SAĞLIK EKONOMİSİ

Editörler
Doç. Dr. Can YARDIMCI
Dr. Öğr. Üyesi Aslı KAYA
Doç. Dr. Fatih ÇEMREK

EKİN
Basım Yayın Dağıtım
2025

© 2025 Ekin Yayınevi

Tüm hakları mahfuzdur. Bu kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 Sayılı Yasa'nın hükümlerine göre, kitabı yayınlayan yayınevinin izni olmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz, özetlenemez, yayınlanamaz, depolanamaz.

Sertifika No: 48743

ISBN: 978-625-5661-87-6

Sayfa Düzeni / Kapak Tasarımı: Aslı AYRANCI

Baskı ve Cilt:
Vadi Grafik Tasarım ve
Reklamcılık Ltd. Şti.
İvedik Org. San. 1420.
Cad. No: 58/1
Yenimahalle/ANKARA
Tel: 0 312 395 85 71
Sertifika No: 47479

Baskı Tarihi: Ekim 2025

EKİN Basım Yayın Dağıtım
Şehreküstü Mah. Cumhuriyet Cad.
Durak Sk. No: 2 Osmangazi / BURSA
Tel .: (0.224) 220 16 72 - 223 04 37
Fax.: (0.224) 223 41 12
e-mail: info@ekinyayinevi.com
www.ekinkitap.com

İÇİNDEKİLER

SAĞLIK EKONOMİSİNİN DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜMÜ 1
Mehmet ÇİNİBULAK

SAĞLIK EKONOMİSİ: Z KUŞAĞI, ALFA VE BETA 11
Yıldırım YILDIRIM

OECD ÜYESİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN İSTATİSTİKSEL OLARAK İNCELENMESİ 41
Fatih ÇEMREK

SAĞLIK EKONOMİSİ: DÜNÜ, BUGÜNÜ VE GELECEĞİ 57
Semih GÜL

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE VERİMLİLİK VE ETKİNLİK 83
Kadriye ARISOY

DİJİTAL SAĞLIK EKONOMİSİ 93
Ayşe ERYER

PANDEMİ SONRASI SAĞLIK EKONOMİSİNDE DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜM 112
Mehmet Veysi KAYA
Burak SAYAR

OBEZİTENİN EKONOMİK YÜKÜ: SİSTEMATİK DERLEME 123
Kurtca Mehmet UĞURLU

SAĞLIK KURUMLARI VE OUTSOURCING (DIŞ KAYNAK KULLANIMI) 152
Kurtca Mehmet UĞURLU

SAĞLIK EKONOMİSİ BAĞLAMINDA 5 YAŞ ALTI ÖLÜMLERİN SOSYO-EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ 177
Suzan ODABAŞI

SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK DEĞERLENDİRMESİ 190
Gülçin Gökçenur KARATAŞ
İlknur KAR

KRİZ VE SAĞLIK EKONOMİSİ 207
Saadet KARAKUŞ

SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI 220
Rabia AKDOĞAN

SAĞLIK EKONOMİSİNİN DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜMÜ

Mehmet ÇİNİBULAK

GİRİŞ

Ekonomi, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlara ilişkin düşünceleri sistematik biçimde yapılandırmanın bir yolunu sunar. Bir ekonomist gibi düşünmek, sorunlara disiplinli ve sistematik bir bakış açısıyla yaklaşmayı gerektirir. Bu bağlamda, sağlam akıl yürütme ve analitik çerçeveler temel unsurlardır (Fuchs, 2012). Ekonominin değeri, karmaşık ekonomik ve toplumsal sorunları anlamlandırma kapasitesinden kaynaklanır. İnsan davranışlarını açıklamaya çalışan sosyal bilimlerden biri olan ekonomi, özellikle kıtlık ve belirsizlik kavramlarını merkeze alması bakımından önemlidir. Ekonomi; sınırlı kaynakların, rekabet halindeki alternatif kullanımlar arasında, sınırsız insan ihtiyaçlarını karşılamak üzere nasıl dağıtıldığını incelemektedir (Ulutürk, 2015). Bu yaklaşımın temeli, hiçbir zaman toplumun arzuladığı tüm mal ve hizmetleri üretmeye yetecek kaynakların bulunmaması gerçeğine, yani kıtlık kavramına dayanmaktadır. Kaynakların tek bir alternatif için kullanılması, onların başka bir faaliyet veya alternatif için kullanılamaması anlamına gelir. Örneğin, yaşlılar için tıbbi hizmet finansmanı için kullanılan vergi gelirleri gençlerin eğitimine aktarılamaz. Ekonomik verimliliğin temel hedefi, mevcut kaynaklardan elde edilen toplam faydayı en üst düzeye çıkaracak tercihler yapılmasını sağlamaktır (Çelik, 2016). Sağlık ekonomisi bağlamında bu durum, her bir seçeneğin maliyet ve faydalarının karşılaştırılması ve kaynakların toplum için en yüksek net faydayı sağlayacak biçimde tahsis edilmesi yoluyla sağlık hizmeti alternatiflerinin değerlendirilmesini içerir.

Ekonominin sınırlarını ve potansiyelini kavramak, onu sağlık politikalarında bir araç olarak kullanabilmenin ilk ve en kritik adımıdır. Ekonomi, bireysel karar alma süreçlerinin etkilerini analiz etmek ve kaynak tahsisini iyileştirmeye yönelik mevcut alternatif mekanizmaları belirlemek için bir çerçeve sunar (Prah Ruger, 2011). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine erişim ve sunumuyla ilgili tüm sorunların çözümünde tek başına yeterli değildir. Başarılı bir politika geliştirme süreci, titizlikle ve tutarlı biçimde uygulanan temel ekonomik ilkelere dayanır. Temel ekonomi; insan davranışları, bireylerin karar alma ve teşviklere yanıt verme biçimleri, birbirleriyle etkileşimleri ve kıt kaynakların etkin tahsisine ilişkin önemli dersler sunar. Ekonomistler sağlık sistemlerinin yönetiminde son kararı veren aktörler olmamakla birlikte, sağlık

politikaları ve bunların sağlık sistemiyle olan ilişkisine dair tartışmalara değerli katkılar sağlayabilirler (Shurcke, 2006).

Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Disiplinlerarası Niteliği

Sağlık ekonomisi; bireylerin, sağlık hizmeti sunucularının ve hükümetlerin sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili karar alma süreçlerinin incelenmesinde ekonomik teori, modeller ve ampirik yöntemlerin uygulanmasını ifade eder (Costa, 2015). Ekonomi biliminin bir alt dalı olmakla birlikte, yalnızca standart ekonomi teorisinin sağlık alanına uyarlanmasından ibaret değildir. Sağlık ekonomisi, ekonomi teorisine güçlü bir biçimde dayanmakla birlikte, hastaların, hekimlerin ve hastanelerin davranışlarını anlamaya yönelik özel teorik çerçeveler ile sağlık hizmetlerine ilişkin kaynak tahsisi kararlarını kolaylaştıran analitik yöntemleri de içermektedir. Bu alan, yaklaşımında epidemiyoloji, istatistik, psikoloji, sosyoloji, yöneylem araştırması ve matematik gibi çeşitli disiplinlerden yararlanan ve giderek daha fazla uzmanlaşmış bir disiplin haline gelmiştir (Çelik, 2016). Ayrıca, genellikle sağlık hizmetleri araştırması olarak adlandırılan sağlığa yönelik analitik yöntemler bütününün temel bir unsuru olarak da değerlendirilmektedir.

Sağlık ekonomistleri; sağlığın doğası ve üretimi, sağlık ve tıbbi bakım piyasasının işleyişi ve müdahalelerin mikro düzeyde değerlendirilmesi gibi geniş bir konu yelpazesinde çalışmalar yürütmektedir. Grossman (1972), tıbbi bakım talebinin analizine yönelik ekonomik bir çerçeve geliştirmiştir. Bu yaklaşımda tıbbi bakım, sağlığın üretiminde kullanılan birçok unsurdan yalnızca biri olarak ele alınır. Sağlığın üretimi; gelir, servet, biyolojik faktörler, halk sağlığı altyapısı ve müdahaleleri ile yaşam tarzı tercihleri gibi sağlığın belirleyicilerini kapsamaktadır. Birçok unsur, tıbbi bakımın iyi sağlık sonuçları elde etmedeki katkısını etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri dışındaki ülkelerde sağlık ekonomistlerinin temel faaliyetlerinden biri, tıbbi müdahalelerin değerlendirilmesidir (Jacobson, 2000). Sınırlı kaynaklara sahip karar vericiler, kaynakların etkin tahsisine yönelik bilinçli kararlar alabilmek amacıyla teşhis ve tedavi seçeneklerinin maliyet ve sonuçlarını karşılaştıran çalışmalar yürütmektedir. Öte yandan, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık ekonomistlerinin temel odak noktası sağlık hizmetleri piyasasıdır. Sağlık hizmetlerine olan talep yalnızca iyi hissetme isteği (sağlığın tüketim boyutu) bağlamında değil, aynı zamanda insan sermayesine yatırımın bir aracı olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi bakım talebini şekillendiren faktörler arasında nüfusun sosyoekonomik özellikleri, hasta demografisi, erişim engelleri ve sağlayıcıların sunulacak hizmetlerin kapsamını belirlemedeki rolü öne çıkmaktadır. Sağlık hizmeti arzı ise üretim teorisi, girdi piyasaları ve endüstriyel

organizasyon gibi geniş bir ekonomik perspektifi içermektedir. Bu bağlamda üretim maliyeti, girdi ikamesi ve teşviklerin niteliği gibi konular öncelikli çalışma alanları arasında yer alır (Grosman, 1999).

Sağlık Ekonomisi Bağlamında Sağlık Sistemleri ve Hizmetleri

Piyasalar, her şey için bir fiyat mekanizması oluşturarak kıt kaynakların en verimli biçimde tahsis edilmesini mümkün kılmaktadır. Sağlık sistemlerinin genel hedef ve amaçlarının incelenmesi, makroekonomik düzeyde yapılan değerlendirmelerin temel konularından biridir. Bu kapsamda uluslararası karşılaştırmalar da önem taşır; örneğin, bir ülkenin sağlık sistemi maliyet, erişilebilirlik ve kalite bakımından diğer ülkelerin sistemleriyle karşılaştırılarak analiz edilir (Fuchs, 2012). Sağlık sistemlerinin dinamik yapısı, sürekli bir değişim ve uyum sürecini beraberinde getirir. Bu nedenle politika yapıcılar ve planlamacılar, toplumun giderek artan tıbbi bakım taleplerini karşılamak ve bu hizmetlerin finansmanını daha etkili yollarla sağlamak için sürekli yeni yöntemler geliştirmeye çalışmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ekonomisini kavramak, çeşitli nedenlerden ötürü kritik öneme sahiptir. Öncelikle sağlık, hem bireyler hem de toplum açısından temel bir değere sahiptir ve sağlık hizmetleri, hastalıkların görülme sıklığı ve etkilerini değiştirmede tek yöntem olmasa da önemli bir araç niteliği taşır. Sağlık hizmetlerine erişim düzeyi, bireylerin yaşam kalitesini ve hayatta kalma olasılığını doğrudan etkileyebilmektedir. Ekonomik analiz, sağlık hizmetlerine ilişkin temel meseleleri incelemek ve yaygın sorunlara çözüm geliştirmek için özgün ve sistematik bir entelektüel çerçeve sunar (Pangallo vd., 2024). Bu bağlamda sağlık hizmetleri ekonomisi, kelimenin tam anlamıyla "yaşam ile ölüm" arasındaki farkı belirleyebilecek bir disiplin olarak değerlendirilebilir.

Sağlık sektörü son derece büyük bir ekonomik alanı temsil etmektedir. Sağlık hizmetleri, gelişmiş ülkelerdeki harcamalar, yatırımlar ve istihdamın temel bileşenlerinden biri olduğundan, sağlık sistemlerinin ekonomik performansı bir ülkenin ve vatandaşlarının genel refahıyla doğrudan ilişkilidir (Reinhardt vd., 2002). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve dağıtımına ilişkin kararlar, ekonomik koşullar ve kısıtlamalardan önemli ölçüde etkilenmektedir. Sağlık sorunlarına yönelik küresel, ulusal ve yerel politika tepkileri giderek daha fazla ekonomik yaklaşımlar ve analiz yöntemlerinden beslenmektedir. Sağlık ekonomisini anlamanın bir diğer gerekçesi ise politika tartışmalarına bilinçli ve eleştirel bir bakış açısıyla katılım sağlamaktır. Sağlık sektöründe çalışan profesyoneller açısından ise ekonomik analiz teorisi ve yöntemlerine hakimiyet, hem tıbbi uygulamaların bağlamını kavramak hem de verimlilik, etkinlik ve

paranın değeri gibi kavramların modern sağlık sistemlerinde giderek daha belirleyici hale gelmesi nedeniyle kritik bir önem taşımaktadır (Barker, 2018) .

Sağlık Ekonomisinin Ortaya Çıkışı ve Yaşadığı Dönüşüm

Sağlık ekonomisi, ekonomi teorisi ile sağlık hizmeti uygulamaları arasındaki boşluğu dolduran disiplinlerarası bir bilim alanıdır. Yaklaşık bir asırlık bir geçmişe sahip olan bu alan, zaman içinde önemli bir gelişim göstermiştir (Çelik, 2016). Günümüzde, sağlık ekonomisinin farklı alt disiplinlere ve araştırma sahalarına doğru genişleyen yapısı açık bir biçimde görülmektedir. Dolayısıyla, bu alanın ortaya çıkışı için gerekli tarihsel koşulları ve temellerini izlemek oldukça güçtür. Bununla birlikte, bu bilimin gerçek anlamda doğduğu yerin Amerika Birleşik Devletleri'ndeki akademik gelenek olduğu yönündeki görüş genel kabul görmektedir. Soğuk Savaş rekabetinin doruğa çıktığı dönemde kurulan Amerikan kurumları, başlangıçta öngörülen sınırların ötesine geçen bir etki yaratmıştır. Bu bağlamda, dönüm noktalarından biri 1931 yılında Amerikan Tabipler Birliği (AMA) tarafından Tıbbi Ekonomi Bürosu'nun kurulmasıdır. İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesinin ardından, 1945 yılında ABD Ordusu tarafından başlatılan ve ilerleyen yıllarda RAND Şirketi'ne dönüşen RAND Projesi, ilk aşamada SSCB ile yürütülen jeopolitik rekabete ilişkin olası senaryoları öngörebilmek amacıyla matematiksel Oyun Teorisi'nin uygulanması için tasarlanmıştır (Hansen vd., 2015). Daha sonraki yıllarda ise, aynı "rasyonel seçim" kuramsal çerçevesi liberal kapitalizmde refah devletinin inşası, sosyal ilişkiler ve nihayetinde sağlık hizmetleri ekonomisi gibi sivil alanlarda uygulama imkanı bulmuştur.

II. Dünya Savaşı öncesindeki öncü çalışmaların bazıları, Milton Friedman tarafından yayımlanan eserlerde görülebilir (Friedman, 1935; Friedman ve Kuznet, 1954). Sağlık ekonomisi disiplininin isimlendirilmesine kaynaklık eden ve en sık atıf yapılan çalışma ise Selma Mushkin'in (1958) yılında yayımladığı "Sağlık Ekonomisinin Tanımına Doğru" başlıklı makalesidir; bunu (1962) yayımlanan ünlü "Bir Yatırım Olarak Sağlık" makalesi izlemiştir (. Bu dönemde sağlık, ekonominin daha ziyade tüketim temelli bir alanı olarak değerlendiriliyordu. Mushkin'in çalışması, sağlık yatırımlarının toplum açısından uzun vadeli faydalar doğurduğunu öne süren ilk analizdir. Disiplinin temel taşlarından birini oluşturan ve en çok alıntı yapılan katkılardan biri ise Kenneth Arrow'un (1963) yayımladığı "Belirsizlik ve Tıbbi Bakımda Refah Ekonomisi" adlı makalesidir. Bu çerçevede geliştirilen argümanlar, İnsan Sermayesi Teorisi'nin yazarı olarak dünya çapında tanınan Michael Grossman (1972) tarafından daha ileriye taşınmıştır. Özellikle, kaybedilen üretkenliğin dolaylı fırsat maliyetlerini değerlendirmede kullanılan yöntem, sağlık ekonomisi literatüründe

standart bir yaklaşım haline gelmiştir. Bu yöntem uzun yıllar boyunca akademik ilgi görmüş ve Grossman (2004, 2016) son dönemlerde iki yıldönümü makalesi yayımlayarak bu ilginin devamlılığını göstermiştir. Aynı yıl, Victor Fuchs'un "Kim Yaşayacak?" (1972) başlıklı klasik makalesi sağlık ekonomisi literatürüne önemli bir katkı sunmuş ve bugün hâlen güncelliğini koruyan etik tartışmalar için teorik bir zemin oluşturmuştur.

1940'lardan 1960'lara uzanan kuruluş döneminden itibaren ABD'deki sağlık ekonomisi, verimlilik açısından Avrupa ve başta Japonya olmak üzere büyük Asya ekonomilerini geride bırakmayı sürdürmüştür (Ulutürk, 2015). Her ne kadar ABD'nin sağlık ekonomisi çıktılarındaki hâkimiyeti günümüzde halen belirginliğini korusa da, bu üstünlük teknik ve maddi gerekçelerle giderek zayıflamaktadır. Özellikle, geçmişte yalnızca ABD'de mevcut olan bireyler ve hanelere ilişkin yüksek kaliteli mikro veriler, günümüzde Avrupa ve Doğu Asya ülkelerinde de erişilebilir durumdadır. Ayrıca, sağlık ekonomisine yönelik en yeni nicel araçlar elektronik dergiler ve ders materyalleri aracılığıyla hızla bu ülkelere ulaşmaktadır. Bununla birlikte, en belirleyici faktör, ABD ile Batı Avrupa ve Japonya dahil olmak üzere diğer ülkeler arasındaki yapısal farklılıklardır. ABD, tipik bir yüksek gelirli ülkenin özelliklerini tam olarak yansıtmamaktadır; OECD ülkeleri arasında evrensel sağlık sigortasına sahip olmayan nadir ülkelerden biridir ve halk sağlığı sorunlarının çoğu kendine özgü nitelik taşımaktadır. Ayrıca, bireysel davranış ve değerler diğer ülkelerle büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Evrensel sağlık sigortası kapsamındaki ülkeler, nüfusun yaşlanması nedeniyle finansal krizlerle daha erken karşılaşmış ve bu bağlamda geliştirilen basit ders kitabı politika önerileri çoğunlukla yetersiz kalmıştır (Cumming, 2015).

Dünya Bankası tarafından yayımlanan ve yukarıda atıfta bulunulan bibliyografik kanıtların metodolojik açıdan tartışmasız bir sağlamlığa sahip olmasına rağmen, yaklaşık beş yıl önce güncelliğini yitirdiğinin farkında olunmalıdır. 1980'lerin sonlarından ve Soğuk Savaş döneminin sona ermesinden bu yana sağlık ekonomisi küresel ölçekte hızla yayılım göstermiştir (Jakovlievic ve Ogura, 2016). Bu gelişimin başlıca itici güçleri, 1970'lerde Batı Avrupa'da ve Japonya'da kurulan akademik mükemmeliyet merkezleridir. Ayrıca, fon destekli araştırmaların, ön lisans ve lisansüstü düzeyde programların oluşturulmasının, bilimsel girişimlerin ve önde gelen dünya dillerinde ders kitabı materyallerinin yayımlanmasının hızla artması bu süreci daha da ivmelendirmiştir (Pedersen, 2012). Geleneksel OECD ekonomilerinin ardından, BRICS ülkeleri ve Doğu Avrupa gibi gelişmekte olan büyük pazarlarda sağlık ekonomisine yönelik yeni çekirdek oluşumları ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda Tayvan, Çin, Güney Afrika, Çin ve Hindistan gibi ülkeler, en iyi 25 mükemmeliyet merkezinin bir kısmına ev sahipliği yapmalarıyla öne

çıkmaktadır. Öte yandan, sağlık ekonomistleri açısından kapasite yetersizliği ve yerel yayın eksikliğiyle karakterize edilen coğrafi bölgeler arasında Sahra Altı Afrika'nın geniş bir kesimi ile Orta Doğu ve Orta Asya bölgeleri bulunmaktadır (Çelik, 2016).

Bu kapsamlı dönüşümün ön koşullarının büyük bir bölümü, artan tıbbi bakım maliyetleri, ekonomik büyümedeki yavaşlama ve sağlık hizmeti sektörleri arasındaki sınırlı kaynaklar için artan rekabetin etkisiyle dünya çapında gerçekleşen yasal düzenlemelerden kaynaklanmıştır. 1990'ların başlarından itibaren Avustralya ve Kanada örneklerinin öncülüğünde birçok hükümet, yeni tıbbi teknolojilerin onaylanması ve geri ödeme süreçlerinde bütçe etkisi ve maliyet etkinliği kanıtlarını zorunlu bir kriter olarak benimsemiştir (Brockis vd., 2016). Bu stratejik karar, küresel düzeyde kaynak tahsis süreçlerini iyileştirerek genel nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini artırmış ve bu hizmetlerin maliyet açısından daha ulaşılabilir olmasına katkı sağlamıştır (Wagstaff ve Culyer, 2011). Bununla birlikte, söz konusu düzenlemeler ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri üzerinde idari baskı yaratmış, bu durum ise sağlık sektörüyle bağlantılı profesyonel sağlık ekonomistleri için yeni ve çeşitli istihdam olanaklarının doğmasına zemin hazırlamıştır (Clement vd., 2009). Ulusal otoriteler, akademi ve endüstri arasındaki bu karşılıklı etkileşimler bilgi ve uygulama kapasitesinin önemli ölçüde artmasına yol açmıştır.

Son olarak sağlık ekonomisinde önemli bir teknik olan maliyet-etkinlik analizinin vazgeçilmez metodolojik dönüm noktalarından biri, belirli tıbbi teknolojilerin klinik etkinliğinin güvenilir biçimde değerlendirilmesidir. Bu bağlamda atılan en önemli adımlardan biri, kanıta dayalı tıp (KDT) kavramının geliştirilmesidir (Carrol ve Carrol, 2009). KDT yaklaşımı, Birleşik Krallık'ta düzenli olarak yayımlanan Cochrane Sistematik İncelemeleri ve Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) tarafından yürütülen çalışmalar aracılığıyla doğrudan uygulama alanı bulmuştur (Soy, 2012). Benzer doğrultuda ilerleyen bir diğer önemli gelişme ise sağlık teknolojisi değerlendirme (HTA) prosedürlerinin geliştirilmesidir (Jakovlievic ve Ogura, 2016). Uluslararası HTA Ajansları Ağı (INAHTA) tarafından koordine edilen bu çabalar sonucunda dünya çapında ulusal HTA kurumlarının kurulması, sağlık ekonomisinin sağlık politikalarındaki merkezi konumunu pekiştiren uzun vadeli bir temel unsur hâline gelmiştir.

Sağlık Ekonomisinin Gösterdiği Gelişim ve Gelecek Perspektifi

Günümüzde ülkelerin sağlık sistemleri, çeşitli yapısal ve işlevsel zorluklarla karşı karşıyadır. Bu zorlukların başında, tıbbi teknolojilerin sürekli gelişimi, demografik özelliklerdeki değişim, reel gelir düzeyinin artması ve hasta

beklentilerinin çeşitlenmesi gibi faktörlerin etkisiyle sağlık hizmetlerine yönelik talebin artması gelmektedir (Hansen vd., 2015). Öte yandan, artan vergiler ve zorunlu sigorta mekanizmaları aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını genişletme olanakları ve isteği sınırlı kalmaktadır. Bu durum, sağlık kurumlarının ekonomik kısıtları daha fazla dikkate almasını zorunlu kılmakta ve dolayısıyla sağlık sektöründe verimliliği artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine olan acil gereksinimi ortaya çıkarmaktadır.

Günümüz sağlık ekonomisinin söz konusu zorluklarla başa çıkma kapasitesi, önemli bir tartışma konusudur. Yaklaşık on yıl önce sağlık ekonomistleri ve ekonomi metodolojistleri, sağlık ekonomisinin 1960'lardan bu yana kayda değer bir gelişim gösterdiğini ve metodolojik açıdan güçlü bir konumda bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Culyer ve Newhouse (2000), Sağlık Ekonomisi El Kitabı'nın giriş bölümünde "Neredeyse her kritere göre, sağlık ekonomisi dikkate değer derecede başarılı bir alt disiplin olmuştur." ifadesiyle bu görüşü desteklemiştir. O dönemde sağlık ekonomisi; ekonominin uygulamalı bir dalı, temelde neoklasik refah ekonomisinin bir uygulaması ve tıp bilimleri ile tıbbi teknolojilerle yakın etkileşim içinde bir alan olarak konumlandırılmaktaydı. Benzer biçimde Blaug (1998), sağlık ekonomisine ilişkin metodolojik bir analiz gerçekleştirerek "1970'ten bu yana sağlık ekonomisinde istikrarlı teorik ve ampirik bir ilerleme kaydedilmiştir." sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte Blaug, sağlık ekonomisi araştırmalarının önemli bir kısmının ABD koşullarına bağlı olduğuna dikkat çekmiştir. Fuchs (2000) ise sağlık ekonomisinin kayda değer bir gelişim gösterdiğini kabul etmekle birlikte, ekonomik davranışın daha kapsamlı biçimde anlaşılması gerektiğini ve özellikle davranışsal ekonomi perspektiflerinin bu alana dâhil edilmesinin önemini vurgulamıştır.

Son dönemde *Nordic Journal of Health Economics*'te yayımlanan çeşitli çalışmalar, özellikle İskandinav sağlık modeli bağlamında, günümüz sağlık ekonomisinin kapsamının genişletilmesi veya yeniden odaklandırılması gerektiğine işaret etmektedir. Örneğin Pedersen (2012), sağlık sistemlerinde kurumların daha etkin biçimde muhasebeleştirilmesinin önemini vurgulamakta ve piyasa dışı yöntemler ile kamu mekanizması olarak adlandırılan kaynak tahsisini de içeren daha geniş bir perspektife ihtiyaç olduğunu savunmaktadır. Benzer biçimde Mooney ve diğerleri (2013) ise piyasa dışı yöntemlerin yanı sıra toplulukçu bir yaklaşımın benimsenmesini önermekte, topluluk katılımını bir süreç olarak değerlendirerek toplumun ortak çıkarlarını en üst düzeye çıkarmaya yönelik bir çaba gerektiğini öne sürmektedir.

Sağlık ekonomisinin gelecekteki gelişimine ilişkin bu önerilerin tümü önemli olmakla birlikte, bu çalışma Fuchs'un (2000) vurgusuyla uyumlu olarak, davranışsal ve deneysel ekonominin yöntem, teori ve bulgularını dikkate alarak sağlık ekonomisinde karar alma süreçlerinin daha derinlemesine anlaşılmasına

odaklanmaktadır. Finansal ekonomi ve oyun teorisi gibi ekonominin diğer alt alanlarıyla bağlantılı biçimde, davranışsal ve deneysel ekonominin sağlık ekonomisinde henüz kayda değer bir atılım gerçekleştiremediği görülmektedir. Fuchs'un bu doğrultudaki önerisi günümüz sağlık ekonomisinde halen tam anlamıyla karşılık bulmamış olup, özellikle doktorlar ve hastalar gibi kilit aktörlerin davranışlarına yönelik sistematik bir odaklanma eksikliği devam etmektedir.

SONUÇ

Bu çalışma, sağlık ekonomisinin tarihsel gelişimi, disiplinlerarası yapısı ve küresel ölçekte geçirdiği dönüşümü kapsamlı biçimde ele almıştır. Sağlık ekonomisi, ortaya çıktığı dönemden bu yana ekonomik teori ile sağlık hizmeti uygulamaları arasındaki boşluğu dolduran bir alan olarak, yalnızca kaynak tahsisine yönelik teknik bir araç olmanın ötesine geçmiş; sağlık sistemlerinin tasarımı, hizmet sunumu ve politika geliştirme süreçlerinde stratejik bir rehber haline gelmiştir. Günümüzde, maliyet-etkinlik analizleri, kanıta dayalı tıp ve sağlık teknolojisi değerlendirmesi gibi yöntemler sayesinde sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve erişilebilirliğini artırma konusunda kritik bir rol üstlenmektedir.

Bununla birlikte, sağlık ekonomisinin mevcut durumunu şekillendiren güçlü kurumsal ve metodolojik altyapıya rağmen, yeni nesil zorluklar bu alanın gündemini yeniden tanımlamaktadır. Demografik değişim, artan sağlık hizmeti talebi, sınırlı finansman kaynakları, teknolojik yeniliklerin hızlanması ve sağlık politikalarının karmaşıklaşması; sağlık ekonomisinin daha esnek, davranışsal odaklı ve deneysel yöntemlerle desteklenen analizlere yönelmesini zorunlu kılmaktadır. Bu doğrultuda davranışsal ve deneysel ekonomi yaklaşımlarının sağlık ekonomisine entegre edilmesi, hasta ve hekim davranışlarını daha derinlemesine anlamaya katkıda bulunarak karar alma süreçlerini güçlendirecektir.

Sonuç olarak, sağlık ekonomisi yalnızca maliyet ve fayda analizlerinin ötesine geçen, insan davranışını, sosyal değerleri ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini birlikte ele alan bir disiplin olma yolunda ilerlemektedir. Bu yaklaşım, hem kamu hem de özel sektör aktörlerine, sınırlı kaynakların en verimli biçimde kullanılması ve toplumsal refahın artırılması yönünde daha bilinçli, kapsayıcı ve yenilikçi stratejiler geliştirme fırsatı sunmaktadır. Bu nedenle sağlık ekonomisinin geleceği, disiplinlerarası iş birlikleri, davranışsal içgörüler ve küresel düzeyde bilgi paylaşımıyla şekillenecek; sağlık hizmetlerinin daha adil, etkin ve sürdürülebilir bir biçimde sunulmasına katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review, 53*(5), 941–973.

Barker, I., Steventon, A., Williamson, R., & Deeny, S. R. (2018). Self-management capability in patients with long-term conditions is associated with reduced healthcare utilisation across a whole health economy: Cross-sectional analysis of electronic health records. *BMJ Quality & Safety, 27*(12), 989–999.

Blaug, M. (1998). Where are we now in health economics? *Health Economics, 7*(S1), S63–S78.

Brockis, E., Marsden, G., Cole, A., & Devlin, N. (2016). A review of NICE methods across health technology assessment programmes: Differences, justifications and implications. London: The Office of Health Economics (OHE).

Carroll, S., & Carroll, R. (2009). Why health economics is becoming ever more important in the industry. *Pharmaceutical Journal, 282*(7542), 255.

Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Clement, F. M., Harris, A., Li, J. J., Yong, K., Lee, K. M., & Manns, B. J. (2009). Using effectiveness and cost-effectiveness to make drug coverage decisions: A comparison of Britain, Australia, and Canada. *JAMA, 302*(13), 1437–1443.

Costa, D. L. (2015). Health and the economy in the United States from 1750 to the present. *Journal of Economic Literature, 53*(3), 503–570.

Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier.

Cumming, J. (2015). Health economics and health policy: Experiences from New Zealand. *Applied Health Economics and Health Policy, 13*(3), 281–289.

Friedman, M. (1935). Professor Pigou's method for measuring elasticities of demand from budgetary data. *Quarterly Journal of Economics, 50*(1), 151–163.

Friedman, M., & Kuznets, S. (1954). *Income from independent professional practice*. Chicago: NBER Books.

Fuchs, V. R. (1972). *Who shall live? Health, economics, and social choices*. New York: Basic Books.

Fuchs, V. R. (2000). The future of health economics. *Journal of Health Economics, 19*(2), 141–157.

Fuchs, V. R. (2012). Major trends in the US health economy since 1950. *New England Journal of Medicine, 366*(11), 973–977.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy, 80*(2), 223–255.

Grossman, M. (1999). The human capital model of the demand for health. National Bureau of Economic Research, Working Paper No. w7078.

Grossman, M. (2004). The demand for health, 30 years later: A very personal retrospective and prospective reflection. *Journal of Health Economics, 23*(4), 629–636.

Grossman, M. (2016). 'A theory of the allocation of time' turns fifty: Its impact on the field of health economics. *Health Economics, 25*(1), 3–7.

Hansen, F., Anell, A., Gerdtham, U., & Lyttkens, C. H. (2015). The future of health economics: The potential of behavioral and experimental economics. *Nordic Journal of Health Economics, 3*(1), 68–86.

Jacobson, L. (2000). The family as producer of health—An extended Grossman model. *Journal of Health Economics, 19*(5), 611–637.

Jakovljevic, M., & Ogura, S. (2016). Health economics at the crossroads of centuries–From the past to the future. *Frontiers in Public Health, 4*, 115.

Mooney, G., Jan, S., & Wiseman, V. (2013). Community participation and health economics: A critical perspective. *Nordic Journal of Health Economics, 1*(1), 7–17.

Mushkin, S. J. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports, 73*(9), 785.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy, 70*, 129–157. doi:10.1086/258730

Pangallo, M., Aleta, A., del Rio-Chanona, R. M., Pichler, A., Martín-Corral, D., Chinazzi, M., ... & Farmer, J. D. (2024). The unequal effects of the health–economy trade-off during the COVID-19 pandemic. *Nature Human Behaviour, 8*(2), 264–275.

Pedersen, K. M. (2012). Accounting for institutions in health systems: The case for non-market mechanisms. *Nordic Journal of Health Economics, 1*(1), 3–6.

Prah Ruger, J., Jamison, D. T., Bloom, D. E., & Canning, D. (2011). Health and the economy. In *Global health: Diseases, programs, systems, and policies* (pp. 757–814).

Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., & Anderson, G. F. (2002). Cross-national comparisons of health systems using OECD data, 1999. *Health Affairs, 21*(3), 169–181.

Soy, N. H. (2012). Ageing in developing countries: Population projections and policy-making in Turkey. Retrieved from [kaynağın URL'si veya yayın yeri]

Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Arce, R. S., Tsolova, S., & Mortensen, J. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health, 120*(11), 994–1001.

Ulutürk, S. (2015). Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: Türkiye örneği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, (603)*, 47–63.

Wagstaff, A., & Culyer, A. J. (2011). Four decades of health economics through a bibliometric lens. Washington, DC: The World Bank, Development Research Group, Human Development and Public Services Team.

SAĞLIK EKONOMİSİ: Z KUŞAĞI, ALFA VE BETA

Doç. Dr. Yıldırım YILDIRIM[1]

GİRİŞ

Yeni nesil olarak adlandırılan Z kuşağı, Alfa ve Beta kuşakları sağlık ekonomisinde sıkça gözardı edilen, az araştırılan bir hedef kitledir. Birçok çalışmada Z kuşağının ve diğer yeni nesil kuşakların akademik araştırmalara yeterince konu edilmediği vurgulanmaktadır (Aydın & Kumru, 2023; Jiao vd., 2023; Bordun & Hrytsyshyn, 2024). Bloglarda, köşe yazılarında birçok yazı yazılsa da yeni nesil kuşakların bilimsel araştırmalara daha fazla konu olması gerekir. Eski nesil kuşaklardan kişilik, karakter, duygu durumu ve davranış bakımından farklı olan yeni nesil kuşaklar anlaşılmayı, iş ve özel yaşamlarında destek görmeyi beklemektedir. Bugünün gençleri yarının seçmeni, işvereni, işçisi, beyaz yakalısı, mavi yakalısı ve yöneticisi olacaktır. Henüz Alfa ve Beta kuşakları iş yaşamına (işgücüne) katılmasa da Z kuşağı artık iş hayatında yerini almıştır. Çok yakın zamanda Z kuşağı sonrasında gelecek olan Alfa ve Beta kuşakları da iş yaşamıyla tanışacaktır. Dolayısıyla bugünden onların davranışlarını anlamak, onlara nasıl yaklaşacağımızı da belirleyecektir.

Sağlık ekonomisi, sağlıklı olan toplumların üretime, ekonomiye, sosyal refaha katkılarını ele almakta ve kaynakların etkin harcanmasını amaçlamaktadır. Bir ülkenin genç nesli o ülkenin kalkınma ve gelişmişlik seviyesini, işgücü arzını, eğitim seviyesini göstermektedir. Gençlerin sağlıklı olması ile üretimin, gelirin ve sosyal refahın artması arasında yakın biri ilişki vardır. Kişi başına düşen milli gelirin artması beraberinde refahın, yaşam kalitesinin, toplum huzurunun da artmasını sağlamaktadır. Genç neslin sağlıklı olması devletin sağlık harcamalarını azaltırken, sağlık ekonomisine olan negatif etkileri de önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu yüzden birbirine simbiyotik şekilde bağlı olan ekonomi-genç nesil kavramları akademik olarak ele alınmayı haketmektedir.

Bu kitap bölümünde öncelikle sağlık ekonomisi kavramı tanımlanmakta, sağlık ekonomisi ile kalkınma ilişkisi ve sağlık ekonomisi ile dijitalleşme ilişkisi ele alınmaktadır. Kitap bölümü daha sonra kuşak teorisine geçiş yapmakta ve kuşakların özelliklerini sıralamaktadır. Sağlık ekonomisi ve kuşak ilişkisine değinilen bölümde, Z kuşağı ile Alfa ve Beta kuşaklarının sağlık ekonomisi

[1] Düzce Üniversitesi Turizm Fakültesi, yildirimyildirim@duzce.edu.tr, Orcid: 0000-0002-5851-7788

içerisindeki yeri anlatılmaktadır. Dijital sağlık ekonomisi ile devam eden bölüm, dijitalleşmenin sağlık ekonomisine sağladığı faydaları vurgulamaktadır. Kitabın ilerleyen bölümlerinde yeni nesil kuşakların sağlık ekonomisine ağır yük olmasının öncülleri tartışılmaktadır. Bu öncüller arasında internet ve sosyal medyada geçirilen uzun vakitler, sanal oyunlar, yanlış bilgi ve dezenformasyon, pazarlama uygulamaları ile tüketim merkezli yaşam tarzı yer almaktadır. Bu faktörlerin hepsi sağlık ekonomisi yönünde olumsuz etkiler yaratmakta, sağlık ekonomisine ağır yükler getirmektedir. Kitap sağlık profesyonellerine, hastane ve sağlık kurumları yöneticilerine, ebeveynlere ve öğrencilere çeşitli önerilerde bulunarak son bulmaktadır.

Çalışmanın iki önemli çıkarımı bulunmaktadır. Birincisi Z kuşağının duygusal ve manevi desteğe ihtiyacı olduğudur. İkinci çıkarımı ise dijitalleşmenin sağlıksız beslenmeyi teşvik ettiği, sağlıksız beslenmenin ise sağlık ekonomisine ağır yükler yüklediğidir. Kitap bölümünde Z kuşağı, Alfa ve Beta kuşakları "yeni nesil kuşak" olarak adlandırılmakta, her defasında Z kuşağı, Alfa ve Beta kuşakları terimi tekrar edilmemektedir.

1. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI

Sağlık ekonomisi, ülkelerin sağlık yapılarını bazı sağlık göstergeleri üzerinden ekonomik olarak inceleyen bilim dalıdır (Batbaylı, 2022). Sağlık ekonomisi aslında ekonomi bilimdalı için kullanılan teori ve yaklaşımların sağlık alanına uygulanmasını ifade eder. Deloitte (2008) sağlık ekonomisi kavramını; sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik biçimde kullanılarak sağlık hizmetlerini sunmak için topluma en yüksek faydayı sağlayacak biçimde bölüştürülmesi olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda kıtlık ve değer kavramları öne çıkmaktadır. Sağlık alanındaki sınırlı kaynakların hem en ekonomik şekilde hem de toplumun üyeleri arasında eşit şekilde dağıtılması gerekir (Listl vd., 2019). Bu bakımdan sağlık harcamaları ve bu harcamaların etkin, verimli ve ihtiyaca yönelik kullanımı sağlık ekonomisinin konusu içerine girer. Sağlık harcamaları, sağlıkla ilgili yapılan harcamalardır (Tunçsiper & Bakar, 2023). Bu harcamaların içine hem tedavilerle ilgili hem de önleyici, koruyucu ve rehabilite edici masraflar girmektedir. Örneğin cinsel hastalıklarla mücadele, zamanında aşılama, düzenli beslenme ve spor alışkanlığını kazanma, sağlıklı yiyeceklere yönelim gibi sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik harcamalarda bu kapsamdadır. Literatürde de sağlık ekonomisi kapsamında en çok dikkate alınan göstergenin sağlık harcamaları olduğu bilinmektedir (Güvem vd., 2018). Sağlık hizmetlerine yönelik sosyal harcamalar arttıkça, çocuk ölümleri azalmakta, çalışma koşulları iyileşmekte, toplumun refah seviyesi yükselmekte ve daha iyi beslenme koşullarına ulaşılmaktadır (Akyol & Haykır, 2022). Ayrıca sağlık

hizmetlerinin kaliteli sunumu, doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeli gibi insan kaynağının yeterli olması, sağlıkta teknolojik imkanlardan yararlanılması değer kavramına katkıda bulunan unsurlardır (Batbaylı, 2022). Sağlık hizmetlerinin değerli olması sunumunun kaliteli olmasına bağlıdır. Doktor-hasta iletişimi, hastane imkanları, teknolojik donanım, hastanın algılanan sağlık hizmeti kalitesini olumlu etkileyecek, kendini değerli hissedecek ve iyi olma sürecini hızlandıracaktır. Sağlık standartlarının, kalite düzeyinin ve hasta memnuniyetinin arttırılması, hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sağlıkta değer kavramını oluşturacaktır. Doğan (2020), sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmeti talebini belirleyen faktörlerin fiyatlar, gelir düzeyi, zaman maliyeti, sağlık düzeyi ve hastalığın ciddiyeti, sağlık sigortası sahipliği, demografik faktörler ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi mikro ve sosyal, kültürel, dini ve politik olmak üzere makro değişkenlerden oluştuğunu söylemektedir. Saygın Avşar vd. (2023) ise '*Konsolide Sağlık Ekonomisi Değerlendirme Raporlama Standartlarını*' Türkçeleştirmiş ve uluslararası standartlara uygun nitelikte, karşılaştırılabilir yayımlar üretilmesine ve ülke içinde kanıta dayalı sağlık politikaları geliştirilmesine katkı sağlamışlardır.

Sağlık ekonomisi kavramının önemli olmasının üç nedeni bulunmaktadır. Birincisi sağlığın hem bireysel hem de toplumsal olmasıdır. İkincisi, sağlık sektörünün büyüklüğü ve büyük bir ekonomik değer taşımasıdır. Basit bir iğne ve şırıngadan en karmaşık ameliyat ekipmanına kadar çok çeşitte araç ve gerecin kullanıldığı sağlık sektörü hem gelişmiş ekonomilerde hem de gelişmekte olan ekonomilerde önemli bir gider kalemini oluşturmaktadır. Üçüncüsü ise sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı ve dağıtımının iktisat bilimi ile yakından ilişkili olmasıdır. Tüm gelişmiş ekonomilerde sağlık; harcama, yatırım ve istihdamın temel belirleyicisidir, bu yüzden ekonomik performansı da doğrudan etkilemektedir (Akyol & Haykır, 2022). Ancak sağlık sektörüne yapılan yatırımların ve ayrılan fonların tam olarak kullanılıp kullanılmadığı, sağlık için yapılan kamusal harcamaların buna değip değmeyeceği sorusu halen belirsizliğini korumaktadır. Tutar ve Kılınç (2007) hastanelere yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tuttuğunu ve hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamaların önlenmesinin kaynakların verimli kullanılması açısından önemli olduğunu belirtmektedir.

1.1. Sağlık Ekonomisi ile Kalkınma İlişkisi

Sağlık harcamaları ile ekonomik gelişmişlik ve kalkınma arasında güçlü bir bağ vardır. Sağlık ekonomisi konusunda yapılan çalışmalarda bu güçlü bağa sıkça vurgu yapılır (Tıraşoğlu & Yıldırım, 2012; Ak, 2012; Öztürk & Uçan, 2017; Güven vd., 2018; Günsan & Kanberoğlu, 2021; Güven & Tevfik, 2022;

Tunçsiper & Bakar, 2023). Bir ülkenin sağlıklı bir topluma sahip olabilmesi, ekonomisinin güçlü ve sürdürülebilir olmasına, sağlık hizmetlerinin dağıtımının eşit ve adil yapılmasına bağlıdır. Bu yüzden sağlık, ekonomik büyümenin lokomotifi olup, yoksulluk ve eşitsizlik gibi sorunları azaltmada önemli görevler üstlenmektedir. Başka bir deyişle bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için ülkelerin sağlık hizmetleriyle ilgili bütçelerini ve hizmetlerini artırmaları gerekmektedir (Günsan & Kanberoğlu, 2021). Gelişmiş ülkelerin çoğu sağlık göstergesinde gelişmekte olan ülkelere nazaran daha olumlu sonuçlara sahiptir (Batbaylı, 2022). Gelişmiş ülkeler sağlık alanında daha bilinçlidir, sağlığa daha fazla önem vermektedir, sağlık harcamaları daha fazladır ve sağlık altyapıları daha iyidir. Nitekim ülke ekonomisi içinde sağlık harcamalarının payı, ülkelerin sağlık hizmetlerine verdiği önemin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetleri çoğunlukla devlet eliyle sunulmakta ve sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu harcamaları ile yapılmaktadır. Birçok çalışmada sağlık hizmetlerinin tamamıyla piyasa koşullarına bırakılmaması gerektiği, devletin tekelci gücünü kontrol ederek bu alandaki varlığını sürdürmesi gerektiği söylenmektedir (Wonderling vd., 2005; Çalışkan, 2008; Akyol & Haykır, 2022).

1.2. Sağlık Ekonomisi ile Dijitalleşme İlişkisi

İnternet, sosyal medya, önleyici sağlık uygulamaları ve sağlıkla ilgili yapılan testlere doğrudan erişim, hasta özerkliğini artırmaktadır. Hasta örgütlerinin artması da bireyleri güçlendirmiş ve savunuculuk yapmalarını sağlamıştır. Bu nedenle, genç kuşaklar giderek tıbbi tavsiye için sağlık profesyonelleri yerine alternatif kaynaklara yönelmektedir (Cecconi vd., 2025). Artık yeni kuşaklar (Z kuşağı, Alfa ve Beta) için sosyal medya sağlık bilgisi ararken başvurulan en önemli kaynaklar arasındadır (Nursanti vd., 2022; World Economic Forum, 2023). Çevrimiçi ortamlarda doğru sağlık bilgisi arama davranışı sergilendiğinde önleyici sağlık davranışları gelişebilir. Ancak gençler, çevrimiçi sağlık bilgisinde doğrulanmış tıbbi kaynaklardan ziyade akran tavsiyelerine veya fenomenlere güvenmektedir. Bu durum onların ruh sağlığı, beslenme ve diğer sağlık davranışlarını etkilemektedir (Adewojo vd., 2025). Ayrıca giyilebilir sağlık teknolojileri kan basıncı, kalp ritmi, glukoz değeri, tansiyon gibi parametreleri ölçebildiğinden önleyici sağlık uygulamalarını teşvik edici yönü bulunmaktadır. Önleyici sağlık, hastalıkları daha sonra tedavi etmek yerine egzersiz, aşılar ve taramalar gibi müdahalelerle hastalıkları önlemeyi veya erken dönemde tespit etmeyi amaçlar. Bu da sağlık harcamalarının optimize edilmesini, kaynakların boşa gitmemesini ve kamu yükünün azalmasını sağlar. Benzer şekilde yapay zekâ ve makine öğrenimi gibi dijital uygulamalar giderek daha iyi tıbbi tahminler yaparak sağlık riskini azaltmakta ve kişiselleştirilmiş

bakım planları sunabilmektedir. Teşhis ve tedavilerde daha iyi sonuçlar vermekte, kişiye özel öneriler sunabilmektedir. Sadece teşhis, tanı ve tedavi önerilerinde değil hasta eğitimi, ilaç hatırlatmaları ve ruhsal ve terapötik uygulamalar için de yapay zekâ etkin bir araç olarak kullanılmaktadır (Cecconi vd., 2025). Araştırmacılar, teknolojiyi ve etkileşimli öğrenme stratejilerini birleştiren yenilikçi yaklaşımların, 21. yüzyılda Z kuşağı için başarılı sağlık eğitiminin anahtarı olduğu konusunda hemfikirdir (Kusumo vd., 2025). Ayrıca yapay zekâ araçları, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltmaya, süreçleri hızlandırmaya, sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya, zamandan tasarruf sağlamaya, insan kaynaklı tıbbi hataları azaltmaya ve hasta sonuçlarını iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (Güzel vd., 2022). Bunun yanı sıra yapay zekâ ile gereksiz malzeme ve ilaç kullanımının, mükerrer tetkik ve tahlillerin azalması da mümkün olmaktadır. Ancak yapay zekâ dahil olmak üzere sağlık alanında geliştirilen bütün dijital teknolojilerin hastaların ihtiyaç ve beklentilerine uygun olması, kullanıcı dostu olması ve onların iyi bir deneyim yaşamalarına fırsat verecek şekilde tasarlanması gerekir (Alkire vd., 2020). Dijital teknolojilerin kullanımına yönelik kuşak farklılıkları, hedefe yönelik eğitim yoluyla azaltılabilir. Hasta bilgisi sunarken kuşakların ihtiyaçlarını dikkate alan bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Buna, tercih edilen kaynaklar, eğitim ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri dahildir.

2. KUŞAK TEORİSİ VE KUŞAKLARIN ÖZELLİKLERİ

Kuşaklar sınıflandırılırken sadece doğum tarihleri ve yaşları değil aynı zamanda o kuşağı oluşturan topluluğun duyguları, düşünceleri, deneyimleri ve o dönemdeki kültürel olguları da bir sınıflandırma kriteri olarak kullanılmaktadır (Ayaz & Ceyhan, 2022). Başka bir deyişle bireyler yaşadıkları döneme denk gelen savaş, ekonomik kriz, teknolojik gelişim, toplumsal değişim gibi olaylardan kısa ve uzun vadede etkilenmektedir. Bu bağlamda aynı yaş grubu bireyler benzer değer ve davranış örüntülerine sahipken farklı yaş grupları farklı değer ve davranış örüntülerine sahiptir. Aynı çağın şartlarını, sıkıntılarını, olaylarını paylaşmak ve benzer sorumluluklar üstlenmek bize kuşak teorisini açıklamada kavramsal bir zemin oluşturmaktadır. Her kuşak içinde yaşadığı toplumdan etkilendiği kadar, düşünce ve eylemleriyle toplumlarını da etkileyerek belirli ölçüde değiştirmişlerdir.

Farklı kuşak üyelerinin her biri kendi dönemine özgü sıfatlarla tanımlanmaktadır. Örneğin, X kuşağı üyeleri "rekabetçi", Y kuşağı üyeleri "yaratıcı" ve Z kuşağı üyeleri ise "derin duygusal" olarak tanımlanmaktadır (Parry & Urwin, 2017). Ruhsal gelişimi sağlamak, duygusal durumu iyileştirmek, fiziksel ve ruhsal sağlık arasında uyumu yakalamak Z kuşağının en önemli sağlık

değerleri arasındadır (Bordun & Hrytsyshyn, 2024). Twitter'da Z kuşağının mental sağlık sorunları ile ilgili ne konuştuğunu anlamak amacıyla yapılan bir çalışma sonucunda, mental sorunların dini inançlar, benimsenen değerler, psikolojik destek yoluyla üstesinden gelineceği sonucuna ulaşılmıştır. Yani Z kuşağı mental sağlık sorunlarının ille de intihar, depresyon, stres ve kaygıyla sonuçlanmayabileceğini, bu meselenin aslında basit bir mesele olduğunu Twitter yorumlarında belirtmiştir (Loho & Isnaini, 2023).

Baby Boomers kuşağı, rekabetçi aynı zamanda iyimser kişilik yapısına sahiptir ve para, unvan, takdir görme, kendini ifade etme ve bireysellik onlar için önemlidir. Y kuşağı ise sürekli sorgulayan, yaşı nedeniyle çoğunlukla iş hayatına yeni atılmış, esnekliği önemseyen bir kuşaktır (Şengül & Akyil, 2022).

Z Kuşağı, günümüz genç nesli için birçok demografik araştırmacı tarafından verilen isimdir. Pew Araştırma Merkezi'ne göre (2019), Z Kuşağı 1997 ile 2010 yılları arasında doğan kişileri kapsamaktadır. Bu kuşak, Y Kuşağı'nın ardılı ve Alfa Kuşağı'nın öncüsüdür. İnternet, akıllı cihazlar ve uygulamaların olduğu bir dünyaya doğan ilk kuşak olarak tanımlanır. Z kuşağı yeryüzünün en bağlantılı kuşağı olup, yönetsel ve eğitsel açıdan derin duygusallığa sahip bireylerdir (Sevinç & Kavgaoğlu, 2019). Aynı zamanda işbirlikçi, açık fikirli, yaratıcı, birden fazla işi bir arada yapabilen, el-göz-kulak ve beyin motor becerileri en yüksek düzeyde uyumlu olan bir kuşak olarak tanımlanmaktadır. Z kuşağının kişilik özellikleri ise dışa dönük, nevrotik (duygusal olarak dengesiz) ve tutarlıdır (Beyaz, 2020). Ayrıca bağımsız, özgüveni yüksek, dikkatsiz olmaları da Z kuşağının ayırt edici kişilik özelliklerindendir. Geleneksel ve dini değerleri sorgulayıcı, bireysel ve pragmatist özellikleri de Z kuşağı üyeleri arasında yaygındır (Demir, 2022). Aşağıda Z kuşağının öne çıkan özellikleri pek çok çalışmadan yararlanılarak bir tablo halinde özetlenmiştir (bkz Tablo 1).

Tablo 1. Yeni Nesil Kuşakların Öne Çıkan Özellikleri

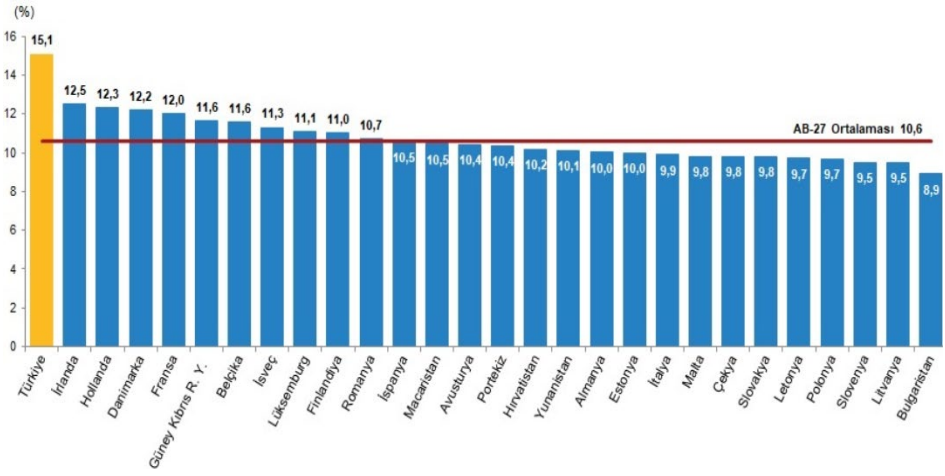
Özellikler	
Oldukça irrasyonel davranırlar	Teknolojiyi vücutlarının bir parçası gibi kullanırlar
Zevk ve eğlence amaçlı alışveriş yaparlar	Görsel yetenekleri daha gelişmiştir
Alışveriş yaparken deneyime de önem verirler	Kendi yaşıtlarından ve çevreden çok etkilenirler
İmaja ve dış görünüşe önem verirler	Birden fazla işi aynı anda yapabilirler
Her istedikleri ürüne hemen sahip olmak isterler	İnsanlarla bir arada olmaktansa çevrimiçi olmayı tercih ederler
Özgürlüğe düşkün, "ben" odaklı bir jenerasyondur	Eğitilmeleri kolaydır ve daha yüksek eğitim düzeyine sahiptirler
Bağımsızlığı daha fazla savunurlar	Genellikle bekardırlar ve çocuk sahibi olmayı istemezler
Dijital yerli olarak anılırlar	Öğrenmede esneklik, interaktiflik ve hızlı geri bildirim isterler

Özellikler	
Otoriteden hoşlanmazlar, sadakat duyguları düşüktür	Azimli ve hırslı olmayabilirler
Enerjik, girişken ve atılgandırlar	Yalnız yaşamayı tercih ederler. Sosyalliği sevmezler
İşbirlikçi, açık fikirli ve özgündürler	Çabuk sıkılabilir ve kolay vazgeçebilirler
Yeryüzünün en bağlantılı kuşağıdır. Her daim çevrimiçidirler	Kendi ihtiyaçlarını ön planda tutarlar ve kendi mutluluklarını başka herşeyden daha fazla önemserler
Haklarını aramayı iyi bilirler	Bilgisayarı kitaba, metni konuşmaya tercih ederler
Eleştirel düşünür, sorgular ve araştırırlar	Ruh halleri dalgalıdır
Dikkatsizdirler	Duygusal olarak dengesiz (nevrotik) yapıları vardır
Hız tutkunudurlar	Tatminsiz, doyumsuz ve sabırsızdırlar
Özgüvenleri yüksektir	Geleneklere ve dini değerlere bağlı değillerdir
Hızlı karar verirler	Bireyseldirler.
Duygusal zekâları çok gelişmemiştir	Lüks tüketimi ihtiyaç gibi görürler
Popüler olmayı ve kolay yoldan para kazanmayı isterler	Irkçılığa ve cinsiyet ayrımcılığına karşıdırlar
Uğruna zorluk çekecekleri hedeflerden kaçınırlar	Sosyal medya ve internet olmadan bir dünya hayal edemezler
Bir an önce görevde yükselmeyi arzularlar	Gayri resmi ve düz bir iletişimi benimserler
Geleceğe yatırım yapmak için sıkıntı çekmektense bugünü rahat geçirmeyi isterler	Yerel değerlerden ziyade evrensel değerlere yatkındırlar ve kendilerini birden fazla kimlikle tanımlarlar
Çevre, iklim değişikliği, insan hakları, eşitlik gibi sosyal ve toplumsal konular ile politik konulara duyarlıdırlar	Yemek hazırlamazlar, hazır, dondurulmuş ve fastfood gibi sağlıksız ürünleri yerler
Bilgiye hızlı erişirler, bilgi onlar için 'hap' gibidir ancak bilgiyi kullanma ve işlemede yetkin değildirler	Sigara, alkol, uyuşturucu, güvenli olmayan cinsel ilişkiler gibi uygunsuz yaşam tarzlarına sahiptirler
Bilgiyi, kütüphanede kitaplarda değil internette ararlar	Çok streslidirler ve stresle başa çıkmada başarılı değillerdir
Kahvaltı ve spor yapmamakta ve çok az uyumaktadırlar	Bilgisayar, telefon ve tablet başında uzun saatler geçirirler
Sağlığa verdikleri önem önceki nesillere göre düşüktür	Sağlık okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık seviyeleri düşüktür
Dijital dünyada, gizlilik, güven ve ilişkilerin anlamına dair farklı düşünceleri vardır	Sosyal medya, sağlık bilgisi için en önemli kaynaktır
Kendilerini fiziksel olarak 'yenilmez' görürler. Yaşa bağlı olarak kendilerini güçlü hissederler	Sanal randevular, çevrimiçi sohbet, teknoloji odaklı ve veri temelli sağlık hizmetlerini talep ederler
Yarışmak ve kazanmayı anlamsız bulan, 'yapmasam da yapılır' mutlak rahatlığını taşıyan	Öncelik sırası karmaşık, keşkeleri olmayan ve hedefleri vasat

Kaynaklar: Mercan, 2016; İnce & Bozyiğit, 2018; İçil & Şahin, 2019; Beyaz, 2020; Öztürk & Tekeli, 2021; Demir, 2022; Şimşek & Mete, 2022; Sadaklıoğlu & Karakaya, 2024; Ökten, 2025; Bencsik vd., 2019; Papp-Zipernovszky vd., 2021; Jiao vd., 2023; Alberti vd., 2023; Elenga & Krishnaswamy, 2023; Cecconi vd., 2025

TÜİK (2023) verilerine göre Türkiye'de Z kuşağının oranı %15,1'dir. Nielsen IQ Araştırmasına (2024) göre Türkiye nüfusunun %24'ünü oluşturmaktadır. OECD raporlarına göre ise dünya üzerinde 2 milyardan fazla temsilcisi bulunmaktadır. Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'nin

ortalamanın üstünde bir oranla genç nüfusa sahip olduğu görülmektedir. Aşağıdaki görselde genç nüfus oranının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması yer almaktadır.



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2024

Z kuşağını takip eden ve 2010 yılı sonrasında dünyaya gelen kuşağı Alfa Kuşağı olarak tanımlamakta ve bu kuşağı otonom robotlarla arkadaşlık kuracak dijital çağ çocukları olacaklarını ifade etmektedir. Buna göre kuşağın temel karakteristiğini ise konformizm, benmerkezcilik, girişimcilik, acelecilik, sabırsızlık gibi kavramlarla açıklanmaktadır (Tarhan, 2019).

3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE KUŞAK İLİŞKİSİ

Sağlık, sahip olunan en değerli hazinedir ve herşeyden önce sağlık gelir. İnsanlar sağlıklı olduklarında bilgi, beceri, deneyim, zenginlik gibi diğer bütün kazanımları elde edebilir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ne olursa olsun çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıyadırlar. Çünkü hastalık, finansal riskleri de taşıyan bir olumsuzluk halidir. Bu bakımdan sağlık ekonomisi sadece bireylerin sağlığını korumakla ilgilenmez aynı zamanda kişileri hastalığın ağır finansal yüklerinden korumak ve tedavi etmekle de ilgilenir (Listl vd., 2019). Son yıllarda sağlık harcamalarının toplam gelir ve toplam harcama içerisindeki payının arttığı gözlemlenmektedir (Öztürk & Uçan, 2017). Sağlık hizmetlerine olan talep gelirle yakından ilişkilidir (Schafermeyer, 2000). Sağlık hizmetlerine talep, gelir arttıkça artar. Yüksek gelir düzeyine sahip insanlar daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunurken (Doğan, 2020), gelir arttıkça özel hastane kullanımı artmakta (Akyürek & Orhaner, 2017), sağlık ocağı ve aile hekimliğine olan talep

düşmektedir. Ayrıca hasta olan birinin ya da evinde hasta yakını olan birinin zaman maliyetini de göz önünde bulundurmak gerekir. Eğer kişinin kendisi hasta ise hastalığının uzun sürmesi halinde çalışamayacak, işgücüne katılamayacak, geliri azalacak ve üretime katkı sağlayamayacaktır. Eğer evde hasta birisi varsa ve ona bakmakla yükümlü ise bu seferde psikolojik ve ruhsal olarak kendini tam anlamıyla işe veremeyecek, verimliliğinde düşme yaşanacak, kapasitesinin tamamını kullanamayacaktır. Her iki durumda ülkenin ekonomik gelişmişliği ve beşerî sermayesi olumsuz etkilenecektir.

Demografik değişimle birlikte yaşlanan bireyler sosyal güvenlik sistemini finansal açıdan zora sokmakta, hastanede kalış süreleri uzamakta, kamusal sağlık harcamaları üzerindeki mali yükleri artmaktadır (Aydemir & Yaşar, 2020). Çünkü ileri yaş grubunun öncelikli harcama alanlarından biri sağlık harcamasıdır. Genç yaştaki kişiler ise sağlıksız ve uygun olmayan yaşam tarzları nedeniyle birçok fizyolojik, psikolojik ve ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir. Ayrıca uygunsuz yaşam tarzının ekonomik sonuçları – işe devamsızlık, hastalık, açık fikirlilikten uzak olma, düşük kapasite düzeyi, stresle başa çıkamama vs. – işletmeleri ve ekonomileri finansal açıdan zora sokmaktadır (Bencsik vd., 2019).

3.1. Z Kuşağının Sağlık Ekonomisi İçindeki Yeri

Beşerî sermayesi güçlü olan ülkelerin ekonomilerinin de güçlü olacağı varsayılır. Çünkü sağlıklı bir toplum, sağlıklı bir işgücünü ve sosyal olarak düzenli bir işleyişi temsil eder. Tarım, sanayi ve hizmet sektörlerinde üretime katılan kişilerin iyi oluş halleri kritik önem taşır. Burada kullanılan "iyi oluş hali" terimi bilinçli olarak tercih edilmiştir. Çünkü sağlık ekonomisinde önemli olan sadece hasta olmamak değil, sağlığını korumak ve sağlıklı olmayı sürdürmektir. Dolayısıyla sağlık kavramı yalnızca hasta olmamayı değil, ruhsal, psikolojik ve zihinsel olarak tam bir iyilik halini tanımlar. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü de (WHO) sağlığın tanımını "*sadece hasta olmama veya fiziksel kusurlardan arınma değil fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyi olma hali*" şeklinde yapmaktadır. Sürdürülebilir kalkınma, sadece çevreyi korumakla ve gelir artışıyla ilgili değildir. Aynı zamanda bireyler ve nesiller arasındaki yaşam kalitesi, refah düzeyi, sosyal ve ahlaki yönlerin güçlü olması ile de ilgilidir. Bu bakımdan gelecek nesillerin de bizler gibi sağlıklı, toplumsal düzeni olan, kaos ve karmaşadan uzak bir ortamda yetişmeleri hakkıdır (Günsan & Kanberoğlu, 2021).

Sağlık harcamaları insan neslinin geleceğiyle ilgili olduğu için ülkeler açısından çok özel bir yeri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri bireysel gibi görünmektedir ancak sağlıklı olmama durumunda ortaya çıkacak etkiler bu hizmetlerin toplumsal yönüne işaret etmektedir. Amerika'da liselerde yaşanan cinayetler, silahlı saldırılar, alıkoymalar gençlerin ruhsal ve psikolojik olarak

rahatsız olduğunu kanıtlarken, onların yasaya aykırı davranışları toplumda korku, üzüntü ve kaygı oluşturmaktadır (Rossin-Slater vd., 2020; Cabral vd., 2020). Ayrıca çocukluk döneminde teşhisi konulan hastalıklar ileriki yaşlarda gelir düşüklüğüne, iş bulamamasına ve işgücü piyasasının daralmasına sebep olmaktadır (Smith & Smith, 2010; Goodman vd., 2011). Çocuk ruh sağlığı ve çocukluktaki rahatsızlıklar, çocukların gelecekteki ekonomik sonuçlarının en önemli belirleyicilerinden biridir (Currie, 2024). Bu da sağlık ekonomisinin insan kaynaklarına nasıl uzun vadeli ve doğrudan etkisi olduğunu kanıtlamaktadır. Bu yüzden eğitim durumu ve sağlık düzeyi bir toplumun ekonomik gelişmişlik ve beşerî sermayenin önemli iki unsurudur (Bencsik vd., 2019). Eğitim ve sağlık arasında da yakın bir ilişki bulunur. Sağlık programları, iyi hazırlanmış bir Z kuşağına ulaşmak ve başarılı bir toplum ve ekonomi inşa etmeye yardımcı olmak için geliştirilmelidir. Ruh ve beden sağlığı yerinde olan bireyler zihinsel ve bedensel olarak daha kolay eğitilir ve ekonomik düzene daha hızlı katılır. Aksi halde sağlıksız bir toplumun sağlıklı insan kaynakları olması beklenemez (Güven vd., 2018). Dolayısıyla zamanında giderilemeyen bir sağlık problemi ileride hem kişisel hem de olumsuz toplumsal etkiler oluşturabilmektedir. Gülcan (2008), ülkelerin sağlık harcamalarına yönelik eksikliklerini gidermede geç kalmalarının, ileride telafisi mümkün olmayan sorunlara yol açabileceğini vurgulamaktadır. Bu bakımdan sağlık, toplumun tüm kesimlerini doğrudan etkilemektedir (Akyol & Haykır, 2022). Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin önemli olmasının nedeni, toplum sağlığı konusunda yaşanan gelişmelerin doğrudan ve dolaylı olarak toplumsal refah üzerinde etkili olmasıdır (Tunçsiper & Bakar, 2023). Bu yüzden Z kuşağı olarak adlandırılan yeni neslin sağlıklı olması, sağlığını koruması, hastalıkları önleyici davranışlar ve tutumlar sergilemesi, sağlık konusunda bilinçli olması, güçlü bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması gelecek için önemlidir. Gençlikte yapılan hatalar, yaşam kalitesi üzerinde uzun vadeli etkilere sahip olabilir.

İlaç kullanımı konusunda farklı kuşaklar üzerinde yapılan çalışmalarda, kuşakların ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışlarının farklı olduğu, ilaç kullanımı konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları, genç yaşlarda akılcı ilaç kullanım davranışının azaldığı görülmüştür (Demirtaş vd., 2018; Şengül & Akyil, 2022; Salık vd., 2023). Z kuşağı genelde bilinçsiz ilaç kullanımının devlete olan maliyetini bilmemekte, diğer kuşaklar ise bilinçsiz ilaç kullanımının devlete olan yükünün farkındadır (Salık vd., 2023). Gray ve arkadaşları (2005), odak grup görüşmeleri kullanarak 11–19 yaş arasındaki öğrencilerin sağlık ve ilaç bilgisi aramak için internet kullanımına ilişkin algı ve deneyimlerini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda internetin bu nesil için birincil bilgi kaynağı olarak görüldüğünü, internet bilgisinden faydalanarak doktora gitmekten kaçınabileceklerini ve doktorla görüşme sırasında zorlanabileceklerini tespit

etmişlerdir. Z kuşağı X ve Y kuşaklarına göre sağlıklarına daha az önem vermekte, sağlığı önemseme ortalamaları düşük seyretmektedir (Göl, 2016; Uçar & Koçoğlu-Tanyer, 2024). Bu yeni nesil kuşak kendilerini güçlü ve yenilmez olarak görmekte ve beslenmeyi temelde dış görünüşle ilişkilendirmektedir. Bu sebeple daha yaşlı kuşaklara göre sağlıklarına daha az önem vermektedir. Sağlığa verilen önemin yaşla birlikte azaldığı söylenebilir (Macintyre vd., 2018). Yaş ilerledikçe sağlığa verilen önem artmakta, sağlık bilinci ve sağlık sorumluluğu fazlalaşmaktadır. Yeni nesil kuşak henüz genç olduklarından yaşlarına bağlı fiziksel dayanıklılıkları daha fazla ve risk algıları da yaşlı bireylere göre daha düşüktür (Jia & Li, 2024). Bebek patlaması kuşağı ile X ve Y kuşakları ise daha fazla sağlık sorununa sahip olduğundan fiziksel dayanıklılıkları daha azdır. Bu yüzden sağlığa verdikleri önem daha fazladır. Z kuşağının hayat sigortasına yönelik tutum ve algıları üzerine yapılan bir çalışmada hayat sigortasının faydalı olarak görülmediği ve algılanan faydasının düşük olmasından dolayı hayat sigortasına Z kuşağının şüpheli yaklaştığı bulunmuştur (Gularso, 2024). Bilgi eksikliği, bütçe kısıtlamaları ve kısa vadeli finansal durumların önceliklendirilmesi, sağlık sigortasına yönelik tutumu olumsuz etkilemekte ve sağlık sigortası yaptırma davranışını engellemektedir (Jatav vd., 2023).

3.2. Alfa ve Beta Kuşaklarının Sağlık Ekonomisi İçindeki Yeri

Sağlık seçimleri bireyseldir ve ülkelerin sağlık öncelikleri birbirinden farklıdır. Ancak genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi, refahın artması, sağlık göstergelerinde iyileşme, çocukluktan itibaren süregelen sağlıklı bir toplum inşa etmek bütün ülkelerin ortak amacıdır. Alfa kuşağı 2010-2024 arası doğanlar olarak sınıflandırılmaktadır ve bu kuşağın üyeleri en genç 1 yaşında en yaşlısı ise 15 yaşındadır. Macar ve Slovak öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada 15 yaşındaki öğrencilerin yarısından çoğunun sigara içtiği belirlenmiştir (Baska vd., 2006; GYTS, 2003, 2011). Beta kuşağı şu an için henüz başlamamıştır. Alfa kuşağı sonrası bir kuşaktır ve 2025-2039 yılları arasını kapsamaktadır. Dolayısıyla oldukça genç olan bu yeni nesil kuşakların sağlık ekonomisine olan katkıları ve mali yükleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Alfa Kuşağı, daha önceki kuşaklara kıyasla teknolojiye daha fazla erişim, bilgi ve dış etkilerle büyüyen, teknik olarak yetkin bir kuşaktır. COVID-19 pandemisi sırasında gelişim yıllarını geçiren birçok Alfa Kuşağı, çevrimiçi çok vakit geçirmiş ve geniş sosyal medya ağlarına sahip olarak diğer kuşaklardan daha fazla küresel etkiye maruz kalmıştır (Cecconi vd., 2025).

Türkiye'nin sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarından düşüktür (Tutar & Kılınç, 2007). Bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan oranın o ülkenin yıllık GSYİH'nın en az %5'i olması gerekmektedir (Ateş, 2011). Bu

oranın, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'de 2000 yılı ve sonrasında sağlık alanında önemli kırılmaların yaşandığı, sağlıkta dijital dönüşümün yaşanması, sağlık hizmetlerine erişebilirliğin artması, sağlık hizmetleri kalitesinin artması ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması gibi önemli reformların gerçekleştirildiği söylenebilir (Aydın vd., 2023).

Yeni nesil kuşaklar, partiler üstü ortak görüşle, sağlık hizmetlerine erişimin temel insan hakkı olduğunu düşünmektedir ve hiç kimsenin sağlıklı ve iyi bir yaşam için gerekli olan insana yakışır konut, güvenilir ulaşım, kaliteli sağlık hizmeti vb. standartlara ulaşmada eşit fırsatlara sahip olması gerektiğini düşünmektedir (Alberti vd., 2023).

4. DİJİTAL SAĞLIK EKONOMİSİ

Teknolojinin hızla ilerlemesi ve daha yaygın hale gelmesi, sağlık sisteminin giderek dijitalleşmesine yol açarken, yeni nesil kuşaklar geleneksel sağlık bilgisi arama yöntemlerinden uzaklaşarak, çevrimiçi ve sanal olanları tercih etmektedir. Genç kuşaklar, reçete yenileme, sanal doktor ziyaretleri, çevrimiçi test sonuçları ve diyet programlarından, fitness, sağlık durumu ve ilaç takibi sistemlerine kadar çeşitli sağlık teknolojilerini daha sık kullanmaktadır (Rahman vd., 2021; Aydın & Kumru, 2023). Bu yüzden yeni nesil kuşakların dijital sağlık okuryazarlığı becerilerini ve bunların önceki kuşaklarla karşılaştırmasını anlamak kritik öneme sahiptir. Başka bir deyişle sağlık okuryazarlığı, dijital sağlık, e-sağlık düzeylerinin nesiller arası farklılıklarını bilmek, sağlık politikası kararları ve sağlık hizmetleri piyasasının şekillendirilmesinde önemli olabilir (Cecconi vd., 2025). Örneğin hastaneler, dijitalleşme düzeylerini arttırarak bütün süreç ve uygulamalarına teknolojiyi dahil ederek dijital hastane olabilirler. Dijital hastaneler, tıbbi, idari ve mali süreçler başta olmak üzere hastane karar süreçlerinin tamamında bilişim teknolojilerinin kullanıldığı hastanelerdir. Bir sağlık kuruluşunun dijital olmak istemesinin en temel gerekçelerinden biri sağlık hizmetlerinde kaliteyi, memnuniyet düzeyini, etkililik ve verimliliği artırmak ve maliyetleri düşürmektir (Akın & Tekerek, 2024). Bu amaçlar sağlık ekonomisinin amaçlarıyla birebir örtüşmektedir. Zira sağlık ekonomisinin temel gerekçesi de kaynakların verimli kullanılmasını sağlayarak sağlık hizmetini kaliteli, herkesçe ulaşılabilir ve etkin kılmaktır.

Yeni nesil kuşaklar, interneti daha sık ve yoğun kullanmasına rağmen sağlıkla ilgili bilgi aramaya daha az isteklidir ve kendi sağlık durumlarını değerlendirme düzeyleri düşüktür (Jiao vd., 2023). Başka bir çalışmada da interneti sıklıkla sağlık bilgisi aramak için kullananların öznel sağlıklarının daha kötü olduğunu ancak e-sağlık okuryazarlığı yüksek olanların öznel sağlıklarının

daha iyi olduğu bildirilmiştir. Buna göre internette sağlıkla ilgili yer alan her bilginin doğru olmadığı, insanları yanlış tedaviye, yanlış tıbbi uygulamalara yönlendirdiği, moralini bozduğu ve kendini kötü hissettirdiği; e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin ise bunun önüne geçtiği sonucuna ulaşılmıştır (Papp-Zipernovszky vd., 2023). İnsanlar internette olumsuz haberler, tedaviye yönelik ağır koşullar okudukça strese girmekte ve kaygı düzeyleri artmaktadır. Bu da bireylerin öznel iyi oluşlarını olumsuz etkilemektedir. Yeni nesil kuşaklar kaygıdan kurtulmak, stres yaşamamak için sağlık bilgisi arama davranışından bilinçli olarak kaçınabilir ve bunu bir yol olarak görebilir. Ancak iyi bir e-sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için durum tam tersidir. Onlar internette hangi bilgiyi nereden bulacaklarını, hangi kaynaklara başvuracaklarını ve edindikleri bilgiyi kendi sağlık kararlarında nasıl kullanacaklarını iyi bildiklerinden, stres ve kaygı yaşamamaktadırlar.

Z kuşağının kişilik özellikleri olan dışa dönük, sorumluluk sahibi, uyumlu ve yeniliklere açık olmaları, dijital sağlık teknolojilerini benimsemelerini ve etkin şekilde kullanmalarını kolaylaştırmaktadır (Sadaklıoğlu & Karakaya, 2024). Örneğin, sorumluluk sahibi bireyler sağlık verilerini dijital teknolojiler üzerinden düzenli takip ederken, deneyime açık bireyler dijital teknolojileri kolayca benimseyebilmektedir. Dışa dönük bireyler dijital sağlık uygulamalarını sosyal etkileşim amaçlı kullanırken, duygusal bireyler gizliliğe önem verip, kişisel veri paylaşımından kaçındıkları için sağlık uygulamalarını kısıtlı kullanabilmektedir.

Kaliteli, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumu, modern dünyada bilgi teknolojilerinin etkin kullanımıyla gerçekleşebilmektedir. Uzaktan sağlık hizmetlerine ve sağlık verilerine erişim, tele tıp uygulamaları, elektronik sağlık kayıtları, mobil sağlık ile kişisel sağlık verilerine cep telefonlarından ulaşım dijital teknolojilerden bazılarıdır (Akın & Tekerek, 2024). Mobil sağlık teknolojileri, bireyler, kurumlar ve sağlık profesyonelleri için birçok avantaj sunmaktadır (Fox & Connolly, 2018). Mobil sağlık uygulamalarının gençler tarafından kullanımı ve benimsenmesi dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması için önemlidir. Ancak Z kuşağı ve diğer yeni nesil kuşaklar mobil sağlık uygulamalarında eğlence, zevk gibi keyif sağlayan özellikleri önemsemekte, bu özellikler genç neslin m-sağlık uygulamalarına yönelik ilgisini arttırmaktadır (Aydın, 2023). Mobil sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması hem kaynakların etkin kullanımını sağlamakta hem de sağlık harcamalarının kamu üzerindeki yükünü azaltmaktadır (Fox & Connolly, 2018). Giyilebilir sağlık teknolojileri de yeni nesil kuşakların ilgisini çekmektedir. Z kuşağının yarısından fazlası artık sağlık verilerini anlık olarak izlemek, sağlık kararlarını cihazlardan elde edilen verilere dayanarak vermektedir (Bordun & Hrytsyshyn, 2024). Sağlık teknolojileri bir sağlık sorununu çözmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek üzere geliştirilen cihaz, ilaç, aşı, prosedür ve sistem formunda organize bilgi ve becerilerin

uygulamasıdır. Bu sağlık teknolojilerinin uygulanması ve benimsenmesinde elbette ki gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında bazı farklılıklar, zorluklar bulunmaktadır (Koçkaya & Tatar, 2024).

5. YENİ NESİL KUŞAKLARIN SAĞLIK EKONOMİSİNE AĞIR YÜK OLMASININ SEBEPLERİ

Sağlık ekonomisi bir taraftan kaynakların etkin kullanımını sağlarken, öte yandan sağlık hizmetlerinin bilinçli kullanımını yaygınlaştırmayı, sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılmasını ve ilaç kullanımının doğru şekilde yapılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kullanımında kültürün, ekonomik gelirin ve yaşam tarzının önemli bir etkisi bulunmaktadır (Karagöz & Ilıman, 2019). Sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı, gereksiz yere tedavi görme, bilinçsiz ilaç kullanımı, sürekli olarak hastaneye gitme sağlık hizmetlerinin maliyetini yükseltmekte, sağlık ekonomisine ağır yükler yüklemektedir (Gürsoy & Şimşek, 2015). Doğuç (2021) Türkiye'deki bilinçsiz ilaç kullanımı, lüzumsuz yere hastaneye gitme, acil servislerin yoğun kullanımı gibi etkin olmayan bireysel sağlık harcamalarının davranışsal iktisat yoluyla azaltılabileceğini ve bunun bir çözüm önerisi olarak sunulabileceğini söylemektedir.

Sağlık ekonomisi, kaynakların kullanımı sırasında alternatifleri sık sık ve sistematik olarak analiz ederek, karar vericilere akılcı kararlar alabilmeleri için bazı ekonomik değerlendirme kriterleri sunmaktadır. Genel olarak ekonomik değerlendirme kriterleri içerisinde en yaygın kullanılan bakış açısı "toplum bakış açısıdır". Toplum bakış açısı, toplumdaki bütün hastaların tüm fayda ve maliyetlerini hesaba katmakta, cepten harcamaları, kaybedilen zamanı ve hasta refakatçilerinin maliyetini de hesaplamaktadır (Arı, 2017). Yukarıda da sözü edildiği üzere sağlık hizmetleri bireysel olmaktan çok toplumsaldır. Ve gelecek toplumunu oluşturan Z kuşağı ve diğerlerinin sağlığı ülkelerin geleceği açısından son derece önemlidir. Z kuşağı sadece sağlık hizmeti alan açısından değil sağlık hizmetini sunan rolü ile de önemlidir. Gelecekte sağlık sektöründe çalışacak kişilerin çoğunluğunun Z kuşağından oluşacağı düşünüldüğünde onların iş performansları, işyerinden beklentileri, çalışma koşullarının ne olacağı iyi düşünülmeli ve iyi planlanmalıdır (Sevinç & Kavgaoğlu, 2019; Şimşek & Mete, 2022). Çünkü şirketler, yalnızca iş becerileri değil, sağlık açısından da güvenebilecekleri ve sağlık sorunlarının iş sürekliliğini engellemeyeceği genç çalışanları seçmek isteyeceklerdir. Elenga ve Krishnaswamy (2023) Z kuşağının daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğunu ve tıp alanında çalışan birçok kişiyi temsil ettiğini belirtmektedir. Bu kişiler çalışan olarak uzun mesai saatleri istememekte, kendi özel ilgi alanlarına zaman ayırmak ve aileleriyle vakit

geçirmek istemektedirler. Bu durumda rahatlığına ve fiziksel refahına düşkün olan Z kuşağının çalışma ortamını dönüştürmesi beklenmektedir. Z Kuşağı insan kaynaklarının yanı sıra hizmet üretimi ve tüketiminde geleceğini temsil etmektedir (Bordun & Hrytsyshyn, 2024).

Teknoloji odaklı ve bağımsız çalışma eğilimi içinde olan Z kuşağının ileride sessiz istifa durumunu yaşaması, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin düşmesine, yanlış tedavi yöntem ve uygulamaların yapılmasına, hastaların iyileşme süreçlerinin iyi takip edilmemesine yol açabilir (Gözlü, 2023). Kimi insanlar işini bir geçim kaynağı olarak görürken, kimisi kendini ifade etme biçimi ve sosyalleşme alanı olarak görmektedir. Bu anlamda farklı kuşaklardan gelen bireylerin çalışma kavramına yaklaşımları ve işin ne anlama geldiği farklılaşmaktadır (Aydın & Başol, 2014). Şimşek ve Mete (2022) sağlık sektöründe Z kuşağı üyelerini bakan ama görmeyen, meşakkatsizi seven, bilen ama uygulamayan, sorumluluk istemeyip bildiğini unutan, uzun karmaşık sohbetler yerine kısa ve öz olanı tercih eden, genelde hevessiz görünse de istediğini elde edebilen, yarışmak ve kazanmayı anlamsız bulan, "yapmasam da yapılır" mutlak rahatlığını taşıyan, öncelik sırası karmaşık, keşkeleri olmayan, hedefleri vasat, üretmekten çok tüketmeye odaklı, dikkat süreleri kısıtlı, çabuk sıkılan kişiler olarak karakterize etmektedir.

Aşağıda yeni nesil kuşakların sağlıklarını olumsuz etkileyen, sağlık talebini arttırıcı ve sağlıkla ilgili daha fazla kamusal harcamaya neden olabilecek faktörler ele alınmaktadır. Bunlar; internet ve sosyal medyada geçirilen uzun saatler, sanal oyunlar, dezenformasyon, pazarlama uygulamaları ve tüketim merkezli yaşam tarzıdır.

5.1. İnternet ve Sosyal Medyada Geçirilen Uzun Saatler

İnternet ve sosyal medya yeni nesil kuşakların en baskın özelliklerinden biri sayılmaktadır. Bu kuşaklar, dijital ortamın içine doğmuş, hayatlarını en başından beri internet, sosyal medya, mobil cihazlar ve diğer elektronik eşyalar arasında yaşamıştır. Bu bakımdan Türkiye'de ve dünyada yapılan internet ve sosyal medyada geçirilen zaman ile ilgili istatistiklerde Z kuşağının birinci sırada geldiği görülmektedir (TÜİK, 2024; Adewojo vd., 2025; Ökten, 2025). Endonezya'da da internet kullanıcı sayısının en fazla 13-18 yaş grubunda olduğu belirtilmektedir (APJII, 2022). Yeni nesil kuşaklar, zamanlarının çoğunu dijital ortamlarda geçirmekte, çevrimiçi iletişimden hoşlanmakta ve kendilerine ayırdıkları vakit azalmakta ve sağlığa verdikleri önem dijital dünyaya verdikleri önemin gerisinde kalmaktadır (Uçar & Koçoğlu-Tanyer, 2024). Dijital dünyada fazla zaman geçirmenin ruhsal, psikolojik ve fizyolojik bazı etkileri vardır. Beyari (2021), sosyal medyaya aşırı maruz kalmanın ruhsal sorunlara yol açtığını ve

kontrolsüz dijital etkileşimlerin olumsuz psikolojik etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Uzun süre hareketsiz kalmak, sandalyede eğik oturmak, ekrana uzun süreli bakmak, kulaklıkla yüksek ses dinlemek vücudumuzda bazı deformasyonlar oluşturmaktadır. İnternette ve sosyal medyada fazla zaman geçirmek aşırı bilgi yüklemesine neden olmakta ve artan bilişsel yük stres, kaygı, depresyon gibi psikolojik sonuçlar doğurmaktadır (Jia & Li, 2024). Akşam yemeklerini atlamak, kahvaltı yapmamak, yemeğe ayırılacak zamanın sosyal medyada ve internette geçirilmesi ise fizyolojik açıdan önemli sağlık sorunları yaratmaktadır (Bencsik vd., 2019).

