek seviyelere taşınmaya başlamıştır (İEİS 2003, s.23).

Türkiyenin 2. Dünya savaşında tarafsız kalması ve almanyadan kaçan bilim adamlarını kabül etmesi dönemin sağlık sektörü ve içindeki ilaç sektörünün gelişimine büyük ivme kazandırmıştır. Daha modern bir eczane ağı kurulması, üniversitelerde eczacılık fakültelerinde yer alan bilim adamları modern birikimlerini sektöre aktarmıştır. Sektördeki alanında uzman kişi sayısı artmış ve labaravuvarlarda oluşturulan modern yapı ayesinde ülke ihtiyacı %10 seviyesinden %60lara ulaşmıştır. Yabancı yatırımcıların teşviki de bu dönemde sağlanmış olup ilaç sektörü ülkemizin iç piyasasını karşılayacak düzeylere ulaşmıştır. Böylece çağdaş ve modern bir yapıda insanlara hizmet etmeye devam etmektedir.

Türkiye ilaç pazarı 2016’da bir önceki yıla göre hastane ve eczane kanalında toplam %16,5 büyüme ile 20,67 milyar TL’ye ulaşmıştır. Kutu ölçeğinde ise %4,7 büyüme ile 2,23 milyar kutu satış gerçekleşmiştir. Hastane pazarı 2016’da toplam pazarın değerde %13,2’sini, kutuda ise %12,4’ünü oluşturmaktadır.

Grafik Türkiye İlaç Pazarı



Kaynak: İEİS (2016). İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Ankara, <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>, (25.01.2018)

İlaç endüstrisi işverenler sendikasının yıllık yayımladığı verilere göre son 6 yıl ilaç pazarı %55lik bir artış göstermiştir. 2016 yılında 20,67 milyar TL düzeyine ulaştığı 2017 yılında bu artışın devam edeceği bilinmektedir. Yıllık bileşik bazda enflasyon oranı %7,6’lık bir artış göstermesine rağmen aynı dönemdeki %53,5 düzeyindeki üretici fiyatları enflasyonu göz önüne alındığında sadece %1 oranında reel bir artışı ifade etmektedir.

2.2.Türkiye İlaç Harcamalarının Genel Durumu

Ülkelerin kalkınma düzeylerinin değerlendirilmesinde dikkate alınan en önemli unsurların başında toplumun genel sağlık durumu gelmektedir. Ülkeler hem toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek için yeni kaynaklar bulmak için çaba harcar hem de elde bulunan kaynakları en verimli şekilde kullanılmasını sağlayacak programlar geliştirmektedirler (Turna 2006, ss.72-75).

Kamusal düzenlemeler gereği, ilaç sektöründe bazı iktisadi kısıtlamalara gidilmektedir. İlaç sektöründe, sigorta şirketleri, ilaç kullanıcıları ve kamu otoritesi arz ve talep konusunda dikkate alınmalıdırlar. Türkiye’de ilaç harcamaları sağlık harcamaları arasında oldukça fazla yer tutmaktadır. Türkiye İlaç Sektörü 2017 raporuna göre, 2016 yılında Türkiyede 2 milyar kutu ilaç satışı gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu satışta ilk sırada ağrı kesiciler, ikinci sırada ise antibiyotikler yer almıştır. 2016 yılında birönceki yıla göre ilaç pazarında yüzde 17 büyüme gözlemlenmiştir (Türkiye İlaç Sektörü 2017 Raporu, 5.1.2018).

2015-2019 yılları arasına dair tahmin ve hedef politikasını orta vadeli proğram çerçevesinde belirleyen devlet tüm sektörlerde üretime teşvik vererek “tüketerek değil, üreterek büyüyen ekonomi” sloganıyla hareket etmiştir. 2016 yılında yine aynı politikayı benimseyen devlet geçmiş yıllarda uyguladığı kamunun gelirlerinin artırılması ve harcamaların kısılması yoluyla mali disiplinin devam ettirilmesi esası korunmaktadır.

Sağlık, eğitimle birlikte OVP’de hükümetin öncelikli sosyal politikaları arasındaki önceliğini korumaya devam etmektedir. Grafik 2’de de görüleceği üzere Türkiye’de sağlık harcamalarındaki artış eğiliminin kuvvetli şekilde önümüzdeki yıllarda da devam edeceği, bununla birlikte ilaç harcamalarında daha ılımlı bir artış olacağı beklenmektedir (Uğurlu, 8.1.2018).

