

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE AYRILAN KAYNAKLARIN AHP YÖNTEMİ İLE ANALİZİ

Yeter USLU¹

İlknur FİL²

Özet

Bu çalışmada, sağlık hizmetine ayrılan sağlık kaynağı göstergeleri Çok Nitelikli Karar Verme yöntemlerinden biri olan Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemi ile ele alınmıştır. Veriler, 2010-2020 yılları arasında İstatistik Yıllığı ve TÜİK Haber Bültenlerinde yer alan verilerle elde edilmiştir. Çalışma kapsamında eş derecede öneme sahip oldukları varsayılan kriterler ele alınmış olup, AHP analizleri bu varsayım doğrultusunda yapılmıştır. Yöntemlerin uygulama aşamasında Microsoft Excel programından yararlanılmıştır. Araştırma tasarımı yapılırken konu ile ilgili daha önceden literatürde yapılan çalışmalar referans alınarak belirlenmiş 10 ana kriterin, 5 uzman tarafından değerlendirilmesi ve bu değerlendirme doğrultusunda en fazla önem derecesine sahip kriter/kriterlerinin ne olduğu sorusuna cevap aranmıştır. Uzman sayısı daha önceki çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak kriterlerinin önem derece ağırlıklarının belirlenmesi ve ilgili kaynakların optimum kullanımına yönelik önerilerde bulunmak bu çalışmanın temel amacıdır. Sağlık Kaynağı kriterlerinin daha önce AHP yöntemi ile ağırlıklandırılmasının yapılmaması bu çalışmanın özgün niteliğidir. Analiz bulgularına bakıldığında Türkiye’nin sağlık kaynağı açısından zengin ve gelişmiş bir ülke seviyelerine ulaşmak için, mevcut kaynakların daha fazla toplam sağlık harcamalarına yönlendirilmesi gerektiği gibi ilave kaynaklara da ihtiyacı bulunduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Türkiye, AHP, Sağlık Kaynağı Göstergeleri.

Jel Kodları: I10, I15, C44.

Alındığı Tarih: 25.05.2023 / Kabul Edildiği Tarih: 25.06.2023 / Açık Erişim Tarihi: 09.08.2023

AHP Method Analysis of Resources Allocated For Health Services In Turkey

Abstract

¹ Prof. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, yuslu@medipol.edu.tr, Orcid: 0000-0002-8529-6466.

² İstanbul Medipol Üniversitesi, ilknurfil@medipol.edu.tr.

In this study, health resource indicators allocated to health services are handled with the Analytical Hierarchy Process (AHP) method, which is one of the Multi-Criteria Decision Making (MCDM) methods. The data were obtained from the data in the Statistical Yearbook and TUIK News Bulletins between the years 2010-2020. Within the scope of the study, the criteria that are assumed to be of equal importance were discussed, and AHP analyzes were carried out in line with this assumption. Microsoft Excel program was used in the application phase of the methods. While designing the research, an answer was sought to the question of the evaluation of 10 main criteria, which were determined by reference to previous studies in the literature, by 5 experts, and the criteria/criteria with the highest degree of importance in line with this evaluation. The number of experts was determined based on previous studies. The main purpose of this study is to determine the importance and weight of the resource criteria allocated to health services and to make suggestions for the optimum use of the relevant resources. The originality of this study is that the Health Resource criteria were not previously weighted with the AHP method. Looking at the analysis findings, it has been concluded that in order to reach the levels of a rich and developed country in terms of health resources, Turkey needs additional resources as well as the need to direct existing resources to more total health expenditures.

Keywords: Turkey, AHP, Health Resource Indicators.

Jel Codes: I10, I15, C44.

1. Giriş

Sağlık sistemlerinin hedeflerinden ilki toplumun sağlığını iyileştirerek sağlığın gelişimini sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda kamuya çok sayıda görev düşmektedir. Herkes ihtiyaç duyduğu anda hizmete erişim sağlayabilmelidir. Dahası hizmet sunumlarının etik davranışlara uygun olarak yürütülmesi, hakkaniyete önem verilmesi, herkesin adil bir şekilde yararlanabilmesi, kaliteli ve sürdürülebilir hizmet alabilmesi gibi birçok sağlığı iyileştiren faktörlere de önem verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda toplumun mali riskleri için önlem alınmalı, hizmetin devamlılığı sağlanmalı ve kıt kaynakların verimli ve etkili kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmelidir (Akdur, 2000).

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak kriterlerinin önem derece ağırlıklarının belirlenmesi ve ilgili kaynakların optimum kullanımına yönelik önerilerde bulunmak bu çalışmanın temel amacıdır.

Ele alınan bu amaç doğrultusunda çalışmada belirlenen hedefler aşağıdaki gibidir.

1. Türkiye’de 2010-2020 yılları arasında sağlık harcamaları (eldeki veriler) incelenmiştir. Çalışma kapsamında güncel veriler kullanılarak 10 yıllık dönem ele alınmıştır.
2. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarının önemlilik derecelerini belirleyebilmek adına AHP (Analitik Hiyerarşi Prosesi) yöntemi gereği birbirleriyle karşılaştırarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın özgün değeri sağlık hizmet kaynakları açısından gerek ulusal literatürde gerekse de uluslararası literatürde AHP yöntemi ile önem derecesi açısından ağırlıklandırılmasına yönelik bir çalışmanın bulunmuyor olmasıdır. Nitekim gerçekleştirilen bu çalışmanın literatüre özgün bir fayda sunması beklenmektedir.

Bu çalışma da ilk olarak kavramsal çerçeve ele alınmıştır. Kavramsal çerçevede Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynaklar, Sağlık Harcamaları ve Kriterler hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Sonrasında kriterler AHP yöntemi ile analiz edilerek sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

2. Kavramsal Çerçeve

2.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık, bireyin en temel hakkı olup, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bireyin beden, ruh ve toplum yönünden tam mutluluğu"dur (DSÖ,1948). Vücudun veya ruhun iyi olma durumuna sağlık derken kötü olma durumuna hastalık diyoruz. Hayatımızı mutlu, kaliteli bir şekilde sürdürmek için sağlıklı olmamız birinci şarttır. Sağlığımızın bozulmasıyla iyileşebilmek için sağlık hizmetlerine başvururuz.

Sağlık Bakanlığı tanımına göre sağlık hizmetleri “Bireylerin sağlıklı olabilmelerini sağlamak için gerekli koruyucu ve tedavi edici önlemlerin alınarak hizmet verilmesi anlamına gelmektedir.” Buna karşılık olarak sağlık hizmetlerini sağlık kurumlarında sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmet olarak nitelendirebiliriz (SB, 2012).

Sağlık hizmetlerinin ülke ekonomilerine katkısı çok büyüktür. Nitekim ülkelerin gelişmiş düzeyleri analiz edilirken sağlık göstergeleri de önemli bir kriterdir. Ülkelerin ekonomik gelişimi ve kalkınması, verimliliğin sağlanması, huzurlu ve refah içinde yaşayan bir toplumun sağlanması için sağlık hizmetlerinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti alanlar ve sunanlar olmak üzere iki taraf söz konusudur. Sağlık hizmetleri, bireysel faydasının yanında toplumsal faydası da yadsınamayacak olan bir kamu

hizmetidir. Sağlık hizmetlerini sunabilmek açısından yapılan harcamaların finansmanı olarak özel, kamu ve karma finansman yöntemleri kullanılmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumun ve bireyin karşı karşıya gelebileceği farklı farklı birçok risk bulunmaktadır. Bu riskleri en alt seviyeye indirmek, sağlıklı yaşam potansiyelini korumak ve hayat standardını geliştirmek amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir (Akdur, 2006).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığı bulunan kişilerin tedavisi için yapılan ayakta veya yatarak verilen sağlık hizmetleridir. Hastalıklar bir kaza sonucu meydana gelebildiği gibi aniden de olabilir. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olacak şekilde üçe ayrılmaktadır (TCSB, 2011).

2.2.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Pratisyen hekimler ve aile hekimleri tarafından verilmektedir. Ayakta teşhis ve tedavi yapılan hizmetler olması bakımından evde, muayenehanede ya da poliklinikte tedavi süreçleri yürütülebilmektedir. Sağlık ocakları, aile planlaması merkezleri, tüberküloz dispanserleri, anne-çocuk sağlığı ve özel muayenehaneler gibi kurumlar örnek verilebilir (Hayran, 2012).