Yeni nesil kuşaklar ayrıca dijital bağımlılığından ötürü yalnız yaşamayı seven bir kuşak olarak nitelendirilmektedir. İnsan kalabalığından uzak, iletişimi sadece klavye üzerinden sürdürmeyi tercih etmektedirler. Yalnızlık, bir süre sonra onların psikolojilerini etkileyecek, insan içine karıştıklarında sosyal becerilerinin zayıfladığını gören yeni nesil kuşak üyeleri, dışlanma korkusu yaşayarak kötü bir ruh haline bürüneceklerdir. Kötü ve olumsuz ruh halinin şekerli, yağlı ve kalorisi yüksek sağlıksız besinlere yönlendirdiği bilinmektedir (Bui vd., 2021; Dobai vd., 2025). Dijital pazarın en büyük payını Z kuşağı almaktadır. Dijitalleşme yalnızca teknolojik bir gelişme değil, aynı zamanda bireylerin harcama eğilimlerini, yaşam biçimlerini, sosyal ilişkilerini hatta toplumsal kalıplarını dahi şekillendiren önemli bir kültürel dönüşümün tetikleyicisi haline gelmiştir (Ökten, 2025: 32).

5.2. Sanal Oyunlar

Yeni nesil kuşaklar, esneklik, interaktiflik ve hızlı geri bildirim isteyen bir öğrenme tarzına sahiptir. Bu bağlamda çevrimiçi öğrenme platformlarını, oyun tabanlı ve interaktif ders materyallerini benimsemişlerdir (Brown & Czerniewicz, 2010). TÜİK (2024) verilerine göre 6-15 yaş arasındaki çocuklar düzenli olarak interneti ve sosyal medyayı kullanmakta, interneti en çok video izleme, çevrimiçi öğrenme ve ders ile oyun oynama ve oyun indirme amaçlı kullanmaktadır. Sanal oyunlar demografik sınırları aşan, kültürel bir fenomen olarak görülmektedir (Gross, 2010) Sanal oyunları oynayan yaş grubunun küçük çocuklardan oluştuğu bilinse de yetişkinler ve yaşlılarda oyun oynayan kitle içerisinde yer almaktadır. Yani internet erişiminin artmasıyla birlikte çevrimiçi oyuncular tüm demografik kategorilerde olabilmektedir (Assael, 2005). Ayrıca sanal ve içinde reklam barındıran oyunlar normal televizyon reklamlarını izleme olasılığı düşük olan tüketicilere ulaşmak için yeni fırsatlar sunmaktadır (Bellman vd., 2014).

Sanal oyunları ya da reklam oyunlarını (advergames) oynarken küçük çocuklar savunmasız bir şekilde reklamlara maruz kalmakta ve onların reklam olduğunu anlayamamaktadır. 4. sınıftan 11. sınıfa kadar 5.200 Kanadalı çocukla

yapılan bir ankette, çocukların dörtte üçünden fazlasının ürün/marka merkezli oyunları "reklam olarak" değil "sadece oyun" olarak gördükleri sonucuna ulaşılmıştır (Media Awareness Network, 2005). Bu da çocukların 'advergame' olarak tasarlanan oyunların ikna edici satış amacını anlamalarının zor ve sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu bakımdan çevrimiçi oyunlara getirilen eleştirilerin birçoğu çocuklar üzerinedir ve bu oyunların potansiyel olarak manipülatif bir yönü olduğu söylenir. Çünkü oyunlarda sunulan ürünler her zaman masum ve çocuklar için faydalı değildir. Çocuklara yönelik reklam oyunlarında kalorisi yüksek, besin değeri düşük, şekerli ve yağlı yiyecekler özendirilmektedir (Story & French, 2004; Lee vd., 2009). Sanal oyunlar sağlıksız ürünlerin diğer ürünlere göre çok daha gizli bir şekilde reklamını yapmak için küçük yaştakilere karşı kullanılabilmektedir.

Örneğin Kellogg's tahıl markalarından biri olan Fruit Loops için bir reklam oyunu geliştirmiş ve kullanıcıların taze meyveler yerine bu markalı tahıl ürünlerini canavarın ağzına atarak daha fazla puan kazanmalarını sağlamaktadır. Haribo'nun 'Dino-Race' reklam oyununda ise, çocuklar bir turbo gücü artırmak için bir kola şişesi (yakıt gösterir) ve emzik şeklinde jöle-tatlılar toplamak zorundaydı. Tüm bu oyun performansları jöleler, tatlılar, marşmelov ve diğer renklendirilmiş ürünlere karşı olumlu tutum geliştirerek tüketimi teşvik etmektedir (Waiguny vd., 2012).

Chewits, "Uzay Gemisi Macerası" temalı bir web sitesi oyunudur; burada çocuklar, canavarın uzay gemisinde, odanın etrafındaki nesnelere tıklayarak Chewits'i bulmasına yardım eder. Çilekli, elmalı ve misket limonlu olan bu şekerler çocuklar için özendirici olmaktadır (Nairn & Hang, 2012). Başka bir reklam oyunu örneği, M&Ms tarafından şekerlerinin reklamını yapmak için programlanan dama türü bir oyun olan 'Red vs. Green'dir (M&M, ty). Oyunda Kırmızı veya Yeşil M&M'yi kontrol edersiniz ve diğer tarafın M&M'lerini çevreleyerek ve taşlarınızı konumlandırarak renginize dönüştürmeniz gerekir. M&M'lerin şekli, ürünün oyuna kolay entegrasyonunu sağlar. Yukarıda ifade edilen bu sanal oyunlar küçük yaştaki çocukların sağlıksız ürünlere yönelik olumlu tutumlar geliştirmesine neden olmakta, sağlık beslenmelerinin önünü açmaktadır. Küçük yaşlardan itibaren edinilen bu sağlıksız yaşam tarzı ileriki yaşlarda daha büyük sorunlara, iş kayıplarına, gelir azalmalarına ve ülkelerin sağlık ekonomilerine yük oluşturmasına neden olmaktadır.

5.3. Yanlış Bilgi Arama/Dezenformasyon

Yeni nesil kuşaklar, bilgiye erişimin sınırsız gibi göründüğü ancak aynı zamanda yanlış bilgi, dezenformasyon ve bilgi kirliliğinin de yoğun şekilde dolaşımda olduğu bir dönemde yetişmiştir (Kusumo vd., 2025). Bu anlamda

dijital çağda bilgiye erişmek değil bilgiyi kullanmak değerli hale gelmiştir. Bilginin değişen niteliği onun erişimini kolaylaştırırken, içeriğini anlamayı, bilgi çöplüğünden değerli olanı çıkarmayı zorlaştırmıştır (Şimşek İşliyen, 2020). Nitekim pek çok çalışma çevrimiçi sağlık bilgisi arama, e-sağlık okuryazarlığı becerisi gibi konularda genç neslin oldukça zayıf olduğunu, doğru sağlık kararları almada tecrübesiz olduklarını ve internetten buldukları bilgiyi sağlık problemlerini çözmek için kullanamadıklarını vurgulamaktadır (Stellefson vd., 2011; Robb & Shellenbarger, 2014; Dida vd., 2021; Kusumo vd., 2025). Sosyal medyada ve internette dolaşan yanlış bilgiyi doğru bilgiden ayırabilmek için kişinin temel bir bilgi okuryazarlığı/medya okuryazarlığı düzeyine sahip olması gerekir (Dida vd., 2021).

İnternet doğru olmayan bir sürü bilgiyle doludur. Sağlık gibi kritik alanlarda yanlış bilginin telafisi olmayan sonuçları olabilir. Sağlık okuryazarlığı bilgisi olmayan yeni nesil kuşaklar, internet bilgilerini doğrulamadan uyguladıklarında ciddi zararlar görebilir, hatta bu durum ölümle bile sonuçlanabilir. Covid-19 salgın döneminde birçok çalışma dezenformasyon ve yanlış bilgi dolaşımının yol açtığı olumsuz etkileri ortaya koymuştur (WHO, 2020; Bridgman vd., 2020; Loomba vd., 2021; Nursanti vd., 2022). Virüsün önlenmesine yönelik WhatsApp, TikTok, Instagram, Facebook ve diğer sosyal medya kanallarında yayılan yanlış uygulamalar özellikle gençler arasında bazı fizyolojik, ruhsal ve mental sorunlara yol açmıştır (örn. dezenfektan ve çamaşır suyu içmek, aşırı dozda vitamin ve takviye gıda almak, limon, karbonat, sirke gibi ürünleri aşırı miktarda karıştırarak içmek, aşırı miktarda sarımsak yemek, sıcak su içmek, sosyal medya akımlarına uyarak insanları öksürerek korkutmak, maske ve aşıya direnmek, plastik şişelerden ve deterjan kutularından ev yapımı maske ve koruyucu kask yapmak vb.). Bütün bu yanlış uygulamalar gençlerin sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilemiştir. Bilgi kaynaklarının düşük güvenirliği, çelişkili bilgiler ve bilgi fazlalığı yeni nesil kuşakların sağlık bilgisi arama davranışından kaçınmasına neden olmaktadır (Jia & Li, 2024). Roozenbeek vd. (2020) farklı ülkelerde gençlerin dezenformasyona diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla maruz kaldığını ortaya koymuştur. Dijital uçurumu kapatmak için yanlış bilgilendirmeyle mücadele kritik öneme sahiptir. 2019 verilerine göre, Google her gün yaklaşık 1 milyar sağlık sorusu alırken (DeSalvo, 2023), 2021'de sağlıkla ilgili videolar YouTube'da dünya genelinde 110 milyardan fazla görüntülenmiştir. Yanlış bilgileri önlemek için teknoloji sağlayıcıları (ör. sosyal medya şirketleri) ve sağlık kuruluşları arasında daha fazla iş birliği gereklidir.

5.4. Pazarlama Uygulamaları

Yeni nesil kuşakların düşünme ve hareket etme biçimi diğer kuşaklardan biraz farklıdır. Z kuşağı görsel iletişimi daha fazla önemsemekte, işitsel öğrenmeden ziyade görsel öğrenmenin onlar üzerinde daha etkili olduğu bilinmektedir. Bu sebeple Z kuşağının beyinleri aynı anda daha karmaşık ve sofistike görevleri yerine getirirken, görsel yetenekleri diğer kuşaklara göre daha gelişmiştir (Rothman, 2016). Z kuşağı üyeleri çevrimiçi ortamlarda sunulan reklamları hem eğlendirici hem de rahatsız edici bulmaktadır. Ancak yine de tüketim kararlarında internet ve sosyal medya yeni nesil için önemli bir belirleyicidir (İnce & Bozyiğit, 2018). Z kuşağı tüketicileri hızlı, işlevsel ve çevrimiçi satın almayı daha çok benimsemekte, sosyal olaylara, anlık ve çevrimiçi uygulamalara daha çok önem vermektedir (İçil & Şahin, 2019). Ayrıca sosyal medya kanallarından alışveriş yapmakta, influencer'lardan etkilenmekte ve ürün satın almadan önce kullanıcı yorumlarını önemsemektedirler. Yeni nesil kuşak üyeleri hizmet alacakları kişilerden samimiyet beklemekte, rezervasyon ve ödeme seçenekleri genellikle online (çevrimiçi) olmakta, bu konuda web sitelerinden veya mobil cihazlardan yararlanmaktadır (Altın & Baş, 2020).

Sosyal medya odaklı ve veriye dayalı pazarlama uygulamaları, yeni nesil kuşak üzerinde gereksiz harcamayı ve sağlıksız ürünlere yönelimi arttırmaktadır. İnfluencer'ların sponsorlu paylaşımları özellikle gençlerin sağlıksız gıda, elektronik sigara ve tütün ürünleri ile abur cubur ürünlerine maruziyetini ve kullanımını artırmaktadır (Smith vd., 2023; Lee vd., 2024; Kent vd., 2024). Yapılan bir çalışma Kanada'da çocuk ve gençlerin YouTube, Instagram ve TikTok içeriklerinde yüksek oranda sağlıksız gıda ve içecek pazarlamasına maruz kaldığını göstermektedir. Araştırma, "#junkfluenced" etiketiyle, influencer'ların fast food, şekerli içecekler ve yüksek kalorili atıştırmalıkları özendirici şekilde tanıttığını, bu durumun ise Z kuşağının gereksiz tüketim davranışlarını tetiklediğini ve uzun vadede sağlıksız beslenme alışkanlıklarına katkı sağladığını vurgulamaktadır (Kent vd., 2024). Ayrıca viral challenge'lar ve riskli içerikler gençleri tehlikeli şeyleri denemeye teşvik ederek, sağlık riski taşıyan deneyler yapmasına, zararlı gıda ve ilaç kullanımına ve güvenlik ihlallerine yol açmaktadır (Vassey vd., 2025). Sosyal medya, oyun içi reklamlar (advergaming) ve influencer pazarlaması aracılığıyla sağlıksız gıda ve içeceklerin sürekli tanıtılması, gençlerin bu ürünleri daha sık tüketmesine yol açmaktadır (Mc Carthy vd., 2022). Özellikle 10-17 yaş arası gençlerde, abur-cubur, şekerli içecekler ve tuzlu atıştırmalıkların dijital reklamlarla sıkça tanıtılması, sadece kiloya değil, kan şekerinin düzensizliğine, diş çürüklerine ve ileride metabolik sendrom riskine de katkıda bulunmaktadır (Vergeer vd., 2024).

Beslenme alışkanlıklarının yanı sıra, bu pazarlama uygulamaları gençlerin ruhsal ve mental sağlık durumunu da olumsuz etkileyebilmektedir. Akademik araştırmalar, gençlerin sosyal medya üzerinde sağlıksız gıdalarla karşılaştıklarında bu gıdalara karşı özendirilmiş bir tutum geliştirdiklerini ve bu durumun hem bedenlerine karşı duydukları memnuniyetsizliği hem de obezite kaynaklı psikososyal stresleri artırdığını göstermektedir (Van der Bend vd., 2022; Vergeer vd., 2024)

5.5. Tüketim Merkezli Yaşam Tarzı

Yaşam tarzı, sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Sağlığı geliştirme davranışlarının yaşam tarzı olarak benimsenmesi, birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Uçar & Koçoğlu-Tanyer, 2024: 324). Yeni nesil kuşaklar sağlıklı beslenme alışkanlıklarını, sporu veya uyuşturucusuz bir yaşam tarzını önemli buluyorlar mı? Zihinsel ya da fiziksel sorun yaşadıklarında kime başvuruyorlar? Sosyal ağlarını nasıl geliştiriyor ve sürdürüyorlar? Deneyimlerini – iyi ya da kötü – kimlerle ve nasıl paylaşıyorlar? Bu soruların cevaplanması, uygun stratejilerin geliştirilmesi gelecek kuşakların sağlıklı olmasını garanti altına alacaktır (Bencsik vd., 2019).

Başka bir çalışma da Z kuşağının tüketim kararlarında rasyonel davranmadığı, moda, zevk, eğlence, imaj gibi ihtiyaç dışı faktörlerden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Ayaz & Ceyhan, 2022). Tüketicilerin tutumları, zevkleri ve tercihleri, moda ve reklam endüstrisi onların satın alma kararlarını da etkilemektedir. Örneğin NyQuil sıvı soğuk algınlığı ilacı, kişi uyurken de etkili olduğu vurgulanarak talebi artırıldı (Schafermeyer, 2000). Ya da Hamburger, sandviç, patates kızartması gibi ürünler hazza yönelik hazır gıdalar olduğundan bu yeni nesil tarafından sıklıkla tercih edilmektedir (Öztürk & Tekeli, 2021).

Z kuşağı üyeleri, tüketim kararlarında sabırsız ve anı yaşamak isteyen, ertelemekten hoşlanmayan bireylerdir. Bunun için fastfood ürünleri ve sağlıksız yiyecekleri tercih etme eğilimleri daha fazla olabilir (BritainThinks, 2019; Aşık, 2019). Yeme alışkanlıklarındaki bozukluklar onları daha sağlıksız bireyler haline getirmekte ve bireysel sağlık harcamaları ile devlete olan kamusal yüklerini arttırmaktadır. Z kuşağının kötü beslenme alışkanlıkları ile sağlıksız yaşam tarzını benimsediklerini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Wang & Mak, 2020; Ali vd., 2022). Özellikle uygun fiyatlı, pratik, erişilebilir ve lezzetli olmalarından ötürü hızlı tüketim ürünleri sağlıksız beslenmeyi teşvik etmekte ve sebze-meyve gibi sağlıklı gıdaların yerini almaktadır (Agustina vd., 2024). Yapılan bir çalışmada 14 yaş altı gençlerin sigara, alkol ve zararlı maddeler kullandığı ve sağlıksız beslendiği ortaya çıkmıştır (Bencsik vd., 2019). Tüketim kültürü Z kuşağının ahlak ve değer standartlarını kötüye kullanmaktadır (Mercan, 2016). Oysa

sağlıklı yaşam tarzında sağlık beslenme, iyi uyku düzeni, alkol ve sigaradan uzak durma, fiziksel egzersiz ve stresten uzak durma davranışları öne çıkar (Ahmadi vd., 2020). Sağlıklı bir yaşam tarzı sürme ve sağlık farkındalığı sürdürülebilir tüketimi de teşvik eden unsurlardır (Agustina vd., 2024).

Şengül ve Aydınalp (2021) bugünün yeni neslinin kendi mutluluğunu önceliediğini, mutluluğunu engelleyen her türlü inanca, değere ve norma karşı çıktığını belirtmektedir. Zevk, heyecan ve deneyim odaklı tüketim Z kuşağının tüketim kriterleridir. Benmerkezli oluşları, zayıf dini inançları, parçalı kimlik yapıları (Twenge, 2013) Z kuşağının sağlık algıları ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını da etkileyebilmektedir. Çünkü besin tercihinin sosyal, kültürel, ahlaki, dini inançlarla ve ruh hali ile yakından ilişkisi vardır (Steptoe, 1995; Bogueva vd., 2017). Ayrıca Z kuşağı üyeleri herşeyi hemen isteyen kişiler olduklarından hastanelerde sıra beklemek, randevu almak, ileri tarihlerde verilen bir randevuya gitmek gibi davranışları sergileme konusunda çekimser olabilirler. Bunun için sanal randevular oluşturmak, sağlık profesyonelleriyle çevrimiçi sohbet etmek, teknoloji odaklı ve veri temelli sağlık hizmetleri almak yeni nesil kuşaklar için daha iyi uygulamalardır (Cecconi vd., 2025).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut sağlık yükü ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmı yaşlı bireyler için yapılmaktadır. Fakat ileriki dönemlerde geleneksel sağlık yöntemleriyle ilgilenmeyen, sağlıklarına önem vermeyen ve sağlık okuryazarlığı düşük olan Z kuşağının ve ondan sonra gelecek kuşakların yaşlandıkça tıbbi ihtiyaçları artacaktır. Belki de gelecekte bugünün gençleri bugünün yaşlılarından daha fazla sağlık ihtiyacı duyacak, daha fazla kamusal sağlık harcamasına neden olacaktır. Eskiden hastanelere sadece yaşlıların gittiği düşünülürdü ancak hastalıkların gençleşmesi ve genç kuşakların belirli hastalıkları önleme isteğinin azalması (dış görünüşün önemli olmasından dolayı) sağlığın her kuşak için önemini ortaya koyarken, sağlık harcamalarını ve kamu yükünü de arttırmaktadır. Yeni kuşakların birçok üyesi işlenmiş ve paketli gıda tüketimi, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz uyku, hareketsiz yaşam, kötü ilişki kalitesi ve sağlıksız yaşam tarzı sonucunda obezite, kalp sorunları, hipertansiyon, felç, stres ve ruhsal bozukluklar yaşamaktadır.

Tüketiciler ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bilgi asimetrisi vardır. Tıp profesyonelleri, sağlık çalışanları, sağlık sigortası şirketleri sağlıkla ilgili daha çok şeyi bilmektedir ve sağlık uygulamaları ile sağlık mevzuatına daha fazla hakimdirler. Hastalar ise sahip oldukları hakları yeterince bilmemekte, sağlık bilgisinden yoksun veya çok az düzeyde bilgi sahibidirler. Hele ki bu bilgiler sosyal medyada, internet üzerinden kontrolsüz bir biçimde yayılıyorsa, o zaman

güvenilir olmayan bilgilerin sağlığa olan etkileri daha yıkıcı olabilmektedir. Z kuşağı tarafından dijital ortamlardan alınan bilgiler kaynak belirtilmeden hızlıca ve kolay bir şekilde dağıtılabilir. Yanlış bilginin virüsten bile hızlı yayıldığını söylemek gerekir. Sosyal medya kanallarında, web sitelerinde ve bloglarda güvenilir sağlık bilgisine erişim zor olmaktadır. Çünkü sosyal medya ağları herkesin erişimine açıktır, sahte hesaplarda vardır ve bilgili insanları bilgisiz olanlardan ayırt etmek zordur. Bilgi asimetrisi burada devreye girmekte, işi sağlık olmayan ya da sağlık profesyoneli olmayan halktan kişiler bilgilerin doğruluğunu anlayamamaktadır. Z kuşağı, kitap ve makale okumak yerine internete başvurduğundan dolayı da dezenformasyona en çok maruz kalan kitle olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genç neslin sağlıksız olması, ülkenin ilerlemesinde bir umut kaynağı olarak kaygı verici bir durumdur. Tüketim kalıplarından ve benimsenen yaşam tarzından doğan sorunlar önlem alınmadığı takdirde artabilir ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde yükseltebilir. Bu kitap bölümünde henüz çok genç olan Z kuşağı ve Alfa kuşakları ile henüz yaşına bile girmemiş olan Beta kuşaklarının gelecekteki olası sağlık durumlarına ışık tutulmaktadır. Bu alanda yapılmış sınırlı sayıda çalışma olduğu düşünüldüğünde, bu kitap bölümünün sağlık çalışanlarına, sağlık profesyonellerine, sağlık kuruluşlarına, yöneticilere ve ebeveynlere faydalı olması beklenmektedir. Proaktif davranarak sağlık konusunda alınacak önlemlerin, ileride oluşacak kriz durumlarının da önüne geçilmesini sağlayacaktır. Eğitim, öncelikli hedefler arasında yer almalıdır. Genç kuşaklara sağlık bilgisi kazandırmak, bilinçli sağlık davranışlarını teşvik edecek, daha sağlıklı bir toplumun oluşmasına olumlu katkılar sağlayacaktır. Çünkü eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısı ve akıllı ilaç kullanımı bilgisi artmaktadır. Ayrıca medeni duruma göre bekarların sağlık algıları evlilere göre daha yüksektir (Şengül & Akyil, 2022). Z kuşağının eğitim düzeyi en yüksek kuşak olduğu ve henüz genç oldukları için bekar olabilecekleri düşünüldüğünde ortaya çıkacak pozitif etkiler sağlık açısından sevindirici olacaktır. Mercan (2016) Z kuşağının eğitim ve ekonomik açıdan diğer kuşaklara göre daha donanımlı olduğunu söylemektedir. Eğitime yatkın olan yeni nesil kuşakların anaokulundan itibaren sağlığın önemi konusunda eğitilmeleri toplumların ve ülkelerin geleceğini belirleyecektir. Özellikle bu kitap bölümünde ele alınan sağlık ekonomisine ağır yükler getiren başlıca faktörlerin değerlendirilmesi sağlık ekonomisi açısından kritik bir önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

Adewojo, A. A., Olatunji, O. M., Adewojo, A., & Olalere, P. M. (2025). Patterns of online health information seeking among gen Z Nigerians: a behavioral analysis. *Razavi Journal of Medicine*, *13*(3), 16-26.

GYTS (2011). Global Youth Tobacco Survey. Slovakia 2011 (Ages 13-15). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/slovakia/slovakia-gyts-2011-factsheet-%28ages-13-15%29_508tagged.pdf?sfvrsn=fe32ad97_1&utm

GYTS (2006). Global Youth Tobacco Survey. Hungary: National Report. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/hungary/hungary_report_2003--.pdf?sfvrsn=c15c94f9_1&utm

Nielsen IQ Research (2024). Global Gen Z Spending Report: Gen Z changes everything. https://nielseniq.com/wp-content/uploads/sites/4/2025/05/NIQ_GenZ-Report_Final.pdf

Ahmadi, Z., Amini, L., & Haghani, H. (2020). Determining a health-promoting lifestyle among Afghan immigrants women in Iran. *Journal of Primary Care & Community Health*, *11*

Ak, R. (2012). The relationship between health expenditures and economic growth: Turkish case. *International Journal of Business Management & Economic Research*, *3*(1), 404-409.

Akın, H. & Tekerek, B. (2024). Sağlıkta dijitalleşmenin yansımaları: digital hastanelerin sağlık ekonomisi perspektifinden analizi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, *22*(Özel Sayı), 1877-1900.

Akyol, B. & Haykır, H. (2022). Sağlık ekonomisi üzerine güncel bir derleme çalışması. *Journal of Business and Communication Studies,* 1(2), 179-192.

Akyürek, A. & Orhaner, E. (2017). Özel hastanelere talebi etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 237-248.

Alberti, P. M., Orgera, K., & Alvarado, C. S. (2023). Generation Z challenges partisan divides for health equity. *American Journal of Public Health*, *113*(10), 1114-1115.

Ali, S. H., Rouf, R., Mohsin, F. M., Meltzer, G., Sharma, P., & DiClemente, R. J. (2022). The influence of routine and leisure family activities on the ability of young Asian Americans to maintain a healthy lifestyle: findings from a nationwide survey. *Journal of Behavioral Medicine*, *45*(6), 962-974.

Alkire, L., O'Connor, G. E., Myrden, S., & Köcher, S. (2020). Patient experience in the digital age: An investigation into the effect of generational cohorts. *Journal of Retailing and Consumer Services*, *57*, 102221.

Altın, S., Baş, M. (2020) Hizmet beklentilerinin kuşaksal pazarlama bağlamında farklılaşması: konaklama sektörü üzerine bir araştırma, *İşletme Araştırmaları Dergisi,* 12 (4), 4380-4395.

APJII (2022). APJII di Indonesia Digital Look 2022. https://apjii.or.id/berita/d/apjii-di-indonesia-digital-outloook-2022_857 adresinden erişildi.

Arı, H. (2017). Sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme teknikleri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, *1*(2), 25-31.

Assael, H. (2005). A demographic and psychographic profile of heavy internet users and users by type of internet usage. *Journal of Advertising Research,* 45(1), 93–123.

Aşık, N. A. (2019). X ve Z kuşağı tüketicilerin yiyecek tercihlerini etkileyen faktörler. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 7(4), 2599- 2611.

Ateş, M. (2011). *Sağlık işletmeciliği.* İstanbul: Beta

Aydemir, İ., & Yaşar, M. E. (2020). Demografik değişim kuramının sağlık, hastalık ve sağlık harcamaları üzerindeki etkisine ilişkin literatür değerlendirmesi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *8*(15), 102-116.

Aydın, G. & Kumru, S. (2023) Paving the way for increased eHealth record use: elaborating intentions of Gen-Z, Health Systems, 12:3, 281-298, 10.1080/20476965.2022.2129471

Aydın, G. (2023). Increasing mobile health application usage among Generation Z members: evidence from the UTAUT model. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, *17*(3), 353-379.

Aydın, G. Z., Bölükbaşı, F. B., Demirci, H. F. ve Doğanyiğit, P. B. (2023). Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin 100 yılında sağlık politikaları. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 23*(Özel Sayı), 431-454.

Aydın, G.Ç., & Başol, O. (2014). X ve Y kuşağı: çalışmanın anlamında bir değişme var mı?. *Electronic Journal of Vocational Colleges, 4*(4), 1-15.

Batbaylı, Ş. (2022). Sağlık ekonomisi perspektifinde seçilmiş ülkelerin sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, *8*(1), 43-57.

Bellman, S., Kemp, A., Haddad, H. & Varan, D. (2014). The effectiveness of advergames compared to television commercials and interactive commercials featuring advergames. *Computers in Human Behavior*, *32*, 276-283.

Bencsik, A., Horvath-Csikos, G., Juhasz, T., & Csanadi, A. (2019). Healthy lifestyle and behavior of Z Generation. *Journal of Eastern European and Central Asian Research*, *6*(2), 297-308.

Beyari, H. (2021). The relationship between social media and the increase in mental health problems. Department of Administrative and Financial Sciences, Applied College, Umm Al-Qura University, Makkah, Saudi Arabia. ; http://hmbeyariiuqu.edu.sa

Beyaz, R. (2020). Z Kuşağı tüketicilerin kişilik özellikleri ve bilinçli tüketim eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, *8*(22), 51-75.

Bogueva, D., Marinova, D., & Raphaely, T. (2017). Reducing meat consumption: the case for social marketing. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, *29*(3), 477-500.

Bridgman, A., Merkley, E., Loewen, P. J., Owen, T., Ruths, D., Teichmann, L., & Zhilin, O. (2020). The causes and consequences of COVID-19 misperceptions: Understanding the role of news and social media. *Harvard Kennedy School Misinformation Review*, *1*(3).

BritainThinks (2019). Future consumer: food and generation Z. https://www.food.gov.uk/sites/default/files/media/document/fsa191102bt-gen-z_rea_full-report_081019-final.pdf adresinden erişildi.

Brown, C., & Czerniewicz, L. (2010). Debunking the 'digital native': beyond digital apartheid, towards digital democracy. *Journal of Computer Assisted Learning*, 26(5), 357-369.

Bui, C., Lin, L. Y., Wu, C. Y., Chiu, Y. W., & Chiou, H. Y. (2021). Association between emotional eating and frequency of unhealthy food consumption among Taiwanese adolescents. *Nutrients*, *13*(8), 2739.

Cabral, M., Kim, B., Rossin-Slater, M., Schnell, M., & Schwandt, H. (2025). Trauma at school: The impacts of shootings on students' human capital and economic outcomes. *Review of Economic Studies*, rdaf027. 10.1093/restud/rdaf027

Cecconi, C., Adams, R., Cardone, A., Declaye, J., Silva, M., Vanlerberghe, T., ... & van Vugt, J. (2025). Generational differences in healthcare: the role of technology in the path forward. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1546317.

Currie, J. (2024). The economics of child mental health: Introducing the causes and consequences of child mental health special issue. *Journal of Human Resources*, *59*(S), S1-S13.

Currie, J., & Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. Journal of Health Economics 25(6):1094–118.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: kavramsal bir yaklaşım. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26 (2), 29-50.

Deloitte (2008). Türkiye'de ve dünyada sağlık ekonomisi. https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/01/Deloitte.T%C3%BCrkiyede-ve-D%C3%BCnyada-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Ekonomisi-1.pdf adresinden erişildi

Demir, T. (2022). Kutsal olan her şey buharlaşıyor mu? Z kuşağının değer yöneliminde transhumanist izler. *Marifetname*, 9(1), 111-139.

Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., Kılıç, F.S., & Metintaş, S. (2018). Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, *3*(3), 37-46.

DeSalvo, K. (2023). *New ways we're helping people live healthier lives.* Google. https://blog.google/technology/health/consumer-health-updates-thecheckup/

Dida, S., Hafiar, H., Kadiyono, A. L., & Lukman, S. (2021). Gender, education, and digital generations as determinants of attitudes toward health information for health workers in West Java, Indonesia. *Heliyon*, *7*(1), 1-8

Dobai, T., Baksa, D., Gonda, X., Juhasz, G., Eszlari, N., & Bagdy, G. (2025). Consumption of high-energy food and sugar shows a strong positive association with low mood in control subjects and depressed patients. *Nutrients*, 17(16), 2594.

Doğuç, E. (2021). Türkiye'de sağlık harcamaları ve çözüm önerisi olarak davranışsal iktisat. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, *7*(3), 647-664.

Elenga, N. & Krishnaswamy, G. (2023). A new generation of physicians—The Generation Z. Are you ready to deal with it? *Frontiers in Public Health* 10, 1015584. 10.3389/fpubh.2022.1015584

Fox, G., & Connolly, R. (2018). Mobile health technology adoption across generations: Narrowing the digital divide. *Information Systems Journal*, *28*(6), 995-1019.

Goodman A., R. Joyce, & J.P. Smith. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 108(15), 6032-6037.

Göl, İ. (2016). Sanayi sitesinde çalışan çocuk ve genç işçilerin çalışma koşulları ile sağlık durumları ve sağlığın önemi algılarının değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*, *15*(4), 347-353.

Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1467-1478.

Gross, M.L. (2010). Advergames and the effects of game-product congruity. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1259-1265.

Gularso, K. (2024). The influence of perceived benefits, financial literacy, and demographics on health insurance purchase ıntention by gen Z which is mediated by attitude. *Journal Return*, *3*(9), 647-664

Günsan, N., & Kanberoğlu, Z. & (2021). Sürdürülebilir kalkınma ile sağlık ekonomisi arasındaki ilişkinin analizi: Van ili örneği. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 6(11), 61-75

Gürsoy, A., Şimşek, P. (2015). Acıl servîslerin acıl sorunu: uygunsuz kullanım, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 312-317

Güven, D., Şimşek, T., & Güven, A. (2018). Sağlık yönetimi kapsamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: MENA ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Sosyoekonomi*, 26(37), 33-55.

Güven, E., & Tevfik A. T. (2022). Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık harcamalarının ekonomik kalkınma ve büyümeye etkisi üzerine bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, *8*(2), 140-156.

Güzel, Ş., Dömbekci, H. A., & Eren, F. (2022). Yapay zekânın sağlık alanında kullanımı: Nitel bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *9*(4), 509-519.

İçil, H. B., & Şahin, E. (2019). Sosyal medya uygulamalarının, marka bağlılığı ve tüketici davranışlarına etkisi: Z kuşağı üzerine bir araştırma. *International Journal of Multidisciplinary Studies and Innovative Technologies*, *3*(2), 188-195.

İnce, M., & Bozyiğit, S. (2018). Tüketicilerin Instagram reklamlarına karşı tutumlarının satın alma davranışları üzerindeki etkisi: Y ve Z kuşağı üzerine bir araştırma. *Beykoz Akademi Dergisi*, *6*(2), 39-56.

Jatav, S., Prakash, G., Gupta, R. (2023). Influence of socio-economic factors on risk management strategies among generation Z in India pertaining to health: a post-pandemic analysis. *SocioEconomic Challenges*, *7*(4), 84-94.

Jia, C., & Li, P. (2024). Generation Z's health information avoidance behavior: insights from focus group discussions. *Journal of Medical Internet Research*, *26*, e54107.

Jiao, W., Chang, A., Ho, M., Lu, Q., Liu, M. T., & Schulz, P. J. (2023). Predicting and empowering health for generation Z by comparing health information seeking and digital health literacy: cross-sectional questionnaire study. *Journal of Medical Internet Research*, *25*, e47595.

Karagöz, N. & Ilıman, E. (2019). Bireylerin sağlık hizmet kullanım kültürlerinin sağlık ekonomisi perspektifinden değerlendirilmesi. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 5(20), 1034-1044

Koçkaya, G., & Tatar, M. (2013). Tıbbi cihazlarda sağlık teknolojisi değerlendirmesi. *Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği*. Dünya Sağlık Örgütü Yayınları

Kusumo, B., Padua, S. A., Sicat, A. S., Askrening, A., Purnamawati, P., & Ramadhona, R. (2025). Health education for generation Z (challenges and opportunities in developing health literacy in the 21st century): a systematic review. *SAJMR: Southeast Asian Journal of Management and Research*, *3*(3), 119-134.

Lee, J., Ouellette, R. R., Morean, M.E., & Kong, G. (2024). Adolescents and young adults use of social media and following of e-cigarette influencers. *Substance use & misuse*, 59(9), 1424-1430.

Lee, M., Choi, Y., Quilliam, E.T. & Cole, R.T. (2009). Playing with food: content analysis of food advergames. *Journal of Consumer Affairs*, 43(1), 129–154.

Listl, S., Grytten, J. I., & Birch, S. (2019). What is health economics?. *Community dental health*, *36*(04), 262-274.

Loho, P. W., & Isnaini, M. (2023). Counter discourse on mental health issues in generation Z on Twitter. *International Journal of Social Science, Educational, Economics, Agriculture Research and Technology*, *2*(11), 1044-1053.

Loomba, S., De Figueiredo, A., Piatek, S. J., De Graaf, K., & Larson, H. J. (2021). Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Nature human behaviour*, *5*(3), 337-348.

M&Ms. (n.d.). Red vs. green. Mars Inc. Retrieved April 6, 2010, from http://www.mms.com/us/fungames/games/redvsgreen/ adresinden erişildi.

Macintyre, S., Reilly, J., Miller, D., & Eldridge, J. (2018). Food choice, food scares, and health: the role of the media. Murcott, A. (Ed.), İçinde *The Nation's diet* (pp. 228-249). Routledge.

Mc Carthy, C. M., de Vries, R., & Mackenbach, J. D. (2022). The influence of unhealthy food and beverage marketing through social media and advergaming on diet-related outcomes in children—A systematic review. *Obesity Reviews*, *23*(6), e13441.

Media Awareness Network (2005), "Young Canadians in aWiredWorld: Phase II Key Findings". http://mediasmarts.ca/sites/default/files/pdfs/publicationreport/full/YCWWII-student-survey.pdf adresinden erişildi.

Mercan, N. (2016). X, Y ve Z kuşağı kadınların farklı tüketim alışkanlarının modern dünyada inşa edilmesi. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*, *2*(1), 59-70.

Nairn, A. & Hang, H. (2012). Advergames: It's not child's play, *A review of research*, Family & Parenting Institute, 1-22.

Nursanti, S., Dharta, F. Y., Chaerudin, C., Syam, S. P., & Purnama, R. N. (2022). Generation z's perceptions of health information about the Covid-19. *Jurnal Studi Komunikasi*, *6*(2), 587-602.

Öztürk, S., & Uçan, O. (2017). Türkiye'de sağlık harcamalarında artış nedenleri: sağlık harcamalarında artış–büyüme ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *22*(1), 139-152.

Papp-Zipernovszky, O., Horváth, M.D., Schulz, P.J., & Csabai, M. (2021). Generation gaps in digital health literacy and their impact on health information seeking behavior and health empowerment in Hungary. *Frontiers in Public Health* 9: 635943.

Parry, E., & Urwin, P. (2017). The evidence base for generational differences: Where do we go from here? *Work, Aging and Retirement*, *3*(2), 140–148.

Potvin Kent, M., Bagnato, M., Amson, A., Remedios, L., Pritchard, M., Sabir, S., Gillis, G., Pauzé, E., Vanderlee, L., White, C., & Hammond, D. (2024). #junkfluenced: the marketing of unhealthy food and beverages by social media influencers popular with Canadian children on YouTube, Instagram and TikTok. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 21(1), 1-10

Robb, M., & Shellenbarger, T. (2014). Influential factors and perceptions of eHealth literacy among undergraduate college students. *On-Line Journal of Nursing Informatics*, *18*(3).

Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., ... & Van Der Linden, S. (2020). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society open science*, *7*(10), 201199.

Rossin-Slater, M., Schnell, M., Schwandt, H., Trejo, S., & Uniat, L. (2020). Local exposure to school shootings and youth antidepressant use. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117*(38), 23484-23489.

Rothman, D. (2016). A tsunami of learners called generation Z. http://www.mdle.net/Journal/A_Tsunami_of_Learners_Called_Generation_Z.pdf

Sadaklıoğlu, H., & Karakaya, S. (2024). Bireylerin kişilik özelliklerinin tüketici sağlığı bilişimi ile ilişkisi: Z kuşağı örneği. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 120-139.

Salık, E., Akça, İ.E., Andıç, N.Ö., Çapanoğlu, M.F. & Kahiloğulları, A. (2023). Farklı kuşaklarda ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların kamu maliyesi üzerine etkisinin belirlenmesi: fenomenolojik bir araştırma. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(4), 201-214

Saygın Avşar, T., Yiğit, V., Yiğit, A., Arı, H. O., Tecirli, G., Dilmaç, E., & Husereau, D. (2023). Konsolide sağlık ekonomisi değerlendirme raporlama standartları Türkçe: Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmesinde raporlama standartlarının Türkiye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(3), 497-504

Schafermeyer, K. (2000). Health economics I: Basic economic principles. Journal of Managed Care Pharmacy, 6(1), 43-54.

Sevinç, E., & Kavgaoğlu, D. (2019). Kuşakların hemşirelikte yönetim ve eğitim pratikleri açısından incelenmesi. *Istanbul Gelişim University Journal of Health Sciences*, (9), 944-957.

Smith, J.P., & Smith, G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social science & medicine*, *71*(1), 110-115.

Smith, M. J., Buckton, C., Patterson, C., & Hilton, S. (2023). User-generated content and influencer marketing involving e-cigarettes on social media: a scoping review and content analysis of YouTube and Instagram. *BMC public health*, *23*(1), 530.

Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. *Journal of medical Internet research*, *13*(4), e102.

Steptoe, A., Pollard, T. M., & Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. *Appetite*, *25*(3), 267-284.

Story, M. & French, S. (2004). Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1(3), 1-17.

Şengül, F.N., & Aydınalp, H. (2021). Yeni bir gençlik tipolojisi ve ölçek denemesi: hedonist gençlik. *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi* 1/50 (2021), 124-138.

Şimşek İşliyen, F. (2020). Dijital çağda bilginin değişen niteliği ve infobezite: Z kuşağı üzerine bir odak grup çalışması. *Selçuk İletişim*, *13*(1), 246-272.

Tarhan, N. (2019). Dijital Çağın Çocukları Alfa Kuşağı. *TRT Vizyon Dergisi*, Sayı: 353.

Tıraşoğlu, M., & Yıldırım, B. (2012). Yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges, 2*(2), 111-117.

Tunçsiper, Ç., & Bakar, A. (2023). Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık harcamaları: Türkiye örneği. *Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *4*(1), 20-28.

Tutar, F., & Kılınç, N. (2007). Türkiye'nin sağlık sektöründeki ekonomik gelişmişlik potansiyeli ve farklı ülke örnekleriyle mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *9*(1), 31-54.

TÜİK (2024). Türkiye istatistik Kurumu: Çocuklarda bilişim teknolojileri kullanım araştırması. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2024-53638&utm_source adresinden erişildi.

TÜİK (2024). İstatistiklerle gençlik. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2023-53677&utm adresinden erişildi.

Twenge, J.M. (2013). *"Ben" Nesli*. (Çev. Esra Öztürk). 4.Basım, İstanbul: Kaknüs Yayınları

Uçar B., & Koçoglu-Tanyer, D. (2024). X, Y, Z kuşaklarında sağlığın önemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değişimi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(3), 323-336.

Van der Bend, D. L. M., Jakstas, T., Van Kleef, E., Shrewsbury, V. A., & Bucher, T. (2022). Adolescents' exposure to and evaluation of food promotions on social media: a multi-method approach. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, *19*(1), 74.

Vassey, J., Valente, T., Barker, J., Stanton, C., Li, D., Laestadius, L., ... & Unger, J. B. (2023). E-cigarette brands and social media influencers on Instagram: a social network analysis. *Tobacco Control*, *32*(e2), e184-e191.

Vergeer, L., Soto, C., Bagnato, M., Pauzé, E., Amson, A., Ramsay, T., ... & Potvin Kent, M. (2024). The relationship between youth's exposure to unhealthy digital food marketing and their dietary intake in Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, *49*(12), 1678-1691.

Waiguny, M.K.J., Nelson, M.R. & Terlutter, R. (2012). Entertainment matters! The relationship between challenge and persuasiveness of an advergame for children. *Journal of Marketing Communications*, 18(1), 69-89

Wang, S., & Mak, H.W. (2020). Generational health improvement or decline? Exploring generational differences of British ethnic minorities in six physical health outcomes. *Ethnicity & Health*, 25(7), 1041-1054.

WHO (2020). Coronavirus disease advice for the public: Mythbusters. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters

Wonderling, D., Gruen, R. ve Black, N. (2005). Introduction to Health Economics, Glasgow: McGraw Hill Education

World Economic Forum (2023). How Gen Z are reshaping the healthcare industry. https://www.weforum.org/stories/2023/09/how-gen-z-are-reshaping-the-healthcare-industry/ adresinden erişildi.

World Health Organization (WHO). Constitution. https://www.who.int/about/governance/constitution

OECD ÜYESİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN İSTATİSTİKSEL OLARAK İNCELENMESİ

Fatih Çemrek [1]

1. GİRİŞ

Sağlık, hastalık veya sakatlığın bulunmaması hali olmayıp, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 1948). Bu tanımıyla sağlık, bireyler için temel bir yaşam hakkı olmasıyla birlikte, toplumların sosyal, kültürel ve ekonomik kalkınmasının da vazgeçilmez bir unsuru olarak ifade edilmektedir. Sağlık, eğitim ve ekonomi ile birlikte toplumsal refahın en önemli bileşenlerinden birisidir. Ayrıca sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesinde oldukça öneme sahiptir (Kickbusch, 2010).

Modern toplumlarda sağlık, bireysel, toplumsal ve ekonomik gelişmeyi belirleyen bir faktördür. Nüfusun sağlıklı olmasıyla, işgücü verimliliği artar, ekonomik büyüme desteklenir ve sosyal istikrarın güçlenmesini sağlamaktadır (Bloom & Canning, 2000). Buna karşın, sağlık göstergelerinin düşük olmasıyla da işgücü üretkenliği azalır, sağlık harcamaları artar ve bu durum da ekonomik kalkınmayı olumsuz etkilemektedir. Bundan dolayı, ülkelerin sağlık sistemlerinin performansını ve sağlık göstergelerinin analiz edilmesi, kamu sağlığı, ekonomik ve sosyal sürdürülebilirlik bakımından da önemli bir konudur.

Sağlık konusunda ihtiyaçların ortaya konması bu ihtiyaçları karşılamak üzere planlamaların yapılması, bu ihtiyaçların karşılanması, sağlık alanında ortaya çıkan problemlerin belirlenmesi ve bunların çözümüne ilişkin adımların atılması, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli ekonomik ve işgücü kaynaklarının kullanılması da oldukça önemli konuların başında gelmektedir. Böylece sağlık göstergeleri bakımından ülkeleri sıralamak, sınıflamak, karşılaştırmak yöneticilere verecekleri kararlarda ışık tutacaktır.

Dünyada sağlık alanında önemli gelişmeler 20. yüzyılda ortaya çıkmış ve günümüzde artan hızla devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde, 1950'lerde ortalama yaşam beklentisi 40 yıl, 1980'lerde 55 yıl, 1990,'larda ise 65 yıl iken

[1] Doç. Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik, Orcid, 0000-0002-6528-7159, fcemrek@ogu.edu.tr.

günümüzde 75-80 yıldır. Sağlık koşullarının iyileşmesi, bireylerin sağlıklı beslenme konusunda bilinç kazanması, başta tıp alanındaki teknolojik gelişmeler olmak üzere, bunların sonuçları en önemli faktörlerdir.

Sağlık, toplumların gelişmişlik göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik olan verilen sağlık hizmetleri tüm ülkeler için oldukça önemlidir. Özellikle teknolojinin hızla gelişmesi ve değişmesi, bireylerin eğitim düzeylerinin yükselmesi ve daha çok bilinç kazanması ile sağlığa olan talep artmıştır. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesi ile ülkeler sağlık alanında verdikleri hizmetlerin etkinliklerini değerlendirmeye başlamışlardır.

Sağlık göstergeleri, bir ülkenin sağlık sisteminin performansını ve toplumun genel refah düzeyini ortaya koyan en temel ölçütlerden biridir. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı, hekim ve hemşire sayısı, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki payı gibi göstergeler, ülkelerin sağlık politikalarının başarısını karşılaştırmalı olarak değerlendirmeye imkân tanımaktadır (OECD, 2023). Bu göstergeler aynı zamanda ekonomik büyüme, sosyal refah ve sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından da kritik bir öneme sahiptir.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), üye ülkeler arasında sağlık verilerinin toplanması, karşılaştırılması ve analiz edilmesi noktasında en kapsamlı uluslararası kuruluşlardan biridir. OECD üyesi ülkeler, farklı sağlık sistemlerine ve sosyoekonomik koşullara sahip olmakla birlikte, ortak sağlık göstergelerinin incelenmesi sayesinde sağlık politikalarının etkinliği üzerine çıkarımlar yapmak mümkündür. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artışı, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların yaygınlaşması gibi faktörler, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini önemli bir tartışma konusu haline getirmiştir (Mossialos et al., 2019).

Bu çalışmada OECD ülkelerinin sağlık göstergelerini istatistiksel yöntemlerle analiz ederek, ülkeler arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymaktır. Böylelikle, sağlık politikalarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi ve sağlık alanında geleceğe yönelik politika önerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

OECD üyesi ülkelerin temel sağlık göstergeleri istatistiksel yöntemlerle incelenecek, ülkeler arasındaki benzerlikler ve farklılıklar ortaya konulacaktır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının performansını değerlendirmek ve geleceğe yönelik çıkarımlarda bulunmak amacıyla istatistiksel analizlerin önemi vurgulanmaktadır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Çalışmada OECD ülkelerinin sağlık göstergelerinin istatistiksel olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Literatürde konuya ilişkin çalışmalara sık sık rastlanmaktadır. Bu başlık altında söz konusu literatür araştırmalarına yer verilmiştir.

Songur (2016) OECD üyesi ülkelerinin sağlık göstergelerine göre nasıl kümelendiği belirlemek üzere yaptığı çalışmada verilerin analizinde hiyerarşik kümeleme analizi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, seçilen 12 sağlık göstergesi bakımından OECD ülkeleri dört kümeye ayrılmış ve Türkiye, İsrail, Meksika ve Şili'nin birlikte bir küme oluşturdukları belirlenmiştir.

Turan ve Bozaykut-Bük, (2016), toplam kalite yönetimi yaklaşımı perspektifinden, kadın ve çocuk hastalıkları konusunda uzmanlaşmış bir kamu hastanesinde sağlık hizmeti kalitesinin hasta memnuniyeti, tekrar ziyaret niyeti (RI) ve olumlu ağızdan ağıza iletişim (PWOM) üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinde en az üç gün yatan hastalara yapılandırılmış bir anket dağıtılmış ve ilgilenen değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etmek için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki farkı test etmek için ise eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılmıştır.

Sayılı (2017), Türkiye ve OECD üyesi ülkelerin temel sağlık düzeyi göstergeleri ve sağlık harcamalarını karşılaştırmak ve Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisindeki durumunu incelemek üzere yaptığı çalışmada Türkiye ve OECD üyesi 34 ülkenin sağlık göstergeleri ve ilgili ekonomik verilerini kullanmıştır. Çalışmada Türkiye'nin sağlık harcamalarının bütçedeki payı bakımından OECD ülkeleri arasında en düşük ülke konumunda olduğu; Türkiye'nin doktor sayısı, hemşire ve ebe sayısı, hastane sayısı ve hastane yatak sayısı bakımından OECD ülke ortalamasına göre düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

Perincek ve Avcı (2019) astımlı kadın hastaların hastaneye yatış oranlarını değerlendirme üzere yaptıkları çalışmada, Eylül 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya toplam 183 kadın dahil edilmiştir: Alevlenme gösteren 56 hasta Grup 1'i, stabil astımı olan 127 hasta ise Grup 2'yi oluşturmuştur. Demografik veriler, solunum fonksiyon testi sonuçları, hastaneye yatış sayıları, hastaneye yatış oranları ve laboratuvar bulguları değerlendirilmiştir.

Kıran ve Akbolat (2021) Türkiye ile seçili OECD ülkeleri arasında sağlık hizmetlerine erişimin fiziksel boyutlarından biri olan "kullanılabilirlik" boyutu açısından bir karşılaştırma için yaptıkları çalışmada on adet sağlık kaynağı göstergesi ölçüm kriteri olarak kullanılmıştır. Çalışmada, 2018 yılında verisi olan

29 OECD ülkesi analiz edilmiş olup, 2018 yılı için verisi olmayan ülkeler için son bildirimde bulunduğu yıla ait veriler kullanılmıştır. Verilerin analizinde TOPSIS yöntemi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre 29 ülke arasında Japonya'nın ilk sırada (0,712) ve Türkiye'nin ise son sırada (0,084) yer aldığı belirlenmiştir.

Köse (2022) sağlık hizmeti talep, üretim ve kapasite boyutlarına ilişkin veriler (2019 yılı) kullanılarak istatistik bölgeleri hiyerarşik kümeleme analizi ile incelenmiştir. Çalışmada 12 istatistik bölgeye ait veriler 3 boyutta ayrı ayrı ve birlikte değerlendirilmiştir. Sağlık hizmeti talep, üretim ve kapasite boyutlarında ayrı ayrı ve birlikte değerlendirildiğinde istatistik bölgelerin 3 kümede gruplandığı belirlenmiştir.

Şimşek Kandemir ve Çelik (2022) Türkiye'de illerin hastane sayıları ve hastane yatak sayıları bakımından kümelenme yapılarını belirledikleri çalışmada bulanık kümeleme analizi kullanılmıştır. Çalışmadaki analiz sonucunda Türkiye'deki illerin hastane sayısı bakımından 4 kümede toplandığı ve hastane yatak sayısı bakımından ise 5 küme oluşturduğu elde edilmiştir.

Akçay vd.(2023), 2003 ve 2019 yıllarına ait sağlık göstergeleri ile OECD ülkelerinin sağlık sistemi verimliliğini inceledikleri çalışmada, OECD ülkelerinin sağlık sistemi verimlilik düzeylerinin belirlenmesinde, girdi odaklı Charnes, Cooper ve Rhodes (CCR); Banker, Charnes ve Cooper (BCC) ve Veri Zarflama Analizi (VZA) kullanılmıştır. Girdi ve çıktı değişkenleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile test edilmiş, verimli ve verimsiz ülkelerin girdi ve çıktı değişkenleri bakımından karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ve bağımsız örneklem t testi ile incelenmiştir. VZA sonuçlarına göre, 2003 yılında 11 ülke toplam verimli (CCR), 13 ülke teknik verimli (BCC), 11 ülke ölçek verimli; 2019 yılında 5 ülke toplam verimli, 8 ülke teknik verimli, 5 ülke ölçek verimli olarak bulunmuştur. Türkiye 2003 ve 2019 yılı verilerine göre hem CCR hem de BCC analiz modellerinde verimli çıkmıştır.

Demir Uslu vd (2023), TOPSIS yöntemi ile sağlık harcamaları açısından OECD ülkelerini sıraladıkları çalışmada, OECD ülkelerinin 2019 yılına ait sağlık harcamaları verileri kullanmışlardır. Çalışma sonucunda, Amerika, İsviçre ve Norveç'in ilk sıralarda yer aldığı; Türkiye'nin ise 35 OECD ülkesi içerisinde son sırada yer aldığı ve Türkiye'nin sağlık harcamaları konusunda OECD ülkelerinin gerisinde kaldığı ifade edilmiştir.

Çakır vd (2024), Türkiye'nin sağlık sisteminin diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı bir performans analizi sunmak üzere yaptıkları çalışmada Çıktı Odaklı Kategorik Veri Zarflama (CAT-DEA) modelini kullanmışlar ve ülkeleri sağlık harcamalarına göre sınıflandırmak üzere K-ortalamalar kümeleme yöntemini uygulamışlardır. Girdi değişkenleri, sağlık harcamaları, doktor ve hemşire mevcudiyeti ve hastane yatakları iken; çıktı değişkenleri doğumda

beklenen yaşam süresi ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet değişkenleridir. 36 OECD ülkesine ait verimlilik puanları hesaplanmış ve bunlardan 6'sının verimli olduğu sonucu elde edilmiştir.

3. YÖNTEM

Bu çalışmada; Avrupa Birliği üyesi ülkeler ile aday ülke durumunda olan Türkiye'nin sağlık istatistiklerine ilişkin verileri analiz ederek ülkeler sınıflandırılmış ve sıralanmıştır. Bu kapsamda Kümeleme ve Faktör Analizinden yararlanılmıştır. Bu analizleri gerçekleştirmek üzere AB üyesi ülkeler ile aday ülke konumunda olan Türkiye için sağlık alanına ilişkin verileri Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan Dünya Sağlık İstatistikleri 2023 adlı yayından derlenmiştir.

3.1. Kullanılan Değişkenler ve Tanımlamaları

Çalışmada incelenen değişkenler aşağıda verilmiştir.

X1: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda astım nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X2: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X3: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X4: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Konjestif kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X5: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X6: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X7: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X8: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Bağlantılı veriler kullanılarak diyabetik hastalarda alt ekstremite amputasyonu nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

X9: 15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Bağlantısız veriler kullanılarak diyabetik hastalarda alt ekstremite amputasyonu nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)

3.2. Kullanılan Teknikler

Çalışmada kullanılan teknikler bu başlık altında detaylı bir şekilde verilmiştir.

3.2.1. Kümeleme Analizi

Kümeleme analizi grup sayısının bilinmediği ve gruplandırılmamış verilerin benzerliklerine göre sınıflandırılmak istendiği çalışmalarda yaygın şekilde kullanılmaktadır. Kümeleme analizi birbirine benzer olan bireylerin aynı gruplarda toplanmasını amaçlar ve veri indirgeme özelliğine sahiptir (Tatlıdil, 2002). Kümeleme analizinin amaçları aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

- N tane birim ya da nesnenin ele alınan p adet değişkene göre sahip oldukları özellikler açısından kendi aralarında birbirine en benzeyen alt gruplarda toplamak,
- Birimleri ve değişkenleri birlikte inceleme ve böylece n tane birim incelenen p adet değişkene göre ortak özelliklere sahip olan alt kümeleri belirlemek,
- Nesnelerin/ birimlerin gözönünde bulundurulan p adet değişkene göre aldıkları değerlere göre, yer alacakları biyolojik vb sınıflandırmayı gerçekleştirmek.

Küme, birbirlerine yakın birimlerin çok boyutlu uzayda oluşturdukları grup olarak tanımlanmaktadır. Böylelikle, küme kavramı, "benzerlik" ve "uzaklık" kavramları ile anılmaktadır. Birimleri/ değişkenleri uygun gruplarda sınıflandırırken Aşamalı (Hierarchical) ve Aşamalı Olmayan (Nonhierarchical) Kümeleme Yöntemleri kullanılmaktadır (Akın ve Eren, 2012; Tatlıdil, 2002; Alpar, 2011).

3.2.2. Faktör Analizi

Faktör analizinin amacı, p tane değişkeni olan bir durumda birbiriyle ilişkili olan değişkenlerin, faktör adı verilen daha az sayıda yeni ilişkisiz değişken belirlemektir. Bu analiz boyut indirgemek ve bağımlılık yapısını gidermek üzere kullanılmaktadır (Tatlıdil, 2002:167).

Ham veri matrisi olan Xpxn standartlaştırılır ve Zpxn standartlaştırılmış veri matrisi kullanarak analiz yapılmaktadır. Zj değişkenleri ile ortak faktörler arasındaki ilişkiyi ifade eden doğrusal toplamsa model (1) eşitliğindeki gibi tanımlanmaktadır:

$$z_j = a_{j1} f_1 + a_{j2} f_2 + \ldots + a_{jm} f_m + b_j u_j ; j = 1,2,\ldots, p \qquad (1)$$

a_{jm}: j. Değişkenin m'inci faktör üzerindeki yükü ya da ağırlığı, f_m: m. faktörü, u_j: artık faktörü, b_j: artık faktöre ilişkin katsayıyı ifade etmektedir.

(1) Eşitliği matris formunda denklem (2) deki gibi de yazılabilmektedir.

$$Z=AF+BU \quad (2)$$

Faktör Analizi uygulandıktan sonra faktör döndürmesi ile boyut indirgenmesi, diklik ya da bağımsızlık, Kavramsal anlamlılık sağlanmaktadır.

3.3. Bulgular

Tablo 1'de çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin ülkelerin aldığı verilere ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 1. Kullanılan Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
X_1	2,20	53,70	23,6812	14,15886
X_2	2,20	272,30	125,3438	68,04837
X_3	15,20	306,70	155,3125	73,37545
X_4	34,90	521,30	208,3219	118,82882
X_5	5,00	203,00	51,6719	45,34589
X_6	61,90	565,90	247,8562	128,15896
X_7	30,70	223,40	109,0219	48,75010
X_8	0,30	22,80	7,7125	4,06136
X_9	0,60	19,40	7,6969	4,26535

3.3.1. Kümeleme Analizinden Elde Edilen Sonuçlar

Yapılan aşamalı olmayan kümeleme analizleri sonucunda elde edilen küme yapıları Tablo 2-4'de verilmiştir.

Tablo 2. Küme Sayısı 3 Olması Durumu

1.küme (16 Ülke)	2.küme (11 Ülke)	3.küme (5 Ülke)
Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İsrail, Letonya, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık, ABD	Şili, Kosta Rika, Estonya, İzlanda, İtalya, Güney Kore, Meksika, Hollanda, Portekiz, Slovenya, İsveç,	Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya

OECD üyesi olan ve analize dahil edilen 32 ülke, küme sayısı 3 olması durumuna göre sınıflandırıldığında, Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya,İrlanda, İsrail, Letonya, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık ve ABD bir küme oluşturmuş, Şili, Kosta Rika, Estonya, İzlanda, İtalya, Güney Kore, Meksika, Hollanda, Portekiz, Slovenya, İsveç, bir kümede toplanmış ve Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, ve Slovakya da ayrı bir kümede toplanmışlardır.

Tablo 3. Küme Sayısı 4 Olması Durumu

1.küme (14 Ülke)	2.küme (4 Ülke)	3.küme (9 Ülke))	4.küme (5 Ülke)
Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, İrlanda, İsrail, Letonya, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık	Estonya, Finlandiya, Slovenya , ABD	Şili, Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Güney Kore, Meksika, Hollanda, Portekiz, , İsveç	Çekya, Almanya Litvanya, Polonya, Slovakya

Küme sayısı 4 olması durumunda ülkeler sınıflandırıldığında, Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, İrlanda, İsrail, Letonya, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık bir kümede; Estonya, Finlandiya, Slovenya, ABD bir kümede; Şili, Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Güney Kore, Meksika, Hollanda, Portekiz, İsveç bir kümede toplanırken; Çekya, Almanya Litvanya, Polonya, Slovakya bir kümede yer almaktadır.

Aşamalı kümeleme (Gruplar arası bağlantı kümeleme tekniği) analizleri sonucunda elde edilen küme yapıları Tablo 4-5'te verilmiştir.

Tablo 4. Küme Sayısı 3 Olması Durumu

1.küme (25 Ülke)	2.küme (2 Ülke)	3.küme (5 Ülke)
Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Danimarka, Estonya, Finlandiya, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Hollanda, Slovenya, Yeni Zelanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık, ABD	Kosta Rika, Meksika	Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya

OECD üyesi olan ve analize dahil edilen 32 ülke, küme sayısı 3 olması durumuna göre sınıflandırıldığında, Kosta Rika, Meksikabir küme oluşturmuş; , Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya bir kümede toplanırken kalan 25 ülke bir küme oluşturmuştur.

Tablo 5. Küme Sayısı 4 Olması Durumu

1.küme (24 Ülke)	2.küme (2 Ülke)	3.küme (5 Ülke)	4.küme (1 Ülke)
Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Danimarka, Estonya, Finlandiya, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Hollanda, Slovenya, Yeni Zelanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık,	Kosta Rika, Meksika	Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya	ABD

Küme sayısı 4 olması durumunda ülkeler sınıflandırıldığında, ABD bir kümede; Kosta Rika, Meksika bir kümede; Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya ve Slovakya bir kümede yer alırken, kalan 24 ülke bir küme oluşturmaktadır.

Aşamalı kümeleme (Grup içi bağlantı kümeleme tekniği) analizleri sonucunda elde edilen küme yapıları Tablo 6-7'de verilmiştir.

Tablo 6. Küme Sayısı 3 Olması Durumu

1.küme (20 Ülke)	2.küme (7 Ülke)	3.küme (5 Ülke)
Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Danimarka, Estonya, Finlandiya, İrlanda, İsrail, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Slovenya, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık, ABD	Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Meksika Hollanda, Portekiz, İsveç	Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya

OECD üyesi olan ve analize dahil edilen 32 ülke, küme sayısı 3 olması durumuna göre sınıflandırıldığında, Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Meksika Hollanda, Portekiz,İsveç bir küme oluşturmuş; Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya bir kümede toplanırken kalan 20 ülke bir küme oluşturmuştur.

Tablo 7. Küme Sayısı 4 Olması Durumu

1.küme (20 Ülke)	2.küme (7 Ülke)	3.küme (4 Ülke)	4.küme (1 Ülke)
Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Danimarka, Estonya, Finlandiya, İrlanda, İsrail, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Slovenya, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, ABD,Birleşik Krallık	Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Meksika Hollanda, Portekiz, İsveç	Çekya, Litvanya, Polonya, Slovakya	Almanya

Küme sayısı 4 olması durumunda ülkeler sınıflandırıldığında, Almanya bir kümede; Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Meksika Hollanda, Portekiz, İsveç bir kümede; Çekya, Litvanya, Polonya ve Slovakya bir kümede yer alırken, kalan 20 ülke bir küme oluşturmaktadır.

3.3.2. Faktör Analizinden Elde Edilen Sonuçlar

Faktör analizinden elde edilen sonuçlar bu başlık altında toplanmıştır.

Tablo 8. KMO Testi Sonuçları

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,508
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	192,535
	df	36
	Sig.	<0,001

Faktör Analizi uygulanması sonucunda özdeğeri birden büyük olan üç tane özdeğer elde edilmiştir. Varyans açıklama oranı bu dört faktör için toplam %78,36 olarak bulunmuştur. Bunun anlamı 9 tane orijinal değişkenden üç faktör elde edilmesiyle yaklaşık %22'lik bir varyans kaybı söz konusudur.

Tablo 9. Elde Edilen Faktörlere İlişkin Özdeğerler ve Varyans Açıklama Oranları

Faktör	Özdeğer	Varyans Açıklama Oranı (%)
1	3,346	37,173
2	2,332	25,914
3	1,375	15,280
Toplam	-------	78,367

Tablo 10'dan birinci faktör toplam varyansın %37,73'ünü birinci faktör; %25,914'ünü ikinci faktör ve kalan %15,28'ini ise üçüncü faktör açıklamaktadır

İncelenen değişkenlerin hangi faktörlerde yer aldığına Tablo 10'da gösterilen bileşen matrisine bakılarak karar verilebilir.

Tablo 10. Bileşen Matrisi

Değişken	Bileşen		
	1	2	3
x6	**0,848**	0,203	-0,195
x5	**0,786**	0,230	-0,169
x4	**0,718**	0,199	-0,471
x1	**0,638**	-0,382	0,183
x7	**0,634**	0,104	-0,314
x2	0,431	**-0,781**	0,296
x3	0,500	**-0,773**	0,315
x9	0,250	**0,769**	0,524
x8	0,431	0,493	**0,702**

Tablo 10 incelendiğinde; x8 değişkeninin tek bir faktörde yer alması nedeniyle VARIMAX faktör döndürme tekniği ile elde edilen sonuçlara Tablo 11'de yer verilmiştir.

Tablo 11. Döndürülmüş Bileşen Matrisi

Değişken	Bileşen		
	1	2	3
x4	**0,881**	-0,001	-0,030
x6	**0,849**	0,174	0,218
x5	**0,791**	0,134	0,236
x7	**0,708**	0,097	0,008
x3	0,063	**0,968**	-0,073
x2	0,014	**0,933**	-0,112
x1	0,340	**0,679**	0,097
x8	0,120	0,121	**0,945**
x9	0,129	-0,253	**0,921**

Not: Extraction Method: Principal Component Analysis.
a. 3 components extracted.

Tablo 11'ten her bir değişkenin hangi faktörde yer aldığı rahatlıkla belirlenmektedir. Buna göre faktörler ve her bir faktörde yer alan değişkenler Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. Herbir Faktörde Yer Alan Değişkenler

Faktör	Değişken
1	X_4, X_5, X_6, X_7
2	X_1, X_2, X_3
3	X_8, X_9

Tablo 12'ye göre;

X4 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Konjestif kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir) , X5 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Hipertansiyon nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)), X6 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)) ve X7 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)),değişkenleri 1.Faktörde yer almaktadır.

2. Faktörde yer alan değişkenler ise sırasıyla X1 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda astım nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)), X2 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)) ve X3 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda

Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)) olduğu görülmektedir.

3. Faktörde yer alan değişkenler ise sırasıyla X8 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Bağlantılı veriler kullanılarak diyabetik hastalarda alt ekstremite amputasyonu nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir)) ve X9 (15 yaş ve üzeri tüm vatandaşlarda Bağlantısız veriler kullanılarak diyabetik hastalarda alt ekstremite amputasyonu nedeniyle hastaneye yatış (100000 kişide bir))'dır.

Faktör skor katsayı matrisi ise Tablo 13'teki gibi elde edilmiştir.

Tablo 13. Faktör Skor Katsayı Matrisi

Değişken	Bileşen		
	1	2	3
x1	0,050	0,274	0,059
x2	-0,085	0,409	0,002
x3	-0,074	0,423	0,021
x4	0,372	-0,104	-0,146
x5	0,280	-0,013	0,034
x6	0,303	-0,003	0,018
x7	0,283	-0,037	-0,091
x8	-0,101	0,112	0,547
x9	-0,051	-0,059	0,503

Not: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. Component Scores.

Tablo 13'te yer alan faktör skor katsayıları kullanılarak ülkeler için 1. faktöre göre (en çok ağırlığı olan faktör için) faktör skorları hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. VARIMAX Faktör Döndürmesi Sonucunda Ülkelerin 1. Faktör İçin Elde Edilen Skor Değerleri

Ülke	F_1	Ülke	F_1	Ülke	F_1
Australia	**2,42051**	Iceland	-0,01024	Norway	-0,68542
Austria	2,28046	Ireland	-0,01992	Poland	-0,75846
Belgium	2,12417	Israel	-0,02718	Portugal	-0,78695
Canada	2,04469	Italy	-0,04506	Slovak Republic	-0,78748
Chile	0,96691	Korea	-0,07527	Slovenia	-0,83388
Costa Rica	0,68563	Latvia	-0,19842	Spain	-0,87751
Czechia	0,35802	Lithuania	-0,42457	Sweden	-0,88196
Denmark	0,33466	Luxembourg	-0,5293	Switzerland	-0,99296
Estonia	0,31747	Mexico	-0,5711	United Kingdom	-1,01247
Finland	0,20902	Netherlands	-0,60847	**United States**	**-1,1204**
Germany	0,16304	New Zealand	-0,65755		

Tablo 14'te birinci faktör skorları bakımından ülkelerin sıralanması yer almaktadır. Yapılan bu sıralamaya bakıldığında Avustralya en yüksek skor değerine sahip iken ABD en düşük değere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 15. VARIMAX Faktör Döndürmesi Sonucunda Ülkelerin 2. Faktör İçin Elde Edilen Skor Değerleri

Ülke	F_2	Ülke	F_2	Ülke	F_2
Australia	**2,07111**	Iceland	0,26669	Norway	-0,55606
Austria	1,99437	Ireland	0,1668	Poland	-0,60247
Belgium	1,95993	Israel	0,031	Portugal	-0,61533
Canada	1,56128	Italy	0,01838	Slovak Republic	-0,72162
Chile	1,06776	Korea	-0,09865	Slovenia	-0,73019
Costa Rica	0,934	Latvia	-0,12939	Spain	-0,77809
Czechia	0,69382	Lithuania	-0,33003	Sweden	-0,93294
Denmark	0,53432	Luxembourg	-0,34117	Switzerland	-1,60527
Estonia	0,37366	Mexico	-0,40137	United Kingdom	-1,6254
Finland	0,32407	Netherlands	-0,40918	**United States**	**-1,88884**
Germany	0,30616	New Zealand	-0,53736		

Tablo 15'te ikinci faktör skorları bakımından ülkelerin sıralanması yer almaktadır. Yapılan bu sıralamaya bakıldığında Avustralya en yüksek skor değerine sahip iken ABD en düşük değere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 16. VARIMAX Faktör Döndürmesi Sonucunda Ülkelerin 3. Faktör İçin Elde Edilen Skor Değerleri

Ülke	F_3	Ülke	F_3	Ülke	F_3
Italy	**3,16621**	Czechia	0,1248	Chile	-0,34975
Estonia	2,45925	Mexico	0,05436	Poland	-0,46834
United States	1,35972	Ireland	-0,01438	Luxembourg	-0,57405
Sweden	1,11954	Portugal	-0,01961	Norway	-0,74143
Spain	0,82507	Costa Rica	-0,04895	Germany	-0,83784
Latvia	0,37074	Finland	-0,11886	Israel	-1,00792
United Kingdom	0,34412	Iceland	-0,12229	New Zealand	-1,0872
Austria	0,27624	Netherlands	-0,23983	Switzerland	-1,21368
Denmark	0,23826	Lithuania	-0,25691	Korea	-1,21793
Slovenia	0,21548	Belgium	-0,30083	**Slovak Republic**	**-1,79994**
Canada	0,17624	Australia	-0,31028		

Tablo 16'da üçüncü faktör skorları bakımından ülkelerin sıralanması yer almaktadır. Yapılan bu sıralamaya bakıldığında İtalya en yüksek skor değerine sahip iken; Slovakya Cumhuriyeti ise en düşük değere sahip olduğu görülmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

OECD üyesi ülkelerin sağlık göstergeleri bakımından karşılaştırıldığı bu çalışmada, ilk olarak önce Kümeleme Analizi ile ülkeler sınıflandırılmış ve daha sonra da Faktör Analizi ile ülkeler sıralanmıştır.

Kümeleme analizi sonuçlarına göre; aşamalı olmayan kümeleme analizleri sonucunda küme sayısı 3 olması durumunda, Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya,İrlanda, İsrail, Letonya, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık ve ABD bir küme oluşturmuş, Şili, Kosta Rika, Estonya, İzlanda, İtalya, Güney Kore, Meksika, Hollanda, Portekiz, Slovenya, İsveç, bir kümede toplanmış ve Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, ve Slovakya da ayrı bir kümede toplanmışlardır.

Küme sayısı 4 olması durumunda ülkeler sınıflandırıldığında, Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, İrlanda, İsrail, Letonya, Lüksemburg, Yeni Zelanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık bir kümede; Estonya, Finlandiya, Slovenya, ABD bir kümede; Şili, Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Güney Kore, Meksika, Hollanda, Portekiz, İsveç bir kümede toplanırken; Çekya, Almanya Litvanya, Polonya, Slovakya bir kümede yer almaktadır.

Aşamalı kümeleme (Gruplar arası bağlantı kümeleme tekniği) analizine göre; küme sayısı 3 olması durumuna göre sınıflandırıldığında, Kosta Rika, Meksikabir küme oluşturmuş; Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya bir kümede toplanırken kalan 25 ülke bir küme oluşturmuştur. Küme sayısı 4 olması durumunda ülkeler sınıflandırıldığında, ABD bir kümede; Kosta Rika, Meksika bir kümede; Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya ve Slovakya bir kümede yer alırken, kalan 24 ülke bir küme oluşturmaktadır.

Aşamalı kümeleme (Grup içi bağlantı kümeleme tekniği) analizleri sonucuna göre OECD üyesi olan ve analize dahil edilen 32 ülke, küme sayısı 3 olması durumuna göre sınıflandırıldığında, Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Meksika Hollanda, Portekiz,İsveç bir küme oluşturmuş; Çekya, Almanya, Litvanya, Polonya, Slovakya bir kümede toplanırken kalan 20 ülke bir küme oluşturmuştur. Küme sayısı 4 olması durumunda ülkeler sınıflandırıldığında, Almanya bir kümede; Kosta Rika, İzlanda, İtalya, Meksika Hollanda, Portekiz, İsveç bir kümede; Çekya, Litvanya, Polonya ve Slovakya bir kümede yer alırken, kalan 20 ülke bir küme oluşturmaktadır.

Faktör analizi sonuçlarına göre, özdeğeri birden büyük olan üç tane faktör elde edilmiştir. Varyans açıklama oranı bu üç faktör için toplam %79.05 olarak bulunmuştur. Bunun anlamı 9 tane orijinal değişkenden üç faktör elde edilmesiyle yaklaşık %21'lik bir varyans kaybı söz konusudur.

Birinci ve ikinci faktör skorları bakımından ülkeler sıralandığında, birbirine en uzak iki ülkenin Avustralya ve ABD olduğu belirlenmiştir. Üçüncü faktör skoruna göre ülkeler sıralandığında ise, İtalya ve Slovakya Cumhuriyeti olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma sonuçları incelendiğinde, sağlık alanında dikkate alınan değişkenler bakımından ülkelerin sağlık alanına daha çok yatırım yaptıkları, sağlıklı birey ve toplumu sağlayabilmeleri sayesinde ekonomilerini geliştirdikleri, bireylerin daha kaliteli yaşam standartına sahip oldukları kolaylıkla ifade edilebilmektedir. Sağlık alanında verilen hizmetlerin daha da iyileştirilmesi bunların planlanması, bunların kalitesini artırabilmek için gerekli olan ekonomik ve insan gücü kaynaklarının etkin ve verimli şekilde kullanılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Akça, T., Yiğit, P., Özçelik, M. (2023), OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Verimliliğinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 3 (2), 1-23.

Akın, H.B. ve Eren Ö. (2012), OECD Ülkelerinin Eğitim Göstergelerinin Kümeleme Analizi ve Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi ile Karşılaştırmalı Analizi, Öneri Dergisi, .10(37),175-181.

Alpar, R. (2011). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler. Detay Yayıncılık, Ankara.

Çakır, K., Erol, Ö., Karadayı, M. A. (2024), A Comparative Performance Analysis of Türkiye's Health Systems within OECD Countries, Journal of Health Systems and Policies (JHESP), 6, 127-141.

Demir Uslu Y., Uslu, E., Şahin, K., Aygün, S., Tuna, M. (2023), OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının TOPSIS Yöntemi ile İncelenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2): 386 – 395.

Eren, H. ve Ömürbek, N. (201), "Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri Açısından Kümelenmesi ve Performans Analizi", Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 11(2), 421-452.

Kıran, Ş., Akbolat, M.. (2021). Availability of Health Resources: A Comparison of Turkey and Selected OECD Countries. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(3), 603-618

Köse, A. (2022). Türkiye'de Sağlık Göstergelerine Göre İstatistik Bölgelerin Kümeleme Analizi ile Sınıflandırılması. Alanya Akademik Bakış, 6(2), 2167-2189.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (Eds.). (2019). International Profiles of Health Care Ssystems 2019. The Commonwealth Fund.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en

Perincek G., Avcı S. ,(2019), Factors Affecting the Hospitalization of Female Patients with Asthma. Journal of Surgery and Medicine, 3(9,)698-701.

Sayılı, U., (2017), Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 1-12.

Sonğur C.(2016), Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 6(1), 197-224.

Şimşek Kandemir, A. ,Çelik, Ş. (2022). Türkiye'deki İllerin Hastane Sayısı ve Hastane Yatak Sayısına Göre Bulanık Kümeleme Analizi ile Değerlendirilmesi, International Journal of Disciplines Economics & Administrative Sciences Studies,8(48),918-925.

Tatlıdil, H., (2002), Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Analiz, Ziraat Matbaacılık A.Ş. Ankara.

Turan, A., Bozaykut-Bük, T., (2016), Analyzing Perceived Healthcare Service Quality on Patient Related Outcomes, International Journal of Quality and Service Sciences, 8(4), 478-497.

SAĞLIK EKONOMİSİ: DÜNÜ, BUGÜNÜ VE GELECEĞİ

Semih GÜL*

GİRİŞ

Sağlık ekonomisi, kıt kaynakların sınırsız insan ihtiyaçları karşısında nasıl etkin ve adil bir şekilde dağıtılacağını inceleyen, ekonomi biliminin sağlık alanına uygulanmasıyla gelişen disiplinlerarası bir alandır. Tarihsel süreçte sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu üzerine yapılan ilk çalışmalar, toplum sağlığı ile ekonomik refah arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymuş ve sağlık ekonomisinin kurumsallaşmasına zemin hazırlamıştır. Günümüzde ise sağlık ekonomisi; sağlık sistemlerinin finansmanı, hizmet sunumunun etkinliği, maliyet-etkililik analizleri ve kaynak tahsisi gibi konuların yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve adalet gibi toplumsal boyutları da kapsamaktadır.

Bununla birlikte, demografik değişimler, kronik hastalıkların artışı, sağlık harcamalarının yükselmesi ve teknolojik yenilikler, çağdaş sağlık ekonomisinin karşı karşıya olduğu en temel zorlukları oluşturmaktadır. Bu zorlukların yönetilmesi, yalnızca mevcut politikaların etkinliğine değil, aynı zamanda geleceğe dönük sürdürülebilir stratejilerin geliştirilmesine de bağlıdır.

Geleceğe bakıldığında, sağlık ekonomisinin yönünü belirleyecek en önemli dinamikler arasında dijitalleşme, yapay zekâ, büyük veri analitiği ve yenilikçi sağlık teknolojileri öne çıkmaktadır. Bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetleri azaltma ve hizmete erişimi genişletme potansiyeli taşırken; aynı zamanda sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve toplumsal refahın korunması açısından yeni fırsatlar ve sorumluluklar da doğurmaktadır.

Bu bölümün amacı, sağlık ekonomisinin temel kavramlarını, tarihsel gelişimini, günümüzdeki kapsamını ve geleceğe dönük eğilimlerini ele alarak okuyucuya disiplinin bütüncül bir perspektifini sunmaktır. Bu bağlamda bölüm üç ana kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, sağlık ekonomisinin tarihsel kökenleri, kavramsal çerçevesi ve disiplinin gelişim süreci ele alınacaktır. İkinci kısımda, sağlık ekonomisinin günümüzdeki kapsamı, sağlık sistemlerinin işleyişi, finansman modelleri, maliyet analizleri ve güncel sorun alanları incelenecektir.

* Doktora Öğrencisi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, Orcid: 0000-0001-8446-1565, semihgul@uludag.edu.tr

Üçüncü kısımda ise sağlık ekonomisinin geleceğine odaklanılarak dijital dönüşüm, yapay zekâ, veri analitiği ve sürdürülebilir sağlık politikaları tartışılacaktır. Böylece, sağlık ekonomisinin geçmişten geleceğe uzanan serüveni bütüncül bir perspektifle değerlendirilmiş olacaktır.

1. BÖLÜM SAĞLIK EKONOMİSİNİN DÜNÜ

Sağlık ekonomisi, ekonomik analizlerin sağlık sektörü ve sağlık hizmetleri üzerinde uygulanmasıyla ortaya çıkan görece yeni bir disiplin olarak kabul edilmektedir. Bunun temelinde, ekonomi biliminin kıt kaynakların sınırsız insan ihtiyaçlarıyla olan ilişkisini inceleme yaklaşımı yatmaktadır. Tarih boyunca ekonomik düşünürler, zenginlik, refah, kıtlık ve büyüme gibi kavramlar ekseninde ekonomiyi tanımlamış ve bu çerçevede kaynakların optimal dağılımı ile toplumsal refahın artırılmasına odaklanmışlardır. Sağlık alanı da benzer şekilde sınırlı kaynaklar ve artan talepler arasında bir denge kurulmasını gerektirdiğinden, sağlık ekonomisinin ortaya çıkışında bu temel ekonomik ilkeler belirleyici olmuştur.

Bu bölümde, sağlık ekonomisinin tarihsel gelişimi ve akademik literatürdeki evrimi ele alınarak, disiplinin bugün ulaştığı akademik olgunluğun kökenleri ve temel kuramsal çerçevesi ortaya konulacaktır. Böylece, sağlık ekonomisinin günümüzdeki bağımsız kimliği ve sistematik inceleme alanı olarak ortaya çıkışı, geçmişten gelen birikim ışığında değerlendirilebilecektir.

1.1. Ekonomi Biliminin Kuramsal Temelleri ve Tanımları

Ekonomi kavramının kuramsal çerçevesi, akademik literatürde farklı yaklaşımlar ışığında çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Söz konusu tanımlar incelendiğinde, ortak olarak dört temel olgu üzerinde yoğunlaştıkları görülmektedir: *zenginlik, refah, kıtlık* ve *ekonomik büyüme* (Çıraklı, 2017: 17-20; Hussain, 2010: 5).

Klasik iktisat okulunun temsilcileri arasında yer alan Adam Smith, Jean-Baptiste Say, John Stuart Mill ve Senior gibi düşünürler, ekonominin temel niteliğini ve işleyiş dinamiklerini *"zenginlik"* kavramı ekseninde açıklamışlardır. Bu yaklaşıma göre iktisat bilimi, milli refahın yükseltilmesi ve iktisadi büyüme süreçleriyle doğrudan ilişkilidir. Adam Smith'in, iktisadı müstakil bir disiplin olarak konumlandırdığı "*Ulusların Zenginliği"* isimli çalışmasında, ekonomi politikası *"halkın ve yöneticinin refahını artırma yöntemi"* şeklinde ifade edilmiştir. (1776 [1976]: 428). Mill (1844: 99) de benzer şekilde politik ekonominin görevini, *"bireylerin servet üretimi sırasında ortaya çıkan toplumsal fenomenlerin kanunlarını inceleyen bir bilim dalı"* olarak tanımlamıştır.

Klasik iktisat geleneği içinde Alfred Marshall, Edwin Cannan, Beveridge ve Penson gibi iktisatçılar, "*refah ekonomisi"* odaklı bir yaklaşım benimseyerek analizlerinde iktisadi süreçlerin bireyin refah düzeyi üzerindeki etkilerini temel inceleme odağı haline getirmişlerdir. Bu yaklaşıma göre iktisat; sosyal refahın bir bileşeni konumundaki ve parasal ölçütler aracılığıyla doğrudan ya da dolaylı biçimde ölçülebilen ekonomik refahın sistematik olarak incelenmesidir (Hussain, 2010: 7). Marshall'a (1920: 1-2) göre politik ekonomi veya ekonomi bilimi, "*günlük yaşamda bireyin ekonomik davranışlarını incelemektedir. Ekonomi, refahı oluşturan maddi gereksinimlerin temin edilmesi ve bu kaynakların kullanımı ile doğrudan bağlantılı fert ve toplum düzeyindeki faaliyetlerin araştırılmasını kapsar. Bu bağlamda iktisat disiplini, bir taraftan servet birikiminin kaynaklarını analiz ederken, diğer taraftan -daha da önemlisi- insan faktörünü merkeze alan bir inceleme alanı"*[1] olarak karşımıza çıkmaktadır.