Grafik Kamu sağlık harcamaları (ilaç dâhil) ile ilaç harcamalarının gelişimi (milyon TL)



Kaynak:<https://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-kamu-ilac-harcamalarinin-2016-yili-gelisimi-ve-2017den-beklentiler-72-109-4012.html>, (25.1.2018)

Grafik 3’de ilaç harcamalarının kamu sağlık harcamalarınıa oranının her geçen yıl azaldığını göstermektedir.

Devlet politikaları akılcı ilaç kullanımı, yerli üretime teşvik, hasta bilinçlendirme proğramı ve denetim gibi alanlarda şekillenmekte ve sektörün daha az tüketen bir yapıya geçişini amaçlamaktadır. “*Dolayısıyla 2017’de ve sonraki yıllarda gereksiz ilaç kullanımı sorununa odaklanılmaya devam edilmesi gerekiyor. Son yedi yıl içinde reçete başına uygulanan sabit ücret ve katkı payları, düşük fiyatlı soğuk algınlığı ilaçlarına cepten yapılan harcamaları artırmıştır.*” (Uğurlu, 8.1.2018). Bu guruptaki ilaçların kutu bazında satışlarının da1,3 pan azaldığı görülmüştür.

Grafik Kutu sayısı ölçeğinde ilaç pazarının gelişimi (%)

 

Kaynak: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari> , (25.1.2018)

2.2.1. Ekonomide Sağlık Harcamalarının Yeri

Sektörel yapıdaki harcamların çokluğu ülkeler düzeyinde fazlalaşmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık sektörü harcamaları daha fazla olmaktadır. Mali olarak sağlık hizmetlerinin kayıpları tek yönlü düşünülmemelidir. Aynı zamanda hasta bireylerin iş gücü verimliliğinin düşmesi kayıplara neden olmaktadır. Sağlıklı toplumlarda iş gücü verimliliği ve iş kayıpları minimum düzeyinde olmakta ve sağlık harcamalarıda düşmektedir.(Wang 2002, s. 1634)

Türkiyede bakanlık, hükümet ve Türkiye, Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) arasında işbirliği sağlanmış ve reformlarını AB standartlarına çıkarmayı amaç edinmiştir. OECD ülkeleri platformunun raporları incelendiğinde son sıralarda yer almasına rağmen gelişim sağlanmaya başlanmıştır. OECD kuruma bağlı bulunan ülkeler arasında yapılan değerlendirmede kişi başı sağlık harcamalarında türkiye son sıralardadır. Kişi başı sağlık harcaması 941 dolar olarak belirlenen ülkemizde ekonomik düzey göz önüne alınmamıştır. Amerikada kişi başı sağlık harcaması 8.713 dolardır. Kriz halinde olan yunanistanda 2016 yılı kişi başı sağlık harcamaları 2.366 dolar olarak hesaplanmışdır. (Türk Eczacılar Birliği, 08.02.2017).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı için yayınladığı Sağlık Harcamaları İstatistikleri raporuna göre sağlık harcamaları, 2016 yılında bir önceki yıla oranla yüzde 14,5 oranında artarak, 119 milyar 756 milyon TL olduğu bildirilmiştir. Toplam sağlık harcaması içinde cari sağlık harcamasının payı, 2015 yılında %92,6, 2016 yılında ise %94 olduğu belirtilmiştir. Yine 2016 yılında sağlık harcaları gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYH) yüzde 4,6’sını oluşturduğ bildirilmiştir. Genel devlet sağlık harcamasının GSYH’ye oranı ise, yüzde 3,6 olduğu ve genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının 2016 yılında bir önceki yıla göre değişmeyerek yüzde 78,5 seviyesinde kaldığı belirtilmiştir. Kişi başı sağlık harcaması, 2016 yılında bir önceki yıla oranla %13,3 artış gösterdiği vurgulanmıştır (Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, 16 Kasım 2017).

2.2.2. Sosyal Güvenlik Kurumları Bünyelerinde İlaç Harcamaları

Sosyal güvenlik kurumları harcamalarında sağlık harcamaları da yer almaktadır. 2017 yılı sosyal güvenlik kurumları bütçe giderlerinin fonksiyonel sınıflandırılmasında sağlık hizmetleri, toplam bütçenin yaklaşık %24’ünü (57.035.610 TL) oluşturmaktadır. Bu sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları tutarının ise 57,165 TL olduğu belirtilmiştir (T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, 9.1.2018).

2.3. İzlenen İlaç Politikaları

Sağlık alanında izlenecek ilaç politikalarında toplum sağlığının korunması, kişilerin ilaçlara kontrollü ve etkili bir şekilde ulaşmasının sağlanması, kontrolsüz ilaç harcamalarını azaltmak gibi amaçları barındırmalıdır. Devletin ilaç sektörünü dikkate alarak, sağlık politikalarını dengede tutması gerekmektedir. İlaç sektörüne yönelik ilaç araştırma ve geliştirilmesinin teşvik edilmesi, ilaç sektöründe personel istihdamının sağlanması, ilaç ihracatlarına yönelik pozitif ticari dengenin sağlanmasını kapsamaktadır.

Devletin yükselen maliyetlerin önüne geçilmesinde sağlık alanındaki politikaları öne sürmemesi gerekmektedir. Devletler, maliyetlerin azaltılmasına yönelik politikaları, öncelikle tedarikci ilaç sektörü dikkate alınarak düzenleyici tedbirler alınmaktadır. Son yıllarda birçok hükümet, hekim, eczacı ve hastanın da dikkate alındığı arz yönlü tedbir politikaları izlenmektedir (Kaplan vd., 2000).

Ülkelerin yapısal ve yönetimsel özellikler ve ilaç harcamalarının yükselmesine bağlı olarak artam sağlık maliyetlerinin azaltılmasını yönelik tedbir politikaları ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Ülkelere göre farklılık göstermesine rağmen, genel olarak dolaylı fiyat kontrolleri, karlılıkların kontrolü, fiyatlama yöntemi, doktor bütçelerinin kısıtlanması, katılım payı düzenlemeleri dikkate alınmaktadır. İlaç sektörünün dinamik bir yapıya sahip olması, diğer birçok sektöre göre daha fazla düzenleme gerektirmektedir (Jacobzone, 2000).

İlaç sektöründeki politikarın uygulanmasında arz ve talep yönlü sorunlar oluşabilmektedir. Arz yönlü, ilaçların patent koruması, ruhsat onayları süreç ve uygulamalarda başarısızlıklar gibi sorunlarla karşılaşılabilmektedir. Talep yönlü, doktor recetesi, eczacı dağıtımları, hastaların tüketimi, üçüncü şahıs ödemeleri (Sigorta kurumları) gibi sorunlarla karşılaşılabilmektedir.

Avrupa Komisyonu, akılcı ilaç kullanımını destekleyen politikalarla kamu bütçelerinin sürdürülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Avrupa’da en yaygın uygulanan ilaç politikaları, fiyatlar, geri ödeme, pazara giriş ve harcama kontrolleridir. Fiyat kontrolü politikası geri ödemeli olan ilaçlarda uygulanmaktadır (Carone vd., 2012, s.46). Bu planlamalar sonucunda yaygın kullanılan politikalar ve yeni düzenlemeler şunlardır:

* İskontolar ve geri ödeme politikaları
* Bütçe aşımlarında ilaç sektörünün kamuya geri ödeme yapması sistemi
* Fiyatların dondurulması ya da kesintiler
* İlaçlara uygulanan vergi oranlarındaki değişiklikler
* Dış referans fiyatlandırma sistemi (en düşük fiyatın seçilmesi)
* İç referans fiyatlandırma sistemi kurallarında değişiklikler
* Pozitif ve negatif listenin birlikte kullanımı
* Yeni ilaçlarda zorunlu olarak değer tespitlerinin istenmesidir.

2.4. Betimsel Analiz

Bu kısımda çalışmanın amacı, sınırlılıkları, veri ve yöntemleri anlatılacaktır. 2010-2016 yılları arasındaki 6 yıllık dönem ve Türkiye ilaç pazarının gelişim eğrisi çalışmanın ikinci bölümünde incelenmiştir. Devletin yıllık sağlık harcamalarında ilaç, hastane, medikal ürünler ve personel giderleri gibi ana kalemler bulunmaktadır. Bu kalemlerde ilaç harcamalarının yeri ve konu ile ilgili grafikler çalışmanın ikinci bölümünde gösterilmiştir.

2.4.1. Amaç

Özel sağlık hizmetlerinin mali boyutunun ilaç desteğinin 2010 ile 2016 yılları arasındaki altı yıllık dönemde artış gösterdiği, bu büyüme, bileşik bazda yıllık %7,6 düzeyinde bir yükseliş ifade ederken, aynı zamanda %53,5 seviyeside üretici fiyatları enflasyonu göz önüne alındığında sadece %1 oranında gerçel bir artışı ifade etmektedir. Türkiye İlaç Sektörü 2017 raporuna göre, Türkiye ilaç pazarı 2015 yılına göre % 17 büyümüştür ve 2016 yılında Türkiye'de yaklaşık olarak 2 milyar kutu ilaç satışı gerçekleşti. Çalışmanın ikinci bölümü olan genel inceleme kısmında Türkiye içi ilaç politikalarının değişimini ve ilaç endüstrisinin gelişimi, incelenmiştir.

2.4.2. Sınırlılıklar

İlaç endüstrisine yönelik yapılan bu çalışmada yaşanmış en büyük sınırlılık veriye ulaşmanın güçlüğüdür. Bu durumun ilaç endüstrisinin ve politikalarının çok kapsamlı olması ve ilaca yönelik ihtiyaçların ülke genelinde sağlık alanında yaşanan rahatsızlıklarla paralel gitmesi dolayısıyla bütün ilaç desteği politikası incelemede yer alamamıştır. Çalışmada ilaç desteğinin milli ekonomideki yeri, sağlık harcamalarındaki yeri ve ülke genelinde üretime cevap veren tüketim oranları incelemeye alınmıştır.

2.4.3. Yöntem

Çalışmada alan araştırması ve tarihçi metot kullanılmıştır. Çalışmanın evreni Türkiye sağlık harcamaları olarak belirlenmiş ve ilaç harcamalarını değişken olarak kullanılmıştır. İlaç harcamalarının sağlık harcamalarındaki yeri, ekonomideki yeri, ilaç üretim değişimi ve tüketim faktörlerindeki değişkenler incelenmiş ve yorumlanmaya çalışılmıştır.

2.4.4. Veri

Çalışma 2010-2016 yıllarının genel ilaç politikalarını incelemiştir. Veri seti Türkiye istatistik kurumu, Sağlık bakanlığına bağlı Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz kurumu, ve ilaç endüstrisinin işveren sendikalarının raporlarından yararlanılarak konulmuştur.

SONUÇ

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri üzerinde toplumun sağlık durumunun doğrudan etkisi vardır. Ülkelerin sağlık alanına yaptıkları yatırım, gelişme adına atılmış bir adım olarak kabul edilmektedir. Sağlık sektörü birçok alanda hizmet sunmaktadır. Bunun içinde sağlık harcamaları da farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, ilaç harcamalarının sağlık sektörü maliyeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. İlaç sektörü tamamen dışarıya bağlı olan ülkelerin yaşam kalitesi bir başka elin insiyafindedir. İlaç sektöründe yapılan yatırımların ülke bütçesi açısından önemli bir yer sahibidir. Sektörün ihtiyaçları doğrultusunda gerekli ekonomik altyapılar ve stratejik planların düzgün bir doğrultuda olması gereklidir. Sektördeki arz talep ilişkisine bağlı olarak istihdam, alınan vergiler, yatırım ve ihracat ülkenin girmesi düşünülen herhangi bir darboğaz durumunda kritik önem taşır. Kriz durumu(savaş, salgın hastalık vb.) geliştiğinde ülke içindeki ilaç stoklarının yeterli düzeyde olması kriz yönetimini daha rahat atlatılmasını sağlar.

Dünya piyasasındaki ilerlemelerle baş edebilecek bir düzeyde oluşmuş bir ilaç sektörümüz oluşmaktadır. Sektörümüz 1952-1957 yılındaki sanayi devriminin etkisiyle katlanarak büyümüştür. İlk etapta bu ilerleme yurt içi ihtiyacın %60’ını karşılayabileyecek düzeye yükselmiştir. Günümüzde ise yurt içi ilaç ihtıyacının tamamına yakınını karşılayabilir düzeydedir. Yabancı sermayeli şirtketlerinde ülkemizde yaptığı yatırımlar sayesinde ilaç sektörümüz her geçen gün katlanarak büyümekte ve ilerlemektedir. Bu sayede ülkemiz ihtiyacının tamamını karşılayabilecek çağdaş bir ülke durumuna gelmektedir.

Kamusal düzenlemeler gereği, ilaç sektöründe bazı iktisadi kısıtlamalara gidilmektedir. İlaç sektöründe, sigorta şirketleri, ilaç kullanıcıları ve kamu otoritesi arz ve talep konusunda dikkate alınmalıdırlar. Türkiye’de ilaç harcamaları sağlık harcamaları arasında oldukça fazla yer tutmaktadır.

Sonuç olarak sağlık sektörü maliyeti içerisinde ilaç maliyetinin önemli bir yer tutuğu görülmektedir. 65’inci Hükümet Eylem Planı dahilinde “tüketerek değil, üreterek büyüyen ekonomi” anlayışının dikkate alınarak yapılan dönüşüm hedefleri doğrultusunda düzenlemeler yapılmaktadır. Bununla ilaç harcamalarının sağlık harcamaları maliyeti üzerindeki yükünün azaltılması umulmaktadır. Türkiye ilaç pazarında yıllar içinde sürekli olarak bir büyüme olduğu gözlemlenmiştir. OVP raporuna göre, Türkiye’de sağlık harcamalarının geçmiş birkaç yılda olduğu gibi önümüzdeki yıllarda da sürekli olarak bir artış göstereceği, ancak ilaç harcamalarında ılımlı bir artış olması beklenmektedir.

Türkiyede ilaç tüketimi toplamda 2,23 milyar kutu olarak bildirilmiştir. Diğer ülkelere kıyasla fazla olmasına rağmen ilaç fiyatları devlet politikasıyla minimum seviyede tutulmaktadır. Vatandaş bakış açısıyla değerlendirildiğinde bu politika oldukça faydalı görülmektedir. Başka bir bakış açısındansa ilaç endüstrisinin yatırımları ve AR-GE çalışmalarına yatırım yapılmasını kısıtlamaktadır. Bu durumun ele alınması gerekmektedir.

Türkiye’de akıllı ilaç kullanımını teşvik etmek amacı ile bazı düzenlemeler yapıldığı görülmüştür. Bazı ilaçların eczanelerden tedarik edilirken sadece reçete veya raporla verilmesi bu düzenlemerdendir. Bununla iki şey amaçlanmaktadır; birincisi ilaç maliyetini düşürmek, ikincisi ise bilinçsizce kullanılan ilaçların kişilerin sağlıklarında oluşturabileceği hasarların önüne geçmektir. Ülke yönetiminin ilgili birimlerin yaptığı bu tür düzenlemeler ilaç maliyetini doğal olarak da sağlık harcamaları maliyetini düşürmeyi sağlayabilir. Sonuç olarak akılcı ilaç kullanımının desteklenmesi ve ilaç kullanımındaki kutu adetinin düşürülmesine yönelik çalışmalara önem verilmesi gereklidir.

KAYNAKÇA

Akalın, G. (2000) Piyasa ekonomisi nedir? Liberal Düşünce Dergisi 19(1).

Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F, Manisa, 21(1).

Ateş, M. (2011). Sağlık Hizmetleri Yönetimi, İstanbul.

Belek, İ. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği, İstanbul: Sorun Yayınları.

Carone, G., Schwierz, C., Xavier, A. (2012). AB'de Kamu İlaç Harcamalarında Maliyeti Önleme Politikaları.

Cece, O. (2017), Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısının Ölçülmesi; Edirne İli Örneği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(2).

Çetin, F. (2015). Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetsel ve Organizasyonel Sorunlar (Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Örneği), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çetin, M. ve Ecevit, E. (2011). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: OECD ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. Doğuş Üniversitesi Dergisi, 11 (2).

Doğan, O. (2008). Sağlık Hizmetlerinde İletişim, Ankara: Songür Yayıncılık.

Doğan O., Doğan, S. (2009). Sağlık Hizmetlerinde İletişim, Ankara, 2009

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (1986), Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, Cenevre.

Dünya Sağlık Örgütü (2000), The world health report 2000- Health systems: improving performance.

Erol, H., Özdemir, A. (2014). “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1).

Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Amacı, İstatistikçiler Dergisi, 2.

Gürdoğan, H. (2017). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Örgütsel İş Birliği, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Hayran, O. (2000). “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyoneller mi, Yöneticiler mi?”, Modern Hastane Yönetimi, 4(3).

İEİS (2004). Türk İlaç Endüstrisi Gelişim Projeksiyonu, İlaç Endüstrisi İşverenler
Sendikası, Ankara, http://www.ieis.org/ tr/arastir/2023%20son.pdf, (11.01.2018)

İEİS (2016). İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Ankara, <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>, (25.01.2018)

Jacobzone, S. (2000). OECD Ülkelerinde İlaç Politikaları.

Kantar, Y. (2017), Sağlık İşletmelerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Çalışmalarında Motivasyon ve İletişim; Karaman’da Bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. R. S., David, P. N. (2000). Cómo utilizar el cuadro de mando integral: para implementar y gestionar su estrategia. Gestión.

Karar, Ş. (2013). Türkiye'de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bilkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kısa, A., Kavuncubaşı, Ş. (2010). Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir: Anadolu Üniversite Yayınları.

Mutlu, A., Işık, A. K. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa: Ekin Kitapevi.

Nadaroğlu, H. (1989). Kamu Maliyesi Teorisi, 8. Baskı, İstanbul: Beta Basımevi.

Orhaner, E. (2000). Türkiye’de Sağlık Sigortası, Ankara: Gazi Kitapevi.

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, 16 Kasım 2017, <http://ohsad.org/tuik-2016-yili-saglik-harcamalari-istatistikleri-raporunu-yayimlandi/>, (8.1.2018)

Özer, B.C. (2014). Hastanelerde Halkla İlişkiler Uygulamalarının Sağlık Personelinin İş Doyumuna Etkisi (Tarsus Devlet Hastanesi ve Mersin Özel Forum Yaşam Hastanesi), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Öztek, Z. (2001). Sağlıkta Kavramlar Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye, 7 (39).

T.C. Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumları Bütçe Giderleri. <https://www.muhasebat.gov.tr/content/duyuru/sosyal-guvenlik-kurumlari-butce-giderleri-fkod3/184804>, (9.1.2018)

Tokgöz, T. (2001). Türk İlaç Endüstrisinin Ulaştığı Düzey. Yeni Türkiye, 40.

Top, M., Tarcan, M., "Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi”, Liberal Düşünce Dergisi, 9(35), 2004

Turna, S.D. (2006). İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yeri: Türkiye ile Diğer OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

Türk Eczacılar Birliği, 08.02.2017. <https://www.teb.org.tr/news/7481/BASIN-A%C3%87IKLAMASI-2016DA-SA%C4%9ELIK-%C4%B0LA%C3%87-VE-ECZACILIK-ALANINDA-NELER-OLDU>, (9.1.2018)

Türkiye İlaç Sektörü 2017 Raporu <https://www.dunya.com/saglik/turkiye-ilac-sektoru-2017-raporu-aciklandi-en-cok-hangi-ilaci-kullandik-haberi-352128>, (5.1.2018).

Uğurlu, M., Kamu İlaç Harcamalarının 2016 Yılı Gelişimi ve 2017’den Beklentiler, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-kamu-ilac-harcamalarinin-2016-yili-gelisimi-ve-2017den-beklentiler-72-109-4012.html>, (8.1.2018)

Wang, E.C. (2002), "Public Infrastructure and Economic Growth: A New Approach Applied to East Asian Economies," Journal of Policy Modeling, 24: 411-435.

Williams, A. (1987). “Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?”, in A. Williams (ed.), Health and Economics, London, MacMillan, 1(11).

Witter, S. (2002). Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing ın Developing and Transtional Countries. Centre For Health Economics.

Yüksel, N. (2015). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

….., <http://www.kto.org.tr/print.php?type=1&id=563> (16.09.2017).

....., <https://www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu/tr-kamu-ilac-harcamalarinin-2016-yili-gelisimi-ve-2017den-beklentiler-72-109-4012.html>, (25.1.2018).