2.2.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

Uzman hekimler tarafından genellikle verilmektedir. Hastalıkların teşhisi ya da tedavisi için bireylerin yatmalarını gerektirdiğinden birinci basamak sağlık hizmetlerinden ayrılmaktadır. Örnek olarak; özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri, vakıf hastaneleri, tam teşekküllü devlet hastaneleri sıralanabilir (Hayran, 2012).

2.2.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri olarak da adlandırılır. İleri tetkik ve özel tedavi gereken durumlar da hastaların başvurması gereken kuruluşlardır. Meslek ve Üniversite hastaneleri, Sanatoryumlar, Ruh ve Sinir hastalıkları, kanser ve ARGE araştırmaları gibi kuruluşlar örnek kuruluşlar arasındadır (Hayran, 2012).

2.2.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Beklenmedik vakalar sonrasında ortaya çıkan bedeni veya ruhi yönden eksik bireylerin başvurduğu kişilerin tekrardan sosyal ve ekonomik özgürlüklerine kavuşmasını amaçlayan kuruluşlardır. Deprem, sel gibi doğal afet, yakalandığı ciddi bir hastalığın olması, yangın, trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan durumlar sonucunda bireyler için gerekli olan sosyal ve ekonomik desteğin sağlanmasıdır (Özkara, 2006).

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kaynaklar

Sağlık kaynağı deyince ilk akla gelen insan kaynağı ve parasal kaynaklar düşünülmektedir. Ancak bu önemli iki kaynağın yanında doğal kaynaklar, girişimci, bilgi ve teknoloji, medikal cihaz ve ekipman ilaç, protez, tıbbi cihaz, cerrahi araç, sarf malzeme gibi birçok kaynak ihtiyacı mevcuttur (Burns vd., 2002; Özcan, 2013; Tengilimoğlu ve Yiğit, 2013). Bu kaynakların etkili ve verimli kullanılması; rekabet üstünlüğü, uzun dönemde sürdürülebilirliğin sağlanması ve kaliteli hizmet sunabilmek için büyük önem arz etmektedir (Gülhan ve Coşkun, 2017).

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sağlanabilmesi için kullanılan malzemelerin bir yönetim sürecinden geçmesi gerekmektedir. Malzeme yönetim sürecinin etkili bir şekilde yürütmek için öncelikle malzemelerin planlanması, koordinasyonun sağlanması ve bu süreçlerden sorumlu bir kişinin bulundurulması gerekmektedir (Bekmezci, 2018).

Özetle, sağlığın kaynakları ulusal ve uluslararası anlamda sınıflandırıldığında literatürde genel olarak ele alınan başlıklar şunlardır; 1. Personel (tıbbi, hemşirelik, klinik ve idari destek) 2. Malzeme (tıbbi ve diğer) 3. İnşaat ekipmanı (bilgi ve iletişim teknolojisi) 4. Ekonomik Kaynaklar (Uslu, 2021).

2.4. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin gerekli kaynakların bulunması ve maliyetlerinin karşılanması olarak nitelendirilen kavram sağlık finansmanıdır. Sağlık finansmanı beklenmedik hastalık durumlarında hastaları mali yükünden korumayı hedeflemektedir. Bu nedenle sağlık finansmanının etkili bir şekilde yürütülmesi bireylerin ödeme gücü olmamasından dolayı hizmeti kullanmasının engellenmesi ve yapacağı ödeme sonrasında yoksullaşması sorununu en aza indirger veya ortadan kaldırabilir (WHO, 2022).

Finansmanın hangi kaynaklardan ve ne şekilde karşılanacağı önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşların giderlerinin düzenli ve etkili bir şekilde karşılanabilmesi

açısından bu hususa dikkat etmek gerekmektedir. Finansman kaynağı olarak; devlet bütçesi, işveren, işçi ve yine devletin katkısıyla finanse edilen yaşlılık, sakatlık, bağış ve yardımlar, emeklilik, devlete ödenen vergiler ve toplanan primlerle sosyal sigortalar gibi örnek verilebilir (Orhaner, 2006).

- **Kriterler**

Bu çalışmada belirlenen kriterlere aşağıda kısaca değinilmiştir:

Toplam Sağlık Harcaması: Ülkedeki kamu ve özel sektör toplam sağlık harcamalarını kapsayan bir kavramdır.

Cari Sağlık Harcamaları: Tedavi ve rehabilitasyon, koruyucu, halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli malzemelerin teminini sağlamak ve yürütmenin yanı sıra sağlık personellerinin ücret ve maaşları için yapılan her türlü harcamaları içermektedir.

Hastane Harcamaları: Hizmet alım giderleri, yatırım giderleri, personel giderleri, ilaç medikal ve laboratuvar malzeme giderleri, , diğer işletme giderleri ve vergi giderlerinden oluşmaktadır (SB, 2011).

Ayakta Bakım Harcamaları: Özel ve kamu hastaneleri dispanserler, aile sağlığı merkezi gibi sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren kurumlarda yatış işlemi yapılmadan ayaktan tedavisi verilen hastalar için yapılan harcamaları kapsamaktadır.

Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları: Perakende satış, perakende olarak satılan veya temin edilen ilaçlara yapılan harcamaları ifade etmektedir. Tıbbi malzeme giderleri ise, iyileşmeyi tek başına sağlayamayan, teşhis, tedavi ve bakım amaçlı işlemlerin yapılması sırasında bir veya sınırlı sayıda kullanılacak tıbbi malzemeler ile ortez ve protezler için yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları: Bireylere ve çevreye yönelik alınacak koruyucu sağlık harcamalarından biri olan halk sağlığı harcamaları kişilerin ve toplumun sağlığının korunması, gelişiminin sağlanmasını amaçlamaktadır. Yönetim harcamaları ise ilgili sağlık hizmeti sunucularının bu hizmetleri yerine getirebilmek amacıyla oluşturulan yönetimin temel fonksiyonlarını (planlama, örgütleme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını) etkili ve verimli kullanarak sunulan sağlık hizmeti harcamalarıdır.

Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları: Sağlık işletmelerine ait yönetim fonksiyonlarını yerine getirmek amacıyla kurulmuş işletmelerin merkezi yönetim birimlerini ve tüm işletmelerin kullandıkları sağlık harcamaları ve tüm sigorta giderleridir.

Sınıflandırılmayan Sağlık Harcamaları: Sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilirken sınıflandırılmayan sağlık harcamalarına örnek olarak temel fonksiyonların dışında kalan sağlık hizmet sunumuna erişimi sağlamak için yol giderleri, konaklama ve tıbbi cihaz giderleridir.

Yatırım Harcamaları: Toplam sağlık harcamalarının tüketim harcamalarından ziyade üretime yapılan yatırım harcamalarıdır.

Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılım Harcamaları: Sağlık hizmet sunulurken farklı kaynak ve fon kullanılarak finansmanı sağlanır. Yapılan sağlık harcamalarının sınıflandırılması hususunda TÜİK'ten alınan verilere göre genel devlet harcamaları ve özel sektör sağlık harcamaları olarak sınıflandırılmıştır. Genel devlet sağlık harcamaları kendi içinde merkezi devlet harcamaları, yerel yönetim harcamaları ve SGK devlet sağlık harcamaları; özel sağlık harcamaları hane halkı harcamaları ve diğer kar amacı gütmeyen kuruluşların harcamalarıdır (Atasever, 2014).

Türkiye'de sağlık hizmetleri harcamaların neler olduğunu bulmak amacıyla Ulusal Sağlık Hesapları (USH) yapılmıştır. USH belirlenirken Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) olarak nitelendirilen metodoloji standart olarak kabul görmüştür. Bu standart OECD üyesi olan ülkeler tarafından da kullanılmaktadır. Bu veriler sağlık harcamalarının gerçek düzeyini bize gösterirken aynı zamanda diğer ülkelerin sağlık harcamaları açısından karşılaştırma yapabilmemizi sağlamaktadır (Çelik, 2011).

3. Materyal ve Metod

Araştırmanın ilk aşamasında literatür taraması yapılarak Türkiye'nin sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları belirlenmiştir. Bu süreçte 2010-2020 yılları arasındaki harcamalar esas alınacaktır. Araştırma tasarımı yapılırken konu ile ilgili daha önceden literatürde yapılan çalışmalar referans alınarak belirlenmiş 10 ana kriterin, 5 uzman tarafından değerlendirilmesi ve bu değerlendirme doğrultusunda en fazla önem derecesine sahip kriter/kriterlerinin ne olduğu sorusuna cevap aranmıştır.

Araştırma örnekleme, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemine bağlı kalınarak belirlenmiştir. Buna göre araştırmaya dahil edilecek katılımcılar için araştırmacılar tarafından belirlenen ölçütler; sağlık hizmet meslek alanında en az 10 yıllık bir tecrübeye sahip, daha önceden sağlık hizmet alanında karar verici noktalarda (Sağlık Bakan Yardımcısı, Sağlık Yönetimi Daire Başkanı, Sağlık Hizmetleri Yöneticisi ve Öğr. Üyeleri) görev yapmış kişilerden oluşmaktadır. Uzman sayısı daha önceki çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir.

“Uzman Görüşü Değerlendirme Formu” veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Çok nitelikli karar verme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalarda uzman görüşlerinin alınması noktasında araştırmacılar tarafından kullanılan anket formlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç bulunmamaktadır. Nitekim bu formlar uzmanların kişisel kanaatlerini yansıtmakta ve herhangi bir tutum ya da algı ölçümü yapmamaktadır. Araştırma kapsamında görüşü alınacak uzmanların daha kolay bir değerlendirme yapabilmesi için, süreci kolaylaştırmak ve anlaşılır kılmak için hazırlanmıştır. Çalışmada kullanılan anket kriterlerin ikili karşılaştırmalarına yöneliktir. Anket toplamda 45 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmada veriler iki farklı aşamada toplanmıştır. İlk aşamada veriler önceden belirlenmiş 10 ana kriter analizi “Uzman Görüşü Değerlendirme Formu” kapsamında değerlendirilmiş olup; kriter ağırlıkları da uzmanlar tarafından değerlendirilmesi sonucu AHP yöntemi ile belirlenmiştir.

1. Kriterler geniş bir literatür taraması ile önceden yapılmış çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir.
2. Uzmanlar araştırma ve değerlendirme süreci hakkında bilgilendirilmiştir. Aynı zamanda uzmanlar, doğru değerlendirmeyi yapabilmek adına değerlendirme araçları ve değerlendirme tarzı hakkında da araştırmacı tarafından bilgilendirilmiştir.

Tablo1. Kriterler

Kriter No	Kriter
Kriter 1	Toplam Sağlık Harcamaları
Kriter 2	Cari Sağlık Harcaması
Kriter 3	Hastane Harcamaları
Kriter 4	Ayakta Bakım Harcamaları
Kriter 5	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları
Kriter 6	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları
Kriter 7	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları
Kriter 8	Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları
Kriter 9	Yatırım Harcamaları
Kriter 10	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar

Sağlık hizmetlerine ayrılan paylardan bir tanesi de evde hemşirelik bakımı harcamalarıdır. Bu kriter ile ilgili verilere ulaşılamadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Bu çalışmada Türkiye’de sağlık hizmetine ayrılan kaynakların AHP yöntemi ile önem derecesi açısından ağırlıklandırılması yapılmıştır. Elde edilen kriter ağırlıkları ile 2010-2020 yılları arasında İstatistik Yıllığı ve TÜİK Haber Bültenlerinde yer alan verilerle ilişkilendirilerek

önerilerde bulunulmuştur. Bazı yıllara ve kriterlere ait sağlık istatistiklerinin bulunamaması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

- Analitik Hiyerarşik Prosesi (AHP)

AHP analizinin gelişimi ilk olarak Saaty tarafından yapılmıştır. Birden fazla kriterin ve alternatifin olduğu problemlerde kullanılmaktadır (Saaty, 1980). AHP analizleri birden fazla kriterin ve farklı alternatiflerin bulunduğu durumlarda en doğru kararı verebilmek için geliştirilen yöntemlerdir. Bu yöntemle birlikte sunulan alternatifler arasından en elverişli olanı seçme, sıralama ya da sınıflandırma işlemleri yapılmaktadır (Paksoy, 2017). AHP karmaşık karar problemlerini çözmek için güçlü bir araç olarak kullanılmaktadır. AHP yönteminde kriterler ikili olarak karşılaştırmalarla hiyerarşik yapılara dönüştürerek çözülmektedir (Saaty, 1980). AHP analizi ile kriterlerin ağırlıklandırılması sürecinde; konu ile ilgili belirli şartları sağlayan uzmanların görüşleri alınmaktadır. Uzmanlardan alınan geri dönüşler doğrultusunda elde edilen veriler AHP yöntemi ile analiz edilmektedir. Analiz sonucunda ise kriterlerin önem sırasına göre sıralanması yapılmaktadır. Bu sayede kriterler arasında hangisinin öncelikli olduğu belirlenmiş olmaktadır. Analizin uygulanma aşamaları 4 adımdan oluşmaktadır (Dağdeviren, 2001):

1.Adım: Karar vericinin amacı belirlenmelidir. Bu doğrultuda belirlenecek olan kriterler ve ona ait olan alt kriterler seçilerek, hiyerarşik bir sıralama oluşturulmalıdır.

2.Adım: Belirlenen her kriter için alternatiflerin seçilmesi ve kriterlerin de kendi aralarında sınıflandırılarak karşılaştırılmasının sağlanması

3.Adım: İlişki matrislerinin normalleştirme işleminin gerçekleştirilmesi

4.Adım: Seçilen kriterlerin önem dereceleri belirlenmeli ve sunulan alternatifler için de belirlenen önem dereceleri ile çarpılarak her bir alternatif için uygun öncelik derecesinin belirlenmesi.

Bu çalışmada birden fazla kriter ve alternatifin bulunduğu durumlarda en doğru kararı verebilmek için tercih edilen AHP yöntemi ile analiz gerçekleştirilmiştir. AHP yöntemi kolay uygulanabilir bir yöntem olmakla birlikte nicel ve nitel faktörleri dikkate alan karmaşık problemlerin çözümünde de kolaylık sağlamaktadır. Birden fazla kriterin olduğu bu çalışmada daha kolay ve anlaşılır olması sebebiyle AHP yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmada toplanacak olan veriler MSEXcel programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Uzman görüşü alınarak elde edilen veriler ile ikili karşılaştırma matrisi oluşturulmuştur. İkili karşılaştırma matrisinin satır toplamları ile normalizasyonu gerçekleştirilmiştir. Öncelik vektörlerini elde etmek için

normalize matrislerin satır ortalamaları alınmıştır. Sonuçların tutarlılığını kontrol etmek amacıyla tutarlılık testi yapılmıştır. Sonuçların tutarlı olarak kabul edilebilmesi için tutarlılık oranının 0,1'den küçük olması beklenmektedir. AHP yöntemi ile kriterler derecelendirildikten sonra Normalize değerlerden yararlanılarak derecelendirilmiş normalize matris oluşturulmuştur. Bu aşamada, bir adet ideal çözüm ve bir adet ideal olmayan çözüm elde edilmiştir. Ardından hem uzaklık değerlerinin hesaplanması hem de göreceli yakınlık hesaplamaları yapılarak sağlık kaynakları arasında sıralama yapılmıştır.

4. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'de sağlık hizmetine ayrılan kaynakların ÇKKV tekniklerinden AHP yöntemi kullanılarak önem derecelerinin belirlenmesi sonucunda elde edilen verilerin 2010-2020 yılları arasında İstatistik Yıllığı ve TÜİK Haber Bültenlerinde yer alan verilerle ilişkilendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 2'de Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarına ilişkin 2010-2020 yılları arasındaki verileri yer almaktadır.

Tablo 2. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları (TSH) ve Gelişimi

Yıllar	TSH (Milyon TL)	TSH/GSYİH (%)	Kişibaşı Sağlık Harcaması
2010	61.678	5,3	843
2011	68.607	4,9	924
2012	74.189	4,7	987
2013	84.390	4,7	1.110
2014	94.750	4,6	1.232
2015	104.568	4,5	1.345
2016	119.756	4,6	1.524
2017	140.647	4,5	1.751
2018	165.234	4,4	2.030
2019	201.031	4,7	2.434
2020	249.932	5	2.997

Kaynak: TÜİK (2022).

Ülkede yapılan tüm kamu ve özel sektör sağlık hizmeti harcamaları ülkenin toplam sağlık harcamasını ifade etmektedir.

Tablo 2’de Türkiye’de sağlık harcaması 10 yılda 4 kat artış göstererek 2010 yılında 61.678 Milyon TL civarından 249.932 Milyon TL’ye ulaşarak ciddi bir artış göstermiştir. GSYİH’ya oran olarak ölçüldüğünde sağlık harcamalarının dalgalı bir seyir izlediği ve önceki yıllara göre artış göstererek %4,7’ye ulaştığı görülmektedir. Oran bu dönem için yaklaşık %4,4 olacak ve 2020’de %5,0 olarak gerçekleşecek. Bu durum Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH büyüme oranlarına benzer bir yol izlediğini düşündürmektedir (Çelik 2011; Khanolkar vd.; 2016). Bir ülkenin gelir düzeyi ile sağlık harcama düzeyi arasında önemli bir ilişki vardır. Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerine daha fazla harcama eğiliminde olduğu bilinmektedir. Türkiye’nin kişi başına sağlık harcamasının 10 yılda yaklaşık 3,5 kat artarak 2020 yılında 2.997 TL’ye ulaştığı görülmektedir.

Ek-1’de yer alan Tablo 3’e göre ülkemizde 2010 senesinde 58.623 Milyon TL değerinde toplam cari sağlık harcaması yapılırken, 10 yılda yaklaşık olarak 3,9 kat artarak 2020 yılında 233.062 Milyon TL civarına ulaşmıştır. 2010 senesinden itibaren hızlı bir artış gösteren cari sağlık harcamaları, 2020 yılından sonra da artış hızını koruyarak yükseliş göstermektedir.

2010 yılında genel devlet sağlık harcamaları toplam cari sağlık harcamalarının %78,6’sını oluştururken, özel sağlık harcamaları ise %21,4’ünü oluşturmaktadır. 2020 yılına gelindiğinde ise devlet sağlık harcamaları oranı artış göstererek toplam cari sağlık harcamalarının %79,2’ye yükseldiği, buna karşılık özel sağlık harcamalarının oranının ise %20,8’e düşüş gerçekleşmiştir.

Cari sağlık harcamalarının 2010 yılında büyük bir kısmının devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. Bu harcamalar yüzdesel olarak değerlendirildiğinde %33,4’ünü merkezi devletin, %1,0’ını yerel devlet, ve %65,4’ünü sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamaları olduğu tespit edilmiştir. Bu oranlar 2020 yılında ise sırasıyla, %30,6, %0,8 ve %68,4 olarak gerçekleşmiştir. Elde edilen verilere göre cari sağlık harcamalarının çok büyük bir bölümü merkezi devlet tarafından değil SGK tarafından karşılanmaktadır.

2020 yılına göre toplam cari sağlık harcamalarının yaklaşık %53,9’u SGK tarafından karşılanmaktadır. 2010 yılında toplam cari sağlık harcamalarının içerisinde özel sektör harcamalarının sürekli artış gösterdiği 2010 yılında sağlık harcamaları 12.897 Milyon TL iken, bu rakam 10 yıllık süreçte 3,4 kat artış göstererek 2020 yılına gelindiğinde 49.303 Milyon TL’ye yükseldiği görülmektedir.

Özel sektör sağlık harcamalarının 2010 yılına göre %76,6'ı hane halklarının cepten ödemeleri şeklinde gerçekleşirken %23,3'ü diğer özel sektör sağlık harcamaları olarak gerçekleşmiştir. Bu oranlar 2020 yılına gelindiğinde sırasıyla %77,6 ve %22,3 olduğu tespit edilmiştir.

Hastane harcamalarının yıllar itibariyle arttığı gözlenmektedir. Hastane harcamaları her dönemde önemli bir role sahip olan toplam sağlık harcamalarıdır. 2020 yılında ülkemizdeki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %49,3'sini oluşturduğu anlaşılmaktadır. Diğer kalemler de göz önünde bulundurulduğunda toplam sağlık harcamaları içerisinde ciddi bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Genel devlet harcamaları hastane harcamalarının büyük bir bölümünü kapsamaktadır. 2010 yılında toplam hastane harcamalarının %90,2'si kamu tarafından karşılanırken, bu oran 2020 yılında inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir. Bu yılda oranın %81,6 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Buna göre zamanla kamunun payı azalma eğilimi gösterirken özel sektörün payı da hastane harcamaları içerisinde artma eğilimi saptanmıştır. Ancak son yıllarda devletin özel sektörü teşvik amacıyla sağladığı birçok kolaylık olmasıyla birlikte ve uyguladığı sağlık politikaları açısından önemli bir rolü olması nedeniyle yaklaşık değerlerde seyretmektedir.

2020 yılında SGK %68 oranında kamu tarafından karşılanan hastane harcamalarının çok büyük bir kısmını karşılarken, %31,8 oranında merkezi devlet harcamalarının bir kısmını karşılamaktadır. Buna karşılık çok küçük bir pay olan %0,1 oranında yerel yönetimlerin payı mevcuttur. SGK tarafından karşılanan harcamaların hızla artış gösterdiği gözlenmektedir. Bu artışın en önemli etkilerinden bazıları; farklı kurumların işlettiği hastanelerin birleştirilmesi, sosyal güvenlik kurumlarının aynı çatı altında toplanması ve aile hekimliği sistemine geçilmesi olarak değerlendirilmektedir.

2020 yılında hastane harcamalarının %18'i özel sektör hastane harcamalarından oluşmaktadır. Bu harcamanın %70,6 gibi büyük bir kısmı hane halkından cepten ödeme denilen harcama yöntemi ile karşılanırken %29,4 kadarlık kısmı da özel sigorta ve kuruluşlar tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının ve sosyal güvenlik sisteminin yeterince gelişmemesinin önemli bir nedeni hane halkının yaptığı cepten ödemeler olduğu saptanmıştır. Çünkü özel sektör harcamalarının çoğunluğu hane halkının cepten yaptığı ödemelerden oluşmaktadır.

2010 yılında ayakta sağlık bakımı harcamaları 11.024 Milyon TL civarında iken bu rakam 16 yılda 25.664 Milyon TL'ye ulaşarak 2,3 kat artış görülmektedir.

2020 yılında genel devlet harcamaları %63,8 oranında ayakta sağlık bakımı sunucularına yapılan ödemeleri karşılamaktadır. Buna karşılık %36,1 oranında ise özel sektör sağlık harcamaları yer almaktadır.

2010 yılında genel devlet sağlık harcamaları 6.333 Milyon TL'dir. Bu miktarın %57,6'sı merkezi devlet, %4'ü yerel devlet ve %38,2'si sosyal güvenlik kurumu tarafından yapılmıştır.

2020 yılında ise toplam harcamalar 16.378 Milyon TL olarak saptanmıştır. Bu miktarın %63,7'si merkezi devlet, %4,2'si yerel devlet ve %32'si sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır.

Özel sektör tarafından karşılanan ayakta bakım harcamaları 2010 yılında 4.691 Milyon TL olarak saptanmıştır. Bu durum 2010 yılında cari sağlık harcamaları bakımından değerlendirildiğinde %36,3'unu bu harcamalar oluşturmaktadır. Devlet harcamalarında bu oranın hızla artış gösterdiği gözlenirken, özel sektörde düşüş yaşamıştır. 2010 yılından 2020 yılına kadar geçen 10 yıllık süreçte 1,9 artış göstererek 9.286 Milyon TL'ye ulaşmıştır. Özel sektör ayakta bakım harcamalarının çoğunluğunu hane halkından karşılamaktadır. Bu oran için %81,8 gibi ciddi bir oran göze çarpmaktadır. Diğer özel sektör tarafından ise %18,1'i karşılanmaktadır. Özel sektör sağlık harcamaları hane halkından karşılanmasından dolayı inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir.

Cari sağlık harcamaları 2010 yılında %32,8 civarındadır. Bu sağlık harcamaları 19.75 Milyon TL olan miktarın %78,7'sini genel devlet harcamaları oluştururken %21,3'ünü özel sektör harcamaları oluşturmaktadır. Türkiye'de 10 yıl içerisinde sağlık sisteminde yaşanan önemli gelişmeler neticesinde perakende satış ve tıbbi malzemelere sunucuları için yapılan harcamalar artış göstermeye devam etmiştir. 10 yıl içinde perakende satış ve tıbbi malzeme sunucularına yapılan yatırımlar 3,2 kat artış göstererek 63.053 Milyon TL civarına ulaşmıştır. Bu miktar 2020 yılı cari sağlık harcamalarının yaklaşık %27'sini oluşturmaktadır. Ayrıca, bu harcamanın %7,9'u genel devlet harcamaları içerisinde yer alırken %28,2'i özel sağlık harcamaları içerisinde yer almaktadır.

2010 yılında genel devlet harcamaları içerisinde yapılan ödemelerin %10,6'sı merkezi devlet, %0,02'si yerel devlet ve %89,2 gibi ciddi bir oranla sosyal güvenlik kurumu perakende satış ve tıbbi malzeme sunucularına yapılan ödemeyi karşılamaktadır. Zaman içerisinde genel devlet harcamaları yaklaşık 3,2 kat artış göstererek 49.153 Milyon TL'ye yükselmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişiklikler nedeniyle finansman sağlayıcıların ödediği miktarlarda önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. 2010 yılında SGK'ya devredilen devlet memurları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık ödemeleri nedeniyle merkezi devlet harcamaları düşüşe geçmiştir.

sosyal güvenlik kurumu ödemeleri de artış göstermiştir. 2020 yılına gelindiğinde merkezi devlet %0,2 yerel devlet %0,1 ve SGK tarafından %99,7 oranında perakende satış ve tıbbi malzeme sunucularına harcama sağlanmıştır. 2020 yılındaki SGK oranı göz önünde bulundurulduğunda genel devlet harcamaları içerisinde yer alan perakende satış ve tıbbi malzeme harcamalarının neredeyse tamamının SGK tarafından karşılandığı gözlenmektedir.

Perakende satış ve tıbbi malzeme sunanlar için yapılan ödemeler değerlendirildiğinde özel sektör tarafından karşılanan kısım yıllar içinde artmaktadır. 2010 yılında bu artış %21,3'ü özel sektör tarafından karşılanırken 10 yıllık bir süreçte bu oran yükselerek %28,2'ye ulaşmıştır. Bu kalemin özel sektör tarafından karşılanan kısmının 2010 yılında %85,6'sının hane halkı tarafından karşılandığı gözlenirken %14,3'ünün ise diğer sektörler tarafından karşılandığı saptanmıştır. Bu oran 2020 yılına gelindiğinde ise %87,4'ü hane halkı tarafından karşılanan bu kalemin %12,5'i özel sektör tarafından karşılandığı görülmüştür. Devletin sosyal devlet anlayışı çerçevesinde vatandaşlarını sosyal güvenlik kapsamına alınmasının özel sektördeki bu düşüşün nedenlerinden biri olduğu söylenebilir.

Türkiye'de Aile Hekimliği 2010 yılında ülke genelinde tüm illerde uygulanmaya başlamıştır. Aile Hekimliklerinin yaygın olarak kullanılması ile özel sektör tarafından verilen halk sağlığı uygulamaları yerini tüm sağlık uygulamalarıyla birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlara ve Aile hekimliklerine bırakmıştır. Bu uygulamalar halka ücretsiz olarak sunulmaya başlanmıştır.

2010-2011 yılları arasında küçük düşüşler yaşanmış ve bu durumda küresel finansal krizin etkisinin olduğu gözlenmiştir. Ancak 2012 yılına bakıldığında bir önceki yıldan 4.4 kat civarında bir artış görülmektedir. 2020 yılına gelindiğinde ise 10 yıllık sürece göre yaklaşık 19,6 kat artış göstererek 13.055 Milyon TL olduğu saptanmıştır. Genel devlet sağlık harcamaları içinde yer alan bu harcamaların merkezi devlet tarafından karşılanan kısmı %97,8 olarak karşılanırken yerel devlet tarafından karşılanan bu oran %2,1 gibi düşük bir rakam olarak görülmektedir.

2008 yılında halk sağlığı programları ve yönetimi için yapılan özel sektör harcamalarının zamanla düşüş göstermesinden dolayı tamamen durmuştur. Devlet tüm vatandaşlara ücretsiz olarak halk sağlığı hizmet sunumu gerçekleştirilmesiyle kâr amacı güden özel sektörlerin halk sağlığı sunumundan çekilmesine sebep olmuştur. Türkiye'de hastane ve poliklinik hizmeti sunumuna ağırlık verilmesinin temel amacı özel sağlık kuruluşlarının daha karlı olması olmuştur.

Genel devlet harcamalarının %53,6'sı sağlık yönetimi ve sigorta giderleri için harcanmıştır. Özel sektör harcamaları ise %46,7 oranında sağlık yönetimi ve sigorta giderlerini karşılamıştır. 2010-2020 yılları değerlendirildiğinde genel sağlık yönetimi ve sigorta giderlerinin sadece SGK tarafından karşılandığı anlaşılmakta olup merkezi ve yerel devlete ait verilerin bulunmadığı görülmektedir. 2020 yılında genel sağlık yönetimi ve sigorta giderlerinin 512 Milyon TL olduğu görülmektedir. Bu harcamanın %43,9'u genel devlet harcamaları, %56,0'ını ise özel sektör harcamalarının oluşturduğunu söyleyebiliriz.

2010 yılında sınıflandırılmayan diğer giderler olarak toplam cari sağlık harcamaları %3,9'lük bir orana sahipken, 2020 yılında bu oran düşüş göstermiş ve %2,6'ya gerilemiştir. Bu kalemdeki harcama miktarı 2010 yılından itibaren artmaya başlamış, ancak 2012 yılında (özel kesim harcamalarındaki düşüşün etkisiyle) bir önceki yıla göre %17,5 oranında azalmıştır. 2013 yılından 2020 yılına kadar ise artış devam etmiştir.

Genel devlet ve özel sektör harcamaları olarak harcamalar ikiye ayrılmaktadır. 2010 yılında devlet tarafından %37,2 oranında bu harcamalar karşılanırken, özel sektör tarafından ise %62,8 oranında karşılandığı tespit edilmiştir. Bu harcama kalemi istikrarlı bir şekilde gelişme gösterememiş aksine inişli-çıkışlı bir yol izlenmiştir. Bu harcama miktarı 2020 yılına gelindiğinde ise oranla değişim göstermiştir. Özel kesimin harcamaları %47,7 oranına düşerek azalış gösterirken devlet harcamaları %52,2 oranına yükselmiştir. Devlet tarafından yapılan harcamalar kendi içerisinde finansman kaynağına göre ayırım göstermektedir. Bu harcamalar; merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik kurumu harcamaları olarak sınıflandırılabilir. Harcamanın büyük ve önemli bir kısmı sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılandığı bilinmektedir. Buna karşılık merkezi ve yerel devletin de finansmana katkı sağladığı bilinmektedir. Özel sektör harcamaları ise finansman kaynağını çoğunlukla hane halkından karşılamaktadır. Ancak buna karşılık olarak bir kısmını da özel sağlık harcaması yapan kuruluşlar tarafından da karşılayabilmektedir.

Özel kesim tarafından yapılan harcamaların devlet harcamalarına oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. 2010 yılında 3054 Milyon TL civarında ciddi bir harcama yapıldığı görülmektedir. Bu harcamanın devlet tarafından karşılanan kısmı oransal olarak değerlendirildiğinde %90,2 civarında büyük bir payı oluşturmaktadır. Özel sektör ise oransal olarak bu harcamaların %9,8'ini karşılamaktadır. 2020 yılı itibariyle devlet tarafından karşılanan sağlık yatırımları %84,7 civarındayken özel sektörün sağlık harcamalarına katkısı %15,2 olarak saptanmıştır.

Türkiye’de hastane hizmetleri ve tıbbi malzemelere yüksek oranda harcamalar yapılmaktadır. Bunun başlıca nedenlerinin sevk zincirine uyulmadığı konusudur. Vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmadıkları da bunun birer sonucudur. Bu durumda tedavi ve ilaç masrafları da beraberinde artış göstermektedir. Sağlıkta reform ve dönüşüm programları ile desteklenen sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin büyük önemi bulunmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, sağlık güvencesi sağlanarak topluma güven aşılması, sağlık hizmetine ulaşımın kolaylığı ve zaman tasarrufu gibi etkenler sevk zincirinin önemini ortaya sunmaktadır. Bir diğer konu ise yerli tıbbi teknoloji ve ilaç sanayisinin desteklenmesi olarak ele alınabilir. Sağlığa yapılan bu tür yatırımlar neticesinde dışa bağımlık azalacak sağlıkta verimlilik artış gösterecektir.

- AHP Yöntemi ile Kriterlerin Ağırlıklandırılması

Hiyerarşik Yapının Oluşturulması: Sağlık kaynaklarının kullanımına ilişkin olarak 10 kriter ile hiyerarşik yapı oluşturulmuştur. Sağlık kaynaklarının kullanımına ilişkin kriterler literatür taraması sonucu; Kriter Toplam Sağlık Harcamaları, Cari Sağlık Harcaması, Hastane Harcamaları, Ayakta Bakım Harcamaları, Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları, Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları, Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları, Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları, Yatırım Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Uygulama İçin Belirlenen Kriterler

Kriter No	Kriterler
K1	Toplam Sağlık Harcamaları
K2	Cari Sağlık Harcaması
K3	Hastane Harcamaları
K4	Ayakta Bakım Harcamaları
K5	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları
K6	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları
K7	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları
K8	Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları
K9	Yatırım Harcamaları
K10	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar

İkili Karşılaştırma Matrislerinin Oluşturulması: Hiyerarşik yapıya dahil olan her alan ayrı ayrı kriterlere ayrılarak her kriter için uzman kişiler tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmada, sağlık hizmet kaynak kullanımı ile ilgili 10 kriterin önem dereceleri açısından değerlendirilmesi için 5 uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzmanların biri sağlık bakan yardımcısı, biri sağlık yönetimi daire başkanı diğer üçü de sağlık hizmet alanında öğr. üyeleridir. Uzmanların görüşlerine ilişkin bu karşılaştırma matrislerinden etkili ve verimli bir karar matrisi elde etmek için eldeki kriterlerin geometrik ortalaması alınmıştır. Her bir kriter

için 5 uzmanın da görüşü alınarak geometrik ortalamaya ulaşılmıştır. Aşağıda uzmanların değerlendirmesi sonucu elde edilen karar matrisi yer almaktadır.

Tablo 5. Geometrik Ortalama Sonucu Elde Edilen Karar Matrisi

KRİTER NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
K1	1	2,53652	5,34805	6,54444	4,66318	5,24489	5,5243	5,80906	3,49971	2,80936
K2	0,39424	1	4,5144	4,3597	4,3597	3,15982	3,37977	4,82865	2,80936	2,53652
K3	0,18698	0,22151	1	2,29017	2,95418	1,96639	2,17791	4,3597	1,47577	1,90365
K4	0,14286	0,23737	0,35495	1	1,71877	1,71877	1,90365	3,93628	2,00178	2,29017
K5	0,19206	0,20891	0,3861	0,50813	1	1,71877	1,65987	3,87298	1,2099	2,14113
K6	0,16581	0,23737	0,56519	0,66874	0,75984	1	2,53652	4,66318	2,14113	1,06961
K7	0,17656	0,28719	0,37796	0,66874	0,69853	0,46714	1	5,43879	2,81731	2,95418
K8	0,14593	0,18386	0,20891	0,23737	0,2582	0,19206	0,18386	1	1,93318	1,24573
K9	0,31239	0,41113	0,61479	0,62802	0,82652	0,50813	0,35495	0,57735	1	2,53652
K10	0,27494	0,31239	0,44721	0,46714	0,50813	0,91932	0,33981	1	0,31239	1

İkili Karşılaştırma Matrisinin Normalizasyonu: İkili karşılaştırma matrisinin normalizasyonu için ilk aşama her bir sütunda verilen verilerin toplanması aşamasıdır. Elde edilen bu toplamın ardından her bir kriter tabloda yer alan sütun toplamına bölünmüştür. Bu işlemin tamamlanmasının ardından normalize karar matrisi elde edilmiştir. Normalize karar matrisine aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 6. İkili Karşılaştırma Matrisinin Normalizasyonu

KRİTER NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
K1	0,33425	0,45004	0,38705	0,37671	0,26276	0,31043	0,28983	0,1637	0,18227	0,13713
K2	0,13177	0,17742	0,32671	0,25095	0,24566	0,18702	0,17732	0,13607	0,14632	0,12381
K3	0,0625	0,0393	0,07237	0,13183	0,16646	0,11639	0,11426	0,12286	0,07686	0,09292
K4	0,04775	0,04211	0,02569	0,05756	0,09685	0,10173	0,09987	0,11093	0,10426	0,11179
K5	0,06419	0,03707	0,02794	0,02925	0,05635	0,10173	0,08708	0,10914	0,06301	0,10451
K6	0,05542	0,04211	0,0409	0,03849	0,04281	0,05919	0,13308	0,13141	0,11151	0,05221
K7	0,05902	0,05095	0,02735	0,03849	0,03936	0,02765	0,05246	0,15327	0,14673	0,1442
K8	0,04878	0,03262	0,01512	0,01366	0,01455	0,01137	0,00965	0,02818	0,10068	0,06081
K9	0,10442	0,07294	0,04449	0,03615	0,04657	0,03008	0,01862	0,01627	0,05208	0,12381
K10	0,0919	0,05543	0,03237	0,02689	0,02863	0,05441	0,01783	0,02818	0,01627	0,04881

Öncelik Vektörünün Hesaplanması: Öncelik vektörü için ilk olarak normalize matrisin satırlarında bulunan değerler toplanır, ardından eleman sayısına bölünür. Böylelikle öncelik vektörü elde edilmiş olur. Aşağıda öncelik elde edilen öncelik vektörü tablosu yer almaktadır.

Tablo 7. Öncelik Vektörü

KRİTER NO	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
K1	0,28942	0,48272	0,53253	0,5226	0,31723	0,37089	0,40851	0,19484	0,19089	0,11258
K2	0,1141	0,19031	0,44952	0,34814	0,29658	0,22345	0,24993	0,16196	0,15323	0,10164
K3	0,05412	0,04216	0,09957	0,18288	0,20097	0,13905	0,16105	0,14623	0,08049	0,07628
K4	0,04135	0,04517	0,03534	0,07985	0,11692	0,12154	0,14077	0,13203	0,10918	0,09177
K5	0,05558	0,03976	0,03845	0,04058	0,06803	0,12154	0,12275	0,12991	0,06599	0,0858
K6	0,04799	0,04517	0,05628	0,0534	0,05169	0,07071	0,18757	0,15641	0,11679	0,04286
K7	0,0511	0,05465	0,03764	0,0534	0,04752	0,03303	0,07395	0,18242	0,15367	0,11838
K8	0,04223	0,03499	0,0208	0,01895	0,01756	0,01358	0,0136	0,03354	0,10544	0,04992
K9	0,09041	0,07824	0,06122	0,05015	0,05623	0,03593	0,02625	0,01937	0,05454	0,10164
K10	0,07957	0,05945	0,04453	0,0373	0,03457	0,06501	0,02513	0,03354	0,01704	0,04007

Tutarlılık Oranının Hesaplanması: İkili karşılaştırma matrisinin kendi içerisinde tutarlı olup olmadığını belirleyebilmek için tutarlılık indeksi hesaplanmıştır. Tutarlılık indeksini bulabilmek için öncelikle λ_{max} değeri hesaplanmıştır. λ_{max} değerini bulabilmek için bulunan ikili karşılaştırma matrisi ile öncelik vektörü çarpılmalıdır. Bu işlemin sonucunda elde edilen sonuç ağırlıklı toplam vektör olarak kabul edilir. Ardından di değeri hesaplanır. Bu hesaplamayı yapabilmek için ağırlıklı toplam vektörün satır toplamları alınır ve öncelik vektöründe birbirine karşılık gelen elemanlar bölünür. Son aşama olarak λ_{max} değeri elde edilmiş olur. Bunun için elde edilen di değerlerinin aritmetik ortalaması alınarak λ_{max} değeri 11,29507 olarak bulunmuştur. Ardından tutarlılık indeksi hesaplanmıştır. Tutarlılık indeksi 0,1439 olarak bulunmuştur. Tutarlılık oranının hesaplanması için son olarak tutarlılık indeksi rastgele indekse bölünmüştür. RI değeri rastgele indeks anlamına gelmektedir. RI kriter sayısına göre değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmet kaynaklarını inceleyen bu çalışmada 10 kriter belirlenmesi sebebiyle RI değeri 1,51 olarak alınmıştır. Tutarlılık indeksinin 1,51'e bölünmesi ile sonuç 0,09 olarak bulunmuştur. Tutarlılık oranı 0,10'dan küçük olarak bulunmuştur. Bu sonuç ikili karşılaştırma matrislerinin tutarlı olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmet kaynaklarının kullanım amacına ilişkin olarak ikili karşılaştırma matrislerinin kullanılabilirliğini göstermektedir. Sonuç olarak AHP yöntemi ile elde edilen ve tutarlı olduğu belirlenen kriter ağırlıkları aşağıda yer alan tablodaki gibi bulunmuştur.

Tablo 8. AHP Yöntemi Sonucu Elde Edilen Kriter Ağırlıkları

Kriter No	Kriterler	Kriter Ağırlıkları
Kriter 1	Toplam Sağlık Harcamaları	0,28942
Kriter 2	Cari Sağlık Harcaması	0,19031
Kriter 3	Hastane Harcamaları	0,09957
Kriter 4	Ayakta Bakım Harcamaları	0,07985
Kriter 5	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	0,06803
Kriter 6	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	0,07071
Kriter 7	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	0,07395
Kriter 8	Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	0,03354
Kriter 9	Yatırım Harcamaları	0,05454
Kriter 10	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	0,04007

AHP yöntemi ile elde edilen kriter ağırlıklarının sıralaması; Toplam Sağlık Harcamaları (0,28), Cari Sağlık Harcaması (0,19), Hastane Harcamaları(0,09), Ayakta Bakım Harcamaları (0,07), Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları (0,07), Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları (0,07), Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları (0,06), Yatırım Harcamaları (0,05), Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar (0,04), Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları (0,03) olarak belirlenmiştir.

5. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak kriterlerinin önem derece ağırlıklarının belirlenmesi ve ilgili kaynakların optimum kullanımına yönelik önerilerde bulunmak bu çalışmanın temel amacıdır.

Literatür taraması sonucunda sağlık hizmet kaynaklarının kullanımında etkili olan kriterler; Toplam Sağlık Harcamaları, Cari Sağlık Harcaması, Hastane Harcamaları, Ayakta Bakım Harcamaları, Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları, Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları, Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları, Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları, Yatırım Harcamaları, Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmet kaynaklarının kullanımında etkili olan kriterlerin ikili karşılaştırılması aşamasında beş uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri neticesinde kriterlerin ağırlık sıralaması; Toplam Sağlık Harcamaları (0,28), Cari Sağlık Harcaması (0,19), Hastane Harcamaları (0,09), Ayakta Bakım Harcamaları (0,07), Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları (0,06), Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları (0,07), Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları (0,07), Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları (0,03), Yatırım Harcamaları (0,05), Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar (0,04) olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmet kaynaklarının kullanımı için yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarına göre önem derecesi açısından ilk sırada yer alan 0,28 ile Toplam Sağlık Harcamaları olmuştur. Toplam sağlık harcamalarının etkin bir şekilde yönetilmesini sağlamak için sağlık hizmetlerinin verimli kullanımı önemlidir. Sağlık hizmetlerinin verimli kullanımı, kaynakların doğru ve etkin bir şekilde tahsis edilmesini gerektirir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin etkinlik analizleri yapılabilir ve maliyet-fayda analizleriyle desteklenebilir. Bu analizler, sağlık hizmetlerinin gerçek değerini belirlemeye ve kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını sağlamaya yardımcı olur. Kaynakların yeniden yönlendirilmesi de sağlık hizmetlerinin verimli kullanılmasında dikkate alınabilir. Verimsiz veya gereksiz sağlık hizmetlerinin tespit edilmesi ve kaynakların daha etkili alanlara yönlendirilmesi sağlanabilir. Örneğin, önleyici sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılabilir.

Sağlık kaynakları açısından iyi bir konumda olan bir ülkenin, sağlık sisteminin ve o sistemin etkinliğinin yüksek olduğu anlamına gelmez. Ülkelerin sağlık kaynaklarını nasıl etkin bir şekilde kullandıkları da bu noktada önemlidir ve bu konuda ayrıca analiz edilmelidir.



Ülkelerin sağlık kaynaklarının artırılmasının yanı sıra bu kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması yoluyla sağlık durumlarının iyileştirilmesi önemlidir.

Bu çalışma kapsamında değerlendirilmeyen diğer sağlık kaynağı göstergelerine ilişkin veriler elde edilerek daha kapsamlı bir sıralama ve karşılaştırma yapılabileceği düşünülmektedir. Araştırmacılara, incelenen kriterleri uzman görüşü olarak ve farklı karar verme tekniklerini kullanarak ağırlıklandırdıktan sonra, bir veya daha fazla ÇKKV tekniğini aynı anda uygulayarak kriterlerin sıralamasını gözlemlemeleri önerilir.

EK-1

Tablo 3. Cari Sağlık Harcaması, Hastane Harcamaları, Ayakta Bakım Harcamaları, Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları, Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları, Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları, Sınıflandırılmayan Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları, Yatırım Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar'ın Yıllar İtibariyle Değişimi

Yıllar	HARCAMALAR	Genel Toplam		Genel Devlet Harcamaları (1)		Özel Sektör Harcamaları (2)		Genel Toplam		Genel Devlet Harcamaları (1)		Özel Sektör Harcamaları (2)	
		(1+2)	Toplam	Toplam	%	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	%	Hane Hakları	Diğer	
2010	Cari Sağlık Harcamaları	58.623	45.726	78,6	15.307	477	29.941	12.897	21,4	9.891	3.007		
	Hastane Harcamaları	24.933	22.497	90,2	9.167	55	13.275	2.436	9,8	1.400	1.036		
	Ayakta Bakım Harcamaları	11.024	6.333	57,4	3.654	254	2.424	4.691	42,6	3.899	792		
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	19275	15.171	78,7	1.620	4	13.547	4.104	21,3	3.516	588		
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	664	664	100	601	63	-	-	-	-	-		
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	289	155	53,6	-	-	155	135	46,7	-	135		



	Sınıflandırmaya n Diğer										
	Kategorideki Sağlık Harcamaları	2436	907	37,2	265	102	541	1.529	62,8	1.076	454
	Yatırım Harcamaları	3054	2756	90,2	1.902	100	754	299	9,8	172	127
	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	61678	48482	79	17.209	577	30.695	13196	21	10.062	3134
	Cari Sağlık Harcamaları	65.372	51.728	80	17.230	445	34.052	13.644	20	10.391	3.253
	Hastane Harcamaları	28.543	26.135	92	9.832	52	16.251	2.408	8,4	1.248	1.161
	Ayakta Bakım Harcamaları	13.082	8.027	61	4.874	216	2.936	5.056	39	4.188	867
2011	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	20331	15.855	78	1.703	8	14.144	4.476	22	3.828	648
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	579	579	100	508	71	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve	317	171	54	-	-	171	146	46	-	146

Sigorta										
Harcamaları										
Sınıflandırmaya										
n Diğer										
Kategori	2518	961	38	314	98	550	1.566	62	1.127	429
deki Sağlık										
Harcamaları										
Yatırım										
Harcamaları	3236	2852	88	1.856	112	885	384	12	199	185
Toplam Sağlık										
Harcamalarının										
Finansman										
Kaynağına Göre	68607	54580	80	19.086	557	34.937	14028	20	10.590	3438
Yapılan										
Harcamalar										
Cari Sağlık										
Harcamaları	70.288	55.648	79	14.465	531	40.652	14.640	21	11.198	3.442
Hastane										
Harcamaları	36.088	29.609	82	7.359	59	22.191	6.479	18	4.679	1.801
Ayakta Bakım										
Harcamaları	10.125	7.718	76	4.113	282	3.322	2.407	24	1.873	534
2012										
Perakende Satış										
ve Tıbbi Malzeme	19106	14.492	76	183	9	14.300	4.614	24	3.965	648
Harcamaları										
Halk Sağlığı										
Programlarının										
Sunumu ve	2546	2546	100	2.466	79	-	-	-	-	-
Yönetimi										
Harcamaları										



Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	345	194	56	-	-	194	151	44	-	151
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2077	1.090	53	343	102	645	987	48	681	306
Yatırım Harcamaları	3901	3137	80	2.028	131	978	764	20	552	212
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	74189	58785	79	16.493	662	41.630	15404	21	11.750	3654
Cari Sağlık Harcamaları	79.702	62.447	79	15.682	638	46.127	17.255	22	13.491	3.764
Hastane Harcamaları	41.785	34.095	82	8.182	67	25.847	7.689	18	5.637	2.053
Ayakta Bakım Harcamaları	10.807	7.978	74	3.994	340	3.644	2.830	26	2.257	573
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	21230	15.742	74	61	8	15.673	5.489	26	4.777	712
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve	3167	3167	100	3.066	101	-	-	-	-	-



Yönetimi Harcamaları										
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	312	207	66	-	-	207	106	34	-	106
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2398	1.258	53	379	122	757	1.140	48	820	320
Yatırım Harcamaları	4688	3781	81	2.743	172	866	907	19	665	242
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	84390	66228	79	18.425	810	46.993	18162	22	14.156	4006
Cari Sağlık Harcamaları	88.878	68.974	77	18.213	704	50.058	19.904	23	15.754	4.150
Hastane Harcamaları	46429	37606	81	9566	54	27986	8823	19	6422	2401
2014 Ayakta Bakım Harcamaları	11.624	8.334	72	4.444	351	3.539	3.290	28	2.682	608
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	24136	17.627	73	72	12	17.542	6.509	27	5.676	833
Halk Sağlığı Programlarının	3836	3836	100	3.714	122	-	-	-	-	-



Sunumu ve Yönetimi Harcamaları										
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	374	225	60	-	-	225	149	40	-	149
Sınıflandırmaya Dâir Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2479	1.346	54	417	164	765	1.133	46	974	159
Yatırım Harcamaları	5871	4407	75	3.069	40	1.298	1.464	25	1.065	398
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	94750	73382	77	21282	744	51356	21368	23	16819	4549
Cari Sağlık Harcamaları	96.786	75.622	79	20.265	893	54.464	21.163	22	16.404	4.760
Hastane Harcamaları	51083	41521	81	10726	67	30727	9562	19	6796	2766
2015 Ayakta Bakım Harcamaları	12.341	8.857	72	4.790	425	3.642	3.484	28	2.761	723
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	25888	19.122	74	70	12	19.040	6.766	26	5.844	923



Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	4374	4374	100	4.218	156	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	416	241	58	-	-	241	174	42	-	174
Sınıflandırmaya Dâhil Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2683	1.507	56	461	233	814	1.176	44	1.003	173
Yatırım Harcamaları	7782	6499	84	5.021	34	1.444	1.283	17	912	371
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	104568	82121	79	25286	927	55908	22446	22	17315	5131
Cari Sağlık Harcamaları	112.540	88.279	79	24.290	1.064	62.925	24.261	22	18.531	5.730
2016 Hastane Harcamaları	60141	49099	82	12970	76	36054	11042	18	7677	3365
Ayakta Bakım Harcamaları	14.257	10.283	72	5.606	531	4.145	3.974	28	3.119	855



Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	29321	21.675	74	70	13	21.592	7.646	26	6.602	1.045
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	5355	5355	100	5.181	174	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	498	272	55	-	-	272	227	45.4	-	227
Sınıflandırmaya Dâhil Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	2967	1.596	54	463	270	863	1.371	46	1.113	238
Yatırım Harcamaları	7216	5733	79	4.441	54	1.238	1.483	21	1.031	452
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	119756	94012	79	28731	1118	64163	25744	22	19562	6182
Cari Sağlık Harcamaları	130 981	101 786	78	27 694	1 216	72 876	29.195	22	22 770	6 425
Hastane Harcamaları	69 636	56.826	81.6	15 016	77	41 733	12.810	18	9 252	3 558

2017



	Ayakta Bakım Harcamaları	17 163	11 403	66	6 378	602	4 423	5 760	34	4 547	1 213
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	33 908	25 553	75	64	10	25 479	8 355	25	7 275	1 080
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	6 011	6 011	100	5 802	209	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	601	293	49	-	-	293	309	51	-	309
	Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	3 660	1 700	46	434	318	948	1 960	54	1 696	265
	Yatırım Harcamaları	9 666	7 958	82	7 623	86	249	1 709	18	1 234	475
	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	140647	109744	78	35.316	1.303	73.125	30.904	22	24.004	6.900
2018	Cari Sağlık Harcamaları	154 998	119.941	78	34 027	1 316	84 598	35.057	23	27 111	7 946



Hastane Harcamaları	80 701	65.373	81	18 523	101	46 748	15.328	19	10 975	4 354
Ayakta Bakım Harcamaları	20 117	13 262	66	7 626	634	5 002	6 855	34	5 428	1 427
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	41 424	31 438	76	81	29	31 328	9 986	24	8 685	1 301
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	7 324	7 324	100	7 105	219	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	931	374	40	-	-	374	557	60	-	557
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	4 501	2 171	48	692	332	1 146	2 330	52	2 024	306
Yatırım Harcamaları	10 236	8 080	79	6 433	123	1 523	2 156	21	1 543	612
Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Yapılan Harcamalar	165234	128021	77	40.461	1.439	86.121	37.213	23	28.655	3.933



2019	Cari Sağlık Harcamaları	188 237	146.232	78	42 650	1 357	102 226	42.004	22	32 090	9 915
	Hastane Harcamaları	97 446	78.550	81	23 885	119	54 546	18.896	19	13 153	5 743
	Ayakta Bakım Harcamaları	23 971	15 862	66	9 229	655	5 979	8 109	34	6 370	1 739
	Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	51 922	40 133	77	98	20	40 015	11 789	23	10 191	1 598
	Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	8 884	8 884	100	8 662	222	-	-	-	-	-
	Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	949	456	48	-	-	456	493	52	-	493
	Sınıflandırmaya Dâir Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	5 065	2 348	46	777	341	1 231	2 716	46	2 375	341
	Yatırım Harcamaları	12 794	10 586	83	8 842	16	1 728	2 207	17	1 537	671
	Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre	201031	156819	78	51 492	1 373	103 954	44 212	28	33 626	10585



Yapılan Harcamalar										
Cari Sağlık Harcamaları	233 062	183.759	79	56 376	1 598	125 784	49.303	21	38 294	11010
Hastane Harcamaları	123 397	101.147	81.6	32 208	139	68 800	22.250	18	15 709	6 542
Ayakta Bakım Harcamaları	25 664	16 378	64	10 437	696	5 245	9 286	36	7 597	1 689
Perakende Satış ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	63 053	49 153	78	132	8	49 014	13 900	28	12 155	1 745
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi Harcamaları	13 055	13 055	100	12 777	278	-	-	-	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta Harcamaları	1166	512	44	-	-	512	654	56	-	654
Sınıflandırmaya n Diğer Kategorideki Sağlık Harcamaları	6 726	3 514	52	823	477	2 214	3 212	48	2 833	379
Yatırım Harcamaları	16 870	14 304	85	12 551	34	1 719	2 566	15	1 812	754
Toplam Sağlık	249932	198062	79	68 927	1 632	127 504	51 869	21	40 105	11764



Sinop Üniversitesi Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
e-Dergisi
Cilt: 3 Sayı: 1



Harcamalarını
n Finansman
Kaynağına
Göre Yapılan
Harcamalar

Kaynak: TÜİK (2022).

Kaynakça

- Ağır,H.; Tıraş,H.H. (2018). Türkiye’de Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 15, (2), 643-670.
- Atasever, Mehmet (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara, 293 s.
- Akdur, R. (2000). Sağlık Hizmetleri ve Sınırlı Kaynakların Dağıtımı (Tartışılması Gereken Sorular). *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, Cilt 8(1), 38-45.
- Bekmezci, M. (2018). Sağlık kurumlarında tedarik ve malzeme yönetimi. II. International Applied Social Sciences Congress, 714–717.
- Burns, L.R., DeGraaff, R.A., Danzon, P.M., Kimberly, J.R., Kissick, W.L., ve Pauly, M.V. (2002). The Wharton School study of the health care value chain. The health care value chain: producers, purchasers and providers. San Francisco: Jossey-Bass, 3-26.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1, (1), 0 – 0.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO),, 1948.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO),, 2022.
- Gülhan, Y. ve Coşkun, S. (2017). TS EN 15224 healthcare service - the comparison of quality management system to other quality systems in healthcare. *Pressacademia*, 4(3), 410-416.
- Hayran O, Sağlık Yönetimi Yazıları, SAGEYA Yayınları, ISBN:978-605-88828-9-8, Ankara, s.10 38-40, 115-116, 2012.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*(1), 1-22.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, Türkiye.
- Özcan, Y. (2013). Sağlık kurumları yönetiminde sayısal yöntemler. (Ş. Kavuncubaşı ve S. Yıldırım, Çev.), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Paksoy, S. (2017). *Çok Kriterli Karar Vermede Güncel Yaklaşımlar*. Adana: Karahan Kitabevi.
- Saaty, T. L. (1980). The Analytic Hierarchy Process: Planning Priority Setting. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*



- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2011). Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yayınlanmıştır. Erişim T: 20.03.2022
- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2012). Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yayınlanmıştır. Erişim T: 20.03.2022
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB), Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, s.10, 2011.
- Tengilimoğlu, D. ve Yiğit, V. (2013). Sağlık işletmelerinde tedarik zinciri ve malzeme yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- TÜİK Haber Bülteni (2020), Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Haber Bülteni, Sayı: 37192.
- TÜİK (2022), www.tuik.gov.tr Erişim T: 20.03.2022
- Uslu, Y. (2021). TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri Kullanılarak OECD Ülkelerinin Sağlık Kaynağı Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18 (44), 7668-7692 . DOI: 10.26466/opus.961183