Lionel Robbins, Tibor Scitovsky, Stoiner, Hogue ve Harvey gibi iktisatçılar, ekonominin temel meselesini sınırlı kaynaklar ile sınırsız ihtiyaçlar arasındaki denge problemi olarak ele almış ve bu nedenle disiplinin merkezine *"kıtlık"* olgusunu yerleştirmişlerdir. Onlara göre ekonomi, *bir toplumun kaynaklarını verimli bir biçimde düzenleyerek ortak hedeflerine ulaşmasını sağlayacak ilkeleri inceleyen bir bilim dalıdır* (Hussain, 2010: 9). Robbins (1932: 16) ise bu disiplini, "*alternatif kullanım alanları bulunan kıtlık içindeki kaynakların, sınırsız ihtiyaçlar karşısında nasıl tahsis edildiğini ve bu durumun bireylerin davranışlarını nasıl şekillendirdiğini araştıran bir alan"* olarak tanımlamıştır. Bu kıtlık merkezli yaklaşım, iktisat bilimine farklı yorumlar getirilmesine olanak tanımış; örneğin Milton Friedman da ekonomi bilimini, "*toplumların kıtlık koşullarında ortaya çıkan sorunları nasıl çözdüklerini inceleyen bir disiplin"* olarak benimsemiştir (Friedman, 1962: 6; Backhouse ve Medema, 2009: 228).

Paul Samuelson, Benham, C. E. Ferguson ve J.K. Mehta gibi iktisatçılar, ekonomi bilimini tanımlarken *"büyüme"* olgusunu merkeze alan bir yaklaşım benimsemektedirler. Bu yaklaşımın önde gelen isimlerinden Paul A. Samuelson'un, literatürde yaygın kabul gören ekonomi tanımı şu şekildedir:

"*İktisat, kıt olan üretim kaynaklarının, zaman içinde farklı mal ve hizmetlerin üretiminde nasıl kullanıldığını; söz konusu ürünlerin, parasal bir sistem varlığında ya da yokluğunda, günümüzde ve gelecekte toplumu oluşturan bireyler ve gruplar arasında nasıl paylaştırıldığını açıklayan ve bu süreçteki toplumsal tercihleri analiz eden bir bilim dalıdır."* (Samuelson ve Temin: 1976: 3).

[1] Marshall'ın bu tanımı, aynı zamanda "politik ekonomi" teriminin yerini giderek "ekonomi" kavramının almaya başladığı tarihsel bir dönüşüme de işaret etmektedir (Backhouse ve Medema, 2009: 225).

1.2. Sağlık Ekonomisi Kavramı ve Tanımı

Ekonomi bilimine ilişkin tanımların temelinde, sınırsız insan ihtiyaçlarına karşılık kaynakların kıt olması gerçeği yatmaktadır. Bu durum, iktisat disiplinini, sınırlı kaynakların sınırsız ihtiyaçlar arasında nasıl dağıtılacağı sorusu üzerine odaklanmaya yöneltmiştir (Zweifel vd., 2009). Kaynak kıtlığı, bireylerin ve toplumların farklı alternatifler arasında seçim yapmak zorunda kalmasına neden olmaktadır (Tatar, 2009). Sağlık alanı da bu gerçeklikten bağımsız değildir; sektördeki kıt kaynaklar, çeşitli sağlık müdahaleleri arasında önceliklendirme yapılmasını zorunlu kılmış ve sağlık hizmetlerinin ekonomik analizini gerçekleştiren sağlık ekonomisi disiplininin ortaya çıkışını hazırlayan temel etken olmuştur.

Sağlık ekonomisi, temel ekonomik ilkelerin sağlık sektörüne uygulandığı bir disiplin olarak kabul edilmektedir (Blaug, 1998; Culyer ve Newhouse, 2000: 1). Williams'a göre bu alan, ekonomi biliminden ayrışmış özerk bir disiplin değil, aksine iktisat teorisi ve analiz yöntemlerinin sağlık alanındaki olguları incelemek için kullanıldığı bir uygulama alanıdır. Culyer de benzer şekilde, sağlık ekonomisinin kuramsal temellerinin büyük ölçüde genel ekonomiden türetildiğini, yalnızca sınırlı bir kısmının bu alana özgü olduğunu ifade ederek onun bağımsız bir bilim dalı olmadığına işaret etmektedir. Bu durumun temel nedeni, sağlık ekonomisinin analizlerini salt sağlık sektörüyle sınırlı tutmayıp daha geniş bir perspektifle yürütebilmesidir. Dolayısıyla, sağlık ekonomisi genel olarak ekonominin sağlıkla ilgili konulara uygulandığı bir alt disiplin olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 16).

Williams ve Culyer'in yaklaşımları değerlendirildiğinde, iki temel ortak görüş dikkat çekmektedir: Birincisi, sağlık ekonomisi yerine çoğu zaman sağlık hizmetleri ekonomisi tanımının kullanılmasının daha doğru olacağıdır. Bu tercihin nedeni, sağlık hizmetlerinin kapsamının ve sınırlarının, daha geniş bir kavram olan "sağlık" tanımına kıyasla daha net bir şekilde belirlenebilmesidir. İkinci olarak, sağlık ekonomisinin makro düzeydeki (sağlık sisteminin yapılanması, sektör toplam harcamaları gibi) ve mikro düzeydeki (tedavi yöntemlerinin maliyet-etkinliği, sağlık teknolojileri değerlendirmesi, bütçe kısıtı altında kaynak dağılımı gibi) konuları arasında dengeli bir yaklaşım benimsenmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu çerçeve, disiplinin kapsamını netleştirmenin yanı sıra, ekonomi bilimi ile olan metodolojik bağlantısını da açıkça ortaya koymaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 17).

Lee ve Mills'e (1983:3) göre sağlık ekonomisi, iktisadi teori, kavram ve yöntemlerin sağlık sektörüne sistematik bir şekilde uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım çerçevesinde, disiplinin temel odak noktalarını şu unsurlar oluşturur: mevcut kaynakların birey ve toplum sağlığını geliştirecek

alternatif faaliyetler arasında dağıtımı, sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli kaynak düzeyinin tespit ve temini ile sağlık kuruluşlarının finansman modelleri ve örgütlenme yapılarının incelenmesi.

Yukarıdaki tanımlar ışığında sağlık ekonomisi; sağlığa ayrılmış kaynakların veya üretim unsurlarının (sağlık personeli, sermaye ve tıbbi altyapı) gibi kıt kaynakların en etkin şekilde kullanılması yoluyla, kaliteli sağlık hizmetlerinin üretilmesini ve toplumun tüm kesimlerine adil bir biçimde ulaştırılmasını inceleyen bir disiplin olarak tanımlanabilir (Çelik, 2019:48-49; Morris vd., 2012). Bu çerçeve, disiplinin temel amacını üç kritik soru etrafında şekillendirmektedir (Kernick, 2003: 147; Santerre and Neun, 2012: 3-4):

1- Toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin türü ve miktarı ne olmalıdır?

2- Belirlenen hizmetler hangi yöntemlerle ve kimler tarafından üretilmelidir?

3- Üretilen hizmetlerin toplum içinde dağılımı nasıl düzenlenmeli ve bu süreçte etkinlik nasıl sağlanmalıdır?

Ekonomi biliminin temel odak noktası olan kıt kaynakların optimal dağılımı ilkesi, sağlık ekonomisi için de geçerlidir. Bu disiplin, mevcut kaynakların sağlık sisteminin geneli için olduğu kadar, sistem içindeki belirli faaliyetler ve nihai kullanıcılar arasında nasıl dağıtılması gerektiğini araştırmaktadır (Kobelt, 2002: 10).

1.3. Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık ekonomisinin akademik literatürdeki başlangıç tarihi kesin olarak belirlenememektedir. Culyer (1981: 3), bu alandaki çalışmaların kökenini 17. yüzyılın sonlarına, William Petty'nin [2]veba salgını üzerine gerçekleştirdiği ekonomik analizlere dayandırmaktadır. Backhaus ise, sağlık kurumlarını ve hizmetlerini sistematik bir ekonomik perspektifle inceleyen ilk araştırmacının, Paracelsus adıyla tanınan Theophrast Bombast von Hohenheim olduğunu ileri sürmektedir. Modern farmakolojinin[3] kurucularından kabul edilen İsviçreli

[2] Royal Society'nin kurucu üyelerinden İngiliz iktisatçı ve bilim insanı William Petty'nin çalışmaları, bireylerin ülke ekonomisine katkısını esas alan insan yaşamı değerlendirmesi yaklaşımıyla günümüz sağlık ekonomistlerinin dikkatini çekmektedir. *"Lessening ye Plagues of London"* başlıklı eserinde, veba salgını sırasında Londra nüfusunun şehirden uzaklaştırılmasının maliyet-fayda analizini yapmış ve bu önlemin her bir poundluk harcama için 84 poundluk getiri sağladığını öne sürmüştür (Mills, 2014: 2). Petty, sağlık sorunlarını matematiksel ve istatistiksel yöntemlerle değerlendirerek, kamunun rasyonel sağlık politikaları geliştirmesine yönelik erken dönem bir metodolojik zemin oluşturmuştur (Ober, 1972: 998-1000).

[3] Farmakoloji bilimi, ilaçların kaynağını, kimyasal-fiziksel özelliklerini, vücuttaki emilim ve dağılım mekanizmalarını, farmakolojik etkilerini, bu etkilerin biyokimyasal temellerini ve ilaçların terapötik kullanıma hazır hale getirilmesine yönelik süreçleri sistematik olarak araştıran bir disiplindir (Tosun, 2018: 19)

hekim Paracelsus, sadece ilaç bilimine öncülük etmekle kalmamış, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin ekonomik maliyetleri üzerine de analizler yaparak alana katkıda bulunmuştur (Tosun, 2018: 19).

Sağlık ekonomisinin tarihsel evrimi üzerine çalışan Fox (1979:301), Edwin Chadwick'in (1800-1890) araştırmalarının da bu disiplinin literatür gelişimine öncülük ettiğini belirtmektedir (Işık, 1997: 16). Chadwick'in, "iyileştirilmiş sağlık koşullarının ve koruyucu önlemlerin değerli bir yatırım oluşturduğu" yönündeki görüşü, bu tespitin temel dayanağını oluşturmaktadır. Chadwick (1862: 504), *bireylerin refahını artırmanın ve yaşam memnuniyetini yükseltmenin, sermaye yatırımları veya üretim kapasitesine yapılan bir yatırım kadar önemli olduğunu* vurgulamaktadır.[4]

Sağlık ekonomisinin kurumsal temellerinin atılmasında, 1931'de Amerikan Tıp Birliği bünyesinde oluşturulan *Tıbbi Ekonomi Bürosu*'nun kuruluşu önemli bir dönüm noktası teşkil etmektedir. Bu birimin temel amacı, sağlık profesyonellerinin ekonomik konulara olan ilgisini artırmak ve bu alanda farkındalık yaratmaktı. Büronun faaliyet alanı görece sınırlı olmasına karşın, sağlık ekonomisine ilişkin temel kavramların sistematik bir şekilde ele alınması ve geliştirilmesi süreci büyük ölçüde bu kurumun çalışmalarıyla başlamıştır (Rebelo, 2007: 2; Tatar, 2009: 2).

Sağlık ekonomisi alanındaki ilk öncü çalışmalar, İkinci Dünya Savaşı öncesine uzanmakta olup, Milton Friedman'ın 1929-1936 döneminde sağlık sektöründe yer alan farklı meslek gruplarındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri üzerine yaptığı araştırmalar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Ancak Friedman'ın çalışmaları daha çok istatistiksel bir nitelik taşımaktadır (Rebelo, 2007:4). Sağlık ekonomisinin iktisat disiplini içinde bir alt inceleme alanı olarak ele alınmaya başlanması ise 1950'li yıllar ve sonrasında gerçekleşmiştir (Fox, 1979:300).

1958'de Selma Mushkin'in yayımladığı *"Toward a Definition of Health Economics" (Sağlık Ekonomisinin Bir Tanımına Doğru)* adlı çalışma, sağlık ekonomisinin bağımsız bir disiplin olarak ele alınmasında öncü bir adım kabul edilmektedir. Mushkin bu çalışmada, tıbbi teknolojilerin yol açtığı maliyetleri ve sağlık sektöründeki piyasa süreçlerini sistematik biçimde değerlendirmiştir (Mushkin, 1958; Tatar, 2009). Ardından (1962)'de kaleme aldığı *"Health as an Investment" (Bir Yatırım Olarak Sağlık)* adlı araştırmasında, sağlık ve eğitime yapılan yatırımların bireylerin kapasitesini artırarak ekonomik getiriler üzerinde belirleyici rol oynadığını vurgulamıştır. Her ne kadar "beşeri sermaye" kavramını doğrudan kullanmasa da, söz konusu yatırımların bireysel nitelikleri geliştiren ve

[4] Chadwick, İngiltere'de Benthamcılık veya faydacılık olarak bilinen düşünce akımının önde gelen temsilcilerindendi ve 19. yüzyılın ilk yarısında uygulamaya konulan halk sağlığı yasalarından doğrudan etkilenmiştir (Mills, 2014: 2).

dolaylı olarak beşeri sermaye oluşumuna katkı sağlayan yönlerini ortaya koymuştur.[5]

Kenneth J. Arrow'un 1963 tarihli *"Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" (Belirsizlik ve Tıbbi Bakım Refah Ekonomisi)* başlıklı çalışması, sağlık ekonomisi disiplininin ortaya çıkışında dönüm noktası olarak kabul edilmekte ve bu alandaki kurucu metinlerden biri sayılmaktadır (Savedoff, 2004: 139). Muhsin'in katkıları alan için değerli olmakla birlikte, Arrow'un bu makalesi daha geniş bir ilgi uyandırmış ve disiplinin temellerinin atılmasında belirleyici bir rol oynamıştır. Söz konusu makalede Arrow (1963), sağlık piyasasının tam rekabetçi piyasa modellerinden neden ve nasıl saptığını sistematik bir biçimde ortaya koymuştur. Ona göre, bu ayrımın temelinde yatan en önemli faktör, hem hastalıkların ortaya çıkış sıklığındaki hem de tedavi müdahalelerinin sonuçlarındaki kaçınılmaz belirsizliktir. Arrow, bu belirsizlik olgusunu, sağlık hizmetlerini karakterize eden ve piyasa dinamiklerini şekillendiren merkezi bir özellik olarak vurgulamıştır.

Sağlık ekonomisi disiplininin gelişim sürecinde dönüm noktalarından biri, 1969 senesinde Amerika Birleşik Devletleri'nin New Orleans kentinde gerçekleştirilen ilk kapsamlı konferans olmuştur. Söz konusu toplantı, alana yönelik akademik araştırmaların ilerlemesine ve derinleşmesine kayda değer bir ivme kazandırmıştır (Işık, 1997: 19).

Michael Grossman'ın 1972 tarihli *"On the Concept of Health Capital and the Demand for Health" (Sağlık Sermayesi Kavramı ve Sağlık Talebi*) başlıklı çalışması, sağlık ekonomisi disiplininin gelişim sürecine özgün katkılar veren çalışmalardan biri olarak kabul edilmektedir. Grossman, bu çalışmasında sağlık talebine yönelik öncü bir model ortaya koymuş ve bireyin sağlık statüsünü, zaman içinde aşınan ancak yatırımla yenilenebilen dayanıklı bir sermaye stoku olarak kavramsallaştırmıştır. Bu modelde, sağlık; yaşam süresi, eğitim düzeyi, gelir ve mevcut sağlık durumu gibi belirleyici faktörlerin bir üretim sürecini nasıl şekillendirdiği üzerine inşa edilmiştir. Bu çerçevede sağlık, nihai olarak refahı ve üretkenliği artıran diğer mal ve hizmetlerin üretimi için temel bir girdi olarak ele alınmıştır (Grossman, 1972).

Victor Fuchs'un 1975 yılında sağlık ekonomisi alanına yönelik katkıları, disiplinin erken dönem gelişiminde öncü bir rol oynamıştır. Fuchs'un "*Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice" (Kim Yaşayacak? Sağlık, Ekonomi*

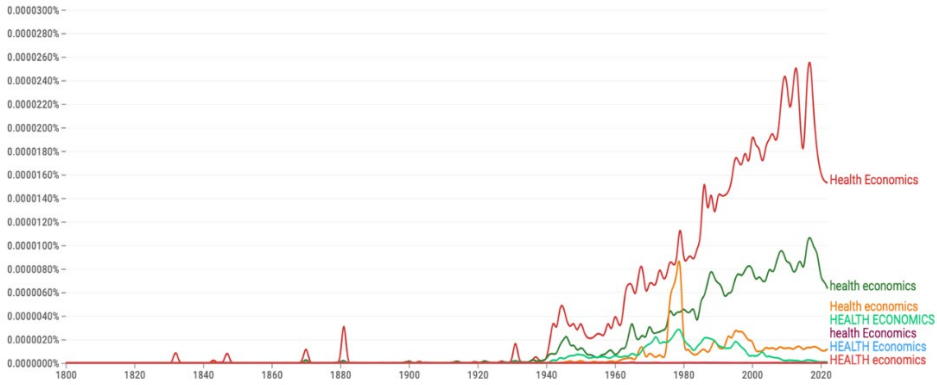
[5] 1950'li yıllara gelinceye kadar, sağlık hizmetleri alanı iktisadi açıdan ağırlıklı olarak bir tüketim kalemi olarak değerlendirilmekteydi. Ne var ki, Mushkin'in analizi, bu yaygın bakış açısını değiştirmiştir. Mushkin, sağlık alanına yapılan yatırımların, bir toplum için uzun vadede önemli ve olumlu sonuçlar doğurduğunu ilk kez sistematik olarak göstermiştir. Bu değerlendirme, sağlık sektörünün ekonomide sadece bir tüketim boyutu olmadığını, aynı zamanda bir üretim faktörü olarak da işlev gördüğüne dikkat çekerek disipline önemli bir katkıda bulunmuştur (Top, 2021:33).

ve Sosyal Seçim) adlı eseri, günümüzde dahi geçerliliğini koruyan ve nihai bir çözüme kavuşturulamamış temel etik ikilemleri tartışmaya açmasıyla dikkat çekmektedir (Jakovljevic ve Ogura, 2016: 2). Söz konusu bu çalışma, sağlık ekonomisine dair akademik söylemi zenginleştirerek mevcut tartışmalara yeni ve derinlikli bir perspektif kazandırmıştır.

1980'li yıllarla birlikte, sağlık ekonomisi literatüründeki araştırma ve yayın hacminde kayda değer bir büyüme gözlemlenmiştir. Bu genişlemenin arkasında, büyük ölçüde, sağlık çıktılarının niceliksel olarak ölçülmesine yönelik metodolojik gelişmeler ve QALY (Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı) ile DALY (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı) gibi standartlaştırılmış ölçütlerin ortaya çıkışı yer almaktadır (Tatar, 2009). Sağlık ekonomisi disiplinindeki dergi unvanını taşıyan *Journal of Health Economics,* 1982 senesinde yayın hayatına başlamıştır.

Grafik 1.1.'de "health economics" teriminin farklı yazım biçimlerinin (büyük-küçük harf kullanımları vb.) tarihsel süreçteki akademik kullanım yoğunluğu gösterilmiştir. Grafik incelendiğinde, bu disipline ilişkin akademik yayınların 1930'larda filizlendiğini, 1950'lerde daha görünür bir hal aldığını ve 1970'lerden sonra ise hacimsel olarak büyüme sergilediğini ortaya koymaktadır (Kara ve Kurutkan, 2019: 23). Sonuç olarak, sağlık ekonomisinin günümüzde ulaştığı olgunluk düzeyi ve bağımsız bir akademik disiplin kimliği kazanması, temelde son yarım asırlık dönemde kaydedilen entelektüel birikimin bir sonucudur.

Grafik 1.1. Sağlık Ekonomisi Teriminin Zaman İçindeki Kullanım Sıklığı, 1850-2022



Kaynak: (Google Ngram Viewer)

2. BÖLÜM SAĞLIK EKONOMİSİNİN BUGÜNÜ

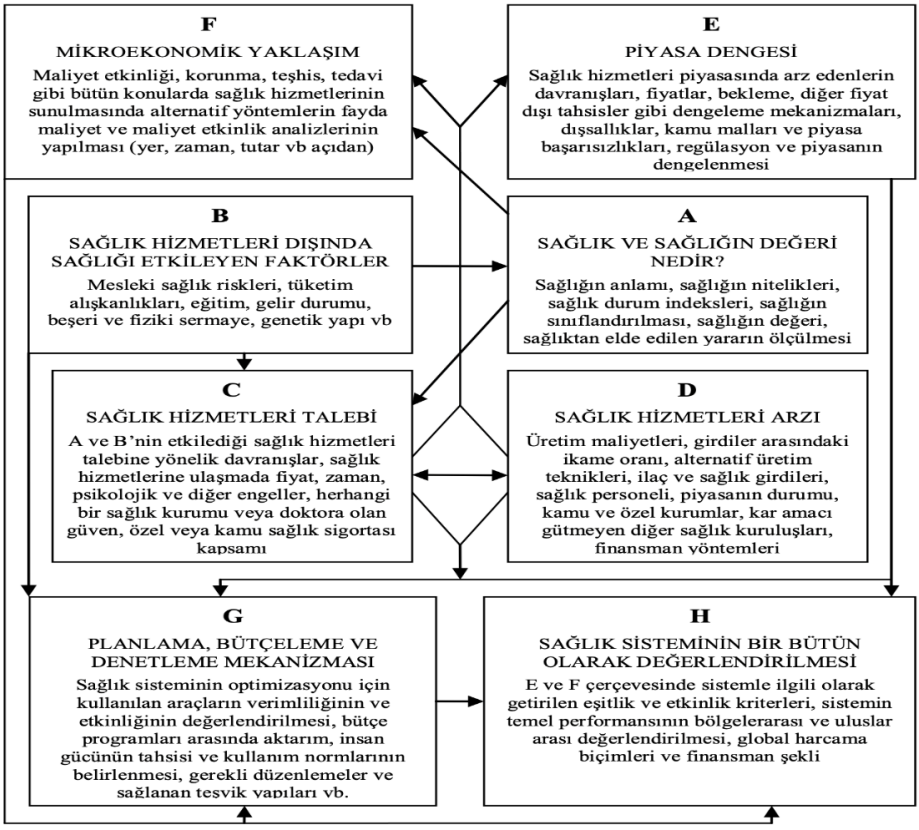
Günümüzde sağlık ekonomisi, kıt kaynakların etkin dağılımı ve sağlık hizmetlerinin verimli sunumu üzerine odaklanan çok boyutlu bir disiplin olarak öne çıkmaktadır. Disiplin, sağlık sistemlerinin yapısı, finansmanı, arz-talep dengesi, maliyet-etkililik ve maliyet-fayda analizleri gibi konuları kapsarken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin eşit ve adil bir biçimde tüm toplum kesimlerine ulaştırılmasını sağlamayı hedeflemektedir. Bu bölümde, sağlık ekonomisinin güncel kapsamı, modern sağlık sistemlerinin karşılaştığı ekonomik ve yapısal zorluklar ile kaynak tahsisi ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan temel ekonomik analiz yöntemleri ele alınacaktır.

2.1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Sağlık ekonomisi, diğer birçok sosyal bilimde olduğu gibi, kesin sınırlarla çevrili bir araştırma sahası değildir. Bu durum, disiplinin hem ekonomik süreçleri hem de sağlık hizmetlerini aynı anda inceleyen kapsamlı yapısından kaynaklanır. Bu bağlamda sağlık ekonomisi; sağlıkta arz ve talep, maliyet-fayda ve etkililik analizleri, finansman ve sigorta modelleri, sağlık piyasası, tedavi maliyetleri, işgücü yönetimi, hastane ekonomisi, kaynak dağılımı, bütçeleme ve sağlıkta eşitlik gibi pek çok konuyu kapsayan çok boyutlu bir alandır (Culyer, 2005: 150-152).

Sağlık ekonomisinin kavramsal çerçevesini ve temel inceleme alanlarını betimlemek için, Alan Williams (1987) tarafından öne sürülen ve Culyer ve Newhouse (2000) ile geliştirilen şematik yaklaşım etkili bir araç olarak kullanılmaktadır. Şekil 2.1'de yer alan bu diyagram, alanın yapısını, bileşenlerini ve aralarındaki ilişkileri göstererek bütünlüklü bir kavrayış sunar (Çalışkan, 2008: 32-33; Tıraş, 2013: 131). Diyagramdaki A, B, C ve D şeklinde kodlanan makine dairesi alanları, sektör dinamiklerini çözümlemek için gerekli temel unsurları ortaya koyarken; E, F, G ve H alanları ise yazındaki başlıca araştırma ve uygulama konularını kavramsal olarak tanımlamaktadır (Culyer ve Newhouse, 2000: 4).

Şekil 2.1. Sağlık Ekonomisinin Akım Şeması



Kaynak: (Culyer ve Newhause, 2000:4)

Culyer ve Newhouse'a (2000: 5-6) göre şemadaki her bir kutunun içeriği şu şekilde açıklanabilir:

Kutu A (Sağlığın Tanımı ve Değeri): "Sağlık" kavramının ne anlama geldiği, refah ile bağı ve ölçüm yöntemleri üzerine odaklanan bu alan, disiplinler arası bir yaklaşım gerektirir.

Kutu B (Sağlık Hizmetleri Dışındaki Etmenler): Genetik yapı, gelir, eğitim, beslenme ve yaşam tarzı gibi sosyo-ekonomik ve çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki belirleyici rolünü inceler ve sağlığı bir "sermaye" olarak ele alır.

Kutu C (Sağlık Hizmetlerine Talep): Sağlık hizmetlerine olan talebin, aslında "sağlığa olan talepten" türetildiği (dolaylı talep) ilkesine dayanır. "İhtiyaç" ve "talep" ayrımı, dışsallıklar ve talebin normatif değeri bu alanda tartışılır.

Kutu D (Sağlık Hizmetleri Arzı): Sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli kaynakların, maliyetlerin, üretim süreçlerinin, sağlık işgücü piyasasının ve finansman modellerinin analiz edildiği bölümdür. Kapsamı hastanelerin ötesine uzanır.

Kutu E (Piyasa Dengesi): Sağlık sektöründeki piyasa koşullarının, özellikle de sağlık sigortası ve hizmet sunumundaki işleyişinin incelendiği alandır. Pozitif ve normatif iktisadi analizleri bir arada kullanır.

Kutu F (Mikroekonomik Değerlendirme): Kaynakların tahsisinde maliyet-fayda, maliyet-etkililik gibi analiz yöntemlerini kullanarak verimliliği ve etkinliği maksimum düzeye çıkarmayı hedefler.

Kutu G (Planlama ve Bütçeleme): Sağlık sisteminin performansını optimize etmek için planlama, bütçe yönetimi, personel yönetimi ve denetim mekanizmaları gibi konulara odaklanır.

Kutu H (Sistem Değerlendirmesi): Sağlık sistemlerinin bütüncül ve karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirildiği en üst düzey analiz alanıdır. Yapısal özellikler, politika analizleri ve performans ölçümü bu kutunun temel konularıdır.

2.2. Sağlık Sistemlerinin Karşılaştığı Güncel Sorunlar

Küresel sağlık sistemleri, ekonomik dalgalanmalar, sosyal dönüşümler ve teknolojik ilerlemelerin ortak etkisiyle giderek karmaşıklaşan ve çok boyutlu sorunlarla mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Küresel sağlık sistemlerinin güncel öncelikleri incelendiğinde; yaşam standartlarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin tasarımı, uygulanması ve denetiminde tüm toplum kesimlerinin gereksinimlerinin gözetilmesi, hakkaniyet ilkesi, çok düzeyli toplumsal katılım, sürdürülebilir finansman modelleri ve birincil sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi temel meseleler öne çıkmaktadır. Öte yandan, etkin bir sevk zinciri mekanizmasının eksikliği, kanıta dayalı tıp prensiplerine uygun standardizasyon yetersizliği, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, aşılama hizmetlerindeki aksaklıklar, birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki entegrasyon sorunları, kronik hastalıkların artan yükü ve önlenebilir kazalar gibi unsurlar, küresel sağlık gündemindeki kritik zorluklar olarak varlığını sürdürmektedir (Çelik, 2019: 50-51)

Küresel sağlık sistemlerinde yaşanan temel zorluklar, ağırlıklı olarak sınırlı kaynaklar, yükselen maliyet eğilimleri ve demografik yapıdaki dönüşümler gibi ekonomik ve sosyo-ekonomik faktörlerden kaynaklanmaktadır. Küresel sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı başlıca güncel sorunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

➔ ***Tıbbi Teknolojideki İlerlemeler****:* Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetleri maliyetlerini çeşitli şekillerde artırmaktadır. Bu durum, hem tedavi giderlerini hem de ileri tıbbi uygulamalara olan talebi yükseltmekte; aynı zamanda Ar-Ge faaliyetleri için daha fazla kaynak ayrılmasını gerektirmektedir. Bunlara ek olarak, yeni tıbbi cihazların temini, bakım masrafları ve bu teknolojileri kullanacak nitelikli personelin eğitimi de sağlık sektöründeki mali yükü artıran diğer unsurlar arasında yer almaktadır (Dumrul, 2022: 17-18).

➔ ***Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Maliyetler:*** Sağlık sektörü, yapısal olarak hizmet faaliyetlerine dayalı olduğundan, bu sektördeki fiyat artışları, genel enflasyon oranını sürekli olarak aşma eğilimindedir (Dumrul, 2022: 19). Bu eğilimi güçlendiren temel etken ise, sağlık hizmet sunumunun vazgeçilmez bileşenleri olan personel, ilaç ve tıbbi sarf malzemesi maliyetlerindeki sürekli artışın (Çelik, 2019: 52), hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları üzerinde yarattığı ciddi finansal baskıdır.

➔ ***Yaşlanan Nüfus ve Kronik Hastalıklarda Artış****:* Küresel sağlık profilinde son yüzyılda yaşanan dönüşüm, bilimsel ilerlemeler ve sosyoekonomik gelişmelerin ortak bir sonucudur. Eğitim, beslenme, altyapı ve tıp alanındaki iyileştirmeler, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede başarı kazanılmasına katkıda bulunmuştur (WHO, 2008; Demirci, 2023: 4). Bunun doğal bir sonucu olarak, başlıca ölüm nedenleri enfeksiyon kaynaklı hastalıklardan, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara kaymıştır (Bennett vd., 2018). Bu demografik ve epidemiyolojik değişim, "epidemiyolojik geçiş" olarak tanımlanmakta olup, yüksek ölüm ve doğum oranlarından, düşük ölüm ve doğum oranlarına, uzun yaşam süresine ve kronik hastalıkların baskınlığına geçişi ifade etmektedir. Bu süreç, modernleşme, refah düzeyinin artması, hijyen koşullarının iyileşmesi ve tıbbi teknolojideki gelişmelerle doğrudan ilişkilidir (Szirmai, 2015: 213).

➔ ***Küresel Sağlık Harcamalarındaki Yükseliş ve Finansman Modelleri:*** Sürekli artan sağlık harcamaları ulusal sağlık sistemleri için giderek daha karmaşık bir sorun haline gelmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talebin belirsizliği ve yüksek maliyetli doğası, bu hizmetlerin finansmanını bireylerin ödeme gücünün ötesine taşımaktadır. Bu belirsizlik ve mali yük, sağlık finansmanı mekanizmalarında devlet veya sigorta kuruluşları gibi üçüncü taraf aktörlerin rolünü zorunlu hâle getirmektedir. Üçüncü taraf ödemelerinin bulunmadığı durumlarda ise, bireylerin gerçek sağlık ihtiyaçlarına oranla sınırlı hizmet alma olasılığı artmaktadır (Tatar, 2011: 105). Bu durum, ülkeleri kendi ekonomik koşullarına uygun finansman modelleri geliştirmeye yönlendirmekte olup, bu kapsamda *Beveridge modeli, Bismarck modeli, özel sağlık sigortası modeli ve cepten ödeme modeli* gibi çeşitli politikalar değerlendirilmektedir.

➔ ***Sağlık Sektöründe Yaşanan Verimsizlik:*** Sağlık alanında verimsizlik, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin temel sorunlarından biridir. Bunun başlıca nedenleri arasında ölçek ekonomisinin göz ardı edilmesi, kurumların kapasite ile talep arasındaki uyumsuzluğu nedeniyle yatırımların etkin kullanılamaması, kaynakların yanlış boyutlandırılması, malzeme ve personel ihtiyacının büyük ölçüde hekimlerin kararına bırakılması, hasta–hekim işbirliğinin zayıf olması ve sağlık sektöründe verimlilik artışının doğası gereği zor olması yer almaktadır (Çelik, 2019: 53).

➔ ***Sağlık Sistemindeki Piyasa Başarısızlıkları ve Erişim Sorunları:*** Sağlık sektörü, diğer alanlardan farklı yapısal özelliklere sahiptir ve bu özellikler piyasa aksaklıklarına neden olmaktadır. Kamusal mallar, dışsallıklar, asimetrik bilgi, belirsizlik ve rekabetin eksik olması gibi faktörler, Pareto etkinliğinin sağlanmasını engellemekte ve devletin hizmet sunumunu düzenleme, finansman sağlama gibi çeşitli şekillerde müdahalesini zorunlu kılmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204; Gül ve Hattapoğlu, 2024:18; Phelps, 2003: 2). Sağlık hizmetlerine erişim üzerinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, etnik yapı, gelir, kültür, sağlık sigortası, politik güç, yasal düzenlemeler, sağlık kuruluşlarının fiziksel varlığı, hizmet çeşitliliği, maliyet ve coğrafi mesafe gibi sosyo-ekonomik ve fiziksel faktörler belirleyici olmaktadır (Gözlü ve Tatlıdil, 2015: 149).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık harcamaları; teknolojik ilerlemeler, pahalı tedavi yöntemlerinin artması, kronik hastalıklardaki yükseliş ve toplumun sağlığa olan ilgisinin artması gibi nedenlerle sürekli olarak artmaktadır (Koç ve Kutlar, 2020: 55). Ancak, yüksek gelirli ülkeler dâhil tüm ülkelerde sağlık sektörüne ayrılabilecek kaynaklar sınırlıdır. Bu durum, hastalıkların ve erken ölümlerin ekonomik maliyetini ön plana çıkarmaktadır. Ayrıca, ekonomik büyümenin yavaşlaması sağlık finansmanına dair sorunları derinleştirmektedir. Tüm bu nedenlerle, sağlık alanındaki kararların kanıta dayalı olması ve kaynak dağılımına ilişkin stratejilerin oluşturulmasında ekonomik değerlendirme yöntemlerinin kullanılması zorunlu hale gelmektedir (Beyhun ve Çilingiroğlu, 2004: 387).

Sağlık ekonomisinde yapılan ekonomik değerlendirme, çeşitli tedavi seçeneklerinin maliyetleri ile klinik sonuçlarını sistematik bir biçimde karşılaştıran bir süreçtir. Hem finansal hem de etkililik verilerini birlikte değerlendirdiği için, bu analiz yöntemi kaynak dağıtım kararlarında kritik bir rol oynar. Bu doğrultuda, ekonomik analizler; yeni sağlık programlarının, tıbbi teknolojilerin veya ilaçların finansmanına ilişkin politikaların belirlenmesinde karar vericiler için rehberlik sağlamaktadır (Gül ve Hattapoğlu, 2025: 23).

Sağlık ekonomisi değerlendirmeleri, genel olarak şu temel sorulara yanıt arar (Çelik, 2019: 272-273):

1- Bir sağlık müdahalesinin veya programının toplam maliyeti ne düzeydedir?
2- Uygulanan hizmetin sağladığı yararlar nelerdir?
3- Kısıtlı kaynaklar dikkate alındığında, bu program diğer seçeneklere kıyasla kaynak tahsisine değer midir?
4- Söz konusu harcamanın fırsat maliyeti de hesaba katıldığında, toplumsal refah üzerindeki net etki kabul edilebilir düzeyde midir?

Günümüzde bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler kaynakların nasıl daha iyi kullanılacağının yollarını aramakta ve bu kapsamda çeşitli reformlar yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli olmasına yönelik yapılan bu reformlar, sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi, sağlık teknolojileri, sağlık hizmetlerinde desantralizasyon, yönetimin iyileştirilmesi, hastaneler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konularında yoğunlaşmaktadır (Çelik, 2019: 313-314).

Günümüz sağlık ekonomisinde, kaynakların optimal dağılımını belirlemek için *maliyet minimizasyon analizi*, *maliyet etkililik analizi*, *maliyet fayda analizi* ve *maliyet yarar analizi* gibi kanıta dayalı ekonomik değerlendirme yöntemleri standart olarak kullanılmaktadır (Gül ve Hattapoğlu, 2025: 24).

❖ ***Maliyet Minimizasyon Analizi:*** Klinik açıdan eşdeğer sonuçlar üreten tedavi alternatifleri arasında en düşük maliyetli seçeneğin belirlenmesini hedefleyen bir ekonomik değerlendirme yöntemidir (Çelik, 2019: 280-281). Bu analizde, önceden gerçekleştirilmiş klinik araştırmalardan elde edilen veriler temel alınmakta ve yalnızca maliyet parametreleri dikkate alınmaktadır (Drummond vd., 2015). Ancak yöntemin önemli bir sınırlılığı, karşılaştırılan tedaviler arasındaki yan etki profilleri, farmakolojik özellikler ve etkinlik düzeyi farklılıkları gibi faktörleri dikkate almamasıdır. Bu metodolojik kısıt, analizin güvenilirliğini olumsuz etkilemekte olup, yöntemin uygulanabilmesi için karşılaştırılan seçeneklerin maliyetlerinin şeffaf ve karşılaştırılabilir olması gerekmektedir (Çınaroğlu, 2021: 352-353). Farmakokinetik ve toksikolojik parametrelerin analize dahil edilmemesi, yöntemin geçerliliğini sınırlandırmakta ve bu durum, günümüzde daha kapsamlı ekonomik değerlendirme tekniklerinin ön plana çıkmasına neden olmaktadır (Briggs & O'Brien, 2001; Özgen & Tatar, 2007).

❖ ***Maliyet Etkililik Analizi:*** Sağlık sektöründeki kıt kaynakların optimal dağılımını destekleyen temel ekonomik değerlendirme araçlarından biridir (Khan, 2016:41). Yöntem, çeşitli sağlık müdahalelerinin veya teknolojilerin finansal maliyetleri ile bunların somut sağlık çıktıları üzerindeki

etkilerini sistematik olarak karşılaştırmayı hedefler (Gafni ve Birch, 2006). Analizin temel varsayımı, değerlendirilen tüm alternatiflerin aynı klinik sonucu ürettiği ve bu sonucun yaşam yılı kazancı veya iyileşmiş hasta günü gibi ölçülebilir parametrelerle ifade edilebileceğidir. Bu çerçevede, birim sağlık çıktısı başına düşen maliyeti temsil eden maliyet-etkililik oranı hesaplanmakta ve bu oranın en düşük olduğu alternatif kaynak tahsisi açısından tercih edilmektedir. Böylece analiz, hem sağlık hizmetleri çıktılarının maksimizasyonuna hem de finansal kaynak kullanımının optimizasyonuna olanak sağlamaktadır (Gül ve Hattapoğlu, 2025:25).

❖ ***Maliyet Fayda Analizi[6]:*** Sağlık ekonomisi alanında önemli bir değerlendirme aracı olup, tedavi alternatiflerinin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sistematik olarak değerlendirerek kaynak tahsisi kararlarına bilimsel destek sağlamaktadır (Çelik, 2019: 285). Bu metodolojide, uygulanacak sağlık programlarının finansal maliyetleri parasal birimlerle ifade edilirken, sağlık çıktıları ise yaşam kalitesini temel alan bileşik ölçütlerle ölçülmektedir. Yöntemi değerli kılan temel özellik, sağlık teknolojileri veya müdahaleleri sonucunda ortaya çıkan yaşam kalitesi değişimlerinin analizin merkezine yerleştirilmesidir (Çalışkan, 2009: 321). Bu kapsamda en yaygın kullanılan ölçüm metriği, hem yaşam süresini hem de yaşam kalitesini bütünleşik bir şekilde değerlendiren Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (QALY) göstergesidir. Maliyet-fayda analizinde, bir sağlık programının marjinal maliyeti ile sağladığı ilave sağlık faydası karşılaştırılmaktadır. Söz konusu fayda ölçümü ise genellikle Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (QALY) veya Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) gibi hem yaşam süresini hem de yaşam kalitesini bütünleşik olarak değerlendiren standart ölçütler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Dewar, 2010: 122). Sonuç olarak, bu yaklaşım sayesinde bireylerin tercihleri doğrultusunda karşılaştırmalı analizler yapılarak, sağlık kaynaklarının en etkin şekilde dağıtılabileceği müdahaleler belirlenebilmektedir (Drummond vd., 2005).

❖ ***Maliyet Yarar Analizi:*** Refah ekonomisi kuramına dayanan maliyet-yarar analizi, hem tarihsel kökenleri hem de uygulama yöntemleri açısından maliyet-etkililik analizinden belirgin şekilde ayrışmaktadır (Hauck vd., 2004: 7). Bu metodoloji, sağlık müdahalelerinin ortaya çıkardığı sonuçların tamamının parasal değerlerle ifade edilerek maliyetlerle karşılaştırılması prensibine dayanır (Balçık ve Şahin, 2013: 122). Tüm girdi ve çıktıların ortak parasal birimlerle ölçülebilmesi, bu yöntemin diğer ekonomik değerlendirme tekniklerine kıyasla

[6] Maliyet-fayda analizi (cost-utility analysis - CUA), Türkçe sağlık ekonomisi yazınında sıklıkla "maliyet-yarar analizi" şeklinde adlandırılmakla birlikte, bu kavramsal karşılık yöntemin teorik içeriğini tam olarak yansıtmamaktadır. Analizin terminolojik çerçevesinde yer alan "fayda" kavramı, basit bir çeviri olmanın ötesinde, bireysel tercihleri ve yaşam kalitesi algılarını niceliksel olarak ölçmeye odaklanan von Neumann-Morgenstern fayda teorisinin kuramsal temellerine dayanmaktadır (Çalışkan, 2009)

daha kapsamlı bir uygulama alanına sahip olmasını sağlamaktadır. Bu niteliği nedeniyle yöntem, kamu yatırım projelerinin değerlendirilmesi, sektörler arası etkinlik analizleri ve kaynak tahsisine yönelik önceliklendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Rabarison ve Bish, 2015). Maliyet-yarar analizinde projelerin değerlendirilmesi, toplam fayda ile toplam maliyet arasındaki farkın hesaplanmasına dayanır; net faydanın pozitif olması projenin uygun olduğunu, negatif olması ise uygun olmadığını göstermektedir. Karar sürecinde ise yarar/maliyet oranı, net bugünkü değer ve iç getiri oranı gibi finansal analiz metrikleri kullanılarak nesnel değerlendirme yapılmaktadır (Çınaroğlu, 2021: 359).

3. BÖLÜM SAĞLIK EKONOMİSİNİN GELECEĞİ

Mevcut dönemde sağlık sistemlerini derinden etkileyen; demografik değişimler, yaşlanan nüfus yapısı, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve teknolojik ilerlemeler, gelecekte de sağlık ekonomisinin yönünü belirleyen temel dinamikler olmaya devam edecektir. Bu gelişmeler, mevcut sağlık altyapıları ve finansman modellerinin artan talebi karşılamakta zorlanmasına yol açmakta ve sağlık sistemlerinin etkinlik ile sürdürülebilirliğini yeniden şekillendirmeyi zorunlu kılmaktadır. Sağlık ekonomisinin geleceğinde, bu durumu dönüştürmek adına dijital teknolojilerin entegrasyonu ve yapay zeka uygulamaları vazgeçilmez bir rol üstlenecektir. Diğer bir ifadeyle gelecekte sağlık ekonomisi, artan talep ve sınırlı kaynaklar arasındaki gerilimi yönetmeye odaklanan dönüşümsel bir perspektifi yansıtacaktır. Bu çerçevede dijitalleşme, yapay zekâ ve ileri veri analitiği gibi yenilikçi teknolojiler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken maliyetleri düşürme ve erişimi genişletme potansiyeli taşımaktadır. Bu bölümde, sağlık ekonomisinin geleceğine yön verecek dijital dönüşüm, yapay zekâ uygulamaları ve sürdürülebilir sağlık stratejileri ele alınarak, sistemlerin verimlilik, eşitlik ve inovasyon odaklı bir vizyon çerçevesinde nasıl şekillendirilebileceği tartışılacaktır.

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Dijital Dönüşüm

Sağlık alanında dijital dönüşüm, sağlık hizmetlerinin sunum, yönetim ve değerlendirilme süreçlerinde dijital teknolojilerin entegrasyonunu ifade etmektedir. Bu kapsamlı değişim; klinik uygulamalardan kamu sağlığı politikalarına, hastane sistemlerinden kişisel sağlık yönetimi uygulamalarına kadar uzanan geniş bir yelpazede yenilikçi yaklaşımlar sunmaktadır. Sağlık sektöründeki dijital entegrasyonun temel bileşenlerini elektronik sağlık kayıt sistemleri, tele-tıp uygulamaları ve mobil sağlık (m-Sağlık) çözümleri oluşturmaktadır (Atalay, 2025: 123-124).

Sağlık alanında dijitalleşme; hizmetlere erişimi kolaylaştırma, teşhis ve tedavide etkinliği artırma ve maliyetleri düşürme potansiyeli taşımaktadır. Ancak bu süreç, veri gizliliği, bilgi güvenliği ve teknolojiye erişimdeki eşitsizlikler açısından bazı riskler barındırmaktadır Dolayısıyla, dijital dönüşüm ve sağlık harcamalarının toplum sağlığı ile refah üzerindeki etkilerinin titizlikle değerlendirilmesi, eşitliği korurken dijitalleşmenin faydalarını en yüksek düzeye çıkarmak açısından kritik önem taşımaktadır (Bocean ve Vărzaru, 2025: 2). Aşağıda, sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin sağlayacağı potansiyel faydalar özetlenmiştir:

- ***Sağlık Profesyonellerinin Yeterlilik Kazanımı:*** Tıp eğitiminde dijital araçların kullanımı, öğrenme ve yetkinlik kazanma süreçlerini dönüştürmektedir. Sanal gerçeklik ve simülasyonlar klinik becerilerin risksiz ortamda geliştirilmesini sağlarken, tele-tıp uygulamaları coğrafi engelleri aşarak hasta iletişimini iyileştirmektedir. Bu durum, sektör ihtiyaçlarına uyum sağlayabilecek nitelikli sağlık profesyonellerinin yetişmesine olanak tanımaktadır (Bocean ve Vărzaru, 2025: 3).
- ***Hasta Yönetiminin ve Bakım Kalitesinin Artırılması:*** E-sağlık uygulamaları, klinik süreçleri destekleyerek sağlık çalışanlarının üzerindeki operasyonel yükü azaltmakta; aynı zamanda tedavi kalitesini ve bakım etkinliğini yükseltmektedir (Reixach vd., 2022). Bu sistemler, acil servis işleyişini rasyonelleştirerek triyaj ve sevk süreçlerini iyileştirmekte, kaynak dağılımını optimize etmekte ve terapötik sonuçları güçlendirmektedir (Numico vd., 2023). Ayrıca, dijital hasta araçları aracılığıyla sağlanan bilgiye erişim imkânı, bireylerin tedavi kararlarına katılımını artırmakta; bu durum da sunulan bakımın niteliğini, hasta özerkliğini ve memnuniyet düzeyini olumlu yönde geliştirmektedir.
- ***Verimlilik ve Maliyet Azaltma Potansiyeli:*** Sağlık sektöründe dijital teknolojiler, operasyonel süreçlerin iyileştirilmesi, maliyet etkinliğinin sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılması açısından stratejik bir rol üstlenmektedir. Elektronik sağlık kayıt sistemleri ve entegre hastane bilgi yönetim platformları, hizmetlerin koordinasyonunu güçlendirerek idari iş yükünü azaltmakta, otomasyona dayalı çözümler ise klinik hizmetlerde insan kaynaklı hataları en aza indirerek verimliliği artırmaktadır (Atalay, 2025: 14-125). Bununla birlikte, bu teknolojilerin uygulanması çalışan direnci, yüksek maliyetler ve altyapı eksiklikleri gibi zorluklar doğurabilmektedir. Ancak uygun planlama ve etkin yönetim ile dijital çözümler, bakım kalitesini geliştirme, operasyonel verimliliği artırma ve maliyetleri düşürme gibi önemli katkılar sağlayabilmektedir. Gelecekte dijital sağlık yatırımlarının artmasıyla birlikte inovasyonun daha fazla önem kazanması ve teknolojik çözümlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yaygın biçimde benimsenmesi beklenmektedir (Ricciardi vd., 2019).

• ***Sürdürülebilirliğe Katkı:*** Sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik ve kalite üzerindeki finansal baskılar, sağlayıcıları dijital teknolojileri benimsemeye ve uygulamalarını sürdürülebilirlik doğrultusunda uyarlamaya yöneltmektedir. Dijital dönüşümle sürdürülebilirliğin birleşimi; maliyetlerin düşürülmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi gibi faydalar sunmaktadır. Bu entegrasyon, kaynakların etkin yönetimi ve kronik hastalıkların takibi ile birlikte, esnek ve dayanıklı sağlık sistemleri oluşturulmasına katkı sağlamaktadır. Teletıp, elektronik sağlık kayıtları ve veri analitiği gibi araçlar, hizmetleri daha verimli ve çevre dostu hale getirirken, uzun vadeli sürdürülebilirlik için kritik rol oynamaktadır. Ayrıca, dijital sağlık uygulamaları özellikle dezavantajlı topluluklarda sağlık hizmetlerine erişimi güçlendirerek başta *(Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam-Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri: 3*) olmak üzere birçok sürdürülebilir kalkınma hedefine ulaşmaya katkıda bulunmaktadır (Bocean ve Vărzaru, 2025: 4).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekâ

Akademik literatürde "Yapay Zekâ" kavramı, ilk kez 1956 yılında Dartmouth'ta gerçekleştirilen bir konferansta John McCarthy'nin önerisiyle, "*akıllı makinelerin tasarımı ve geliştirilmesine odaklanan disiplinlerarası bir çalışma alanı*" şeklinde tanımlanarak ortaya konmuştur (Ahuja, 2019: 1). İlgili kavram, insan zihninin bilişsel süreçlerinin ve bilinç yapısının algoritmik sistemlere aktarılması yoluyla, bilgisayar sistemleri ve robotik platformların insana özgü düşünme ve fiziksel eylem kapasitelerini kazanmasını hedefleyen teknolojik bir paradigmayı temsil etmektedir (Atalay, 2025: 126). OECD ise bu kavramı, insanlar tarafından belirlenmiş açık ya da örtük hedefler doğrultusunda, veri girdilerini işleyerek çeşitli çıktılar (tahminler, içerik üretimi, öneriler veya kararlar) oluşturabilen makine tabanlı yapılar şeklinde tanımlamaktadır. OECD'ye göre üretilen bu çıktılar, hem fiziksel hem de dijital ortamlar üzerinde etkili olabilmekte olup, sistemlerin dağıtım sonrası sergiledikleri otonomi ve uyum kapasiteleri ise önemli farklılık gösterebilmektedir (OECD, 2023:4).

Söz konusu tanımsal ve kuramsal çerçeve, yapay zekânın sağlık hizmetleri alanındaki potansiyel katkılarını kavramsallaştırmak açısından stratejik bir temel oluşturmaktadır. Bu zemin, klinik karar destek mekanizmalarından hasta bakım yönetimine ve kişiselleştirilmiş terapötik modellere kadar uzanan gelecekteki uygulama yelpazesinin analizine olanak tanımaktadır.

Aşağıda, yapay zekâ teknolojilerinin sağlık hizmetlerine entegrasyonu sonucunda ortaya çıkması beklenen temel katkılar sistematik olarak özetlenmiştir:

▪ ***Tıbbi Görüntüleme ve Teşhis:*** Yapay zekâ teknolojileri, bireysel sağlık verileri ve medikal görüntüleme kayıtlarını ileri analitik yöntemlerle işleyerek patolojik tanı süreçlerinin hem hız hem de doğruluk açısından optimize edilmesine katkıda bulunur. Manyetik rezonans (MR), bilgisayarlı tomografi (BT) ve radyografik görüntüler üzerinde derin öğrenme algoritmaları kullanan sistemler, anormal bulguların identifikasyon süresini minimize etmekte ve klinisyenlerin tanısal güvenilirliğini artırmaktadır. Bununla birlikte, robotik cerrahi platformlar ve entegre yapay zekâ çözümleri terapötik sonuçları iyileştirirken, halk sağlığı bilişim sistemleri vasıtasıyla koruyucu hekimlik ve sağlıklı yaşam pratiklerinin yaygınlaştırılmasına da destek sağlamaktadır (Atalay, 2025: 132).

▪ ***Yeni Tedavi Yöntemleri ve Yeni İlaçların Keşfi:*** Yapay zekâ, tedavi sürecinde hastalığın tanısının konulmasının ardından uygulanarak geleneksel yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda hızlı ve hatasız çözümler sunmaktadır. Özellikle cerrahi uygulamalarda yapay zekâ kullanımı dikkat çekmektedir; robotik sistemler ve üç boyutlu görüntüleme ile cerrahın organ, doku ve sinirlere erişimi kolaylaşmakta, uygun açılar sağlanarak işlemler daha güvenli ve hassas bir şekilde gerçekleştirilmektedir (Özdemir ve Bilgin, 2021: 441). Yapay zekâ, yeni ilaçların geliştirilme sürecini hızlandırarak sağlık ekosistemlerine milyarlarca dolarlık tasarruf sağlayabilir. Toronto Üniversitesi tarafından desteklenen bir araştırmada, Ebola virüsüne karşı etkili olabilecek milyonlarca potansiyel ilaç süper bilgisayar tabanlı bir algoritma aracılığıyla değerlendirilmiş; bu yöntem, mevcut tedavilerin geliştirilmesine katkı sağlarken hem maliyet ve zaman tasarrufu sunmakta hem de yaşamların korunmasına destek olmaktadır. Ayrıca, gen tabanlı biyobelirteçlerdeki gelişmeler sayesinde ev cihazlarıyla kısa sürede analiz edilebilen büyük hasta veri setleri, yapay zekâ destekli klinik araştırmaları optimize ederek ilaç maliyetlerini doğrudan etkileyebilir (Khanna vd., 2022: 4).

▪ ***Zaman ve Maliyet Tasarrufu:*** Elektronik sağlık kayıt sistemlerinin uygulanması, ulusal ölçekte tüm sağlık profesyonellerinin hasta verilerine merkezi erişimine olanak tanıyarak, hem hizmet kalitesinde hem de operasyonel verimlilikte kayda değer iyileşmeler sağlamaktadır. Dijital hastane modelleri ise elektronik tıbbi kayıt yönetimi, dijital arşivleme sistemleri, bilişim altyapıları ve tele-danışmanlık hizmetlerini entegre eden bütünleşik bir yönetim yaklaşımını temsil etmektedir. Bu kapsamlı dijitalleşme sayesinde, maliyet optimizasyonu gerçekleştirilirken, hasta verilerinin sayısal ortamlarda saklanması yoluyla zamansal kısıtlamalar da minimize edilmektedir (Oğuzhan, 2022: 140).

▪ ***Kişiselleştirilmiş Sağlık ve Risk Yönetimi:*** Yapay zekâ, bireylerin sağlıkla ilgili daha bilinçli kararlar almasını destekleyebilir. Dünyada pek çok kişi, kalp atış hızı ve uyku düzeni gibi günlük verileri toplamak için giyilebilir cihazlar kullanmaktadır. Bu veriler sayesinde, hastalık riski yüksek kişiler erken tespit

edilip önlem alınabilir ve maliyetler düşürülebilir. Ayrıca, kronik patolojilere sahip hastalar için tasarlanan yapay zekâ destekli dijital çözümler ise hastalık yönetim süreçlerini iyileştirerek yaşam kalitesi artışına ve sağlık sistemleri üzerindeki ekonomik yükün azalmasına yardımcı olmaktadır (Khanna vd., 2022: 3-4).

3.3. Yapay Zekanın Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi

McKinsey & Company'nin "Sağlık Hizmetlerinin Yapay Zekâ ile Dönüşümü" başlıklı raporunda (2020) işaret edildiği üzere, küresel nüfusun yaşlanması ve ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi, sağlık sistemlerini; artan talep baskısı, yükselen inovasyon maliyetleri ve nitelikli sağlık personeli açığı gibi çok boyutlu zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Demografik dönüşüm, hızlanan kentleşme ve küresel bağlantılılığın tetiklediği risk profillerindeki değişim ile birlikte yaşam tarzı alışkanlıklarındaki dönüşüm, kronik hastalıkların prevalansında kayda değer bir artışa neden olmaktadır. Bu eğilimler, gelecekte sağlık hizmetlerine yönelik talebin istikrarlı biçimde büyüyeceğine işaret etmektedir. Yapısal ve dönüşümsel reformlar hayata geçirilmediği takdirde, sağlık sistemlerinin hem mali sürdürülebilirliği koruması hem de bakım kalitesi, erişilebilirlik ve hasta deneyimi standartlarını muhafaza ederek artan talebe yanıt vermesi giderek zorlaşacaktır. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunum süreçlerini hızlandıran ve hasta özerkliğini artırarak temel sağlık bilgileri ile hizmetlere erişimi kolaylaştıran yapay zekâ tabanlı çözümlerin benimsenmesi, sağlık ekonomisi açısından da kritik bir stratejik gereklilik haline gelmektedir (Kocakoç, 2020: 143). Nitekim bu tür uygulamalar, kaynak kullanımında etkinliği artırmakta, maliyetleri düşürmekte ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine katkı sunmaktadır.

SONUÇ

Bu kitap bölümü, sağlık ekonomisi disiplininin kuramsal kökenlerinden başlayıp, günümüzün karmaşık sorunlarına ve geleceğin dijital dönüşüm potansiyeline uzanan kapsamlı bir yol haritasını sunmaya çalışmıştır. Diğer bir ifadeyle ilgili bölüm, tarihsel kökenleri itibarıyla toplum sağlığının ekonomik boyutunu anlamaya yönelik ilk düşünsel yaklaşımlardan, günümüzde karmaşık sağlık sistemlerinin işleyişini analiz eden disiplinlerarası bir alana evrilen sağlık ekonomisinin gelişimini ortaya koymuştur.

Birinci kısımda, ekonomi disiplininin kuramsal temelleri, klasik iktisatçıların zenginlik odaklı yaklaşımlarından başlayarak Robbins'in kıtlık temelli paradigmalarına ve refah ekonomisinden büyüme modellerine uzanan kapsamlı bir düşünsel birikim olarak sunulmuştur. Söz konusu birikim, sağlık

ekonomisinin tanımlanmasında temel dayanak olmuş ve Arrow'un belirsizlik analizleri, Mushkin'in insan sermayesi yaklaşımı ile Grossman'ın sağlık sermayesi modeli disiplinin bağımsız akademik kimlik kazanmasında kilit rol oynamıştır.

İkinci kısımda, Williams'ın şematik yaklaşımı ve Culyer-Newhouse modeli ışığında, sağlık ekonomisinin kapsamlı analiz çerçevesi ortaya konmuştur. Ardından, günümüz sağlık sistemlerinin karşılaştığı sürekli artan maliyetler, sınırlı kaynaklar, yaşlanan nüfusun yükü, piyasa aksaklıkları ve verimsizlik gibi yapısal sorunlar analiz edilmiştir. Bu zorluklar karşısında, politika yapıcıların kanıta dayalı kararlar alabilmesi için ekonomik değerlendirme araçlarının kritik önemi detaylandırılmıştır.

Üçüncü kısımda ise geleceğe dönük öngörüler sunulmuş; dijitalleşme, yapay zekâ ve ileri veri analitiği gibi yenilikçi teknolojilerin sağlık sistemlerini dönüştürme potansiyeli tartışılmıştır.

Sonuç olarak, sağlık ekonomisi geçmişten aldığı birikimle günümüz sorunlarını analiz etme imkânı sunarken, geleceğe yönelik stratejiler geliştirme kapasitesini de içinde barındırmaktadır. Disiplinin temel katkısı, sağlık sistemlerinde etkinlik, adalet ve sürdürülebilirlik ilkeleri çerçevesinde kaynakların en uygun şekilde kullanılmasını sağlamaktır. Bu çerçevede sağlık ekonomisinin hem teorik hem de pratik düzeyde önemi, küresel ölçekte giderek artmakta ve disiplin, sağlık politikalarının şekillendirilmesinde vazgeçilmez bir referans noktası olmaya devam etmektedir.

Sağlık ekonomisinin geleceği, geleneksel iktisat teorileri ile dijital teknolojilerin entegrasyonundan doğan yeni bir ekosistemde şekillenecektir. Bu ekosistemde kaynak tahsisi kararları giderek daha veriye dayalı hale gelecek, kişiselleştirilmiş tıp uygulamaları ön plana çıkacak, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri dönüşecek ve politika yapıcılar için yeni düzenleme alanları ortaya çıkacaktır. Söz konusu dinamik süreçte, sağlık ekonomisi disiplini, küresel sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından vazgeçilmez bir rehber olmayı sürdürecektir. Gelişen teknolojinin yönü doğrultusunda yapay zekânın sağlık alanındaki rolü çeşitlenecek ve bu durum, sağlık ekonomisinin kapsamını ve politika üretme kapasitesini daha da genişletecektir.

KAYNAKÇA

Ahuja, A. S. (2019). The impact of artificial intelligence in medicine on the future role of the physician. *PeerJ, 7*, e7702. https://doi.org/10.7717/peerj.7702

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 53(5), 941–973

Atalay, H.N. (2025). "*Sağlık Sektöründe Dijitalleşme ve Yapay Zeka*", (E.d. Yardımcı, M. C., Çemrek, F. & Kantarcıoğlu, N.), Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi: Modern Bir Perspektif, Bursa: Ekin Yayınevi, 122-149.

Atılgan, E. (2025). *Sağlık Ekonomisi Perspektifinde Dijital Dönüşüm*. Efe Akademi Yayınları.

Backhouse, R. E., & Medema, S. G. (2009). Retrospectives: On the definition of economics. *Journal of Economic Perspectives, 23*(1), 221–233. https://doi.org/10.1257/jep.23.1.221

Balçık, P. Y., & Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 16*(2), 121–134.

Bennett, J. E., Stevens, G. A., Mathers, C. D., Bonita, R., Rehm, J., Kruk, M. E., … Ezzati, M. (2018). NCD Countdown 2030: Worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet, 392*(10152), 1072–1088. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31992-5.

Beyhun, N. E., & Çilingiroğlu, N. (2004). Hastalık maliyeti ve astım. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 52*(4), 386–392.

Bilgili, E., & Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11*(2), 201–228.

Blaug, M. (1998). Where are we now in British health economics? *Health Economics, 7*(S1), S63–S78.

Bocean, C. G., & Vărzaru, A. A. (2025). Health status in the era of digital transformation and sustainable economic development. *BMC Health Services Research, 25*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12498-y

Briggs, A. H., & O'Brien, B. J. (2001). The death of cost-minimization analysis? *Health Economics, 10*(2), 179–184. https://doi.org/10.1002/hec.584

Chadwick, E. (1862). Opening address of the president of Section F (Economic Science and Statistics) of the British Association for the Advancement of Science, at the thirty-second meeting, at Cambridge, in October, 1862. *Journal of the Statistical Society of London, 25*(4), 502–524.

Culyer, A. J. (1981). Health, economics and health economists. In J. Van de Gaag & M. Perlman (Eds.), *Health economics and health economists*. Amsterdam: North-Holland

Culyer, A. J. (2005). *The dictionary of health economics*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). Introduction: The state and scope of health economics. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 1–7). Amsterdam: Elsevier.

Çalışkan, Y. (2009). Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde ekonomik değerlendirme yöntemi olarak maliyet-etkinlik analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14*(2), 311–332.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26*(2), 29–50.

Çelik, Y. (2019). *Sağlık ekonomisi* (4. baskı). Siyasal Kitabevi.

Çelik, Y. (2019). *Sağlık ekonomisi* (4. bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çınaroğlu, S. (2021). Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme. In H. Aslan, E. Ç. Aslan, & M. (Eds.), *Sağlık ekonomisi* (ss. 347–361). Siyasal Kitabevi.

Çıraklı, Ü. (2017). *Ekonomik krizlerin sağlık üzerine etkileri: Türkiye örneği* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

Demirci, Ş. (2023). *Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerinin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü göstergeleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

Dewar, D. M. (2010). *Essentials of health economics*. Jones and Bartlett Publishers.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd ed.). Oxford University Press.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.

Dumrul, Y. (2022). Sağlık harcamalarının belirleyicileri üzerine bir literatür çalışması. Tülüce, N.S. (Eds.), *Sağlık ekonomisi* (ss. 9–32). Çizgi Kitabevi.

Fox, D. M. (1979). From reform to relativism: A history of economists and health care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 57*(3), 297–336.

Friedman, M. (1962). *Price theory: A provisional text*. Chicago: Aldine.

Fuchs, V. R. (1975). *Who shall live? Health, economics, and social choice*. Basic Books.

Gafni, A., & Birch, S. (2006). Incremental cost-effectiveness ratios (ICERs): The silence of the lambda. *Social Science & Medicine, 62*(9), 2091–2100.

Gözlü, M., & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi, 5*(2), 145–165.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.

Gül, S. ve Hattapoğlu, M. (2024). Gül, S. ve Hattapoğlu, M. (2024). "*Sağlık Hizmetlerindeki Piyasa Başarısızlıkları ve Kamu Müdahalesi* ", (E.d. Yardımcı, M. C., Çemrek, F. & Batbaylı, Ş.), Sağlık Ekonomisinde Güncel Konular ve Tartışmalar, Bursa: Ekin Yayınevi, 15-38.

Gül, S. ve Hattapoğlu, M. (2025). "*Sağlık Hizmetleri Sektörü ve Sağlık Ekonomisi*", (E.d. Yardımcı, M. C., Çemrek, F. & Kantarcıoğlu, N.), Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi: Modern Bir Perspektif, Bursa: Ekin Yayınevi, 1-28.

Hauck, K., Smith, P., & Goddard, M. (2004). *The economics of priority setting for health care: A literature review* (HNP Discussion Paper). Washington, DC: The World Bank.

Hussain, T. (2010). Engineering Economics. New Delhi: University Science Press.

Işık, A. (1997). *Sağlık ekonomisi: Finansmanı ve ekonometrik bir analiz çerçevesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Jakovljevic, M., & Ogura, S. (2016). Health economics at the crossroads of centuries: From the past to the future. *Frontiers in Public Health*, 4, 115. https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00115

Kernick, D. P. (2003). Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgraduate Medical Journal, 79*, 147–150.

Khan, I. (2016). *Design & analysis of clinical trials for economic evaluation & reimbursement: An applied approach using SAS & STATA*. Taylor & Francis.

Khanna, N. N., Maindarkar, M. A., Viswanathan, V., Fernandes, J. F. E., Paul, S., Bhagawati, M., … & Suri, J. S. (2022, December). Economics of artificial intelligence in healthcare: Diagnosis vs. treatment. *Healthcare, 10*(12), 2493. https://doi.org/10.3390/healthcare10122493

Kobelt, G. (2002). *Health economics: An introduction to economic evaluation* (No. 000475). London: Office of Health Economics.

Kocakoç, İ.D. (2020). *"Sağlıkta Yapay Zekâ ve Uygulamaları* (E.d. Karacal, M), Sağlık Ekonomisi Makro ve Mikro Yaklaşımlar, Ankara: Gazi Kitapevi, 129-157

Koç, A., & Kutlar, A. (2020). *Hastalıkların ekonomik maliyetleri ve ekonomik etki mekanizmaları*. Ankara: İksad Yayınevi.

Lee, K., & Mills, A. (1983). Developing countries, health, and health economics. In A. Mills & K. Lee (Eds.), *The economics of health in developing countries* (pp. [sayfa aralığı]). Oxford: Oxford University Press.

Marshall, A. (1920). *Principles of political economy* (8th ed.). London: Macmillan.

McKinsey & Company (2020). *Transforming healthcare with AI: The impact on the workforce and organizations*.https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/transforming-healthcare-with-ai#/ Erişim tarihi: 10-09-2025.

Mill, J. S. (1844). *Essays on some unsettled questions of political economy*. London: J. W. Parker.

Mills, A. (2014). Reflections on the development of health economics in low- and middle-income countries. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, 281*(1789), 20140451. https://doi.org/10.1098/rspb.2014.0451

Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., & Spencer, A. (2012). *Economic analysis in healthcare* (2nd ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons

Mushkin, S. J. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports*, 73(9), 785–793.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 70(5, Part 2), 129–157.

Mutlu, A., & Işık, A. K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş* (3. bs.). Ankara: Ekin Basım Yayın Dağıtım.

Numico, G., Ferrua, R., Fea, E., Giamello, J., Colantonio, I., Occelli, M., Vandone, A. M., Vanella, P., Aimar, G., Pisano, C., Parlagreco, E., Persano, I., Milanesio, M., & Ippoliti, R. (2023). Patients with cancer and hospital admissions: Disease trajectory and strategic choices. *BMJ Supportive & Palliative Care, 14*, e1721–e1724. https://doi.org/10.1136/spcare-2023-004574

Ober, W. (1972). Sir William Petty: Medical education, hospitals, and health care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 48*(9), 998–1002.

OECD. (2023). *Explanatory memorandum on the updated OECD definition of an AI system*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/03/explanatory-memorandum-on-the-updated-oecd-definition-of-an-ai-system_3c815e51/623da898-en.pdf Erişim tarihi: 05-09-2025.

Oğuzhan, M. (2022). Sağlıkta Dijitalleşme ve Yapay Zekâ Uygulamaları. Tülüce, N.S. (

Özdemir, L., & Bilgin, A. (2021). Sağlıkta yapay zekânın kullanımı ve etik sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 8*(3), 439–445. https://doi.org/10.54304/SHYD.2021.63325.

Özgen, H., & Tatar, M. (2007). Sağlık sektöründe bir verimlilik değerlendirme tekniği olarak maliyet-etkililik analizi ve Türkiye'de durum. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10*(2), 109–137.

Phelps, C. E. (2003). *Health economics* (3rd ed.). Addison Wesley.

Rabarison, K. M., Bish, C. L., Massoudi, M. S., & Giles, W. H. (2015). Economic evaluation enhances public health decision making. *Frontiers in Public Health, 3,* 164. https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00164.

Rebelo, L. P. (2007). *The origins and the evolution of health economics: A discipline by itself? Led by economists, practitioners or politics?* (Working Paper No. 16). Católica Porto Business School, Universidade Católica Portuguesa.

Reixach, E., Andrés, E., Sallent Ribes, J., Gea-Sánchez, M., Avila López, A., Cruañas, B., González Abad, A., Faura, R., Guitert, M., Romeu, T., et al. (2022). Measuring the digital skills of Catalan health care professionals as a key step toward a strategic training plan: Digital competence test validation study. *Journal of Medical Internet Research, 24*, e38347. https://doi.org/10.2196/38347

Ricciardi, W., Pita Barros, P., Bourek, A., Brouwer, W., Kelsey, T., & Lehtonen, L. (2019). Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). How to govern the digital transformation of health services. *European Journal of Public Health, 29*(Suppl. 3), 7–12. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz165.

Robbins, L. (1932). *An essay on the nature and significance of economic science*. London: Macmillan.

Samuelson, P. A., & Temin, P. (1976). *Economics* (10th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2012). *Health economics: Theories, insights, and industry studies*. USA: Nelson Education, Ltd.

Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the birth of health economics. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 139–140.

Smith, A. (1976). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* (Orijinal çalışma 1776). Oxford: Oxford University Press.

Szirmai, A. (2015). *Socio-economic development* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Tatar, M. (2009). Teorik çerçevesiyle sağlık ekonomisi ve Türkiye'ye ilişkin genel bir değerlendirme. *Sağlık Ekonomisi Dergisi, 1*.

Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi, 1*(1), 103–133.

Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3*(2), 125–152.

Top, A. (2021). Sağlık ekonomisine giriş: Tanım, önem, gereklilik, kapsam ve tarihçe. In H. Aslan, E. Ç. Aslan, & M. [Ed.], *Sağlık ekonomisi* (ss. 17-35). Siyasal Kitapevi

Tosun, C. (2018). *Türkiye'de sağlık harcamalarının belirleyicileri* (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye.

WHO. (2008). *The World health report 2008: Primary health care – Now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). *Health economics* (2nd ed.). Dordrecht, Heidelberg, London, New York: Springer.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE VERİMLİLİK VE ETKİNLİK

Dr. Kadriye ARISOY

1. Giriş

Sağlık harcamaları, ülkemiz kaynaklarının önemli bir bölümünü oluşturmakta ve hızla artmaktadır. Yaşlanan nüfus, sağlık hizmetlerinin artan kişisel kullanımı ve daha fazla tedavi seçeneği ve teşhis imkânı sunan tıbbi gelişmeler gibi faktörler, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına katkıda bulunmuştur. Sağlık kaynakları üzerindeki artan baskılar, politika yapıcıları, yöneticileri ve klinisyenleri sağlık hizmetlerini sunmanın daha verimli yollarını aramaya yöneltmiştir. Sağlık sektöründeki verimlilik iyileştirmeleri, küçük miktarlarda bile olsa, toplum için önemli kaynak tasarrufu veya hizmetlerin genişletilmesini sağlayabilir (Peacock, 2001:1). Sağlık sektörü, tıpkı diğer sektörlerdeki gibi hızla ve sürekli bir biçimde değişim ve gelişim içerisindedir. Söz konusu bu değişim ve gelişim içerisinde sektörün sağlıklı bir biçimde ilerlemesi hiç şüphesiz ki dinamik bir uyum kabiliyetinin ortaya konulması ile yürütülebilinecektir. Dinamik uyum sürecinde ise karşımıza iki önemli kavram çıkmaktadır. Bunlar sağlık sektörü açısından günümüzde giderek önemi artan verimlilik ve etkinlik kavramlarıdır. Günümüzde bu kavramlar birbiriyle sıkça karıştırılan kavramlar olmuştur.

Etkililik, "doğru" şeyleri yapmaktır; örneğin, genel bir hedefe (etkiye) ulaşmak için doğru hedefler belirlemektir. Olağan koşullar altında (laboratuvar gibi kontrollü koşullar altında değil), istenen etkiyi elde etmeyi amaçlayan bir faaliyet, müdahale veya girişim sonucunda planlanan çıktılara, hedeflere veya amaçlara ne ölçüde ulaşıldığıdır. Etkinlik, işleri başarmaktır. İstenilen etkiyi istenen miktarda üretme veya belirli bir hedefe ulaşmada başarı sağlama yeteneğidir. Verimlilik, işleri en ekonomik şekilde yapmaktır. Herhangi bir sistemin çıktısının girdisine oranıdır (iyi girdi/çıktı oranı) (Burches ve Burches, 2020: 2). Bu çalışmada sağlık sektörü ve sağlık ekonomisine genel bir çerçeve sağlanmıştır. Bununla birlikte sağlık sektörü kapsamında verimlilik ve etkinlik kavramları kısaca açıklanarak söz konusu kavramların sağlık sektörü açısından önemi üzerinde tartışılmıştır.

2. Sağlık Sektörüne ve Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış

Sağlıklı olmak konusu hastalığın mevcut olarak bulunmadığı durum olarak kabul edildiği zaman, neyin hastalık olarak sayılacağı veya kişinin hastalık sahibi olup olmadığına kimin ve nasıl karar verileceği soruları da önemli olacaktır. Bu açıdan konuya yaklaşıldığı zaman ise, subjektif ve objektif sağlık kavramlarının tanımlanması gerekmektedir. Subjektif sağlık kavramı bireylerin kendisini nasıl hissettiği ile ilgili bir kavram olarak tanımlanabilir. Kişinin nasıl hissettiği ise, kendisini nasıl gördüğüne mevcut fiziki, zihinsel ve sosyal durumuna göre farklılık gösterecektir. Hastalık sayılabilecek durumların algılanmasında ise, kişilerin gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve toplumda konumu etkili olacaktır. Eğitim seviyesi ve gelir düzeyi seviyesi yüksek kişiler ile bu seviyelerin düşük olduğu kişiler arasında hastalıkların algılanmasında ve değerlendirilmesi farklılıklar söz konusu olacaktır. Özetle eğitim ve gelir seviyesi yüksek kişilerin hastalık olarak değerlendireceği durumlar düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerde normal bir durum olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte gelir düzeyi ve eğitim seviyesi dışında hastalıkların algılanması ve değerlendirilmesinde, beslenme alışkanları, çevre koşulları, yaşam biçimleri, toplumsal statüde etkili olmaktadır. Tüm bu seviyelerde yükseliş ve konumların iyilik seviyesi (Ulutürk, 2015: 49). Toplumların ve buna bağlı olarak bireylerin sağlıklı olabilmesi ve sürekliliğinin sağlanabilmesi açısından sağlık hizmetlerinin üretimi büyük önem teşkil etmektedir. Toplumların gelişmişlik seviyeleri ile sağlık hizmetlerinin gelişimi paralellik sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bireylerle birlikte toplumların sağlık bakış açıları kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişmektedir. Bu durum ise sağlık hizmetlerinin çeşitliliğini ve kapsamını etkilemektedir. Günümüzde tıbbi tedavi süreçlerini de içeren bununla birlikte bilimsel kriterleri kılavuz alan batı tipi sağlık hizmetleri anlayışı yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunun dışında ise, bitkisel ve metafizik kürler gibi yöntemler şekilde görülebilen, şifacılık şeklinde uygulanan ve ağırlıklı olarak Doğu (Çin, Asya) tıbbı ya da "alternatif tıp" olarak bilinen anlayışlarda söz konusudur. Ancak bilimsel bulgulara ve neden sonuç ilişkisine dayanan, genel kabul görmüş ve Türkiye'de de yaygın olarak kullanılan batı tipi anlayışı kapsayan sağlık hizmetleri politikaları ve uygulamalarıdır (Altay, 2007: 34).

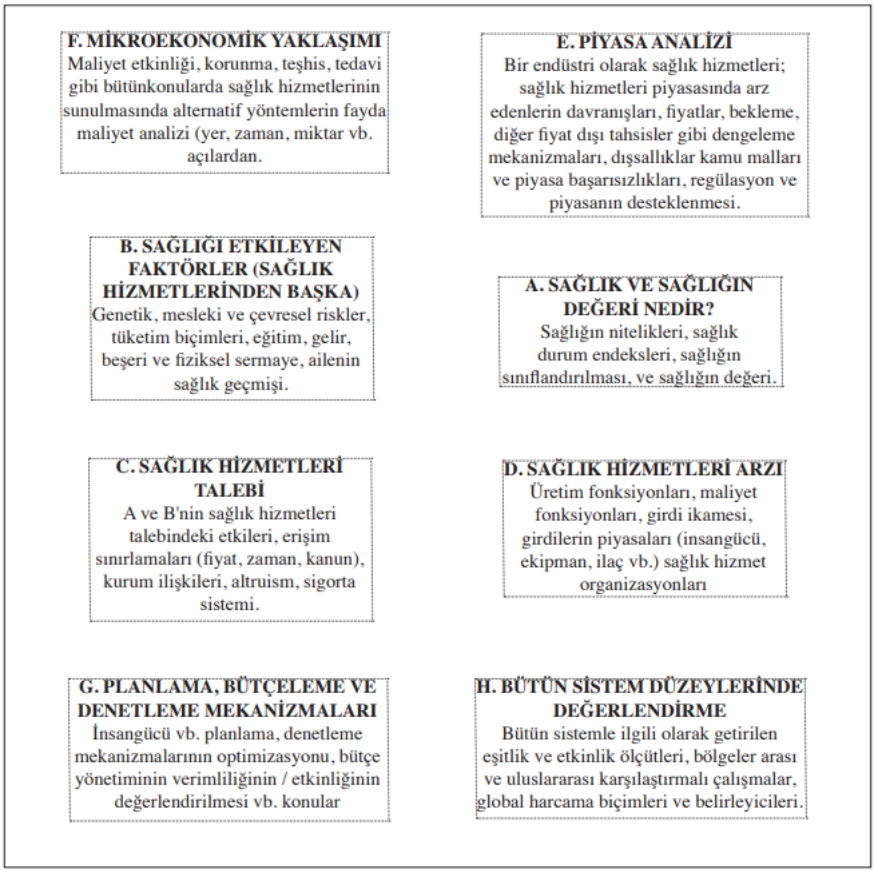
Sağlık sektörü kapsamında sektöre yön veren sağlık kurumları, belirsizliğin son derece fazla olduğu sistemlerdir. Sağlık sektörü içerisinde söz konusu kurumların mevcut durumlarını analiz ederek iç çevre analizi ve dış çevre analizi yaparak gelecek fırsatları yakalamaları ve tehditleri bertaraf etmeleri sektör açısından önem taşımaktadır. Ayrıca rekabet üstünlüğünü elinde tutup stratejilerini gerçekleştirmek isteyen sağlık kurumları, kendi dış çevresindeki fırsat

ve tehditleri değerlendirebilmenin yanında kendi üstün ve zayıf yönlerini de değerlendirebilmesi gerekir (Sonğur, 2013: 71).

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimi içerisinde kullanılan analizlerin ve tekniklerin, sağlık sektörüne uyarlanması ile sağlık hizmetlerinin ekonomik analizinin yapılmasına yardımcı olmaktadır. Esas itibariyle sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki, sağlık hizmetlerinin ekonomik analizlerden faydalanılarak, toplumsal refah düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Sağlık ekonomisi alanında ilk geniş kapsamlı olarak değerlendirilebilecek çalışma, Kenneth Arrow'un 1963 yılındaki "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" çalışması olmuştur. Önceleri sağlık ve ekonomi arasında kurulan bağlantı, sistematik olmaktan çok, ekonomik analiz tekniklerinin sağlık verileri üzerinde uygulanması şeklinde değerlendirilmiştir. Bu sebeple sağlık ekonomisine ilişkin ilk kapsamlı çalışma Arrow'un çalışması olarak kabul edilmektedir (Çoban, 2009: xviii). Refah rejimlerinin yarattığı toplumsal konsensüste çok önemli katkısı olan sağlık politikalarında, 1980'li yıllarla birlikte bir değişme başladığı, hemen hemen bütün araştırmacıların kabul ettiği bir konu olmuştur. Özellikle küreselleşmenin yarattığı baskı, hükümetleri ve politika yapıcıları sağlık hizmetleri alanında yeni politikalar üretmeye zorlamıştır. IMF ve DB tarafından desteklenen reform hareketlerinin esasını, önceleri devletin otokontrolünde sunulan hizmetlerin, küresel sermayeye fayda sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesi oluşturmaktadır. Bu açıdan, gelişmekte olan ülkelere sağlık reformları uygulamaları karşılığında tahsis edilen fonlar, bu kurumlara meşru bir müdahale zeminine olanak sağlamıştır (Günaydın, 2011:359).

Sağlık ekonomisi; sağlık hizmetleri alanındaki yasal düzenlemeleri, insan ve toplum sağlığı düzenlemelerinin iktisadi sonuçlarını, sağlık politikalarının belirlenmesi ve sonuçlarının ortaya konmasını, sağlık alanında kaynakların etkin kullanımını, ortaya konulan hizmetlerin sürekliliğinin ve yaygınlığının sağlanmasını, elde edilen faydaların artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebinin; yönetim, organizasyon ve insan gücü boyutuyla yeniden yapılandırılmasını ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tamamını kapsamaktadır. Özetle sağlık ekonomisi, sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik tüm faaliyetleri içine almaktadır. Bu nedenle sağlık ekonomisinin içeriği, işleyişi, konusu ve uygulamadaki sonuçlarının neler olduğu büyük önem arz etmektedir (Tıraş, 2013: 126).

Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Genel Çerçevesi



Kaynak: Clermeus, S.C., 2019: 9, akt. Akyol vd., 2022:184.

3. Sağlık Sektöründe Verimlilik Kavramı

Verimlilik kavramı en genel ifadeyle üretim sürecindeki girdilerle bu sürecin sonunda elde edilen çıktılar arasındaki ilişkiyi tanımlar. Verimlilik savurganlıktan kaçınarak kaynakları en iyi şekilde değerlendirerek üretmek anlamına gelir (Yükçü ve Atağan, 2009: 4). Verimlilik, farklı kişi ve disiplinler için farklı anlamlara gelse de temelde, üretilen mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesi ile bunları üretmek için kullanılan kaynaklar arasındaki ilişkidir (Dikmetaş,2008:1). Özetle verimlilik kaynakların en etkili şekilde kullanılarak israfın en aza indirilmesi şeklinde anlamlandırılabilir.

Dünya üzerinde genç nüfusun azalması, teknoloji tarafındaki gelişmeler, tüketicilerin daha bilinçli hale gelmesi ve dolayısıyla kaliteli hizmet arayışındaki

artış gibi çeşitli faktörler neticesinde sağlık hizmetleri maliyetlerinde artış yaşanmaktadır. Söz konusu bu maliyet artışı sınırlı olan kaynaklar üzerindeki baskıyı da artırmaktadır. Dolayısıyla uzun yıllardır sağlık ekonomisinin temel sorusu olan " sınırlı olan kaynaklarımızı sınırsız olan ihtiyaçlar karşında nasıl verimli olarak kullanabiliriz" sorusuna verilen cevaplarla birlikte kullanılan yöntemlerde değişmiş ve gelişmiştir (Kumru ve Özatkan, 2023: 18).

Sağlık sektörü, bir hizmet alanı içerisinde, bir yandan toplumu ve bireylerin yaşamını doğrudan ilgilendirmekte, diğer yandan emek faktörünün kalitesi bakımından istihdam, üretim ve yatırım aracılığıyla ekonomik performansı etkilemektedir. Dolayısıyla dolaylı ya da doğrudan etkileri içerisinde barındıran sağlık sektörü içerisinde özellikle hastanelerin verimlilik analizlerinin yapılması büyük önem taşımaktadır. Zira başta devlet hastaneleri olmak üzere, kamu kaynağının tüketimi de söz konusu olmaktadır. Söz konusu bu kaynağın ne derecede verimli kullandıklarının tespit edilmesi başlıca sağlık politikasının belirlenmesine de katkı sağlayacaktır (Bayraktutan ve Pehlivanoğlu, 2012:128). Sağlık alanının verimliliğini ölçmek, önemli iki grup riski içeren zorlu bir süreçtir. Birincisi sağlık sisteminin verimsizliğini tespit etme süreci ve söz konusu verimsizliği ortadan kaldırmanın yollarını bulma konusunda şüphecilik geliştirme. İkincisi ise sistemin yüksek verimli alanlarında harcamaları verimsiz bir şekilde azaltabilecek yanlış belirlenmiş stratejileri tespit etmektir. Tüm bunlarla birlikte verimlilik, sadece sağlık hizmetlerinde değil, ayrıca ekonomide de, ulusal liderlerin finansal istikrarı sağlamada, uzun vadeli ekonomik sürdürülebilirliği esas kılmada ve rekabet gücünü artırmaları açısından önemlidir (Gavurova vd., 2019:2).

Genel olarak, verimliliği ölçmek şu üç aşamayı içermektedir:

- İlgili model değişkenlerinin belirlenmesi;
- Bu değişkenleri içeren bir verimlilik ölçüsünün formülüze edilmesi ve
- Bu değişkenleri temsil eden verileri elde ederek verimlilik ölçüsünün hesaplanması. İlk aşama, teknolojik ve davranışsal özellikleri ve üreticilerin performans yeteneğini etkileyen faktörler de dahil olmak üzere üretim sürecinin kavramsal olarak anlaşılmasına dayanır. İkinci aşama için, uygun bir değerlendirme tekniğinin seçimi, sağlam ve bilgilendirici verimlilik tahminleri üretme ve analiz edilen üretim sürecinin özelliklerine uyum sağlama yeteneğine dayanır. Üçüncü aşama, iyi tanımlanmış, doğru ve verimlilik ölçüsünün altında yatan kavramsal çerçeveyle tutarlı verilerin toplanmasını gerektirir. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin ayırt edici özellikleri, sağlık sektöründe verimlilik ölçümünün çeşitli görevlerini karmaşıklaştırır. Bu özelliklerden bazıları hizmet üretiminin soyut doğasını yansıtır. Diğerleri ise sağlık

ihtiyaçlarının karmaşık belirleyicileri, hizmet sağlayıcılar ve alıcılar arasındaki ilişki ve bakım prosedürlerinin seçimini etkileyen faktörlerle ilgilidir (Peacock, 2001:9). Sağlık sektörü içerisinde özellikle hastane işletmelerinde en çok kullanılan verimlilik analiz yöntemleri ise; en çok regresyon analizi, oran analizi ve veri zarflama analizidir (Karaman vd., 2019: 163).

Dünya üzerinde neredeyse bütün ülkelerin en temel sorunlarından biri artan nüfusa karşılık gelen kaynakların sınırlı olmasıdır. Bu nedenle sınırlı olan kaynakları en etkin şekilde kullanarak maksimum faydayı elde etmek oldukça önemli hale gelmektedir. Kaynakların etkin kullanabilmesi ise verimlilik düzeyini belirlemektedir. Tıpkı diğer sektörlerde olduğu verimlilik sağlık sektörü açısından da üzerinde dikkatle düşünülmesi gereken konulardan biridir. Bilindiği gibi sektörün önemli temsilcileri olan hastanelerin yüksek girdi maliyetleri bulunmaktadır. Öte yandan sağlık sektörü piyasasında da yoğun bir rekabet yaşanmaktadır. Bu rekabet ortamı içerisinde ise hastanelerin ayakta kalabilmeleri maliyetlerini azaltmalarına ve daha fazla çıktı elde etmelerine bağlıdır. Söz konusu rekabet ortamı içerisinde hastanelerin verimlilik düzeyleri tespit edilmeli, etkin sınırın altında kalmaları durumunda azaltılması gereken girdi değişkenleri ve artırmaları gereken çıktı değişkenlerinin miktarları belirlenmelidir. (Şenol ve Gençtürk, 2017: 267).

4. Sağlık Sektöründe Etkinlik Kavramı

Etkinlik, en genel anlamıyla belirli bir amacın gerçekleştirilebilme derecesi olarak kabul edilir ve bunun sonucunda elde edilen çıktının değerini yansıtır. Etkinlik, kuruluşun belirlenen amaçlarına ve hedeflerine ne ölçüde ulaşabildiğini açıklayan bir kavramdır. Bununla birlikte etkinlik, doğru şeyleri doğru zamanda yapmakla ilgili de bir kavramdır. Başka bir ifadeyle, kuruluşun stratejik hedeflerine uygun faaliyetler gerçekleştirmesi ve söz konusu hedeflere ulaşmadaki başarısı etkinliğin temelini oluşturmaktadır. Etkinlik, yalnızca kaynak kullanımını değil, bunula birlikte yapılan faaliyetin amaca hizmet edip etmediğini de değerlendirmektedir. Örneğin, bir pazarlama kampanyasının yüksek maliyetlerle birçok kişiye ulaşması verimli olabilir ancak söz konusu bu kişilerin önemli bir kısmı hedef kitleyi oluşturmuyorsa, bu kampanyanın etkinliği söz konusu olmayacaktır. Benzer şekilde, bir kamu kurumunun bütçesini aşmadan çok sayıda hizmet sağlaması verimli olabilir ancak bu hizmetler vatandaşların gerçek ihtiyaçlarını karşılamıyorsa, kurumun faaliyelerinin etkinliği yine olmayacaktır (Özbek, 2025: 10).

İktisatta etkinlik ölçümü ekonomideki genel durumun tespiti ve projeksiyon yapma aracı olarak da ele kullanılmakta, nihai mal ve hizmetler ile

genel refah düzeyi arasında ilişki kurularak bir ekonominin rekabet edebilme gücü de değerlendirilmektedir (Temür, 2010: 8). Etkinlik, genel olarak çıktının girdiye oranlanması ile sayısal olarak formüle edilebilir. Bu formül, etkinliğin temel formülüdür ve formül sonucu ne kadar yüksek çıkarsa karar biriminin o kadar etkin çalışmakta olduğu söylenebilir. Ancak söz konusu bu formülde yalnızca bir girdi ve bir çıktı yer almaktadır. Öte yandan sağlık hizmetlerinin üretiminde ise birden fazla girdi ve çıktı yer aldığı için söz konusu yapının daha kompleks olması gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin etkinlik ölçümünde çok sayıda girdi ve çıktı değişkeni kullanabilen yöntemler kullanılması gerekmektedir (Beylik vd., 2015: 204).

Performans değerlendirmede sıklıkla kullanılan kavramlardan biri etkinliktir. Etkinlik (efficiency) esasen en az çaba ya da harcama ile en fazla çıktının elde edilmesidir. İşletme terminolojisi açısından ise işletmenin amaçlarını gerçekleştirme oranı olarak da tanımlanabilir. İşletmelerin etkinliklerini ölçmede sıklıkla kullanılan teknik ise Veri Zarflama Analizi (VZA)'dir. VZA, doğrusal programlama prensiplerine dayanan bir teknik olup karar birimlerinin (KB) yani girdiyi çıktıya dönüştürmekten sorumlu birimlerin, göreli etkinliğini ölçmek için tasarlanmış bir tekniktir. VZA tekniğini kullanarak hastanelerin, okulların, askeri birliklerin, bankaların, spor takımlarının, süpermarketlerin vb. benzer organizasyonların veya bölümlerin etkinliği ölçülebilmektedir (Atmaca vd., 2012:136).

Türkiye'de sağlık sektörü etkinlik ölçümünde bir milat olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payı ciddi oranda artmış ve bu durum sağlık kurumları arasındaki rekabeti şiddetlendirmiştir. Dolayısıyla sağlık kurumlarının hem kısa vadede olumlu sonuçlar elde edebilmesi, hem de uzun vadede sürdürülebilirliği sağlayabilmesi için etkinliklerini sürekli olarak ölçmeleri ve izlemeleri önem arz etmektedir (Yılmaz ve Şenel, 2019: 68).

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde yaşanan teknolojik ve bilimsel gelişmelerin sonucunda birim başına maliyetlerde de artış yaşanmıştır. Bu durum ise akabinde sağlık sektöründe verimlilik ve etkinlik kavramlarının önem kazanmasına neden olmuştur.

Verimlilik ve etkinlik kavramları, birbiriyle ilişkili ve sıklıkla karıştırılan iki kavramdır. En genel ifade ile verimlilik kaynakların kullanımının optimizasyonunu açıklarken diğer taraftan etkinlik ise kuruluşların amaçlarına ulaşma derecesini ifade etmektedir.

Sağlık sektöründe verimlilik konusu, sağlık hizmeti performansının en çok tartışılan boyutlarından birisidir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, sağlık sistemine girdi olarak sağlanan harcama ve diğer kaynakların, sağlık sistemi hedeflerini güvence altına almak için ne ölçüde kullanıldığını göstermeyi amaçlamaktadır. Sağlık sektörü başta olmak üzere diğer pek çok sektörde , tüketici tercihleri en değerli çıktıların piyasa fiyatlarında üretilmesini sağlamaya yardımcı olur. Ancak sağlık sektöründe, geleneksel piyasa mekanizmalarının çalışamayacağı ve herhangi bir politika eylemi gerçekleştirilmediği takdirde düşük kaliteli hizmetin yüksek fiyatlarda devam etmesine yol açan çok sayıda, iyi bilinen piyasa başarısızlığı bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık sektörü açısından verimliliği ölçmek ve analiz etmek daha önemli hale gelmektedir. Sağlık sektöründe verimlilik analizi kapsamında ise iki temel soru önem taşımaktadır. Birincisi, sağlık sektörünün çıktıları nasıl tanımlanmalıdır?, diğer soru ise, söz konusu bu çıktılara ne gibi bir değer atfedilmelidir?.

Sağlık hizmetlerinde etkinlik, istenen sağlık hizmeti sonuçlarına ulaşma ve hasta ihtiyaçlarını karşılayan yüksek kaliteli bakım sunma becerisini ifade eder. Diğer bir ifade ile amaçlara ulaşabilme becerisini tanımlar.

Verimlilik ve etkinlik, kaynak kullanımını optimize ederken yüksek kaliteli hizmet sunmaya çalışan sağlık kuruluşları için vazgeçilmez unsurlardır. Sağlık kuruluşları, süreçleri kolaylaştırarak, kaynakları etkin bir şekilde tahsis ederek, kanıta dayalı uygulamaları benimseyerek ve hastaları merkeze alarak verimlilik ve etkinlik arasında bir denge kurabilirler. Bu denge, sağlık hizmeti sunumunu dönüştürerek sonuçlarda iyileşme, memnuniyette artış ve sürdürülebilir kurumsal başarıya yol açma potansiyeline sahiptir.

KAYNAKÇA

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.

Akyol, B., ve Haykır, H. (2022). Sağlık Ekonomisi Üzerine Güncel Bir Derleme Çalışması, *Journal of Business and Communication Studies,* 1(2), 179-192.

Atmaca, E., Turan, F., Kartal, G., Çiğdem, E. S. (2012). Ankara ili özel hastanelerinin veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 16(2), 135-153.

Bayraktutan, Y., ve Pehlivanoğlu, F. (2012). Sağlık işletmelerinde etkinlik analizi: Kocaeli örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* (23), 127-162.

Beylik, U., Kayral, İ. H., & Naldöken, Ü. (2015). Sağlik Hizmet Etkinliği Açisindan Kamu Hastane Birlikleri Performans Analizi. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *39*(2), 203-224.

Burches, E., ve Burches, M. (2020). Efficacy, effectiveness and efficiency in the health care: the need for an agreement to clarify its meaning. Int Arch Public Health Community Med, 4(1), 1-3.

Clermeus S. C. (2019). Türkiye ve Haiti'de sağlık ekonomisi: Bir karşılaştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi.

Dikmetaş, E. (2008). Sağlık kurumlarında verimlilik ve veri zarflama analizi. *Verimlilik Dergisi*, (1), 55-77.

Gavurova, B., Kocisova, K., & Sopko, J. (2021). Health system efficiency in OECD countries: dynamic network DEA approach. *Health Economics Review*, *11*(1), 40.

Günaydın, D. (2011). Sağlik Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşimlari. In *Journal of Social Policy Conferences* ,60, 323-365. Istanbul University.

Karaman, M., Karatepe, H. K., & Kuşcu, F. N. (2019). Sağlık işletmelerinde performans değerlendirme ve ölçme yöntemleri hakkında bir derleme çalışması. *Yönetim Ekonomi Edebiyat İslami ve Politik Bilimler Dergisi*, 4(1), 153-171.

Kumru, S., ve Özatkan, Y. (2023). Hastanelerde Verimlilik Yönetimi, *İksad Yayınevi.*18-45.

Özbek, Ö.E. (2025). Bankacılık Sektörünün Etkinlik Analizi: VZA ve TOBIT Yöntemleri ile Türkiye Uygulaması, Başkent Üniversitesi, Doktora Tezi.

Peacock, S., Chan, C., Mangolini, M., & Johansen, D. (2001). Techniques for measuring efficiency in health services. Productivity Commission: Staff Working Paper.

Ulutürk, S. (2015). Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: Türkiye örneği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, (603), 47-63.

Sonğur, C., Top, M., & Tekingündüz, S. (2013). Sağlık Sektöründe GZFT (Güçlü-Zayıf Yönler-Fırsatlar-Tehditler) Analizi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, *5*(1), 69-99.

Şenol, O., ve Gençtürk, M. (2017). Veri zarflama analiziyle kamu hastaneleri birliklerinde verimlilik analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (29), 265-286.

Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *3*(2), 125-152.

Temur, Y. (2010). İllerin gelişmişlik derecelerine göre hastanelerin etkinlik analizi, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1-22.

Yılmaz, F., ve Şenel, İ. K. (2019). Sağlık Kurumlarının Veri Zarflama Analizi İle Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvence*, (15), 63-88.

Yükçü, S, ve Gülşah Atağan. "Etkinlik, Etkililik Ve Verimlilik Kavramlarinin Yarattiği Karişiklik." *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 23.4 (2009): 1-13.

DİJİTAL SAĞLIK EKONOMİSİ

Ayşe ERYER[1]

1.Giriş

Sağlık hizmetleri, her birey için vazgeçilmez temel ihtiyaçlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde sağlık, kişinin fiziksel varlığını sürdürebilmesi için en alt basamakta yer alan bir etmendir. İktisadi ve sosyo-kültürel açıdan çeşitlilik gösteren, bütüncül bir hizmet alanı olarak bilinmektedir. Bu alanda hizmet alan kitlenin (hasta ya da potansiyel hasta) eriştiği hizmetin kalitesi, maliyeti ve ulaşılabilirliği, günümüzde en hızlı gelişen başlıca konular arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri artık küresel bir pazarı temsil etmekte olup, ülkelerin yalnızca iç dinamikleriyle ele alabilecekleri bir alan olmaktan çıkmıştır. Bilhassa Covid -19 küresel sağlık krizi gibi tüm dünyayı etkileyen kriz dönemlerinde, sağlıkta açıklık, etkili iletişim ve dijitalleşmenin ne denli kritik olduğu açıkça ortaya çıkmıştır (Akalın ve Veranyurt, 2020).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin ivme kazanmasıyla birlikte, sağlık sektöründe de önemli dönüşümler yaşanmıştır. Bu dönüşümlerden biri de dijitalleşme olarak bilinmektedir. Dijitalleşme kavramı; mevcut verilerin bilgisayar, akıllı telefon, tablet gibi teknolojik cihazlar aracılığıyla algılanabilir, düzenlenebilir ve çeşitli iş süreçlerinde kullanılabilir hale getirilerek dijital ortama dönüştürülmesi süreci olarak tanımlanabilir (Üzmez ve Büyükmeşe, 2021). Sağlık hizmetlerinin tüm bileşenlerinin dijital sistemler aracılığıyla kodlanarak yapılandırılması, "sağlıkta dijitalleşme" kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Diğer sektörlerle kıyaslandığında, sağlık sektörü teknolojik dönüşüm süreçlerine geç entegre olmuş bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sektörünün dijital dönüşüme geç entegre olmasının nedenlerinden biri olarak toplum genelinde teknoloji okuryazarlığının yeteri kadar gelişmemiş olması gösterilmektedir. Ancak "Dördüncü Sanayi Devrimi" ya da diğer adıyla Endüstri 4.0 ile birlikte dijital okuryazarlık önemli ölçüde artmış, aynı zamanda nüfusun büyümesi ve değişen çalışma koşulları, sağlık sistemlerinin bu dönüşüme daha hızlı uyum sağlamasını zorunlu kılmıştır.

Dijitalleşmeyle birlikte sağlık sektörüne entegre edilen nesnelerin interneti (IoT), giyilebilir teknolojiler, büyük veri analitiği ve yapay zekâ gibi yenilikçi araçlar, sağlık hizmetlerinin daha güvenilir, hızlı, maliyet açısından daha etkin ve

[1] Dr., Bağımsız Araştırmacı, ayse_zabn46@hotmail.com, https://orcid.org/0000-0002-6556-1605

erişilebilir hale gelmesini sağlamıştır. Bunun yanı sıra, üç boyutlu yazıcılar, robot destekli cerrahi sistemler ve internet tabanlı iletişim araçları, sağlık hizmet sunum biçimlerini köklü bir şekilde dönüştürmüştür (Tezcan, 2018).

Yeni teknolojiler sayesinde hastalıkların teşhis süreçleri hızlanmış, tedavi yöntemleri daha etkili ve çabuk hale gelmiş, sağlık sistemlerinin hizmet kapasitesi ise önemli ölçüde artmıştır. Bu süreçte yoğun miktarda veri üretilmekte; bu veriler toplanarak analiz edilmekte ve daha önce mümkün olmayan tanı ve tedavi seçeneklerinin geliştirilmesine olanak sağlamaktadır.

Dijitalleşme yalnızca sağlık yönetiminde verimliliği artırmakla sınırlı kalmamakta; aynı zamanda hizmet kalitesini yükseltmekte, sağlık kaynaklarının (personel zamanı, altyapı, ilaç vb.) daha etkin kullanılmasını ve maliyetlerin düşürülmesini mümkün kılmaktadır. Böylece elde edilen tasarruflar, daha geniş kitlelere nitelikli sağlık hizmeti sunmanın önünü açmaktadır (Özcan, 2024).

Sağlık hizmetleri sektörü, bireyin ve toplumun refah seviyesini doğrudan etkileyen stratejik bir alan olup, dijitalleşme süreci tüm alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da köklü değişimlerin öncüsü haline gelmiştir. Son yıllarda yaşanan ve küresel sağlık krizi olarak bilinen Covid -19 pandemisinde dijital sağlık teknoloji uygulamalarının ne kadar destekleyici olduğu açık bir şekilde tüm dünyada hissedilmiştir. Dijital sağlık uygulamaları hem bireysel anlamda sağlık hizmetlerin etkinliğini ve verimli olmasını sağlamakta, aynı zamanda da sağlık hizmetleri sistemlerinin olası krizlere karşı dayanıklı hale gelmesinde yardımcı olmaktadır. Nüfusun artması, kronik hastalıkların çoğalması, sağlık personeli açığının olması gibi sağlık alanındaki sorunlar dijitalleşme için bir tercih değil zorunlu hale gelmiştir. Bu kapsamda dijital sağlık ekonomisi konusu hem teknolojik gelişmelerin etkisini hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve etkinliğini belirleme de önemli bir inceleme alanı olarak önem arz etmektedir.

Bu kapsamda çalışmada dijital sağlık ekonomisi hakkında genel bilgiler yer almaktadır. Öncelikle çalışmada giriş bölümü ele alınmış ve ardından dijitalleşme, dijital sağlık ekonomisine yönelik kavramsal çerçeveden bahsedilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlıkta dijitalleşme konularına yönelik çalışılmış çalışmalar değerlendirilmiştir. Dördüncü bölümünde dijitalleşmenin sağlık ekonomisindeki önemi ele alınıp, etkilerinden bahsedilip, takip eden bölümde Türkiye'de dijital sağlık teknolojileri ve uygulamalarından kısaca bahsedilmiştir. Çalışmanın sonuç bölümünde konuya yönelik genel bir değerlendirme ve politika önerileri yapılarak çalışma sonlandırılmıştır.

2. Dijitalleşme, Dijital Sağlık ekonomisine ve Uygulamalarına Yönelik: Kavramsal Çerçeve

Dijital çağda küreselleşme, internet ve mobil iletişim teknolojilerinin yaygınlaşması ve bilgi ve iletişim teknolojilerindeki (BİT) ilerlemelerle karakterize edilen yeni bir biçim almaktadır. Bilgisayar ve diğer yenilikçi BİT'ler, bu yeni küreselleşme çağının temel teknolojik özellikleri olarak bilinmektedir ve dünyayı birleşik bir iletişim sistemine bağlayarak tutarlı bir finansal ve bilgi ortamı oluşturduğu savunulmaktadır. (Jangiaarat vd., 2023: Limma vd., 2023). Ekonomi, şu anda yeni ve ortaya çıkan tüketim biçimleriyle dolu bir sistem olarak ifade edilmektedir. Bunlar, geleneksel ticari değişim biçimlerini yeniden şekillendiren teknolojik, ekonomik ve sosyokültürel olguların bir araya gelmesinin sonucudur (Ertz ve Boily, 2019). Bu dönüşümün merkezinde ise, ekonomik ve toplumsal yapıları yeniden şekillendiren dijitalleşme olgusu yer almaktadır.

Dijitalleşme, teknolojik, kültürel ve toplumsal dönüşüm ortamında, yeni teknoloji kültürünün bir unsuru olarak kabul edilmektedir (Özçelik Baloğlu, 2023). Bu kavram aynı zamanda, verilerin elektronik aygıtlar yardımıyla sayısal formata dönüştürülmesi anlamına da gelmektedir. Bununla birlikte, dijitalleşme toplumsal düzeyde genellikle ileri düzey teknolojilerin kullanımıyla ilişkili olarak algılanmakta; bu teknolojilerin daha hızlı bilgiye erişim, daha zengin veri içeriği ve daha az insan gücüyle işlem yapma olanağı sunduğu düşünülmektedir (Yücel & Adiloğlu, 2019).

Dijitalleşmenin; istihdamı artırma, yaşam standartlarını yükseltme, bilgiye ve kamu hizmetlerine erişimi kolaylaştırma gibi yollarla ekonomik ve toplumsal yapılar üzerinde olumlu ve somut etkiler yarattığı çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (Khan vd., 2015). Bu çerçevede, dijitalleşmenin günümüzdeki etkilerini daha iyi kavrayabilmek için, teknolojik dönüşümün tarihsel gelişim sürecine, özellikle sanayi devrimleri bağlamında göz atmak önem taşımaktadır.

Sanayi devrimleri tarihsel olarak dört temel aşamada incelenmektedir. Endüstri 1.0, 1780-1870 yılları arasında buhar gücünün üretimde kullanılmasıyla başlamış; James Watt'ın buhar makinesini icadıyla fabrikalaşma süreci hız kazanmıştır. Endüstri 2.0, 1870-1970 dönemini kapsamakta olup, Bessemer'in çeliği ucuz üretme yöntemiyle başlamış, elektrik enerjisinin üretimde kullanılmasıyla seri üretim ve daha gelişmiş makineler ortaya çıkmıştır. Endüstri 3.0 ise 1970-2010 yılları arasında gerçekleşmiş; bilgisayar, robotik sistemler ve otomasyon teknolojilerinin gelişimiyle dijitalleşmenin üretime entegre olduğu bir dönem olmuştur (Büyükgöze & Dereli, 2020).

21. yüzyıla gelindiğinde, yazılım alanındaki ilerlemeler ve internetin yaygınlaşması, fiziksel sistemlerle dijital sistemlerin entegrasyonunu mümkün kılarak Endüstri 4.0 sürecini başlatmıştır. Bu yeni dönem, ilk kez 2011 yılında Almanya'daki Hannover Sanayi Fuarı'nda tanıtılmış ve ardından Alman federal hükümeti tarafından yüksek teknoloji stratejileri doğrultusunda desteklenmiştir (Soylu, 2018; Kang vd., 2016; Oesterreich & Teuteberg, 2016).

Endüstri 4.0, üretim süreçlerinde makine ve cihazların birbirleriyle bağlantılı sensörler ve yazılımlar aracılığıyla haberleşmesini sağlayan, karmaşık sistemleri izleyip yöneten bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Mrugalska & Wyrwicka, 2017). Bu sistem, fabrikalar, lojistik ve kaynak yönetimi gibi üretimin tüm bileşenleri arasında etkili bir iletişim ağı kurmayı hedefler. Ayrıca, akıllı cihazlar aracılığıyla kullanıcı davranışları analiz edilerek daha isabetli kararlar alınması sağlanmaktadır (Jian vd., 2016).

Endüstri 4.0'ı önceki sanayi devrimlerinden ayıran temel unsurlar; değişim hızının yüksekliği, uygulama alanlarının genişliği ve teknolojik etkilerin toplumsal derinliğidir. Dijital dönüşüm yalnızca üretimi değil, bireyleri, iş yaşamını ve toplumları da köklü biçimde etkilemekte; buna bağlı olarak ülkelerin sistemlerini yeniden yapılandırmalarını gerektirmektedir (Özsoylu, 2017). Bu dönüşüm sürecinin avantajları arasında; müşteri beklentilerine hızlı yanıt verebilme, esnek üretim, kaynakların etkin kullanımı, karar alma süreçlerinin optimizasyonu, yeni hizmet alanları yaratma ve iş-yaşam dengesi sağlama gibi faktörler yer almaktadır (Kagermann vd., 2013).

Bu teknolojik dönüşüm yalnızca üretim süreçlerini değil, sağlık hizmetlerini de derinden etkilemiş; Endüstri 4.0'ın sunduğu dijital olanaklar, sağlık sektöründe "**dijital sağlık**" kavramının ortaya çıkmasına ve hızla gelişmesine zemin hazırlamıştır.

Dijital sağlık, sağlık hizmetlerinin modern yaklaşımlarla yeniden şekillenmesi olarak değerlendirilmektedir. Mobil uygulamalar, giyilebilir teknolojiler ve veri analitiği gibi yenilikçi çözümler, sağlık hizmetlerinin hem etkinliğini hem de erişilebilirliğini artırarak hizmet kalitesine olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Bu kapsamda dijital teknolojiler, sağlık alanında iş süreçlerinin daha verimli yürütülmesini, hizmet kalitesinin yükseltilmesini ve güvenli bir bakım ortamının oluşturulmasını amaçlamaktadır (Dorn, 2015).

Sağlık hizmetlerinin dijital dönüşümü, sağlık hizmetlerinin sunumunu iyileştirmek ve toplumun karşılaştığı tıbbi zorlukları ele almak için dijital teknolojinin benimsenmesini gerektirir. İnterneti, dijital teknolojileri ve bunların etkili sağlık yönetimi için yenilikçi çözümler ve en iyi uygulamalar geliştirmedeki rollerini kapsar. Toplanan büyük miktardaki veri, hasta refahını artırmak ve hizmet

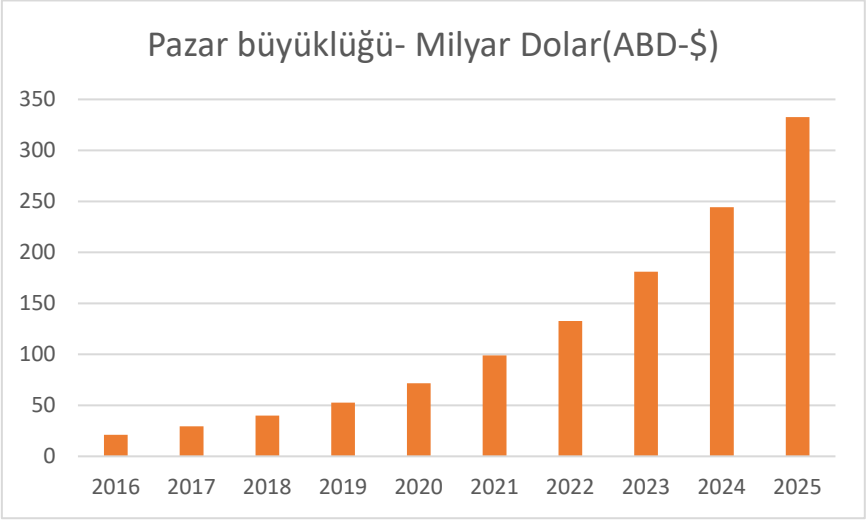
maliyetlerini düşürmek için kalite kontrol önlemleriyle analiz edilebilir. Genel olarak, sağlık hizmetlerinin dijital dönüşümü, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilecek, inovasyonu ve verimliliği teşvik edebilecek ve nihayetinde hastaların refahını artırabilecek kritik bir süreçtir (Stoumpos vd.,2023). Mevcut halk sağlığı öncelikleri, insan sermayesi, ekonomi, altyapı ve modern teknolojiler olmak üzere dört önemli bileşen etrafında dönmektedir. Bu bileşenler arasında dijital ekonomi, ulusal düzeyde finansal ve ekonomik kalkınmayı teşvik etmede hayati bir faktör olarak kabul edilmektedir. Mevcut ekonomik ilişkileri ve iş modellerini dönüştürme potansiyeline sahiptir ve sağlık hizmetlerinin ve diğer ekonomik sektörlerin dijitalleştirilmesiyle yakından bağlantılıdır. Dijital ekonomi programı, en son dijital teknolojileri kullanarak yüksek kaliteli mal ve hizmetler üreterek insanların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle, halk sağlığını ve refahını desteklemedeki kritik rolü göz önüne alındığında, sağlık sektörü programın hedefleri için önemli bir odak alanıdır (Terakapov vd., 2019). Dahası, teknoloji çeşitli sektörlerde hızla ilerlemekte, işletmeleri ve hizmetleri daha erişilebilir, verimli ve tüketici dostu hale getirmektedir. Sağlık sektörü bu dönüşümün en önemli örneklerinden biridir. COVID-19 salgını bu eğilimi hızlandırmış ve daha fazla doktor ve klinisyenin hastaların değişen ihtiyaçlarını karşılamak için teknolojiyi kullanmasına neden olmuştur.

Dijital teknolojilerin sağlık alanında kullanılmasıyla teletıp, m-sağlık, e-sağlık gibi kavramlar karşımıza çıkmaktadır. Bunlar kısaca ***Tele-tıp*** **:** bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıyla, sağlık hizmetlerine erişimin hayati önem taşıdığı durumlarda bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek, hastalıkların tanısını koymak ve tedavisini gerçekleştirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Tele tıp, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin kendi uzmanlık alanlarında kaliteli sağlık hizmetlerini hızlı ve etkili bir biçimde vermelerini mümkün kılan bir araç olarak değerlendirilebilir (Sungur, 2020). **Tele-tıp** uygulamalarının sağladığı yararlar ise şu şekilde sıralanabilir (Asi ve Williams, 2017):

- İstenilen konumdan sağlık hizmetine ulaşabilme imkânı.
- Daha önce sağlık hizmeti alamayan bireylerin bu hizmetten faydalanabilmesi.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunun daha pratik hale gelmesi.
- Sağlık çalışanları arasında bilgi paylaşımının ve deneyimin artması.
- Sürekli hizmet sağlanmasıyla birlikte hasta memnuniyetinin yükselmesi.

- Sağlık personelinin mesleki gelişiminin sürdürülmesi.
- Ekipler arası koordinasyon ve işbirliğinin güçlendirilmesi.
- Bireylerin sağlık konularındaki bilgi düzeyinin artırılması (sağlık okuryazarlığı).
- Hizmet sunumunun sürekli, nitelikli ve etkili olması sayesinde hasta memnuniyetinin desteklenmesi.
- Sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortam ve koşulların iyileştirilmesi gibi çeşitli avantajlar sağlamaktadır.

Mobil Sağlık: Sağlık bilgi sistemlerinin geniş çapta benimsenmesi ve mobil teknolojilerdeki hızlı ilerlemeler, mobil uygulamaların etkili bir biçimde kullanılmasına olanak tanımıştır. Mobil cihazlar üzerinden sunulan sağlık hizmetlerinin, bireylerin her zaman ve her yerde kendi akıllı telefonları aracılığıyla sağlık durumlarını izlemelerine ve yönetmelerine olanak sağlaması beklenmektedir. Bu bakımdan Mobil Sağlık, sensörler, akıllı telefonlar, tabletler ve dizüstü bilgisayarlar gibi taşınabilir teknolojilerin ve mevcut geniş iletişim ağlarının altyapısının sağlıkla ilgili uygulamalarda kullanılması olarak değerlendirilmektedir. Mobil sağlık, bilgi ve iletişim teknolojileri ile hasta ve sonuç merkezli sağlık hizmetlerinin kesişim noktasında konumlanmaktadır. Mobil sağlığa yönelik yenilikçi çözümler, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Mobil sağlığın içeriğini; hastalar, sağlık uzmanları, sağlık kuruluşları, hizmet sunucuları, taşınabilir cihazlar ve yazılımlar açısından ele alan "mobil sağlık ekosistemi" gibi kavramlar da bu alanda yapılan tanımlamalarda sıkça kullanılmaktadır (Demir ve Uslu, 2022).



Kaynak: Statista, 2025

Şekil 1'de 2016 yılından 2025 yılına kadar küresel anlamda tahmin edilen mobil sağlık pazarı boyutu yansıtılmaktadır. 2020 yılından 2025 yılına kadar global m Sağlık pazarında %332'lik bir büyüme olacağı tahmin edilmektedir

E-sağlık, bireylerin dijital platformlar aracılığıyla sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran, sağlık hizmetlerinin kişiye özel hale getirilmesinden sağlık verilerinin yönetimine kadar geniş bir alanı kapsayan teknolojik bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu uygulamalar; mobil sağlık, tele-tıp ve giyilebilir teknolojiler gibi çözümlerle, hastalar, sağlık profesyonelleri ve hizmet sağlayıcıları arasında etkili iletişim ve veri paylaşımını mümkün kılmaktadır. E-sağlık, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, sürdürülebilir ve hasta merkezli olmasını amaçlamaktadır. Günümüzde, sağlık hizmetlerinin kapsamını genişleten bu sistem, sadece veri paylaşımı ve analizi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda hasta katılımını artıran yenilikçi çözümler sunmakta; sağlık profesyonellerine tanı ve tedavi süreçlerinde ekonomik ve bütüncül yaklaşımlar sunarken, hastaların öz bakım becerilerini geliştirmelerine, tedaviye uyumlarını artırmalarına ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmalarına katkı sağlamaktadır (Pulat ve Pekkaya, 2025).

Giyilebilir teknoloji, verileri izlemek, değerlendirmek ve aktarmak amacıyla vücuda takılan akıllı elektronik cihazları tanımlamak için kullanılan bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Tavakoli, 2020). Bu teknolojiler sayesinde bilgisayarlarla etkileşim kurulabilir ve bilgiler dijital ortama aktarılabilir. Bu şekilde kişisel verilere daha hızlı ve kolay şekilde erişim sağlanabilir (Büyükgöze, 2019: 1240). **Giyilebilir sağlık teknolojileri** ise, bireylerin sağlıklarını sürekli izlemelerine olanak tanıyan ve aynı zamanda sağlık uzmanlarına daha erken tanı koyma ve tedavi sürecinde rehberlik etme potansiyeli sunan, tıbbi düzeyde veri sağlayan yenilikçi ürünler olarak değerlendirilmektedir (Dias ve Cunha, 2018).

3D Yazıcılar: Sağlık alanında oldukça geniş bir kullanım yelpazesine sahip olan 3 boyutlu yazıcılar; MR ve bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme cihazlarından elde edilen dijital verilerin üç boyutlu modellere dönüştürülerek somut nesnelere çevrilmesini mümkün kılar. Bu teknoloji sayesinde; yapay uzuv, protez, kulak gibi çeşitli doku ve organların üretimi, tıbbi cihazların tasarımı ve geliştirilmesi, implant ile protez üretimi gibi pek çok medikal uygulama gerçekleştirilebilmektedir (Demirci, 2018).

Dijital Hastane: Sağlık kurumlarında hem tıbbi hem de idari tüm işlemlerde bilişim teknolojilerinin entegre bir şekilde kullanılmasını temel alan bir hastane modeli olarak bilinmektedir. Bu yapı, sağlık personelinin hem hastane içinden hem de dışarıdan verilere ulaşabilmesini sağlarken, tıbbi cihazlar, iletişim araçları ve bilgi sistemlerinin birlikte çalışabilirliğini de esas almaktadır (Denizli ve Demirtaş, 2022).

3. Literatür Taraması

Kostkova (2015) tarafından yapılan çalışmada, dijital sağlık alanındaki "büyük sorunlar" (grand challenges) ele alınarak bu alanda öncelikli çözüm bekleyen konular vurgulanmaktadır. Dijital teknolojilerin halk sağlığına entegrasyonunda veri paylaşımı ve gizliliği, disiplinler arası iş birliği eksikliği, kullanıcı güveni, standart eksiklikleri ve uluslararası regülasyonlardaki uyumsuzluklar temel engeller olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, salgın hastalıkların takibinde dijital izleme sistemlerinin rolü, mobil sağlık araçlarının toplum sağlığı üzerindeki etkileri ve büyük veriye dayalı karar destek sistemlerinin potansiyeli ele alınmıştır. Çalışma, dijital halk sağlığına dair bütüncül bir bakış sunmakta ve çok paydaşlı stratejilerin önemini vurgulamaktadır.

Murray vd. (2016) çalışmalarında, dijital sağlık uygulamalarına yönelik sağlık ekonomisi çalışmalarının nasıl tasarlanması gerektiği tartışılmıştır. NICE gibi kurumların değerlendirme standartlarına dayalı olarak geliştirilen metodolojik çerçeve, hem randomize kontrollü çalışmaların hem de gerçek dünya verilerinin kullanımını teşvik etmektedir. Dijital müdahalelerin dinamik yapısı nedeniyle geleneksel ekonomik analizlerin yetersiz kalabileceği, bunun yerine etkililik, maliyet ve kullanıcı kabulü gibi unsurları birlikte değerlendiren çok boyutlu modellerin gerekliliği vurgulanmıştır. Çalışma, bu yönüyle dijital sağlık ekonomisi alanındaki araştırmacılar için uygulamaya dönük kapsamlı bir rehber sunmaktadır.

Odone vd. (2019) çalışmalarında, Avrupa'daki kamu sağlık sistemlerinin dijitalleşme süreci çok yönlü olarak ele alınmıştır. Avrupa Birliği düzeyindeki dijital sağlık stratejileri incelenerek, elektronik sağlık kayıtları, dijital epidemiyoloji, uzaktan izleme sistemleri ve birey temelli veri yönetimi gibi alanlara odaklanılmıştır. Dijital dönüşümün sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğini ve karar destek kapasitesini artırabileceği belirtilmiş; ancak veri gizliliği, eşitlik ve teknik altyapı uyumu gibi konularda ciddi zorlukların sürdüğü aktarılmıştır. Çalışma, Avrupa'da daha kapsayıcı dijital kamu sağlığı stratejilerine ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Mitchell ve Kan (2019) tarafından yapılan çalışmada, dijital teknolojilerin sağlık sistemlerinin geleceği üzerindeki dönüştürücü etkisi kapsamlı şekilde analiz edilmiştir. Mobil uygulamalar, giyilebilir cihazlar, uzaktan izleme sistemleri ve büyük veri analitiği gibi teknolojilerin yalnızca klinik çıktıları değil, aynı zamanda hizmet sunumu, hasta katılımı ve maliyet yapısını etkilediği belirtilmiştir. Ancak teknolojiye erişim eşitsizliği, veri güvenliği ve düzenleyici boşlukların dijital dönüşümün önünde engel oluşturduğu ifade edilmiştir. Çalışma, dijital sağlık sistemlerinin başarılı şekilde uygulanabilmesi için politika, altyapı ve eğitim unsurlarının birlikte geliştirilmesini önermektedir.

Dhingra ve Dabas (2020) çalışmalarında, Dünya Sağlık Örgütü'nün Küresel Dijital Sağlık Stratejisi değerlendirilmiş ve bu stratejinin gelişmekte olan ülkeler için sunduğu yol haritası ele alınmıştır. Dijital sağlık sistemlerinin yaygınlaştırılması için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, eşitliğin sağlanması, teknoloji odaklı iş gücünün desteklenmesi ve veri temelli karar mekanizmalarının oluşturulması gibi dört temel hedef belirlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde dijital altyapı eksiklikleri ve düşük dijital okuryazarlık gibi sorunlar vurgulanmış; sürdürülebilir uygulamalar için yerel bağlama uygun politikalar ile uluslararası iş birliklerinin önemi belirtilmiştir.

Aerts ve Bogdan-Martin (2021) çalışmalarında, dijital sağlık teknolojilerinin büyük veri ve yapay zekâ olanaklarıyla nasıl daha etkili kullanılabileceği tartışılmıştır. Veri tabanlı uygulamaların tanı doğruluğunu artırma, kişiselleştirilmiş tedavi sağlama ve halk sağlığına yönelik erken uyarı sistemleri kurma potansiyeli üzerinde durulmuştur. Ancak bu hedeflere ulaşmak için güçlü altyapılar, birlikte çalışabilirlik standartları, etik denetim mekanizmaları ve açık veri politikalarına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.

Gentili vd. (2022) çalışmalarında, dijital sağlık müdahalelerinin maliyet-etkililiği sistematik literatür taramasıyla incelenmiştir. 2010–2021 arasında yayımlanan ekonomik değerlendirme çalışmaları analiz edilerek, mobil sağlık uygulamaları, uzaktan izleme ve dijital terapilerin çoğunlukla geleneksel müdahalelere kıyasla daha maliyet-etkin olduğu saptanmıştır. Bulgular, dijital sağlık stratejilerinin ekonomik sürdürülebilirliğini destekleyen güçlü kanıtlar sunmaktadır.

Marent ve Henwood (2022) çalışmalarında, dijital sağlık teknolojilerinin yalnızca teknik araçlar olarak değil, insan, teknoloji ve sosyal yapı etkileşimleri çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiği savunulmuştur. Niteliksel analizlerle, dijital çözümlerin kullanıcı deneyimleri ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkileri incelenmiş; bu etkilerin sadece teknik yeterlilikle değil, toplumsal değerler ve kurumsal yapılarla olan uyumla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışma, dijital sağlık teknolojilerinin sosyoteknik bağlamda ele alınmasının önemine dikkat çekerek teorik katkı sunmaktadır.

Stern vd. (2022) çalışmalarında, dijital sağlık uygulamalarının gerçek yaşam verileriyle (real-world evidence, RWE) nasıl değerlendirilebileceği tartışılmıştır. Dijital terapiler, giyilebilir cihazlar ve mobil uygulamalar gibi araçlardan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde esnek metodolojik yaklaşımlar, düzenleyici yenilikler ve veri yönetişim standartlarının geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Çalışma, geleneksel klinik modellerin ötesine geçen, dinamik ve hasta merkezli değerlendirme sistemlerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Tunçsiper (2023) çalışmasında, sağlık ekonomisi çerçevesinde dijital sağlık alanındaki araştırma eğilimlerini bibliyometrik analiz yöntemiyle incelemeyi amaçlamaktadır. Scopus veri tabanından elde edilen, 1985–2023 dönemine ait 309 İngilizce yayının R programlama dili ile retrospektif olarak analiz edildiği çalışmada; yıllara göre yayın dağılımı, en üretken yazarlar, anahtar kavramlar, önde gelen ülkeler ve kurumlar belirlenmiştir. Bulgular, inovasyon, sağlık hizmetleri, dijital sağlık, e-sağlık ve COVID-19'un en çok öne çıkan temalar olduğunu göstermektedir.

Yeung vd. (2023) çalışmalarında, dijital sağlık teknolojilerinin sunduğu fırsatlar çok disiplinli bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Yapay zekâ, makine öğrenimi, giyilebilir cihazlar, tele-sağlık sistemleri ve mobil uygulamaların hasta yönetimi, tanı, tedavi süreci ve sağlık hizmetlerine erişim üzerinde dönüştürücü etkileri olduğu belirtilmiştir. Etkin bir dijital sağlık ekosistemi için altyapı yatırımları, veri güvenliği, etik sorumluluklar ve yasal düzenlemelerin birlikte ele alınması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca bireysel mahremiyet algısı ve sağlık çalışanlarının dijital becerilerinin başarının anahtarı olduğu vurgulanmıştır.

Zhao vd. (2024) çalışmalarında, dijital ekonominin kamu sağlık hizmetlerine etkisi panel veri analiziyle incelenmiştir. 2011–2020 dönemine ait Çin verileriyle yapılan analiz, dijitalleşmenin sağlık hizmetlerinde teknik ve tahsis verimliliğini artırdığını göstermiştir. Sağlık bilgi sistemlerinin entegrasyonu ve dijital altyapı yatırımları hizmetin erişilebilirliğini ve etkililiğini olumlu yönde etkilemiştir.

De Siqueira Silva vd. (2024) çalışmalarında, birinci basamak sağlık hizmetleri için dijital uygulamaların kalite üzerindeki etkilerini ölçmeye yönelik bir model önerilmiştir. Erişim, güvenlik, etkililik, hasta memnuniyeti ve veri yönetimi gibi boyutları kapsayan bu model, tele-sağlık ve dijital kayıt sistemlerinin hizmet kalitesini artırabileceğini öne sürmektedir. Ancak teknolojik altyapı ve dijital yeterlilik düzeylerinin başarıda belirleyici olduğu vurgulanmaktadır.

4. Dijitalleşmenin Sağlık Ekonomisindeki Önemi ve Etkisi

Sağlık hizmetleri alanında yaşanan dijitalleşme, günümüzde artan sağlık hizmetleri ile birlikte sınırlı kaynaklar arasındaki sıkıntıdan doğan iktisadi zorlukların bir yansıması olarak gündeme gelmeye başlamıştır. Yaşanan bu dönüşümün ve değişimin altında yatan temel itici güç, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması, sağlık hizmetleri kaynaklarının daha verimli ve etkin bir biçimde kullanılması olarak görülmektedir. Özellikle yaşlı nüfus artışı ve kronik hastalıkların sayısındaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına

neden olmuştur. Bu durum ise sağlık hizmetlerinin mevcut kaynakları ile etkin verimli çalışma imkânını sınırlamaktadır. Bu noktada dijitalleşme sürecinin oluşan talebe karşılık sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve sürdürülebilir hale gelebilmesi için bir çözüm ortaya çıkardığı belirtilmektedir. Yapay zeka, nesnelerin interneti, gelişmiş teknolojilerin sağlık hizmetleri piyasasına entegre edilmesi, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan zorluklarla başa çıkabilme adına önem teşkil etmektedir. Dijital sağlık ekonomisi sağlık hizmetleri piyasasında köklü değişimler ortaya çıkararak, bireylerin ve toplumların sağlık gereksinimlerine daha hızlı etkili yanıt verebilme yeteneğini de geliştirdiği ifade edilmektedir (Atılgan, 2025).

Sağlık Teknolojilerine Olan Talep Artışını Etkileyen diğer faktörler ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- Bilimde yaşanan gelişmeler;
- Kronik hastalıkların yaygınlaşması,
- Hizmet ücreti ödemesi,
- Kitle iletişim araçları raporları,
- Yaşlanan nüfus,
- Dijital pazarlama stratejilerinin sağlık sektöründe ilerleyişi,
- Toplumun sağlık bilincinin artması,
- İlaç ve tıbbi cihazların yenilikçi kullanım yerleri, sağlık sektöründe uluslararası işbirliği ve küresel sağlık politikaları,
- Güçlü ve büyüyen ekonomiler, sağlık sektöründe işbirlikçi araştırma ve yenilikçi iş modelleri olarak sıralanmaktadır (Goodman, 2014).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan teknolojik ilerlemeler, sağlık alanında önemli gelişmelere zemin hazırlamış; teşhis ve tedavi kalitesi artarken, hastalıklarla mücadelede başarı oranları da yükselmiştir. Bu ilerlemeler doğrultusunda hastanelerde teknoloji yönetimi giderek daha fazla önem kazanmıştır. Gelişmiş teknolojilerin kullanımı, hasta bakım süreçlerini hızlandırmakta ve kolaylaştırmaktadır. Ancak bu sistemlerin karmaşıklığı, planlı bir sağlık teknolojileri yönetimini zorunlu kılmaktadır. Aynı zamanda, hastane yöneticilerinin sağlıklı kararlar alabilmesi için gerekli veriler dijital sistemler aracılığıyla hızlı ve doğru bir şekilde sunulmaktadır. Böylece teknoloji yönetimi, sadece hizmet kalitesini artırmakla kalmayıp, kaynak kullanımında verimlilik ve sürdürülebilirlik açısından da stratejik bir rol üstlenmektedir. Nitelikli insan kaynağı ile entegre şekilde yürütülen bu süreç, hem çalışanların gelişimini desteklemekte hem de kurumsal rekabet gücünü artırmaktadır (Şimşir ve Sağ, 2022).

Teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımı, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu gelişmeler; daha etkili tedavi, kaliteli ve güvenli bakım, adil bir sağlık sistemi oluşturma gibi birçok alanda fayda sunmaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay erişimi, uzaktan izleme, teşhis araçlarının gelişimi, randevu ve hastane yönetiminin verimliliği de teknolojik ilerlemelerle mümkün hâle gelmiştir (Khatun & Sima, 2015).

Dijital dönüşüm, sağlık hizmetlerinin sunumunu köklü biçimde değiştirerek hem sağlık kuruluşlarına hem de hastalara çeşitli avantajlar sunmaktadır. Görüntülü görüşme, dijital evrak işlemleri ve güvenli veri tabanları; iletişimi güçlendirmekte, hekimlerin iş yükünü azaltmakta ve bilgiye hızlı erişimi mümkün kılmaktadır. Otomasyon sistemleri ise maliyetleri düşürmekte ve ekip koordinasyonunu artırmaktadır. Hastalar açısından ise giyilebilir cihazlarla anlık veri takibi, online randevu, görüntülü muayene, dijital reçete ve kişiselleştirilmiş tedavi gibi uygulamalar sağlık hizmetlerini daha erişilebilir ve etkili hâle getirmektedir (Özcan, 2024).

5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Dijital Dönüşüm

Türkiye'de sağlık sektöründe dijitalleşme, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ardından hız kazanmış, kamu politikaları çerçevesinde hem hasta memnuniyetini artırmaya hem de sağlık hizmet sunumunu etkinleştirmeye yönelik çeşitli uygulamalar geliştirilmiştir. Bu kapsamda dijital sağlık ekonomisinin temel yapı taşlarını oluşturan sistemlerin başında **e-Nabız, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS),** Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHSB), Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS ve **dijital hastane modelleri** gelmektedir (Peker vd., 2018).

E-Nabız: Türkiye'nin en kapsamlı sağlık platformu olarak bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın son dönemlerde hayata geçirdiği en önemli projelerden biri olan e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, dijitalleşme sürecinin dikkat çeken örneklerinden biridir. Ocak 2015'te kullanıma sunulan bu sistem, bireylerin muayene, tetkik ve tedavi süreçlerine dair bilgileri, hizmetin verildiği yerden bağımsız olarak bir araya getirir; böylece kişisel sağlık verilerinin tek bir platform üzerinden yönetilmesine ve geçmişe yönelik bilgilere kolayca erişilmesine olanak tanır. E-Nabız, sağlık profesyonelleri ile hizmet alan bireyler arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırmayı ve sağlık alanındaki maliyetleri düşürmeyi hedefler. Aynı zamanda, bireylerin sağlık geçmişlerinin incelenmesiyle, kamu yararı doğrultusunda sunulan tedavi hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır (Soysal ve Yalçın, 2019).

AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi)**:** Aile hekimleri tarafından bireye özel olarak verilen birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri sonucunda oluşturulan

tıbbi verilerin elektronik veri tabanına aktarılıp depolanmasını sağlayan bir sistem olarak değerlendirilmektedir (Altuntaş, 2019).

MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi): Türkiye'de kamuya bağlı sağlık kuruluşlarından randevu alınmasını sağlayan bir sistemdir. Kullanıcılar bu sisteme telefon, mobil uygulama, internet sitesi veya Alo 182 çağrı hattı üzerinden ulaşarak istedikleri doktordan randevu oluşturabilirler. Konum bilgisinin paylaşılması durumunda, sistem en yakın sağlık kurumuna yönlendirme de yapmaktadır. Bunun yanı sıra, yapay zeka destekli ***NeyimVar?*** uygulaması sayesinde bireyler şikayetlerini sisteme girerek ön tanı önerileri alabilir, hangi polikliniğe başvurmaları gerektiğini öğrenip kolayca randevu oluşturabilirler (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Medikal ULAK (MEDULA): MEDULA, genel sağlık sigortası kapsamındaki bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerinin takip edildiği bir sistemdir. Bu sistem üzerinden, rapor gerektiren ilaçlar, tıbbi malzemeler ve medikal cihazlara dair raporların izlenmesi ve onaylanması sağlanmaktadır. Ayrıca, sunulan sağlık hizmetleri ve ürünlerin faturalandırma işlemleri de bu platform aracılığıyla yürütülmektedir. Eczaneler, optik mağazaları ve medikal ürün sağlayıcıları gibi sağlık hizmeti sunucuları da MEDULA sistemine entegre olarak işlemlerini bu platform üzerinden gerçekleştirmektedir (Şengül, 2019: 15).

Hayat Eve Sığar (HES): Covid-19 pandemisi sürecinde, birçok ülkenin olduğu gibi Türkiye'nin de salgının yayılımını izleyebileceği dijital bir sağlık uygulamasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda geliştirilen HES uygulaması, bireylerin şehir içi ve şehirler arası hareketleri sırasında virüsün yayılımının kontrol altına alınmasını amaçlayan HES kodlarının oluşturulmasına olanak sağlamıştır. Aynı zamanda kullanıcıların karantina süreçlerinin takibi de bu uygulama üzerinden yapılmıştır (Alkış ve Coşkunçay, 2021).

Hastane Bilgi Sistemi (HBS): Hastanelerde yönetsel ve tıbbi verilere ilişkin bilgi toplama, veri saklama, malzeme takibi, satın alma süreçleri, stok kontrolü, hasta maliyet analizleri, faturalandırma işlemleri, personel organizasyonu ve insan kaynakları yönetimini kapsayan bütüncül bir yapı olarak bilinmektedir. Hasta bilgi sistemi, güvenilir bir hasta veri tabanı oluşturarak klinik işlemlerde ve harcamalarda verimlilik artışı sağlamak ve hasta kayıt işlemlerinde standardizasyonu oluşturarak daha sürdürülebilir ve gelişmiş sağlık hizmeti sunumuna yardımcı olmaktadır (Arslan ve Yağar, 2024).

Sağlık.Net: Sağlık kurumlarından elde edilen tüm verilerin, kaynağından doğru biçimde alınarak, belirlenen format ve standartlara uygun şekilde toplanmasını ve ilgili hizmetlerde güvenli ve hızlı bir biçimde kullanılmasını

amaçlayan bir bilgi ve iletişim altyapısı olarak değerlendirilmektedir (Çoban, 2023).

Türkiye'de de dijital sağlık uygulamaları, sağlık verilerinin etkin yönetimi, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından stratejik bir rol üstlenmektedir.

Sonuç ve Değerlendirme

Dijitalleşme, özellikle son yıllarda hızla gelişen dijital teknolojilerin günlük yaşamda ve farklı sektörlerde yaygın olarak kullanılmasını ifade etmektedir. Günümüzdeki dijital dönüşüm süreci, hem ekonomik yapıları hem de toplumsal yaşamı hızlı bir şekilde değiştirmekte ve şekillendirmektedir. Teknolojideki ilerlemeler ve bilişim sistemlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte dijitalleşen dünyada, bu dönüşümün etkileri her sektörde açıkça hissedilmektedir (Tunçsiper, 2023). Bu dönüşümden en çok etkilenen alanlardan biri de sağlık sektörüdür. İnsan yaşamıyla doğrudan ilişkili olması nedeniyle, dijital teknolojilerin en yoğun ve etkili şekilde kullanıldığı alanlardan biri haline gelmiş; hasta takibinden teşhise, veri yönetiminden hizmet sunumuna kadar pek çok noktada yenilikçi çözümler sunmuştur (Özcan, 2024).

Günümüzde dijital teknolojiler, sağlık sektörünün yapısını köklü şekilde değiştirmiş ve hizmet sunum süreçlerini daha hızlı, etkili ve erişilebilir hale getirmiştir. Giyilebilir cihazlardan online randevu sistemlerine, yapay zekâ destekli teşhis uygulamalarından dijital sağlık kayıtlarına kadar birçok yenilik, hem hastalar hem de sağlık çalışanları için önemli avantajlar sunmaktadır. Dijital dönüşüm sayesinde sağlık hizmetlerinde kalite artarken, maliyetlerin düşmesi, kaynakların daha verimli kullanılması ve hasta memnuniyetinin yükselmesi gibi olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Aynı zamanda dijital sistemler, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltarak, hasta bakımına daha fazla zaman ayırmalarına olanak tanımıştır.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin genel çerçevesi, bu konuya yönelik yapılan daha önceki çalışmalar, dijitalleşmenin sağlık ekonomisi üzerindeki önemi ve Türkiye'deki uygulamaları incelenmiştir. Bakıldığında dijital sağlık uygulamaları sadece maliyet avantajı değil, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliği konusunda da önem arz ettiği görülmektedir. E nabız, AHBS, MHRS gibi sağlıkta dijitalleşme uygulamaları Türkiye'de sağlıkta dijitalleşmenin etkisini daha güçlü ve verimli hale getirmiştir. Fakat veri güvenliği, teknolojik alt yapı sorunları, sağlıkta okuryazarlık gibi problemler sağlıkta dijitalleşmenin etkili, verimli çalışmasında ve sürdürülebilir olmasında sorunlar yaratabilmektedir. Bu kapsamda, dijital sağlık okuryazarlığı artırılabilir, veri güvenliğinin korunmasına yönelik teknik alt yapı güçlendirilebilir, sağlık hizmetlerinde eşitsizliğin giderilmesi

için dijital sağlık hizmetlerinden yararlanamayan grupların teknolojiye ulaşımı kolaylaştırılabilir ve bu alana yönelik uygulamalar geliştirilebilir. Dijital sağlık hizmetlerinin maliyet ve etkinlik analizleri düzenli olarak planlanabilir ve sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin sağlanması için uluslar arası kuruluşların dijital sağlık hizmetleri stratejileri ile uyumlu politikalar izlenebilir ve uygulanabilir.

Neticede sağlık hizmetlerinde dijitalleşme sadece teknolojik değil, iktisadi, sosyal ve siyasi boyutları olan bir alan olarak bilinmektedir. Dijital sağlık ekonomisine yönelik yatırımların sürdürülebilir olması için adaletli, güvenli, vatandaş odaklı politikaların geliştirilmesi önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Aerts, D., & Bogdan-Martin, D. (2021). The Potential Of Digital Health Technologies: Leveraging Big Data and AI For Global Health Equity. *Journal Of Global Health*, 11, 01001.

Akalın, B., & Veranyurt, Ü. (2020). Sağlıkta Dijitalleşme ve Yapay Zekâ. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 2(2), 128-137.

Alkış, N., ve Çoşkunçay, D. F. (2021). Covid-19 Salgınında Hayat Eve Sığar (HES) Uygulamasının Kullanıcılar Tarafından Benimsenmesi: Ampirik Bir Çalışma. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 7(3), 367-376

Arslan, D., & Yağar, S. D. (2024). 1. Dijital Hastane. *Sağlık Yönetimi Güncel Konular ve Pratik Bilgiler*, 7.

Atılgan, E.(2025). Sağlık Ekonomisi Perspektifinde Dijital Dönüşüm, Efeakademi Yayınları, İstanbul.

Altuntaş, E. Y. (2019). Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Dijital Dönüşüm. Eğitim Yayınevi.

Asi, Y., ve Williams,C. (2017). The Role of Digital Health in Making Progress Toward Sustainable Development Goal (SDG) 3 in Conflict-Affected Populations. *International Journal of Medical İnformatics*, 2(3), 114-120.

Büyükgöze, S., Dereli, E. (2019). Toplum 5.0 ve Dijital Sağlık. *VI. Uluslararası Bilimsel Ve Mesleki Çalışmalar Kongresi-Fen Ve Sağlık,* 07-10

Büyükgöze: (2019). Sağlık 4.0'da Giyilebilir Teknolojilerden Sensör Yamalar Üzerine Bir İnceleme. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 17, 1239-1247.

Çoban, M. (2023). Türkiye'de e-sağlık Uygulamalarında Mevcut Durum. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, *4*(1), 197-204.

De Siqueira Silva, C., Da Silva, B. G. C., & Maia, M. (2024). Evaluating The Quality Impact of Digital Health Tools in Primary Care: A Framework Development Study. *Primary Health Care Research & Development*, 25, E3.

Demir, Ö., & Uslu, D. (2022). Bireylerin Mobil Sağlık Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 8(3), 394-407.

Demirci, Ş. (2018). Sağlığın Dijitalleşmesi - Dıgıtalızatıon Of Health. Mehmet Akif Ersoy University Journal of Social Sciences Institute, 10(26), 710-721. https://doi.org/10.20875/makusobed.383071

Denizli, F., & Demirtaş, Ö. (2022). Dijital Hastaneye Dönüşüm Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Teknolojiye Hazır Bulunuşluk Durumlarının Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(49), 163-174. https://doi.org/10.30794/pausbed.953074

Dhingra, N., & Dabas, A. (2020). WHO's Global Strategy On Digital Health: Implications For Low And Middle-Income Countries. *BMJ Global Health*, 5(3), E002203.

Dias, D., & Paulo Silva Cunha, J. (2018). Wearable health devices-vital sign monitoring, systems and technologies. *Sensors, 18*(8), 2414. doi:10.3390/s18082414

Dorn, S. D. (2015). Digital Health: Hope, Hype, And Amara's Law. Gastroenterology, 149(3),516-520.

Ertz, M., & Boily, É. (2019). The Rise Of The Digital Economy: Thoughts On Blockchain Technology And Cryptocurrencies For The Collaborative Economy. International *Journal Of Innovation Studies, 3*(4), 84-93. Https://Doi.Org/10.1016/J.İjis.2019.12.002

Gentili, A., Failla, G., & Ricciardi, W. (2022). Cost-Effectiveness Of Digital Health İnterventions: A Systematic Review. *European Journal Of Public Health*, 32(3), 377–384.

Goodman, C. (2014). Introduction to Health Technology Assessment. The Lewin Group; 2004

Jangjarat, K., Kraiwanit, T., Satityapong, N., Sonsuphap, R., & Phaksipaeng, I. (2023). The Social Economy İn The Digital Era: A Perspective On Community Enterprises İn A Developing Economy. *Journal Of Social Economics Research, 10*(1), 13-21. Https://Doi.Org/10.18488/35.V10i1.3317

Jian, Q., Ying, L., Grosvenor, R. (2016). A Categorical Framework Of Manufacturing For Industry 4.0 And Beyond. Procedia, S. 173-178

Kagermann, H., Wahlster, W., & Helbig, J. (Eds.). (2013). Recommendations For Implementing The Strategic Initiative Industrie 4.0: Final Report Of The Industrie 4.0 Working Group. Frankfurt.

Kang, H. S., Lee, J. Y., Choi, S., Kim, H., Park, J. H., Son, J. Y., Kim, B. H., Noh, S. D. (2016). Smart Manufacturing: Past Research, Present Findings, And Future Directions. International Journal Of Precision Engineering And Manufacturing-Green Technology, 3(1), 111–128.

Khan, S., Khan, S., & Aftab, M. (2015). Digitization and its Impact on Economy. *International Journal Of Digital Library Services*, *5*(2), 138-149.

Khatun, F., & Sima, M. R. K. (2015). Impact of ICT on Health Services in Bangladesh: A Study on Hobiganj Adhunik Zila Sadar Hospital. Bangladesh Development Research Working Paper Series, 26

Kostkova, P. (2015). Grand Challenges in Digital Health. *Frontiers in Public Health*, 3, 134.

Limna, P. (2023). The Digital Transformation Of Healthcare in The Digital Economy: A Systematic Review. *International Journal Of Advanced Health Science And Technology*, *3*(2), 127-132.

Marent, B., & Henwood, F. (2022). Sociomaterial Approaches to Digital Health: A Systematic İnterpretive Review. *Digital Health*, 8, 20552076221089056.

Mitchell, M., & Kan, L. (2019). Digital Technology and The Future Of Health Systems. *Health Systems & Reform*, 5(2), 113–120.

Mrugalska, B., Wyrwicka, M. K. (2017). Towards Lean Production in Industry 4.0. Procedia Engineering, 182, 466-473.

Murray, E., Hekler, E., & Andersson, G. (2016). Evaluating Digital Health Interventions: Key Questions and Approaches, *American Journal Of Preventive Medicine*, 51(5), 843–851.

Odone, A., Buttigieg, S., & Ricciardi, W. (2019). Public Health Digitalization in Europe: The Benefits and Challenges. *European Journal Of Public Health*, 29(Supplement-3), 4–8.

Oesterreich, T. D., & Teuteberg, F. (2016). Understanding The Implications Of Digitisation And Automation İn The Context Of Industry 4.0: A Triangulation Approach And Elements Of A Research Agenda For The Construction Industry. Computers in Industry.

Özcan, H.(2024). Sağlık Sektöründe Dijitalleşmenin Etkileri Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özçelik Baloğlu, Ö. (2023). Teknolojik Bir Dönüşüm Olarak Dijitalleşme Kavramı ve Etkileri. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 13(2), 1189-1210. https://doi.org/10.30783/nevsosbilen.1276723

Özsoylu, A. F. (2017). Endüstri 4.0. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 21(1), 41-64.

Peker, S. V, Giersbergen M. Y. V. & Biçersoy, G. (2018). Sağlık Bilişimi ve Türkiye'de Hastanelerin Dijitalleşmesi*, Sağlık Akademisi Kastamonu*, *3*(3), 228-267.

Pulat, Ö. & Pekkaya, M. (2025). E-Sağlık Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(31), 51-67

Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital Transformation in Healthcare: Technology Acceptance and Its Applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 3407. https://doi.org/10.3390/ijerph20043407 .

Soylu, A. (2018). Endüstri 4.0 ve Girişimcilikte Yeni Yaklaşımlar. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (32), 43-57. Denizli.

Soysal, A., & Yalçın, T. (2019). Bazı Demografik Değişkenlere Göre E-Nabız Sisteminin Kullanımı: Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 180-188.

Stern, A. D., Et Al. (2022). Real-World Evidence For Digital Health: Priorities For Innovation. *NPJ Digital Medicine*, 5, 62.

Statista(2025).https://www.statista.com/topics/2263/mhealth/?srsltid=AfmBOorR49htR6e1RRBLC6IKftF6tRfUR7YiwixlNJ_aZycrRDtcNebP

Sungur, C. (2020). Teletıp Uygulamalarında Hasta Memnuniyeti: Bir Sistematik Derleme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 505-522.

Şengül, Y. 2019. Türkiye'de Sağlık Bilişimi Altyapısının Kamusal Alandaki Gelişimi Ve Esağlık Hizmetleri, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 14-20. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/762642

Şimşir,I., & Sağ, I., (2022). Hastanelerde Sağlık Teknolojileri Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme ve Geleceği, 2. Bölüm, ss.45.

Tavakoli, M., Carriere, J., & Torabi, A. (2020). Robotics, smart wearable technologies, and autonomous intelligent systems for healthcare during the COVID-19 pandemic: An analysis of the state of the art and future vision. *Advanced Intelligent Systems*, *2*(7), 2000071. doi:10.1002/aisy.202000071

Ter-Akopov, G., Kosinova, N., & Knyazev, S. (2019). Health Care Digitalization in the Digital Economy of the Russian Federation: Regional Experience and Directions of Development. In Volgograd State University International Scientific Conference "Competitive, Sustainable and Safe Development of the Regional Economy"(CSSDRE 2019) (pp. 213-218). *Atlantis Press*. https://doi.org/10.2991/cssdre-19.2019.43

Tezcan, C. (2018). Sağlığın Dijital Dönüşümü. *Sağlık Düşüncesi Ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, 82-85

Timmis, J. K., And Timmis, K. (2017). The DIY Digital Medical Centre. Microbial Biotechnology, 10(5), 1084-1093.

Tunçsiper, Ç. (2023). Dijital Dönüşüm Ve Sağlık Ekonomisi: Dijital Sağlık Üzerine Bibliyometrik Bir Analiz. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 21-31. Https://Doi.Org/10.37989/Gumussagbil.1240687

Üzmez, S. S., & Büyükbeşe, T. (2021). Dijitalleşme sürecinde bilgi yönetiminin işletmelerin teknoloji uyumuna etkileri. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, *16*(2), 117-127.

Yeung, A., Et Al. (2023). The Promise Of Digital Health: A Multidisciplinary Review. *Health Affairs*, 42(2), 210–218.

Yücel, G., & Adiloğlu, B. (2019). Dijitalleşme-yapay zekâ ve muhasebe beklentiler. *Accounting and Financial History Research Journal*, (17), 47-60.

Zhao, J., Et Al. (2024). The Impact of Digital Economy on Public Health Service Efficiency in China. *Health Policy And Planning*, 39(1), 19–30.

PANDEMİ SONRASI SAĞLIK EKONOMİSİNDE DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜM

Mehmet Veysi KAYA[1], Burak SAYAR[2]

1. Giriş

Geleneksel olarak sağlık ekonomisi; kaynakların etkin dağılımı, maliyet-fayda analizi, sigorta sistemleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerine yoğunlaşmaktadır. COVID-19 pandemisi yalnızca bir sağlık krizi olarak değil, aynı zamanda ekonomik, sosyal ve politik boyutlarıyla da küresel ölçekte derin etkiler yaratmıştır. Sağlık sistemlerinin bu kriz karşısındaki tepkileri ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Güçlü sigorta ve dayanışma mekanizmalarına sahip ülkeler daha dirençli bir performans sergilerken, maliyet baskısı altındaki ülkeler ciddi zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Ancak pandemiyle birlikte sağlık sistemlerinin şoklara karşı ayakta kalabilme, uyum gösterebilme ve kriz sonrasında yeniden toparlanabilme kapasitesini ifade eden "dayanıklılık" kavramı tartışmaların merkezine yerleşmiştir (Kruk vd., 2015). Bu nedenle pandeminin sağlık ekonomisine etkilerini anlamak ve geleceğe yönelik stratejiler geliştirmek, yalnızca mali sürdürülebilirlik açısından değil, aynı zamanda toplum sağlığı ve refahı açısından da kritik hale gelmiştir. Krizlere karşı yalnızca anlık müdahaleler değil, sistemin toparlanma ve uyum sağlama kapasitesi önem kazanmıştır. Bu süreçte sağlık ekonomisi disiplini yalnızca kaynakların etkin dağılımını değil, aynı zamanda krizlere karşı dayanıklılık, mali sürdürülebilirlik ve sosyal adalet boyutlarını da gündeme taşımıştır.

Pandemi döneminde güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerine, entegre dijital sistemlere ve kriz fonlarına sahip ülkeler, şoklara daha hızlı uyum sağlayabilmiştir. Bu deneyim, pandemi sonrası sağlık ekonomisini tartışırken klasik maliyet kontrolünün ötesine geçilmesi ve sürdürülebilirlik perspektifinin merkeze alınması gerektiğini ortaya koymaktadır (World Health Organization, 2022).

COVID-19, sağlık ekonomisi açısından 21. yüzyılın en büyük şoklarından biri olmuştur. 2020 yılında küresel GSYİH %3,3 oranında küçülürken, bu

[1] Öğretim Görevlisi, Batman Üniversitesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Orcid: 0000-0001-6935-7524, mehmetveysi.kaya@batman.edu.tr

[2] Dr. Öğr. Üyesi, Burak SAYAR, Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0002-7652-8392, bsayar@beu.edu.tr

küçülmenin önemli bir kısmının sağlıkla ilişkili kısıtlamalardan kaynaklanmıştır. Bunun da 2008 küresel krizinden daha derin bir daralma olduğunu vurgulanmıştır (World Bank, 2021). Küresel sağlık harcamaları ilk kez 10 trilyon ABD dolarını aşmış ve küresel GSYİH'nin yaklaşık %10'una denk gelmiştir. Ancak bu artışın önemli bir bölümü geçici ve kriz odaklı harcamalardan kaynaklanmış, sürdürülebilir yatırımlara dönüşememiştir. 2020–2021 yıllarında olağanüstü artış yaşanmış, ancak 2022'de küresel sağlık harcamaları reel olarak gerileyerek 9,8 trilyon ABD dolarına ve küresel GSYİH'nin %9,9'una düşmüştür. Bu, 2000'den bu yana yaşanan ilk reel gerilemedir. Aynı yıl kişi başına kamu sağlık harcamaları tüm gelir gruplarında azalmış, dış yardımların ivmesi zayıflamıştır. Bu durum özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sürdürülebilirlik riskini artırmıştır (World Health Organization, 2022; 2023; 2024). Nitekim pandemi öncesinde de birçok düşük gelirli ülkede sağlık harcamaları bütçede öncelikli bir alan haline gelmemiş ve kamu payı Evrensel Sağlık Kapsamı hedefleri için yetersiz kalmıştır (World Health Organization, 2018a; 2018b). Bu durum, pandeminin yarattığı mali şokların kalıcılığını sorgulatırken sağlık ekonomisinin dönüşüm ihtiyacını daha da belirgin hale getirmiştir. Dolayısıyla pandemi sonrası tartışmalar, klasik maliyet kontrolünden ziyade kalıcı esneklik ve adil finansman modelleri üzerine yoğunlaşmıştır.

Ülkeler arasında gözlenen farklılıklar da dikkat çekicidir. ABD, pandemi sürecinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını yaklaşık %20'ye çıkarmış ve trilyon dolarlık ek maliyetlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu durum, özel sağlık sigortasına dayalı sistemin krizlere karşı kırılganlığını göstermiştir. Avrupa Birliği ülkeleri ise dayanışma fonları aracılığıyla maliyetlerin bir kısmını paylaşarak daha dengeli bir finansman yapısı oluşturmuştur (Economic Co-Operation and Development, 2021). Bu süreçte sosyal güvenlik sistemine ek yükler bindiği ve geri ödeme mekanizmaları kriz yönetimi doğrultusunda uyarlandığı söylenebilir.

Sonuç olarak, pandemiler sağlık sistemlerinin kırılgan yönlerini açığa çıkarırken reform ihtiyacını da hızlandırmaktadır. Pandemi sonrası dönemin temel sorusu şudur: "Sağlık sistemleri yalnızca krizlere yanıt vermekle mi yetinecek, yoksa bu deneyimden öğrenerek daha esnek, kapsayıcı ve sürdürülebilir bir modele mi evrilecektir?" Bu soruya verilecek yanıt, sağlık ekonomisinin gelecekteki araştırma ve uygulama gündemini belirleyecektir.

2. COVID-19 ve Diğer Krizlerin Sağlık Sistemlerine Mali Yükü

2.1. Doğrudan Maliyetler

Pandemiler, sağlık sistemleri üzerinde ani ve yüksek düzeyde finansal baskılar yaratmaktadır. COVID-19 döneminde test ve tanı merkezlerinin

kurulması, laboratuvar kapasitelerinin artırılması, tanı kitlerinin üretiminin yaygınlaştırılması ve sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipmanlarla donatılması için önemli yatırımlar gerçekleştirilmiştir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinin kapasitesi artırılmış, solunum cihazı ve ventilatör alımları hız kazanmış, aşılama programlarının uygulanabilmesi için lojistik ve tedarik zincirine yönelik ek harcamalar yapılmıştır. Bu tür doğrudan maliyetler, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık bütçelerinin hızla tükenmesine yol açmıştır. 2020 yılında OECD ülkelerinin büyük bölümünde sağlık harcamaları, bir önceki yıla kıyasla ortalama %7–9 oranında artış göstermiştir (Economic Co-Operation and Development, 2021).

2.2. Dolaylı Maliyetler

Doğrudan maliyetlerin ötesinde, pandemilerin dolaylı etkileri daha uzun vadeli ve yıkıcı sonuçlar doğurmaktadır. Çalışanların hastalık veya karantina nedeniyle iş gücü piyasasından çekilmesi üretim kayıplarına yol açmış; özellikle uzun COVID sendromu, hizmet sektöründe kalıcı üretkenlik kayıpları yaratmıştır. İş gücü piyasasındaki kayıplar toplam ekonomik daralmanın yaklaşık üçte birini meydana getirmiştir. Karantina ve sosyal mesafe önlemleri birçok sektörde faaliyetlerin durmasına, işsizliğin artmasına ve vergi gelirlerinin azalmasına neden olmuştur. Bunun yanı sıra artan ruh sağlığı sorunları, intihar oranlarındaki yükseliş ve kronik hastalıkların ertelenmiş tedavileri ekonomik kayıplara eklenerek sağlık sistemlerinde "ikinci dalga" maliyet baskısına yol açmıştır (Nicola vd., 2020; World Bank, 2021).

Karantinalar ve ertelenmiş talep, bulaşıcı olmayan hastalıklarda gecikmiş bakım sorunlarıyla birleşerek bu baskıyı daha da artırmıştır. Pandemi sonrası düşük ve orta gelirli ülkelerde, pandemi dışı sağlık hizmetlerinin ertelenmesi nedeniyle anne-bebek ölümleri ile bulaşıcı hastalık kaynaklı ölümlerde artış gözlenmiştir (World Health Organization, 2022). Bu durum, dolaylı maliyetlerin yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda demografik ve toplumsal refah boyutunda da derin etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Ayrıca 2020–2021 döneminde birçok ülkede kişi başına sağlık harcamaları artsa da, gelir dağılımındaki eşitsizlikler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde ciddi farklılıklar yaşanmıştır.

3. Krizlerden Öğrenilen Dersler

3.1. Altyapı ve Kapasite

COVID-19 pandemisi, sağlık altyapısının kriz dönemlerindeki belirleyici önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir. Temel sağlık hizmetleri altyapısının,

acil durum kapasitesinin, yatak sayısının, yoğun bakım ünitelerinin ve ilgili hizmetlerin yetersizliği, birçok ülkede ölüm oranlarının artmasına neden olmuştur. Bu durum, "acil durum kapasite artırımı"nın sağlık planlamasında kalıcı bir unsur haline gelmesine yol açmıştır.

Pandemi sürecinde saha hastaneleri, mobil sağlık üniteleri ve geçici yoğun bakım alanları gibi çözümler kısa vadede etkili olmuş; ancak bu tür önlemler uzun vadede sürdürülebilir olmaktan uzaktır. Dolayısıyla kalıcı altyapı yatırımları, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını güçlendiren temel bileşenlerden biri olarak öne çıkmaktadır (Legido-Quigley vd., 2020).

3.2. Tedarik Zinciri ve İlaç Bağımlılığı

Pandemi, küresel sağlık sistemlerinin tedarik zincirinde dışa bağımlılık nedeniyle ne kadar kırılgan olduğunu da açıkça göstermiştir. Özellikle maske, kişisel koruyucu ekipman, test kitleri ve aşı tedarikinde yaşanan küresel rekabet, uluslararası işbirliği mekanizmalarının zayıflığını gözler önüne sermiştir. Ventilatör ve oksijen tedariğinde karşılaşılan sorunlar da küresel sağlık ekonomisinin kırılganlığını pekiştirmiştir ve ülkelerin dışa bağımlılığını tartışmaya açmıştır.

Düşük ve orta gelirli ülkeler, küresel rekabetten orantısız biçimde olumsuz etkilenmiş; 70'ten fazla ülkede temel ilaç ve koruyucu ekipman tedarikinde kesintiler yaşanmıştır. Bu durum, fiyat ve bulunabilirlikte ciddi dalgalanmalara yol açmış, dışa bağımlılığın kriz dönemlerinde maliyetleri artırdığını ortaya koymuştur (World Health Organization, 2024). Yerli üretim kapasitesi ise bir tür "ekonomik sigorta" işlevi görerek stratejik önemini kanıtlamıştır.

Pandemi öncesi bulgular da bu sorunun yapısal yönlerine işaret etmekteydi. 2018 yılı verileri, dış finansmanın program/kalem bazlı dikey tahsisleri ile hükümet harcamaları arasındaki dengesizliklerin sağlık hizmeti sepetini bozabildiğini göstermiştir (World Health Organization, 2018a; 2018b). Pandemi, bu dengesizliklerin maliyet ve erişim üzerindeki olumsuz sonuçlarını görünür kılmıştır.

Ayrıca "aşı milliyetçiliği" olgusu, ülkeler arası adaletsizlikleri derinleştirmiştir. Gelişmiş ülkeler aşıya erişimde avantaj sağlarken, düşük gelirli ülkeler krizden çok daha ağır etkilenmiştir (Forman vd., 2021). Böylece pandemi, tedarik zincirinde dışa bağımlılığın yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda etik ve politik boyutlarını da tartışmaya açmıştır.

3.3. Halk Sağlığı Politikaları ve İletişim

Pandemi, maliyet yönetiminin ötesinde bir güven yönetimi meselesi olarak da değerlendirilmelidir. Yanlış bilgilendirme, toplumda panik yaratmış;

aşı karşıtlığı ve düşük uyum oranları sağlık hizmetlerinin etkinliğini önemli ölçüde azaltmıştır. Bu bağlamda kriz iletişimi ve toplumsal güven unsuru, pandeminin ekonomik ve sağlıkla ilgili sonuçlarını şekillendiren kritik faktörlerden biri olmuştur.

Sağlık politikalarının yalnızca ekonomik boyutu değil, toplumun davranışsal uyumu da ekonomik sonuçları doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle sağlık ekonomisinin geleceğinde "davranışsal ekonomi" yaklaşımı giderek daha görünür hale gelmiştir. Davranışsal ekonomi literatürü, bireylerin risk algısının sağlık politikalarının etkinliği ve maliyetler üzerinde doğrudan belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

Nitekim infodemi ve güven erozyonu, aşılanma oranlarını düşürmüş ve davranışsal uyumu zayıflatarak mali yükü artırmıştır. Davranışsal ekonomi bulguları da risk algısının politika etkinliği ve mali sonuçlar üzerindeki etkisini doğrulamaktadır (Thunström vd., 2020). Bu nedenle salgın iletişimi yalnızca klinik bir unsur değil, aynı zamanda ekonomik verimlilik bileşeni olarak da değerlendirilmelidir. Etkin kriz iletişimi, toplumun sağlık politikalarını benimsemesi ve ekonomik yükün azaltılması açısından hayati bir önem taşımaktadır.

3.4. Uluslararası İşbirliği

COVID-19, sağlık krizlerinin ulusal sınırları aşarak küresel ölçekte etkiler yarattığını açık biçimde göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün COVAX girişimi düşük gelirli ülkelere aşı sağlamayı hedeflemiş olsa da, küresel dayanışma yetersiz kalmış ve eşitsiz dağılım sorunu çözülememiştir. Bu durum, gelecekte daha güçlü finansman ve işbirliği mekanizmalarının gerekliliğini ortaya koymuştur.

Avrupa Birliği'nin ortak aşı tedarik programı, üye ülkeler arasında maliyet paylaşımı açısından olumlu bir örnek teşkil etmiş; benzer şekilde AB'nin mali destek paketleri ve G20 toplantılarında alınan kararlar, küresel işbirliğinin potansiyelini göstermiştir. Ancak bu girişimlere rağmen, 2022 sonrasında dış desteğin ivme kaybetmesi birçok düşük gelirli ülkede finansman açığı riskini büyütmüştür (World Health Organization, 2024).

Krizler, küresel sağlık ekonomisinin "ortak güvenlik" ilkesi temelinde yönetilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymuştur. COVAX ve benzeri çok taraflı girişimler kritik olmakla birlikte, eşitsiz dağılımın sürmesi küresel dayanıklılığın zayıf kaldığını göstermektedir. Bu nedenle kriz fonları ve risk paylaşımı mekanizmalarını güçlendirecek küresel bir sağlık mimarisine ihtiyaç duyulmaktadır (World Health Organization, 2018a).

4. Pandemi Sonrası Yeni Normal: Paradigma Değişimi

Pandemi sonrası dönemde sağlık sistemleri, klasik işleyişin ötesinde yeni bir paradigma ile şekillenmektedir. Dijital sağlık hizmetleri, davranışsal ekonomi yaklaşımı ve ulusal reform ihtiyacı bu dönüşümün temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık ekonomisi açısından en kritik gereklilik, esnek ve dayanıklı finansman mekanizmalarının oluşturulmasıdır. Bu tür yaklaşımlar, sağlık sistemlerinin yalnızca finansal değil, aynı zamanda sosyal açıdan da sürdürülebilir olmasını mümkün kılacaktır. Dolayısıyla pandemi sonrası dönemde sağlık sistemleri, klasik maliyet kontrolüne dayalı anlayıştan çok daha kapsamlı bir dönüşüm sürecine girmiştir. Bu dönüşümün temel unsurları şu şekilde özetlenebilir:

4.1. Sağlık Sisteminde Reform İhtiyacı

Pandemi, ulusal sağlık planlamasında esnek bütçeleme, kriz senaryoları ve dayanıklılık endeksi gibi yeni araçların geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi yalnızca finansmanla değil, aynı zamanda güçlü yönetim ve altyapı reformlarıyla mümkün olabilmektedir.

Pandemi sonrası kamu harcamalarının artış hızının yavaşlamış; hatta düşük gelirli ülkelerde reel olarak gerilemiştir (World Health Organization, 2023). Bu durum, sağlık reformlarının yalnızca kriz odaklı geçici çözümlerle değil, orta ve uzun vadeli mali planlama çerçevesinde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. 2022'de kamu sağlık harcamalarında gözlenen reel azalma, harcamaların konjonktürel dalgalanmalara duyarlılığını azaltacak orta veya uzun vadeli mali kuralların ve bütçe içi önceliklendirmelerin önemine işaret etmektedir (World Health Organization, 2024).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde izleme ve yönetişim kapasitesinin güçlendirilmesi, harcama kompozisyonunun koruyucu ve temel sağlık hizmetleri lehine yeniden şekillendirilmesini sağlayabilir (World Health Organization, 2018a; 2018b). Bu yaklaşım hem mali sürdürülebilirliği güçlendirecek hem de toplum sağlığında daha kapsayıcı ve dayanıklı bir yapının inşasına katkı sunacaktır.

4.2. Dijital Sağlık ve Uzaktan Hizmetler

Tele-sağlık, yapay zekâ destekli hasta yönetimi ve büyük veri analizi, COVID-19 pandemisiyle birlikte sağlık ekonomisinin dönüşümünde merkezi bir rol oynamıştır. Tele-sağlık hizmetleri, elektronik sağlık kayıtları, e-reçete uygulamaları, dijital danışmanlık, yapay zekâ tabanlı maliyet yönetimi ve büyük veri ile erken uyarı sistemleri pandemi döneminde hızla yaygınlaşarak kalıcı hale

gelmiştir. Bu gelişmeler, hem maliyet-etkinlik analizlerinde hem de sağlık politikalarının tasarımında yapısal değişikliklere yol açmıştır. Dijital sağlık uygulamaları hizmet sunumunu kolaylaştırmış, maliyetleri azaltmış ve sağlık sistemlerinin esnekliğini artırmıştır (Keesara vd., 2020).

Pandemiyle birlikte tele-sağlık harcamaları dünya genelinde ortalama %20'nin üzerinde artış göstermiştir. Özellikle yüksek gelirli ülkelerde dijital sağlık çözümleri, klasik sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını ikame ederek maliyet-etkinlik açısından olumlu sonuçlar doğurmuştur. Bununla birlikte, dijital dönüşüm uzun vadede güvenlik, gizlilik ve veri yönetimi gibi kritik konuları da gündeme getirmektedir. Ayrıca "dijital uçurum" nedeniyle ortaya çıkabilecek eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine erişimde yeni adaletsizlikler yaratma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle dijital sağlık uygulamalarının maliyet-etkinlik analizleri dikkatle yapılmalı ve eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politikalar geliştirilmelidir (World Health Organization, 2022).

4.3. Acil Durum Fonları

Pandemi ve benzeri küresel krizler, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kriz fonlarının oluşturulmasını zorunlu hale getirmiştir. COVID-19 deneyimi, sağlık bütçelerinin ötesinde makroekonomik kriz fonlarının gerekliliğini ortaya koymuştur. Ulusal düzeyde kurulacak sağlık kriz fonları, ani şokların etkilerini hafifletebilirken; uluslararası düzeyde ortak fon mekanizmaları özellikle düşük gelirli ülkelerin korunması açısından kritik öneme sahiptir.

Bu bağlamda, IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların salgınlara özel dayanışma fonları geliştirmesi önerilmektedir. Nitekim 2021–2022 döneminde 40'tan fazla ülke, pandemiyle mücadele kapsamında özel "kriz fonları" oluşturmuştur (World Health Organization, 2022). Bu fonlar kısa vadede kamu bütçelerine ek yük getirse de, uzun vadede sağlık ekonomisinin dayanıklılığını artıracak stratejik araçlar olarak değerlendirilmektedir.

4.4. Risk Havuzları

Sağlık finansmanında, kriz dönemlerinde maliyetleri paylaşacak özel mekanizmaların geliştirilmesi, sağlık ekonomisinin finansal dayanıklılığı açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık sigorta sistemlerinde ön ödemeli ve risk paylaşımı modellerinin özellikle pandemiler gibi ani ve yüksek maliyetli sağlık krizlerine karşı dayanıklılığı artırarak yükünü azaltabilir. Katastrofik hastalık fonları bu bağlamda öne çıkan araçlardır. Bu tür fonlar, beklenmedik ve geniş ölçekli sağlık krizlerinin uzun vadede sağlık ekonomisinin istikrarını güçlendireceğini; yarattığı maliyetleri absorbe ederek hem bireyler hem de sağlık sistemleri için daha adil bir maliyet dağılımı sağlamaktadır (Savedoff vd., 2012; Kutzin, 2013).

4.5. Adil ve Sürdürülebilir Finansman

Sağlıkta mevcut eşitsizlikler ve bu eşitsizliklerin derinleşmesi pandemilerde daha görünür hale gelmektedir. Yoksul ve kırılgan gruplar gerek sağlık hizmetlerine erişim gerekse ekonomik şoklara karşı korunmasızlık açısından krizlerden orantısız biçimde etkilenmektedir. COVID-19 deneyimi, gelir düzeyi düşük hanelerin sağlık hizmeti maliyetlerini karşılamakta zorlandığını ve sosyal koruma ağlarının yetersiz olduğu ülkelerde kırılganlıkların daha da derinleştiğini göstermiştir (Bambra vd., 2020).

Bu bağlamda gelir düzeyine göre kademeli katkı payları, eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politikalar, güçlü sosyal koruma mekanizmaları ve kamu finansmanının etkin kullanımı hem eşitsizliklerin azaltılması hem de sağlık ekonomisinin mali sürdürülebilirliği açısından temel araçlardır. Dolayısıyla sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliği yalnızca mali göstergeler üzerinden değil, aynı zamanda sosyal adalet perspektifiyle de değerlendirilmelidir (Norheim, 2016). Bu yaklaşım, krizlere karşı mali sürdürülebilirliği güçlendirirken, toplum sağlığında kapsayıcı ve eşitlikçi bir yapının oluşturulmasına da katkı sağlayacaktır.

4.6. Davranışsal Ekonomi Perspektifi

Kriz dönemlerinde bireylerin risk algıları ve davranışları, sağlık sistemlerinin performansını doğrudan şekillendirmektedir. Bu nedenle davranışsal ekonomi, gelecekte sağlık politikalarının ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. COVID-19 pandemisi, bireylerin aşıya yaklaşımı, maske kullanımı ve sosyal mesafe uygulamaları gibi bireysel davranışların yalnızca epidemiyolojik sonuçları değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin maliyetlerini ve sağlık ekonomisinin genel performansını da doğrudan etkilediğini göstermiştir.

Davranışsal ekonomi yaklaşımı, halk sağlığı politikalarının daha etkin uygulanmasına katkı sunabilecek önemli bir araçtır. Aşı tereddüdü, yanlış bilgilendirme ve düşük uyum oranları hem epidemiyolojik eğrilerin seyrini değiştirmiş hem de sağlık harcamalarının kompozisyonunu etkilemiştir. Bu nedenle davranışsal içgörülerin politika tasarımına kurumsal düzeyde entegre edilmesi, sağlık sistemlerinin hem maliyet etkinliği hem de krizlere karşı dayanıklılığı açısından kritik bir gerekliliktir (Thunström vd., 2020).

4.7. Kamu-Özel Ortaklıkları

Sağlık altyapısının güçlendirilmesinde devlet ile özel sektör arasındaki mali işbirliği kritik bir rol üstlenmektedir. Türkiye'de pandemi hastaneleri örneğinde

olduğu gibi, kamu-özel ortaklıkları kriz anlarında kapasite artırımını mümkün kılmış ve sağlık sistemlerinin esnekliğini artırmıştır.

Bununla birlikte, bu modelin uzun vadede mali sürdürülebilirliği, "değer karşılığı para" (value-for-money) denetimleri ve şeffaflık boyutları tartışmalıdır. Özellikle yüksek maliyetli altyapı yatırımlarında kamu kaynaklarının etkin kullanımı ve risk paylaşımının adil şekilde düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır (Roehrich, 2014).

Dolayısıyla PPP projelerinin yalnızca kriz anında değil, uzun vadeli sağlık planlamasında da şeffaflık, mali sürdürülebilirlik ve kamu yararı ilkeleriyle dengelenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım hem maliyet etkinliğini artıracak hem de toplum yararını önceleyen daha kapsayıcı bir sağlık altyapısının inşasına katkı sunacaktır.

5. Türkiye Perspektifi

Türkiye, COVID-19 pandemisi sürecinde hem güçlü yönlerini hem de zayıf noktalarını eşzamanlı olarak ortaya koymuştur. Yaygın sağlık sigortası sistemi, hızlı mobilizasyon kapasitesi, pandemi hastanelerinin kısa sürede devreye alınması ve yerli tıbbi malzeme üretim kapasitesinin artırılması ülkenin öne çıkan güçlü yanları olmuştur. Buna karşılık, yüksek kamu harcama baskısı, sağlık çalışanlarının tükenmişliği, birinci basamak hizmetlerde sürekliliğin ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın güvence altına alınamaması, insan gücü planlamasındaki yetersizlikler ve eşitlik odaklı izleme eksiklikleri ile uzun vadeli mali sürdürülebilirlik sorunları zayıf yönler olarak öne çıkmıştır. Pandeminin mali yükü yalnızca sağlık bütçesi açısından değil, genel kamu maliyesi üzerinde de belirginleşmiştir. Türkiye'nin pandemi döneminde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %4,4'ten %5,1'e yükselmiştir (World Health Organization, 2022). Bu artış Türkiye'nin sınırlı sağlık bütçesi dikkate alındığında mali baskının yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca pandemi sürecinde sosyal güvenlik sistemi üzerinde ciddi bir baskı oluşmuş, geri ödeme mekanizmaları kriz yönetimi kapsamında esnekleştirilmiştir.

Gelecekte Türkiye'nin sağlık ekonomisi açısından öncelikleri; esnek fonlama mekanizmalarının geliştirilmesi, dijital sağlık yatırımlarının artırılması ve yerli üretimin güçlendirilmesi olmalıdır. Bu önlemler yalnızca pandemilere karşı değil, aynı zamanda iklim değişikliği, göç, demografik dönüşüm ve diğer küresel sağlık tehditlerine karşı da dayanıklılık sağlayacaktır. Bununla birlikte, küresel eğilimle uyumlu biçimde 2022 sonrası dönemde kişi başına kamu sağlık harcamalarında reel bir gerileme riski olduğu görülmektedir (World Health Organization, 2024). Türkiye'nin birinci basamak hizmetlerde süreklilik ve koruyucu hizmetlere ayırdığı payın sınırlılığı, bu bağlamda önemli bir eksiklik olarak öne çıkmıştır. Bu nedenle

Türkiye'nin sağlık ekonomisi için uzun vadeli mali sürdürülebilirlik, giderek daha kritik bir gündem maddesi haline gelmektedir.

6. Sonuç ve Değerlendirme

COVID-19 pandemisi, sağlık ekonomisinde yeni bir dönemin kapılarını aralamıştır. Bu süreç, sağlık sistemlerinin geleneksel maliyet kontrolü anlayışıyla yönetilemeyeceğini açık biçimde göstermiştir. Dayanıklılık, sürdürülebilirlik ve adalet kavramları, bundan sonraki dönemde sağlık politikalarının merkezinde yer alacak temel ilkeler haline gelmiştir. Sağlık sistemlerinin dayanıklılığının krizlere uyum sağlama kapasitesi, şoklardan toparlanabilme gücü ve adil finansman mekanizmalarının etkinliği üzerinden değerlendirileceği söylenebilir. Pandemi sonrası dönemde sağlık ekonomisinin yapı taşları şu şekilde özetlenebilir:

- **Krizlere hazırlıklı esnek finansman modelleri**; ani şokların maliyetlerini absorbe edebilecek ve sağlık bütçelerinde istikrar sağlayacak mekanizmaların ön plana çıkacağı düşünülmektedir.
- **Dijital sağlık yatırımları ve veri temelli yönetim**; tele-sağlık, elektronik sağlık kayıtları, yapay zekâ destekli hasta yönetimi ve büyük veri analitiği aracılığıyla hem maliyetlerin azaltılması hem de hizmet kalitesinin artırılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.
- **Ulusal ve uluslararası dayanışmanın güçlendirilmesi**; kriz fonları, risk havuzları ve çok taraflı girişimlerin güçlendirilmesi yoluyla küresel sağlık güvenliğini destekleyeceği düşünülmektedir.
- **Adil finansman ve eşit erişim politikaları**; yalnızca mali sürdürülebilirliği değil, aynı zamanda sosyal adaleti de önceleyen bir sağlık ekonomisi modelini zorunlu kılacağı düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü raporunda da vurgulandığı üzere, küresel sağlık harcamalarının geleceğinde üç ana trend belirleyici olacaktır (World Health Organization, 2023):

1. Kamu Harcamalarının Yeniden Önceliklendirilmesi: Sağlık bütçelerinin genel kamu maliyesi içindeki payının artırılması ve koruyucu hizmetlere daha fazla kaynak ayrılmasıdır.

2. Dijital Sağlık Yatırımlarının Kurumsallaşması: Tele-sağlık, veri analitiği ve yapay zekâ tabanlı çözümlerin sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmesidir.

3. Uluslararası İşbirliği Mekanizmalarının Güçlendirilmesi: Kriz fonları, risk paylaşımı ve dayanışma girişimlerinin küresel sağlık güvenliği mimarisine entegre edilmesidir.

KAYNAKLAR

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74(11), 964–968.

Forman, R., Atun, R., McKee, M., & Mossialos, E. (2021). 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy*, 125(5), 577–584.

Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and health care's digital revolution. *New England Journal of Medicine*, 382(23), e82.

Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912.

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611.

Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., Cook, A. R., Hsu, L. Y., Shibuya, K., & Heymann, D. (2020). Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?. *The Lancet*, 395(10227), 848–850.

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery*, 78, 185–193.

Norheim, O. F. (2016). Ethical priority setting for universal health coverage: challenges in deciding upon fair distribution of health services. *BMC Medicine*, 14(1), 75.

Economic Co-Operation and Development. (2021). *OECD Health Statistics 2021*. Paris: Economic Co-Operation and Development Publishing.

Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113, 110-119.

Savedoff, W., de Ferranti, D., Smith, A. L., & Fan, V. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*, 380(9845), 924–932.

Thunström, L., Newbold, S. C., Finnoff, D., Ashworth, M., & Shogren, J. F. (2020). The benefits and costs of using social distancing to flatten the curve for COVID-19. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 11(2), 179–195.

World Bank. (2021). *Global economic prospects, june 2021*. Washington: World Bank Publications.

World Health Organization. (2018a). *New perspectives on global health spending for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018b). *Public spending on health: A closer look at global trends*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Global spending on health: Rising to the pandemic's challenges*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Global spending on health: Coping with the pandemic*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Global spending on health emerging from the pandemic*. Geneva: World Health Organization.

OBEZİTENİN EKONOMİK YÜKÜ: SİSTEMATİK DERLEME

Kurtca Mehmet UĞURLU[1]

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi "sağlık açısından risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi" olarak tanımlamakta ve bu durumu kronik, tekrarlayıcı bir hastalık olarak sınıflandırmaktadır (Alqahtani ve ark., 2023). Aşırı kilo, vücutta sağlığı tehdit edecek düzeyde yağ dokusu birikimini ifade eder. Obezite, metabolik, endokrin ve yapısal boyutları olan karmaşık bir sağlık sorunu olup; tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, osteoporoz, infertilite ve çeşitli kanser türleri gibi çok sayıda hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca bireylerin fiziksel hareketliliğini ve uyku düzenini bozarak yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya yol açmaktadır. Aşırı kilo ve obezitenin değerlendirilmesinde temel ölçütlerden biri olan vücut kitle indeksi (VKİ), bireyin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır [VKİ = kg/m^2]. VKİ, vücut yağ oranını doğrudan ölçmese de obezitenin belirlenmesinde yaygın biçimde kullanılan dolaylı bir göstergedir. Bununla birlikte, bel çevresi gibi ek antropometrik ölçümler de tanının doğruluğunu artırmak amacıyla tamamlayıcı veri sağlamaktadır (WHO, 2025).

Obezite, vücut ağırlığının bireyin boy uzunluğuna göre olması gereken sınırların üzerine çıkması ve beden kitle indeksi (BKİ) kullanılarak değerlendirilen, sağlığı tehdit edecek düzeyde aşırı yağ birikimiyle karakterize kronik ve multifaktöriyel bir hastalıktır (Büyükerkmen ve ark., 2021). Bu durum, özellikle sanayileşmiş ülkeler başta olmak üzere gelişmekte olan toplumlarda da giderek artan bir prevalans göstermekte ve 2017 itibarıyla küresel düzeyde bir halk sağlığı krizi, hatta pandemi boyutuna ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, aşırı kilo ve obeziteyi, sağlık açısından risk teşkil eden anormal veya fazlalık yağ dokusu birikimi olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda, vücut kitle indeksinin (VKİ) 25'in üzerinde olması bireyin aşırı kilolu, 30'un üzerinde olması ise obez kategorisinde değerlendirilmesine yol açmaktadır. Nitekim 2019 yılı verilerine göre, küresel ölçekte yaklaşık 5 milyon bulaşıcı olmayan hastalık (NCD) kaynaklı

[1] Öğretim Görevlisi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Şavşat MYO, Dijital Sağlık Sistemleri Teknikerliği, Orcid: 0000-0001-9909-7962, kurtcamehmetugurlu@artvin.edu.tr

ölüm, optimal sınırların üzerinde VKİ değerine sahip bireylerde meydana gelmiştir (WHO, 2025).

Ekonomik yük, bir hastalığın toplumsal düzeyde yol açtığı toplam maliyetin; doğrudan sağlık harcamaları, dolaylı üretkenlik kayıpları ve maddi olmayan (gayri maddi) etkiler dahil edilerek hesaplandığı bütüncül bir maliyet değerlendirme göstergesidir. Obezite, sağlık sistemlerine getirdiği mali baskılar, iş gücü kaybına neden olan üretkenlik düşüşü ve bireylerin yaşam kalitesinde yol açtığı gerileme nedeniyle küresel düzeyde öncelikli bir halk sağlığı ve ekonomi sorunu olmaya devam etmektedir (Sweis, 2024). OECD (2019) tarafından gerçekleştirilen uluslararası düzeydeki araştırmalar, obezitenin yalnızca sağlık hizmetleri üzerindeki yükü değil, aynı zamanda iş gücü verimliliğindeki azalma nedeniyle de ülkeler açısından yüksek maliyetler doğurduğunu ortaya koymuştur. Türkiye özelinde gerçekleştirilen güncel çalışmalar ise, obezitenin hem doğrudan sağlık harcamaları hem de dolaylı maliyet unsurları açısından ciddi bir ekonomik etki yarattığını ve bu etkinin yıllık bazda milyar dolar seviyelerine ulaştığını göstermektedir (Kaya ve ark., 2020; Sağlık Bakanlığı, 2022).

Bu sistematik derleme çalışmasında, öncelikle obezite ve obezitenin ekonomik yüküne ilişkin kavramsal çerçeve detaylandırılacak; ardından hem küresel düzeyde hem de Türkiye özelinde güncel istatistiksel veriler sunulacaktır. Son bölümde ise, obezitenin ekonomik etkilerini değerlendiren ulusal ve uluslararası çalışmalar sistematik biçimde incelenerek literatürdeki eğilimler ortaya konulacaktır. Derleme kapsamında yer verilen çalışmaların yöntemsel özellikleri analiz edilecek; araştırmalar ayrıntılı biçimde ele alınarak bütüncül bir değerlendirme yapılması amaçlanmaktadır.

2. Kavramsal Çerçeve

Obezite ve obezite ile ilişkili hastalıklar, dünya genelinde önde gelen mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almakta olup, küresel halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Yiğit ve Yiğit, 2019). Aşırı kilo, bireyin vücudunda fizyolojik sınırların ötesinde yağ birikimiyle karakterize edilen bir durumdur. Obezite ise, bu yağ birikiminin sağlığı olumsuz yönde etkileyecek düzeyde olmasıyla tanımlanan, kronik ve multifaktöriyel bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi "sağlık açısından risk teşkil eden anormal veya aşırı yağ birikimi" şeklinde tanımlamakta ve bu durumu tekrarlayıcı nitelikte bir kronik hastalık olarak sınıflandırmaktadır. Aşırı kilo ve obezitenin tanı süreci, bireylerin boy ve ağırlık ölçümlerine dayalı olarak hesaplanan vücut kitle indeksi (VKİ) ile gerçekleştirilmektedir [VKİ = kg/m^2]. VKİ, doğrudan yağ oranını ölçmemekle birlikte, obezitenin değerlendirilmesinde

yaygın olarak kullanılan bir gösterge niteliğindedir. Ayrıca bel çevresi gibi tamamlayıcı antropometrik ölçümler, obezite tanısının doğruluğunu artırmak amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır (WHO, 2025).

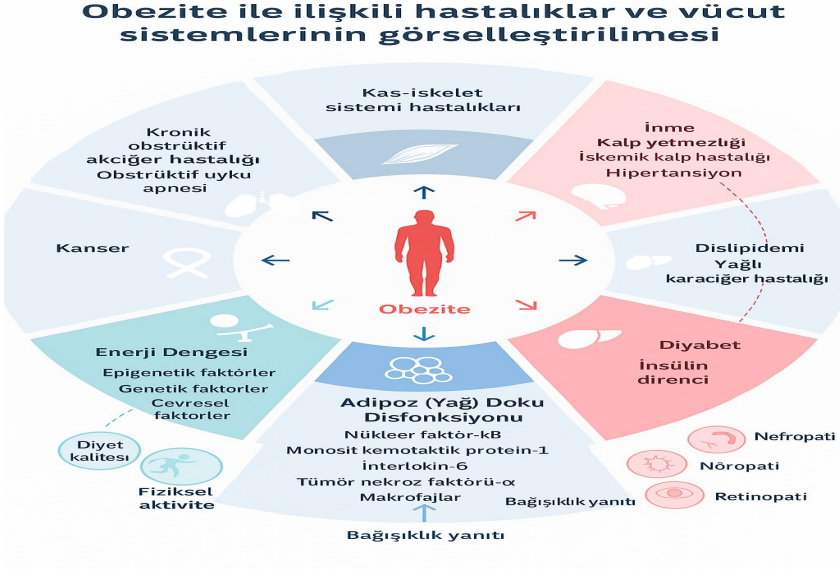
Bireylerin beden kitle indeksi (BKİ) değerine göre ağırlık durumları çeşitli kategorilere ayrılmaktadır. Buna göre, BKİ'nin 18,5'in altında olması zayıflık; 18,5–24,9 aralığında olması normal (sağlıklı) kilo; 25,0–29,9 aralığında olması fazla kilo; 30,0–34,9 aralığında olması birinci derece obezite; 35,0–39,9 aralığında olması ikinci derece obezite ve 40,0 ve üzeri değerler ise üçüncü derece (morbid) obezite olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 2025). Obezitenin ortaya çıkmasında çok boyutlu nedenler rol oynamaktadır. Bu nedenler arasında genetik yatkınlık, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, düşük fiziksel aktivite düzeyi ve sedanter yaşam tarzı öne çıkmaktadır. Ayrıca hormonal ve psikolojik faktörler, yüksek kalorili ve işlenmiş gıdaların aşırı tüketimi, ulaşım biçimlerinin değişimi, hızlı kentleşme, sağlıklı yaşamı destekleyen politikaların yetersizliği ve dengeli beslenmeye erişim güçlükleri de obezitenin gelişiminde belirleyici etmenler arasında yer almaktadır (Wikipedia, 2025).

Obezitenin önlenmesi ve yönetimine yönelik çeşitli müdahale stratejileri literatürde ön plana çıkmaktadır. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması, düzenli fiziksel aktiviteye dayalı yaşam tarzının benimsenmesi, yapılandırılmış diyet programlarının uygulanması, farmakolojik tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda bariyatrik cerrahi müdahalelere başvurulması, öne çıkan temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Obezite; tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi, solunum ve gastrointestinal sistem bozuklukları ile belirli kanser türleri gibi birçok kronik hastalıkla doğrudan ilişkili bir risk faktörüdür. Bu komorbid durumların bir kısmı, yüksek ölüm oranları ve sağlık sistemine getirdikleri ekonomik yük nedeniyle halk sağlığı açısından ciddi tehdit oluşturmaktadır. Ayrıca, obeziteye bağlı sağlık komplikasyonları erken mortalite riskini de önemli ölçüde artırmaktadır. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları ve ilgili risk faktörleri, DSÖ Avrupa Bölgesel Obezite Raporu (2022) temel alınarak Şekil 1'de de gösterildiği üzere şunlardır:

- İnsülin direnci – Hiperinsülinemi
- Tip 2 Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)
- Hipertansiyon (yüksek tansiyon)
- Koroner arter hastalığı
- Hiperlipidemi – Hipertrigliseridemi (Kan Yağlarının Yükselmesi)
- Metabolik sendrom
- Safra kesesi hastalıkları

- Bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri)
- Osteoartrit
- Felç
- Uyku apnesi
- Karaciğer yağlanması
- Astım
- Solunum zorluğu
- Gebelik komplikasyonları
- Menstruasyon düzensizlikleri
- Aşırı kıllanma
- Ameliyat risklerinin artması
- Ruhsal sorunlar (Anoreksiya nevroza (yemek yememe) veya Blumia nevroza (kusarak yediği besinlerden yararlanmama), Binge eating (tıkınırcasına yeme), gece yeme sendromu gibi ortaya çıkabilir veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma)
- Toplumsal uyumsuzluklar
- Özellikle sık aralıklarla ağırlık kaybetme ve kazanma sonucunda deri altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle deri enfeksiyonları
- Kasıklarda ve ayaklarda mantar enfeksiyonları
- Kas-iskelet sistemi problemleri

Şekil 1: Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları/Risk Faktörleri



Kaynak: DSÖ, Avrupa Bölgesel Obezite Raporu, 2022

Obezitenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi; obeziteye sahip bireylerin yaşam kalitesi skorları, normal ağırlığa sahip bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte obez bireylerin fiziksel yaşam kalitesi skorlarında belirgin bir azalma gözlemlenmektedir. Obez bireylerin %44,5'inde en az bir kronik hastalık bulunması, yaşam kalitesinin daha da olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

Ekonomik yük, bir hastalığın ülke veya toplum düzeyinde yarattığı toplam maliyetin (doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve maddi olmayan kayıplar dahil) ölçümünü ifade eder. Obezitenin gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içerisindeki ekonomik etkisi hesaplanabilir. Obezitenin ekonomik yükü, genel olarak hem doğrudan sağlık harcamalarını hem de üretkenlik kayıplarından kaynaklanan dolaylı maliyetleri kapsamaktadır; bu durum, kapsamlı ve bütüncül önleyici stratejilerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Söz konusu yük, obezite ve ilişkili hastalıkların ulusal ekonomiye getirdiği finansal baskıyı yansıtır. Bu maliyetler, sağlık sistemine ayrılan kaynaklar üzerindeki yükün yanı sıra erken ölüm ve sakatlıklar nedeniyle kaybedilen iş gücünü de içerir (Yiğit ve Yiğit, 2019). Obezitenin klinik ve ekonomik sonuçları, özellikle çok sayıda kronik komplikasyon riskinin artmasıyla ilişkilidir. Sadece yüksek morbidite ve mortalite oranları ile değil, aynı zamanda uzman hekimler tarafından uzun süreli farmakoterapi ve multidisipliner yönetim gerektirmesi bakımından da önemli bir yük oluşturmaktadır.

Obezitenin ekonomik yükü, sağlık sistemleri üzerindeki önemli baskıları, üretkenlik kayıplarını ve yaşam kalitesindeki düşüşü nedeniyle küresel düzeyde kritik bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Obezitenin finansal maliyetleri öncelikle kalp hastalıkları, diyabet ve tıbbi bakım, ilaç tedavisi ile hastanede yatış gerektiren belirli kanser türleri gibi ilişkili sağlık durumlarının yönetimine bağlıdır. Ayrıca, iş gücünün devamsızlığı, iş esnasında azalan verimlilik ve erken ölümler sebebiyle ortaya çıkan üretkenlik kayıplarına ilişkin dolaylı maliyetler de bulunmaktadır. Bu ekonomik yük, obezite ve ilişkili hastalıkların ulusal ekonomiye getirdiği maliyeti ifade etmekte olup, hem sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar üzerindeki baskıyı hem de erken ölüm ve sakatlıklar nedeniyle meydana gelen üretkenlik kaybını kapsamaktadır. Obezitenin ekonomik yükünün hesaplanmasında başvurulan yöntemlerden bazıları şunlardır (Sweis, 2024; Aldy ve Viscusi, 2008; Kniesner ve Viscusi, 2005):

- İstatistiksel Yaşam Değeri (Value of Statistical Life- VSL): Obezitenin yol açtığı ölüm riskindeki artış temel alınarak sağlık politikalarının değerlendirilmesini sağlar.

• Kaliteye Göre Düzeltilmiş Yaşam Yılı (Quality-Adjusted Life Year- QALY): Obeziteye bağlı kronik hastalıkların neden olduğu yaşam kalitesi kayıplarını ölçer ve müdahalelerin etkinliği QALY kazanımı ile değerlendirilir.

• Hastalık Yükü (Disability-Adjusted Life Year- DALY): Obezite; kalp hastalığı, diyabet ve bazı kanser türlerine sebep olarak yüksek DALY değerlerine katkıda bulunur.

• Hastalık Maliyeti Analizi (Cost of Illness- COI): Bir hastalığın toplum ve sağlık sistemi üzerindeki toplam ekonomik yükünü ortaya koyar. Obezitenin COI çalışmaları, bireysel ve ulusal sağlık maliyetlerinin büyüklüğünü gösterir.

• Maliyet-Etkililik Analizi (Cost-Effectiveness Analysis- CEA): Sağlık müdahalelerinin maliyetlerini elde edilen sağlık sonuçlarıyla karşılaştırır; özellikle Obeziteye yönelik cerrahi, farmakolojik ve yaşam tarzı müdahalelerinin maliyet-etkililiği ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) hesaplarıyla değerlendirilir.

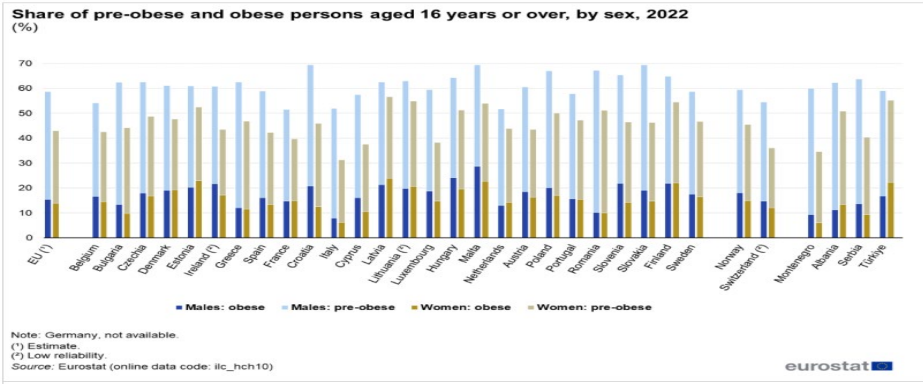
• Maliyet-Yarar Analizi (Cost-Benefit Analysis- CBA): Obezite önleme programlarının toplumsal faydalarının parasal değere dönüştürülmesini sağlar ve tedavi yatırımlarının ekonomik geri dönüşünü analiz eder.

• Markov Modelleri: Kronik hastalıkların uzun vadeli etkilerini ve maliyet-etkililik sonuçlarını simüle eden matematiksel modellerdir; sağlık durumları arasındaki geçiş olasılıkları üzerinden çalışır. Obezitenin uzun dönem sağlık sonuçları ve maliyetleri sıklıkla bu modellerle incelenmektedir.

3. Obezite ile İlgili İstatistikler

Aşırı kilo ve obezite prevalansı hem yetişkinler hem de çocuklar arasında artış göstermeye devam etmektedir. 1990 ile 2022 yılları arasında, 5-19 yaş grubundaki çocuk ve ergenlerde obezite oranı küresel düzeyde %2'den %8'e yükselerek dört kat artış göstermiştir; aynı dönemde 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansı %7'den %16'ya çıkarak iki kattan fazla artmıştır (WHO, 2025). 2022 yılı verilerine göre, 18 yaş ve üzeri yaklaşık 2,5 milyar yetişkin aşırı kilolu olup, bunların 890 milyondan fazlası obezite ile yaşamaktadır. Bu durum, yetişkin nüfusun yaklaşık %43'ünün (erkeklerde %43, kadınlarda %44) aşırı kilolu olduğunu göstermektedir. Aynı yıl dünya genelinde her sekiz bireyden biri obezite ile yaşamaktadır. Yetişkin obezitesi 1990'dan bu yana iki kattan fazla artarken, ergenlik çağındaki obezite oranları dört katına çıkmıştır. 2024 yılı tahminlerine göre, 5 yaş altı yaklaşık 35 milyon çocuk aşırı kilolu durumundadır. Ayrıca, 2022 yılında 5-19 yaş grubundaki 390 milyondan fazla çocuk ve ergen aşırı kilolu olup, bunların 160 milyonu obez olarak kaydedilmiştir. Aşırı kilo ve obezite yaygınlığı bölgesel farklılıklar göstermekte olup, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Güneydoğu Asya ve Afrika Bölgeleri'nde %31 seviyesinde iken, Amerika Bölgesi'nde %67 oranına kadar ulaşmaktadır (WHO, 2025).

Şekil 2: AB Ülkelerinin 16 Yaş Üzeri Obez ve Obez Öncesi Kişilerin Cinsiyete Göre Payı (2022)



Kaynak: Eurostat, 2025

Şekil 2'de, Eurostat tarafından yayımlanan 2022 yılı verileri doğrultusunda Avrupa Birliği ülkeleri ile Avrupa bölgesindeki ülkelerde 16 yaş ve üzeri bireylerin cinsiyete ve ülkelere göre obezite ve aşırı kilo prevalansına ilişkin istatistikler sunulmuştur. Bu verilere göre, AB ortalamasında erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek obezite oranına sahip olduğu; erkek nüfusun yaklaşık %60'ının aşırı kilolu veya obez olduğu, kadınlarda ise bu oranın yaklaşık %45 civarında gerçekleştiği belirlenmiştir. Ülkeler arasında Malta, erkeklerin yaklaşık %30'u ve kadınların yaklaşık %25'i ile en yüksek obezite prevalansına sahip ülke olarak öne çıkmaktadır. Türkiye özelinde yapılan analizlerde ise kadınlarda obezite oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 3: AB Ülkelerinin Cinsiyete ve Yaşa Göre Aşırı Kilolu Kişilerin Payı (2022)

Share of overweight people, by sex and age, 2022
(%)

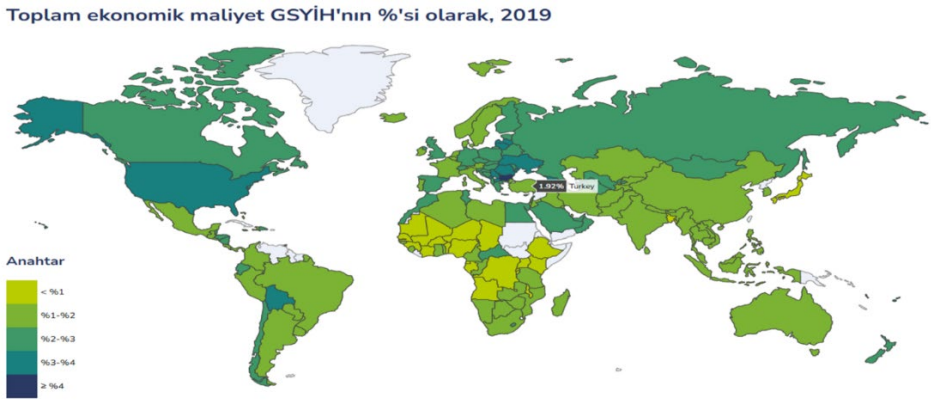
	Males	Females	Total (both sexes)						
	16 years or over		16 years or over	16 to 24 years	25 to 34 years	35 to 49 years	50 to 64 years	65 to 74 years	75 years or over
EU	58.7	43.0	50.6	20.3	37.9	49.8	59.6	63.6	57.7
Belgium	54.1	42.6	48.2	19.4	40.2	50.5	55.8	60.0	52.2
Bulgaria	62.4	44.1	52.9	22.0	38.8	50.9	64.3	66.4	57.2
Czechia	62.6	48.7	55.4	19.5	39.2	55.4	64.9	72.3	66.7
Denmark	61.0	47.6	54.0	30.5	45.8	56.6	62.2	60.5	55.8
Germany									
Estonia	61.0	52.6	56.4	23.0	41.6	53.9	67.9	71.3	66.0
Ireland (:)	60.6	43.5	52.1	21.5	41.7	58.4	61.5	58.8	51.4
Greece	62.5	46.8	54.4	20.5	34.9	49.7	65.2	72.2	64.0
Spain	58.9	42.4	50.4	18.3	35.2	49.2	59.7	63.7	64.0
France	51.5	39.7	45.4	18.3	36.9	44.4	52.5	57.7	52.9
Croatia	69.4	46.9	57.2	21.8	43.3	56.5	67.5	71.2	64.5
Italy	52.0	31.3	41.3	16.4	26.7	38.6	48.6	52.1	51.5
Cyprus	57.6	37.7	47.3	19.0	34.6	49.3	59.6	64.9	59.8
Latvia	62.5	56.7	59.2	16.2	41.4	53.8	71.1	78.8	70.0
Lithuania (:)	63.0	54.9	58.5	20.1	42.6	57.0	69.2	74.3	68.2
Luxembourg	59.4	38.3	49.4	26.8	43.1	47.6	58.7	57.2	59.5
Hungary	64.3	51.4	57.5	23.9	46.1	55.9	68.5	72.1	64.3
Malta	69.4	53.9	62.0	39.5	51.7	62.2	74.6	71.0	66.4
Netherlands	51.7	43.9	47.8	21.3	34.6	48.4	58.8	57.3	54.3
Austria	60.4	43.5	51.8	26.0	39.5	52.2	61.7	63.3	55.6
Poland (:)	66.9	50.0	57.8	22.4	40.9	55.0	70.0	72.8	64.7
Portugal	57.9	47.3	52.3	17.3	35.7	53.3	62.1	65.6	58.3
Romania	67.3	51.1	58.9	19.8	45.5	59.6	71.7	75.1	65.2
Slovenia	65.4	46.5	55.4	32.4	37.1	50.2	63.7	66.9	62.4
Slovakia	69.4	46.4	57.5	25.7	39.8	56.6	69.3	74.4	71.8
Finland	64.8	54.5	59.5	38.0	52.6	58.2	70.3	64.8	58.5
Sweden	58.6	46.7	52.7	27.5	43.7	55.6	63.2	62.8	50.1
Norway	59.6	45.4	52.8	31.4	46.1	56.3	62.1	60.4	51.5
Switzerland (:)	54.4	36.0	45.2	24.8	34.3	45.8	51.9	52.9	49.3
Serbia	60.0	34.6	47.0	21.4	37.1	49.1	61.0	59.4	48.6
Türkiye	63.8	40.5	51.8	22.4	38.3	51.4	63.6	64.3	53.7

(:) Low reliability.
Source: Eurostat (online data code: ilc_hch10)
eurostat

Kaynak: Eurostat, 2025

Şekil 3'te, Avrupa Birliği ülkelerinde yaş gruplarına göre aşırı kilolu bireylerin oranları gösterilmektedir. Ülkelerin ortalama doğumda beklenen yaşam süresi dikkate alındığında, 65-74 yaş aralığındaki bireylerin bağımlı nüfus kapsamında yer aldığı ve bu yaş grubundaki aşırı kilololuk oranının AB genelinde ortalama %63,6 seviyesinde olduğu görülmektedir. Bu durum, aşırı kilololuğun önümüzdeki dönemde önemli ekonomik ve finansal yükler doğuracağına işaret etmektedir. İncelenen ülkeler arasında Türkiye'nin, tüm yaş gruplarında Avrupa Birliği ortalamalarının üzerinde obezite prevalansına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, bağımlı nüfus içerisindeki obezite oranlarının daha yüksek olması hem mevcut hem de gelecekteki ekonomik yüklerin artacağına dair önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir.

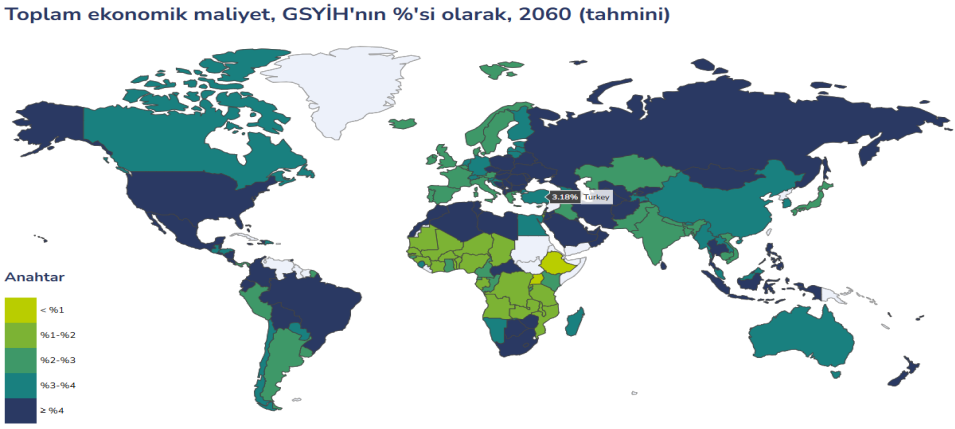
Şekil 4: Ülkelerin Obezitenin GSYİH İçindeki Yükünün Renksel Gösterimi (2019)



Kaynak: Word Obesity, 2025

Şekil 4'te, 2019 yılına ait veriler kullanılarak obezitenin gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içerisindeki ekonomik yükü renk kodları ile görselleştirilmiştir. Bu kapsamda, obezitenin GSYİH'ya oranı en yüksek düzeyde Bulgaristan'da %4,25 olarak belirlenmiş ve bu ülke koyu mavi renkle temsil edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oran %3,3 iken, Türkiye'de %1,92 olarak hesaplanmıştır.

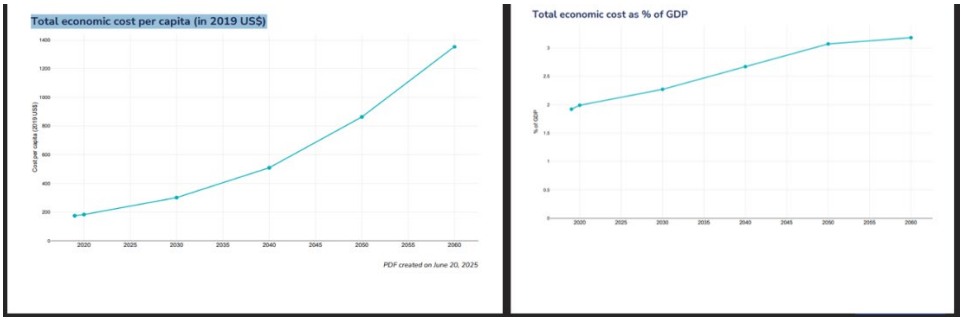
Şekil 5: Ülkelerin Obezitenin GSYİH İçindeki Yükünün Renksel Gösterimi (2060, Tahmini)



Kaynak: Word Obesity, 2025

Şekil 5'te, obezitenin 2060 yılına ilişkin gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içerisindeki tahmini ekonomik yükü renk kodlarıyla gösterilmektedir. Bu analizler ışığında, dünya genelindeki çoğu ülkenin obezite kaynaklı ekonomik yükünün GSYİH'nın %3'ünü aşacağı öngörülmektedir. Türkiye özelinde ise, 2060 yılına kadar obezitenin ekonomik etkilerinin 132,53 milyar Amerikan Doları seviyesine ulaşması beklenmektedir. Bu rakam, Türkiye'nin GSYİH'sının yaklaşık %3,18'ine tekabül etmekte olup, obezitenin ekonomik yükünün toplam maliyetler açısından dokuz katlık bir artışa işaret ettiği değerlendirilmektedir (World Obesity, 2025).

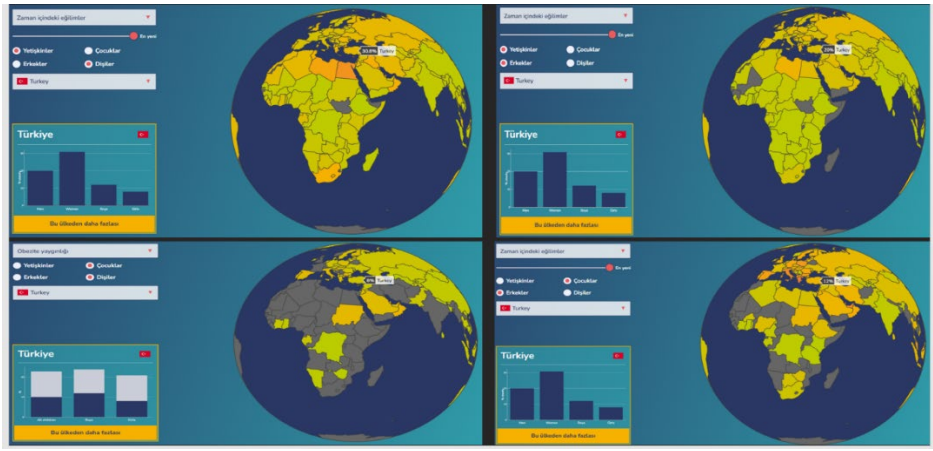
Şekil 6: Türkiye'de Obezitenin 2020-2060 Yılları Arasındaki Kişi Başı ve GSYİH İçindeki Ekonomik Yükünün Değişimi



Kaynak: Word Obesity, 2025

Türkiye'de 2019 yılı itibarıyla aşırı kilo ve obezitenin ekonomik etkisinin yaklaşık 14,64 milyar Amerikan Doları düzeyinde olduğu tahmin edilmiştir. Bu tutar, kişi başına ortalama 175 ABD doları harcamaya ve gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) %1,9'una karşılık gelmektedir. Toplam maliyetlerin %17,4'ü doğrudan sağlık harcamalarından, %82,6'sı ise üretkenlik kaybı gibi dolaylı maliyetlerden oluşmaktadır. 2060 yılına gelindiğinde ise kişi başına düşen ekonomik yükün yaklaşık 1.353 ABD doları seviyesine ulaşacağı, GSYİH içindeki payının ise %3 civarında gerçekleşeceği öngörülmektedir (World Obesity, 2025).

Şekil 7: Word Obesity Verileri Çerçevesinde Türkiye'de Obeziteli Bireylerin Oranları (2022)



Kaynak: Word Obesity, 2025

Şekil 7'de, World Obesity tarafından yayımlanan 2022 yılı Türkiye verilerine dayalı olarak obezite oranları sunulmuştur. Bu veriler doğrultusunda, Türkiye'de yetişkin kadınlarda obezite oranı %30,8, yetişkin erkeklerde ise %20 olarak belirlenmiştir. Çocuklarda ise kızların %8'inin, erkek çocuklarının ise %12'sinin obezite ile yaşadığı tespit edilmiştir.

Boy ve kilo ölçümlerinden elde edilen vücut kitle indeksi (VKİ) verileri incelendiğinde, 15 yaş ve üzeri nüfusta obezite oranı 2019 yılında %21,1 iken, 2022 yılında %20,2'ye gerilemiştir. Cinsiyet bazında değerlendirildiğinde ise 2022 yılı itibarıyla kadınların %23,6'sının obez, %30,9'unun fazla kilolu (obezite öncesi), erkeklerin ise %16,8'inin obez ve %40,4'ünün fazla kilolu olduğu gözlemlenmiştir (TÜİK, 2022).

4. Obezitenin Ekonomik Yükü ve VSL Modeliyle ile İlgili Sistematik Derleme

Obezitenin ekonomik yüküne ilişkin ulusal ve uluslararası literatür sistematik olarak taranmış, belirlenen dahil etme kriterlerine uygun çalışmalar detaylı biçimde incelenmiştir. Elde edilen bulgular özet tablolar halinde düzenlenmiş ve sistematik derlemeler doğrultusunda analiz edilmiştir.

Yapılan sistematik derlemeler, obezitenin toplam sağlık harcamaları içindeki payının %0,7 ile %2,8 arasında değiştiğini ve obez bireylerin sağlık harcamalarının, normal kilolu bireylere kıyasla yaklaşık %30 oranında daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Chaikledkaew ve ark., 2023; Nilsson ve ark., 2017; Withrow ve Alter, 2011). Ayrıca, obezitenin yol açtığı dolaylı maliyetlerin — özellikle iş gücü kaybı gibi üretkenlik kayıplarının — çoğu durumda doğrudan sağlık harcamalarından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Chaikledkaew ve ark., 2023; Ling ve ark., 2022).

Çocukluk çağı obezitesinin, bireylerin yetişkinlik döneminde daha yüksek sağlık harcamalarına ve yaşam boyu süren artan ekonomik yükle karşı karşıya kalmalarına neden olduğu vurgulanmaktadır (Ling ve ark., 2022). Elde edilen bulgular, obezitenin ekonomik etkilerinin ülkeler düzeyinde giderek genişlediğini ve kullanılan yöntemlere bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, halk sağlığını destekleyen politikaların geliştirilmesine yönelik yatırımların, toplumsal dirençliliğin sürdürülmesi açısından büyük önem taşıdığını ortaya koymaktadır (Sweis, 2024; Chaikledkaew ve ark., 2023; Nilsson ve ark., 2017).

Obezitenin ekonomik yükü, ülkelerin gelir düzeylerine bağlı olarak önemli farklılıklar göstermektedir. Kişi başına düşen maliyet, yüksek gelirli ülkelerde belirgin şekilde daha yüksek olup; 2019 yılı itibarıyla bu değer Afrika kıtasında ortalama 20 ABD doları iken, Amerika kıtasında 872 ABD dolarına, yüksek gelirli ülkelerde ise 1.110 ABD dolarına ulaşmaktadır. Buna karşılık, düşük gelirli ülkelerde kişi başına maliyet yalnızca 6 ABD doları seviyesindedir. Ancak dikkat çeken bir diğer bulgu, ekonomik büyümeye paralel olarak obezitenin mali yükünün düşük ve orta gelirli ülkelerde çok daha hızlı bir artış gösterdiğidir. Mevcut projeksiyonlara göre, 2060 yılına kadar bu ülkelerde obezite kaynaklı toplam ekonomik yükün 12 ila 25 kat arasında artacağı öngörülürken, yüksek gelirli ülkelerdeki artışın yaklaşık dört katla sınırlı kalması beklenmektedir (Powis ve ark., 2022; Okunogbe ve ark., 2021).

Obezitenin toplam ekonomik yükü, ülkelerin gayri safi yurt içi hasılasının (GSYİH) %0,05 ile %2,4'ü arasında değişmekte olup, bu maliyetin önemli bir kısmı doğrudan sağlık harcamalarının yanı sıra dolaylı etkilerden, özellikle iş gücü kaybından kaynaklanmaktadır (Chaikledkaew ve ark., 2023). Artan sağlık harcamaları ve üretkenlik kayıpları, ülkelerin sağlık sistemlerinin kapasitesi ve ekonomik koşulları doğrultusunda farklılık göstermekte olup, bu durum özellikle

düşük ve orta gelirli ülkelerde obeziteyle mücadeleye yönelik müdahalelerin ekonomik açıdan daha acil ve öncelikli hale gelmesine neden olmaktadır (Powis ve ark., 2022; Okunogbe ve ark., 2021). Genel olarak değerlendirildiğinde, obezitenin ekonomik etkileri hem ülke düzeyindeki sosyoekonomik koşullara hem de obezite prevalansındaki artış hızına bağlı olarak çeşitlenmekte ve özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önümüzdeki yıllarda çok daha ciddi bir halk sağlığı ve ekonomik problem haline gelme potansiyeli taşımaktadır (Chaikledkaew ve ark., 2023; Powis ve ark., 2022; Okunogbe ve ark., 2021).

Gelir eşitsizlikleri, obezite prevalansındaki artışla birlikte hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmaktadır. Düşük gelirli bireyler ve topluluklar, obeziteye karşı daha savunmasız bir konumda bulunmakta; bu durum sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlılıklar ve kronik hastalıkların daha yüksek prevalansı ile sonuçlanmaktadır. Yapılan araştırmalar, vücut kitle indeksi (VKİ) 30'un üzerinde olan bireylerdeki her bir puanlık artışın, gelirde yaklaşık %2'lik bir azalma ve sağlık harcamalarında %4'lük bir artışla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, düşük gelirli bireylerin hem gelir kaybı hem de artan sağlık giderleri açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (Højgaard ve ark., 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen araştırmalar, obeziteye bağlı sağlık harcamalarının demografik faktörler, özellikle yaş, cinsiyet ve etnik köken doğrultusunda farklılık gösterdiğini ortaya koymakla birlikte, bu maliyetlerin düşük gelirli ve dezavantajlı gruplarda daha hızlı arttığını göstermektedir (Xue ve ark., 2020; Cawley ve ark., 2018). Ayrıca, obezitenin toplam ekonomik yükünün önemli bir bölümünü dolaylı maliyetler oluşturmaktadır; bu kapsamda iş gücü kaybı ve azalan üretkenlik gibi faktörler, düşük gelirli kesimlerde ekonomik yükün daha belirgin şekilde yükselmesine yol açmaktadır (Chaikledkaew ve ark., 2023; Højgaard ve ark., 2017). Sonuç olarak, gelir eşitsizlikleri, obezite kaynaklı sağlık harcamalarının artışını tetikleyerek hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ekonomik yükün adaletsiz dağılımına neden olmaktadır (Chaikledkaew ve ark., 2023; Xue ve ark., 2020; Cawley ve ark., 2018; Højgaard ve ark., 2017).

2024 yılına ilişkin veriler, obezitenin ekonomik yükünün küresel ölçekte önemli boyutlara ulaştığını ortaya koymaktadır. Obezite, ülkelerin gayri safi yurtiçi hasılasının (GSYİH) %0,05 ile %2,42'si arasında değişen oranlarda ekonomik kayıplara neden olmakta olup, bazı durumlarda bu oranın %3'ü aşabileceği belirtilmektedir (Chaikledkaew ve ark., 2023; Powis ve ark., 2022; Okunogbe ve ark., 2021). 2019 yılında obezite ve aşırı kilonun küresel ekonomik etkisi GSYİH'nın %2,19'u olarak hesaplanırken, mevcut eğilimlerin devam etmesi halinde bu oranın 2060 yılında %3,29'a ulaşması beklenmektedir (Powis ve ark., 2022). Obezitenin ekonomik yükü yalnızca doğrudan sağlık harcamalarıyla sınırlı kalmayıp, iş gücü

kaybı, üretkenlik azalması ve erken ölümler gibi dolaylı maliyetleri de kapsamaktadır; birçok çalışma dolaylı maliyetlerin toplam yük içerisinde önemli bir paya sahip olduğunu göstermektedir (Chaikledkaew ve ark., 2023; Ling ve ark., 2022; Højgaard ve ark., 2017).

Çocukluk döneminde ortaya çıkan obezite, önemli bir ekonomik sorun teşkil etmekte olup, kişi başına düşen yıllık sağlık harcamalarında belirgin bir artışa ve yaşam boyu süren yüksek maliyet artışına yol açmaktadır (Ling ve ark., 2022). Obeziteyle ilişkili tedavi giderleri, obezitenin doğrudan etkilerinden daha kalıcı olup, sağlık harcamaları üzerinde ciddi bir mali yük oluşturmaktadır (Nagi ve ark., 2025; Spandonaro ve ark., 2021; Abul-Magd ve ark., 2021). Bu durum özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ekonomik yükün önümüzdeki yıllarda katlanarak artacağı yönünde öngörülerle desteklenmektedir (Powis ve ark., 2022; Okunogbe ve ark., 2021). Obezitenin önlenmesi ve kontrolü, sağlık harcamalarının azaltılması ve toplumsal refahın artırılması açısından acil bir halk sağlığı önceliği olarak kabul edilmektedir (Chaikledkaew ve ark., 2023; Nilsson ve ark., 2017).

Obezite, küresel çapta sağlık harcamalarında kayda değer bir artışa yol açmaktadır. Sistematik derlemeler ve meta-analizler, obezitenin ülkelerin toplam sağlık harcamalarına %0,7 ile %7 arasında ek yük getirdiğini ortaya koymakta olup, bazı ülkelerde, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oranın %7'nin üzerine çıktığı raporlanmıştır (Chaikledkaew ve ark., 2023; Cawley ve ark., 2018). Obez bireylerin sağlık harcamaları, normal kilolu bireylerle kıyaslandığında yaklaşık %30 ila %100 arasında daha yüksek olmakta ve bu fark obezitenin şiddeti arttıkça daha da belirginleşmektedir (Zvenyach ve ark., 2021; Withrow ve ark., 2011). Obeziteye bağlı ek maliyetler; hastane yatışları, poliklinik hizmetleri, ilaç tüketimi ve uzun dönem bakım gibi sağlık hizmetleri alanlarında yoğunlaşmaktadır (Ling ve ark., 2022; Xue ve ark., 2020; Lehnert ve ark., 2013). Özellikle morbid obezite durumu, sağlık harcamalarını neredeyse iki katına çıkarabilmektedir (Zvenyach ve ark., 2021). Ayrıca, obezitenin dolaylı maliyetleri, örneğin iş gücü kaybı ve azalan üretkenlik gibi, doğrudan sağlık harcamalarından daha yüksek seviyelerde gerçekleşebilmektedir (Chaikledkaew ve ark., 2023).

4.1. Web Of Science Veri Tabanında Taranan "Obezitenin Ekonomik Yükü" Konulu Çalışmalar

Web of Science (WOS) veri tabanında obezitenin ekonomik yükü konusundaki literatür sistematik olarak taranmış ve belirlenen dahil etme kriterlerine uygun, yüksek kaliteye sahip toplam 24 çalışma analiz kapsamına alınmıştır. İlgili çalışmaların yayın yılı, yazar(lar), başlık, metodoloji ve kısa özet bilgileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: WOS'ta Taranan Obezitenin Ekonomik Yükü Konulu Bazı Çalışmaların Derlemesi

Yıl	Yazar İsmi	Makale İsmi	Metot	Özet Bulgu
2016	Yates vd.	The Economic Burden of Obesity in Germany: Results from the Population-Based KORA Studies	Beş popülasyon bazlı KORA çalışmasından (F3, F4, Age 1, Age 2 ve FoLu) toplanan veriler kullanılarak (n=9,216 katılımcı). Katılımcılar demografik, hastalık, sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç bilgileri için görüşüldü. BMI, WHO tanımlarına göre sınıflandırıldı. Yıllık maliyetler için genelleştirilmiş tahmin denklemi (GEE) gama regresyon modeli kullanıldı.	**Doğrudan tıbbi maliyetler BMI grubu arttıkça tekdüze bir şekilde arttı**, obezite seviyesi I'den III'e kadar normal kilolu gruba göre önemli bir artış gösterdi, ancak pre-obez grup için bu durum gözlenmedi. Özellikle genel pratisyen ziyaretleri ve ilaç maliyetlerinde belirgindi. **Dolaylı maliyetler, pre-obez gruptan başlayarak zaten önemli ölçüde yüksekti** ve obez sınıf II ve III katılımcılar için daha da arttı. Çalışma, sonuçların obezitenin gerçek tıbbi maliyetlerini **muhtemelen hafife aldığını** belirtiyor.
2024	Oksuz vd.	Annual Health Expenditures by Body Mass Index Categories and the Economic Impact of Obesity in Türkiye: A Retrospective Modeling Study	İki aşamalı bir geriye dönük modelleme çalışması. Birinci adımda, Türkiye'deki yetişkinlerin BMI kategorilerine göre yıllık sağlık hizmeti kullanımı ve harcamaları TurkStat Türkiye Sağlık Araştırması (THS) verileri kullanılarak analiz edildi. İkinci adımda, obezite ve 17 hastalık/15 malignite ile ilgili veriler kullanılarak obezitenin mevcut ve gelecekteki ekonomik etkileri tahmin edildi. Maliyetler 2021 PPP (Satın Alma Gücü Paritesi) ABD doları değerlerine göre ayarlandı.	Obezite Türkiye'de **önemli bir ekonomik yük** oluşturmaktadır. Toplam ekonomik yük PPP 66.9 milyar olarak tahmin edildi, bu da brüt ulusal ürünün **%2.6'sına** tekabül ediyor. Obezitenin doğrudan tıbbi maliyeti, Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının **%8.4'üne** karşılık gelmektedir. **Dolaylı maliyetler, toplam ulusal obezite maliyetinin temel maliyet sürücüsüdür**. Obezite oranında %5'lik bir düşüşün 30 yılda PPP 88 milyar tasarruf sağlayabileceği, %5'lik bir artışın ise PPP 153 milyar maliyet artışına neden olabileceği öngörüldü.
2008	Zhao vd.	Economic burden of obesity-related chronic diseases in Mainland China	Kategorik değişkenler için Ki-kare testleri, sürekli değişkenler için öğrenci t-testleri kullanıldı. Demografik faktörlerin dört hastalıkla ilişkisini incelemek için tanımlayıcı analiz teknikleri ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanıldı.	Kırsal Yunnan Eyaleti, Çin'de obezite prevalansı %7.1, merkezi obezite prevalansı ise %39.1 olarak bulundu. Obezite, diyabet, hipertansiyon, KAH (Koroner Arter Hastalığı) ve felç için **yüksek risk** taşıyordu.
2018	Hales vd.	Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016	Çalışma tasarımı ayrıntılı olarak belirtilmemiştir, ancak popülasyonun demografik özelliklerini ve komorbid durumlarını inceleyen gözlemsel bir çalışmadır.	Çalışma popülasyonunun demografik özelliklerini ve komorbid durumlarını (Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diyabet, Kalp hastalığı, KOAH) göstermektedir. Popülasyonun %56.2'sinde hipertansiyon, %54.9'unda hiperlipidemi, %16.8'inde diyabet, %32.1'inde kalp hastalığı ve %9.0'ında KOAH bulunmaktaydı. Kadınların oranı %55.9 idi.
2023	H.A. Al-Omar vd.	The impact of obesity in Saudi Arabia: healthcare resource use and costs associated with obesity-	Obezite prevalansını ve Tip 2 Diyabet (T2D), Kardiyovasküler Hastalık (CVD), Non-alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı (NAFLD), Obstrüktif Uyku Apnesi (OSA), kısırlık, Polikistik Over Sendromu	Suudi Arabistan'da obezite prevalansı yüksek olup, farklı çalışmalar ve bölgeler arasında **geniş farklılıklar** göstermektedir. Obez bireylerde T2D prevalansı %4.5 ila %60.7 arasında değişmekteydi. Hipertansiyon

Yıl	Yazar İsmi	Makale İsmi	Metot	Özet Bulgu
		related complications.	(PCOS) ve osteoartrit gibi obezite ile ilişkili komplikasyonları (ORC) değerlendirmek için sistematik literatür taraması (SLR) yapıldı.	prevalansı %12.1 ila %67.6, hiperkolesterolemi %8.6 ila %51.3, NAFLD %1.1 ila %85.1 ve OSA %2.3 ila %82.8 arasında değişmekteydi. Obez erkeklerde kısırlık %45.5, obez kadınlarda ise %36.3 ila %48 arasında bildirildi.
2023	Didem Pekkurnaz	Causal effect of obesity on the probability of employment in women in Turkey	2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TDHS) verileri kullanılarak enstrümantal değişken (IV) yaklaşımı uygulandı. İki enstrüman kullanıldı: (i) il düzeyinde obezite prevalansı ve (ii) en büyük biyolojik çocuğun (5 yaş altı) aşırı kilolu durumu. OLS (doğrusal olasılık modeli) ve 2SLS (iki aşamalı en küçük kareler) tahminleri yapıldı.	**Obez kadınların istihdam edilme olasılığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür**. Bu nedensel etki, çocuğun aşırı kilolu durumu enstrüman olarak kullanıldığında desteklendi. Obezite ayrıca **hizmet sektöründe, tam zamanlı işlerde ve sosyal güvenlikli istihdamda çalışma olasılığını azaltmaktadır**. OLS tahminleri, kadınlar için **gerçek obezite cezasını hafife alıyor olabilir**.
2019	Gil-Rojas, Y., vd.	Burden of disease attributable to obesity and overweight in Colombia	Çalışma tasarımı açıkça belirtilmemiştir, ancak obeziteye bağlı çeşitli komplikasyonlar için Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY'ler) hesaplamayı içeriyor gibi görünmektedir. Ayrıca BMI'nin hastalıklara etkisi için risk oranları kullanılmıştır.	Obeziteye bağlı çeşitli komplikasyonlar (örn. uyku apnesi, bel ağrısı, kısırlık, safra taşları, gastroözofageal reflü hastalığı, karaciğer yağlanması, depresyon) için DALY'leri ve prevalans/risk oranlarını göstermektedir. Listelenen durumlar (diyabet, IHD, hipertansiyon, felç dahil) için toplam DALY'ler 997,371'dir.
2023	Hoogendoorn vd.	The lifetime health and economic burden of obesity in five European countries: what is the potential impact of prevention?	Almanya, Yunanistan, Hollanda, İspanya ve Birleşik Krallık'taki obezitenin uzun vadeli yükünü ve BMI'deki azalmayla ilişkili potansiyel sağlık faydalarını ve sağlık hizmeti maliyetlerindeki değişiklikleri tahmin etmek için bir Markov modeli kullanıldı.	BMI'yi 40 yaşındaki ≥35 kg/m2 BMI'ye sahip bir kohort için 25 kg/m2'ye düşürmek, **yaşam beklentisinde (örn. Almanya'da 3.88 yıl, İspanya'da 4.00 yıl) ve Yaşam Kalitesine Ayarlanmış Yıllarda (QALY) (örn. Almanya'da 4.04, İspanya'da 4.22) önemli kazanımlara** yol açabilir. Bu azalma aynı zamanda tıbbi ve informal bakım maliyetlerinde değişikliklere neden oldu, diyabet, İHD, felç için tıbbi maliyetler tüm ülkelerde önemli ölçüde azaldı (örn. Almanya'da -45,994 €).
2018	Li, Q., vd.	Economic burden of obesity and four obesity-related chronic diseases in rural Yunnan Province, China	Kategorik değişkenler için Ki-kare testleri, sürekli değişkenler için öğrenci t-testleri kullanıldı. Tanımlayıcı analiz teknikleri ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanılarak demografik faktörlerin dört hastalıkla ilişkisi incelendi. Hastalık tüketimi, her bir hastalık için PAF (Popülasyon Atfedilebilir Fraksiyon) ile çarpılarak değerlendirildi.	Obezite prevalansı %7.1, merkezi obezite %39.1 olarak bulundu. Yaş, eğitim ve konut koşulları obezite ve merkezi obezite ile ilişkiliydi. Obezite, diyabet, hipertansiyon, KAH ve felç için yüksek risk taşıyordu. Toplam maliyetler oldukça yüksektir (örneğin diyabet için 30350.8).
2016	Kim vd.	Estimating the Medical Care Costs of Obesity in the United States	Obezite maliyetleri üzerine yayınlanmış 12 makalenin sistematik incelemesi ve 8 tahminin meta-analizi yapıldı. Yaş grupları, istatistiksel modeller ve karıştırıcı faktör ayarlamasının tahmini maliyetler üzerindeki etkisini	Obez bir bireye atfedilen yıllık tıbbi harcama (2014 USD) **1901 dolar** olarak tahmin edildi ve ulusal düzeyde **149.4 milyar dolara** karşılık geldi (havuzlanmış meta-analiz tahmini). Maliyet tahminlerindeki değişkenliğin en önemli iki sürücüsü **yaş grupları ve**

Yıl	Yazar İsmi	Makale İsmi	Metot	Özet Bulgu
			anlamak için ulusal düzeyde temsili Tıbbi Harcama Panel Araştırmaları (MEPS) verileri kullanılarak orijinal bir analiz yapıldı.	**obezite ile ilişkili komorbid durumlar için yapılan ayarlamalardır**. Yıllık maliyetlerin büyüklüğü **kadınlarda erkeklerden daha yüksekti**.
2021	Aboulghate vd.	The Burden of Obesity in Egypt	Yükü tahmin etmek için Popülasyon Atfedilebilir Fraksiyon (PAF) kavramı kullanıldı. Obezite ve komorbiditelerin prevalansını ve obezite atfedilebilir fraksiyonunu tahmin etmek için sistematik olmayan bir inceleme yapıldı. Yalnızca doğrudan sağlık hizmeti maliyetlerine odaklanıldı; doğrudan sağlık dışı maliyetler ve dolaylı maliyetler dahil edilmedi.	Mısır'daki yetişkinler için obezitenin tahmini ekonomik yükü (yalnızca doğrudan sağlık hizmeti maliyetleri) **yılda 62,413 milyon EGP** (2020 EGP cinsinden) idi. Bu, 2022 PPP cinsinden 15,192 milyon dolara veya 2022 GSYİH'sının %0.91'ine denk gelmektedir. Büyük maliyet sürücüleri arasında hipertansiyon (%3.4), iskemik kalp hastalığı (%2.6), depresyon (%0.7) ve felç (%0.4) bulunmaktadır.
2017	Tremmel vd.	Systematic Literature Review: The Economic Burden of Obesity	MEDLINE ve Web of Science veri tabanlarında 2011'den 2016'ya kadar sistematik literatür taraması yapıldı. Obezite ile ilgili mevcut hastalık maliyeti (COI) çalışmaları belirlendi ve analiz edildi.	Obeziteye bağlı hastalık maliyeti çalışmaları incelenmiştir. Farklı çalışmalar analizlerinde çeşitli komorbiditeleri (örn. çeşitli kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, kas-iskelet sistemi bozuklukları, solunum yolu bozuklukları, sindirim sistemi hastalıkları ve zihinsel bozukluklar) içermiştir. Çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklar (örn. ekonomik analiz türü, varsayımlar, bakış açısı, katılımcılar, temel prevalans oranları) değişen sonuçlara yol açmıştır.
2008	Müller-Riemenschneider vd.	Health-economic burden of obesity in Europe	Ulusal istatistiklere ve literatür incelemelerine dayalı sağlık-ekonomik modelleme. Çeşitli Avrupa ülkelerinden (İsveç, Birleşik Krallık, Fransa, Almanya, İsviçre) bulguları özetler.	Avrupa'da fazla kilo prevalansı genellikle %50 civarındadır. Obezite ve ilgili komorbiditeler, sağlık hizmeti harcamaları üzerinde **önemli bir etkiye** sahiptir. 2002 yılında obeziteye bağlı maliyetler Avrupa ülkelerinde değişiklik göstermiştir: Almanya (10.436 milyar €), İtalya (4.748 milyar €), Birleşik Krallık (5.435 milyar €), Fransa (4.324 milyar €), İspanya (1.989 milyar €), Avusturya (916 milyon €), Hollanda (887 milyon €), Yunanistan (863 milyon €).
2025	Vesikansa vd.	Indirect costs constitute a major part of the total economic burden of obesity: a Finnish population-based cohort study	FinHealth 2017 çalışmasından alınan veriler kullanılarak geriye dönük kohort çalışması yapıldı. Hasta izinleri, maluliyet emekli maaşları, rehabilitasyon süreleri ve erken ölüm oranları analiz edildi. BMI grubu ile dolaylı maliyetler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış çok değişkenli modeller kullanıldı.	Finlandiya'da (2017) çalışma çağındaki nüfusun %35,8'i fazla kilolu, %16,6'sı obezite sınıf I ve %8,1'i obezite sınıf II-III idi. Obezite sınıf I, normal kilolu bireylere göre dolaylı maliyetlerin %58 daha yüksek olma riskiyle ilişkiliyken, obezite sınıf II-III %64 daha yüksek riskle ilişkiliydi. Yüksek BMI grupları ayrıca daha yüksek gerçek dolaylı maliyetlere sahipti (Obezite sınıf I: %53 daha yüksek, obezite sınıf II-III: %71 daha yüksek maliyet).
2024	Athanasakis vd.	The economic burden of obesity in 4 south-eastern European countries	Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan ve Sırbistan gibi farklı Avrupa ülkelerinde çeşitli obezite ile ilişkili komplikasyonlar için sağlık hizmeti kaynak kullanımı (HCRU)	Çeşitli obezite ile ilişkili komplikasyonlar için sağlık hizmeti kaynak kullanımı (HCRU) yüzdelerini farklı Avrupa ülkelerinde göstermektedir. Örneğin, kardiyologlar

Yıl	Yazar İsmi	Makale İsmi	Metot	Özet Bulgu
		associated with obesity-related co-morbidities	yüzdelerini gösteren bir tablo sunulmuştur. Veriler hastane yöneticileri veya tedarik personeli ile yapılan uzman görüşmelerinden elde edilmiştir.	obezite ile ilgili anjina vakalarının %15-20'sinde, kalp yetmezliği vakalarının %10-15'inde ve hipertansiyon vakalarının %10'unda yer almaktadır. Çalışma, düşük ve orta gelirli ülkelerde kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyonun ekonomik yükünü vurgulamaktadır.
2024	Nagi M. A., vd.	The Economic Burden of Obesity: A Systematic Review	PRISMA 2020 bildirisine göre PubMed ve Scopus veri tabanlarında Eylül 2016'dan Temmuz 2022'ye kadar sistematik bir inceleme yapıldı. Obezitenin ekonomik yükü (doğrudan, dolaylı, verimlilik maliyetleri) üzerine çalışmalar belirlendi.	**Dolaylı maliyetler hem doğrudan hem de dolaylı maliyetleri içeren yedi çalışmanın beşinde toplam maliyetlerin en önemli bölümünü oluşturdu**. Ancak, incelenen çalışmaların sadece %47'si dolaylı maliyetleri içeriyordu. Pek çok ülkede obezite maliyet tahminlerinin hala eksikliği bulunmaktadır.
2024	Sweis	The economic burden of obesity in 2024'a cost analysis using the value of a statistical life	İstatistiksel Yaşam Değeri (VSL) metodolojisi kullanıldı ve her ülkeye göre uyarlandı. VSL, indirim oranı, tek dönem fayda fonksiyonundaki içbükeylik derecesi, toplam harcama, boş zaman, ücret oranı ve tam servet gibi faktörleri içeren belirli bir formül kullanılarak hesaplandı.	Obezitenin 2024'teki ekonomik yükü **"küresel çapta büyük bir endişe kaynağı"** olmaya devam etmektedir. Çeşitli ülkeler için obezitenin milyonlarca DALY (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları) cinsinden ekonomik yükünü (2024 değerleri) sunmaktadır. Örneğin, ABD için 1603,78 milyon $, Almanya için 297,95 milyon $ ve Birleşik Krallık için 144,78 milyon $ olarak belirtilmiştir.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur, 2025.

Web of Science (WOS) veri tabanları kullanılarak, obezite ve yaşam değeri konularında yayımlanmış çalışmalar titizlikle taranmıştır. "Obesity" başlığını içeren toplam 150.432 çalışma belirlenmiştir. Daha spesifik aramalarla, "Obesity" (başlık) ve "Economic burden" (konu) terimleri kullanıldığında 659 çalışma, "Obesity" (başlık) ve "Economic burden" (başlık) birlikte arandığında ise 81 çalışma tespit edilmiştir. Bu çalışmalardan yayınlandığı derginin çeyrekliği kategorisi Q1, Q2 ve Q3 olan bazı çalışmalar tablo 2'de sunulmuştur.

2021-2025 dönemine ait 34 çalışma arasından en yüksek atıf alan beş çalışma seçilerek değerlendirilmiştir. Bu beş çalışma, yazar/yıl, başlık, atıf sayısı, kullanılan yöntemler ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda özetlenmiş ve tablo 3'te sunulmuştur. Bu yıllar arasında en fazla atıf alan çalışmanın Ling, vd., (2023)'ün hazırladığı "Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis" isimli çalışma olduğu tespit edilmiştir.

4.2. Türkiye'de Yapılan "Obezitenin Yükü ve Obezitenin Maliyetleri" Konulu Çalışmalar

Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tez veri tabanında "Obezite" konusuyla ilgili yapılan taramada toplam 1.333 tez tespit edilmiş olup, 2025 yılına ait 31 farklı

tez yer almaktadır. Sağlık yönetimi alanı filtrelendiğinde ise yalnızca 14 tez bulunduğu ve bunlardan 5'inin obezitenin maliyetleri üzerine odaklandığı belirlenmiştir. Söz konusu beş tezin özet bilgileri tablo 4'te sunulmuştur.

Türkiye'de 2019 yılında Yiğit ve Yiğit tarafından gerçekleştirilen "Obezitenin Ekonomik Yükü" başlıklı çalışma detaylı olarak incelenmiş ve yazar adı, çalışma başlığı, yayın yılı, kullanılan yöntemler ile kısa bulgu ve sonuçlar tablo 5'te özetlenmiştir.

Tablo 2: WOS'ta Taranan Obezitenin Ekonomik Yükü Konulu Bazı Çalışmaların Dergi Çeyrekliklerinin Gösterimi

Yazar (Yıl)	Başlık	Dergi (Endeks)	Q	Kısa Açıklama
Tremmel et al. (2017)	Economic Costs Of Obesity: A Systematic Review	Internatıonal Journal Of Envıronmental Research And Publıc Health (Scı/Sscı)	Q2/Q1	2011-2016 döneminde COI yöntemleriyle obezitenin ekonomik maliyeti çalışılan makaleler incelenmiştir
Ling et al. (2023)	Economic Burden Of Childhood Overweight And Obesity: A Systematic Review And Meta Analysis	Obesity Reviews (SCI)	Q1	Çocukluk çağı obezitesinin medikal maliyetleri ve dolayısıyla COI kapsamında ekonomik yükü içeren 48 makale incelenmiştir.
Butalia et al. (2023)	Health Care Cost Of Severe Obesity And Obesity-Related Comorbidities: A Retrospective Cohort Study From Alberta, Canada	Obesıty Research & Clınıcal Practıce (Scı)	Q3	Aşırı obeziteye bağlı komorbiditelerin sağlık maliyetleri analiz edilmiş; COI temelinde QALY ve yaşam değeri üzerine yorumlar içeriyor. Diyabetli yetişkinler haşin obezite büyük ölçüde, olmayanlara göre daha yüksek maliyetlere sahiptir. Haşin obezite tahmini olarak 453-918 milyon dolarlık ek bir maliyete yol açabilir
Oksuz, vd., (2025)	Annual Health Expenditures by Body Mass Index Categories and the Economic Impact of Obesity in Türkiye: A Retrospective Modeling Study	Endocrınology & Metabolısm (Scı)	Q1	Türkiye'de BMI kategorilerine göre doğrudan ve dolaylı maliyet hesaplaması; 2021 yılında yetişkinlerde obezite ile ilişkili doğrudan ve dolaylı maliyetlerin sırasıyla 27,4 milyar satın alma gücü paritesi (SGP) ve 39,5 milyar olduğu tahmin edildi. Toplam ekonomik yükün 66,9 milyar olduğu tahmin edildi ve bu da gayri safi milli hasılanın %2,6'sına eşdeğerdir. Obezitenin doğrudan tıbbi maliyeti Türkiye'deki toplam sağlık harcamasının %8,4'üne karşılık gelmektedir.
Ferrari, et al. (2022)	Economic Burden Of Overweight	Public Health (SSCI, SCI)	Q1	COI çerçevesinde BMI'yla ilişkili Bulaşıcı olmayan hastalık (NCD) maliyeti; makro model bazlı ekonomik yük değerlendirmesi yapılmıştır. Yıllık olarak,

Yazar (Yıl)	Başlık	Dergi (Endeks)	Q	Kısa Açıklama
	And Obesity İn Brazil: Perspectives For The Brazilian Unified Health System			NCD'lerle ilgili 654 milyon ABD doları doğrudan sağlık bakım maliyeti aşırı kilo ve obeziteye atfedilmiştir. Atfedilebilir maliyetler kadınlarda erkeklerden daha yüksekti. Kardiyovasküler hastalıklar en yüksek atfedilebilir maliyete sahipti (289 milyon ABD doları), bunu kronik solunum yolu hastalıkları (110 milyon ABD doları), neoplazmalar (96 milyon ABD doları), sindirim sistemi hastalıkları (60 milyon ABD doları), kas-iskelet sistemi bozuklukları (44 milyon ABD doları), diyabet ve böbrek hastalığı (31 milyon ABD doları), duyu organı hastalıkları (22 milyon ABD doları) ve nörolojik bozukluklar (11 milyon ABD doları) takip etti.
Atella et al. (2021)	Outpatient Healthcare Costs Associated With Overweight And Obesity İn Italy	BMC Health Services Research (SCI/SSCI)	Q2	İtalya'da obeziteye bağlı sağlık harcamaları; doğrudan/dolaylı COI analizi yapılmıştır. 991.917 yetişkine ilişkin veriler analiz edildi. Kişi başına düşen yıllık harcama, normal kilolu bireylerde 252,2 Euro'dan, 3. sınıf obezitesi olanlarda 752,9 Euro'ya yükseldi. Obezitenin varlığı, özellikle genç bireylerde aşırı bir maliyet belirledi. Her BMI sınıfında, bozulmuş açlık glikozu – IFG veya diabetes mellitus - DM2'nin varlığı, önemli ölçüde daha yüksek sağlık harcamaları olan bireylerin alt gruplarını belirledi.
Lartey , vd., (2020)	Health Service Utilization And Direct Healthcare Costs Associated With Obesity İn Older Adult Population İn Ghana	Health Polıcy And Plannıng (Scı/Sscı)	Q2/Q1	Aşırı kilolu ve obez gruplar, tüm yaşlı yetişkin Ganalı nüfusta normal kilolular için 64 milyon dolara kıyasla 121 milyon dolarlık önemli ölçüde daha yüksek toplam doğrudan sağlık hizmeti maliyeti yüküne sahipti. Normal kiloyla karşılaştırıldığında, aşırı kiloyla ilişkili kişi başına toplam maliyetler %73 arttı ve obezite için iki katından fazla arttı. Aşırı kilo ve obezitenin toplam yaygınlığı normal kilolu ların yaklaşık yarısı olmasına rağmen, maliyet yüklerinin toplamı neredeyse iki katına çıktı.
Hoogendoorn et al. (2023)	The Lifetime Health And Economic Burden Of Obesity İn Five European Countries: What İs The Potential İmpact Of Prevention?	Diabetes, Obesity and Metabolism (SCI)	Q1	Almanya, Yunanistan, Hollanda, İngiltere, İspanya'da uzun dönem obezite maliyet modeli; QALY ve yaşam değerine vurgu yapılmıştır. Obezitenin uzun vadeli yükünü tahmin etmek için bir Markov modeli kullanıldı. Temel durum analizleri, toplam yaşam boyu sağlık bakım maliyetlerinin (40 yaşında obez ve BMI 35 kg/m2 olan kişiler için) Yunanistan'da 75.376 € ile Hollanda'da 343.354 € arasında değiştiğini, yaşam beklentilerinin Almanya'da 37,9 yıldan İspanya'da 39,7 yıla kadar değiştiğini gösterdi. BMI'de bir birimlik bir azalma, yaşam beklentisinde 0,65 ila 0,68 yıl arasında kazançlar ve toplam sağlık bakım maliyetlerindeki değişikliklerin -1563 € ile +4832 € arasında değiştiğini gösterdi.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur, 2025.

Tablo 3: 2021-2025 Yılları Arasında Yapılan WOS'ta Obesity (Title) ve Economic Burden (Title) Şeklinde Yayınlanan ve En Fazla Atıf Alan Çalışmalar

Yazar (Yıl)	Başlık	ATIF	Metot	Sonuç
Ling, vd., (2023)	Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis Çocukluk çağında aşırı kilo ve obezitenin ekonomik yükü: Sistematik bir inceleme ve meta-analiz	87	Mevcut literatürü güncellemek ve meta-analizlerdeki boşluğu doldurmak için, bu meta-analiz çocukluk çağı aşırı kilosu ve obezitesinin dünya çapındaki ekonomik yükünü (2022 ABD Doları cinsinden) sağlıklı kiloya kıyasla nicel olarak değerlendirdi. Sekiz veritabanındaki literatür taraması 7756 kayıt üretti. Literatür taramasından sonra, 48 makale uygunluk kriterlerini karşıladı.	Aşırı kilo ve obezite, hastane dışı sağlık hizmeti, ayakta tedavi ziyaretleri, ilaç ve hastaneye yatış maliyetlerinde kişi başına sırasıyla 56,52 dolar, 14,27 dolar, 46,38 dolar ve 1975,06 dolarlık bir artışa neden oldu. Hastanede kalış süreleri 0,28 gün arttı. Yıllık doğrudan ve dolaylı maliyetlerin 2050 yılına kadar 13,62 milyar dolar ve 49,02 milyar dolar olması öngörüldü. Çocukluk çağı obezitesi, aşırı kiloya kıyasla çok daha yüksek artan sağlık hizmeti maliyetlerine bağlandı
d'Errico, vd., (2022)	The economic burden of obesity in Italy: a cost-of-illness study İtalya'da obezitenin ekonomik yükü: Bir hastalık maliyeti çalışması	49	2020'yi referans yılı olarak alarak İtalya'daki obezitenin doğrudan ve dolaylı maliyetlerini tahmin etmektir. Yöntemler Literatürden toplanan verilere dayanarak, İtalya'daki yetişkin obez nüfusa (Vücut Kitle İndeksi (VKİ)>= 30 kg/m(2)) odaklanan toplumsal bir bakış açısıyla niceliksel bir hastalık maliyeti (COI) çalışması yapılmıştır.	Çalışma, İtalya'da obeziteye atfedilebilen toplam maliyetin 2020 yılında 13,34 milyar avroya ulaştığını gösterdi (%95 güvenilir aralık: 8,99 milyar avro <mu <17,80 milyar avro). Doğrudan maliyetler 7,89 milyar avro iken, kardiyovasküler hastalıklar (KVD'ler) maliyetler üzerinde en yüksek etkiye sahip oldu (6,66 milyar avro), bunu diyabet (0,65 milyar avro), kanser (0,33 milyar avro) ve bariatrik cerrahi (0,24 milyar avro) izledi. Dolaylı maliyetler 5,45 milyar avroya ulaşırken, devamsızlık (2,62 milyar avro) ve işte bulunma (2,83 milyar avro) neredeyse eşit oranda katkıda bulundu.
Malkin, vd., (2022)	The economic burden of overweight and obesity in Saudi Arabia Suudi Arabistan'da aşırı kilo ve obezitenin ekonomik yükü	28	Veriler daha önce yayınlanmış çalışmalardan ve ikincil veri tabanlarından elde edildi. Altı önemli bulaşıcı olmayan hastalık için aşırı kilo/obezite kaynaklı maliyetler hesaplandı; temel model parametreleri için duyarlılık analizleri yapıldı.	Aşırı kilo ve obezitenin bu hastalıklar üzerindeki etkisinin, Suudi Arabistan'da 2019 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 4,3'üne eşit olan toplam 3,8 milyar dolara doğrudan maliyet oluşturduğu tespit edilmiştir. Tahmini aşırı kilo ve obeziteye bağlı devamsızlık ve işte bulunmama maliyetinin 2019 yılında GSYİH'nın yüzde 0,9'una eşit olan toplam 15,5 milyar dolara ulaştığı tahmin edilmektedir.
Coker, vd. (2022)	The future health and economic burden of obesity-attributable type 2 diabetes and liver disease among the working-age	19	Obeziteye atfedilebilir T2DM ve karaciğer hastalığının gelecekteki insidansını ve doğrudan sağlık bakım maliyetlerini ölçmek için SA nüfusunun bir mikro simülasyonunu geliştirdik.	Mevcut veriler, 2020 ile 2040 yılları arasında çalışma çağındaki kişiler arasında 1.976.593 [1834] yeni T2DM vakası, 285.346 [+/- 874] yeni kronik karaciğer hastalığı vakası ve 2.101 [+/- 150] yeni obeziteye bağlı karaciğer kanseri

Yazar (Yıl)	Başlık	ATIF	Metot	Sonuç
	population in Saudi Arabia Suudi Arabistan'da çalışma çağındaki nüfusta obeziteye bağlı tip 2 diyabet ve karaciğer hastalığının gelecekteki sağlık ve ekonomik yükü		Karaciğer kanseri de dahil. Model girdileri arasında nüfus demografisi, vücut kitle indeksi, T2DM ve karaciğer hastalığının insidansı, mortalitesi ve doğrudan sağlık bakım maliyetleri ve her bir durumun BMI kategorisinin bir fonksiyonu olarak göreceli riskleri yer aldı. Model çıktıları arasında obeziteye atfedilebilir T2DM ve karaciğer hastalığının yaşa ve cinsiyete göre ayrılmış insidansı ve SA'nın çalışma çağındaki nüfusu (20-59 yaş) için 2020 ile 2040 yılları arasında doğrudan sağlık bakım maliyetleri yer aldı.	vakası öngörüyor. 2040 yılına kadar bu obeziteye bağlı hastalıkların doğrudan sağlık bakım maliyetlerinin 127.956.508.540 [+/- 51.882.446] ABD Doları olması öngörülüyor.
Islam, vd., (2024)	The global burden of overweight-obesity and its association with economic status, benefiting from STEPs survey of WHO member states: A meta-analysis Aşırı kilo-obezitenin küresel yükü ve ekonomik statüyle ilişkisi, DSÖ üye ülkelerinin STEP anketinden yararlanarak: Bir meta-analiz	18	2000-2020 yılları arasında aşırı kilo/obezite üzerine çalışılan WHO üye ülkelerinin (Bulaşıcı olamayan hastalıklar) NCD risk faktörü gözetimine yönelik en son STEPwise yaklaşımı (STEPS) raporu incelendi ve ilgili veriler daha fazla değerlendirildi. Aşırı kilo/obezite yaygınlığı, rastgele etkiler modeli kullanılarak bir araya getirildi. Alt grup analizi ve meta-regresyon, Dünya Bankası'nın ülke kalkınma endeksi 2019'dan elde edilen ülkelerin ekonomik durumlarına dayanarak gerçekleştirildi.	469.766 katılımcının analiz edildiği 73 çalışmadan en yüksek aşırı kilo/obezite yaygınlığı Amerikan Samoası'nda (%93,5) bulunurken, en düşük yaygınlık Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti'ndeydi (%4,4). Ülkelerin ekonomik durumundan bağımsız olarak aşırı kilo/obezitenin genel ağırlıklı birleştirilmiş yaygınlığı %37,0 idi [95% GA: %33-%42]. Aşırı kilo/obezite yaygınlığında önemli bir heterojenlik vardı (I2 = %99,91; p <0,001). Alt grup analizi, yüksek gelirli ülkelerde daha yüksek bir yaygınlık olduğunu ortaya koydu [60%; 95% GA: %47-%72]. Meta-regresyon, artan ekonomik durumla aşırı kilo/obeziteye sahip olma şansının önemli ölçüde (p = 0,001) bir ilişki ve %14 arttığını ortaya koydu.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur, 2025.

Tablo 4: YÖK Tez'de Yayınlanan Sağlık Yönetimi Anahtar Kelimeli ve Maliyet Çalışmalı Tezler

Tez Adı	Yazar Adı	Tez Yöntemi	Kısa Sonuç
Obezitenin Sağlık Sistemi Üzerine Getirdiği Ekonomik Yük Üzerine Bir Çalışma	Merve Balcıoğlu (2019)	Bu çalışma retrospektif ve kesitsel nicel araştırma tasarımına sahiptir; veri kaynağı olarak İstanbul'da bulunan bir hastanenin 2015 yılı hasta kayıtları kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Analizler yalnızca doğrudan tıbbi maliyetler üzerine odaklanmıştır.	İstanbul'da 2015 yılı verilerine göre, obeziteye ilişkin doğrudan tıbbi maliyetler kadınlar için ortalama 7.838,69 TL, erkekler için ise 9.336,05 TL olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre maliyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Obezitenin en yüksek prevalansa sahip olduğu yaş grubu 35-51 aralığıdır. 18 yaş altı hastalarda maliyetlerin daha düşük olması, kronik hastalıkların azlığı ve ilaç ile cerrahi müdahalelerin daha az tercih edilmesine bağlanmaktadır. Obezite ile mücadelede ulusal ve uluslararası düzeyde kapsamlı ve entegre stratejilerin benimsenmesi gerekliliği vurgulanmış; okullarda beslenme bilincinin artırılması ve ailelerin farkındalığının yükseltilmesi önerilmiştir.
Obezite Cerrahisinin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Maliyeti: Hasta Perspektifinden Değerlendirilme	Yonca ÖZATKAN (2021)	Kesitsel, nicel ve prospektif analitik bir araştırmadır. Ankara'da bir özel merkez ve bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinde Temmuz 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası üçüncü ve altıncı aylardaki yaşam kaliteleri, sağlık durumları ve maliyetleri hasta perspektifinden değerlendirilmiştir.	Obezite cerrahisi, fazla kilo kaybında başarı, yaşam kalitesinde kayda değer artış, yandaş hastalıklarda önemli remisyon ve düzelme ile tıbbi maliyetlerde azalma sağlamıştır. Ameliyat öncesi ortalama 2,09 olan ilaç ve tıbbi cihaz sayısı, ameliyat sonrası üçüncü ayda 0,24'e, altıncı ayda 0,08'e düşmüştür. Ameliyat sonrası üçüncü ayda diyabette %71, hipertansiyonda %83,9 ve eklem hastalıklarında %97,1 remisyon görülmüştür. Ameliyat öncesine göre obezite ve yandaş hastalık maliyetlerinde ameliyat sonrası üçüncü ayda %93,65, altıncı ayda %88,53 azalma hesaplanmıştır. Alkol ve egzersiz alışkanlıklarında belirgin iyileşmeler gözlenirken, sigara alışkanlıklarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınlar ve herhangi bir işte çalışmayanlar, yaşam kalitesinde daha yüksek olumlu değişimler göstermiştir.
Obezite Cerrahisinin Maliyet Analizi ve Sağlık Kurumları Üzerindeki Ekonomik Yükü	Dilan MERMER (2021)	Tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır. Konya'daki iki üniversite hastanesinde Ocak-Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve 66 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Maliyet hesaplamasında değişken maliyet yöntemi kullanılmıştır.	Erkek, kronik hastalığı olan, yatış günü uzun ve yaşı büyük olan hastaların ortalama maliyeti daha yüksek bulunmuştur. Obezite bypass ameliyatı geçiren hastaların ortalama yatış süresi (7,40 gün) obezite sleeve ameliyatı geçirenlerden (4,57 gün) daha uzundur. Maliyet unsurları içerisinde malzeme maliyeti en yüksek paya (%70,67) sahiptir. Üniversite hastaneleri obezite cerrahisi hizmetinden toplam **₺435.696,80 zarar etmiştir**, zira Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) ödediği tutarlar hizmet üretim maliyetlerini karşılamamaktadır. SUT fiyatlarının bilimsel yöntemlerle gözden geçirilmesi ve maliyet muhasebe sistemlerinin güçlendirilmesi önerilmektedir.
Obezite Kliniğine Başvuran Hastalarda Obezitenin Sosyal İzolasyona Etkisi ve Maliyeti: Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Bir Bakış	Furkan Alp EREN (2023)	Nicel ve nitel araştırma yöntemleri kullanılarak, obezitenin bireysel doğrudan parasal maliyeti, sosyal izolasyona etkisi ve obezite maliyeti algısı incelenmiştir. Anket ve yarı yapılandırılmış mülakatlarla veri toplanmıştır.	Obezite, damgalama ve ayrımcılık gibi faktörlerle sosyal dışlanma ve izolasyona yol açmaktadır. Obezlerde toplam sosyal izolasyon ölçeği skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) arttıkça bu skor anlamlı şekilde yükselmiştir. Obeziteli bireylerin fizyolojik (3.080 TL), sosyal (1.177 TL) ve sağlık (520 TL) ihtiyaçları için yaptığı aylık harcamaların kişi başına toplam 4.777 TL olduğu tahmin edilmiştir (2018 İstanbul verileri). Yıllık obezite kaynaklı dolaylı maliyetler 23.772 TL iken,

Tez Adı	Yazar Adı	Tez Yöntemi	Kısa Sonuç
			spor (1.450 TL/yıl) ve diyetisyen (1.187 TL/yıl) gibi tedavi yöntemlerinin maliyetleri bu dolaylı maliyetlerden çok daha düşüktür. Liraglutid gibi sigorta geri ödeme kapsamında olmayan ilaçları kullananların harcama/gelir oranları %21 gibi yüksek çıkmıştır. Katılımcıların %59,4'ü devlet desteğini yeterli bulmamaktadır. Obez olanların %81,5'i rahatsızlığına rağmen çalışmaya devam etmektedir.
Obezitenin Dolaylı Maliyetleri İle Obezite Tedavisine Yönelik Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Finansal Analizi	Ömer Çağatay DEMİR (2020)	Araştırma hem nicel hem de nitel araştırma yöntemlerini bir arada kullanmıştır. Anket çalışmasına 362 obez birey katılmıştır. Ayrıca, araştırma verileri 10 sağlık uzmanı ve 10 obez bireyle yapılan yarı yapılandırılmış mülakatlar yoluyla toplanmıştır	Obezite tedavi yöntemlerinin (spor, diyetisyen, cerrahi müdahale) maliyetleri, obeziteden kaynaklanan yıllık dolaylı maliyetlere kıyasla ekonomik açıdan son derece verimlidir. En etkili ve ekonomik tedavi yöntemleri diyetisyen ve spor tedavisidir. Beden kitle indeksi 25 üzeri kişilere doktor yönlendirmesi olmadan diyetisyen hizmeti için devlet desteği sağlanması önerilmiştir

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur, 2025.

Tablo 5: Türkiye'de Yayınlanan Obezitenin Ekonomik Yükü konulu Makale

Kriterler	Bilgi
Makale Adı	Economic Burden of Obesity-Related Comorbidities in Turkey (Türkiye'de Obezite İlişkili Komorbiditelerin Ekonomik Yükü)
Yazar Adı	Arzu YİĞİT, Vahit YİĞİT
Yılı	2019 (Yayın Yılı) (Çalışma, 2004 ve 2015 verilerini analiz etmiştir)
Metot	Çalışmada, obezite ve obeziteye bağlı hastalıkların ekonomik yükünü değerlendirmek amacıyla Engelliğe Bağlı Yaşam Yılları (Disability-Adjusted Life Years- DALY) yöntemi kullanılmıştır. Obezitenin ekonomik yükünü tahmin etmek için DALY verileri ile gayri safi yurtiçi hasıladan (GSYİH) kişi başına düşen paylar analiz edilmiştir. Obeziteye ilişkin DALY değerleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'ndan temin edilmiştir. Analizde, yüksek vücut kitle indeksine bağlı sekiz obezite ilişkili komorbiditenin DALY verileri kullanılmıştır. DALY, hastalık yükünü özetleyen bir gösterge olup, hastalık, engellilik veya erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yıllarının toplamını ifade etmektedir. Bir DALY, kaybedilen bir "sağlıklı" yıl olarak tanımlanmaktadır. Bu gösterge, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından sağlık politikalarının şekillendirilmesinde rehber olarak geliştirilmiştir.
Kısa Bulgular ve Sonuç	Türkiye'de obeziteye bağlı komorbiditelerin ekonomik yükü, 2004 yılında yaklaşık 4,69 milyar ABD doları olarak tahmin edilmekte olup, bu tutar Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın (GSYİH) %1,20'sine karşılık gelmektedir. 2015 yılı itibarıyla ise bu yük yaklaşık 17,65 milyar ABD dolarına yükselmiş ve GSYİH'nin %2,45'ini oluşturmuştur. Obez nüfusun artış trendi göz önüne alındığında, obezite ilişkili hastalıkların ekonomik yükünün gelecekte daha da artması beklenmektedir. Bu durum, obezite kaynaklı komorbiditelerin Türkiye kamu bütçesine önemli bir mali yük getirdiğini göstermektedir. Küresel bağlamda ise, obezitenin önlenmesiyle Türkiye'de 57.133 ölümün engellenebileceği ve toplamda 787.184 DALY'nin (Engelliğe Bağlı Yaşam Yılı) önlenebilir olduğu belirtilmektedir. Dünya genelinde aşırı kilo ve obezite, yıllık yaklaşık 3,4 milyon ölüme, kaybedilen yaşam yıllarının %3,9'una ve DALY'lerin %3,8'ine yol açmaktadır. OECD ülkeleri genelinde nüfusun %54'ü aşırı kilolu, %19'u ise obezite tanısı almıştır. Türkiye, obezite prevalansı yüksek olmakla birlikte kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından daha düşük seviyelerde yer almaktadır. OECD ülkelerinin çoğunda obeziteye bağlı sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %1-3'ünü oluştururken, ABD'de bu oran %5-10 arasında değişmektedir. Obez bireylerin sağlık harcamaları, normal kilolu bireylere kıyasla yıllık yaklaşık %25 daha fazladır. Obezite, tedavi edilebilir önemli bir halk sağlığı sorunu olup yaşam süresini kısaltmaktadır. Sağlık hizmetlerine tahsis edilen sınırlı kaynakların etkin kullanımı açısından, Türkiye'de obezitenin ekonomik yükünün kayda değer ölçüde azaltılması zorunludur. Bu bağlamda, ulusal sağlık politikalarında obeziteye öncelik verilmesi, obeziteyi tetikleyen faktörlerin belirlenmesi ve kamu müdahalelerinin etkin biçimde uygulanması gerekmektedir. Obezite yalnızca sağlık açısından değil, aynı zamanda hastane maliyetleri ve erken ölüm kaynaklı dolaylı maliyetler nedeniyle de ciddi bir ekonomik yük teşkil etmektedir.

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur, 2025.

5. Sonuç

Bu sistematik derlemede, obezitenin ekonomik yüküne ilişkin güncel ulusal ve uluslararası literatür kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Elde edilen bulgular, obezitenin hem doğrudan sağlık harcamaları hem de dolaylı maliyetler (iş gücü kaybı, üretkenlik azalması, erken mortalite vb.) aracılığıyla toplumlar üzerinde çok boyutlu ekonomik yükler oluşturduğunu göstermektedir. Derlemede yer alan çalışmaların çoğunluğu, obez bireylerin sağlık harcamalarının, normal kilolu bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu ve bu farkın obezite derecesine paralel olarak arttığını ortaya koymaktadır.

İncelenen istatistiksel veriler ışığında, ülkelerin genelinde obezitenin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki ekonomik yükünün %2 ile %3 arasında değiştiği, gelecekte ise bu oranın %3'ün üzerine çıkmasının beklendiği belirlenmiştir. Ayrıca, ülkelerde obezite prevalansının yıllar içinde giderek arttığı ve Türkiye'de bu oranın %20 ile %30 arasında seyrettiği saptanmıştır. Obezite oranlarındaki bu artışın, ekonomik yükün de paralel şekilde yükselmesine neden olacağı kaçınılmaz bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Türkiye özelinde gerçekleştirilen analizler, obezitenin GSYİH içindeki yükünün önümüzdeki yıllarda önemli ölçüde artacağını ve hem doğrudan hem de dolaylı maliyetlerin sağlık sistemleri ve ekonomik kaynaklar üzerinde artan bir baskı oluşturacağını öngörmektedir.

Araştırmalar, obez bireylerde bedensel yaşam kalitesinin belirgin şekilde azaldığını ortaya koymaktadır. Sosyal yaşam kalitesinde %15'e varan düşüşler gözlemlenmiş olup, bu durum obezitenin sosyal izolasyona neden olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, obezitenin yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda toplumun genel refahı üzerinde de önemli bir yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Obezite ile mücadelede erken tanı ve müdahale programları hem bireysel sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi hem de ulusal ekonomik kaynakların korunması açısından kritik bir öneme sahiptir. Yapılan kapsamlı değerlendirmeler, obezitenin küresel ölçekte yoğun bir araştırma alanı olduğunu ortaya koymakla birlikte, özellikle ülkemiz dâhil olmak üzere obezitenin ekonomik yüküne ilişkin çalışmaların yetersiz düzeyde kaldığını göstermektedir. Sonuç itibarıyla, obezite ile mücadelede etkin politika geliştirme süreçlerinin güçlendirilmesi ve obezitenin ekonomik yükünü hesaplayarak ortaya koyan ekonomik değerlendirme araçlarının karar alma mekanizmalarına entegre edilmesi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde maliyet-etkin sağlık stratejilerinin tasarlanması ve uygulanması açısından kritik bir öneme sahiptir.

KAYNAKÇA

Aboulghate, M., Elaghoury, A., Elebrashy, I., Elkafrawy, N., Elshishiney, G., Abul-Magd, E., ... & Vokó, Z. (2021). The burden of obesity in Egypt. *Frontiers in public health*, *9*, 718978.

Abul-Magd, E., Elezbawy, B., Toaima, D., Abaza, S., Elebrashy, I., Bassiouny, E., Elkafrawy, N., Fasseeh, A., Vokó, Z., Aboulghate, M., Elshishiney, G., & Elaghoury, A. (2021). The Burden of Obesity in Egypt. *Frontiers in Public Health*, 9. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.718978.

Aldy, JE ve Viscusi, WK (2008). Yaş ve kohort etkileri için istatistiksel bir yaşamın değerinin ayarlanması. Ekonomi ve İstatistik İncelemesi, 90(3), 573–581. https://doi.org/10.1162/rest.90.3.573

Al-Omar, H. A., Alshehri, A., Abanumay, A., Alabdulkarim, H., Alrumaih, A., Eldin, M. S., & Alqahtani, S. A. (2023). The impact of obesity in Saudi Arabia: healthcare resource use and costs associated with obesity-related complications. Advances in Therapy, 40(4), 1430-1443.

Alqahtani, S. A., Al-Omar, H. A., Alshehri, A., Abanumay, A., Alabdulkarim, H., Alrumaih, A., ... & Schnecke, V. (2023). Obesity burden and impact of weight loss in Saudi Arabia: A modelling study. Advances in Therapy, 40(3), 1114-1128.

Atella, V., Belotti, F., Cricelli, C., Giaccherini, M., Medea, G., Nicolucci, A., ... & Sbraccia, P. (2023). Outpatient healthcare costs associated with overweight and obesity in Italy. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 619.

Athanasakis, K., Bala, C., Kokkinos, A., Simonyi, G., Karoliová, K. H., Basse, A., ... & Gras, A. (2024). The economic burden of obesity in 4 south-eastern European countries associated with obesity-related co-morbidities. *BMC Health Services Research*, *24*(1), 354.

Balcıoğlu, M., (2019). Obezitenin Sağlık Sistemi Üzerine Getirdiği Ekonomik Yük Üzerine Bir Çalışma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Butalia, S., Luu, H., Guigue, A., Martins, K. J., Williamson, T., & Klarenbach, S. W. (2023). Health care cost of severe obesity and obesity-related comorbidities: A retrospective cohort study from Alberta, Canada. Obesity research & clinical practice, 17(5), 421-427.

Cawley, J., Meyerhoefer, C., & Biener, A. (2018). The Impact of Obesity on Medical Care Costs and Labor Market Outcomes in the US.. *Clinical chemistry*, 64 1, 108-117. https://doi.org/10.1373/clinchem.2017.272450.

Chaikledkaew, U., Sangroongruangsri, S., Ahmed, H., Almalki, Z., Rezq, M., Nagi, M., & Thavorncharoensap, M. (2023). Economic costs of obesity: a systematic review. International Journal of Obesity, 48, 33-43. https://doi.org/10.1038/s41366-023-01398-y.

Coker, T., Saxton, J., Retat, L., Alswat, K., Alghnam, S., Al-Raddadi, R. M., ... & Alqahtani, S. A. (2022). The future health and economic burden of obesity-attributable type 2 diabetes and liver disease among the working-age population in Saudi Arabia. PloS one, 17(7), e0271108.

Demir, Ö. Ç., (2020), Obezitenin Dolaylı Maliyetleri ile Obezite Tedavisine Yönelik Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Finansal Analizi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

d'Errico, M., Pavlova, M. ve Spandonaro, F. (2022). İtalya'da obezitenin ekonomik yükü: bir hastalık maliyeti çalışması. Avrupa Sağlık Ekonomisi Dergisi, 1-16.

DSÖ, Avrupa Bölgesel Obezite Raporu (2022), https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1, Erişim: 30.06.2025

Eren, F. A., (2023), Obezite Kliniğine Başvuran Hastalarda Obezitenin Sosyal İzolasyona Etkisi ve Maliyeti: Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Bir Bakış, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2023.

Eurostat, (2025), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics, Erişim: 30.06.2025, 00:59

Ferrari, G., Giannichi, B., Resende, B., Paiva, L., Rocha, R., Falbel, F., ... & Rezende, L. F. M. (2022). The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. Public Health, 207, 82-87.

Gil-Rojas, Y., Garzón, A., Hernández, F., Pacheco, B., González, D., Campos, J., ... & Rosselli, D. (2019). Burden of disease attributable to obesity and overweight in Colombia. Value in Health Regional Issues, 20, 66-72.

Hales, C. M., Fryar, C. D., Carroll, M. D., Freedman, D. S., & Ogden, C. L. (2018). Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016. Jama, 319(16), 1723-1725.

Højgaard, B., Kjellberg, J., Larsen, A., & Ibsen, R. (2017). The Socioeconomic Burden of Obesity. *Obesity Facts*, 10, 493- 502. https://doi.org/10.1159/000480404.

Hoogendoorn, M., Galekop, M., & van Baal, P. (2023). The lifetime health and economic burden of obesity in five European countries: what is the potential impact of prevention?. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, *25*(8), 2351-2361.

HSGM, (2025), https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite, Erişim: 30.06.2025, 01:06

Islam, A. S., Sultana, H., Refat, M. N. H., Farhana, Z., Kamil, A. A., & Rahman, M. M. (2024). The global burden of overweight-obesity and its association with economic status, benefiting from STEPs survey of WHO member states: A meta-analysis. Preventive Medicine Reports, 102882.

Kaya, M., Çelik, S., & Demir, F. (2020). Obezitenin Türkiye ekonomisine maliyeti: İşgücü kayıpları ve sağlık harcamaları. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 20(1), 40-48.

Kim, D. D., & Basu, A. (2016). Estimating the medical care costs of obesity in the United States: systematic review, meta-analysis, and empirical analysis. Value in Health, 19(5), 602-613.

Kniesner, TJ ve Viscusi, WK (2005). İstatistiksel bir yaşamın değeri: Göreceli konum ve görece yaş. Uygulamalı Ekonomi , 37(4), 371–388. https://doi.org/10.2139/ssrn.668383

Lartey, S. T., de Graaff, B., Magnussen, C. G., Boateng, G. O., Aikins, M., Minicuci, N., ... & Palmer, A. J. (2020). Health service utilization and direct healthcare costs associated with obesity in older adult population in Ghana. Health Policy and Planning, 35(2), 199-209.

Lehnert, T., Riedel-Heller, S., Konnopka, A., König, H., & Sonntag, D. (2013). Economic costs of overweight and obesity.. *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 27 2, 105-15 . https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.01.002.

Li, Q., Cai, L., Cui, W., Wang, G., He, J. ve Golden, AR (2018). Çin'in Yunnan Eyaletindeki kırsal kesimde obezitenin ve obeziteyle ilişkili dört kronik hastalığın ekonomik yükü. *Halk Sağlığı* , *164* , 91-98.

Ling, J., Chen, S., Kao, T., & Zahry, N. (2022). Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews, 24. https://doi.org/10.1111/obr.13535.

Ling, J., Chen, S., Zahry, N. R., & Kao, T. S. A. (2023). Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews, 24(2), e13535.

Lung, T., Von Huben, A., Killedar, A., Petrou, S., Baur, L., Hayes, A., & Carrello, J. (2021). Utility Decrements Associated with Adult Overweight and Obesity in Australia: A Systematic Review and Meta-Analysis. PharmacoEconomics, 39, 503 - 519. https://doi.org/10.1007/s40273-021-01004-x.

Malkin, JD, Baid, D., Alsukait, RF, Alghaith, T., Alluhidan, M., Alabdulkarim, H., ... & Alazemi, N. (2022). Suudi Arabistan'da aşırı kilo ve obezitenin ekonomik yükü. PLoS One , 17 (3), e0264993.

Mermer, D., (2021). Obezite Cerrahisinin Maliyet Analizi ve Sağlık Kurumları Üzerindeki Ekonomik Yükü, yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Mutlu, Ö., et al. (2020). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for High-Income Countries. BMJ Global Health, 5(10), e003351.

Müller-Riemenschneider, F., Reinhold, T., Berghöfer, A. ve Willich, SN (2008). Health-economic burden of obesity in Europe. *European journal of epidemiology*, *23*, 499-509.

Nagi, M. A., Ahmed, H., Rezq, M. A. A., Sangroongruangsri, S., Chaikledkaew, U., Almalki, Z., & Thavorncharoensap, M. (2024). Economic costs of obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, *48*(1), 33-43.

Nagi, M., Alqahtani, A., Sangroongruangsri, S., Chaikledkaew, U., Alsultan, M., Almalki, Z., AlSharif, L., Alzarea, A., Turongkaravee, S., Alsubaihi, I., & Thavorncharoensap, M. (2025). The Burden of Obesity in Saudi Arabia: A Real-World Cost-of-Illness Study. *ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 17, 233 - 246. https://doi.org/10.2147/CEOR.S504462.

Nilsson, P., Tremmel, M., Gerdtham, U., & Saha, S. (2017). Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14. https://doi.org/10.3390/ijerph14040435.

Oksuz, E., Malhan, S., Alis, H., GogasYavuz, D., Karakan, T., Sargin, M., ... & Yumuk, V. D. (2025). Annual health expenditures by body mass index categories and the economic impact of obesity in Türkiye: A retrospective modeling study. Obesity Facts, 18(3), 269-286.

Okunogbe, A., Spencer, G., Nugent, R., Ralston, J., & Wilding, J. (2021). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health*, 6. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006351.

Özatkan, Y. (2021). Obezitenin Sağlık Sistemi Üzerine Getirdiği Ekonomik Yük Üzerine Bir Çalışma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Pekkurnaz, D. (2023). Causal effect of obesity on the probability of employment in women in Turkey. Economics & Human Biology, 51, 101301.

Powis, J., Wilding, J., Spencer, G., Nugent, R., Ralston, J., & Okunogbe, A. (2022). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Global Health*, 7. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009773.

Sağlık Bakanlığı. (2022). Türkiye'de obezite prevalansı ve ekonomik etkileri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Spandonaro, F., d'Errico, M., & Pavlova, M. (2021). The economic burden of obesity in Italy: a cost-of-illness study. *The European Journal of Health Economics*, 23, 177 - 192. https://doi.org/10.1007/s10198-021-01358-1.

Sweis, N. (2024). The economic burden of obesity in 2024: a cost analysis using the value of a statistical life. Critical Public Health, 34, 1 - 13. https://doi.org/10.1080/09581596.2024.2333407.

Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. (2014). Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. Int J Environ Res Public Health. 14(4):435. doi: 10.3390/ijerph14040435. PMID: 28422077; PMCID: PMC5409636.

Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M., & Saha, S. (2017). Economic burden of obesity: a systematic literature review. *International journal of environmental research and public health*, *14*(4), 435.

TÜBİTAK. (2024). Yapay zeka destekli giyilebilir cihazların obezite yönetimindeki maliyet etkinliği. Proje Raporu. Ankara.

TÜİK, (2022), https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747, Erişim: 30.06.2025, 00.52

Vesikansa, A., Mehtälä, J., Aspholm, S., Kallio-Grönroos, K., Mutanen, K., Lundqvist, A., ... & Pietiläinen, K. H. (2025). Indirect costs constitute a major part of the total economic burden of obesity: a Finnish population-based cohort study. *BMC Public Health*, *25*(1), 1-12.

WHO, (2025), https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, 29.06.2025, 21:30.

Wikipedia, (2025), https://tr.wikipedia.org/wiki/Obezite, 02.07.2025, 18.55

Withrow, D., & Alter, D. (2011). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity Reviews*, 12. https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x.

Wordobesity, (2025), https://data.worldobesity.org/#TR|36|C|F, Erişim: 30.06.2025, 12:50

Wordobesity, (2025), https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/TR, Erişim: 30.06.2025, 13:04

Xue, H., Lin, S., & Cheng, X. (2020). Obesity-Related Healthcare Expenditures in the US 2002–2016. *Current Developments in Nutrition*. https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa063_100.

Yates, N., Teuner, C. M., Hunger, M., Holle, R., Stark, R., Laxy, M., ... & Wolfenstetter, S. B. (2017). The economic burden of obesity in Germany: results from the population-based KORA studies. *Obesity facts*, *9*(6), 397-409.

Yiğit, A., & Yiğit, V. (2019). Economic burden of obesity-related comorbidities in Turkey. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(3), 223-230.

Zhao, W., Zhai, Y., Hu, J., Wang, J., Yang, Z., Kong, L., & Chen, C. (2008). Economic burden of obesity-related chronic diseases in Mainland China. *Obesity reviews*, *9*, 62-67.

Zvenyach, P., Cawley, P., Smolarz, M., Ramasamy, A., Biener, P., Meyerhoefer, P., Ding, P., & , 2. (2021). Direct medical costs of obesity in the United States and the most populous states. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 27. https://doi.org/10.18553/jmcp.2021.20410.

SAĞLIK KURUMLARI VE OUTSOURCING (DIŞ KAYNAK KULLANIMI)

Kurtca Mehmet UĞURLU[1]

1. GİRİŞ

Küreselleşen piyasalarla birlikte tüm ülkelerde yoğun bir şekilde dış kaynak kullanımına başvurulduğu görülmektedir. İşletmeler global ekonomilerle büyüyen şirketlerindeki bir çok faaliyeti artık kendi bünyelerinde yapmayıp bu faaliyetlerde uzman ve daha başarılı firmalara başvurarak yerine getirmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde işletmeler artık sektörlerin aşırı büyümesiyle çoklu bir yapıya dönüşmekte ve çoğu faaliyetini alanındaki uzman şirketlere gördürerek riski paylaşmakta ve bu sayede de kaynak transferi imkanı elde etmektedir. Bunun en büyük nedeni bir türlü hızına yetişilemeyen teknolojik gelişimlerdir ve işletmelerin gelişen teknolojileri ekonomik olarak elde etmelerinin imkânsızlaşmasıdır.

Sağlık hizmeti, hizmet ekonomisinde en hızlı büyüyen endüstrilerden biridir. Modern toplumun yaşadığı ekonomik, politik ve teknolojik gelişmeler ışığında, sağlık kuruluşlarının çevresel belirsizliklerle başa çıkmak ve rekabet gücü yüksek pazardaki değişkenliklerini azaltmak için bütünsel bir felsefe koymaları gerekmektedir. Bu nedenle, hizmet sunumu araştırması ve sağlık hizmeti sunumu bağlamında planlama, karmaşıklıktan esnekliğe bir geçiş sağlamak için örgütsel sınırların araştırılmasını gerektirir (Kumar, vd., 2018:173).

Ülkelerdeki sağlık sisteminin esas amacı, insanlarda sağlığı teşvik etmek, böylece sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olmaları ve ekonomik ve sosyal faaliyetlere katılmalarını sağlamaktır. Sağlık sektörlerinin karmaşıklığı, sağlık hizmetlerinin rekabetçi ekonomisi ve yüksek kalitede hizmet sağlama ihtiyacı, sağlık kuruluşlarının yeni yönetimsel yaklaşımları benimsemelerine neden olmuştur. Bu arada, bir gelişme stratejisi olarak düşünülebilecek en etkili araçlardan biri, özellikle devlet mülkiyetinin küçültülmesi ve azaltılması olan örgütsel yeniden yapılanmadır. Bu alandaki en yaygın müdahalelerden biri hizmetlerin dış kaynak kullanımıdır (Kavosi, vd., 2018:32).

Dış kaynak kullanımı, maliyet tasarrufu sağlayan bir önlem olarak önemli ölçüde gelişmiştir. Artık rekabet avantajı arayan işletmeler için stratejik bir araç

[1] Öğretim Görevlisi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Şavşat MYO, Dijital Sağlık Sistemleri Teknikerliği, Orcid: 0000-0001-9909-7962, kurtcamehmetugurlu@artvin.edu.tr

olarak hizmet etmektedir. Dış kaynak kullanımı günümüz pazarındaki rekabette öne geçmek için en iyi stratejidir. Bu çerçevede dış kaynak kullanımı (outsourcing), firmalarda sürdürülen ve değer yaratan faaliyetlerin, başka bir kişi ve/veya firma tarafından yapılmak üzere dışa aktarılmasını ifade eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Bal ve Yılmaz, 2023: 501).

Sağlık kuruluşları, tıbbi çalışanlar, ekipman ve envanter açısından sınırlı kaynaklara sahiptir. Bu kıt kaynak sorunu çerçevesinde sağlık hizmetlerindeki yardımcı hizmetlerin hızla değişen ihtiyaçlara ve bununla ilişkili belirsizlik derecesine yanıt vermek için, hizmetlerin verimli bir şekilde sunulması ve iyileştirilmiş performans için etkili bir adaptasyon tekniği gereklidir, 21. yüzyıldaki başarılı sağlık kuruluşlarının çoğu, örgütlerini stratejik ittifaklar, birleşme ve satın almalar veya uzmanlık alanıyla ilgili olmayan ticari fonksiyonlarını dış kaynak kullanımı yoluyla dönüştürmüştür.

2. DIŞ KAYNAK KULLANIMI (OUTSOURCING)

Dış kaynak kullanımı, uluslararası literatürde "Outsourcing" veya "Co-Sourcing" olarak adlandırılan modern bir yönetim tekniğidir (Koçel, 2014, s. 448). Bu yöntemle işletmeler, zaman ve maliyet tasarrufu sağlayarak temel yeteneklerine odaklanmaktadırlar. Dış kaynak kullanımını tercih eden firmalar, kendilerini diğer şirketlerden ayıran ana yetkinliklerine yoğunlaşma imkânı bulmaktadır (Eğin, 2009, s. 20-50). Genel olarak dış kaynak kullanımı, işletme dışındaki organizasyonlarla işbirliği yaparak maliyetleri azaltmak, verimliliği artırmak, müşteri memnuniyetini yükseltmek, yeni iş ilişkileri kurmak ve işletme kaynaklarını daha etkin kullanarak düşük maliyetle yüksek verimlilik elde etmektir (Türksoy ve Türksoy, 2007, s. 84).

İşletmelerin rekabet baskısı, artan gelir seviyeleri, teknolojik gelişmeler ve küreselleşme ile birlikte, insanların beklentilerinin yükselmesi, kuruluşların hayatta kalma ve sürdürülebilirliklerini koruma çabaları, dış kaynak kullanımının yaygınlaşmasına yol açmıştır. Bu sebeple, sürdürülebilir büyüme tahminleri doğrultusunda, son yıllarda dış kaynak kullanımında sürekli bir artış gözlemlenmiştir (Karaca ve diğerleri, 2022: 204).

Dış kaynak kullanımı, bir işletmenin maliyetleri düşürme, verimliliği artırma ve müşteri memnuniyetini yükseltme amacıyla dış organizasyonlarla iş birliği yapmasını içeren bir yöntemdir (Türksoy ve Türksoy, 2007, s. 83-104). Bu yöntem, işletme içinde gerçekleştirilen belirli bir işin, ilgili insan kaynağıyla birlikte uzun vadeli bir sözleşme kapsamında dış bir firmaya devredilmesini kapsar (Quelin ve Duhamel, 2003, s. 648).

Kurumlar, kendi personelleri tarafından genellikle yerine getirilen birincil hizmetlerin yanı sıra çeşitli uzmanlık alanlarındaki bireylerden ve kurumlardan hizmetler sağlayarak dış kaynak kullanımı düzenlemeleri aracılığıyla bu

hizmetleri temin edebilirler. Bu tür uygulamalar, dış kaynak kullanımını gerçekleştiren kurumlar tarafından genellikle maliyetleri azaltma aracı olarak görülmekte olup, kurumun operasyonel süreçlerindeki genel verimlilik artışından faydalanmayı amaçlamaktadır; bu da kurumun operasyonel süreçlerindeki harcamalarının azalmasıyla sağlanabilir (Kızılyer, 2022:5).

1980'ler ve 1990'lar sonrasında Türkiye'de aktif olarak kullanılmaya başlanan dış kaynak kullanımı, gelişmekte olan birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kamu kurumları ve özel sektör organizasyonlarının ana faaliyet konusu dışındaki faaliyetleri satın alma yoluyla sağlama odaklanmıştır. Bu uygulama neredeyse her sektörde yaygın olarak benimsenmiştir. Sağlık sektöründe ise bu süreç önemli bir yer edinmiş olup, ülkemizdeki sağlık kurumlarının belirli hizmetleri uzmanlaşmış işletmelere emanet edilmeye başlanmıştır (Bozdemir ve Öcel, 2016:1052).

İşletmelerin günümüzdeki en önemli hedeflerinden biri, müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayabilmektir. Bu ihtiyaçları karşılarken, taviz verilmemesi gereken iki önemli faktör bulunmaktadır: kalite ve maliyet optimizasyonu. Şirketler, kalite standartlarını düşürmeden maliyetleri minimum düzeye indirebilmek amacıyla dış kaynak kullanımı stratejisine başvurmaktadır (Uğurlu, 2021: 7). Outsourcing'e yönelme, işletmelere zaman ve maliyet açısından önemli tasarruflar sağlayan kritik bir adımdır. Bu yöntem sayesinde işletmeler, uzmanlaşmış tedarikçi firmalar aracılığıyla istedikleri kalite standardını elde etmekte ve faaliyetlerinin kalitesi ile verimliliği artırmaktadır (Ecerkale ve Kovancı, 2005:69-75).

Dış kaynak kullanımı denince bazı temel kavramlar akla gelmektedir. Bunlar; temel yetenekler, stratejik yönetim, küçülme, değişim mühendisliği ve ortaklıklardır. Bu kavramlar çerçevesinde dış kaynak kullanımı daha rahat açıklanmaktadır. Çünkü işletmeler, temel yeteneklerine daha fazla zaman ve imkan ayırmak için, stratejik planlar yapabilmek için, küçülerek rekabet avantajı sağlamak için, değişim mühendisliğini ön planda tutarak küreselleşen işletmeler arasında ayakta kalabilmek için ve ortaklıklar sayesinde krizleri fırsata çevirebilmek için outsourcing'e başvurmaktadır (Uğurlu, 2021: 7-11). Bu bağlamda dış kaynak kullanımı özetle şu şekilde tanımlanmaktadır. Dış kaynak kullanımı, bir işletmenin ana yeteneklerine odaklanmasını sağlayarak, bu yetenekleri geliştirmesine ve temel olmayan işleri alanında uzmanlaşmış işletmeler aracılığıyla yürütmesine imkan tanıyan, ortaklıklar yoluyla maliyetleri azaltmayı hedefleyen stratejik bir yönetim yaklaşımıdır (Koçel, 2014: 447).

2.1. Dış Kaynak Kullanımının Gelişimi ve Kullanım Alanları

Dış kaynak kullanımıyla ilgili en eski örnekler Roma İmparatorluğu dönemine kadar uzanmaktadır. Romalılar, vergi toplama işlerini düzenlemek ve

verimli bir şekilde yönetmek amacıyla dış kaynaklardan faydalanmışlardır. Benzer bir yaklaşım 14. yüzyılda Venedikliler tarafından depolama işlerinde uygulanmıştır. Dünya çapında dış kaynak kullanımının yaygınlaşması ise Sanayi Devrimi sonrasına denk gelmektedir. 18. yüzyılda, ateşli silah üretiminde kullanılan metal düzeneklerinin üretiminde de dış kaynak kullanımı örneklere rastlanmaktadır. 19. yüzyılda ise sokak lambalarının bakımı, posta hizmetleri, hapishane tutuklularının nakliyesi, yolların bakımı gibi kamu hizmetlerinin özel işletmelere devredilmesi yaygın hale gelmiştir (Arslanoğlu ve Akkuzu, 2023: 92).

Modern dış kaynak kullanımının örneklerine değinmek gerekirse, bu yöntem ilk olarak 19. yüzyılın başlarında İngiltere'de metal üretim sektöründe uygulanmıştır. Daha sonra kamu hizmetlerinde de yaygınlaşarak, hapishane yönetimi, yol yapımı ve onarımı, atık yönetimi gibi alanlarda dış kaynak kullanımı örnekleri görülmüştür (Karaca vd., 2022: 205).

1920'ler ve 1930'lar ise ABD'de dış kaynak kullanımının öneminin anlaşılmaya başlandığı dönemlerdir. Bu dönemde General Motors ve DuPont gibi şirketler, endüstri sonrası devrim ile dış kaynak kullanımını merkeze alan çalışmalar yapmışlardır (Kanzuk, 2017: 8).

1960'lı yıllarda yemek, güvenlik ve temizlik gibi destek hizmetlerinde dış kaynak kullanımının başladığı belirtilmektedir (Yılmaz, 2013: 9). 1970 yılına gelindiğinde ise bu konu ilk kez akademik çalışmalarda ele alınmıştır. Akademik çevrelerde, işletmelerin ana yeteneklerine odaklanabilmek için dış kaynak kullanımı yönetimi bir strateji olarak benimsenmiştir (Yalçın vd., 2011: 84).

1989 yılında, Eastman Kodak örneğiyle dış kaynak kullanımı (DKK) kavramı gerçek anlamda önem kazanmıştır. Eastman Kodak firmasının bu yıl içerisinde tüm bilgi yönetim faaliyetlerini Businessland ve Digital Equipment Corp.'a devretmesi, modern anlamda ilk dış kaynak uygulaması olarak kabul edilmiştir (Uğurlu, 2021: 12). 2000'li yıllarla birlikte, dış kaynak kullanımı işletmeler için merkezi bir strateji haline gelmiş ve hatta rekabet avantajı sağlayan önemli bir unsura dönüşmüştür (Koçel, 2014: 448).

Türkiye'de 1980'lerin başında, öncelikle hastaneler olmak üzere kamu kuruluşları, temizlik ve yemek gibi hizmetleri dışarıdan tedarik etmeye başlamıştır. Kamunun bu tür hizmetleri dışarıdan temin etmesi, özel sektörde hareketlenmeye yol açmış ve özellikle büyük hastanelerde başlayan dış kaynaklı hizmet alımı, günümüzde sağlık sektörü başta olmak üzere birçok küçük işletmede de yaygın bir uygulama haline gelmiştir (Tengilimoğlu vd., 2021: 518).

Türkiye'de hizmet alımlarıyla ilgili olarak ilk önemli adım, 27.06.2003 tarihinde yayımlanan 1082 sayılı "Tıbbi Cihaz Hizmet Alımı" genelgesiyle atılmıştır. Bu genelge ile sağlık kurumlarına, tıbbi cihazları hizmet alımı yoluyla temin etme imkanı sağlanmış ve bu kapsamda tıbbi, teknik ve kullanım

özelliklerine ilişkin tüm gereklilikler, 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri doğrultusunda ihale yöntemiyle karşılanmıştır. Ayrıca, hastanelerin birbirlerinden hizmet almasını düzenleyen hükümler, 04.01.1961 tarihli 209 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan kanuna 2005 yılında eklenmiştir (Kızılyer, 2022: 9).

Dış kaynak kullanımı (DKK), çeşitli sektörlerde önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye'de en köklü ve yaygın dış kaynak kullanımı örneklerinden biri inşaat sektöründeki taşeronluk sistemidir. Bunun yanı sıra fason üretim hizmetleri, personel taşıma ve yemek hizmetleri de dış kaynak kullanımının örnekleri arasında gösterilebilir. Son yıllarda ise sağlık, lojistik ve bilişim sektörleri gibi alanlar, dış kaynak kullanımının en fazla tercih edildiği sektörler arasında yer almaktadır (Arslanoğlu ve Akkuzu, 2023: 94). Son zamanlarda Türkiye'de en yaygın olarak başvurulan outsourcing yöntemleri ve etkin olduğu sektörler şu şekildedir: (Aydoğdu, 2017: 39-51; Tengilimoğlu vd., 2021: 523).

- Güvenlik, temizlik hizmet alımlarında,
- Yemekhane hizmetlerinde,
- Laboratuvar hizmetlerinde
- Klinik görüntüleme hizmetlerinde,
- İmalat ve üretim sektöründe,
- Taşımacılık ve lojistik faaliyetlerinde,
- İnsan kaynakları yönetiminde,
- Turizm ve otelcilik sektöründe,
- Eğitim sektöründe,
- Sağlık sektöründe,
- Lojistik sektöründe,
- Teknoloji ve bilişim sistemlerinde,
- Muhasebe ve finansman ile ilgili faaliyetlerde,
- Satış ve pazarlama
- Tıbbi malzeme,
- İlaç
- Ambulans hizmetleri,
- Hasta ve ziyaretçi yönlendirme hizmetlerinde.

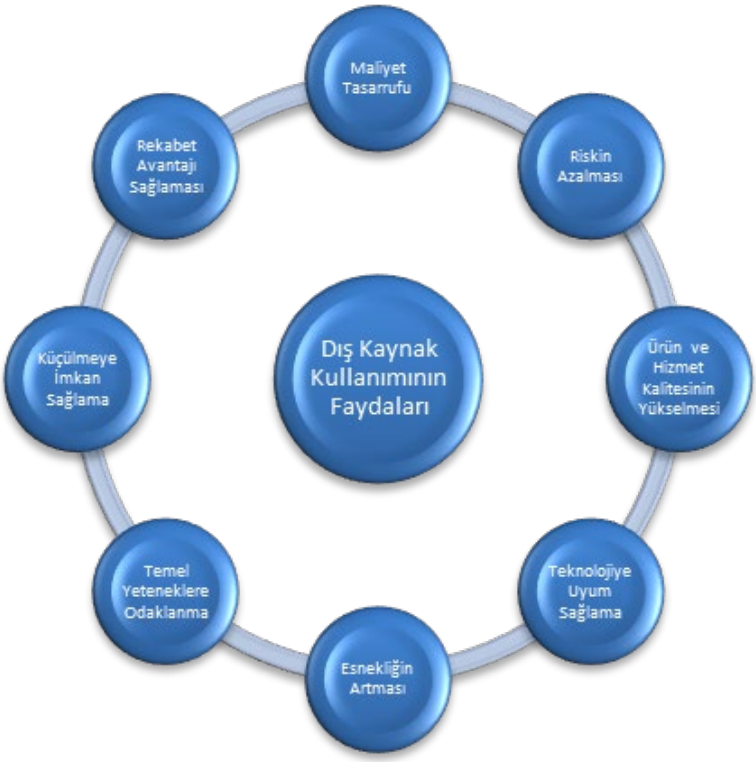
2.2. Dış Kaynak Kullanımın Faydaları, Avantaj ve Dezavantajları

İşletmeler, çeşitli nedenlerden dolayı outsourcing yöntemine başvurmaktadırlar. Dış kaynak kullanımının pek çok avantajı bulunmaktadır. İşletmeler, dış kaynak kullanımı sayesinde ana faaliyetlerine odaklanabilirler; bu da ürün ve hizmet kalitesini sürekli olarak artırmaya yönelik çabalarını destekler

ve işletmenin vizyonu, misyonu ve amaçları doğrultusunda zamanında hizmet sunma yeteneği kazanmasına olanak tanır (Karaca vd., 2022: 206).

Dış kaynak kullanımıyla daha iyi bir konum elde etmek isteyen işletmeler bazı faydalar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Dış kaynak kullanımının sağladığı faydalar işletmelere rekabet ortamında başarı sağlayacaktır. DKK'nın sağladığı bazı faydalar şekil 1'de gösterildiği gibi sıralanabilir.

Şekil 1: Dış Kaynak Kullanımının Faydaları



Kaynak: Göktaş, 2022: 54-57

Şekil 1'de de görüldüğü üzere outsourcing'in faydaları çeşitlilik arz etse de başlıca ve önemli faydaları; uzmanlık alanı dışındaki hizmetleri dış kaynağa bırakarak temel yeteneklere odaklanma, uzmanlık alanı çerçevesinde küçülerek yalın haline gelme, rekabet avantajı sağlama, alanında uzman dış kaynak sağlayıcılardan faydalanarak riskin azalması ve modern teknolojiye uyum sağlama ve küresel çağın en önemli sorunlarından olan yüksek maliyetleri dış kaynak sağlayıcılara başvurarak maliyet tasarrufuna gitmek gibi faydalar ileri sürülmüştür.

Dış kaynak kullanım yöntemine başvuran işletmeler bu yöntemin faydalarının yanında bazı dezavantajlarıyla da karşılaşabilirler. Bu dezavantajlar avantajlarıyla karşılaştırılarak tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Dış Kaynak Kullanımının Avantaj ve Dezavantajları

AVANTAJLARI	DEZAVANTAJLARI
Ekonomik Avantaj	
Dış kaynak kullanımı, ölçek ekonomilerini mümkün kılarak (yani operasyon ölçeğini artırarak birim başına daha düşük maliyete yol açarak) kısa vadeli doğrudan maliyetleri ve uzun vadeli yatırımları azaltabilir.	Dış kaynak kullanımı genellikle ilk tahminlerde dikkate alınmayan gizli (bazen balonlaşan) maliyetlere sahiptir: Arama maliyetleri: Uygun satıcıları belirlemek ve değerlendirmek için bilgi toplamak. sözleşme yükümlülüklerini yerine getirmek; satıcılarla pazarlık yapmak ve performans beklentilerini karşılamadıklarında onlara yaptırım uygulamak; öngörülemeyen durumlarda sözleşmelerdeki değişikliklerin müzakere edilmesi ve maliyet artışını yönetmek gibi arama maliyetleri vardır. Değiştirme maliyetleri: Dış kaynak kullanımı sözleşmesinin sağladığı kısa vadeli tasarruflar, kuruluşun dış kaynak kullanımı işlevini yeniden entegre etmeyi gerekli görmesi durumunda, belki de bir satıcının hizmeti sağlamaya devam edememesi veya başka bir şekilde sözleşmesini yerine getirememesi nedeniyle gelecekte boşa çıkabilir.
Kuruluş, dış satıcı tarafından devralınan fonksiyonları yönetme sorumluluğundan kurtulur.	Dış kaynak kullanımında, sözleşmenin başlangıcı genellikle müşteri için satıcıdan daha faydalıdır. Zamanla sözleşme müzakerelere ve yanlış anlaşılmalara konu olabilir. Her iki tarafın da yüksek düzeyde güveni ve sürekli iyileştirme taahhüdü olmadığında, dış kaynak kullanımı girişimleri genellikle başarısız olur. Gerektiğinde sözleşmenin uygulanması olmadan, dış kaynak kullanımı fayda kaybıyla sonuçlanabilir.
Dış kaynak kullanımı, değişime isteksiz olan yerleşik departmanları yeniden yapılandırarak firmaların maliyetleri azaltmasına yardımcı olabilir.	
Rekabet avantajı	
Dış kaynak kullanımı düzenlemesi, firmanın ana faaliyet alanına ve en kritik konulara odaklanmasına olanak tanır. Firma, çevresel fonksiyonları dış kaynaklardan temin ederek, tanımlanabilir bir üstünlük elde edebileceği ve müşterilere benzersiz bir değer sunabileceği bir dizi "temel yeterlilikler" üzerinde kaynaklarını yoğunlaştırabilir. Üst düzey uzmanlık gerektirmeyen hizmetler, dış kaynak sağlayıcısına devredilebilir.	Kuruluşlar, temel faaliyetleri dış kaynaklardan temin ederek kaliteleri üzerindeki kontrollerini kaybetme riskiyle karşı karşıya kalırlar. Müşteriye dönük fonksiyonların dış kaynaklardan sağlanması müşteri memnuniyetini, marka sadakatini, müşterinin firmaya olan bağlılığını ve olumlu ağızdan ağıza pazarlamayı azaltabilir.
Hızla değişen pazarlarda, dış kaynak kullanımı döngü sürelerini kısaltabilir ve müşteri	Çalışanlar genellikle dış kaynak kullanımını üst düzey yönetim tarafından kendi becerilerinin hafife

ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilirlik sağlayabilir çünkü firmalar, dış tedarikçilerin yatırımlarından, yeniliklerinden ve uzmanlaşmış profesyonel yeteneklerinden, özellikle de dahili olarak geliştirilmesi çok zaman alıcı veya pahalı olabilenlerden yararlanabilir.	alınması olarak gördüklerinden, dış kaynak kullanımı çalışanların moralini düşürebilir..
	Dış kaynak kullanımı, çalışanların güvenini, iş güvenliği duygusunu ve sadakatini olumsuz yönde etkileyebilir, muhtemelen verimliliğin düşmesine ve hatta grev gibi işlevsiz eylemlere yol açabilir.
	Dış kaynak kullanımı, bir kuruluşun, dış kaynak sağlayıcının izin vermesi yerine, yeni ürünleri/hizmetleri istediği zaman sunma konusundaki stratejik esnekliğini azaltabilir.
	Firmalar, temel faaliyetleri dış kaynaklardan temin ederek "içi boş şirketler" olma riskiyle karşı karşıyadır.
	Dahili belgeler ve veriler tek çatı altında tutulduğunda en güvenlidir. Dış kaynak kullanımı, dahili verilerin dış kaynak hizmeti sağlayan harici kuruluşla paylaşılmasını gerektirebilir, bu da potansiyel olarak hassas verilerin veri ihlalleri ve diğer yetkisiz kullanımlar nedeniyle tehlikeye atılmasına ilişkin güvenlik riskini artırabilir.

Kaynak: Berry, vd., 2021: 2879-2890

Hizmetlerin dış kaynaklardan sağlanmasının avantajı, maliyet tasarrufu yoluyla etkin bir hastane yönetiminin teşvik edilmesidir. Ancak kısa vadeli maliyetleri düşürmeye çalışan sağlık kuruluşları, dış kaynak kullanımıyla meşgulken itibarlarını, markalarını, uzun vadeli performanslarını ve yaşayabilirliklerini tehlikeye atabilir. Dış kaynak kullanımının uygun bir rolü vardır, ancak kullanımı beklenen faydalarla karşılaştırıldığında kısa, orta ve uzun vadeli risklerin titizlikle değerlendirilmesini gerektirir (Berry, vd., 2021:2880).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE OUTSOURCİNG

Dış kaynak kullanımı (DKK) uygulaması, sağlık sektöründe giderek daha fazla önem kazanmaya başlamış ve Türkiye'deki birçok hastanede çeşitli destek hizmetlerinin özel sektör firmaları tarafından sağlanması yaygın hale gelmiştir. Sağlık hizmet sağlayıcıları, ana yetkinlikleri olan teşhis ve tedavi süreçlerine yoğunlaşırken, yemek, temizlik, güvenlik, veri giriş, danışma, hasta kabul ve çamaşırhane gibi destek hizmetlerinin yanı sıra son dönemde mikrobiyoloji, biyokimya, radyoloji ve nükleer tıp gibi yardımcı tıbbi hizmetleri de dış kaynak kullanımı yoluyla gerçekleştirmektedirler (Bozdemir ve Öcel, 2016).

20. yüzyılın sonlarında, birçok ülkedeki sağlık sistemleri tıbbi bakım hizmetlerini dışarıdan almaya başlamıştır. Daha önce yapılan çalışmalar,

radyoloji hizmetlerinin; teknolojik gelişmeler, uzmanlık eksikliği, artan talep, finansal kısıtlamalar ve radyolojinin analog bir dünyadan dijital bir dünyaya geçişi gibi birçok nedenden dolayı giderek daha fazla dışarıdan temin edildiğini göstermiştir (Olofsson vd., 2019, s.148).

Sağlık hizmetleri çok yapılı bir sisteme sahip olduğundan DKK yöntemi için en uygun sektörlerden biridir. Uzmanlık alanı teşhis ve tedavi olan sağlık hizmetleri, uzmanlık alanı dışındaki onlarca faaliyette dış kaynak kullanımına başvurmaktadır. Hatta günümüzde yardımcı hizmetler olarak belirlediğimiz ve uzmanlık alanı olup olmadığı konusunda şüpheler olan hizmetlerde de DKK yöntemine başvurulmaktadır (Uğurlu, 2021: 36). Yasal ve yönetsel bir araç olarak dış kaynak kullanımı, alıcıyı ve tedarikçiyi motive ederek maliyetleri azaltabilir, hizmetlerin üretkenliğini ve kalitesini artırabilir, performansı artırabilir ve sağlık hizmetlerinin erişimini, hakkaniyetini, verimliliğini ve hesap verebilirliğini artırabilir (Omrani, vd., 2017:1292).

Tablo 2: Sağlık Hizmetlerinde Bazı Dış Kaynak Kullanım Alanları

Yardımcı Üretim Alanlarında (Klinik Hizmetler)	Yardımcı (Destek) Hizmet Alanları (Klinik Olmayan Hizmetler)
MR hizmeti	Güvenlik ve temizlik hizmetleri
Bilgisayarlı tomografi hizmeti	Sekreterlik ve bilgi işlem hizmetleri
Nükleer tıp hizmeti	Yemekhane ve kafeterya hizmetleri
Radyoloji-röntgen teşhis hizmeti	Otomasyon hizmeti
Hemşirelik hizmeti	Personel servis ve ambulans hizmetleri
Biyokimya ve mikrobiyoloji lab. hizmeti	Çamaşırhane ve terzihane hizmetleri
Eczane hizmeti	Teknik bakım ve bahçe düzenlemesi hizmetleri
Mamografi ve ultrason hizmeti	Hasta danışma hizmeti
Patoloji hizmeti	Kalorifer yakma hizmeti
Diğer laboratuvar hizmetleri	Otopark hizmeti

Kaynak: Çil Koçyiğit, vd., 2019:332; Kılıç ve Koç, 2016:64.

Tablo 2'de sağlık sektörüne özgü bazı outsourcing kullanım alanları verilmiştir. Çok yapılı bir sisteme sahip olan sağlık işletmeleri klinik hizmetler ve destek hizmet alanları olmak üzere iki farklı alanda dış kaynak kullanımına sıklıkla başvurmaktadır. Bunların başında teknoloji yoğun hizmet alanları maliyet tasarrufu sebebiyle gelmektedir (Çil Koçyiğit, vd., 2019: 333). Bu çerçevede, işletmelerin temel yetenekleri dışında neredeyse her alanda outsourcing yöntemine başvurduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca, günümüzde hemşirelik gibi temel yeteneklerin içinde yer alan hizmetlerde de outsourcing uygulamalarına başvurulduğu gözlemlenmektedir.

Dış kaynak kullanımının sağlık hizmetlerindeki en önemli nedeni olarak kendi çalışanlarını sürdürme maliyetlerinin aşırı yüksek olması, iş ilişkisi temelinde işbirliği kurulması durumunda ortaya çıkan yüksek personel

maliyetlerinin bir sonucudur (Borowska, vd., (2020: 486). Borowska vd., (2020)'e göre sağlık hizmetlerinden outsourcing'e başvurmanın başlıca sebepleri şuanlardır:

a. Sağlık hizmetlerinde uzmanlık alanı dışındaki bazı hizmetleri hastanelerin kendi çalışanları ile sürdürmesinin aşırı maliyetli oluşu
b. Sunulan hizmet alanlarında en kaliteli bilgi ve teknolojilere erişim kazanmak
c. Sağlık hizmetlerin başta teknoloji olmak üzere yatırımların yüksek maliyetli olması nedeniyle finansal tasarruf ihtiyacı
d. Kanunla belirlenen şartları yerine getirmesi zorunluluğu
e. Kendi çalışanları tarafından sağlanan hizmetlerin düşük kalitesi
f. Kurucu kuruluşla istişarede bulunularak geliştirilen tesisin yeniden yapılandırma planının uygulanması ihtiyacı
g. İşletme tarafından sağlanacak hizmetler için alan ve ekipman eksikliği

Sağlık kurumları açısından dış kaynak kullanımına ilişkin olarak, gelir-gider dengesinin korunması, maliyetlerin kontrol edilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve hasta odaklı yaklaşımların benimsenmesini hedefleyen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adlı reform kapsamında, temizlik, güvenlik, danışma, yemek, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi birçok faaliyet için dış kaynak kullanımına yönelik stratejilerin hızla arttığı gözlemlenmektedir (Karaca ve diğerleri, 2022: 206).

Dış kaynak kullanımının bir başka amacı, yöneticilerin ana yetkinlikleri, yani klinik hizmetler üzerinde daha fazla odaklanmalarını sağlamaktır. Sağlık yöneticileri ve diğer sağlık profesyonelleri, dış kaynak kullanımı sayesinde ana işlevlerine yoğunlaşabilir ve ikincil faaliyetleri veya düşük rekabet avantajına sahip alanları, uzman dış kaynak sağlayıcılarından temin edebilirler (Kızılyer, 2022: 22).

Günümüzde hastanelerde, hastane yönetim bilgi sistemleri, kiralanmış tıbbi cihazlar, yemek hizmetleri, temizlik, güvenlik, diyetisyen, muhasebe, çamaşırhane, ambulans ve hasta yönlendirme gibi birçok hizmet dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanmaktadır (Kurutkan ve Terzi, 2022: 418). Bu bağlamda, son dönemde birçok sağlık kuruluşunda yaygın olarak uygulanan dış kaynak kullanımı yönetimi, hastane işletmelerinin temel yetkinliklerinin dışında kalan tamamlayıcı ve destekleyici tıbbi hizmet unsurlarını modern teknolojilerle, arzu edilen kalitede ve daha düşük maliyetle sunma amacı taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının, bu hizmetleri dış kaynak kullanımı ile sağlamadan önce, mutlaka dış kaynak kullanımının avantaj ve dezavantajlarını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Uğurlu ve Bozdemir, 2022: 594).

Sağlık hizmetlerinde outsourcing'in avantajlarını şu şekilde sıralayabiliriz: (Bozdemir ve Öcel, 2016:1056; Shirdeli, vd., 2018:193; Billi, vd., 2007: 245-253; Çil Koçyiğit, vd., 2019:328; Erer, 2018:6118; Uğurlu, 2021:41).

Şekil 2: Outsourcing'in Avantajları

Sağlık Hizmetlerinde Outsourcing'in Avantajları
Ana yeteneklere odaklanmayı sağlar,
Temel yetenekleri geliştirmeyi sağlar
Teknoloji planlama ve yeniliklere yatırım imkânının artmasını sağlar,
Dış kaynak becerilerine / uzmanlığına erişim imkânının artmasını sağlar,
Bilgi güvenliği kapsamının genişlemesini sağlar,
Esnekliğin artmasını sağlar,
Etkinliği artırarak ölçek ekonomisinin imkânlarından yararlanmayı sağlar,
Başarılı sözleşmeler kurma imkânının artmasını sağlar,
Projenin organizasyonel hedeflere ulaşmadaki katkısının artmasını sağlar,
Dünyada sürekli değişen teknolojiye duyarlı olmayı sağlar,
Bilgi transferinin kapsamın genişlemesini sağlar,
Yeterli mali kaynak tahsisini sağlar,
Kısa vadede ve genelde kriz dönemlerinde, gider tasarrufları sağlar,
Sabit maliyetleri, değişken maliyetlere dönüştürülmesini sağlar,
Sağlık hizmetlerinin, personelini ve enerjisini temel hizmetlere yönlendirmesini sağlar,
İş yapma kabiliyetinin, hızının ve gücünün artmasını sağlar,
Kaliteli, yerinde ve zamanında hizmet, materyal ve işgücü teminini sağlar,
İşletim giderlerini denetleme ve düşürme imkânı sağlar,
Genel maliyetleri düşürmeyi sağlar,
İç kaynakları başka etkinliklerde kullanabilmeyi sağlar,
İçeride sahip olamadığı kaynaklara erişme imkanı sağlar,
Yeniden yapılanma sürecini hızlandırmayı sağlar,
Risk paylaşımını sağlar,
Yönetimde stratejik düşünceyi ve iç paydaşlarla ticari ilişkilerin geliştirilmesini sağlar,
Nakit akışını sağlar,
Küçülmeyi sağlar,
Kalite artışını sağlar,
Verimlilik artışını sağlar,
Müşteri beklentilerini karşılayabilmeyi sağlar.

Özellikle insan sağlığını doğrudan etkileyen sağlık hizmetlerinde, ana faaliyet alanı dışındaki hizmetlerin dış kaynak kullanımı ile sağlanmasında en önemli husus, bu hizmetlerin uzmanlaşmış firmalar tarafından yerine getirilmesidir. Yetersiz firmalara verilen hizmetler, hizmet kalitesinin düşmesine ve dolayısıyla verimliliğin azalmasına neden olmaktadır (Karaca ve diğerleri, 2022: 207).

Sağlık işletmelerinde outsourcing'in faydalarının yanında bazı riskleri de vardır. Bunlar; hizmette aksama meydana gelebilir, gelir ve itibar kaybı oluşabilir. Hastaların sağlık kurumuna duyduğu güven ve bağlılık azalabilir. Dış kaynak sağlayıcı firma sağlık kuruma rakip hale gelebilir. Dış kaynak sağlayıcı firma hasta bilgilerini deşifre edebilir. Hastanın kuruma duyduğu güven azalır, hukuki sorunlar ortaya çıkarabilir. İstenen maliyet avantajının sağlanması söz konusu olabilir. Bu da teşhis ve tedavi hizmetlerine aktarılacak kaynakların azalmasına, sağlık hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilir (Arslanoğlu ve Akkuzu, 2023: 109).

Şekil 3: Sağlık Sektöründe Outsourcing Gereksinimini Etkileyen Faktörler

Tema	Alt Tema
1. Finansal Hususlar	1. Verimlilik 2. Birim fiyatı 3. Maliyet Tasarrufu 4. Fon Eksikliği 5. Finansman 6. Ölçek Ekonomileri
2. Müşteri Odaklı	1. Kalite İyileştirme 2. Denetim Kalitesi 3. Etkinlik 4. Müşteri Memnuniyeti
3. Personel Odaklı	1. Teknik Uzmanlık Durumu 2. Personel Eksikliği 3. İzleme ve Değerlendirme Ekibi 4. Yüksek İşgücü Maliyeti
4. İdari Sorunlar	1. Dış Sağlayıcıların Performansını İzleyebilme 2. Mevcut İş yükü 3. Eğitim, Öğretim ve Danışmanlık Görevi 4. Zamanındalık 5. Verimlilik 6. Operasyonel Esneklik 7. İnsan Kaynakları Uzmanlığı 8. Temel İşlevlere Odaklanabilme,
5. Stratejik Konular	1. Yenilik (İnovasyon) 2. Temel İşe Odaklanabilme 3. Artan Esneklik 4. Geliştirilmiş Görüntü 5. Risk Paylaşımı
6. Servis Odaklı	1. Hizmet Hacmi 2. Standart Faaliyetler 3. Bakımın sürekliliği 4. Gizlilik 5. Temel Yetkinlikler
7. Pazar Odaklı	1. Esneklik 2. İş Fırsatı 3. Müşteri Sadakati 4. Rekabet ve Şeffaflık
8. Sosyal Odaklı	1. Paydaşların Çıkarları 2. Mevzuat
9. Tesis Odaklı	1. Bilgi Sistemi ve Otomasyon
10. Satıcı Odaklı	1. Dış kullanılabilirlik, İstikrar ve Güvenilirlik sağlayıcı

Kaynak: Omrani, vd., 2017:1307; akt. Uğurlu, 2021: 39

Şekil 3'te sağlık sektöründe outsourcing uygulamasının gereksinimi etkileyen faktörler ve alt faktörleri önem sırasına göre sıralanmıştır. Finansal faktörler en önemli faktör olurken müşteri odaklılık ve personel odaklılık bu faktörü takip etmiştir. Alt faktör olarak ise verimlilik, maliye tasarrufu, kalite iyileştirme ve teknik uzmanlık durumu sırasıyla en önemli ortaya konulmuştur.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI İLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI (DÜNYA VE TÜRKİYE BAĞLAMI)

Küreselleşen piyasalarla birlikte tüm ülkelerde yoğun bir şekilde dış kaynak kullanımına başvurulduğu görülmektedir. İşletmeler global ekonomilerle büyüyen şirketlerindeki bir çok faaliyeti artık kendi bünyelerinde yapmayıp bu faaliyetlerde uzman ve daha başarılı firmalara başvurarak yerine getirmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde işletmeler artık sektörlerin aşırı büyümesiyle çoklu bir yapıya dönüşmekte ve çoğu faaliyetini alanındaki uzman şirketlere gördürerek riski paylaşmakta ve bu sayede de kaynak transferi imkanı elde etmektedir. Bunun en büyük nedeni bir türlü hızına yetişilemeyen teknolojik gelişimlerdir ve işletmelerin gelişen teknolojileri ekonomik olarak elde etmelerinin imkânsızlaşmasıdır.

Uluslararası literatürde, sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımına ilişkin geniş kapsamlı deneyimler bulunmaktadır. 1970'li yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde çamaşırhane hizmetlerinin dış kaynak kullanımına dair ekonomik ve organizasyonel avantajlar ele alınmıştır. Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri'nde bilişim teknolojileri (BT) hizmetleri ve insan kaynakları (İK) fonksiyonlarının dış kaynak kullanımı oldukça yaygın hale gelmiştir. Batı Avrupa ülkelerinde ise dış kaynak kullanımının yaygınlaştırılması, özellikle yardımcı hizmetler ve BT hizmetlerinin dış kaynak kullanımına odaklanarak gerçekleşmektedir (Borowska, et al., 2020, s. 488).

Bir kriz döneminde ve mevcut istikrarsızlık ortamında maliyetleri optimize etmenin bir yolu, şirketlerin en kritik görevlerine odaklanmasına imkân tanıyan dış kaynak kullanımından geçmektedir (Trushchenko ve diğerleri, 2019, s. 321). Küresel kaynak bulma pazarının yıllık yaklaşık 120-145 milyar dolar arasında bir değere sahip olduğu tahmin edilmektedir ve bilgi teknolojisi ile iş süreci dış kaynak kullanımının ticaret hacmi 1990'ların sonlarından bu yana önemli ölçüde artış göstermektedir (Peck, 2017, s. 2).

Parmar'ın (2015) uzmanlarla yaptığı görüşmelere dayanan çalışmasında, klinik olmayan süreçler üzerinde durulmuştur. Dış kaynak kullanımı için uygun olan alanlar arasında; teknoloji ve destek hizmetleri, gelir döngüsü yönetimi, kodlama, transkripsiyon, elektronik sağlık kayıtları, hasta portalları ve sağlık yönetimi danışmanlığı yer almaktadır.

Hill'in (2006) çalışmasında, katılımcıların %70'inin dış kaynak kullanımına yöneldiği ortaya konulmuştur. Katılımcıların %25'i maliyetleri azaltmak, %17'si dış uzmanlık elde etmek, %23'ü operasyonel verimliliği artırmak, %20'si çalışan dengesini sağlamak ve %15'i temel yetkinliklere odaklanmak amacıyla dış kaynak kullanmaktadır. Maliyet karşılaştırmaları açısından, dış kaynak kullanımının önemli bir finansal etki yarattığı görülmüştür.

Glaa ve diğerlerinin (2014) çalışmalarında, sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımının nedenleri incelenmiştir. Bu nedenler arasında, satıcının uzmanlığı en önemli etken olarak öne çıkmaktadır. İkinci önemli neden ise hızla artan maliyet tasarrufudur. Hastaneler, yüksek maliyetli yatırımlardan kaçınmak ve maliyet tasarrufu sağlamak amacıyla dış kaynak kullanımına yönelmektedir.

Omrani ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, dış kaynak kullanımını etkileyen faktörler önem derecesine göre sırasıyla; 1. finans, 2. personel oryantasyonu, 3. verimlilik, 4. hizmet etkinliği, 5. hizmet kalitesi, 6. mevcut iş yükü ve 7. operasyonel esneklik olarak belirlenmiştir. Bristol'e (2005) göre, dış kaynaklarda kullanılan ileri teknoloji, yeniden yatırımları sadece maliyet tasarruflarından yararlanmayı sürdürmekle kalmayıp, aynı zamanda teknolojik ölçekte daha yüksek yeni iş fırsatları yaratarak ve gelişmiş hasta bakımı kalitesi sunan kesim maliyetini azaltarak katkı sağlamaktadır.

Glaa ve arkadaşlarına (2014) göre, giderek daha fazla şirketin hacim artışını karşılamak amacıyla stratejik planlarına dış kaynak kullanımını dahil edeceği öngörülmektedir. Bu bağlamda, dış kaynak şirketleri, hizmet ve ürünleri daha düşük maliyetlerle sağlayarak büyüme eğilimi göstermektedir. Özellikle kamu sektörü ve sağlık hizmeti sağlayıcıları gibi yeni müşteri türleri, dış kaynaklı iş ve teknoloji hizmetlerine yönelmiş ve küresel piyasayı 210 milyar dolar ile 260 milyar dolar arasında genişletmişlerdir.

Uluslararası yazarlar DKK hakkında çeşitli metotlarla yayınlar ele almışlar ve bu yayınlarda çeşitli konular üzerinde durmuşlardır. Yabancı bilim adamlarının araştırmalarında ele aldıkları dış kaynak kullanımının temel sorunları şunları içerir; (Trushchenko, 2019: 300-330)

a. Hizmet sektöründe yoğun bir şekilde gelişen dış kaynak kullanımı ile iş kaybı endişesi,
b. Bireysel iş süreçlerinin ve (veya) işlevlerin dış kaynak kullanımına aktarılmasına karar verme süreci,
c. Dış kaynak kullanımı yönetim süreci,
d. İnsan kaynakları dış kaynak kullanımının riskleri,
e. Dış kaynak kullanımı için işlevlerin ve (veya) iş süreçlerinin tanımlanmasıyla ilgili sorunlar,
f. Bir dış kaynak şirketi seçmek ve doğru kararı değerlendirmek,

g. Ortaklığın kalitesinin değerlendirilmesi sorunu

Bu sorunlar üzerinde birçok çalışma ortaya konmuş ve bu konu tüm ülkelerce odak haline gelmiştir. Çünkü küresel ekonomilerde risk paylaşımı ve kaynak transferi için dış kaynak kullanımına başvurmak kaçınılmaz bir yöntem olmuş ve halen olmaktadır.

Tablo 3'te Kavosi, vd.'nin (2018) yaptığı çalışmada outsourcing'e başvurma sebepleri ülkeler bazında ele alınıp değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda farklı ülkeler bazından ele alınan dış kaynak kullanımına başvurma nedeni olarak en çok stratejik, maliyet ve kalite faktörleri gösterilmiştir. Bu çalışma çoğu ülkenin birkaç farklı sebeple dış kaynak kullanımına başvurduğunu göstermektedir. Yapılan bu çalışma ülkelerinin çoğunda strateji nedeniyle dış kaynak kullanımına başvurulduğunu ortaya koymaktadır. Ülkeler bazında en çok başvurma sebebi olan strateji faktörünü; ekonomi, maliyet ve kalite faktörleri izlemiştir. Strateji faktörünün alt faktörleri olarak ise temel işlere yoğunlaşma, esneklik, yönetim yükünü azaltma ve risk paylaşımı oluşturmuştur.

Tablo 3 ışığında ülkeler farklı olsa da çeşitli sebeplerden ötürü dış kaynak kullanımı yöntemine başvurulduğu ve bu modern yöntemin bir stratejik hamle olarak yöneticiler tarafında benimsendiği ortadadır. Hele ki günümüz dünyasında global bütçe modelleri ile işletmelerini yönetmeye çalışan yöneticiler için outsourcing yöntemi iyi bir alternatif olarak görülmektedir.

Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanım Gereksinimin Bazı Ülkelere Göre Nedenleri

Yazarlar (Yıl)	Yer	Faktör	Alt Faktör
Dawne Lamminmaki (2010)	Avustralya	Yok	Temel faaliyetler, Esneklik, Uzmanlık, Uyumlu kültür, Güven, Sermaye harcamalarından kaçınma, Hızlı genişlemeyi kolaylaştırma, Rakip dış kaynak kullanımı ihtiyacı
Chinyao Düşük (2012)	Tayvan	Sistem işlevi	Kullanışlılık, Kullanım kolaylığı, Doğruluk, Maddi programlama dilleri, Güvenilirlik, Güvenlik / Gizlilik
		Servis kalitesi	Sistem güncellemesi tıbbi danışmanlığı, Bakım hizmeti, Müşteri memnuniyeti, Eğitim eğitimi, Uzmanlık
		Entegrasyon	Uyumluluk, Mantıksal yapı, Esneklik, Özelleştirme, Etkileşim
		Ekonomi	Kurulum maliyeti, Maliyeti koruma, İtibar
		Profesyonellik	Yenilik, Deneyim
Saeed Tajdini (2012)	İran	Stratejik	Temel iş, Esneklik, İmaj
		Ekonomik	Maliyet azaltma, Ölçek ekonomisi, Büyüme
		Teknik	Beceri, Operasyonel süreç yönetimi, Yeni ürün
		Jeopolitik	Mesafe, Siyasi sorunlar, Dil engelleri

Yazarlar (Yıl)	Yer	Faktör	Alt Faktör
Jian-Jun Wang (2008)	Çin	Yok	Strateji, Ekonomi, Çevre, Risk, Kalite
Niskanen Salla (2013)		Yok	Maliyet, Stratejik, Fonksiyon özellikleri, Çevre
Joan Rhodes (2014)	Berlin	Maliyet	Daha düşük toplam maliyet, Maliyet azaltma, Maliyet kontrolü / işletme maliyetini azaltma, Operasyonların verimliliğini artırma
		Odaklanma	Kaynakların temel yetkinliklere odaklanmasına izin verme, Diğer işletmeler için kaynakları serbest bırakma
		Kalite	Uyumluluk kalitesini artırma, Müşteri şikâyetlerinin / sorularının hızlı çözümlenmesi
		Esneklik	Hacim esnekliğini artırma, Kapasite eksikliği, Çıktıları ayarlama yeteneği
		Yenilikçilik	Belirli işgücü ve / veya teknoloji uzmanlığına erişim, Tedarikçi inovasyon yetenekleri, Daha düşük geliştirme maliyeti
Jens Dibbern (2012)	Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri	Etkililik	Stratejik Faydalar, Hizmet Kalitesi, Kaynaklar ve Beceriler
		Verimlilik	Üretim Maliyetleri, İşlem Maliyetleri
		Çevresel güçler ve kısıtlamalar	Sanayi düzenleme, Karar gücü ve Politika
		Ulusal ve Sektörel Özellikler	Menşe Ülke, Kamuya karşı özel
		Örgütsel Özellikler	Finansal durum, Stratejik yönelim, Gevşek kaynaklar
		İşlem Özellikleri	Varlık özgüllüğü, Belirsizlik, Kaynak açıkları
Tibor Kremic (2006)	ABD	Yok	Strateji, Maliyet, İşlev özellikleri, Çevre
Edward Muchai (2012), Phillip Mollo Oduk (2013)	Kenya	Yok	İş stratejisi, İşlem maliyeti, Organizasyonel büyüklük, Teknik kapasite eksikliği, Talep ve arzın piyasa güçlerine karşı esneklik. Stratejik plan, Kalite iyileştirme, Üretim maliyeti
Ahmed abduraba Al-Nehmi (2009)	Suudi Arabistan	Stratejik	Temel faaliyetlere odaklanma, Kaynakların temel faaliyetler için serbest bırakılması, Birinci Sınıf yeteneklere erişim, Yeniden mühendislik avantajlarını hızlandırma, Yüklenicilerle risk paylaşımı, Değişen pazar dinamiklerine esnekliği artırma, Yüklenicilerle stratejik ittifak, Dış kaynak kullanım uygulamalarını yöneten düzenlemeler
		Yönetim	Yönetim süresinden tasarruf etme, Yönetim yükünü azaltma, Özel yönetim ihtiyacı, Uygulama hızını artırma,
		Teknolojik	Değişen teknoloji ile esneklik kazanma, Yenilikçi fikir ve teknikler başlatma, Teknolojiyi rekabet avantajı için geliştirme, Teknoloji

Yazarlar (Yıl)	Yer	Faktör	Alt Faktör
			gereksinimleri, Belirsizlik, Özel uzmanlık ihtiyacı, Yeni beceriler veya teknik bilgi edinme
		Ekonomik	Genel maliyetten tasarruf edinme, İşçilik ve işletme maliyetini azaltma, Sabit maliyetleri değişken maliyetlere dönüştürme, Nakit akışını iyileştirme, Nakit akışı Temel faaliyetler için sermaye fonlarını daha kullanılabilir hale getirme, Ekonomik verimliliği artırma
		Kalite	Hizmet kalitesini, Kalite gereksinimlerini iyileştirme, Yüksek güvenilirlik ve yetkinlik sağlama
		Fonksiyon özellikleri	İşlev karmaşıklığı, İşlev entegrasyonu ve yapısı, Yedek parça eksikliği, İşlevin kontrol edilmesi zor olması, Ekipman / aletlerin bulunmaması
Magiswary Dorasamy (2010)	Selangor	Maliyetler	Organizasyonel maliyetler, Üretim maliyetleri
		Kaynaklar	Varlıklar, Örgütsel özellikler, Süreçler, Yetenekler, Bilgi çalışanları
		Yeterlilikleri	Bilgi, Beceri yetenekleri, Know-how
		Operasyon Yönetimi	Temel işlevlere odaklanın, Daha iyi yönetim, Gelişmiş kontrol
		Dış kaynak kullanımı riski	Gizli verilerin kaybı, Mal sahibinin sorumluluğu, Tedarikçilerdeki değişiklikler, Tedarikçi başarısızlığı
		Firma büyüklüğü	Büyük, küçük
		Sanayi türleri	İmalat, İmalat Dışı
Gazizade Farz (2011)	İran(Tahran)	Hizmetler	Kalite, Maliyet, Uzmanlık becerileri, Esneklik, Uzmanlaşmış ekipman,
		Stratejik	Temel işleve odaklanma, Yönetim yükünü azaltma
		Çevresel	Devlet düzenlemeleri, Güvenli bilgiye erişim, tedarikçiye bağımlılık
Yosef Muhammed Karimi (2012)	İran(Bukan)	İç Organizasyonel Faktörler	Organizasyon içi maliyetin düşürülmesi, Organizasyonel performansın iyileştirilmesi, Esnekliğin artırılması, Ana fonksiyona odaklanılması, Dahili kaynakların kullanım kapasitesini artırılması, Genel giderlerin azaltılması, Organizasyonel Yaratıcılık kültürünün oluşturulması, Organizasyonda gerekli becerilerin eksikliği, Çıktıların kalitesinin artırılması
		Dış Organizasyonel Faktörler	Teknolojideki değişiklikler, Yeni pazarlara erişim, Rakiplere ulaşma, Değişen müşteri ihtiyaçlarına yanıt verme
Jafar Razmi (2010)	İran (Tahran)	Yok	Yönetim, Strateji, Kalite, Teknoloji, Maliyetler, Risk alma

Kaynak: Kavosi, vd., 2018: 3

Tablo 4: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı Konulu Yapılan Tez Literatür Taraması

Yazar Adı ve Yayın Yılı	Çalışmanın Adı	Türü	Çalışmanın Amacı
YASEMİN KUŞAK, 2023	Dış Kaynak Kullanımına Dair Yöneticilerin Algılarının Değerlendirilmesi Ve Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Uygulama	YLT	Bu çalışmanın temel amacı, sağlık sektöründe dış kaynak kullanımının nedenlerini, kalite ve verimliliğe etkilerini ve risklerini ortaya koymaktır. Araştırma ile Van İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kamu hastanelerinde görev yapan sözleşmeli ve bakanlık onaylı hastane yöneticilerinin dış hizmet kullanımına ilişkin algıları ve dış hizmet kullanımının hastane verimliliğine etkisi ölçülmeye çalışılmıştır. Bu araştırma, betimsel-analitik yöntemle yürütülmüş ve anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini 57 hastane yöneticisi oluşturmaktadır ve bu yöneticilerin 41'i bu çalışmaya katılmıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Araştırma sorularının test edilmesinde tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.
BAHAR AKKUZU, 2022	Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı: Yemek Hizmetleri Örneği	YLT	Bu araştırma hastanelerde verilen yemek hizmetlerinde dış kaynaklardan yararlanma yaklaşımdan yararlanmanın sağlık kurumuna maliyet avantajı sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada yemek hizmetlerinde dış kaynak kullanımının maliyete olan etkisini saptamak amaçlanmıştır.
TUĞBA KIZILYER, 2022	Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımı Yoluyla Hizmet Alımı: Sistematik Bir İnceleme	YTL	Ülkemizde son yıllarda gelişen teknoloji ve değişen sosyo-ekonomik faktörler neticesinde dış kaynak kullanımı daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Dış kaynak kullanımı, sağlık kurumlarının kendilerine rekabet üstünlüğü sağlayan etkinliklere odaklanmaları ve asıl etkinlik sahalarına girmeyen konularda ise spesifik açıdan o konuda profesyonelleşmiş dış yüklenicilerden faydalanmalarını öngören çağdaş bir yönetim metodudur. Bu çalışmada günümüzde sağlık kurumlarında yaygın bir şekilde kullanılan dış kaynak kullanımı uygulamalarının kurumsal yönetim ve maliyet stratejileri üzerindeki etkisine yönelik kapsamlı bir literatür taraması yapılması amaçlanmaktadır. Dünyada sağlık kurumlarında farklı uzmanlık alanlarında uygulanan dış kaynak kullanımı uygulamalarının amaçları, kurumları dış kaynak kullanımına yönlendiren etkenler, meyvuatsal dayanaklar kapsamında gerçekleşme süreci detaylandırılmıştır. Araştırmanın metodoloji kısmında ise meta analizi yönteminden yararlanılarak yerli ve yabancı alan yazında sağlık kurumlarında dış kaynak kullanımına yönelik yapılmış birbirinden bağımsız birden çok araştırmanın sonuçları birleştirilmiştir. Elde edilen araştırma bulguları dış kaynak kullanımının kurumlara sağladığı avantaj ve dezavantajları bütüncül bir çerçeve halinde sunması sebebiyle önem arz etmektedir.
KURTCA MEHMET UĞURLU, 2021	Klinik Görüntüleme Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet-Fayda Analizi: Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Örneği	YLT.	Çalışmanın amacı, hastanelerin yardımcı klinik sağlık hizmetleri sunumunu yaparken, hizmet sunumu kaliteisnden ödün vermeden ve katlılık açısından bu hizmet sunumlarını kendi imkânlarıyla mı yapmalarının yoksa ilgili alanda uzman olan işletmelerden Dış Kaynak Kullanımı (DKK) yoluyla karşılamalarının daha avantajlı olduğunu maliyet-fayda analizi yaparak tespit etmektir.
ADNAN BAÇ, 2019	Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğine Bağlı Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı: Çorlu Devlet Hastanesi Örneği	YLT.	Bu çalışmanın amacı, devlet hastanelerinin dış kaynak kullanımı yoluyla sağladığı temizlik, güvenlik, yemekhane, veri hazırlama, laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin mali açıdan değerlendirmesini yapmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek üzere Çorlu Devlet Hastanesi örneklem olarak seçilmiştir. Tanımlayıcı tipte araştırma modelinin kullanıldığı çalışmada, finansal analizler için gerekli olan verilere Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) üzerinden erişilmiştir. Çalışma sonucunda, dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetlerin ulaştığı finansal büyüklük, aylara ve yıllara göre artış ve azalışlar, hastanenin gelir ve gider kalemleri ortaya konulmuştur.
SARI ADEL MOHAMMAD ELHAJ, 2019	Hastanelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları: Ürdün Haşimi Krallığı Hastaneleri'nde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi	YLT.	Bu çalışmanın öncelikli amacı; tedarikçi seçimini etkileyen faktörlerin, dış kaynaklardan yararlanmanın ve yararlanmamanın nedenlerinin ve dış kaynaklardan yararlanmanın avantaj ve risklerinin tanımlanmasıdır. Ayrıca araştırma, tedarikçi seçimini etkileyen faktörlerin, dış kaynaklardan yararlanmanın ve yararlanmamanın nedenlerinin ve dış kaynaklardan yararlanmanın avantaj ve risklerinin, yöneticilerin sağlık alanındaki deneyim süresi ve yönetici pozisyonlarındaki deneyim süreleri arasındaki arasındaki farklılıkların da incelemeyi amaçlamaktadır Çalışmada, dış kaynaklardan yararlanmaya teşvik eden nedenlerin; maliyetleri düşürerek tasarruf sağlamak, idari işlerin büyüklüğünü sınırlamak ve bir hizmeti sunmak için gereken tesis ve ekipmanların yaratacağı dolaylı maliyetlerden kaçınmak olduğu bulunmuştur. Ürdün Hastanelerinde dış kaynaklardan yararlanmanın birtakım avantajları ve riskleri vardır. En çok algılanan avantajlar finansal tasarruf sağlamak, hizmet üretim maliyetlerini azaltmak ve kurum giderlerini daha iyi kontrol altına almaktır. En çok algılanan riskler ise; tedarikçiden kaynaklanan bilgi güvenliğine yönelik tehditler, tedarikçiye bağımlı hale gelme ve tedarikçi tarafından sunulan hizmetlerde denetimin zorluğudur. Tedarikçi seçimini
			ile ilgili deneyim ve bilgi paylaşımının artırılarak hastanelerde dış kaynaklardan yararlanmayı benimsemeye yönelik çalışmaların artırılması önerilebilir.
Derya Toprak, 2019	Dış Hekimliği Fakültelerinde, Merkezi Sterilizasyon Ve Diş Protez Laboratuvar Hizmetlerinin Kurum Bünyesinde Veya Dış Tedarik Yolu İle Yapılmasının Finansal Açıdan Karşılaştırılması	YLT.	Diş Hekimliği Fakültelerindeki en büyük gider kalemini, personel giderlerinden sonra merkezi sterilizasyon ve diş protez laboratuvar hizmetleri oluşturmaktadır. Bu sebeple bu hizmetlerin iç veya dış kaynak kullanımı (DKK) ile sürdürülmesinin mali açıdan karşılaştırılması önem arz etmektedir. Ülkemizde bu konuda herhangi bir araştırmanın henüz yapılmamış olması bu çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır. Bu araştırmaya farklı coğrafik bölgelerde bulunan, farklı fiziki büyüklükteki ve farklı kuruluş yıllarına sahip 10 (on) diş hekimliği fakültesi dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen fakültelerin bir kısmının merkezi sterilizasyon ünitesi (MSÜ) ve diş protez laboratuvar (DPL) hizmetlerini bünyesinde veya dış kaynak yolu ile yürütmüş/yürütüyor olmasına dikkat edilmiştir. Fakültelerden son 3 yıla ait (2016-2017-2018) malı veriler (yıllık bazda fakülte toplam cirosu, protetik diş tedavisi anabilim dalı toplam cirosu, DPL ve MSÜ brüt gideri) toplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, gerek DPL ve gerekse MSÜ hizmetlerinin diş hekimliği fakültelerinde DKK ile veya kendi bünyelerinde yürütmeleri açısından mali olarak herhangi bir fark istatistiki olarak tespit edilememiştir. Bu durumda, idarelerin hizmetin kalitesi yönünden seçimini yapması ve buna göre strateji belirlemesi gerektiği düşünülmektedir.
Salih Şengel, 2018	Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) Yoluyla İstihdam Edilenlerin Örgütsel Bağlılık Düzeyi Ve Siirt Devlet Hastanesi Örneği	YLT.	Çalışmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet vermekte olan Siirt Devlet Hastanesi'nde dış kaynak kullanımı yoluyla istihdam edilen farklı alanlarda çalışan 84 personelin örgütsel bağlılık düzeyleri, Allen ve Meyer Örgütsel Bağlılık Ölçeği kullanılarak ölçülmeye çalışılmıştır.
Omar Ayaad, 2018	Outsourcing İn Jordanian Hospitals	DT.	Bu çalışmanın temel amaçları, Ürdün'deki hastanelerde mevcut dış kaynak kullanımının mevcut durumunu, kapsamını, nedenlerini, avantajlarını, dezavantajlarını, hâlihazırda dış kaynak kullanım hizmetlerinin önündeki engelleri de içerecek şekilde araştırmak ve Ürdündeki hastane yöneticilerinin, dış kaynak kullanımının faydaları, riskleri ve engelleri ile ilgili temel algılarını belirlemektir. Sonuçlar, dış kaynak kullanımının hem tıbbi hem de destekleyici hizmetler için geniş çapta benimsendiği ve Ürdün hastanelerinde stratejik bir avantaj olarak algılandığı sonucuna varmıştır. Ürdün'de dış kaynak kullanımı sürecinin tam resmini tamamlamak için nitel çalışmalar ve finansal analiz yapılması önerildi.
Mihriban Aslan, 2018	Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi: Van İli Örneği	YLT.	Bu çalışma ile dış kaynak kullanım yönteminin, sağlık kurumları açısından sağladığı faydaları ve taşıdığı risklerin incelenmesi amaçlanmıştır. Van İli Merkezinde yer alan kamuya ait hastanelerin yönetim ve idari birim çalışanlarına anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Çalışmada, dış kaynak kullanımı kurumun iş yükünü hafifletme, teknolojik yenilikleri takip etme, hizmet kalitesini arttırma gibi avantajlar sağladığı belirlenirken, maliyetleri düşürmediği ve personelin asıl işine odaklanmasını sağlamadığı tespit edilmiştir. Ayrıca ek maliyetlerin ortaya çıkması, temel yeteneklerin kaybedilmesi, tedarikçi firma tarafından sunulan hizmetlerde denetim zorluğunun yaşanması, tedarikçinin düşük performans göstermesi ile istenilen verimin alınmaması gibi dezavantajlarının olduğu belirlenmiştir.
Fatih Köksal, 2016	Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımının Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi	YLT.	Amaç: Dış kaynaklardan yararlanan sağlık kurumu çalışanlarının, dış kaynak kullanımına ilişkin görüşleri ve dışarıdan alınan hizmetleri değerlendirmeleri amaçlanmıştır. Materyal ve Metot: Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Anket, literatür taranarak ve uzman kişilerin görüşü alınarak hazırlanmıştır. Anket, Samsun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi'nde uygulanmıştır. Herhangi bir örneklem alınmamıştır. Sonuç: Sağlık kurumunda, temizlik, güvenlik, yemekhane, çamaşırhane, kantin/kafeterya, ilaçlama, veri hazırlama, bilgi işlem, tıbbi görüntüleme ve patoloji laboratuvarı hizmetlerinde dış kaynak kullanımı uygulanmaktadır. Çalışanların dış kaynak kullanımına ilişkin görüşleri cinsiyetleri açısından farklılık göstermezken; yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, kurumdaki görev, kurum kıdem süresi değişkenleri açısından farklılıklar göstermektedir.
İlhan Karakullukcu, 2015	Dış Kaynak Kullanımı Yöntemi Uygulayan İşletmelerde Çalışanların Örgütsel Bağlılık İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	YLT.	Araştırmanın amacı; sağlık işletmelerinde, dış kaynak kullanımı yönteminin gün geçtikçe daha çok uygulandığı bilinen bir gerçektir. Son yıllarda hastane yönetimlerinin sıkça kullandığı yönetim stratejilerinden biri haline gelmiştir. Buradan yola çıkarak dış kaynak kullanımı yöntemini uygulayan Bolu ili Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkez, köroğlu ve kadın doğum ünitelerinde çalışan kadrolu ve taşeron personelin, örgütsel bağlılık ve iş doyum düzeylerinin belirlenmesi ve varsa aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.
Fatih Taştan, 2015	Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) Ve KKTC'deki Hastanelerde Uygulamaları	YLT.	Asıl faaliyet alanları ile doğrudan ilgili olmayan faaliyetlerin tedarikçilere devredilmesi, işletmelerin kendisine rekabet üstünlüğü sağlayan ve temel yeteneği olan faaliyetlerine daha fazla odaklanmasını sağlamaktadır. Yine maliyet ve zaman tasarrufu elde

			etmek, kalitede, verimlilikte artış sağlamak için de dış kaynak kullanımına sıklıkla başvurulmaktadır. Dış kaynak kullanımının sunduğu üstünlüklerden yararlanmak isteyen hastaneler yemek, temizlik, güvenlik hizmetleri başta olmak üzere birçok faaliyetini dış kaynaklardan sağlamaktadır. Dış kaynak kullanımı, tıbbi hizmetleri de içine alacak şekilde giderek artmaktadır. "Dış Kaynak Kullanımı (outsourcig) ve KKTC'deki Hastanelerde Uygulamaları" başlıklı bu tez çalışmasında, hastanelerde anket çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışma ile KKTC'deki hastaneleri dış kaynak kullanımına yönelten nedenler ile dış kaynak kullanımının olumlu ve olumsuz yanlarının tespit edilmesine çalışılmıştır.
Yılmaz Keskin, 2015	Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı Ve Rize Devlet Hastanesi'nde Bazı Maliyet Faktörleri Açısından Bir Değerlendirme	YLT.	Çalışmanın amacı; küresel rekabet ortamında, işletmelerin temel yetenekleri dışındaki diğer faaliyetlerinde, dış kaynak kullanımına yönelmeleri sonucunda, bunun işletmelere ne derece fayda sağladığını ve muhtemel sonuçlarını ortaya çıkarmaktır. Çalışma iki bölüm halinde planlanmış, birinci bölümde dış kaynak kullanım kavramı, nedenleri, yarar ve sakıncaları üzerinde durulmuş, ikinci bölümde, dış kaynak kullanımının türleri, alanları, önemi, süreçleri ve Rize Devlet Hastanesi'nde bazı maliyet faktörleri ele alınmıştır. Çalışmada, dış kaynak kullanımının birçok kullanımı nedenleri ile karşılaşılmış ve teknolojiye bağlı olarak küresel rekabet ortamında yaygın ve yoğun olarak tercih edildiği gözlemlenmiştir. Dış kaynak kullanımının, özellikle hastaneler ya da sağlık tesislerinde kullanım alan ve nedenleri geniş olarak ele alınmış ve buna bağlı olarak bazı maliyet faktörleri üzerine bir çalışma yapılmıştır.
Hüseyin Eriş, 2015	Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri: Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri İle Harran Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Örnek Bir Uygulama	DT.	Çalışmanın giriş bölümünde araştırmaya ait genel bilgiler verilmiştir. İkinci bölümünde hastaneler ile ilgili genel bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde, insan kaynakları yönetimi ve kapsamı ile insan kaynakları yönetiminde performans yönetimi ve kapsamı konuları işlenmiştir. Dördüncü bölümde dış kaynak kullanımının tanımı, tarihsel gelişimi ve öneminden bahsedilerek, hastanelerde dış kaynak kullanımı, nedenleri, kapsamı ile insan kaynakları yönetiminde dış kaynak kullanımı ve performansa etkileri konuları işlenmiştir. Sonraki bölümde ise araştırmanın verileri ve bulguları hakkında bilgiler verilmiştir. Hastane yöneticileri, dış kaynak kullanımı çalışanlarının hasta, hasta yakını, diğer çalışanlar ve yöneticilerle ilişkilerinde olumlu görüş içinde olduklarını belirtmişlerdir. Ancak bu olumlu görüşün düzeyinin yüksek olmadığı da anlaşılmıştır. Hastane yöneticileri, dış kaynak kullanımı ile istihdam edilen personelin iş motivasyonlarının düşük olduğu, hastanedeki işlere ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı görüşünü de belirtmişlerdir. Yine DKK yöntemi ile istihdam edilen personelin hastanenin vizyon, amaç ve kalite politikalarından haberdar olmadıkları görüşü de ortaya çıkmıştır.
Mirza Kalkan, 2015	Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Çalışan Maliyetine Etkisi: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Uygulaması	YLT.	Dış kaynak kullanımı ile işletmeler, temel yetenekleri dışında kalan faaliyetleri alanında uzman işletmelere devrederek temel yeteneklerine odaklanmaktadırlar. DKK, hem kamu hem de özel kuruluşlar tarafından kullanılan temel modern yönetim organizasyonlarından biridir. Sağlık kuruluşları da temel yetenekleri ile ilgili olmayan temizlik, yemek hizmetleri, güvenlik ve satınalma işlemleri gibi alanlarda DKK faaliyetlerinden faydalanmakta ve bu sayede teşhis ve tedavi gibi asıl faaliyet alanlarına odaklanmaktadır. Bir sağlık kuruluşu olarak Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü de DKK faaliyetlerinden yararlanmaktadır. Müdürlük, temel yetenekleri ile ilgili olmayan temizlik, güvenlik ve yemek hizmetlerinin yanında laboratuar hizmetleri gibi öz yetenekleriyle ilgili alanlarda da DKK faaliyetlerinden faydalanmaktadır. Bu şekilde, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü önemli oranda maliyet avantajı elde etmektedir.
Ceren Horasan, 2014	Outsourcing İn Hospitals Field Survey On Public And Private Hospitals İn İzmir	YLT.	Bu çalışmada dış kaynak kullanımının devlet hastaneleri ve özel hastanelerdeki kullanım boyutları incelenmiştir. İlk bölümde hizmet kavramı, özellikleri, hizmet sürecinin sınıflandırılması, hizmetlerin pazarlaması ve hizmet kalitesi kavramları detaylı olarak incelenmiştir. İkinci bölümde dış kaynak kullanımı kavramı, avantaj ve dezavantajları, tarihsel gelişimi ve hastanelerde dış kaynak kullanımı kavramları incelenmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise İzmir ilinde hizmet vermekte olan devlet ve özel hastane yöneticilerine uygulanan anketlerle dış kaynak kullanım nedenleri incelenmiştir.
Nadiye Yılmaz, 2013	Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) Ve Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı	YLT.	Bu tez çalışmasında, Dış Kaynak Kullanımı ve Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının nedenleri, süreci, fayda ve sakıncaları gibi konular işlenmektedir. Çalışmanın amacı, bu yöntemin kaynak taraması tekniği kullanılarak kamu hastanelerinde sürekli uygulanmakta olan Dış Kaynak Kullanımının doğurduğu olumlu ve olumsuz sonuçların yerli ve yabancı literatür araştırmasıyla ortaya konulmasıdır. Hastane işletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının daha çok temizlik, veri hazırlama, güvenlik ve yemek hizmetleri, gibi alanlarda ortaya çıktığı görülmektedir. Hastaneler bu yöntemle sağlık hizmetlerinin sunumuna daha iyi odaklanmaktadırlar. Çalışmada, Dış Kaynak Kullanımı uygulayan işletmelerin ya da kuruluşların, temel yeteneklerine odaklanmaları, hizmetin kalitesini arttırmaları, maliyetlerini düştürmeleri gibi olumlu sonuçların yanında, niteliksiz taşeron

			firmanın seçilmesi, gizli bilgi ve belgelerin taşeron firma tarafından ele geçirilmesi, taşeron personel üzerindeki etkileri, esnekliğin kaybedilmesi gibi olumsuz sonuçlarında ortaya çıktığı görülmektedir.
Çağdaş Erkan Akyürek, 2013	Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi	DT.	Bu çalışmanın öncelikli amacı, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde dış kaynaklardan yararlanmanın kuramsal değerlendirmesini yapmak, erişilen finansal büyüklüğü tespit etmek, ve sektördeki yöneticilerin dış kaynaklardan yararlanma olgusunun sektörel performansa ilişkin değerlendirmelerini ortaya koymaktır. Araştırmanın bu amacının yanı sıra Türk Sağlık Sistemi içerisinde dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının ulaştığı finansal büyüklüğü ortaya koymak gibi bir amacı daha vardır.
Elif Duman, 2011	Rekabet Üstünlüğü Sağlama Açısından İşletmelerin Temel Ve Yardımcı Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Özel Hastanelerde Bir Araştırma	YLT.	Bu tez çalışmasının amacı, işletmelerde rekabet üstünlüğü sağlama açısından temel ve yardımcı faaliyetlerde dış kaynak kullanımının incelenmesidir. Bunun için hastanelerde yöneticilerin, rekabet üstünlüğü sağlama açısından dış kaynak kullanımı ile ilgili algılamaları ölçülmüştür. Araştırma sonucu ise, hastanelerde yardımcı faaliyetlerde dış kaynak kullanıldığı, işletmelerin dış kaynak kullanımı ile rekabet üstünlüğü sağlayabilecekleri yönünde olmuştur.
Mükerrem Onaydın Yıldırım, 2011	Dış Kaynak Kullanımı Ve Hastanelerde 3PL Lojistik	YLT.	Dış kaynak kullanımı ilk zamanlarda sadece temizlik, yemek, ulaşım gibi işletmenin uzmanlık alanı dışındaki destek nitelikli faaliyetler için kullanılmaktaydı. Zaman içinde dış kaynak kullanımının kapsamı giderek genişlemiş ve günümüzde işletmelerdeki birçok faaliyet dış kaynaklardan karşılanır duruma gelmiştir. İşletmelerin lojistik gereksinimlerin dış kaynak (outsourcing) kullanmak yoluyla gerçekleştirilmesi hizmeti veren firmalar üçüncü parti lojistik (3PL) firmaları olarak adlandırılmaktadır. Yapılan araştırmalar işletmelerin maliyetleri azaltmak, ana yetkinliklere odaklanmak, esnekliği artırmak, lojistik faaliyetleri için sermaye, harcamalarını azaltmak, lojistik faaliyetlerinin daha uygun raporlanmasını sağlamak, bilişim teknolojilerinin kullanılmasını sağlamak, kaliteyi artırmak, dış pazarlarla bağlantı kurmak, uzmanlıklardan yararlanmak ve yüksek düzeydeki bilgi ve beceri, ihtiyacını karşılamak gibi nedenlerden dolayı üçüncü parti lojistik faaliyetlerinden yararlanmak istediklerini göstermiştir.
Mesut Özdemir, 2010	Güvenlik Hizmetlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma Ve Karadeniz Bölgesi Devlet Hastanelerinde Konuya İlişkin Bir Araştırma	YLT.	Bu çalışmanın amacı, Karadeniz Bölgesi Samsun ve Ordu illerindeki Sağlık Bakanlığı'na ait hastaneler ile özel hastanelerde uygulanan güvenlik hizmetleri alanında dış kaynaklardan temin edilen özel güvenlik hizmetleri ile ilgili yöneticilerin memnuniyet düzeylerini ortaya koyarak farklılıkları tespit etmektir.
Pınar Sağnak, 2010	Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü Ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Hastanesi'nde Bir Araştırma	YLT.	Çalışmanın literatür bölümünde; hizmet kavramı, sağlık hizmetleri ve pazarlaması, dış kaynak kullanımı ve sağlık işletmelerinin dış kaynak kullanımı süreci konularına yer verilmiş olup, uygulamada ise dış kaynak kullanımının müşteri tatmini yaratılmasındaki rolü ve müşterilerin memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın amacı; hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının müşteri tatminine ve dolayısıyla hastane işletmelerine katkısını ortaya koymaktır.
Muharrem Gözüküçük, 2010	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri	YLT.	Bu çalışma, kamu hastanelerinde dış kaynak kullanımı (DKK) yoluyla alınan sağlık hizmetlerinin, ihale sürecinde ve uygulama safhasında yaşanan sorunlar ile sıkıntıların neler olduğunu belirlemek ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya dış kaynak kullanımı yöntemini kullanarak hizmet veren 11 kamu hastanesi ve bir ağız diş sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimlerinde çalışan toplam 146 personel katılmıştır. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Geliştirilen anket formu 5 bölümden oluşmaktadır. Araştırma bulgularına göre hastaneleri DKK uygulamasına iten en önemli nedenlerin, teknolojiye rahat ulaşmaları, hizmet kalitesini artırmaya yardımcı olması, hasta memnuniyetini artırması ve maliyetleri azaltması; en çok karşılaşılan sorunların, ihale prosedürlerinin uzun ve yorucu oluşu, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) ödemeleri geç yapması, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının düşük olması ve kamu ile özel sektör çalışanları arasında yaşanan iletişimsizliklerdir. Bu sorunlara yönelik en önemli çözüm önerilerinin ise hastanelerde tek tek şartname hazırlanması yerine ortak bir şartname hazırlanması, maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az hizmetler için il bazında tek elden hizmet alınması, hizmetlerin sonuç bazlı alınması gerektiği tespit edilmiştir.

Kaynak: YÖK Tez verilerinde yazar tarafından oluşturulmuştur, (2024)

Tablo 4'te ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımı konulu tezler YÖK tezden araştırılmış ve derlenerek gösterilmiştir. 2010-2023 Yılları baz alınarak YÖK tez sisteminden "dış kaynak kullanımı" ve "outsourcing" kavramları kullanılarak aratma yapılmış ve sadece sağlık hizmetlerini konu alan tezler ele alınmıştır. Söz konusu inceleme sonucunda 2010-2023 yılları arasında yapılan yüksek lisans ve doktora tezleri derlenmiştir. Bu çalışmaların konuları ve amaçları yüzeysel inceleme neticesinde sağlık

hizmetlerinde dış kaynak kullanımı konusuyla ilgili ülkemizdeki tez literatürde en çok çalışılan konular arasında dış kaynak kullanımının genel değerlendirilmesi, dış kaynak kullanımının personel veya müşteri memnuniyetine etkisi, işletmelerde oluşturabileceği olası risklerin belirlenmesi, hizmet kalitesine etkisi, avantaj ve dezavantajları maliyetlere ve finansal performansa etkisi yer aldığı tespit edilmiştir.

Yine tablo 4 çerçevesinde 2010 yılından beri ülkemizde sağlık sektöründe outsourcing konulu her yıl en az bir tane tez çalışması yapıldığı tespit edilmiştir. Bu da ülkemizde outsourcing yöntemi akademik olarak önemli bir çalışma alanı olduğunu göstermektedir.

Yapılan geniş çaplı makale literatür taraması sonucunda bazı çalışmalar şunlardır;

Kalkan (2015) çalışması neticesinde outsourcing yönteminin %40-50 arasında maliyet tasarrufu sağladığını, Akyürek (2013) çalışması sonucunda sağlık hizmetlerinde başvurulan alanlar boyutunda outsourcing yönteminin finansal performansı ortaya konulmuş, Toprak (2019) yaptığı tespit dış kaynak kullanımının mali açıdan faydalı olmasıdır.

Uğurlu ve Bozdemir (2022) yaptıkları çalışma sonucunda sağlık hizmetlerinin çalışmaya konu olan alanda outsourcing yöntemiyle sunulması, maliyet tasarrufu sağlamada, son teknolojiye sahip kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunmada dış kaynak kullanım yöntemi stratejisinin önemli bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir.

Bozdemir ve Öcel (2016) ve Bozdemir ve Terzi (2020) çalışmaları sonucunda ilgili alanlarda outsourcing'e başvurmanın maliyet azalttığını ve karlılığı artırdığını tespit edilmiştir. İnceleme sonucu Ekin vd. (2012), Yalçın vd. (2011) ve Özdemir (2010) yaptıkları makale çalışmalarında sağlık hizmetlerindeki outsourcing yönteminin maliyet üzerine etkileri ele alınmıştır.

Karaca vd., (2022) yaptıkları makale çalışmalarında, sağlık sektöründe başvurulan outsoursing yönteminin yardımcı hizmetlerde kullanılması maliyet açısından oldukça büyük derece etkin ve verimli olduğu tespit edilmiştir.

5. SONUÇLAR

Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık hizmeti talep eden bireyler, sivil toplum örgütleri, sağlık sigortası ve sosyal güvenlik sistemi gibi toplumun çeşitli katmanlarıyla yoğun bir etkileşim içindedir. Özellikle kar amacı gütmeyen kamu kuruluşları, sınırlı kaynaklarla faaliyet göstermektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların akılcı bir şekilde kullanılabilmesi için sağlık

kurum ve kuruluşlarının ekonomik prensipler doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunan işletmeler, diğer işletmelerden farklı ve benzersiz özelliklere sahiptir. Öncelikle, diğer tüm işletmeler gibi, varlıklarını sürdürmeyi temel amaç olarak benimserler. Ayrıca, toplum sağlığını koruma ve geliştirme misyonunu da taşırlar. Bunun yanı sıra, multidisipliner bir çalışma ortamı içinde karmaşık organizasyon yapılarına sahiptirler. Bu özellikleri, diğer işletmelerden ayıran temel unsurlardır.

Sağlık hizmetleri benzersiz ve önemli bir hizmet olmasından dolayı stratejik bir adım olan dış kaynak kullanımı kararı asla hafife alınmamalıdır. Dış kaynak kullanımının en önemli nedeni olarak kendi çalışanlarını elde tutmanın aşırı yüksek maliyeti, iş ilişkisi temelinde işbirliği kurulduğunda ortaya çıkan yüksek personel maliyetlerinden kaynaklanmaktadır.

Yapılan geniş çerçeveli literatür taraması sonucunda, doğru uygulanan dış kaynak kullanımı yöntemi, hastanelerin kaliteli hizmet sunmasını, verimliliği artırmasını ve maliyet tasarrufu yaparak elde edilecek fırsat maliyetlerini ana yeteneklerine yönlendirme imkanı sağlayacaktır. Bu çalışma, maliyetlerin düşürülmesinde, son teknoloji ile donatılmış kaliteli ve etkin sağlık hizmetleri sunulmasında outsourcing stratejisinin önemli bir potansiyel taşıdığını ortaya koymaktadır.

Dış kaynak kullanımı, stratejik bir yönetim yaklaşımı olmakla birlikte, etkinlik ve verimliliği maksimize etmek için hukuki boşlukların giderilmesi büyük önem taşımaktadır. Çalışmaların çoğu, dış kaynak kullanımının dezavantajlarının sektöre zarar verebileceğini ortaya koymuştur. Dış kaynak kullanımına ilişkin ihale dokümanlarının daha açık, net ve şeffaf bir şekilde hazırlanması, yoruma açık unsurların ortadan kaldırılmasına katkı sağlayacaktır. Ana faaliyet alanı dışındaki işlerin firmalar aracılığıyla yürütülmesi sürecinde nesnel kriterlerin kullanılması ve tarafsız bir seçim yapılması, ilgili hizmetin kalitesini artıracaktır.

Buna karşın sağlık hizmetlerinde outsourcing uygulamasına başvurmadan önce maliyet-fayda analizlerinin iyi yapılması gerekmektedir. Dış kaynak kullanım stratejine başvurmadan önce işletmeler misyon ve vizyonları çerçevesinde geniş ve kapsamlı çalışmalar yaparak bu stratejilerin avantaj ve dezavantajları ortaya koyarak başarı oranlarını artırabileceklerdir.

Buna karşılık, zorunlu ve sürekli nitelikteki klinik hizmetlerde dış kaynak kullanımına başvurulması durumunda, dışa bağımlılık, belirli tedarikçilerle işbirliği yapma zorunluluğu, yüksek maliyet teklifleri ve personel arasında uyum sorunları gibi birçok yönetsel dezavantajın da dikkate alınması gerekmektedir.

Dış kaynak kullanımı kararı alan işletmeler, tedarikçi seçiminde özenli ve titiz davranmalı, uzman firmalar arasından seçim yapmalıdır. Tedarikçi seçiminde sadece maliyetin tek belirleyici faktör olarak değil, hizmet kalitesinin de dikkate alınması gereklidir. Dış kaynak kullanımını tercih eden sağlık işletmelerinde ise etkin kontrol ve denetim mekanizmalarının sağlıklı bir şekilde işletilmesi önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Akyürek, Ç.E. (2013). Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Arslanoğlu, A. Ve Akkuzu, B., (2023), Modern Yönetim Yaklaşımları, İçinde, GÜNCEL YAKLAŞIMLARLA TEORİDEN UYGULAMAYA SAĞLIKTA STRATEJİK YÖNETİM, Ed., Özer, K. Ve Çakmak Barsbay, M., 1. Basım, Çizgi Kitabevi, Türkiye. (83-117).

Aydoğdu, G., (2017), Dış Kaynak Kullanımının Küçük Ve Orta Ölçekli İşletmeler Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Bal, F., & Yılmaz, E. S. (2023). DIŞ KAYNAK KULLANIMI AÇISINDAN INFLUENCER'LARIN GÜCÜ: INSTAGRAM ÖRNEĞİ. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25(2), 499-528.

Berry, L. L., Letchuman, S., Ramani, N., & Barach, P. (2021, November). The High Stakes Of Outsourcing İn Health Care. In Mayo Clinic Proceedings (Vol. 96, No. 11, Pp. 2879-2890). Elsevier. (S. 2881)

Billi J.E., Pai C.W., And Spahlinger D.A., (2007). Assessing Uncertainty İn Outsourcing Clinical Services At Tertiary Health Centers, Int J Health Plann Mgmt: 245–253.

Borowska, M., Augustynowicz, A., Bobiński, K., Waszkiewicz, M., & Czerw, A. (2020). Selected Factors Determining Outsourcing Of Basic Operations İn Healthcare Entities İn Poland. Health Policy, 124(4), 486-490.

Bozdemir, E. & Öcel, Y., (2016). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet Minimizasyonu Açısından Analizi: Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Manyetik Rezonans (MR) Cihaz Örneği, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20(3), 1054-1056.

Bozdemir, E. & Terzi, M., (2020). Dış Laboratuvar Hizmetleri Alımı Ve Laboratuvar Fason Hizmet Üretiminin Muhasebe İşlemleri Açısından Değerlendirilmesi, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7, 196-203.

Bristol, A. D. (2005). Everyone İs; Should Healthcare? Outsourcing: Issues İn Strategic Planning, Organizational Culture, And Organizational Ethics, Texas Medical Center Dissertations (Via Proquest). AAI3181560.

Çil Koçyiğit S., Kadı Z., Sorucuoğlu A., (2019). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Dış Kaynaktan Yararlanma Durum Analizi: Ankara İli Örneği, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi (E-ISSN: 2564-7458), Cilt 22, Sayı 2, S.325-345.

Ecerkale, K., Kovancı, A., (2005). İnsan Kaynaklarında Dış Kaynak Kullanımı, Havacılık Ve Uzay Teknolojileri Dergisi Temmuz, Cilt 2 Sayı 2 (69-75).

Eğin, R., (2009), Dış Kaynak Kullanımı. İstanbul, Crea Yayıncılık.

Ekin, A., Yanık, A. & Kıyak, M. (2012). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), 1-23.

Erer B., (2018). İşletmelerde Dış Kaynak Kullanımının Nedenleri Ve Riskleri, Socıal Scıences Studıes Journal, Vol:4, Issue:27, 6114-6124.

Glaa, B., Zoghlami, N., Taghipour, A. (2014). Outsourcing And Off-Shoring Healthcare Services: A Way To Cut The Costs And İmprove Quality. In 2014 International Conference On Advanced Logistics And Transport (ICALT) (Pp. 189-194). IEEE., 978-1-4799-4839-0/14/$31.00 ,189-194.

Göktaş, H. (2022). Kamu Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımı Afyonkarahisar İŞKUR Örneği (Master's Thesis, Kapadokya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim Ve Araştırma Enstitüsü).

Hill, P. M., (2006), Outsourcing Cost Effectiveness Of The Training And Performance Improvement, A Dissertation Proposal Presented İn Partial Fulfillment, Capella University.

Kalkan, M., (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Çalışan Maliyetine Etkisi: Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Uygulaması, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kanzuk, O., (2017), İşletmelerde Dış Kaynak Kullanımı Ve Çalışanlar Üzerindeki Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Karaca, M., Daş, M. Ö., & Şengül, A. (2022). Dış Kaynak Kullanımının Maliyet Minimizasyonu Bakımından İncelenmesi: Bir Sağlık Kurumunda Çamaşırhane Hizmetleri Örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32(1), 203-214.

Kavosi, Z., Rahimi, H., Khanian, S., Farhadi, P., & Kharazmi, E. (2018). Factors İnfluencing Decision Making For Healthcare Services Outsourcing: A Review And Delphi Study. Medical Journal Of The Islamic Republic Of Iran, 32, 56.

Kılıç T., Ve Koç Ö., (2016). Hastaneleri Dış Kaynak Kullanımına Yönelten Nedenler Üzerine Bir Araştırma, Aydın Sağlık Dergisi - Yıl 2, Sayı 1, 67-81.

Kızılyer, T., (2022), SAĞLIK KURUMLARINDA DIŞ KAYNAK KULLANIMI YOLUYLA HİZMET ALIMI: SİSTEMATİK BİR İNCELEME, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ, LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ, İstanbul.

Koçel, T., (2014), İşletme Yöneticiliği, 15. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları. S. 446-494.

Kumar, P., Bera, S., Dutta, T., & Chakraborty, S. (2018). Auxiliary Flexibility İn Healthcare Delivery System: An İntegrative Framework And İmplications. Global Journal Of Flexible Systems Management, 19(2), 173-186.

Küçükeken, D. (2023). Kamu Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımı Ve Taşeronlaşma Kavramları. Bilim Eğitim Sanat Ve Teknoloji Dergisi, 7(1), 60-93.

Lyon P.C., Murchison A.G., Chen M., Wise R., Barge T. & Nazir S.A.. (2022). A Bump İn The Night: A 15-Year Retrospective Analysis Of Urgent İnpatient And Emergency CT Reporting Out Of Hours İn A Tertiary Referral Centre, Clin Radiol, Nov; 77(11): 810-822.

Olofsson P.T., Aspelin P., Bohlin J. & Blomqvist L. (2019). The İmpact Of Contracts On Outsourcing Computed Tomography Examinations From A Swedish Public University Hospital To A Private Radiology Unit, Radiography (Lond). May;25(2):148-154.

Omrani, A., Delgoshaei, B., Gorgi, H. A., (2017), Identifying Factors Affecting About Outsourcing İn Paraclinical Services: A Systematic Review Of Literature. J. Fundam. Appl. Sci., 9(2S), 1290-1308.

Özdemir, H. Ö., (2010), Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma "Outsourcing: Kafkas Üniversitesi Örneği, Akademik Bakış Dergisi, 20, S. 1-13.

Parmar, P., (2015), Outsourcing Non-Clinical Processes İn The Healthcare İndustry: Contributions To Long Term Sustainability, International Journal Of Healthcare Management, 8(2), 65-67.

Peck, J., (2017). Exploring The Worlds Of Global Outsourcing(Ebook), S.3

Quelin, B. Ve Duhamell, F. (2003). Bringing Together Strategic Outsourcing And Corporate Strategy: Outsourcing Motives And Risks, European Management Journal, 21(5), 647-661.

Shirdeli, M., Zare, S., Kharazmi, E., Rezaee, R., Maher, M. H., (2018). Providing A Model For Evaluating The Factors Affecting The Outsourcing Of Health Information Technology Services, Açta Inform Med. S; 26 (3): 190-194.

Tengilimoğlu, D. Ve Ark. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık. (500-530).

Toprak, D., (2019). Diş Hekimliği Fakültelerinde, Merkezi Sterilizasyon Ve Diş Protez Laboratuvar Hizmetlerinin Kurum Bünyesinde Veya Dış Tedarik Yolu İle Yapılmasının Finansal Açıdan Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Trushchenko, I.V., Maloletko, A.N., Kaurova, O.V., (2019), Outsourcing İn The Organization Of Global Business Services, Advances İn Social Science, Education And Humanities Research, Volume 364, 318-325.

Türksoy, S. S., & Türksoy, A. (2007). Otel İşletmelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma: Çeşme İlçesinde Turizm Belgeli Otel İşletmelerinde Dış Kaynaklardan Yararlanma Alanlarına İlişkin Bir Araştırma. D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi Cilt:22 Sayı:1, Ss:83-104.

Uğurlu, K. M. Ve Bozdemir, E. (2022). Klinik Manyetik Rezonans Görüntüleme Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet-Fayda Analizi: Düzce Üniversite Hastanesi Örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32(2), 593-604.

Uğurlu, K. M., (2021). Klinik Görüntüleme Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet-Fayda Analizi: Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Örneği. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.

Yalçın İ., Akın, M. & Şeker M., (2011). Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği, KMÜ Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 13(20), 83-92.

Yılmaz, N., (2013), Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcıng) Ve Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

YÖK Tez, (2024), Https://Tez.Yok.Gov.Tr/Ulusaltezmerkezi/

SAĞLIK EKONOMİSİ BAĞLAMINDA 5 YAŞ ALTI ÖLÜMLERİN SOSYO-EKONOMİK BELİRLEYİCİLERİ

Suzan ODABAŞI[1]

1. GİRİŞ

Kalkınma ekonomisinin önemli çalışma alanlarından biri olan sağlık ekonomisi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması ve alınan hizmet kalitesinin artırılması aracılığı ile bireylerin sosyo-ekonomik refah düzeylerinde artış sağlanmasını hedeflemektedir. Bu amaca yönelik olarak, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların etkilerini inceleyerek, sağlık politikalarının ülkelerin ya da ekonomilerin kalkınma sürecindeki belirleyici rolünü ortaya koymak sağlık ekonomisini disiplini içinde önemli bir alana sahiptir (Husereau vd., 2022; Soekhai vd., 2019).

Ortalama yaşam beklentisi, kaba intihar oranları, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve benzeri birçok saglik göstergesine ek olarak, 5 yaş altı ölüm oranları kamu sağlığı ve kalkınma ekonomisinin ortak çalışma alanlarından olan ve her iki disiplin tarafından dikkatle çalışılan konulardandır. (You vd., 2008; Perin vd., 2021; Odabasi 2022).

UNICEF'in hazırlamış olduğu istatistiklere göre 2023 yılında yaklaşık olarak 4,8 milyon çocuk beş yaşını doldurmadan yaşamını kaybetmiştir. Bir başka ifade ile ortalama olarak günde yaklaşık 13,100 çocuk beş yaş altında yaşamını yitirmiştir. 1990 yılından günümüze kadar olan veriler incelendiğinde, binde 94 olan ölüm oranlarının 2023 yılında binde 37'ye düşmesi oldukça olumlu bir sonuç olarak dikkat çekmekle birlikte, 5 yaş altındaki çocuk ölümlerinin daha da önlenebilir olduğu gerçeği nedeniyle, bu oranların düşürülmesi önemli bir amaç olarak görülmektedir. Bu bağlamda 5 yaş altı ölümleri etkileyen sosyo-ekonomik unsurların belirlenmesi ve bu unsurların etki düzeylerinin dikkate alınarak politikaların oluşmasında ampirik verilerin sağlanması sağlık ekonomisinin hedefleri arasındadır. Bu noktada, ülkelerin kalkınma hedeflerine ulaşmalarında oldukça etkili araçlardan biri haline gelen sağlık hizmetlerine erişim ve işgücü piyasasındaki yansımaları, özellikle sağlık

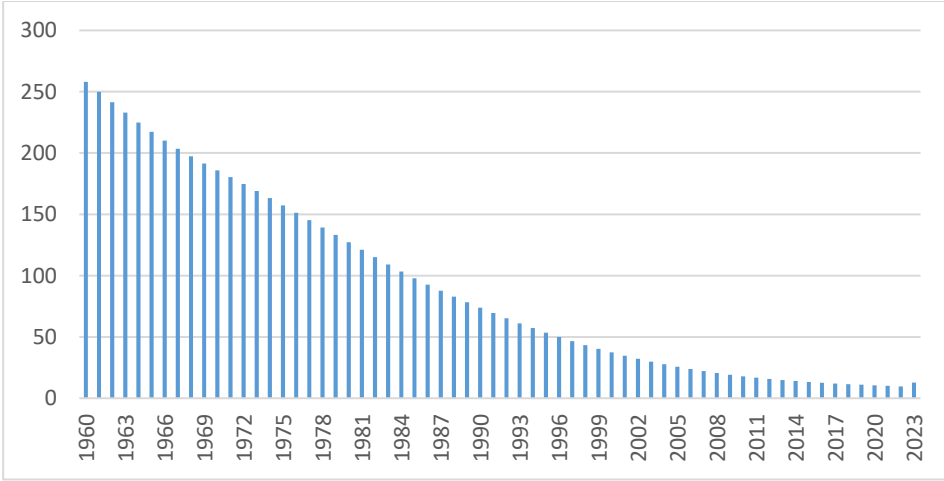
[1] Doç. Dr., Uşak Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, Uşak, Türkiye.
Email: suzan.gurgil@usak.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4646-8640

ekonomistleri tarafından önemli çalışma alanlarından biri halini almıştır. (UNICEF, 2025).

Grafik 1'de görülmekte olduğu gibi Dünya Bankası'nın sunmuş olduğu veriler ışığında, Türkiye için incelenmiş olduğunda, 1960-2023 yılları arasında 5 yaş altı ölüm oranları en yüksek olarak 1960 yılında binde 258 olarak görülmektedir. 2022 yılında ise en düşük oran olarak binde 9.6 olduğu görülmektedir. 2023 yılında ise bu oran tekrar yükselişe geçerek 12.8 olmuştur. Bu yükselişin dikkat çekici noktası ise 1960 yılından itibaren düzenli olarak düşüş eğiliminde olan ölüm oranının ilk kez yükseliş eğilimine girmiş olmasıdır. (Dünya Bankası, 2025).

Bu çalışmanın amacı 2020-2024 yılları arası Türkiye illerinde gerçekleşmiş olan 5 yaş altı çocuk ölüm oranlarını etkileyen sosyo-ekonomik ve sağlığa erişimle bağlantılı göstergelerin analiz edilmesidir. Bu doğrultuda çalışmanın ilerleyen kısmında, ikinci bölümde 5 yaş altı ölümler ve etkileyen unsulara ilişkin literatür taramasına yer verilmiştir. Üçüncü kısımda bu çalışmada kullanılmış olan veri seti ve uygulanmış olan ekonometri yaklaşım paylaşılmıştır. Dördüncü bölümde bulgular ilgili literatüre ile tartışılarak açıklamıştır. Sonuncu bölümde ise çalışmanın sonuçlarına, limitlerine ilişkin tartışmaya yer verilmiştir.

Grafik 1: 5 yaş altı ölüm oranı (1.000 canlı doğum başına)



Kaynak: World Bank. (s.y.). Under-5 mortality rate, total (per 1,000 live births) — Türkiye. World Bank Data. Erişim adresi: https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=TR

2. LİTERATÜR TARAMASI

Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin finansmanı, gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde iktisadi kalkınma ile ilişkili unsurlardan biri olarak görülmektedir (de Siqueira Filha vd., 2022). Bireylerin yeterli sağlık hizmeti alabiliyor olması, özellikle iş gücü piyasasına katılım ve iş gücü verimliliği açısından olumlu etkiler yaratmaktadır. Bu artışın bir sonucu olarak ise yoksulluk oranları ve kişi başına düşen milli gelir seviyesi gibi göstergelerde olumlu gelişmeler gözlemlendiği, yapılan ampirik çalışmalarla desteklenmektedir (Pellegrini vd., 2014; Reaves vd., 2025).

Beş yaş altı ölüm oranları ise ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin etkinliğinin, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesine dair önemli göstergeler arasında yer almaktadır. beş yaş altı ölümleri etkileyen sosyo-ekonomik unsurların belirlenmesi ve bu unsurların etki düzeylerinin dikkate alınarak politika oluşturma süreçlerinde elde edilmiş olan bulguların kullanılması, sağlık ekonomisinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. 2023 yılı verileri incelendiğinde Dünya ortalamasına göre her 1000 canlı doğumda 5 yaş altında ölüm oranı 37 olarak görülmektedir. En yüksek ölüm oranlarının Gine'de (binde yaklaşık 88), en düşük oranların ise San Marino (binde yaklaşık 1.4) ülkesinde olduğu görülmektedir (World Bank, 2025).

Jamison vd. (2016) yılında yapmış oldukları çalışmada 5 yaş altı ölüm oranlarının farklı ülkelerde farklı hızda düşme eğiliminde olduğuna dikkat çekmektedirler. 1970-2000 yılları arasında 95 gelişmekte olan ülkenin verilerine dayanarak yapmış oldukları çalışmada, çeşitli sosyoekonomik ve coğrafik unsurları değerlendirmeye almışlardır. Ulaşılmış olan sonuçlar arasında ülkelerdeki teknik ilerlemenin rolünün dikkat çekici sonuçlardan biri olmuştur. Bu teknik ilerlemeler arasında, ülkeler arasında ölüm hızlarında değişik eğilimler olmasını açıklamak üzere; sağlık hizmetlerinin kapasitesi ve kamusal sağlık politikalarının etkilerine vurgu yapmışlardır. Ayrıca eğitim göstergelerine dikkat çekerek kadınların eğitim düzeylerinin açık ekonomilerde kapalı ekonomilere göre çok daha etkin rol oynadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Eğitim düzeyinin etkisine yönelik olarak yapılan benzer çalışmalarda eğitim düzeyinin artması ile birlikte gerek bebek ölüm oranlarında gerek ise beş yaş altı ölüm oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı literatürde tespit edilmiştir (Balaj vd., 2021; Gakidou vd., 2010; Schellekens, 2021). Özellikle annenin eğitim düzeyi ile ölüm oranları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı görülmektedir. Baraj vd.,'nin 2021 yılında yapmış oldukları meta-veri analizinde annenin eğitim düzeyinde her 1 yıl artışın çocuk ölüm oranlarında %3 düzeyinde azalış sağladığına vurgu yapılmıştır. Benzer bir çalışma ortaya koymuş olan Wu (2022), Bangladeş'te annelerin almış oldukları her ek bir yıl eğitim

artışında yaklaşık olarak yüzde yirmi düzeyinde hem bebek hem de çocuk ölümlerinde azalış olduğunu tespit etmiştir. Annelerin eğitim düzeyine ek olarak, annelerin ortalama doğum yaptıkları yaş da ölüm oranlarını etkileyen bir diğer unsur olarak literatürde yer bulmaktadır. Finlay, Özaltın & Canning (2011)'in 55 gelişmekte olan ülkeyi içererek yapmış oldukları çalışmada annenin yaşı ile ölüm oranları arasında U şekilli bir ilişki olduğuna göstermektedirler. Elde etmiş oldukları sonuçlara göre anne yaşının 20 ile 34 arasında olduğu örneklemlerde en düşük ölüm oranlarına rastlanmıştır. 20 yaş altında bu oran %45 seviyelerine ulaşmış ve 35 yaş üzerinde ise yaklaşık %20 olarak saptanmıştır. Genç annelerde beş yaş altı ölülerin daha yüksek seviyede gözlemlediğine dair bir diğer bulgu ise Kozuki et al. (2013) tarafından saptanmış ve 1.8 kat olarak belirtilmiştir.

Eğitim ve anne yaşı göstergelerine ek olarak işşizlik oranı ve gelir düzeyi de anne-çocuk sağlığında önemli etkiye sahip olan kalkınma göstergelerdendir (Bai vd., 2021; Ebela vd., 2021). Byaro vd. 'nin 2023 yılında Afrika özelinde yapmış oldukları çalışmada, veri setini kantillere ayırarak analiz yapmışlardır. Birçok kantilde işsizlik oranında artışın bir sonucu olarak yaşam beklentisinde azalış olduğu gözlemlenmiştir. Belli gelir gruplarında / kantillerde ise beş yaş altı ölüm oranları ile işsizlik oranları arasında bir ilişkinin varlığına tespit etmişlerdir (Byaro vd., 2023).

Sadeghi vd. (2024) yapmış oldukları çalışmada ise işsizlik oranının sağlık göstergeleri üzerine etkisini analiz etmek üzere iki farklı bağımlı değişken olarak yaşam beklentisi ve beş yaş altı ölüm oranlarını incelenmiştir. 2000-2021 yılları arası Kuzey Afrika ve Orta Doğu ülkeleri verilerine dayanarak yapılan bu çalışmada, dört farklı kantil için yaşam beklentisi ve işsizlik arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Beş yaş altı ölümlerde ise pozitif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada yer alan kontrol değişkenlerinden olan kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla değişkeninin de benzer bir şekilde beş yaş altı bebek ölüm oranları ile negatif ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir (Sadeghi vd., 2024). Gelir düzeyi ve beş yaş altı ölümler arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalarda negatif ve anlamlı bir ilişkinin varlığı sıklıkla görülmektedir (Chao vd., 2018; Rajapakse ve Jayathilaka, 2025). Gelir düzeyinin etkisi sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, sağlıklı beslenme ihtiyacının giderilmesi, hijyen ihtiyacının karşılanması gibi kanallar aracılığı ile bireylerin sağlık düzeylerine etki edebilmektedir. İlgili literatürde yer alan çalışmaların çoğunda ise gelir düzeyinin yükselmesi ile birlikte bebek ölüm olanları ve beş yaş altı ölüm oranlarının azalması arasında ilişkinin varlığına yönelik sonuçlara ulaşılmıştır. Rajapakse ve arkadaşlarının (2025) on dokuz düşük gelirli ülke üzerine yapmış oldukları çalışmada 2000-2020 yılları aranda olan verileri kullanarak kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla ve kamu harcamaları gibi göstergelerin ölüm oranları üzerine etkisini iki

farklı yaklaşım olan sabit etkiler ve rassal etkiler modellerini kullanarak analiz etmişlerdir. Elde edilen sonuçlara göre kişi başına GSYH ile beş yaş altı ölümler arasında güçlü ve negatif bir ilişkinin varlığına vurgu yapmışlardır (Rajapakse vd., 2025). Bu çalışmalarında bireylerin gelir düzeylerine ek olarak dikkat çeken bir başka gösterge ise sağlık alanında kalite artısı ile birlikte bağımlı değişkenlerinde görülmesi beklenen olumlu değişimdir. Özellikle kamu sağlığı politiklerinin sağlık hizmetlerine ulaşımı artırması ile birlikte sağlık alanında daha olumlu bir tablonun oluşması beklenmektedir.

Çocuk sağlığına yönelik doktor sayısı (kişi başına düşen) ve bebek ölüm oranları üzerine yapılan çalışmalarda, her 10,000 kişi için doktor sayısında gözlemlenen artışın bebek ölüm oranlarında azalış sağlayacağı sonuçlar arasında görülmektedir (Li vd., 2019; Russo vd. 2019). 2008-2014 yılları arasında, Çin'in kırsal yaşam alanlarında, sağlık personeli yoğunluğunun çocuk ölüm oranları üzerine etkisinin analiz edildiği ve farklı ekonomik kalkınma seviyesine sahip yerlerde bu etkinin değişimlerini inceleyen çalışmalarında, Liang ve arkadaşları (2019), her 1000 kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısındaki bir birim artışın beş yaş altı ölümlerde %2,6 oranında azalış sağladığı sonucuna ulaşmışlardır. Yoksulluk düzeylerine göre karşılaştırmalı olarak yapmış oldukları analizlerde ise yoksul bölgelerde sağlık çalışanlarının yoğunluğundaki artışın daha yüksek bir etkiye sahip olduğuna ve yaklaşık olarak %6.8 oranında çocuk ölümlerinde azalış sağladığına, görece daha yüksek ekonomik kalkınma düzeyine sahip olan yerleşim yerlerinde ise bu ekinin %1 düzeylerinde kaldığı sonuncuna ulaşmışlardır (Liang vd., 2019). Sağlık çalışanlarının yoğunluğuna ek olarak hastane ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilir olmasının da ölüm oranları üzerinde etki sahibi olması beklenmektedir. Sağlık alt yapısının kapasitesini ölçen göstergelerden biri olan hastane yatak sayısı ya da her 100.000 kişi için hastane yatak sayısı göstergeleri sağlığa erişim için oldukça önem arz etmektedir. Anand, ve Bärnighausen (2004) yılında yaptıkları çalışmada ülkeler arası çoklu regresyon yöntemini benimsemiş ve üç farklı bağımlı değişken tercih etmişlerdir: anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı ve beş yaş altı ölüm oranı göstergelerini kullanmışlardır. İnsan kaynaklarına yapılacak olan yatırımlar ve sağlık personelinde yoğunluğun artırılması ile birlikte ölüm oranlarında azalış olması sonucuna ulaşmışlardır.

3. MODEL VE VERİ

Türkiye'de beş yaş altı ölüm oranlarını etkileyen sosyo-ekonomik unsurların analiz edilmesini amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) İl Düzeyi veri portalı kullanılarak Türkiye'de bulunan 81 il için 2020-2024 yıllarını içeren beş yıl için bir panel veri seti oluşturulmuştur. Aşağıda yer alan denklemde 2020-

2025 yılları arasında beş yaş altı ölüm oranlarını etkileyen unsurların genel formu yer almaktadır:

$$5Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 Okuryazar_{it} + \beta_2 Gelir_{it} + \beta_3 İşsizlik_{it} + \beta_4 işgücünekatılım_{it} + \beta_5 Anneyaşı_{it} + \beta_6 doğum_{it} + \beta_7 hekim_{it} + \beta_8 hastyatak_{it} + \mu_i + \alpha_t + \varepsilon_{it}$$

(Denklem 1)

Denklem 1'de yer alan notasyonlarda i her bir ili, t ise her bir yılı ifade etmektedir. $5Y_{it}$ her bir il ve her bir yıl için bağımlı değişken olan beş yaş altı ölüm oranlarını göstermektedir. Bağımsız değişkenleri ise sosyo-ekonomik ve sağlığa ilişkin değişkenler olarak iki kategoride incelemek mümkündür. $Okuryazar_{it}$, her bir il ve yıl için okuma yazma bilen nüfusun toplam nüfus içerindeki yüzdelik oranını göstermektedir. $Gelir_{it}$, kişi başına düşen gayri safi milli hasılayı dolar değerinden ifade etmektedir. $İşsizlik_{it}$ değişkeni işsizlik oranını göstermektedir. $işgücünekatılım_{it}$, işgücüne piyasasında yer alan nüfusun toplam nüfusa karşılığını vermektedir. $Anneyaşı_{it}$ her il ve yıl için annenin doğum sırasına göre son iki doğumu arasındaki ortalama süreyi yıl olarak göstermektedir. $hekim_{it}$ bin kişi başına düşen doktor sayısını vermektedir. $hastyatak_{it}$ her 100.000 kişi için ortalama yatak sayısını göstermektedir. Son olarak $\mu_i$il sabit etkileri (iller arası gözlemlenmeyen heterojenlik), α_t yıl sabit etkileri (tüm illere ortak zaman etkileri) göstermektedir ve ε_{it} ise hata terimi olarak modelde yer almaktadır.

Modelde yer alan tüm değişkenler TÜİK İl Düzeyi veri modülünden elde edilmiştir. Modelde yer alan bağımlı değişken "Beş yaş altı çocuk ölüm oranları", doğumdan itibaren beş yaşını doldurmadan gerçekleşmiş olan ölümlerin her 1000 canlı doğum için oranını göstermektedir. Aşağıda yer alan Harita 1'de Türkiye illerinde beş yaş altı ölümlerin 2024 yılında dağılımı yer almaktadır.

Harita 1: İllere göre 5 yaş altı ölüm istatistikleri (2024)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 5 Yaş Altı Ölüm İstatistikleri Haritası (2015–2023), Erişim tarihi: 6 Ekim 2025, https://data.tuik.gov.tr

2000-2024 yılları arasında en düşük oranın 2023 yılında Bayburt'ta olduğu görülmektedir (binde 4.7), ikinci sırada 2022 yılında Çanakkale (binde 4.8) ve üçüncü sırada ise 2023 yılında Artvin (binde 5) olduğu görülmektedir. En yüksek oranın ise sırası ile Adıyaman (87.1), Hatay (68.1) ve Kahramanmaraş'ta (65.3) olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ortalama	Std	Min	Maks
Bağımlı değişken				
5 yaş altı bebek oranı ölüm oranı	11.54	6.77	4.7	82.7
Bağımsız değişkenler				
Okuma yazma oranı	96.96	1.44	93.02	99.07
1000 kişiye düşen hekim sayısı	1.9	0.6	1	4
Ortalama Anne olma yaşı	29.01	0.71	26.82	30.79
İki doğum arası ortalama süre	4.82	0.55	3.09	5.75
Kişi başına düşen gelir (dolar)	8.33	3.31	2.87	21.99
İş gücüne katılım oranı	52	4.56	36.7	63.9
İstihdam oranı	46.96	5.24	29.9	60.6
100.000 kişiye düşen yatak sayısı	297.33	82.57	130	538

Sosyo-ekonomik değişkenler olarak kişi başına düşen gayri safi milli hasıla (dolar), işsizlik oranı, ve işgücüne katılım oranı modelde yer almaktadır. İşsizlik oranı çalışma isteğinde ve yeteneğinde olan, işgücü piyasasında yer alan nüfusun toplam nüfusa yüzde olarak değerini ifade etmektedir. 2020-2024 yılları arası Covid-19 pandemisinin etkisini ekonomide korumuş olduğu bir süreci kapsamaktadır. Bu nedenle işsizlik oranları görece yüksek seviyelerde gerçekleşmiştir. En düşük işsizlik oranı 2020, 2021 ve 2022 yıllarında Siirt'te görülmektedir (29.9). En yüksek işsizlik oranları ise %57.60 ve %60.60 düzeyleri arasında kalarak 2020-2024 yılları boyunca Ardahan'da görülmüştür. İşgücüne katılım oranlarının da işsizlik oranları ile benzer bir eğilim içerisinde olduğu görülmüştür. En düşük işgücüne katılım oranı Siirt'te en yüksek işgücüne katılım oranı ise Ardahan'da görülmüştür. Modelde yer alan bir diğer gösterge olan okuryazar oranı ise okuma ve yazma yetkinliğinde olan nüfusun toplam nüfusa olan oranını göstermektedir ve yüzde bir değer ile ifade edilmiştir.

Sağlık göstergelerine ilişkin olarak modelde dört temel göstergeye yer verilmiştir: (1) ortalama anne olma yaşı, (2) son 2 doğumda arada geçen yıl sayısı, (3) her 100.000 kişi için ortalama hastane yatak sayısı ve (4) her 1000 kişi için doktor sayısı. Her 1000 kişi için doktor sayısının en yüksek olduğu illerin Edirne ve Ankara illeri olduğu görülmektedir. Hastane yatak sayısında ise Elâzığ'ın tüm yıllar için en yüksek hastane yatak sayısı yoğunluğuna sahip olduğu görülmektedir (Her 100.000 kişi için yaklaşık olarak 538 yatak).

Türkiye'de gerçeklesen beş yaş altı çocuk ölüm oranlarını etkileyen unsurların analizi ilişkin olarak yapılan bu çalışmada 3 farklı ekonometrik yaklaşım uygulanarak değişkenler analiz edilmiştir. Bu yöntemler: (1) En küçük kareler yöntemi (EKK), (2) sabit etkiler modeli ve (3) rassal etkiler modelidir. Farklı yöntemlerin kullanılmasının tercih edilmesindeki en temel amaçlardan biri robusness kontrolünü sağlamak amacı olmuştur.

Verilerin düzenlenmesi ve analizin gerçekleşmesinde GRETL programı ve RStudio istatistik programlarından yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

Beş altı çocuk ölümlerini etkileyen unsurların analizi için uygulanmış olan EKK, sabit etkiler modeli ve rassal etkiler modeli sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Birinci kolonda EKK katsayıları yer almakta ve standart sapmalar parantez içinde gösterilmektedir. Ulaşılmış olan bulgulara göre istihdam düzeyinde artış ve işsizlik oranlarında azalış ile birlikte ölüm oranlarında azalış olması beklenmektedir (katsayı: -0.397). İşsizlik oranı ve ölüm oranları arasında görülmekte olan bu negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye dair bulgular, literatürde yer alan çalışmalar ile paralellik içerisindedir (Bourne, 2012).

Tablo 2: 5 yaş altı çocuk ölüm oranını etkileyen unsurlara ilişkin analiz sonuçları

	EKK		**Sabit Etkiler**		**Rassal Etkiler**	
	Katsayı	p-değeri	Katsayı	p-değeri	Katsayı	p-değeri
const	80.68*	0.0612	83.45	0.772	-1.457	0.268
	(42.95)		(288.2)		(0.268)	
Sosyo-ekonomik göstergeler						
İş gücüne katılım oranı	0.044	0.863	-1.409**	0.017	-1.409***	0.510
	(0.259)		(0.590)		(0.510)	
İstihdam oranı	-0.397*	0.096	0.141	0.811	0.14	0.513
	(0.238)		(0.594)		(0.513)	
Kişi başı gelir (dolar)	0.063	0.669	0.961***	0.006	0.961***	0.304
	(0.149)		(0.352)		(0.304)	
Okuma yazma oranı	-0.001	0.997	3.025	0.368	3.025	2.901
	(0.41)		(3.358)		(2.901)	
Sağlık göstergeleri						
1000 kişiye düşen hekim sayısı	0.694	0.409	-0.495	0.782	-0.495	1.549
	(0.82)		(1.793)		(1.549)	
Ortalama Anne olma yaşı	-1.401**	0.014	-10.34***	0.009	-10.34***	3.436
	(0.571)		(3.978)		(3.436)	
İki doğum arası ortalama süre	-2.822**	0.012	-1.352	0.783	-1.352	4.238
	(1.122)		(4.907)		(4.238)	
100 kişiye düşen yatak sayısı	-0.0005	0.920	0.001	0.931	0.001	0.017
	(0.005)		(0.019)		(0.017)	

Not:*** p < 0.01, ** p < 0.05, * p < 0.10

EKK yaklaşımına göre ölüm oranları ile negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren bir diğer değişken ise ortalama anne olma yaşıdır (katsayı: -1.401). Anne olma yaşında ortalama değer yükseldikçe ölüm oranlarında da azalış olması beklenmektedir. Diğer bir yaklaşımda ise ileri yaş annelik ile yeni doğan hastalıkları arasında çeşitli sağlık sorunlarında artış olmasının beklenmesi ve çocuk ölüm oranlarında artışların gerçekleşmesi de beklenebilir. Dolayısıyla, bu iki değişken arasında U şeklinde bir ilişkinin varlığı söz konusu olabilir. Ancak Tablo 1'de yer aldığı üzere kullanılmış olan veri setinde en yüksek ortalama anne olma yaş 30 olarak görünmektedir ve U şekilli bir ilişkinin olmaması normal kabul edilebilirdir.

EKK yöntemine göre ölüm oranları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki son olarak iki doğum arasında geçen süre değişkeninde görülmektedir. Annenin son iki gebeliğinde geçen ortalama ara sürenin artması ile ölüm oranlarında da azalış olması beklenmektedir (katsayı: -2.822).

Bu çalışmada uygulanan bir diğer ekonometrik yaklaşım ise sabit etkiler modelidir. Özellikle coğrafik birimler üzerine hazırlanmış olan veri setlerinde ve panel veri setlerinde başarılı sonuçlar vermesi nedeniyle sabit etkiler yöntemi, bu çalışmada tercih edilmiştir (Odabasi, 2021; Banerjee ve Nayak, 2020). EKK yaklaşımında elde edilen sonuçlara benzer olarak ortalama anne olma yaşı burada da istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir katsayıya sahiptir (-10.34). EKK yönteminden farklı olarak sabit etkiler modelinde iktisadi göstergeler olarak modelde yer verilen kişi başına düşen gelir ve işgücüne katılım oranı değişkenleri ölüm oranları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermektedir (sırası ile katsayı: 0.961 ve -1.409). Bireylerin işgücü piyasasında bulunması ve işgücüne katılım oranının artması ile birlikte ölüm oranlarında da azalış olması beklenmektedir.

Çalışmada yer verilen üçüncü ve sonuncu yaklaşım ise rassal etkiler yaklaşımıdır. Rassal etkiler modeli kullanılarak gerçekleştirilmiş analiz sonuçları ile sabit etkiler yöntemi kullanılarak ulaşılmış sonuçlar arasında çok yüksek oranda benzerlik olduğu gözlemlenmektedir. Ölüm oranlarına etkisinin ölçülmesinde yine aynı 3 değişken olan kişi başına düşen gelir ve işgücüne katılım oranı ve ortalama anne olma yaşı göstergeleri istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. İki yöntem arasında gözlemlenen temel farklılık ise katsayılar arasında minimal düzeyde gerçekleşmiş olan değişimler olmuştur.

5. SONUÇ

Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin altyapısı ve başarısı gerek sağlık ekonomisi alanında gerek ise kamu sağlığı alanında araştırmacılar için önemli çalışma konularındandır. Bu bağlamda çeşitli sağlık göstergelerinin her

iki perspektiften de (özellikle anne –bebek sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı) izlenmesi toplum sağlığı ve iktisadi kalkınma açısından oldukça gereklidir.

Beş yaş altı çocuk ölümlerinde 1960 yılından itibaren devam eden sistemli azalış ise sadece belli ülkelerde değil hemen hemen birçok gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkede gözlemlenmiştir. Ancak Türkiye'de 2023 yılında bu azalışa ters bir yönde, ölüm oranlarında artış olduğu dikkat çekmiştir.

Bu çalışmada beş yaş altı çocuk ölümlerini etkileyen çeşitli sosyo-ekonomik ve sağlıkla ilişkili değişkenlerin Türkiye'de bulunan 81 il düzeyinde elde edilen veriler ile analizi amaçlanmıştır. 2020 ve 2024 yılları arasında olan istatistikler TÜİK il düzeyi veri modelinden elde edilmiş ve 3 farklı yöntem kullanılarak analiz edilmiştir. Bu farklı yöntemlerden birincisi olan EKK yaklaşımında sağlık ile ilişkili olan değişkenler görece daha fazla etkili olarak bulunmuştur (ortalama anne olma yaşı, iki doğum arası geçen süre ve istihdam oranı). Diğer iki model olan sabit etkiler ve rassal etkiler yaklaşımlarında ise sosyo-ekonomik değişkenlerin daha etkili olduğu dikkatleri çekmiştir (Ortalama anne olma yaşı, kişi başına düşen gelir ve işgücüne katılım oranı).

Her üç modelinde ortak olarak istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki tespit ettiği değişken ortalama anne olma yaşı olmuştur. Anne olma yaşında artış olması ile birlikte ölüm oranlarında azalış olması beklenmektedir.

Elde edilmiş olan bulgular, kalkınma ekonomisi alanında önemli bir gösterge olan ölüm oranlarının iyileştirilmesi politikalarında, bu politikalarda etki düzeyine sahip unsurların belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak verinin ikincil veri olması ve çok sınırlı bir süreyi içermesi nedeniyle daha geniş süreçleri içeren ve birincil veri özelliğinde olan veri setlerinin daha başarılı sonuçlar vereceği tahmin edilmektedir.

KAYNAKÇA

Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*, *364*(9445), 1603-1609.

Bai, R., Dong, W., Liu, J., Peng, Q., & Lyu, J. (2021). Trends in Under-5 Mortality Rates and their associations with socioeconomic factors among Countries participating in the Belt and Road Initiative: a Panel Data Analysis. International Journal of General Medicine, 7763-7773.

Balaj, M., York, H. W., Sripada, K., Beşnier, E., Vonen, H. D., Aravkin, A., ... & Eikemo, T. A. (2021). Parental education and inequalities in child mortality: a global systematic review and meta-analysis. The Lancet, 398(10300), 608-620.

Banerjee, T., & Nayak, A. (2020). US county level analysis to determine if social distancing slowed the spread of COVID-19. Revista Panamericana de Salud Pública, 44, e90.

Bourne, P. A. (2012). Under-five mortality, health and selected macroeconomic variables: the Children behind the digits. Epidemiol, 2(115), 2161-1165.

Byaro, M., Mafwolo, G., & Ngereza, C. (2023). Does unemployment in sub-Saharan Africa have asymmetric effects on health? A panel quantile approach. The Journal of Economic Asymmetries, 28, e00316.

Chao, F., You, D., Pedersen, J., Hug, L., & Alkema, L. (2018). National and regional under-5 mortality rate by economic status for low-income and middle-income countries: a systematic assessment. The Lancet Global Health, 6(5), e535-e547.

De Siqueira Filha, N. T., Li, J., Phillips-Howard, P. A., Quayyum, Z., Kibuchi, E., Mithu, M. I. H., ... & Elsey, H. (2022). The economics of healthcare access: a scoping review on the economic impact of healthcare access for vulnerable urban populations in low-and middle-income countries. *International journal for equity in health*, *21*(1), 191.

Ebela, I., Zile, I., Zakis, A., Folkmanis, V., & Rumba-Rozenfelde, I. (2011). Mortality of children under five and prevalence of newborn congenital anomalies in relation to macroeconomic and socioeconomic factors in Latvia. Medicina, 47(12), 98.

Finlay, J. E., Özaltın, E., & Canning, D. (2011). The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low-and middle-income countries. BMJ open, 1(2), e000226.

Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R., & Murray, C. J. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. The lancet, 376(9745), 959-974.

Husereau, D., Drummond, M., Augustovski, F., de Bekker-Grob, E., Briggs, A. H., Carswell, C., ... & Staniszewska, S. (2022). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: updated reporting guidance for health economic evaluations. *MDM Policy & Practice*, *7*(1), 23814683211061097.

Jamison, D. T., Murphy, S. M., & Sandbu, M. E. (2016). Why has under-5 mortality decreased at such different rates in different countries?. Journal of health economics, 48, 16-25.

Kozuki, N., Lee, A. C., Silveira, M. F., Victora, C. G., Adair, L., Humphrey, J., ... & Katz, J. (2013). The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: A meta-analysis. BMC Public Health, 13(Suppl 3), S2. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S2

Li, H., Yuan, B., Song, S., & Meng, Q. (2019). Is a high level of primary care use associated with low under-5 mortality rate in rural China? A county-based cross-sectional study. *The Lancet*, *394*, S41.

Liang, S., Macinko, J., Yue, D., & Meng, Q. (2019). The impact of the health care workforce on under-five mortality in rural China. *Human resources for health*, *17*(1), 21.

Odabasi, S. (2021). The economics of crime and immigration: A panel data analysis. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (45), 387-399.

Odabaşı, S. (2022). DOES BETTER INCOME DISTRIBUTION REDUCE INFANT MORTALITY? THE CASE OF TURKEY. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 20(4), 295-307.

Pellegrini, L. C., Rodriguez-Monguio, R., & Qian, J. (2014). The US healthcare workforce and the labor market effect on healthcare spending and health outcomes. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, *14*(2), 127-141.

Perin, J., Mulick, A., Yeung, D., Villavicencio, F., Lopez, G., Strong, K. L., ... & Liu, L. (2022). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. The Lancet Child & Adolescent Health, 6(2), 106-115.

Rajapakse, V., & Jayathilaka, R. (2025). Surviving the first five years: the economic and healthcare determinants of child mortality in Sri Lanka. Journal of Health, Population and Nutrition, 44(1), 218.

Rajapakse, V., Fernando, A., Sudangama, N., Adikari, D., Sundaram, A., & Jayathilaka, R. (2025). Economic and healthcare determinants of under-five mortality in low-income countries. BMC Public Health, 25(1), 2126.

Reaves, J., Akaeze, H. O., Schlukebir, H. A., Miller, S. R., Akaeze, H. O., & Wu, J. H. C. (2025). More Care, More Workers? Gauging the Impact of Child Care Access on Labor Force Participation. *Social Sciences*, *14*(8), 458.

Russo, L. X., Scott, A., Sivey, P., & Dias, J. (2019). Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. *PLoS One*, *14*(5), e0217614.

Sadeghi, S., Farhang, A. A., Mohammadpour, A., & Hajibolnd, M. (2024). An Analysis of the Effects of Unemployment on Health. Journal of Economic & Developmental Sociology, 13(1), 143-169.

Schellekens, J. (2021). Maternal education and infant mortality decline. Demographic Research, 45, 807-824.

Soekhai, V., de Bekker-Grob, E. W., Ellis, A. R., & Vass, C. M. (2019). Discrete choice experiments in health economics: past, present and future. *Pharmacoeconomics*, *37*(2), 201-226.

UNICEF. (2025). Child mortality: Under-five mortality. UNICEF Data. Erişim adresi: https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2025) – with major processing by Our World in Data. Child mortality rate (under-5) dataset. Retrieved October 8, 2025, from https://ourworldindata.org/grapher/under-5-mortality-rate-sdgs

World Bank. (2025). *Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)*. World Bank Data. Erişim adresi: https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT

World Bank. (s.y.). *Under-5 mortality rate, total (per 1,000 live births) — Türkiye*. World Bank Data. Erişim adresi: https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=TR

Wu, H. (2022). The effect of maternal education on child mortality in Bangladesh. *Population and Development Review*, *48*(2), 475-503.

You, D., Wardlaw, T., Salama, P., & Jones, G. (2010). Levels and trends in under-5 mortality, 1990–2008. *The Lancet*, *375*(9709), 100-103.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİK DEĞERLENDİRMESİ

Dr Gülçin Gökçenur KARATAŞ[1]
Dr. İlknur KAR[2]

Giriş

Sağlık hizmetleri, toplumun refah düzeyini belirleyen en temel unsurlardan biridir. Bu hizmetlerin sunumu, sınırlı kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artışı, yeni sağlık teknolojilerinin hızla gelişmesi ve artan sağlık harcamaları sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesini gerekli kılmıştır.

Ekonomik değerlendirme, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile elde edilen sağlık sonuçlarını ortaya koyarak karar vericilere bilimsel bir temel sağlamaktadır. Bu yaklaşımlar hem sağlık politikalarının oluşturulmasında hem de ilaç, teknoloji ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde kritik rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra sağlıkta adalet, etkililik ve etik ilkelerin korunması açısından da ekonomik değerlendirme sonuçları önemli bir rehber niteliğindedir.

Bu bölümde, sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirilmesinin kavramsal çerçevesi, temel yöntemleri ve uygulama alanları ele alınmakta; kaynak kullanımı, etik boyutlar ve karar alma süreçlerine yansımaları tartışılmaktadır.

1.Temel Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme yöntemleri, sınırlı kaynakların en verimli şekilde kullanılarak toplum sağlığının en yüksek düzeye çıkarılmasını amaçlayan karar destek araçlarıdır. Bu yöntemler, alternatif sağlık müdahalelerinin maliyetlerini ve sonuçlarını sistematik biçimde karşılaştırarak, karar vericilere hangi müdahalelerin "değer" yarattığı konusunda kanıta dayalı bilgiler sunar (Drummond vd., 2015). Ekonomik değerlendirmeler genel olarak tam ekonomik değerlendirmeler ve kısmi ekonomik değerlendirmeler olarak ikiye ayrılır. Tam ekonomik değerlendirmelerde hem maliyetler hem de sonuçlar

[1] Bağımsız Araştırmacı, orcid-0000-0002-7721-7465, gkyurt84@gmail.com
[2] Bağımsız Araştırmacı, 0000-0003-0177-6559 ilknuridinkar@gmail.com

karşılaştırılırken, kısmi değerlendirmelerde yalnızca maliyet ya da sonuç unsurlarından biri dikkate alınır (Haddix vd., 2003).

1.1. Maliyet-Minimizasyon Analizi (Cost-Minimization Analysis, CMA)

Maliyet minimizasyon analizi, hangisinin daha ucuz olduğunu belirlemek için benzer iki müdahalenin maliyetini karşılaştırır (Vohora ve Singh, 2017). CMA, alternatif müdahaleler arasındaki maliyet farkını ölçer. Müdahaleler karşılaştırılırken, alternatiflerin eşit derecede etkili olduğu varsayılır ve bu nedenle fark yalnızca maliyetlerdedir. Maliyetler karşılaştırılırken, daha düşük maliyetli müdahalenin benimseneceği varsayılır (Higgins ve Harris, 2012). Bu yöntem, etkileri eşit olan iki veya daha fazla alternatifin yalnızca maliyet açısından karşılaştırıldığı durumlarda kullanılır. Temel varsayım, alternatiflerin sağlık sonuçlarının aynı olduğudur; dolayısıyla karar en düşük maliyetli seçeneğe göre verilir. CMA, klinik etkinliğin kanıtlandığı durumlarda tercih edilir (Drummond vd., 2015).

1.2. Maliyet-Etkililik Analizi (Cost-Effectiveness Analysis, CEA)

Maliyet etkililik analizi (CEA) müdahalelerin parasal birimlerdeki maliyetler ile nicel parasal olmayan sağlık birimleri cinsinden ifade edilen sonuçlar açısından karşılaştırılmasıdır (Vohora ve Singh, 2017). CEA en basit biçimiyle, belirlenen hedeflere ulaşmak için mevcut alternatifler arasından en uygun ve en verimli seçeneği belirlemeyi amaçlayan, maliyeti en aza indirirken hizmet sonuçlarını en üst düzeye çıkarmaya yönelik bir bütçeleme yöntemidir. Bu yaklaşımda, karşılaştırılan seçeneklerin her biri için ortak bir etki ölçütü belirlenir ve bu etki, doğal birimlerle (örneğin kazanılan yaşam yılı, azaltılan hasta yatış günü, kan basıncında sağlanan düşüş gibi) ifade edilir (McPake vd., 2013). CEA, alternatiflerin maliyetlerini ve klinik sonuçlarını (örneğin kazanılan yaşam yılı, önlenen ölüm, azalan hastalık vakası gibi) karşılaştırır. Sonuçlar genellikle birim başına maliyet (örneğin, bir yaşam yılı kazanımı başına maliyet) olarak ifade edilir. Bu yöntem, aynı türde sonuç üreten ancak farklı maliyetlere sahip sağlık teknolojilerinin karşılaştırılmasında yaygın olarak kullanılır (Gold vd., 1996). Maliyet etkililik analizinde maliyetler parasal birimlerle ifade edilirken, etkililik genellikle kurtarılan yaşam sayısı veya kazanılan yaşam yılı gibi etki birimleriyle ölçülmektedir. CEA, bir tıbbi müdahalenin alternatif bir müdahaleye kıyasla ek maliyetini ve bu maliyet karşılığında sağladığı ek etkililiği değerlendiren bir yöntemdir (Mrazek ve Mossialos, 2003).

1.3. Maliyet-Fayda Analizi (Cost-Benefit Analysis, CBA)

Maliyet-fayda analizi (CBA), sağlık ve işletme alanlarında verimliliği ve kaynak kullanım etkinliğini ölçmek amacıyla kullanılan bir değerlendirme yöntemidir. Bu analizde, maliyetler ve elde edilen faydalar parasal değerler üzerinden hesaplanarak karşılaştırılır. Özellikle sağlık hizmetleri ve bilgi teknolojileri gibi yüksek maliyetli ve sürekli değişen alanlarda, sistemlerin gerçek maliyet ve getirilerini değerlendirmek, uygulama öncesi ve sonrası durumları kıyaslamak ve deneme sürecinde ortaya çıkan etkileri gözlemlemek için bu analiz yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır (Oğuz vd. 2007). CBA'da hem maliyetler hem de sonuçlar parasal değerlerle ifade edilir. Böylece, müdahalenin net faydası (yarar – maliyet) hesaplanabilir. CBA, özellikle sağlık yatırımlarının toplumsal düzeydeki ekonomik getirilerini değerlendirmek için uygundur. Ancak sağlık sonuçlarını parasal değere dönüştürme güçlüğü, yöntemin uygulamasını sınırlamaktadır (Vohora ve Singh, 2017; Zweifel vd., 2009).

1.4. Maliyet-Yararlılık Analizi (Cost-Utility Analysis, CUA)

Maliyet-fayda analizi (CUA): Maliyetleri parasal birimler cinsinden sağlık çıktılarıyla, fayda ve ölüm oranları açısından karşılaştıran bir CEA biçimidir. Kalite ayarlı yaşam yılları (QALY) cinsinden ifade edilen QALY, morbidite ve mortalite kazanımlarını hesaba katan genel bir sonuç ölçüsüdür (Vohora ve Singh, 2017). CUA, yaşam kalitesi ve yaşam süresi unsurlarını birlikte dikkate alır. Sonuçlar genellikle **kaliteye uyarlanmış yaşam yılı (QALY)** veya **engelliliğe uyarlanmış yaşam yılı (DALY)** cinsinden ifade edilir. Bu yöntem, sağlık teknolojilerinin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini de hesaba kattığı için, günümüzde sağlık politikalarında en çok tercih edilen değerlendirme yöntemlerinden biridir (Neumann vd., 2018). Bu yöntemlerin her biri, sağlık ekonomisi karar süreçlerinde farklı amaçlara hizmet eder. Karar vericiler, mevcut kaynakların etkin kullanımını sağlamak için değerlendirme amacına ve veri yapısına en uygun yöntemi seçmelidir. Özellikle geri ödeme ve fiyatlandırma kararlarında maliyet-yararlılık ve maliyet-etkinlik analizleri, kanıta dayalı sağlık politikalarının temel araçları haline gelmiştir.

2. Sağlık Ekonomisi Verilerinin Toplanması ve Analizi

Ekonomik değerlendirme ve analiz ekibi, ülkelerin sağlık politikalarına ekonomik kanıt toplamalarına, değerlendirmelerine ve sunmalarına yardımcı olur. Ülkelerin gelir düzeyi ne olursa olsun kaynak kısıtlamalarının başlangıcından itibaren farkında olarak, tahsis ve teknik verimliliğe odaklanan önceliklendirme, temel bir çalışma alanıdır. Politika yapıcıların düzenli olarak

karşı karşıya kaldığı kaynak tahsis kararlarını ele alan, paranın karşılığını alma ve önceliklendirme çalışma alanı, sağlık sisteminin uygulanabilirliği, maliyetleri ve bütçe etkisi ile iyileştirilmiş sağlığın ekonomiye katkısının değerlendirilmesini de içerir. Ekonomik değerlendirme ve analiz ayrıca sağlık finansmanı ve diğer politikaların evrensel sağlık kapsamı, özellikle de eşitlik ve finansal koruma üzerindeki etkisini ölçer ve değerlendirir. Tüm bunlar, yöntem, araç ve standartlara öncülük ederek, savunarak ve geliştirerek, ülke kapasitesini artırarak ve ülkelere ekonomik kanıt üretmeleri ve kullanmaları için teknik destek sağlayarak gerçekleştirilir (WHO, 2025). Sağlık ekonomisi değerlendirmelerinde güvenilir, geçerli ve karşılaştırılabilir verilerin toplanması süreci, analizin kalitesi ve karar vericiler açısından sonuçların kullanılabilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Ekonomik değerlendirmelerde kullanılan veriler; maliyet, sağlık çıktısı ve fayda unsurlarını ölçmeyi amaçlar. Verilerin doğru biçimde toplanması ve analiz edilmesi, sağlık teknolojilerinin maliyet-etkililiğini, yararlılığını ve sürdürülebilirliğini değerlendirmek için temel oluşturur (Drummond vd., 2015).

2.1. Veri Kaynakları

Ekonomik değerlendirmelerde kullanılan veriler, birincil (primer) ve ikincil (sekonder) veri kaynaklarından elde edilebilir. Birincil veri kaynakları, doğrudan araştırma kapsamında toplanan verilerdir. Klinik deneyler, gözlemsel çalışmalar, hasta anketleri, kaynak kullanımı kayıtları veya prospektif maliyet analizleri bu gruba girer. Bu tür veriler, spesifik bir müdahale veya hedef popülasyona ilişkin ayrıntılı bilgi sağlar; ancak toplanması zaman alıcı ve maliyetli olabilir (Haddix vd., 2003). İkincil veri kaynakları ise, mevcut kayıt sistemlerinden, resmi istatistiklerden, hastane bilgi sistemlerinden, geri ödeme kurumlarının veri tabanlarından veya literatürden elde edilen verilerdir. Türkiye'de bu kapsamda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) veri tabanları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri, TÜİK sağlık harcamaları istatistikleri ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) veri tabanları sık kullanılan kaynaklardandır. Ayrıca sistematik derlemeler, meta-analizler ve uluslararası veri tabanları (örneğin Global Burden of Disease - GBD) ekonomik analizlerde tamamlayıcı bilgi sunar (Neumann vd., 2018).

2.2. Direkt ve İndirekt Maliyetler

Sağlık ekonomisi analizlerinde maliyetlerin doğru sınıflandırılması, maliyet-etkililik sonuçlarının geçerliliği açısından büyük önem taşır. Maliyetler genel olarak direkt ve indirekt maliyetler olarak ikiye ayrılır.

Direkt maliyetler, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan tüm kaynak kullanımını kapsar. Bunlar genellikle doğrudan tıbbi maliyetler (ilaç, laboratuvar testleri, hastane yatışları, tıbbi cihaz kullanımı vb.) ve doğrudan tıbbi

olmayan maliyetler (ulaşım, bakım hizmeti, refakatçi giderleri gibi) olarak iki alt kategoriye ayrılır (Gold vd., 1996).

İndirekt maliyetler ise hastalığın veya tedavinin üretkenlik üzerindeki etkilerinden kaynaklanır. İş gücü kaybı, erken ölüm, uzun süreli iş göremezlik veya yaşam kalitesindeki düşüş gibi unsurlar bu gruba girer. İndirekt maliyetlerin ölçümünde insan sermayesi yaklaşımı veya sürtünme maliyeti yöntemi gibi farklı ekonomik teknikler kullanılabilir (Zweifel vd., 2009). Bu maliyetlerin dahil edilip edilmemesi, analiz perspektifine (örneğin toplumsal veya geri ödeme perspektifi) göre değişir.

2.3. Zaman ve İndirim Oranları

Sağlık ekonomisi analizlerinde zaman faktörü, maliyetlerin ve sonuçların farklı dönemlerde ortaya çıkması nedeniyle önemlidir. Özellikle uzun dönemli etkileri olan müdahalelerde, gelecekte oluşacak maliyet ve faydaların bugünkü değerinin hesaplanması gerekir. Bu işlem, **iskonto (discounting)** yöntemiyle yapılır (Drummond vd., 2015). İskonto, gelecekteki maliyet ve yararların bugünkü değere dönüştürülmesini sağlayarak zaman tercihini dikkate alır. Genellikle hem maliyetler hem de sağlık sonuçları için aynı indirim oranı kullanılır. Uluslararası kılavuzlarda bu oran genellikle **%3 ila %5** arasında önerilmektedir (Gold vd., 1996; Neumann vd., 2018). Sonuç olarak, ekonomik değerlendirmelerin analizin uygulanacağı zaman dilimini tanımlaması ve zaman dilimleri 1 yılı aştığında maliyet ve faydaları bugünkü değerlere indirgemesi gerekir (Higgins ve Harris, 2012). Türkiye'de yapılan farmakoekonomik değerlendirmelerde de benzer biçimde %3 indirim oranı sıklıkla tercih edilmektedir.

İskonto oranı seçimi, analiz sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebileceğinden, kullanılan oranın gerekçesi mutlaka belirtilmeli ve duyarlılık analizleriyle test edilmelidir. Böylece karar vericiler, zaman değerinin sonuçlar üzerindeki etkisini daha net değerlendirebilir.

3. Ekonomik Değerlendirme Uygulama Alanları

Ekonomik değerlendirme, sağlık alanında karar verme süreçlerine bilimsel bir temel kazandırmak amacıyla kullanılan analitik bir araçtır. Kaynakların sınırlı olduğu sağlık sistemlerinde, hangi müdahalelerin en yüksek sağlık faydasını en düşük maliyetle sağladığını belirlemek kritik öneme sahiptir. Bu değerlendirmeler yalnızca ilaçlar ve tıbbi teknolojiler için değil, aynı zamanda sağlık politikaları, hizmet sunum modelleri ve örgütsel reformlar için de uygulanabilir. Aşağıda ekonomik değerlendirmenin başlıca uygulama alanları üç temel düzeyde ele alınmıştır: ilaç ve teknoloji değerlendirme, sağlık

politikalarının ekonomik değerlendirmesi, ve hastane ile birinci basamak hizmetlerinde uygulamalar.

3.1. İlaç ve Teknoloji Değerlendirme

İlaç ve tıbbi teknolojilerin ekonomik değerlendirmesi, Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi (Health Technology Assessment, HTA) süreçlerinin temel bileşenidir. HTA, bir sağlık teknolojisinin klinik etkinliği, güvenliği, maliyet-etkililiği ve etik boyutlarını bütüncül bir biçimde analiz eder (Drummond vd., 2015). Özellikle geri ödeme ve fiyatlandırma kararlarında ekonomik değerlendirmeler, sağlık sistemlerinde kaynak tahsisinin rasyonelleştirilmesini sağlar.

İlaç ekonomisi (farmakoekonomi) alanında yapılan çalışmalar, yeni ilaçların mevcut tedavilere kıyasla maliyet-etkinlik, maliyet-yararlılık veya maliyet-minimizasyon açısından nasıl bir fark yarattığını ortaya koyar. Bu analizler genellikle kaliteye uyarlanmış yaşam yılı (QALY), engelliliğe uyarlanmış yaşam yılı (DALY) ya da net parasal fayda (NPF) göstergeleri üzerinden yürütülür (Neumann vd., 2018).

Türkiye'de ilaç ve teknoloji değerlendirmeleri, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde yürütülmekte; farmakoekonomik dosyalar, geri ödeme başvurularında zorunlu hale gelmiştir. Bu uygulama, sağlık sisteminde maliyet-etkin ve sürdürülebilir tedavilerin tercih edilmesini desteklemektedir. Ayrıca, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme kararlarında farmakoekonomik veriler giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

3.2. Sağlık Politikalarının Ekonomik Değerlendirmesi

Ekonomik değerlendirme yalnızca klinik müdahaleler için değil, aynı zamanda sağlık politikalarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde de kullanılır. Sağlık politikaları düzeyinde yapılan ekonomik analizler, toplum sağlığını artırmaya yönelik stratejilerin maliyet ve faydalarını karşılaştırarak karar vericilere kanıta dayalı öneriler sunar (Zweifel vd., 2009).

Bu kapsamda, aşı programları, sigara bırakma kampanyaları, kronik hastalık yönetimi programları, uzun dönemli bakım politikaları ve sağlık sigortası reformları gibi makro düzeydeki girişimler, maliyet-yararlılık analizleriyle değerlendirilebilir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen "cost per DALY averted" yaklaşımı, ülkelerin sağlık politikalarını kıyaslamada kullanılmaktadır (WHO, 2021).

Türkiye'de de son yıllarda, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aile Hekimliği Uygulaması ve Genel Sağlık Sigortası gibi politikaların ekonomik etkilerini değerlendiren çalışmalar artmıştır. Bu çalışmalar, politikaların yalnızca sağlık çıktıları üzerindeki değil, aynı zamanda mali sürdürülebilirlik, eşitlik ve verimlilik üzerindeki etkilerini de analiz etmektedir (Sarı & Korkmaz, 2020). Bu tür değerlendirmeler, kamu kaynaklarının en verimli biçimde kullanılmasına katkı sağlayarak, ulusal sağlık politikalarının bilimsel temelde yönlendirilmesine olanak tanır.

3.3. Hastane ve Birinci Basamak Hizmetlerinde Uygulamalar

Hastane düzeyinde ekonomik değerlendirmeler, sağlık hizmeti sunumundaki kaynak kullanımının optimizasyonunu hedefler. Bu kapsamda yapılan analizler genellikle maliyet-etkililik, verimlilik analizi, hizmet başına maliyet hesaplamaları, yatak doluluk oranı optimizasyonu veya tedavi süreçlerinin yeniden tasarımı gibi alanlara odaklanır. Hastaneler için yapılan ekonomik analizler, yöneticilerin bütçe planlaması, performans yönetimi ve maliyet kontrolü kararlarında önemli bir rehberdir (Folland vd., 2024).

Birinci basamak hizmetlerinde ise ekonomik değerlendirme, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve erken tanı programlarının maliyet ve fayda dengesini incelemek için kullanılır. Özellikle aile hekimliği, anne-çocuk sağlığı, aşılamalar ve tarama programları, toplum düzeyinde maliyet-yararlılık analizlerinin en uygun alanlarını oluşturur. Bu tür değerlendirmeler, hastalık yükünün azaltılması ve sağlık harcamalarının uzun vadede düşürülmesi açısından önemli sonuçlar sağlar (Haddix vd., 2003).

Türkiye'de birinci basamakta yapılan ekonomik analizler, önleyici hizmetlerin sağlık harcamalarındaki yükü azaltma potansiyelini göstermekte; entegre bakım modelleri ve aile hekimliği uygulamasının etkinliği üzerine kanıt üretmektedir. Bu tür analizler, hem ulusal sağlık politikalarının yönlendirilmesinde hem de yerel düzeyde hizmet kalitesinin artırılmasında önemli bir araç haline gelmiştir.

4. Türkiye'de Ekonomik Değerlendirme Çalışmaları ve Mevzuat

Türkiye'de sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak ve kanıta dayalı karar mekanizmalarını güçlendirmek amacıyla Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (HTA) süreçleri ve ekonomik değerlendirmeler kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda bölümde HTA, ilaçlar, tıbbi cihazlar ve tedavi yöntemlerinin etkinliğini, maliyet-etkinliğini, hasta güvenliğini ve sosyal-etik boyutlarını değerlendirerek sağlık politikalarının bilimsel temellerine yer verilecektir.

4.1. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (HTA) Süreçleri

Türkiye'de ekonomik değerlendirme çalışmaları ve mevzuat kapsamında sağlık teknolojisi değerlendirme (HTA) süreçleri, sağlık politikalarının bilimsel temellere dayandırılmasında önemli bir araç olarak görülmektedir (Yiğit ve Erdem, 2016). Sağlık teknolojisi değerlendirmesi, ilaçlar, tıbbi cihazlar, tanı yöntemleri, tedavi uygulamaları ve sağlık hizmeti sunum modelleri gibi teknolojilerin tanımlanmasıdır. Bu kapsamda ekonomik değerlendirme klinik etkinliği, güvenliği, maliyet-etkinliği, etik ve sosyal etkileri yönlerinden incelenmesini içeren çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreç, sağlık sistemlerinde sınırlı kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanılmasını ve hasta bakım kalitesinin artırılmasını hedeflemektedir (SHGM, 2013).

Türkiye'de HTA uygulamaları, 8 Şubat 2013 tarihinde "Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi" ile yürürlüğe girmiştir (Yıldız, 2019). Bu yönerge, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi sürecinde güvenlik, etkinlik, maliyet, sosyal ve etik yönlerin sistematik biçimde analiz edilmesini sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Yönerge, sağlık teknolojisi değerlendirmeleri; klinik etkililik, hasta güvenliği, maliyet-etkinlik, sosyal kabul edilebilirlik ve kurumsal uygulanabilirlik boyutlarından oluşmaktadır. Türkiye'de bu çalışmaların koordinasyonu Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) tarafından yürütülmektedir (TÜSEB, 2022).

Türkiye'de yapılan ekonomik değerlendirme ile ilgili çalışmaların büyük bir kısmı maliyet-etkililik analizi, diğerleri ise maliyet-fayda ve maliyet-minimizasyon analizlerinden oluşmaktadır (Çalışkan, 2009; Ekin vd., 2012; Arı 2017; Berber vd., 2019). Bu kapsamda sağlık sisteminin mevcut durumu ve teknolojinin ivme kazanması ile yetersiz kaldığı söylenebilir. Bu durum, HTA temelli ekonomik değerlendirmelerin karar verme süreçlerine yeterince entegre edilmediğini göstermektedir. Özellikle geri ödeme, fiyatlandırma ve kamu alımları gibi karar süreçlerinde HTA çıktılarının kullanımı hâlâ sınırlıdır (Berber vd., 2019; Sağlık Bakanlığı, 2021).

Türkiye'de HTA süreçlerinin geliştirilmesi için atılması gereken adımlar arasında metodolojik standartların oluşturulması, veri kalitesinin artırılması, paydaş katılımının güçlendirilmesi ve kurumsal yapıların sürdürülebilir hale getirilmesi yer almaktadır. Bu minvalde, bazı araştırmacılar bağımsız yürütülebilecek "Sağlık Teknolojileri Değerlendirme ve Akreditasyon Kurumu'nun kurulmasını önermektedir (Kavak, 2018; Koçkaya ve Tatar, 2013). Bağımsız bu yapı, ekonomik değerlendirmelerin sağlık politikalarına doğrudan entegre edilmesini kolaylaştıracağı düşüncesi hakimdir. Böylelikle hem kaynak

kullanımında verimliliği artırabilir hem de yenilikçi sağlık teknolojilerinin güvenli ve maliyet-etkin şekilde yaygınlaştırılmasına katkı sağlayabilir.

Özetle, Türkiye'de HTA uygulamaları ve ekonomik değerlendirme çalışmaları gün geçtikçe gelişmektedir. Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirilmesi ile ilgili literatüre katkı sağlayacak çalışmaların yapılması son derece önem arz etmektedir. Sağlık teknolojilerinin bilimsel ve ekonomik temelde değerlendirilmesi, sürdürülebilir sağlık finansmanı açısından kritik öneme sahiptir. Dolayısıyla, mevzuatın güncellenmesi, HTA eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve ulusal düzeyde standartların oluşturulması, Türkiye'nin sağlık politikalarında kanıta dayalı karar verme kapasitesini güçlendirecek stratejik adımlar arasında yer almaktadır.

4.2. Ulusal Sağlık ve Bakım Rehberliği Enstitüsü, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye Rehberlerinin Karşılaştırılması

Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (HTA), sağlık sistemlerinde kanıta dayalı karar verme süreçlerine yardımcı olan bir değerlendirme mekanizmasıdır (Yiğit ve Erdem, 2016). HTA, yeni ilaçlar, tıbbi cihazlar, tanı yöntemleri ve tedavi protokollerinin klinik etkinliği, güvenliği, maliyet-etkililiği ve etik yönlerini sentezleyerek sağlık politikalarının şekillenmesine katkı sağlamaktadır (Drummond vd., 2015). Dolayısıyla Birleşik Krallık'taki National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı tarafından etkili HTA rehberlerinden bazıları geliştirilmiştir. Bu kurumlar, aynı faaliyetleri yapıyor gibi görünsede metodolojik yaklaşım ve kurumsal yapı ve uygulama düzeyi açısından farklılaşmaktadır (Artun vd., 2021).

NICE Rehberleri, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) tarafından hazırlanmaktadır. NICE, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde sistematik literatür taramaları, meta-analizler, farmakoekonomik modellemeler ve maliyet-etkililik analizlerinden (Cost-Effectiveness Analysis, CEA) yararlanır. NICE'ın Quality Adjusted Life Year (QALY) en önemli kavramıdır. Bu kavram, bir tedavinin yaşam süresine eklediği yılları kaliteyle ilişkilendirmektedir. Yaşam süresinin eklediği yılların ölçümünü yapmaktadır. Bu kapsamda, 20.000–30.000 £/QALY aralığı genellikle maliyet-etkinlik eşiği olarak kabul edilmektedir (NICE, 2023). Bu eşik değerin üzerinde maliyet oluşturan müdahaleler genellikle NHS tarafından geri ödeme kapsamına alınmamaktadır. NICE'ın değerlendirme süreçleri şeffaf olup, halk, hasta temsilcileri, akademisyenler ve endüstri paydaşlarının katılımına açık bir şekilde gerçekleşmektedir. Bu yaklaşım hem bilimsel hem toplumsal açıdan kabul edilen bir model olma özelliği taşımaktadır (Pettitt vd., 2016; Whitehead ve Ali, 2010; Claxton et al., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise, ulusal HTA sistemlerini oluşturma faaliyetleri sınırlı olan ülkeler için rehberlik sağlamaktadır. Bu rehberler, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde adalet, hakkaniyet ve sürdürülebilirlik ilkelerine odaklanmaktadır. WHO'nun 2021 tarihli *Health Technology Assessment of Medical Devices* rehberinde, "sağlık teknolojilerinin yalnızca maliyet-etkinliği değil, aynı zamanda toplumsal etkileri, kaynak erişilebilirliği ve sağlık sisteminin kapasitesi" de dikkate alınmaktadır (WHO, 2021). NICE modelinden farklı olarak WHO, sadece sabit bir maliyet-etkinlik eşiği değil ülkelerin kendi gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) düzeylerine göre ülkeye özgü eşiğin tanımlanmasını önermektedir. Bu çerçevede WHO, Evrensel Sağlık Kapsamı (UHC) çerçevesinde HTA'yı sadece sağlık finansmanı açısından değil, evrensel erişim ve eşitlik ilkeleri yönünden de ele almaktadır (Oortwijn et al., 2020).

Türkiye'de HTA Rehberleri ise 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan *Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi* ile temeli atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Bu yönerge, sağlık teknolojilerinin bilimsel, ekonomik ve etik yönlerden değerlendirilmesi süreçlerini tanımlamaktadır. Türkiye'de HTA faaliyetlerinin kurumsal koordinasyonu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) tarafından yürütülmektedir (TÜSEB, 2022). Türkiye, NICE modelinden esinlenmiş bir değerlendirme sistematiğini benimsemekle birlikte, ekonomik değerlendirme uygulamaları hâlen gelişme aşamasındadır. Özellikle geri ödeme kararlarında maliyet-etkililik analizlerinin sınırlı kullanımı, veri erişim zorlukları ve metodolojik standartların farklı kurumlarda değişken olması, sistemin etkinliğini azaltmaktadır (Ünal, 2019; Avşar vd., 2023).

Kurumlar karşılaştırılırsa, NICE modelinin kurumsal bağımsızlık, metodolojik şeffaflık ve maliyet-etkinlik odaklı karar mekanizması açısından uygun bir yapı olduğu görülmektedir. WHO rehberleri, küresel kapsayıcılık ve eşitlik temelli sağlık planlaması ilkeleriyle ülkeler için kritik bir konumdadır. Türkiye rehberleri ise, ulusal kapasite gelişimi, kurumsal koordinasyon ve yerelleştirilmiş uygulama bakımından önemlidir (Ünal, 2019; Avşar vd., 2023; Oortwijn et al., 2020; Pettitt vd., 2016; Whitehead ve Ali, 2010; Claxton et al., 2015).

Özetle, Türkiye'nin HTA sisteminin güçlendirilmesi sürecinde hem NICE'ın kanıta dayalı karar eşiği modelinden hem de WHO'nun eşitlikçi yaklaşımından yararlanması önerilmektedir. NICE modelinden alınacak metodolojik standartlar, Türkiye'de sağlık harcamalarının etkin kullanımına katkı sağlayabilirken; WHO'nun önerdiği sosyal boyut, sağlık teknolojilerinin toplum genelinde adil dağılımını destekleyecektir. Uzun vadede, bu iki yaklaşımın

harmanlanması Türkiye'nin sağlık sisteminde sürdürülebilirlik, şeffaflık ve bilimsel temelli karar alma süreçlerinin güçlenmesini sağlayacaktır.

4.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Ekonomik Etkiler

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) köklü bir reform süreci olarak 2003 yılında uygulamaya konulmuştur. Program sağlık hizmetlerinin etkinliğini, erişilebilirliğini ve finansal sürdürülebilirliğini artırmak amacı gütmektedir. Ek olarak vatandaş memnuniyetini yükseltmek hedefleri arasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu dönüşüm, sadece sağlık hizmet sunumunda değil, aynı zamanda sağlık finansmanı, insan kaynakları yönetimi, bilgi sistemleri ve ilaç politikalarında da önemli yapısal değişiklikler yaratmıştır (Çavmak ve Çavmak, 2017; Çetin, 2017).

Sağlıkta dönüşüm programının ekonomik etkileri çok boyutludur (Demirci, 2015). Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin getirilmesiyle, sağlık harcamalarının kamu kaynakları içindeki payı artırılarak finansman yapısı değiştirilmiştir (Memişoğlu, 2018). Bu durum kısa vadede kamu harcamalarında artışa neden olsa da uzun vadede hizmet kullanımında eşitsizliklerin azalmasına katkı sağlamıştır. Bunun yanısıra Sağlıkta performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanmasıyla sağlık çalışanlarının üretkenliği artmış, ancak bu sistemin mali sürdürülebilirliği ve hizmet kalitesi üzerindeki etkileri tartışmalı hale gelmiştir (Erkan, 2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, özel sektörün sağlık hizmetlerindeki rolünün artmasına da neden olmuştur. Kamu-özel iş birliği (PPP) modeliyle inşa edilen şehir hastaneleri, modern altyapı ve ileri teknoloji açısından sağlık hizmetlerine yeni vizyon getirmiştir. Fakat bu vizyon sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesine ve tartışmaya açık bir konu haline gelmiştir. Bu nedenle programın ekonomik sürdürülebilirliği tartışma konusu olmuştur. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin piyasa temelli dinamiklerle yönetilmesinin kamu yararı ile ne ölçüde uyumlu olduğu üzerine çeşitli eleştiriler yöneltilmiştir (Kara 2021; Yeşiltaş, 2020).

Bu kapsamda SDP, sağlık sisteminde verimlilik ve maliyet etkinliği odaklı bir yaklaşımı da beraberinde getirmiştir. Bu kapsamda, ilaç harcamalarının kontrolü için referans fiyat uygulamaları, jenerik ilaç teşviki ve e-reçete sistemleri hayata geçirilmiştir (Tatar vd., 2011). Bunun yanında, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (HTA) süreçlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkinlik analiziyle desteklenmesine olanak tanımıştır. Dolayısıyla sağlık politikalarının şekillenmesinde ekonomik değerlendirmelere kritik derecede önemlidir (Kaygısız ve Girginer, 2011).

Özetle, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kapsamını genişletmiş olsa da sağlık harcamalarının artması ile beraber, özel sektör bağımlılığı ve sürdürülebilirlik sorunları gibi yeni ekonomik zorluklar da doğurmuştur. Program, toplumsal sağlık göstergelerini iyileştirirken sağlık finansmanında kamu yükünü artırarak uzun vadeli mali disiplin gereksinimini gündeme getirmiştir. Dolayısıyla, SDP'nin ekonomik etkileri hem pozitif sağlık çıktıları hem de mali sürdürülebilirlik riski bağlamında bütüncül olarak ele alınmalıdır (Kara 2021; Yeşiltaş, 2020; Kaygısız ve Girginer, 2011).

5. Etik, Etkililik ve Adalet Perspektifiyle Ekonomik Değerlendirme

Ekonomik değerlendirmeler, sadece maliyet ve etkinlik boyutlarıyla sınırlı değildir. Sağlık hizmetlerinin adil dağılımı ve etik ilkeler çerçevesinde kullanılmasını da dikkate almalıdır. Bu kapsamda sağlıkta adil dağılım ve kaynak kullanımına yer verilecektir.

5.1. Sağlıkta Adil Dağılım ve Kaynak Kullanımı

Sağlık sistemlerinde kaynakların sınırlı olması, bu kaynakların adil, etkili ve etik temellere dayalı biçimde dağıtılması hizmet sunumu açısından son derece önemlidir. Bu kapsamda, ekonomik değerlendirme yöntemleri maliyet-etkinliği ölçmekten ziyade, aynı zamanda sağlıkta adalet ve etik değerlerin korunması da değerlidir (Drummond vd., 2015). Sağlıkta adalet, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde eşit fırsatlara sahip olmaları ve mevcut kaynaklara eşit bir şekilde ulaşmaları anlamına gelmektedir (Çınaroğlu, 2018).

Ekonomik değerlendirme yaklaşımları olarak adlandırılan maliyet-etkililik analizi (CEA), maliyet-yarar analizi (CBA) ve maliyet-fayda analizi (CUA) sağlık hizmetlerinde etkililik kavramını ifade etmektedir. Bu analizlerde en çok sağlık kazanımını sağlayan seçenek ve en adil sonuçları doğuran seçenek de dikkate alınmalıdır (Baltussen & Niessen, 2006).

Bu çerçevede etik ilkeler, ekonomik değerlendirme süreçlerine yön vermektedir. Özellikle yararlılık (beneficence), adalet (justice) ve zarar vermeme (non-maleficence) ilkeleri, sağlık kararlarının hem ekonomik hem insani boyutunun dengelenmesini sağlamaktadır (Beauchamp & Childress, 2019). Sağlıkta adil dağılım, cinsiyet, yaş, kronik hastalık durumu ve sosyoekonomik statü gibi faktörlerün eşit dağılımı ile mümkündür. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen geri ödeme ve ilaç değerlendirme süreçlerinde bu etik ilkelerin etkisi giderek artmaktadır (Tekingündüz vd., 2016; Şantaş ve Şantaş, 2021).

Adalet temelli kaynak kullanımı, toplumsal eşitlik ve hakkaniyet kavramlarını da akıllara getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2014), sağlıkta adil kaynak dağılımının bir "toplumun genel refahı ve sosyal bütünlüğü için temel olduğunu" vurgulamaktadır. Buna göre, sağlık politikalarının maliyet etkinliğinin yanısıra toplumun öncelikli olarak ihtiyaçlarını ve sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşayanların ihtiyaçları doğrultusunda şekillenmesi gerekmektedir. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) gibi kurumlar da ekonomik değerlendirmelerde eşitlik ağırlıklı analizler kullanarak bu etik dengeyi sağlamaya çalışmaktadır (Culyer, 2016).

Özetle, sağlıkta ekonomik değerlendirme süreçleri maliyet ve etkililik ölçütleriyle sınırlı kalmamalıdır. Bu çerçevede etik ve adalet ilkeleriyle iç içe geçmiş bir yaklaşım benimsemelidir. Dolayısı ile sağlık sistemleri toplumsal eşitliği güçlendirerek kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Türkiye'de de sağlık politikalarının geliştirilmesinde, etik temelli ekonomik değerlendirmelerin yaygınlaştırılması ve karar süreçlerine sistematik biçimde entegre edilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım hem mali sürdürülebilirliği hem de sağlıkta adil dağılımı güvence altına alacaktır (Çınaroğlu, 2018; Baltussen & Niessen, 2006; Tekingündüz vd., 2016; Şantaş ve Şantaş, 2021; Culyer, 2016).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme yöntemleri, sınırlı kaynakların en verimli biçimde kullanılmasını sağlamak ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini desteklemek açısından temel bir araçtır. Maliyet-minimizasyon, maliyet-etkililik, maliyet-yararlılık ve maliyet-fayda analizleri farklı sağlık müdahalelerinin maliyet ve sonuçlarını karşılaştırarak karar vericilere bilimsel ve kanıta dayalı bir rehberlik sunmaktadır. Bu analizler, klinik sonuçların sistem düzeyinde kaynak kullanımını optimize etmeyi amaçlar.

Sağlık ekonomisi verilerinin doğru biçimde toplanması, ekonomik değerlendirmelerin güvenilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Direkt ve indirekt maliyetlerin doğru tanımlanması, zaman faktörünün dikkate alınması ve uygun indirim oranlarının kullanılması, analizlerin geçerliliğini artırmaktadır. Bu çerçevede, sağlık kurumlarının veri yönetimi altyapılarının güçlendirilmesi ve ulusal düzeyde standart veri toplama sistemlerinin oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

Ekonomik değerlendirmelerin uygulama alanları giderek genişlemekte olduğu görülmektedir. İlaç ve tıbbi teknoloji değerlendirmelerinden sağlık politikalarının şekillendirilmesine ve hastane yönetimi uygulamalarına kadar farklı düzeylerde etkisini göstermektedir. Özellikle sağlık teknolojisi değerlendirmesi (HTA) süreçlerinin politika kararlarına entegre edilmesi, hem

maliyet etkinliği hem de toplumsal fayda açısından önemli kazanımlar sağlamaktadır.

Bununla birlikte, ekonomik değerlendirmelerde etik, etkililik ve adalet ilkeleri göz ardı edilmemelidir. Sağlıkta adil dağılımın sağlanması, kaynak kullanımında hakkaniyetin gözetilmesi ve karar alma süreçlerinde etik çatışmaların farkında olunması, ekonomik analizlerin yalnızca finansal değil insani yönünü de güçlendirmektedir.

Özetle, ekonomik değerlendirme yöntemleri sağlık sistemlerinde hem maliyet etkinliğini hem de adil kaynak kullanımını destekleyen stratejik bir araç olduğu görülmektedir. Gelecekte, bu yöntemlerin dijital sağlık teknolojileri, yapay zekâ destekli klinik karar sistemleri ve yaşlanan nüfusun sağlık ihtiyaçları gibi yeni alanlarda da etkin biçimde kullanılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2012). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı: Değerlendirme raporu (2003–2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Arı, H. (2017). Sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme teknikleri. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(2), 25-31.

Artun, E. D., Acar, A., Sabuncuoğlu, İ., & Tecirli, G. (2021). Türkiye'de kanıta dayalı tıp rehber ve protokol çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü örnekleri. Eurasian Journal of Health Technology Assessment, 5(1), 45-54.

Avşar, T. S., Yiğit, V., Yiğit, A., Arıc, H. O., Tecirli, G., Dilmaç, E., & Husereau, D. (2023). Konsolide Sağlık Ekonomisi Değerlendirme Raporlama Standartları Türkçe: Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Değerlendirmesinde Raporlama Standartlarının Türkiye Uyarlaması. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(3), 497-504.

Baltussen, R., & Niessen, L. (2006). Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost effectiveness and resource allocation, 4(1), 14.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary. The American journal of bioethics, 19(11), 9-12.

Berber, İ. C., Elipek, E., & Yiğit, A. (2019). Sağlık teknolojisi değerlendirme kapsamındaki maliyet etkililik çalışmalarının bibliyometrik analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (34), 163-180.

Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., ... & Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. Health Technology Assessment (Winchester, England), 19(14), 1.

Claxton, K., Sculpher, M., & Culyer, A. J. (2015). Marking the cost-effectiveness threshold: Health care resource allocation and the value of NICE guidance. Oxford University Press.

Culyer, A. J. (2016). Cost-effectiveness thresholds in health care: a bookshelf guide to their meaning and use. Health Economics, Policy and Law, 11(4), 415-432.

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.

Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017). Türkiye'de Sağlik Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlikta Dönüşüm Programi. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(1), 48-57.

Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politiği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(1), 274-293.

Çinaroğlu, S. (2018). Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım. İşletme Araştırmaları Dergisi, 10(1), 876-897.

Demirci, b. (2015). Sağlık hizmetlerinde dönüşüm: sağlıkta dönüşüm programı (sdp) nasıl bir sistem getiriyor? Akdeniz İibf Dergisi, 15(30), 122-135.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford university press.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford university press.

Drummond, M., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G., & Torrance, G. (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes (4th ed.). Oxford University Press.

Ekin, A., Yanık, A., & Kıyak, M. (2012). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde dışarıdan satın alınan hizmetlerin ekonomik değerlendirmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), 1-23.

Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. Maliye Dergisi, 160(1), 423.

Eyvaz, M., Bayramoğlu, M., & Kobya, M. (2010). Tekstil endüstrisi atıksularının elektrokoagülasyon ile arıtılması: Teknik ve ekonomik değerlendirme. Su Kirlenmesi Kontrolü Dergisi, 16(1-3), 55-65.

Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M., & Danagoulian, S. (2024). *The economics of health* and health care. Routledge.

Gold, M. R. (Ed.). (1996). Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford university press.

Haddix, A. C., Teutsch, S. M., & Corso, P. S. (Eds.). (2003). Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation. Oxford University Press.

Higgins, A. M., & Harris, A. H. (2012). Health economic methods: cost-minimization, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefit evaluations. *Critical care clinics*, *28*(1), 11-24.

Kavak, D. G. (2018). Türkiye Sağlik Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (Tüska) Sağlikta Akreditasyon Standartlari. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1(1), 14-20.

Kaygısız, Z., & Girginer, N. (2011). Maliyet etkinlik analizi: Türkiye'deki büyükşehir belediyelerinde uygulama. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 6(2), 309-342.

Koçkaya, G., & TATAR, M. (2013). Tıbbi cihazlarda sağlık teknolojisi değerlendirmesi. Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği.

McPake, B., Normand, C. ve Smith, S. (2013). Health economics: An international perspective 3. Baskı (). Routledge.

Memişoğlu, D. (2018). Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. Yasama Dergisi, (34), 62-93.

Mrazek, M. F. ve Mossialos, E. (2003). Methods for monitoring and evaluating process and outcomes. In M. N. G. Dukes, F. M. Haaijer-Ruskamp, C. P. de Joncheere, ve A. H.Rietveld (Ed.), Drugs and money: Prices, affordability and cost containment (pp. 77–92). IOS Press.

Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., Siegel, J. E., & Ganiats, T. G. (Eds.). (2016). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press.

NICE. (2023). Guide to the methods of technology appraisal. National Institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/

OECD. (2020). OECD Reviews of Health Systems: Turkey 2020. OECD Publishing.

Oğuz, B., Gülkesen, K. H., & Saka, O. (2007). Sağlık Bilgi Sistemlerinde Maliyet-Fayda Analizi. ANademiN Bilişim, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.

Oortwijn, W., van Oosterhout, S., & Kapiriri, L. (2020). Application of evidence-informed deliberative processes in health technology assessment in low-and middle-income countries. International journal of technology assessment in health care, 36(4), 440-444.

Pettitt, D. A. R. S., Raza, S., Naughton, B., Roscoe, A., Ramakrishnan, A., Ali, A., ... & Brindley, D. (2016). The limitations of QALY: a literature review. Journal of Stem Cell Research and Therapy, 6(4).

Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yönergesi. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Şantaş, F., & Şantaş, G. (2021). Sağlıkta Eşitsizliğe İlişkin Bir Araştırma. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7(2), 318-328.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Sahin, B., Aydin, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey. Health system review. Health systems in transition, 13(6), 1-186.

Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Işık Erer, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik.

TÜSEB. (2022). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Yıllık Toplantısı Raporu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı.

Vohora, D., & Singh, G. (Eds.). (2017). Pharmaceutical medicine and translational clinical research. Academic Press.

Whitehead, S. J., & Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. British medical bulletin, 96(1), 5-21., S. J., & Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. British medical bulletin, 96(1), 5-21.

World Health Organization (WHO). (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage. WHO Press.

World Health Organization (WHO). (2021). WHO guidance on health technology assessment of medical devices. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (WHO). (2021). WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2025). WHO Health Financing and Economics https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/economic-analysis

Yeşiltaş, A. (2020). Sağlik Sektöründe Kamu Özel Ortakliği: Şehir Hastaneleri üzerine bir değerlendirme. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6(1), 15-28.

Yiğit, A., & Erdem, R. (2016). Sağlık teknolojisi değerlendirme: kavramsal bir çerçeve. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (23), 215-249.

Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). Economic valuation of life and health. In Health economics (pp. 17-74). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

KRİZ VE SAĞLIK EKONOMİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Saadet KARAKUŞ[1]

1. Giriş

Krizler, ekonomik ve sosyal yaşamın temel unsurlarında önemli etkiler yaratan, öngörülemeyen veya kontrol edilemeyen olaylar olarak tanımlanmaktadır (Uslu, 2018). Özellikle sağlık alanında, krizlerin gelişimi ve yayılması, toplum sağlığını doğrudan tehdit eden ciddi sonuçlar oluşturabilmektedir (Güngör, 2017). Kriz dönemlerinde, krizlere yanıt verebilme kapasitesi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığı, ve sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır (Celikay & Gümüş, 2009). Sağlık ekonomisi ise, kaynak tahsisi, maliyet yönetimi ve politika geliştirme gibi temel konuları ele alarak sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunu amaçlamaktadır (kulaksız, 2018). Bu sebepten ötürü, kriz dönemlerinde ortaya çıkan zorlukların anlaşılması ve uygun müdahale stratejilerinin geliştirilmesi büyük bir ihtiyaç haline gelmiştir (İbiş, 2013). Krizlerin sağlık ekonomisine etkileri, sadece maliyet artışlarıyla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi ve toplum sağlığı üzerinde de derin izler bırakabilmektedir (Altuntepe, 2009). Bu nedenle, kriz anlarında etkin yönetim ve politika müdahaleleri ile sistemlerin sürdürülebilirliği sağlanmalı; kaynakların etkin kullanımı ve risklerin minimize edilmesi hedeflenmelidir (Demirci, 2016). Ayrıca, krizlerin sağlık politikalarına entegrasyonu, hızlı karar alma ve uygulama mekanizmalarıyla desteklenmelidir (Güngör, 2017). Tüm bu unsurlar, sağlık ekonomisinin kriz dönemlerinde, önemini ortaya koymakta ve alınan önlemlerin yapılan stratejik planlamaların, başarılı bir şekilde sürdürülebilirliğinde önemli rol oynamaktadır (Uslu, 2018). Bu çerçevede, krizlerin nedenleri, etkileri ve yönetimi ile ilgili sistematik yaklaşımlar, devlet politikalarının şekillenmesine ve sağlık sistemlerinin direnç kazanmasına katkı sağlamaktadır (Kyriopoulos et al., 2019). Dolayısıyla, krizlerin sağlık ekonomisine yansımasını anlamak ve yönetmek, toplumların sağlık güvencesini ve refahını sürdürülebilirliğini devam ettirmek için temel bir öncelik olarak karşımıza çıkmaktadır (Turkalj, 2018).

2. Kriz Kavramı

Kriz kavramı, genellikle beklenmedik veya öngörülemeyen olayların, ekonomik, sosyal veya politik alanlarda önemli olumsuz etkiler yaratması durumunu ifade etmektedir (Uslu,2018). Ekonomik bağlamda krizler, finansal

[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

sistemlerde ortaya çıkan şoklar, ekonomik durgunluklar veya resesyonlar şeklinde görülürken, sağlık alanında ise; krizler toplum sağlığını tehdit eden ani salgınlar, sağlık altyapısının yetersizlikleri veya kaynak kıtlıklarıyla kendini göstermektedir (Güngör, 2017). Bu durumlar, sağlık hizmetlerine erişimi engelleyebilir, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını zorlayabilir ve genel toplum sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Kulaksız, 2018).Krizlerin neden olduğu ekonomik sıkıntılar, sağlık harcamalarında artışa neden olurken, sağlık hizmetlerine erişimi de zorlaştırarak hastalık ve komplikasyonların artmasına, maliyetlerinde yükselmesine yol açmaktadır (Güngör, 2017). Sağlık sistemlerinin bu tür krizlere hazırlıklı olması, hem önleyici tedbirlerin alınması hem de kriz anında etkin müdahalelerin yapılması açısından büyük önem taşımaktadır (Celikay & Gümüş, 2009). Bunun yanında, kriz dönemlerinde alınan kararlar ve uygulanan politikalar, sağlık kaynaklarının etkin kullanımını ve toplumun ihtiyaçlarına uygun hizmet sunumunun sağlanmasında belirleyici unsurdur (Demirci, 2016).

Günümüzde, özellikle küresel çapta yaşanan krizlerin, sağlık alanında yeni müdahale modelleri ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılarak, sağlık ekonomisinin önemli bir çalışma alanı haline gelmesini sağlamıştır (İbiş, 2013). Bu bağlamda, kriz kavramı, yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda sosyal ve sağlık alanlarını da şekillendiren çok boyutlu bir olgu olarak dikkat çekmektedir (Altuntepe, 2009).

3. Sağlık Ekonomisi Nedir ?

Sağlık Ekonomisi, sağlık hizmetlerinin finansmanı, dağıtımı ve etkinliğiyle ilgilenen disiplinler arası bir alandır (Güngör, 2017). Bu alan, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini korumak ve kaynakların etkin kullanımını sağlamak amacıyla ekonomik analiz ve değerlendirmeleri temel alan bir yapıda çalışmaktadır (Uslu, 2018). Sağlık politikalarının gelişimi ve uygulanmasına bilgi sağlarken; ekonomik kısıtlar ve maliyetleri de göz önünde bulundurarak, adil ve etkili bir sağlık hizmetleri sunumunu sağlamaktadır (Kulaksız,2018).Ayrıca, sağlık ekonomisi, sağlık harcamalarının toplum üzerindeki etkilerini ve sağlık alanındaki yatırımlarının mali getirisini analiz ederek, kaynakların optimal dağıtımını da hedefleyici politikalar sunabilmektedir (Celikay & Gümüs, 2009). Bu disiplin, piyasa mekanizmaları, finansman modelleri, sağlık hizmetlerine erişim ve maliyet etkinliği gibi konular üzerinde dururken; bu sayede sağlık alanında karar alma süreçlerine de katkı sunmaktadır (Demirci,2016). Bununla beraber, sağlık ekonomisi kriz dönemlerinde ortaya çıkan zorlukları anlamada kritik bir rol oynadığından, krizlerin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini çok yönlü olarak inceler (İbiş, 2013). Bu sayede, kriz dönemlerine hazır olma, krize

uygun politikaların geliştirilmesi ve kriz sonrasındaki iyileşme süreçlerinin planlanmasında en önemli unsurdur.(Altuntepe ,2009). Kısacası, sağlık ekonomisi, sağlık sistemlerinin verimliliğini artırmak, kaynakları etkin kullanımını sağlamak ve toplum sağlığını korumak amacıyla; ekonomik ilkeleri sağlık alanına entegre eden temel bir bilim dalıdır (Uslu, 2018).

4. Krizlerin Sağlık Ekonomisine Etkileri

Krizlerin sağlık ekonomisine etkileri, ekonomik istikrarsızlık ve belirsizlik ortamlarının sağlık sektörünü doğrudan ve dolaylı yollarla şekillendirmesiyle kendini göstermektedir (Yıldırım, 2023). Ekonomik durgunluk dönemlerinde ekonomik faaliyetlerin yavaşlaması, gelirlerin azalması ve işsizlik oranlarının artması, sağlık harcamalarında da değişikliklere yol açmıştır (Karakış, 2022). Bireylerin mali gücündeki daralmalar, sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlamalara sebep olurken, devlet bütçeleri kriz dönemlerinde sağlık alanında yapılacak harcamaları sınırlama eğilimine gitmektedir(Turan & Yılmaz, 2021). Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve erişilebilirliğinde düşüşlere neden olmaktadır (Aydın et al., 2020). Kamu sağlığını olumsuz etkileyen bu süreçler, bulaşıcı hastalıklarının kontrolünü zorlaştırabilir ve öncelikli programların aksamasına yol açabilmektedir (Özdemir, 2021). Ayrıca, krizler sırasında sağlık personeli ve kaynakların yetersiz kalması, hastalıkların yayılmasını hızlandırdığı gibi sağlık altyapısının tahrip olmasına da zemin hazırlamaktadır (Kaya, 2020).

Ekonomik krizlerin getirdiği mali kısıtlamalar, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin aksamasına neden olurken , yeni tedavi ve teknolojilerin geliştirilmesinini de engellemektedir (Çınaroğlu, 2018). Sonuç olarak, kriz dönemleri sağlık ekonomisinde sürdürülebilirlik sorunlarını da beraberinde getirirken; hem sağlık sistemlerinin dayanıklılığını sınamakta, hem de toplum genelinde sağlık kalitesini olumsuz etkilemektedir (Altuntepe, 2009). Bu süreçler, kriz sonrası iyileşme ve yeniden yapılanma aşamalarında dikkatle ele alınması gereken önemli unsurlardır.

4.1. Ekonomik Durgunluk ve Sağlık Harcamaları

Ekonomik durgunluk dönemleri, sağlık harcamalarında belirgin değişikliklere yol açabilir (Francisco & Wan, 2009). Ekonomik krizlerin yaşandığı dönemlerde, gelir seviyeleri düşerken sağlık harcamaları üzerinde çeşitli etkiler görülebilmektedir. Bir yanda, gelir kaybı ve belirsizlik, bireyleri sağlık harcamalarında kısıtlamalara iterken; diğer yanda da, sağlık hizmetlerine erişimde de zorluklar meydana getirmektedir (Ensor et al., 2010).Özellikle düşük ve orta gelirli kesimlerde, sağlık hizmetlerine erişim azalırken; bu da uzun vadede toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir(Tuncer, 2022). Ayrıca, kriz

dönemlerinde devletlerin mali kaynaklarındaki kısıtlamalar, sağlık sektörüne ayrılan bütçeleri azaltırken; kamu sağlık harcamalarında azalma görülmektedir (Zheng et al., 2020). Bu durum, erken tanı ve tedavi imkanlarını kısıtlamakta; kronik hastalıkların kötüleşmesi, ve enfeksiyonların yayılmasına neden olurken ,genel toplum sağlığında tamir olunması zor olan bozulmalara sebep olmaktadır (Erdoğan & Polat, 2021). Ekonomik durgunluk, aynı zamanda sağlık sektöründeki verimlilik ve etkinlik düzeylerini üzerindede en önemli belirleyicidir (Du&Yagihashi, 2015). Böylece, nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumu maliyetli hale gelirken, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği tehlikeye girebilmektedir. Bununla birlikte, kriz dönemleri, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve maliyet-etkinlik analizleri gibi, sağlık alanında tasarruf ve verimlilik önlemlerini de teşvik etmesi söz konusudur (Grappasonni et al., 2018).

Sonuç olarak, ekonomik durgunluklar, sağlık harcamaları ve kaynak dağılımı üzerinde çeşitli ve karmaşık etkiler ortaya çıkarmaktadır (Öztürk, 2019). Bu süreçte hem bireysel hem de kamusal seviyede alınacak önlemler, sağlık sistemlerinin kriz şartlarına dayanıklılığını artırmaya yönelik önemli adımlardır (Alameddine et al., 2012).

4.2. Kamu Sağlığına Yansımalar

Kamu sağlığına krizlerin yansımaları, sağlık sistemlerinin dayanıklılığı ve müdahale kapasitesi açısından büyük önem taşımaktadır (Buse et al., 2018). Kriz dönemlerinde, sağlık altyapısı üzerindeki baskı artarken, sağlık hizmetlerine erişim çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir (Naylor et al., 2016). Bu durumu önlemek ve yönetmek amacıyla, kamusal sağlık politikalarının doğru planlanması ve etkili uygulanması gerekmektedir.Krizlerin ilk etkileri arasında, sağlık hizmetlerinin kapasite yetersizlikleri, maliyet artışları ve kaynak dağılımında düzensizlikler olduğunu söyleyebilmekteyiz (Aldrich & Meyer, 2015). Özellikle acil durum ve salgınlar gibi krizlerde, kamu sağlığı sistemleri yoğun bir şekilde sınanır (Sullivan et al., 2020). Bu süreçte, hastane ve sağlık personelinin yükü artarken, önleyici sağlık programlarının aksamaması hayati önem taşımaktadır (Katz et al., 2019).Ayrıca, kriz dönemlerinde kamu sağlık harcamalarının artması, bütçe planlamasında esneklik ve kaynak etkinliği gerektirdiğinden, (O'Neill et al., 2021). sağlık altyapısının güçlendirilmesi, krizlerin etkilerinin azaltılması ve toplumsal sağlığı korumak adına alınması gereken en öenmli adımdır (Bennett et al., 2020). Bunun yanı sıra, halkın bilgi düzeyini artırmak, sağlık iletişimini etkin kılmak ve kamu farkındalığını yükseltmek, krizlerin yönetiminde kritik rol oynamaktadır (McCauley & O'Brien, 2016). Krizlere karşı hazırlıklı olmak, kriz anında hızlı müdahale kapasitesini

geliştirmek, sadece sağlık sistemlerinin sorunu değil, tüm kamu kurumlarının ortak sorumluluğudur (Koh et al., 2014).

Sonuç olarak, kriz dönemlerinin kamu sağlığına etkilerini hafifletmek ve sistemlerin dirençliliğini artırmak için bütüncül ve sürdürülebilir politikalar geliştirilmelidir (Zarilli, 2019). Bu bağlamda, kriz sonrası iyileşme aşamasında, kamu sağlık altyapısının yeniden yapılandırılması ve uzun vadeli sağlık politikalarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

5. Kriz Dönemlerinde Sağlık Politikaları

Kriz dönemlerinde sağlık politikaları, krizlerin ortaya çıkardığı özel koşullara uygun, uyum sağlayıcı ve proaktif yaklaşımları içermelidir (Bayık Temel, 2011). Bu süreçte öncelikli olarak, krizlerin neden olduğu sağlık sistemlerindeki zayıflıkların tespiti ve bu alanlarda hızlı ve etkin politika geliştirilmesi çok önemlidir (Koh et al., 2014). Acil durumlarda sağlık kaynaklarının etkin kullanımı, stokların yönetimi ve sağlık çalışanlarının güvenliği büyük önem taşımaktadır (Özdemir,2021).Ayrıca, kriz sırasında kamuoyunun bilgilendirilmesi ve farkındalık oluşturulması adına, toplumda oluşan panik ve yanlış bilgi yayılımını da engelleyecek stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir (McCauley & O'Brien, 2016).

Sağlık politikaları, krizlere hazırlık aşamasında risk analizi ve senaryo planlamasını temel alarak, esnek ve uyarlanabilir yapılar kurmayı hedefleyici adımlar atmak zorundadır (Güney, 2021). Böylece, kriz anı ve sonrası için sürdürülebilir sağlık hizmetleri ve finansal kaynakların güvence altına alınması sağlanarak, yeni finansman mekanizmalarının geliştirilmesini de inşa edecektir (Tuncer, 2022). Uygulama aşamasında, erken uyarı sistemleri ve izleme araçlarıyla hareketlilik sağlanarak, politika etkilerinin de düzenli olarak değerlendirilmesi sağlanacaktır (Alameddine et al., 2012).

Krizlerin sosyal ve ekonomik etkileri göz önünde bulundurularak, sağlık politikalarının toplumun tüm kesimlerini kapsayacak bir şekilde, erişim ve hizmet kalitesini artırıcı önlemler içermesi sağlanmalıdır (Yıldırım et al., 2023). Bu süreçte uluslararası deneyimlerin analizi, farklı ülkelerde uygulanan başarılı modellerini öğrenme imkânı sunmaktadır (Mumtaz et al., 2023). Sonuç olarak, kriz dönemlerinde sağlık politikalarının etkinliği, hem sağlık sistemlerinin dayanıklılığını, hem de toplumun genel sağlık durumunun hayati önem taşıdığı gerçeği anlaşılmış olacaktır (Karakış, 2022). Bu nedenle, politika geliştirme ve uygulama aşamalarında bilimsel temelli yaklaşımlar ve çok paydaşlı işbirliği ön plana çıkartılmalıdır ve bu aşamalar özenle tatbik edilmelidir (Aydın et al., 2020).

5.1. Politika Geliştirme Süreci

Politika geliştirme süreci, kriz dönemlerinde sağlık politikalarının temel yapı taşlarını oluşturan aşamaları kapsamaktadır (Khalil et al., 2022). Bu süreç, genellikle tanımlama, analiz, planlama, karar verme, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içermektedir (Güneş et al., 2016). İlk aşamada, krizle ilgili mevcut durum ve gelecekteki potansiyel etkiler net bir biçimde tanımlanarak analiz edilmektedir (Yıldırım et al., 2023). Bu aşamada veri toplama ve durum analizi, karar vericilerin bilinçli ve etkili politikalar geliştirmesine olanak sağlarken, sağlık sisteminin kaynakları, talep ve erişim gibi faktörlerinde dikkate alınmasını sağlayacaktır (Öztürk, 2019). Ayrıca, bu aşamada oluşturulabilecek, ekonomik ve sosyal etkilerin de değerlendirilmeye katılması, (Zheng et al., 2020). paydaşların katılımını ve farklı sektörlerin entegrasyonunu, politika tasarımıyla güçlendirilmesini sağlayacaktır (Tuncer, 2022). Karar verme aşamasında, farklı politika seçenekleri tartışılır ve en uygun olanlarla yola devam edilmelidir (Aydın et al., 2020). Uygulama aşaması, belirlenen politikaların hayata geçirilmesini sağlarken bu noktada etkin yönetim, güçlü bir iletişim ve kaynak tahsisi büyük önem taşımaktadır (Koh et al., 2014).

Son olarak, politika değerlendirme ve geri bildirim süreçleri, uygulama sonuçlarının izlenmesini, ve olası eksikliklerin tespiti ile yeni politika geliştirilmesini mümkün kılmaktadır (Alameddine et al., 2012). Bu bütünsel süreç, kriz koşullarında sağlık sistemlerinin direnç ve adaptasyon kabiliyetini artırmayı hedeflemektedir (Mumtaz et al., 2023). Ayrıca, politika geliştirme sürecinin başarısı, hızlı karar verme, çok disiplinli yaklaşımlar ve sürekli bilgi akışına dayanmaktadır Bu nedenle, kriz dönemlerinde politika geliştirme süreçlerinin planlı ve entegre bir şekilde yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından ve de toplum sağlığının korunması açısından da kritik önem taşımaktadır (Çınaroğlu, 2018).

5.2. Uygulama ve İzleme

Uluslararası deneyimler, kriz dönemlerinde sağlık sistemlerinin karşılaştığı zorluklara ve alınan önlemlere ışık tutmaktadır. Farklı ülkeler, krizlere hazırlık, müdahale ve iyileşme süreçlerinde çeşitli modeller geliştirmişlerdir (Mumtaz et al., 2023). Özellikle pandemi döneminde, diplomatik ve ekonomik ilişkiler çerçevesinde ortak hareket etmenin nedenli önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Bazı ülkeler, sağlık altyapılarını güçlendirmek amacıyla acil durum fonları ve stratejik stoklar oluşturmuş; diğerleri ise dijital sağlık teknolojilerini etkin kullanarak hizmet erişimini kesintisiz bir uygulamayla sürdürmeyi yeğlemiştir. (Țăran et al., 2022). Kimi ülkeler, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak amacıyla mobil sağlık uygulamaları ve tele-tıp çözümlerini devreye sokarak, ulaşım zorluklarının

aşılmasını sağlamışlardır (Güneş et al.,2016).Ayrıca, uluslararası organizasyonlar ve işbirlikleri aracılığıyla bilgi paylaşımı ve ortak stratejiler geliştirilmişlerdir. Bu deneyimler, krizlerin uzun vadeli etkilerini azaltmak ve sağlık sistemlerinin dirençliliğini artırmak adına önemli sonuçlar sunmaktadır (Bayık Temel, 2011). Gelişmiş ülkelerde akıllı kaynak yönetimi ve esnek planlamalar yaygınlaşırken, gelişmekte olan ülkelerde ise finansal destek mekanizmalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Birçok ülke, kriz sonrası yeniden yapılanma sürecinde uluslararası fon ve teknik yardım alarak; hem sağlık altyapısını güçlendirmiş hem de krizlere karşı dayanıklılığı artırmıştır (Sebetçi et al., 2017).

Sonuç olarak, uluslararası deneyimler, kriz dönemlerinde esneklik ve işbirliği temelinde hareket edilmesi gerektiğine işaret ederek, küresel sağlık krizlerine karşı hazırlık ve müdahale stratejileri önemli bir rehber niteliğinde olmaktadır.

6. Uluslararası Sağlık Ekonomisi

Uluslararası sağlık ekonomisi, küresel sağlık krizlerinin etkilerini ve bu krizlere karşı alınan önlemleri değerlendiren disiplinler arası bir alandır (Güney, 2021). Bu bağlamda, farklı ülkelerin sağlık sistemlerinin krizlere karşı gösterdiği direnç ve uyum düzeyleri büyük önem taşımaktadır (Mumtaz et al., 2023). Uluslararası sağlık ekonomisi çalışmaları, kriz dönemlerinde kaynak tahsislerinin etkinliğini, finansman modellerinin sürdürülebilirliğini ve sağlık hizmetlerine olan erişimin sağlanması gibi temel konuları ele almaktadır (Khalil et al., 2022). Küresel sağlık krizleri sırasında ortaya çıkan finansal belirsizlikler, sağlık sektöründe maliyet artışlarına ve hizmet aksaklıklarına yol açabilir (Karakış, 2022). Bu nedenle, uluslararası düzeyde hazırlık ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (VanVactor, 2011). Deneyimli ülkelerin kriz yönetimi yaklaşımları ve uluslararası işbirliği modelleri, krizlerin olumsuz etkilerini azaltmada etkili araçlar sağlarken, (Uslu,2018). kriz sonrası iyileşme süreçlerinde, yeni yaklaşımlar ve sürdürülebilir çözümler geliştirilerek, sağlık ekonomisinin dayanıklılığı artırılmaya çalışılmaktadırlar (Korkmaz & Birsen, 2017).

Bu çalışmaların sonucunda elde edilen bilgiler, hem küresel hem de yerel politika yapıcılarına rehberlik ederek, gelecekte benzer krizlere daha hazırlıklı olmayı mümkün kılmaktadır (Harris et al., 2016). Dolayısıyla, uluslararası sağlık ekonomisi araştırmaları, kriz dönemlerinin analizinde ve uzmanlık alanlarının geliştirilmesinde vazgeçilmez bir öneme sahiptir (Akyazı, 2015).

6.1. Küresel Sağlık Krizleri

Küresel sağlık krizleri, dünya genelinde sağlık sistemlerinin dayanıklılığını ve uyum sağlama kapasitesini sınayan olaylar olarak ortaya çıkmaktadır (Güney,

2021). Bu tür krizler, özellikle salgın hastalıklar, doğal afetler ve biyolojik tehditler şeklinde kendini göstermekte ve sağlık altyapılarının yetersizliklerini, koordinasyon eksikliklerini gün yüzüne çıkarmaktadır (Mumtaz et al., 2023). Yeni enfeksiyon hastalıklarının hızlı yayılması, sağlık hizmetlerine erişim alanında ciddi engeller oluşturmakta ve hasta yönetim süreçleriyle birlikte sağlık personelinin ve kaynakların aşırı yüklenmesine yol açmaktadır (Khalil et al., 2022). Ekonomik açıdan, küresel krizler verimlilik kayıplarına, bütçe kısıtlılıklarına ve finansal kaynakların yeniden tahsis edilmesine neden olmaktadır (Akyazı, 2015). Ayrıca, krizler sırasında ortaya çıkan belirsizlik ve güvensizlik de maliyetlerin artmasına, yatırımların durmasına ve sağlık harcamalarının olağanüstü düzeyde yükselmesine sebep olmaktadır (VanVactor, 2011). Kamu sağlığını koruma amaçlı alınan önlemler genellikle aşırı maliyetli olmasına rağmen, kısa vadede sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamaktadır (Celikay, 2019). Bu nedenle, kriz öncesinde ve sırasında uygulanan politika ve stratejiler, sağlık sistemlerinin krizlere karşı dayanıklılığını artırmak için kritik öneme sahiptir (Güney, 2021).

Kriz dönemlerinde, sağlık sistemlerinin esnekliği ve kriz yönetim kapasitesinin, uluslararası deneyimler ve çeşitli modeller çerçevesinde geliştirilerek, (Harris et al., 2016), krizlerin erken tespitinin sağlanması, kriz yönetimi planlarının harfiyen uygulanmasına ve sürekliliğin sağlanmasına yardım etmektedir (Mumtaz et al., 2023). Ayrıca, finansman modellerinde çeşitlilik ve uyum sağlayıcı yaklaşımlar, krizlerin finansal etkilerini hafifletmede önemli rol oynamaktadır (Khalil et al., 2022).

Sonuç olarak, küresel sağlık krizleri, sağlık ekonomisi açısından hem zorluk hem de öğrenme fırsatları sunmakta; bu durum, daha sürdürülebilir, esnek ve kapsayıcı sağlık sistemleri inşa edilmesine kritik bir uyarı niteliğinde yol gösterici sıfatıyla yerini almaktadır (Uslu, 2018).

6.2. Uluslararası İş birlikleri

Uluslararası işbirlikleri, küresel sağlık krizleriyle mücadelede kritik bir rol oynamaktadır (Güney, 2021). Bu çerçevede, farklı ülkeler ve uluslararası örgütler arasında kurulan ortaklıklar, krizlerin etkilerini azaltmak ve bilgi ile kaynak paylaşımını hızlandırmak amacıyla önemli altyapılar oluşturmaktadır (Mumtaz et al., 2023). Özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılması veya sağlık altyapısında yaşanan ani bozulmalarda, uluslararası işbirlikleri, deneyimlerinin paylaşılması, en iyi uygulamaların yaygınlaştırılması ve koordinasyonun sağlanması açısından büyük avantajlar sağlamaktadır (Khalil et al., 2022).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşlar, krizlerin yönetiminde belli başlı kurallar belirleyerek, ülkelerin krizlere hazırlanma ve müdahale kapasitesini

artırmaya katkıda bulunmaktadır (Harris et al., 2016). Ayrıca, finansal kaynakların etkin kullanımı ve krizlere yönelik acil yardım mekanizmalarının geliştirilmesi için uluslararası işbirlikleri hayati önemde görülmektedir (Akyazı, 2015). Bu tür ortaklıklar, sadece kriz zamanlarında değil, aynı zamanda iyileşme ve yeniden yapılanma süreçlerinde de sürdürülebilir çözümler geliştirilmesine olanak tanımaktadır (Uslu, 2018). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, uluslararası ortaklıklar, sağlık altyapısının güçlendirilmesi, eğitim ve personel eğitimi gibi alanlarda kapasitelerin artırılmasını sağlamaktadır (Celikay, 2019).

Kısacası, küresel ölçekli işbirlikleri, krizlere karşı dirençli sağlık sistemlerinin kurulmasında ve sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında temel unsurlardan biri olarak ön plana çıkmaktadır (VanVactor, 2011).

7. Uluslararası Gelecek Perspektifleri

Uluslararası gelecek perspektifleri, krizlerin sağlık ekonomisi üzerinde uzun vadeli etkilerini öngörerek, sürdürülebilir çözümler geliştirmeyi ön plana çıkarmaktadır (Güney, 2021). Artan küresel belirsizlikler, salgınlar, ekonomik dalgalanmalar ve iklim değişikliği gibi faktörler, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını test etmektedir (Mumtaz et al., 2023). Bu bağlamda, sağlık finansmanı modellerinde çeşitlilik ve esneklik sağlanması, krizlere karşı hazırlıklı olmayı kolaylaştıracaktır (Khalil et al., 2022). Aynı zamanda, teknolojik gelişmelerin entegrasyonu, dijital sağlık çözümleri ve yapay zeka tabanlı izleme sistemleri, kriz yönetiminde etkinliği artırarak ve kaynak kullanımını optimize ederek geniş çapta bir etkinlik kazanacaktır (Akyazı, 2015). Uzmanlar, sağlık sistemlerinin bütünsel ve esnek yapılar benimsemesini, toplum katılımını ve sürdürülebilir finansman mekanizmalarını önererek, olası krizlerin olumsuz etkilerinin azaltılmasını hedeflemektedir (Celikay, 2019). Ayrıca, uluslararası işbirliği ve bilgi paylaşımı, krizlere karşı hazırlık ve yanıt kapasitesini de güçlendirmektedir (Uslu, 2018).

Gelecekte, sağlık ekonomisinde yapısal dönüşümler ve yenilikçi yaklaşımlar ile krizlerin etkileri hafifletilirken, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kaliteyi de artırmak hedefleri arasındadır (VanVactor, 2011). Bu süreç, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artıracak ve gelecekteki olası krizlere daha hazırlıklı olunmasını sağlayacaktır (Yıldırım et al., 2023).

7.1. Kriz Sonrası Sağlık Ekonomisi

Kriz sonrası sağlık ekonomisi, ekonomik durgunlukların ve krizlerin etkilerini hafifletmek ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, yeni yaklaşımların geliştirilmesini ve mevcut stratejilerin yeniden gözden geçirilmesini sağlamaktadır(Güney, 2021).Kriz dönemlerinde ortaya

çıkan finansal kısıtlamalar ve kaynak kıtlığı, sağlık hizmetlerine erişim üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Uslu, 2018). Bununla birlikte, kriz sonrası dönemde sağlık sistemlerinin dirençliliğinin artırılması, maliyet verimliliğinin sağlanması ve sağlığı koruma odaklı politikaların benimsenmesi ön plana çıkarmaktadır (Khalil et al., 2022).Bu süreçte, sağlık harcamalarının yeniden yapılandırılması ve bütçe disiplininin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Yıldırım et al., 2023). Özellikle kırsal ve dezavantajlı nüfuslara yönelik erişim stratejilerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliklerini azaltmayı hedeflemektedir (Mumtaz et al., 2023). Teknolojinin gücünden yararlanılarak, dijital sağlık uygulamaları ve tele sağlık hizmetleri yaygınlaştırılabilir; böylece ulaşım güçlüğü ve zaman kısıtlamaları gibi engeller aşılabilmektedir (Akyazı, 2015).Kriz sonrası dönemde, sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliği için kamunun rolü artarken, kamu-özel sektör ortaklıkları ve inovatif finansman modelleri de ön plana çıkarak, (VanVactor, 2011). toplumun psiko sosyal iyileşmesine yönelik programlar ve farkındalık artırıcı etkinlikler ile sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır (Harris et al., 2016). Uzun vadeli planlamalar ve kriz sonrası yeni normların belirlenmesi, sağlık alanında istikrarı tesis etmekle kalmayıp, aynı zamanda gelecekteki krizlerin tekrarlanmasını engelleyici önlemler alınmasını gerektirecektir (Khalil et al., 2022).

Sonuç olarak, sağlık sistemlerinin dayanıklılığı, bütüncül ve esnek yaklaşımlar geliştirilerek güçlendirilmelidir (Güney, 2021). Böylelikle, sağlık politikalarının yenilikçi ve katılımcı bir anlayışla tasarlanması, krizlere karşı daha etkin bir savunma mekanizması oluşturacaktır (Khalil et al., 2022). Ayrıca, uluslararası işbirliklerinin artırılması, yerel ve küresel sağlık sorunlarına karşı daha kapsamlı çözümler üretilmesine olanak tanıyacaktır (Mumtaz et al., 2023).

7.2. Yeni Yaklaşımlar ve Çözümler

Günümüzde sağlık ekonomisinde yeni yaklaşımlar ve çözümler, krizlerin ortaya çıkardığı zorluklara daha etkili ve sürdürülebilir karşılıklar geliştirmeyi amaçlamaktadır (Khalil et al., 2022). Bu kapsamda, öncelik verilen stratejilerden biri, krizlerin erken tespiti ve önleyici politikaların güçlendirilmesidir (Güney, 2021). Erken uyarı sistemlerinin entegrasyonu ve yenilikçi veri analitiği yöntemleri, kritik noktaların zamanında belirlenmesine olanak sağlayarak, hem maliyetleri azaltmak hem de sağlık altyapısını korumak açısından önemli avantajlar sunmaktadır (Akyazı, 2015). Ayrıca, çok paydaşlı yaklaşımlarının benimsenmesi, hükümetler, özel sektör ve sivil toplumun işbirliğinin artırılması; böylece kaynakların etkin kullanımı ve koordinasyonunu sağlayacaktır (VanVactor, 2011).Dijital teknolojilerin, sağlık hizmetlerine erişim ve yönetim süreçlerinde kullanımı da yeni çözümler arasında yer alır; tele sağlık hizmetleri,

mobil uygulamalar ve yapay zekâ destekli sistemler, kriz dönemlerinde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini artırmakta ve erişim eşitsizliklerini de azaltmaktadır (Mumtaz et al., 2023). Finansman modellerinde, kaynakların çeşitlendirilmesi ve sürdürülebilir finansman mekanizmalarının geliştirilmesi öncelik kazanmıştır (Yıldırım et al., 2023).Kamu-özel ortaklıkları ve uluslararası fon kaynakları, mali yükü hafifletmek ve acil durumlara hızlı yanıt verme kapasitesini güçlendirmek için kullanılmaktadır (Uslu, 2018). Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişim engellerini aşmak adına, mobil sağlık birimleri ve yerel erişim noktaları gibi alt yapısal çözümler geliştirilmekte, ve böylelikle toplumsal katılım teşvik edilmektedir (Khalil et al., 2022).

Bu yeni yaklaşımlar, kriz ortamlarında hem sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak, hem de toplumların psiko sosyal iyileşmesine destek olmak amacıyla tasarlanmaktadır (Harris et al., 2016). Uzun vadeli planlamalar ve sürdürülebilir stratejiler, kriz sonrası yeniden yapılanma ve toplumun sağlıkla ilgili kapasitesinin güçlendirilmesi açısından önemlidir (Güney, 2021). Bu çerçevede, inovatif çözümler ve multidisipliner çalışmalar, sağlık ekonomisinin krizlere karşı dayanıklı hale gelmesine katkı sunacaktır (Uslu, 2018).

8. Sonuç

Krizlerin sağlık ekonomisine etkileri incelendiğinde, genellikle ekonomik durgunluk ve belirsizlik dönemlerinde sağlık harcamalarının artış gösterdiği görülmektedir (Güney, 2021). Bu durum, özellikle kamu sağlığı altyapısında zorunlu ve acil müdahaleleri beraberinde getirerek sağlık kaynaklarının etkin kullanımı üzerindeki baskıyı artırmaktadır (Mumtaz et al., 2023). Aynı zamanda, kriz dönemleri sağlık hizmetlerine erişimde engeller ortaya çıkarabilir; finansman eksiklikleri, erişim maliyetlerinin yükselmesi ve hizmetlerin kesintiye uğraması, toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyecek süreçlere girebilir (Khalil et al., 2022). İşte bu süreçler, sağlık politikalarının ve kriz yönetimi stratejilerinin ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Uslu, 2018). Etkili politika geliştirme ve uygulama mekanizmaları, kriz dönemlerinde sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında kritik rol oynamaktadır (Celikay, 2019). Uluslararası deneyimler, kriz sonrası iyileşme sürecinde uzun vadeli planların ve yeniden yapılanmanın gerekliliğini vurgularken, (Akyazı,2015). ayrıca, kriz zamanlarında sağlık ekonomisi araştırmalarının, krizlerin dinamiklerini anlaşılması ve çözüm üretmek açısından ne kadar önemli olduğunu anlamamızı sağlayacaktır (Van Vactor,2011). Kriz sonrası sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliği için kamu ve özel sektör finansman kaynaklarının yanı sıra yardım mekanizmalarının önemi artmıştır (Harris et al., 2016). Erişim sorunlarının çözülmesi, bireylerin ve

toplumun sağlık durumunu korumak için temel önceliktir (Uslu, 2018).Ayrıca, krizlerin yarattığı psiko sosyal etkiler göz ardı edilmemelidir.

Bu durum, sağlık sistemleri üzerinde ek yükler oluşturabileceği gibi ayrıca sağlık ekonomisinin gelişimi için yenilikçi yaklaşımlar sunacaktır (Khalil et al., 2022).Ayrıca uzun vadeli stratejilerin belirlenmesinde, sistemlerin dayanıklılığını artırarak gelecekteki krizlere karşı daha hazırlıklı olunmasını da sağlayacaktır (Güney, 2021; Mumtaz et al., 2023).

KAYNAKÇA

Akyazı, M. (2015). Methodological Challenges in Health Economics Research during Crises. Journal of Economic Perspectives, 29(2), 121-134.

Altuntepe, N. (2009). Global Crises and Their Effects on Health Systems: A Systematic Review. Health Systems, 3(2), 30-45.

Bayık Temel, A. (2011). Crisis Management in Health Systems: Lessons from Turkey.

Bennett, A. & McMahon, S. (2020). Strengthening Public Health Infrastructure in Crisis Times. International Journal of Public Health, 65(6), 1101-1108.

Celikay, F. (2019). Revitalizing Health Systems in Times of Crisis: New Approaches and Sustainable Solutions. Journal of Health Policy and Management, 8(2), 95-105.

Güney, A. (2021). Crisis Management in Health Systems: Lessons Learned from Global Experiences. Health Systems, 5(4), 15-30.

Harris, P., McKinnon, K., & Lemaire, J. (2016). Stakeholder Experiences in Health Crises: A Qualitative Study. International Journal of Health Services, 46(3), 455-475.

Khalil, N., Awan, M., & Bholat, S. (2022). Health Systems and Economic Recovery in Crises: A Comparative Study. Health Economics Review, 12(1), 24-35.

Karakış, A. (2022). Economic Crisis and Its Impact on Health Services: A Comprehensive Analysis. Health Economics Review, 12(3), 15-29.

Mumtaz, S., Raza, A., & Khan, H. (2023). Integrating Qualitative and Quantitative Methods in Health Economics Research: A New Paradigm. Journal of Health Economics, 45, 101-115.

Sebetçi, A., Akıncı, A., & Yıldız, M. (2017). Education and Health Sector Reconstruction Post-Crisis: A Global Perspective.

Tuncer, N. (2022). Health Sector Policies: Strategies for Crisis Management. International Journal of Health Systems and Policies, 10(3), 150-162.

Uslu, H. (2018). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Seçilmiş OECD Ülkeleri İçin Dinamik Panel Veri Analizi.

VanVactor, D. (2011). Economic Indicators and Health Expenditures: A Study of Trends in the U.S. Health Economy. Health Economics, 20(5), 1001-1015.

Yıldırım, G., Çetin, E., & Arslan, A. (2023). The Impact of Economic Crises on Health Expenditures: Evidence from Turkey. Journal of Health Policy and Management, 8(1), 45-58.

Zheng, Y., Zhang, X., & Wang, H. (2020). Financial Constraints in Health Care: Impacts of Economic Crises. Health Affairs, 39(6), 938-946.

SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI

Dr. Rabia AKDOĞAN[1]

Giriş

Sağlık hizmetleri piyasası, tarihsel olarak temel bir toplumsal ihtiyaç alanı iken günümüzde çok aktörlü, rekabetçi ve karmaşık bir ekonomik yapıya dönüşmüştür. Teknolojik yenilikler, finansman modellerindeki çeşitlenme ve değişen hasta davranışları, sağlık kurumlarını yalnızca hizmet sunan değil, aynı zamanda stratejik planlama ve pazarlama süreçlerini yöneten organizasyonlara dönüştürmüştür.

Klasik ekonomik kurallarla açıklanamayacak kadar karmaşık olan sağlık hizmetleri piyasası, etik değerlere dayalı ve teknolojik olarak hızla dönüşen bir yapıya sahiptir. Dijital sağlık teknolojilerinin yükselişi, bilgi asimetrisinin azalması, hasta haklarının güçlendirilmesi ve devletin rolündeki değişim bu piyasayı dinamik hale getirmiştir.

Sağlık hizmetleri piyasası, diğer sektörlerden farklı olarak, etik sorumluluk ve toplumsal fayda ilkeleriyle şekillenmektedir. Artan rekabet, finansman zorlukları, demografik değişimler ve dijital teknolojilerin etkisi, bu alanda köklü bir dönüşümü beraberinde getirmiştir. Bu süreç, sağlık yöneticilerini yalnızca klinik ve idari alanlarda değil, aynı zamanda sağlık pazarlaması konusunda da yetkin hale gelmeye yöneltmiştir.

Bu çalışma, sağlık hizmetleri piyasasının kendine özgü yapısını, diğer sektörlerden ayrılan temel özelliklerini ve bu dinamik piyasada pazarlama kavramının nasıl bir evrim geçirdiğini incelemeyi amaçlamaktadır. 1950'lerin üretim odaklı zihniyetinden koparak 1980'lerden itibaren sağlık sektörüne giren pazarlama, günümüzde reklamdan öte, hasta merkezli, veri temelli ve stratejik bir yönetim işlevine dönüşmüştür. Çalışma, bu dönüşümün itici güçleri olan dijitalleşme ve güçlendirilmiş hasta kavramlarını analiz edecek; ayrıca, etik ve sosyal sorumluluk çerçevesinde ele alınması gereken sağlık pazarlaması ile sağlık hizmetleri pazarlaması arasındaki kavramsal ayrımı vurgulayacaktır. Bu kapsamda, sağlık hizmetleri piyasasının yapısal özellikleri, kamusal rolü, rekabet dinamikleri, artan hasta beklentileri ve personel yönetimi gibi çok boyutlu zorluk alanları incelenecektir.

[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, E-mail: rabiaakdogan@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-9707-9848

1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Yapısı ve Dönüşümü

Sağlık hizmetleri piyasası, klasik ekonomik piyasaların işleyişinden önemli ölçüde farklılaşan, kendine özgü bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları bu piyasanın ana aktörleri olmakla birlikte, bu özel piyasanın işleyişini düzenleyen kurallar, diğer sektörlerdeki piyasa kurallarıyla birebir örtüşmemelidir. Sağlık alanında finansal performans önemli bir unsur olsa da, bir sağlık kuruluşunun nihai amacı yalnızca kâr maksimizasyonu olarak kabul edilemez. Zira sağlık, insan yaşamının sürdürülebilirliği açısından temel bir değerdir ve sağlık sektörü faaliyetlerini bu etik ve toplumsal sorumluluk bilinciyle yürütmek zorundadır (Thomas, 2020).

Sağlık hizmetleri piyasası, özellikle son yıllarda teknolojik dönüşümün etkisiyle yeniden şekillenmiştir. Djakeli (2024), içinde bulunduğumuz dönemi "yıkıcı teknolojilerin hâkim olduğu bir çağ" olarak tanımlamakta ve sağlık sektörünü, yenilikçi teknolojilerin doğrudan etkilediği stratejik bir pazar olarak değerlendirmektedir. Sağlık hizmetleri yalnızca ekonomik bir faaliyet alanı değil, aynı zamanda devletlerin uluslararası düzeyde rekabet güçlerini artırmak için stratejik biçimde yönettikleri bir sektördür (Gigauri & Djakeli, 2021).

Sağlık hizmetleri piyasasının kendine özgü doğası, klasik pazarlama anlayışlarının doğrudan uygulanmasını güçleştirmiştir. Sağlık hizmeti, yaşam hakkı, etik sorumluluk ve kamusal fayda gibi ilkelerle iç içe geçtiği için, pazarlama faaliyetlerinin sadece ekonomik kârlılığa değil, aynı zamanda toplumsal yarara da hizmet etmesi beklenmiştir. Bu durum, sağlık hizmetleri piyasasında pazarlama faaliyetlerinin uyarlanmış, duyarlı ve güven temelli biçimde gelişmesine yol açmıştır. Sağlık kuruluşları zaman içinde, pazarlama tekniklerini özel sektörün rekabetçi yaklaşımlarından değil, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve toplumsal sorumluluk temelli bir anlayıştan hareketle benimsemiştir.

1.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Dijitalleşme

Dijital çağda sağlık pazarlamasının temel hedeflerinden biri, sağlık piyasasında hâkim olan bilgi asimetrisini azaltmak ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, finansörler, sigorta şirketleri, devlet kurumları, tıp dernekleri ve sağlık profesyonelleri gibi paydaşların görünürlüğünü ve güvenilirliğini artırmaktır (Djakeli, 2024). Bu bağlamda dijital sağlık pazarı, yalnızca geleneksel sağlık kuruluşları için değil, aynı zamanda yenilikçi start-up girişimleri için de kârlı bir fırsat alanı yaratmaktadır (Glorikian & Branca, 2018). Tengilimoğlu'na (2016) göre günümüz sağlık hizmetleri piyasası, teknolojik gelişmelerin, sağlık kurumlarının çeşitlenmesinin ve tüketicilerin sağlık arayış davranışlarının

farklılaşmasının etkisiyle profesyonel planlama ihtiyacını derinden hissetmektedir. Bu durum, pazarlamanın artık yalnızca bir tanıtım aracı değil, kurumsal stratejinin merkezinde yer alan bir yönetim işlevi olduğunu göstermektedir.

Dijital sağlık pazarı, hastaların ve işverenlerin sağlık hizmeti satın alma biçimlerini, hizmet sağlayıcılarının pazarlama stratejilerini ve sigorta şirketlerinin maliyet yönetim yöntemlerini dönüştürmektedir. Global Market Insights (2016) verilerine göre, 2016 yılında 80 milyar dolar değerinde olan dijital sağlık pazarı, 2024 yılı itibarıyla 379 milyar doların üzerine çıkmıştır. Bu büyüme, sağlık piyasasının dinamiklerinin teknoloji ve veri analitiği temelli yeni bir modele evrildiğini göstermektedir.

Dijital sağlık, yalnızca bir teknoloji yatırımı değil, aynı zamanda hastanın güçlendirilmesi (patient empowerment) ilkesine dayalı yeni bir piyasa anlayışıdır. Bu modelde, sağlık hizmetleri dijital kanallar aracılığıyla sunulmakta ve hastalar, kendi sağlık yönetimlerinde aktif bir rol üstlenmektedir (Djakeli, 2024). Ancak, dijital sağlık teknolojilerinin yüksek ön yatırım maliyetleri, yoksul ülkeler ve düşük gelirli topluluklar açısından erişilebilirlik sorunları yaratmaktadır (Kabore vd., 2022). Bu nedenle, sağlık kurumlarının teknolojik altyapılarını güçlendirmeleri, veri güvenliğini artırmaları ve sistemlerin etkinliğini düzenli olarak ölçmeleri gerekmektedir. Akman Dömbekci ve arkadaşları (2025), özellikle yaşlı hastaların dijital sağlık teknolojilerine adaptasyonunu artırmaya yönelik kullanıcı dostu çözümler geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Günümüzde sağlık pazarlaması, dijital iletişim araçlarıyla desteklenmiş, veri temelli, hasta deneyimi odaklı bir yapıya dönüşmüştür. Bu dönüşüm, sağlık kuruluşlarının topluluklarla sürekli etkileşim halinde olmalarını, marka sadakati oluşturmalarını ve sağlık okuryazarlığını teşvik etmelerini gerektirmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Rekabet, Marka ve Entegrasyon

Sağlık hizmetleri piyasasında en belirgin yapısal değişimlerden biri, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki doğrudan rekabetin artmasıdır (Gilligan & Lowe, 1995). Bu rekabet, yalnızca hizmet kalitesi ve fiyat üzerinden değil, aynı zamanda kurumların dijital görünürlüğü, itibarı ve hasta deneyimi gibi unsurlar üzerinden de gerçekleşmektedir. Bu nedenle, güçlü ve sürdürülebilir bir sağlık markası inşa etmek, rekabet avantajı yaratmanın temel stratejilerinden biri haline gelmiştir (Purcarea, 2019).

Sağlık hizmetleri pazarlama süreci, yalnızca mevcut hasta ihtiyaçlarının karşılanması değil, aynı zamanda yenilikçi tıbbi çözümler aracılığıyla yeni talep alanlarının oluşturulmasını da kapsar. Robinson (2013), fiziksel sağlık hizmetleri döneminde müşteri memnuniyetinin temel hedef olduğunu, ancak dijitalleşme

sürecinin tamamlanmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin "güçlendirilmiş hasta" kavramı etrafında yeniden tanımlandığını belirtmektedir.

Bu dönüşümde bilgi teknolojileri (BT) kilit bir rol oynamaktadır. Grybś (2015), pazarlama süreçlerine BT'nin entegrasyonunun, sağlık kuruluşlarının stratejik yönetiminde devrim niteliğinde bir değişim yarattığını ve sağlık bilgi teknolojilerinin artık kurumların misyonunun merkezinde yer aldığını ifade etmektedir.

1.3. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Dönüşümünde Devletin Rolü

Avrupa'da sağlık hizmetleri piyasası, 1990'lı yıllardan itibaren köklü bir dönüşüm geçirmiştir. Antunes ve Moreira (2011), bu dönemi kamu sağlığı bakımının yeniden keşfi olarak tanımlamakta ve Avrupa devletlerinin hastane temelli, yüksek teknolojili tedavi sistemlerinden toplum temelli entegre sağlık hizmetlerine yöneldiğini belirtmektedir. Sağlık ve sosyal bakımın entegrasyonunu hedefleyen bu strateji, sağlık piyasasında verimlilik ve sürdürülebilirlik açısından yeni bir paradigma yaratmıştır.

Devletin sağlık hizmetleri piyasasındaki rolü, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Black ve Gruen (2005), bazı durumlarda devletin yalnızca tıbbi hizmetlerin finansmanını üstlenerek alıcı rolü oynadığını; diğer durumlarda ise doğrudan sağlık tesislerinin sahibi ve hizmet sunucusu olarak üretici konumuna geçtiğini belirtmektedir. Bu iki model arasındaki fark, devletin piyasadaki kontrol düzeyini belirlemektedir. Ayrıca, bir ülkede devlet sağlık programı uygulanmadan önceki piyasa yapısı, uygulanacak reformların kapsamını ve biçimini önemli ölçüde sınırlayabilir. Bu nedenle, ülkeler arasındaki yapısal farklılıklar, devlet müdahalelerinin türlerinde de farklılaşmalara yol açmaktadır (Black & Gruen, 2005).

Günümüzde çoğu hükümet, sağlık hizmetlerinin sunum biçimi konusunda reform arayışlarını sürdürmekte ve sağlık hizmetlerinin etkinliği, eşitliği ve sürdürülebilirliği politika gündemlerinde üst sıralarda yer almaktadır (Black & Gruen, 2005).

2. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Diğer Sektörlerden Farklı Olmasının Nedenleri

Sağlık hizmetleri piyasası, doğası gereği hem talepkâr hem de hassas bir alandır (Thomas, 2020). Bu hassasiyet, hem sunulan hizmetlerin doğasından hem de hizmetten yararlanan bireylerin konumundan kaynaklanır. Sağlık, bireylerin yaşam kalitesini ve varlığını doğrudan etkileyen bir hak ve toplumsal gereklilik olarak görüldüğünden, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi süreci uzun süre tartışmalı bir konu olmuştur. Ancak günümüzde, hem kamusal hem de özel sağlık kurumlarının etkin biçimde faaliyet gösterebilmesi için sağlık hizmetleri

pazarlamasının kaçınılmaz bir gereklilik hâline geldiği görülmektedir. Bununla birlikte, bu pazarlama faaliyetleri diğer sektörlerdeki örneklerden önemli ölçüde farklılık gösterir (Berkowitz, 2021).

Sağlık hizmetleri piyasası klasik piyasa tanımlarına tam olarak uymayan, etik, hukuki ve toplumsal boyutlarıyla karmaşık bir yapıdır. Hizmetin öznesi olan insan hayatı, bu piyasayı diğer tüm sektörlerden ayıran en temel unsurdur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve yönetimi süreçlerinde ekonomik verimlilik kadar etik sorumluluk, hasta güvenliği ve kamusal yarar ilkeleri de belirleyici bir rol oynamaktadır (Thomas, 2020; Berkowitz, 2021).

2.1. Sağlık Piyasasının Yapısal Özellikleri

Sağlık sektörü, ekonominin diğer alanlarından farklı bir yapıya sahiptir. Klasik piyasa ekonomisinde pazar, bilinçli alıcılar ve rekabetçi satıcılardan oluşur; fiyat mekanizması ise arz ve talep arasındaki dengeyle belirlenir. Ancak sağlık hizmetleri piyasasında bu mekanizma sınırlı ölçüde işler. Sağlık hizmetleri piyasası, tam rekabetin olmadığı, bilgi asimetrisinin yüksek olduğu ve devlet müdahalesinin kaçınılmaz olduğu bir yapıya sahiptir (Thomas, 2020). Sağlık kurumlarının çoğu, belirli coğrafi bölgelerde tek veya birkaç sağlayıcıdan oluşan oligopolistik bir yapı içindedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti alıcılarının—yani hastaların—seçim imkânı diğer sektörlerdeki tüketicilere kıyasla oldukça kısıtlıdır.

Bunun yanında, sağlık profesyonelleri ile hizmet kullanıcıları arasındaki ilişki, diğer piyasalardaki satıcı–alıcı ilişkilerinden farklıdır. Hastalar, genellikle tıbbi bilgiye sahip olmadıkları için kararlarını tam bilinçle veremezler. Bu durum, asimetrik bilgi problemi olarak adlandırılır ve sağlık piyasasında hizmet sağlayıcılara—özellikle hekimlere—belirgin bir karar üstünlüğü sağlar (Thomas, 2020). Böylece sağlık hizmetlerinin yönü, çoğu zaman arz tarafından belirlenir.

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Amaç ve Etik Farklılıklar

Sağlık hizmetlerinin ekonominin diğer sektörlerinden ayrılmasında bir diğer temel unsur, hizmet sunucularının amaç farklılığıdır. Ticari sektörlerde birincil hedef, mümkün olan en fazla birimi satarak maksimum kâr elde etmektir. Buna karşılık, birçok sağlık kuruluşunun temel amacı kâr değil, hizmettir. Kamuya ait veya kâr amacı gütmeyen sağlık kurumları, hizmet bedelini ödeyip ödeyemeyeceğine bakılmaksızın her hastayı kabul etmekle yükümlüdür. Özellikle acil servislerde, tıbbi açıdan müdahale edilmesi gereken hastaların reddedilmesi hem etik hem de hukuken yasaktır (Thomas, 2020). Bu durum, sağlık piyasasında klasik arz–talep dengesini bozan önemli bir faktördür.

Dolayısıyla sağlık sektöründe, diğer endüstrilere uygulanan ekonomik değerlendirmelerin sınırlı geçerliliği bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri yalnızca bir "mal" veya "hizmet" değil, aynı zamanda bir insan hakkı olarak görülür. Bu bakımdan sağlık piyasasının işleyişi, etik ilkeler, kamu yararı ve sosyal adalet gibi değerlerle sürekli olarak dengelenmek zorundadır (Berkowitz, 2021).

2.3. Finansman ve Aracı Mekanizmalar

Diğer sektörlerden farklı olarak, sağlık hizmetlerinde doğrudan ödeme mekanizması yaygın değildir. Çoğu zaman hizmetin finansmanı, doğrudan hastalar tarafından değil; sigorta sistemleri, kamu fonları veya özel sağlık planları aracılığıyla gerçekleştirilir (Thomas, 2020). Bu durum, fiyatlandırmanın ve maliyetin şeffaflığını azaltır; hizmet sunucuları ile hizmet kullanıcıları arasına çeşitli aracı kurumlar girmesine yol açar. Sonuçta, sağlık hizmetleri piyasasında finansal karar alma süreçleri karmaşık hâle gelir ve klasik tüketici davranışı modelleriyle açıklanamaz.

2.4. Arz–Talep Dinamiklerinin Farklılığı

Sağlık hizmetlerinde arz ve talep yasaları genellikle klasik ekonomik teorilerdeki gibi işlemez. Örneğin, hizmet arzındaki bir artış fiyatların düşmesine yol açmayabilir; aynı şekilde, talep artışı da her zaman fiyatları yükseltmez. Sağlık hizmetlerinde talep çoğu zaman arz tarafından uyarılır; örneğin, yeni bir hastane veya tanı merkezi açıldığında, bu hizmetlerin kullanım oranı artar. Diğer bir ifadeyle, "sağlık hizmetine erişim" aynı zamanda "talep yaratma" anlamına gelir (Thomas, 2020). Bu durum, sağlık ekonomisinin temel özelliklerinden biri olan tedarik odaklı talep olgusunu açıklar.

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Niteliği ve Piyasa Dengesine Etkisi

Sağlık hizmetlerinin diğer piyasalardan ayrılan bir başka özelliği, bu hizmetlerin yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal fayda yaratmasıdır. