

SAĞLIK HİZMETLERİNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

ÖZET

Sağlık ekonomisi, sınırlı kaynaklarla sınırsız sağlık ihtiyaçlarını karşılama ve bu kaynakları en etkin kullanma bilimidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaları, ülkelerin ekonomik büyümesinde kritik rol oynar. Temel amaç, verimli, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlamaktır. Kaynakların sınırlılığı ve artan talep, sağlık hizmetleri finansmanını hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sürekli gündemde tutar. Sağlık sistemlerinin ana hedefi, bireysel ve toplumsal sağlığı koruyup geliştirmek, refahı artırmak ve ekonomik verimlilik sağlamaktır. Finansman modeli ne olursa olsun, sağlık kaynaklarının etkin, rasyonel ve adil yönetimi hayati önem taşır. Bu bağlamda, ekonomik kaynakların hangi nüfus gruplarına, hastalıklara veya tedavilere yönlendirileceğine dair kararlar, kanıta dayalı ekonomik değerlendirme yöntemleriyle alınmalıdır. Bu da sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme metotlarının önemini artırmaktadır. Küreselleşme, ekonomi, siyaset, kültür ve sağlık dahil birçok alanda global dönüşümleri ifade eder. Teknolojik ilerlemeler, politik dinamikler ve değişen toplumsal koşullar bu süreci şekillendirmiştir. Küreselleşmenin ikinci döneminde hizmet ticaretine verilen önem, sağlık sektöründe de küreselleşme hareketlerini tetiklemiştir. Küreselleşmenin etkisiyle artan rekabet ve yeni tedavi yöntemleri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini yükseltmektedir. Bu durum, sağlık hizmeti sunucuları için maliyet analizlerinin önemini artırarak finansal sürdürülebilirliği sağlamayı gerektirir. Küreselleşme ve sağlık ilişkisi; sağlığa etkileri, finansman, sistemler, politikalar, istihdam dinamikleri ve teknolojik dağılım açısından sağlık ekonomisi için kritik bir alandır. Dijital çağda kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinde reformun anlamı ve bu reformun gelişime etkisi,

* İzmir Democracy University, İzmir/ Türkiye, E-mail: basakoralcim@gmail.com.

Makale Geçmişi/ Article History

Başvuru Tarihi/ Date of Application : 15 Ekim/ October 2025
Düzeltilme Tarihi/ Revision Date : 29 Kasım/ November 2025
Kabul Tarihi/ Acceptance Date : 3 Aralık/ December 2025

Research Article

çalışmanın ana odak noktalarını oluşturmaktadır. Günümüzde dünya genelinde hızla artan sağlık harcamalarına karşılık sınırlı kaynaklar, maliyet-etkililik analizini doğru sağlık programlarına tahsis için önemli bir karar verme aracı haline getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetleri Maliyetleri, Maliyet-Fayda Analizi.*

ECONOMIC EVALUATION METHODS IN HEALTHCARE SERVICES

ABSTRACT

Health economics is the science of meeting unlimited health needs with limited resources and using these resources in the most efficient way. The financing and expenditures of health services play a critical role in the economic growth of countries. The main goal is to ensure the provision of efficient, accessible, and high-quality health services. The scarcity of resources and increasing demand keep the issue of health financing constantly on the agenda in both developed and developing countries. The primary objective of health systems is to protect and improve individual and public health, enhance well-being, and ensure economic efficiency. Regardless of the financing model, the effective, rational, and equitable management of health resources is of vital importance. In this context, decisions regarding which population groups, diseases, or treatments economic resources should be directed to must be made using evidence-based economic evaluation methods. This increases the importance of economic assessment techniques in health economics.

Globalization refers to global transformations in many areas, including the economy, politics, culture, and health. Technological advancements, political dynamics, and changing social conditions have shaped this process. In the second phase of globalization, the emphasis on trade in services has triggered globalization movements in the health sector as well. With globalization, increasing competition and new treatment methods have raised the costs of health services. This situation heightens the importance of cost analyses for health service providers to ensure financial sustainability. The relationship between globalization and health is a critical domain for health economics, examined in terms of its effects on health outcomes, financing, systems, policies, employment dynamics, and the distribution of technology. In the digital age, understanding public sector health reforms and their impact on development constitutes a central focus of this study. Today, as health expenditures rise rapidly worldwide while resources remain limited, cost-effectiveness analysis has become an essential decision-making tool for allocating resources to the right health programs.

Keywords: *Health Economics, Health Care Costs, Cost-Benefit Analysis.*

1. GİRİŞ

Toplumun refahını, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için hayata geçirilen sağlık sistemleri her toplumda değişik yani farklı yöntemlerle uygulanmak ve finanse edilmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili konular ekonomik, politik ve toplumsal açıdan giderek önem kazanmıştır. Sağlıkla ilgili gelişmelere sadece içsel veya ulusal bağlamda değerlendirmek kısıtlayıcı olabilir çünkü küresel düzeydeki ekonomik ve toplumsal etkileşimler ülkelerin sağlık hizmetlerini, sağlık harcamalarını hem ulusal hem de uluslararası düzeyde etkilediği görülmektedir. Bu sebepten sağlık ve sağlık hizmetlerine geniş bir perspektif bakmak gerekmektedir. Sağlık sektörlerinde geniş kapsamlı reformların ('hizmet sunumunda etkinliği arttıran, maliyet artışlarını kontrol eden, geri ödeme yöntemlerini yeniden düzenleyen vb.) yapılmasıyla ilgili çok ciddi tartışmalar vardır.

Sağlık hizmetleri bireysel gibi görülebilir ancak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında ortaya çıkan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici etkileri bu hizmetlerin toplumsal hizmetler olmasına sebep olur. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez; talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir sağlık ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamını etkilemekle beraber toplumu da ekonomik ve sağlık açısından etkileyebilmektedir.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması biçiminde tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre, sağlık sektörüne tahsis edilen kaynakların en verimli şekilde kullanılarak olabilecek en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu topluma en iyi şekilde dağıtmaktır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI VE TALEBİ

Arz ve talebin bir araya gelmesiyle Pazar oluşur. Arz, diğer faktörler sabit tutulduğunda, belirli bir zaman diliminde üreticilerin farklı fiyat seviyelerinde pazara sunmaya istekli oldukları mal ve hizmet miktarıdır. Talep ise diğer faktörler sabit tutulduğunda, belirli bir zaman diliminde tüketicilerin farklı fiyat seviyelerinde satın almaya istekli oldukları mal ve hizmet miktarıdır.

Tablo 1. Sağlık Ekonomisinde Arz Talepleri

Sağlık Hizmeti Sunucuları	Hastaneler, aile hekimleri, poliklinikler, laboratuvarlar, eczaneler
Arzı Etkileyen Faktörler	Maliyetler, teknoloji, sağlık politikaları, insan kaynağı, teşvikler
Teknolojinin Rolü	Yeni cihazlar ve tedavi yöntemleriyle hizmet kapasitesi artar
Devletin Rolü	Ruhsatlandırma, fiyat düzenlemeleri, teşvik sistemleri
Arzın Özellikleri	Tam rekabet yoktur, bilgi asimetrisi, kalite ölçümü zordur
Arzın Esnekliği	Kısa vadede sınırlıdır (örneğin doktor sayısı hemen artırılamaz)
Arz-Talep İlişkisi	Fiyatlar genellikle serbest piyasada oluşmaz; kamu müdahalesi yoğundur
Kârlılık ve Özel Sektör	Özel sektör hizmet arzını kârlılığa göre yönlendirir

Kaynak :Yazar tarafından derlenmiştir.

Sağlık ekonomisinde arz, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgilidir. Yani sağlık hizmetlerini kimlerin, nasıl, ne kadar, hangi maliyetle ve hangi kaliteyle sunduğunu inceler. İşte sağlık ekonomisinde arzın temel unsurları; hastaneler (özel ve/veya devlet hastaneleri), aile hekimleri, poliklinikler, eczaneler, laboratuvarlar, sağlık çalışanları yani doktorlar, hemşireler, teknisyenler. Sağlık ekonomisinde arzı etkileyen faktörler ise, tedavi edebilme yeteneği, maliyetler (sağlık hizmetinin üretiminin maliyetleri, teknoloji aslında teknolojinin hızla yenilenmesi sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasında çok büyük rol oynar, sağlık sigortası sistemleri, insan kaynakları ve personel eğitimleri ve kamu eğitim düzeyleri. Arzı etkileyen bir başka unsur ise kapasitedir. Sağlık sektöründe arzın miktarı arttıkça talebinde miktarı artmaktadır. Yani toplumda arzın genişlemesiyle birlikte yeni sağlık beklentileri oluşur ve bu beklentiler talebe dönüşür. Dolayısıyla sağlık sektöründe ihtiyaç ile talep arasındaki rasyonel ilişki zayıflayabilmektedir. Bir diğer deyişle sağlık sektöründe arz arttıkça beklenti oluşmakta, beklenti de talebe dönüşmektedir. Yani ‘ihtiyaç ile talep arasında ümit edilen akılcı bir yaklaşıma dayalı ilişki yok olmaktadır.’ Arzı belirleyen faktörlerden biri de etkileridir.

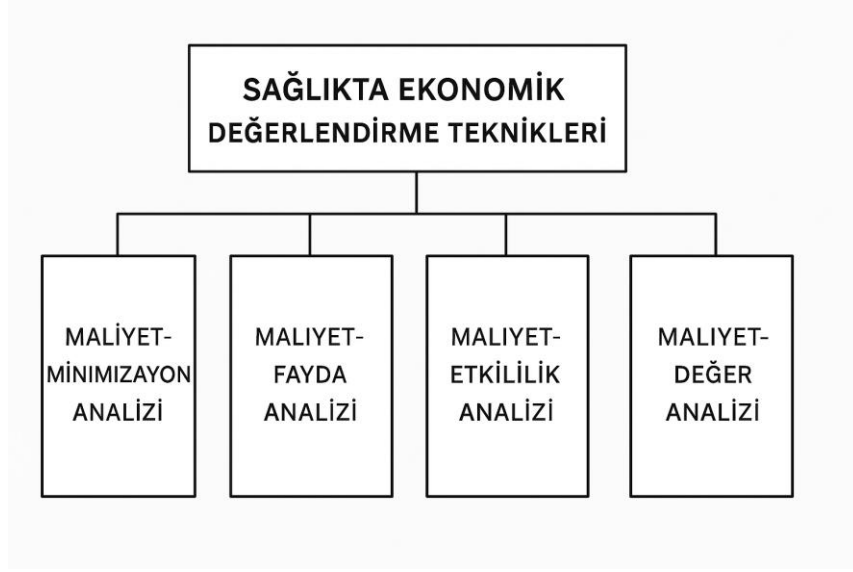
Bu durum, sağlık hizmetlerinde kaynakların doğru kullanılmasını daha da önemli hâle getirmektedir. Bu yüzden hangi hizmetin ne kadar maliyetle ve hangi sonuçlarla sunulduğunun incelenmesi gerekmektedir.

3. SAĞLIK EKONOMİSİNDE MALİYET ANALİZLERİ

Ekonomik olara analiz edilmesi, teknolojik alternatiflerin, maliyetleri ile sonuçlarının karşılaştırılmasıdır. Maliyet analizlerinin temel görevi, değerlendirilen öğelerin maliyet ve sonuçlarını belirlemek, ölçmek ve karşılaştırmaktır. Sağlık ekonomisinde maliyet analizleri, sağlık hizmetlerinin ekonomik değerini değerlendirmek için kullanılan yöntemlerdir. Amaç, sınırlı kaynaklarla en yüksek sağlık faydasını elde etmektir. Analizleri değerlendirebilmek için aşağıdaki yöntemler kullanılmalıdır:

- Maliyet Minimizasyon Analizi
- Maliyet Fayda Analizi
- Maliyet Değer Analizi
- Maliyet Etkililik Analizi (Drummond et al. 2005, Goodacre, McCabe 2002).

Şekil 2. Sağlık Değerlendirme Teknikleri



Kaynak: Yazar tarafından derlenmiştir.

Tablo 2. Analiz Teknikleri

Analiz Türü	Etki Ölçüsü	Kullanım Durumu
Maliyet-Minimizasyon (MMA)	Etki eşit → sadece maliyet	Aynı etkili hizmetler
Maliyet-Etkinlik (MEA)	Klinik/yaşam ölçütü	Etki farklı, parasal karşılık yok
Maliyet-Yarar (MYA)	TL cinsinden yarar	Yararlar paraya çevrilebiliyorsa
Maliyet-Fayda (CBA)	TL → maliyet ve fayda	Ekonomik getirisi olan hizmetler
Maliyet-Hastalık (Burden)	Toplam maliyet	Hastalıkların toplum üzerindeki yükünü hesaplamak

Kaynak: Yazar tarafından derlenmiştir.

• Maliyet Minimizasyon Analizi (MMA) (Cost-Minimization Analysis – CMA)

Maliyet Minimizasyon Analizi, sağlık ekonomisi ve karar bilimlerinde kullanılan bir yöntemdir. Bu analiz, alternatif tedavi veya müdahalelerin etkinliklerinin eşit olduğu durumlarda, en düşük maliyetli seçeneğin belirlenmesini amaçlar. Başka bir deyişle, farklı seçeneklerin sonuçları aynı olduğunda hangi seçeneğin maliyet açısından daha avantajlı olduğunu ortaya koyar.

• Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis)

Maliyet-Fayda Analizi, bir projenin, müdahalenin veya politikanın toplam maliyetlerini ve beklenen faydalarını parasal birim cinsinden karşılaştıran bir ekonomik değerlendirme yöntemidir.

Analiz, farklı alternatiflerin net ekonomik değerini ortaya koyar ve hangi seçeneğin toplum veya kurum açısından daha avantajlı olduğunu belirlemeye yardımcı olur.

Maliyet-fayda analizi (MFA), bir projenin maliyetlerinin üzerinde bir fayda sağlaması durumunda, bu projenin sosyal refahı artıracığı varsayımına dayanır. Sağlık ekonomisi alanında, bağışıklama programları, hasta taramaları, kalp nakli gibi çeşitli sağlık hizmetleri ve müdahaleler, bu fayda-maliyet perspektifi çerçevesinde değerlendirilir. MFA yaklaşımına göre, sadece doğrudan projeye ait maliyetler ve faydalar değil; aynı zamanda dışsallıklar ve üçüncü taraflar üzerinde yarattığı etkiler gibi dolaylı maliyet ve faydalar da analiz kapsamına alınmalıdır. Bu kapsamlı değerlendirme, kaynakların etkin ve adil dağıtılmasına olanak tanımaktadır.

Bir program veya müdahaleden beklenen faydanın ölçülmesi için iki farklı yaklaşım benimsenilmiştir. Birincisi beşerî sermaye yaklaşımı, ikincisi ise ödeme istekliliğidir. Beşerî sermayede beklenen yarar olarak bireyin gelecekteki kazançlarının bugünkü değerinin ölçülmesidir. Beşerî sermaye yaklaşımı, bireylerin ekonomik değerini ağırlıklı olarak gelir düzeyi ve üretkenlik üzerinden değerlendirdiği için eleştirilmektedir. Bu durum, düşük ve yüksek gelir grupları ile çalışan ve çalışmayan bireyler arasında ayrımcılığa neden olabilmektedir. Ayrıca, yaklaşım bireyin karşı karşıya kalabileceği ölüm, hastalık veya yaralanma gibi sağlık risklerini yeterince dikkate almadığından, sağlık ekonomisi açısından eksik ve sınırlı bir çerçeve sunmaktadır. Beşerî sermaye yaklaşımının yüksek gelirli ile düşük gelirli, çalışanlar ile çalışmayanlar (yaşlı, çocuk vb.) arasında bir ayırma neden olması ve bireyin ölümü, yaralanması ve hastalanması gibi sağlıkla doğrudan ilişkili riskleri göz önüne almaması sebebiyle ödeme istekliliği (willingness-to-pay) yaklaşımı geliştirilmiştir. Ödeme istekliliği yaklaşımı, kişilere hasta olmamak veya sağlıklarında bir iyileşme sağlamak için ne kadar ödeyeceklerinin değerlendirilmesidir (Gafni, 1998: 465; Dewar, 2010:122).

• **Maliyet Değer/Yararlanım Analizi (Cost-Utilization Analysis)**

Maliyet Değer/Yararlanım Analizi, farklı sağlık müdahalelerinin maliyetlerini ve bunlardan elde edilen faydayı ölçülebilir birimlerle (ör. yaşam yılı, yaşam kalitesi puanı) karşılaştıran bir ekonomik değerlendirme yöntemidir. Bu analiz, maliyetleri fayda birimleri ile ilişkilendirerek, hangi müdahalenin daha verimli olduğunu belirlemeye yardımcı olur.

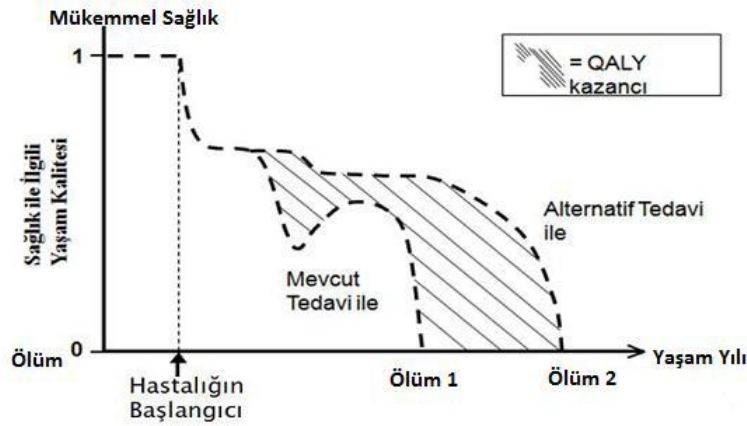
Modern tıp uygulamaları artık yalnızca insanların yaşam süresini uzatmayı değil, aynı zamanda yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir. Ancak bazı tedavi yöntemleri, yaşam süresini uzatırken hastaların günlük yaşam deneyimlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Maliyet-yararlanım analizinin tercih edilmesinin en önemli nedeni, herhangi bir sağlık programının uygulanması sonucunda bireyin yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerin de çıktı ölçütü QALY ile değerlendirilmesidir. Maliyet

yararlanım analizinde en yaygın çıktı ölçütü kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı Quality-Adjusted Life Years (QALY)'dir.

Kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY), hem bireyler hem de hastalık türleri arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanıyan, sağlık müdahalelerinin sonuçlarını değerlendirmede kullanılan evrensel bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu ölçüm, farklı hastalıklar ve sağlık programları arasında nesnel karşılaştırmalar yapabilmeyi mümkün kılar.

QALY (Quality-Adjusted Life Year) hesaplamalarında birim olarak yaşamın kalitesi ile düzeltilmiş bir yıl kullanılır. Ölüm "0" ile, mükemmel sağlık durumu ise "1" ile temsil edilir. Örneğin, bir kişinin beş yıl daha yaşaması, bu süredeki sağlık kalitesi göz önünde bulundurularak beş yaşam yılına eklenebilir. Ağır hastalıklar veya ölümcül durumlar gibi farklı sağlık durumlarını karşılaştırabilmek amacıyla çeşitli sağlık durumlarına sayısal değerler atanır; böylece birikimli bir sağlık getirisi ölçütü oluşturulabilir. Örneğin, şiddetli ağrı ile geçen bir yıl 0,5 puan ile değerlendirilebilir. Temel varsayım olarak, QALY değerleri toplanabilir; dolayısıyla iki kişinin şiddetli ağrısını gideren bir tedavi (2 x 0,5) bir sağlık yılı ekleyen başka bir tedaviyle eşdeğer kabul edilir. Ayrıca, yaşam yıllarının ağırlıkları tüm bireyler için eşittir; gelir, yaş veya diğer demografik farklılıklar hesaba katılmaz (Öksüz ve Malhan, 2005:37).

Şekil 3. Tedavi Sonucunda QALY Kazancı



Kaynak: Yiğit ve Erdem (2014, s.217).

QALY yönteminin genel avantaj ve dezavantajları şu şekilde özetlenebilir:

Avantajları:

- Ekonomik değerlendirme yapmak için ortak bir ölçüt sağlar.
- Yaşam süresi ve yaşam kalitesini tek bir sağlık birimine indirger.

- Kronik hastalıkların ön planda olduğu günümüzde tedavi hizmetlerinin değerlemesinde daha uygun bir yöntemdir.
- Farklı sağlık programlarının değerlendirilmesinde maliyet-etkililik ve maliyet-yararlanım analizlerine destek olur.

Dezavantajları:

- Bir yıl ek yaşamın, yaş, cinsiyet veya diğer bireysel özellikler gözetilmeksizin tüm bireyler için aynı değerde olduğu varsayılır.
- Hangi bireylerin değerlerinin kullanılacağı konusunda net bir kriter yoktur.
- Yaşam kalitesini etkileyen diğer sosyo-kültürel ve çevresel faktörleri dikkate almaz (Çelik, 2011:292; Şahin vd., 2012:240-241).

Yaşam kalitesine dayalı subjektif ölçümlerin bazı toplumsal kesimleri dışlayabilmesi nedeniyle, QALY'ye alternatif olarak DALY endeksi kullanılmaktadır. Her iki ölçüt yaşam süresi ve yaşam kalitesini birlikte değerlendirirse de, DALY sağlık yerine hastalığı ölçer ve hastalık ile yaralanmaların yol açtığı engellilik yükünü belirler. Bu bağlamda, sağlığın değerlendirilmesi QALY ile, sakatlık ve engelliliğin ölçümü ise DALY ile gerçekleştirilmektedir (Baytar, 2010; Çalışkan, 2009).

Disability-Adjusted Life Years (DALYs):

DALY= Kaybedilmiş yaşam yılları + Sakatlıkla geçirilen yaşam yılları

Kaybedilmiş yaşam yılları=Sakatlıkla geçen yaşam yılları x sakatlığın ağırlık derecesi

DALY, çeşitli hastalıklar ve yaralanmaların neden olduğu erken ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun süreli engellilik ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün tek bir ölçüt ile değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Engelliliğe göre ayarlanmış/uyarlanmış yaşam yılı çeşitli hastalıkların sebep olduğu, ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun süreli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı sonuçları tek bir ölçüt ile değerlendirmeyi amaçlamaktadır. “1” ölümü, “0” ise mükemmel sağlık durumunu temsil etmektedir. DALY'nin hesaplanmasında kullanılan formül aşağıda yer almaktadır (Çalışkan, 2009; Folland vd., 2013; Özsarı, 2012; “Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme”, 2017).

- **Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analyses)**

Maliyet-etkililik analizi, alternatif sağlık müdahaleleri arasında karşılaştırma yaparak, her bir müdahalenin maliyetini ve bu müdahale sonucunda elde edilmesi beklenen sağlık düzeyini birlikte

değerlendiren ve sağlık ekonomisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu analiz sayesinde, daha düşük maliyetle daha yüksek etkililik sağlayan seçenekler belirlenebilmektedir. Böylece, sağlık müdahaleleri maliyet-etkililik oranlarına göre sıralanarak, kamu kaynaklarının en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla hükümetler tarafından öncelikli olarak desteklenen programlar haline getirilebilmektedir. Kullanılan etkililik değerlendirme ölçütleri şu şekildedir:

- Kurtarılan hayat sayısı (önlenebilir ölüm sayısı),
- Kazanılan yaşam yılı,
- Hastalıktan korunan kişi sayısı,
- Önlenebilir komplikasyonlar (engellenen mide kanaması/engellenen inme başına maliyet vb.),
- Tanı konulan kişi sayısı,
- Uygun şekilde tedavi edilen kişi sayısı,
- Ağrısız veya komplikasyonsuz geçen gün sayısı.

Maliyet etkililik analizinde maliyetler parasal olarak ifade edilirken sonuçlar çoğunlukla her alternatif için etkililik birimi başına maliyet olarak ifade edilmektedir. Örneğin, kronik böbrek yetmezliği gibi hayat kurtarmanın söz konusu olduğu bir tedavide en uygun sonuç ölçüsü kazanılan yaşam yıllarıdır.

Maliyet-etkililik analizinde ilk adım, analiz amacının net bir şekilde belirlenmesidir. Buna bağlı olarak, çözülmek istenen sorun kapsamında uygulanabilecek alternatifler açık ve mantıklı biçimde tanımlanmalıdır. Örneğin, kronik böbrek hastalarında yaşam süresini uzatmak amacıyla böbrek transplantasyonu mu yoksa evde veya hastanede diyaliz mi yapılacağı kararlaştırılırken, her bir yöntemin sağlayacağı yaşam yılı maliyeti dikkate alınmalıdır. Bu analiz yöntemi, alternatifler arasında etkililik ölçütü olan kazanılan yaşam yılını en düşük maliyetle sağlayan, fakat aynı zamanda etkili olan yöntemin seçilmesine imkân tanır. Örneğin, kronik böbrek yetmezliği tedavisinde en uygun etkililik ölçütü kazanılan yaşam yılı iken, astım tedavisinde en uygun etkililik ölçütü, hastalığa bağlı semptomsuz gün sayısıdır (Ardıç ve Köşkeroglu, 2014; Çalışkan, 2009; Folland vd., 2013; Kumar vd., 2006; Özgen ve Tatar, 2007; Özyavaş ve Aksoy, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2017; “Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme”, 2017; Tokat, 2017; Yalçın Balçık ve Şahin, 2013; Yiğit ve Erdem, 2014).

Maliyet-etkililik analizinin en temel avantajı, projelerin veya programların sonucunda elde edilen faydaların parasal olarak değerlendirilemediği durumlarda dahi uygulanabilir olmasıdır. Bu yönüyle, özellikle sağlık gibi çıktıların parasal karşılığının belirlenmesinin güç olduğu sektörlerde geniş bir

kullanım alanına sahiptir. Ayrıca, maliyet-etkililik analizi, maliyet-fayda analizine kıyasla alternatif müdahaleler arasında daha kapsamlı ve nesnel karşılaştırmalar yapılmasına olanak tanır.

Tablo 3. Maliyet Değer Analizleri

Yöntem	Girdilerin Ölçümü	Kazanım Ölçümü	Çıktıların Ölçümü	Sonuçların Kullanımı
Maliyet-Minimizasyon Analizi	Maliyet (para birimi)	Eşit sonuçlar	-	Vaka başı maliyet (Eşdeğer tedavi yöntemleri içinde en düşük maliyetli olan seçilir)
Maliyet-Fayda Analizi	Maliyet (para birimi)	Parasal sonuçlar	Parasal fayda	Maliyet / Fayda oranı hesaplanır
Maliyet-Etkinlik Analizi	Maliyet (para birimi)	Etkililik ölçümü	Morbidite, doğal birimler	Etkili tedavi başına maliyet belirlenir
Maliyet-Değer Analizi	Maliyet (para birimi)	Değersel sonuçlar	QALY / DALY	QALY veya DALY başına maliyet hesaplanır

Kaynak: Yazar tarafından derlenmiştir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANLARI

Sağlık hizmetlerinde finans yaratmanın en önemli sebeplerinden biri sağlık sisteminin işlevlerini yapabilmesi için gerekli mali bütçeyi oluşturabilmektir. Bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla kaynakların nasıl toplandığını, yönetildiğini ve hizmet sağlayıcılara nasıl aktarıldığını inceleyen sistemdir. Bu süreç hem bireylerin finansal korunmasını sağlamak hem de sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini güvence altına almak için kritik öneme sahiptir. Mali kaynak, dört finansman kaynağından gelmektedir:

1. Devlet
2. Hanehalkları
3. Firmalar
4. Dış Yardımlar

Mali kaynakların toplanması genelde vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler yöntemleriyle sağlanır. Bunların dışında bazı ülkelerde başka bir yöntem olarak genel

sağlık sigortası kullanılmaktadır. Bu yöntemler kamu ve özel olarak gruplandırılır. Ülkeler bu yöntemlerden sadece bir tanesini veya hepsini karma olarak kullanmayı tercih edebilirler.

Kamu Yöntemleri

- Vergiler
- Sosyal Sağlık Sigortası
- Genel Sağlık Sigortası

Özel Yöntemler

- Özel Sağlık Sigortası
- Cepten Ödemeler

Kamu Yöntemleri

- Vergiler

Kamu sağlık harcamalarının finansmanında en önemli kaynaklardan biri, devlet bütçesine aktarılan vergi gelirleridir. Bu vergiler; genel vergiler, primler ve özel amaçlı vergiler olmak üzere üç ana başlıkta sınıflandırılmaktadır. Vergi temelli finansman modelinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel bütçeden karşılanarak toplumun tüm kesimlerine eşit biçimde sunulması hedeflenmektedir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanmasına yönelik önemli bir adımdır. Özel amaçlı vergiler ise, belirli toplumsal ya da sektörel hedefleri gerçekleştirmek üzere toplanmakta ve ilgili alanlara yönelik kamu harcamalarında kullanılmaktadır.

Vergi gelirleri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi yöntemi, II. Dünya Savaşı sonrasında William Beveridge tarafından İngiltere’de geliştirilmiş ve literatürde Beveridge Modeli olarak tanımlanmıştır. Bu modelin temel prensibi, bireylerin sağlık hizmetine duydukları ihtiyaç ne zaman ve hangi düzeyde olursa olsun, hizmete ücretsiz şekilde erişebilmeleridir. Modelde devlet, vergi gelirleri ile sağlık sistemini finanse eder. Ancak bu finansman düzeyi, ülkelerin ekonomik yapıları, siyasi rejimleri ve sosyal politikaları gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak farklılık göstermektedir.

- Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası sistemi, ilk kez 1883 yılında Almanya’da Otto von Bismarck tarafından geliştirilmiş olup, bu nedenle literatürde Bismarck Modeli olarak adlandırılmaktadır. Bu model, prim esasına dayalı bir finansman yapısına sahiptir. Prim ödemeleri; işverenler ve çalışanlar, kendi adına çalışan bireyler ile devlet tarafından gerçekleştirilir. İşverenler ve çalışanların ödedikleri primler,

genellikle çalışanın aldığı maaş düzeyine göre belirlenirken; kendi hesabına çalışanların primleri, çoğunlukla tahmini gelir beyanına ya da sabit bir tutara dayanarak hesaplanmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası sistemi, bazı yönleriyle vergi sistemine benzerlik gösterse de, aralarında önemli farklar bulunmaktadır. Öncelikle, bu sistemde bireylerin ödeyeceği prim miktarı ile sağlık durumu arasında doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır; yani sağlık durumu daha kötü olan bireyler daha yüksek prim ödemek zorunda bırakılmaz. Bu yönüyle, gelir temelli bir katkı sistemidir. Ancak sosyal sağlık sigortasını vergilerden ayıran belirgin farklılıklar vardır:

1. Tahsisli Vergi Niteliği: Sosyal sağlık sigortası, genel vergilerden farklı olarak, doğrudan sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bireylerin gelirlerinden zorunlu olarak kesilen tahsisli bir kaynaktır.
2. Sosyal Dayanışma Prensipleri: Sistem, dayanışma esasına dayanır. Bu bağlamda, yüksek gelirli bireyler düşük gelirli olanları, genç nüfus yaşlıları, sağlıklı bireyler ise hastaları finanse eder. Bu durum, sistemin yeniden dağıtım işlevini güçlendirmektedir.
3. Kapsamın Sınırlılığı: Sosyal sağlık sigortası, toplumun tamamını değil, yalnızca belirli bir kesimini—genellikle çalışan nüfusu ve bağımlılarını—kapsam altına alır.
4. Hizmetlerden Yararlanma Koşulları: Hizmetlerden yararlanma, sigorta kapsamına alınan bireylerin prim ödemelerine bağlıdır. Prim ödeyen bireyler, sosyal sigorta kurumu tarafından tanımlanan bir sağlık hizmetleri paketinden yararlanma hakkına sahiptir. Ancak bu hizmet paketinin kapsamı konusunda evrensel bir standart bulunmamakta olup, hangi hizmetlerin teminat kapsamında yer alacağına dair kararlar çeşitli uygulamalara göre şekillenmektedir. Bu kararların keyfiliğe yol açmaması adına bazı düzenleyici mekanizmalar geliştirilmiştir.

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından iki temel model öne çıkmaktadır. Bunlardan biri İngiliz modeli olarak bilinen Beveridge Modeli, diğeri ise Alman modeli olarak tanımlanan Bismarck Modeli'dir. Beveridge Modeli, sağlık hizmetinin sunumundan finansmanına kadar tüm aşamalarda devletin merkezi bir rol üstlenmesini öngören bir sistemdir. Bu modelde devlet, hizmetin üretilmesi, topluma ulaştırılması ve finansmanının sağlanması süreçlerinin tamamını yürütmektedir. Finansmanın temel kaynağı olarak vergiler ön planda olup, modelin temel hedefi toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasını güvence altına almaktır.

Bismarck Modeli ise üyelerinin sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla prim toplayan sosyal sigortalar çerçevesinde işleyen bir sistemdir. Bu modelde sosyal sigortaya üyelik yasal olarak zorunludur ve sistemin finansmanı büyük ölçüde devlet tarafından düzenlenmekte ve desteklenmektedir.

Türkiye’de sağlık sistemi finansmanı, her iki modelin özelliklerini bir araya getiren karma bir yapı ile yürütülmektedir. Bu yapı, hem sosyal sigorta mantığını (Bismarck Modeli) hem de kamu yardımı esaslı yaklaşımı (Beveridge Modeli) içermektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, kamu sağlık kurumlarından alınabileceği gibi, serbest piyasa ekonomisi kurallarına tabi kâr amacı güden özel sağlık sağlayıcılarından da temin edilebilmektedir (Tunçsiper ve Bakar ; 2023).

Tablo 4. Sağlık Sigortası Kapsamında olan Kişiler

Türkiye’de Kimler Genel Sağlık Sigortası Kapsamındadır	
Grup	Kapsama Durumu
Çalışanlar (4A ve 4B)	Zorunlu sigortalı
Emekliler	Otomatik olarak kapsamda
Öğrenciler	25 yaşına kadar aile üzerinden
Geliri olmayan bireyler	Devlet tarafından prim ödenir
Yeşil Kart sahipleri	GSS kapsamına alınmışlardır
Kendi hesabına çalışanlar	Prim ödemekle yükümlüdür

Kaynak: Yazar tarafından derlenmiştir.

Türkiye’de Sağlık Finansmanı:

- Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi uygulanır.
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) temel finansman kuruluşudur.
- Gelirler: İşveren-çalışan primleri, devlet katkısı.
- Hizmet sunumu: Hem kamu hem özel sektörden.
- Genel Sağlık Sigortası, bireylerin gelir durumlarına bakılmaksızın sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almayı hedefleyen, kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemidir. Türkiye’de 2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yürürlüğe girmiştir ve 2012 itibarıyla tam anlamıyla uygulanmaya başlanmıştır. Genel sağlık sigortası aslında bir sosyal sağlık sigortasıdır. Ancak sosyal sağlık sigortasından farklı olarak genel sağlık sigortasında toplumun yalnızca belirli kesimini kapsayan birden fazla sigorta kurumu yoktur, onun yerine tüm bireyleri kapsayan tek bir sigorta kurumu vardır. Bütün bireylere aynı sigorta paketini uygulamaktadır. Bölece parçalı sigorta sistemini tek çatı altında birleştirir. Tüm bireyleri tüm sağlık hizmetlerine eşit, adil ve sürekli erişimi sağlamayı amaç edinmiştir. Ayrıca sağlık harcamalarında bireylerin mali risklerden korur.

Tablo 5. Sağlık Hizmetleri Modelleri

Model	Kaynak	Özellik
Beveridge Modeli	Genel vergiler	Kamu tarafından finanse edilir, hizmetler ücretsizdir.
Bismarck Modeli	Sosyal sigorta primleri	Zorunlu sigorta sistemine dayanır.
Özel Sigorta Modeli	Bireysel ödemeler	Hizmetler özel sektörde ve genellikle pahalıdır.
Karma Model	Vergi + sigorta + özel	Gelişmekte olan ülkelerde yaygındır.

Kaynak: Yazar tarafından derlenmiştir.

Özel Yöntemler

- Özel Sağlık Sigortası bireylerin kamu sağlık hizmetlerine ek olarak veya onların yerine özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmelerini sağlayan, prim esaslı bir finansman yöntemidir. Sağlık sektöründe özel sağlık sigortaları hem hizmet çeşitliliğini artırmakta hem de kişilere daha hızlı ve konforlu sağlık hizmeti alma imkânı sunmaktadır. Özel Sağlık Sigortalar kamu sisteminin yükünü hafifletir, hizmet kalitesi ve hızını artırır. Sigorta şirketi de topladığı prim gelirleri ile kendisine kayıtlı kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini satın alır.

Özel Sağlık Sigortası'nın avantajları ve dezavantajları aşağıdaki gibidir:

Avantajlarından bazıları; Daha kısa bekleme süreleri olması, daha geniş doktor seçeneği olması, özel hizmet konforlarının artması ve poliçeye bağlı olarak yurt içi /yurt dışı hizmet seçeneklerinin olmasıdır.

Dezavantajları olarak ise yüksek prim maliyetleri, gelir eşitsizliğinden dolayı bütün bireylerin erişememesi, bazı hastalıkların kapsam dışı bırakılması ve tazminat taleplerinde bazı sınırlandırmaların olmasıdır.

Tablo 6. Sağlık Hizmetleri Özellikleri

Özellik	Açıklama
Gönüllülük Esası	Katılım zorunlu değildir, bireyler kendi tercihiyle sigorta yaptırır.
Prim Ödemesi	Bireyler veya işverenleri tarafından ödenir; genellikle gelir ve yaşa göre belirlenir.
Teminat Paketi	Poliçede belirtilen sağlık hizmetlerini kapsar; hizmet kapsamı kişiye göre özelleştirilebilir.
Hizmet Sunucuları	Genellikle özel hastane ve klinik ağlarıyla anlaşmalıdır.
Bekleme Süreleri	Sigorta ilk başladığında bazı hastalıklar için belirli bir bekleme süresi olabilir.

Kaynak: Yazar tarafından derlenmiştir.

Türkiye’de genellikle çalışan kesim tarafından tercih edilmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, SGK kapsamındaki bireylerin özel hastanelerde fark ödemededen tedavi olabışme imkânı sağlar.

- Cepten Ödemeler, bireylerin sağlık hizmeti aldıkları anda ve doğrudan hizmet sunucusuna yaptıkları ödemeleri ifade eder. Bu ödeme türü, herhangi bir ön ödeme mekanizmasının bulunmadığı, yani hizmetten önce finansmanın sağlanmadığı sistemlerde ortaya çıkar. Bu yönüyle cepten ödemeler; özel sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası, genel sağlık sigortası (GSS) ve vergi tabanlı sağlık finansman sistemlerinden belirgin şekilde ayrılır. Çünkü bu diğer sistemlerde sağlık hizmeti sunumu, önceden bir finansman kaynağı tarafından karşılanmakta ve birey doğrudan mali yük altına girmemektedir. Aslında cepten ödemelerde hizmetin maliyeti tamamen bireyin anlık ödeme gücüne bağlıdır. Cepten ödemeler, bireylerin sağlıkla ilgili hizmet ve ürünler için doğrudan yaptığı harcamaları kapsar. Bu ödemeler; ilaç, hekim muayenesi, hastaneye yatış ücretleri, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme hizmetleri, tıbbi cihazlar ve malzemeler gibi çeşitli sağlık hizmetlerini içerir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken önemli bir husus vardır: Eğer birey tarafından yapılan bu ödeme, daha sonra bağlı bulunulan sigorta kurumu tarafından kısmen ya da tamamen geri ödeniyorsa, gerçek cepten ödeme, bu iade edilen tutar düşüldükten sonra kalan miktar olarak kabul edilir. Bu nedenle, cepten ödeme düzeylerinin değerlendirilmesinde, sigorta geri ödemeleri mutlaka dikkate alınmalıdır.

Sağlık sigortası olan ve olmayan kişilerin yaptığı cepten ödemeler, formal ve informal olabilir. Formal cepten ödemeler, ilgili yasalar veya düzenlemeler çerçevesinde kişinin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir. Formal cepten ödemeler, doğrudan ödeme (tam ödeme) ve maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşir. Doğrudan ödeme, kişinin aldığı hizmetin bedelinin tamamı için yaptığı ödemedir. Doğrudan ödemeler;

- Kişinin sağlık sigortasının olmaması,
- Sağlık sigortası olsa da alınan hizmetin sigorta kuruluşunun ödeme kapsamında olmaması,
- Alınan hizmetin ödeme kapsamında olmasının belli koşullara bağlı olması ve bu koşulların yerine getirilmemesi durumlarında yapılır. (Narcı, Anadolu Üniversitesi yayını no: 3218).

Türkiye’de, formal olarak yapılan bir başka cepten ödeme daha vardır. Bu cepten ödeme ilave ücret olarak adlandırılan ödemedir. İlave ücret, GSS kapsamındaki kişiler tarafından özel hizmet sunuculara yapılır. İlave ücretler, SGK tarafından karşılanan hizmetlerin toplam bedeli üzerinden %200’e kadar alınabilmektedir.

İnformal cepten ödemeler, yasal olarak belirlenmiş ödeme kalemlerinin dışında, bireyler tarafından sağlık hizmeti sunucularına (bireysel ya da kurumsal) yapılan gayriresmî ödemelerdir. Bu tür ödemeler, özellikle Orta ve Doğu Avrupa ile Asya ülkelerinde yaygın olarak görülmektedir. Söz konusu ülkelerin

büyük bir bölümü eski Sovyet Bloğu ülkeleri olup, sağlık sistemlerinde gözlenen yapısal sorunlar nedeniyle informal ödemeler sistematik hâle gelmiştir.

Son dönemdeki istatistiklere göre, Türkiye’deki sağlık harcamalarının ekonomik parametreleri açısından değerlendirince 1999–2023 verileri, Türkiye’de sağlık harcamalarının hem nominal hem de kişi başı bazda ciddi bir şekilde arttığını, ancak harcamaların GSYH içindeki payının kısmen sabit kaldığını göstermektedir. Harcama yapısının büyük ölçüde kamu tarafından finanse edilmesi, Türkiye’nin sosyal devlet odaklı bir sağlık finansman modeline sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Pandemi sonrası dönemde sağlık harcamalarındaki artışın sürdürülebilirliği, maliyet-etkililik analizlerinin ve kaynak yönetiminin önemini artırmaktadır. Ayrıca yaşlanan nüfus, kronik hastalık prevalansı ve tıbbi teknolojiye bağımlılık gibi unsurlar gelecekte sağlık harcamalarının artmaya devam edeceğini göstermektedir.

Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2023					
Yıl	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Kişi başına Sağlık Harcaması (TL)	Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)
1999	4 985	79	4,6	61,1	38,9
2000	8 248	128	4,8	62,9	37,1
2001	12 396	190	5,0	68,1	31,9
2002	18 774	284	5,2	70,7	29,3
2003	24 279	363	5,1	71,9	28,1
2004	30 021	444	5,2	71,2	28,8
2005	35 359	517	5,2	67,8	32,2
2006	44 069	636	5,5	68,3	31,7
2007	50 904	726	5,7	67,8	32,2
2008	57 740	813	5,8	73,0	27,0
2009	57 911	804	5,8	81,0	19,0
2010	61 678	843	5,3	78,6	21,4
2011	68 607	924	4,9	79,6	20,4
2012	74 189	987	4,7	79,2	20,8
2013	84 390	1 108	4,6	78,5	21,5
2014	94 750	1 228	4,6	77,4	22,6

2015	104 568	1 337	4,4	78,5	21,5
2016	119 756	1 511	4,6	78,5	21,5
2017	140 647	1 751	4,5	78,0	22,0
2018	165 234	2 030	4,4	77,5	22,5
2019	201 031	2 434	4,7	78,0	22,0
2020	249 932	2 997	5,0	79,2	20,8
2021	353 941	4 206	4,9	79,2	20,8
2022	606 835	7 141	4,0	76,4	23,6
2023	1 244 237	14 582	4,7	77,5	22,5

Kaynak : TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

5. KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK EKONOMİSİ

Küreselleşme tarihçesi aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Üç Küreselleşme Dalgası	Gelişme	Yöntem	Haklı Gösteriş	Sonuç
Birinci Küreselleşme Dalgası	Denizcilikte Yaşanan Gelişmeler, Merkantalizm	Önce Keşifler, Sonra Askeri İşgal	Putperestlere Tanrı'nın Dinini Götürme	SÖMÜRGEÇİLİK
İkinci Küreselleşme Dalgası	Sanayileşme ve Doğurduğu Gereksinimler	Önce Misyonerler, Sonra Kaşifler, Sonra Ticaret Şirketleri, En Son İşgal	"Beyaz Adamın Yüğü" "Uygarlaştırıcı Görev" "İrkçı Teoriler"	EMPERYALİZM
Üçüncü Küreselleşme Dalgası	1970'lerde Çok uluslu şirketlerin artan etkisi, 80'lerde İletişim Devrimi, 90'larda Batının Rakibinin Ortadan Kalkması.	Kültürel-İdeolojik Etki (böylece ülkenin her yanı ekonomik, siyasal, sosyal-kimliğinden etkileniyor)	"En Yüksek Uygarlık Düzeyi", "Uluslararası Topluluğun idaresi" "Piyasanın Gizli Eli", "Globalleşme Herkesin Çıkarınadır"	GLOBALLEŞME

Kaynak: Oran,2000.

Dünyada küreselleşme üç dalga halinde gerçekleşmiştir. Birinci küreselleşme dalgası, keşifler ve ardından gelen askerî işgallerle şekillenmiş, dini yayma söylemiyle meşrulaştırılarak sömürgecilığe yol açmıştır. İkinci küreselleşme dalgasında sanayileşmenin ihtiyaçları doğrultusunda misyonerler, kâşifler, ticaret şirketleri ve askerî güçler devreye girmiş; “uygarlaştırma görevi” ve ırkçı söylemlerle desteklenen bu süreç emperyalizmi doğurmuştur. Üçüncü küreselleşme dalgası ise çok uluslu şirketlerin yükselişi, iletişim devrimi ve ideolojik-kültürel etkilerle karakterize edilmiş; “küreselleşme herkesin yararınadır” anlayışıyla meşrulaştırılan bu dönem modern anlamda globalleşmeyi ortaya çıkarmıştır.

Küreselleşme, ülkeler arası ekonomik, kültürel ve teknolojik etkileşimleri artırırken; sağlık ekonomisi bu değişimlerin sağlık sektöründeki sonuçlarını analiz eder. Küreselleşmenin her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de birçok etkisi olmuştur. Etki alanları aşağıdaki tabloda özetlenebilir:

Etki Alanı	Açıklama
Sağlık Hizmetlerine Erişim	Uluslararası yatırım ve sağlık turizmiyle birlikte bazı ülkelerde özel sağlık hizmetlerine erişim artmıştır. Ancak bu durum, kamu hizmetlerinde eşitsizliği artırabilir.
İlaç ve Teknoloji Ticareti	Çok uluslu ilaç firmaları ve tıbbi teknoloji şirketleri, küresel ölçekte üretim ve satış yaparak sağlık harcamalarını etkiler.
Sağlık İş Gücü Göçü	Gelişmiş ülkelere hemşire ve doktor göçü artmış, bu durum gelişmekte olan ülkelerde sağlık personeli açığı yaratmıştır.
Hastalıkların Yayılımı	Seyahat ve göçün artmasıyla birlikte bulaşıcı hastalıklar daha hızlı yayılabilmekte, bu da sağlık sistemlerine ek yük getirmektedir.
Sağlık Sistemlerinin Dönüşümü	Dünya Bankası, IMF ve WHO gibi kurumların önerileriyle bazı ülkelerde özelleştirme ve sigorta temelli sistemler yaygınlaşmıştır.

Kaynak: Oran,2000.

Küreselleşme, sağlık ekonomisine hem fırsatlar hem de tehditler yaratmaktadır. Uluslararası bilgi ve teknoloji paylaşımının artması, yeni finansman modellerinin gelişmesi, yabancı yatırım ile özel sektörün gelişmesi, tıbbi eğitimin globalleşmesi sağladığı fırsatlardan arasındadır. Tehditler açısından analiz edilmesi gerekirse sağlıkta eşitsizlik yaratabilmesi, kamu hizmetlerine ayrılan payın azalması, yerli sağlık sistemlerinin dışa bağımlılığı gibi etkilerden bahsedilebilir.

6. GÜNCEL VAKALAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRMELER

• COVID-19 Sonrası Sağlık Finansmanları:

COVID-19 pandemisi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığı ve finansal sürdürülebilirliği açısından küresel çapta önemli bir sınav olmuştur. Pandemi öncesinde birçok ülke, sağlık hizmetlerini sosyal sigorta (Bismarck modeli) ve kamu finansmanı (Beveridge modeli) gibi geleneksel finansman mekanizmalarıyla yürütmekteydi. Ancak COVID-19, bu modellerin kapasite sınırlarını ortaya koymuş ve sağlık harcamalarının ani artışına neden olmuştur (Tunçsiper ve Bakar; 2023).

Sağlık ekonomisi perspektifinden bakıldığında, pandemi sonrası sağlık finansman stratejilerinde aşağıdaki başlıklar öne çıkmaktadır:

1. **Kamu Harcamalarının Artışı:** Pandemiyle mücadele, test, aşı ve tedavi hizmetlerinin hızlı bir şekilde sağlanmasını gerektirdi. Bu durum, devletin sağlık harcamalarını artırmak zorunda kalmasını ve kamu finansmanının önemini yeniden vurgulamıştır.
2. **Sosyal Sigorta Sistemlerinin Rolü:** Bismarck modeli çerçevesinde, prim tabanlı sağlık sigortaları bazı ülkelerde pandeminin ekonomik yükünü paylaşmada önemli bir araç olmuştur. Ancak prim tabanlı sistemlerin ani maliyet artışlarına karşı esnekliğinin sınırlı olduğu gözlemlenmiştir.
3. **Maliyet-Etkinlik ve Maliyet-Yarar Analizlerinin Önemi:** Pandemi koşullarında sınırlı kaynakların etkin kullanımı kritik hale gelmiştir. Örneğin aşı programlarının maliyet-etkinliği ve hastane yatak kapasitesinin optimize edilmesi, sağlık ekonomisinin temel araçlarından olan Maliyet-Etkinlik Analizi (MEA) ve Maliyet-Yarar Analizi (MYA) ile değerlendirilmiştir (Öksüz ve Malhan, 2005).
4. **Karma Finansman Modellerine Yönelim:** COVID-19 sonrası birçok ülkede, tek model yerine karma finansman sistemleri tercih edilmektedir. Kamu ve özel sektör kaynaklarının birlikte kullanılması, hem hizmet erişimini artırmakta hem de maliyet paylaşımını mümkün kılmaktadır.
5. **Sağlık Hizmetlerinin Önceliklendirilmesi:** Kısıtlı bütçeler ve artan talep, sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesini gerektirmiştir. Burada QALY ve DALY gibi sağlık-ekonomi ölçütleri, hangi müdahalelerin öncelikli olması gerektiğini belirlemede önemli araçlar olarak kullanılmıştır (Baytar, 2010; Çalışkan, 2009).

Sonuç olarak, COVID-19 sonrası dönemde sağlık finansmanı, yalnızca hizmet sunumunu değil, aynı zamanda maliyet etkinliği, kaynak dağılımı ve toplum sağlığının optimizasyonunu dikkate alan bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu bağlamda sağlık ekonomisi analizleri, pandemiye hazırlık ve gelecekteki krizlerin yönetimi için kritik bir araç olarak öne çıkmaktadır.

7. SONUÇ

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin etkin, adil ve sürdürülebilir biçimde sunulabilmesi için kaynakların nasıl dağıtılacağını inceleyen kritik bir disiplindir. Bu alanda hem arz ve talep dinamikleri hem de maliyet analizleri, sistemin işleyişini anlamada temel belirleyicilerdir. Sağlık hizmetlerinin arzı, genellikle kamu-özel dengesine ve hizmet sağlayıcıların kapasitesine bağlıyken; talep ise bireylerin gelir düzeyi, sağlık bilinci ve sigorta kapsamıyla doğrudan ilişkilidir.

Maliyet analiz teknikleri, sınırlı kaynakların en verimli biçimde kullanılmasını sağlamada yol gösterici olurken; sağlık hizmetlerinin finansmanı da sistemin sürdürülebilirliğini destekleyen temel bir yapı taşıdır. Bu açıdan, sağlık ekonomisinde finansmanların amaçları bireyleri mali risklerden korumak, hizmetlere erişimi artırmak/kolaylaştırmak ve eşitsizlikleri azaltmaktır.

Küreselleşmeye birlikte sağlık sektörü de dönüşüme uğramış, dijitalleşmenin etkisiyle sağlık ekonomisi daha dinamik, yenilikçi, rekabetçi ve uluslararası iş birliklerine açık bir yapıya bürünmüştür. Yapay zekâ destekli sistemler ve global sağlık hizmetleri hem maliyet hem de hizmet açısından yeni fırsatlar ve zorluklar yaratmaktadır.

Türkiye’de sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliğini güçlendirmek için öncelikle kaynak tahsisini iyileştiren, maliyet-etkililiği esas alan ve teknolojik yatırımları yönlendiren politikalara ihtiyaç vardır. Dijital sağlık sistemlerinin, yapay zekâ uygulamalarının ve mobil hizmetlerinin yaygınlaştırılması hem hizmet erişimini artıracak hem de maliyetleri düşürebilecektir. Ayrıca sağlık çalışanı planlamasının güçlendirilmesi, yaşlanan nüfusa uygun uzun dönemli bakım modellerinin geliştirilmesi ve özel-kamu finansman dengesinin yeniden değerlendirilmesi önemli politika alanları olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık ekonomisi yalnızca ekonomik verimliliği değil, aynı zamanda toplumsal refahı ve adaleti etkileyen çok boyutlu bir alan olarak önemini her geçen gün artırmaktadır. Sağlık sistemlerinin geleceği, bu ekonomik temeller üzerinde yükselecektir.

KAYNAKÇA

- Alu, A. (2019) “Küreselleşme ve Sağlık”, Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 1(1), 1-9.
- Ardıç, A. ve Köşkeröğlu, C. (2014) “Sağlık Hizmetlerinde Finansal Değerlendirme Özel Hastane Uygulaması”, IAAOJ Scientific Science, 2(1), 41-73.
- Altun, Y., İşleyen, Ş., ve Görür, Ç. (2018) “Türkiye’de Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Etkisi: 1999-2017”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(39), 223-244.

- Avaner, T., ve Fedai, R. (2017) “Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22(Kayfor 15 Özel Sayısı), 1533-1542.
- Baytar, S. (2010) “Tip 2 Diyabet İçin Maliyet Etkililik Çalışmalarının Sistematik Olarak İncelenmesi”, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Creese, A. ve Parker, D. (1998) “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi”, Çev. M. Tatar ve F. Tatar., Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 164-1.
- Culyer, A. J. and Newhouse, J. P. (2000) “Introduction: The State and Scope of Health Economics”, In Culyer, A. J. and J. P. Newhouse (ed.) Handbook of Health Economics, Amsterdam, Elsevier, 1-7.
- Çalışkan, Z. (2009) “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet-Etkililik Analizi”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14(2), 311-332.
- Çelik, Y. (2011) “Sağlık Ekonomisi”, Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Demir, Y. (2021) “Eğitim, Sağlık ve AR-GE Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin ARDL Sınır Testi ile Belirlenmesi”, MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10(3), 1758-1770. <https://doi.org/10.33206/mjss.918786>.
- Doğan, İ., Ünal, A., ve Çankaya, M. (2019) “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri”, Fiscoeconomia, 3(3), 152-168. <https://doi.org/10.25295/fsecon.2019.03.010>.
- Drummond M.F. Sculpher M.J. Torrance G.W. O’Brien B.J. and Stoddart G.L. (2005) “Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes”, Third Edition, New York: Oxford University Press.
- Fidan D. (2004) “Maliyet Yararlanım Analizleri ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi”, Birinci Ulusal Sağlıkta Yaşam Kallitesi Sempozyumu, İzmir.
- Gafni, A. ve BIRCH, S. (2006) “Incremental Cost-effectiveness ratios (ICERs): The Silence of the Lambda”, Social Science and Medicine 62: 2091-2100.
- Güven, E., Tefvik, A. ve Ebru R. (2020) “Sağlık Ekonomisi Kapsamında Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bir Uygulama”, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3-/1: 63-81.

- Kalaycı, Oflaz, N. (2022) “Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Fayda-Maliyet Analizlerinde Sosyal İskonto Oranının Seçiminin Analizi”, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(53), 391-408.
- Kıraç, R., Göde, A., ve Aydoğdu, A. (2020) “Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri”, ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi, 7(17), 26-33.
- Oran, B. (2000) “Küreselleşme ve Azınlıklar”, 3. Baskı. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2005) “Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri”, Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Özdemir, Karaca, P., ve Atılgan, E. (2020) “Sağlık Ekonomisinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri”, Ejo voc (Electronic Journal of Vocational Colleges), 10, 28-40.
- Özer, K. (2018) “Maliyet Paylaşım Yöntemlerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkisi”, Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 30-44.
- Şahin, Ş., Toprak, S., ve Ünal, E. (2012) “QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları”, Medicine Science, 1(4): 232-243.
- Tunçsiper, Ç. ve Bakar A. (2023) “ Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Harcamaları: Türkiye Örneği”, Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4, 20-28.
- Yalçın Balçık, P. ve Şahin, B. (2013) “Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 16(2), 121-134.
- Yıldız, H. ve Turan M. (2010) “Globalization and Health”, Uludağ Tıp Dergisi. 36(1):39-41.
- Yiğit, ve Erdem, D. (2014) “Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(2), 211-236.
- Williams, A. (1987) “Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?”, In A. Williams (Ed.), Health and Economics (pp. 1–11). MacMillan.



Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Teşekkür: -

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The author has no conflict of interest to declare.

Grant Support: The author declared that this study has received no financial support.

Acknowledgement: -
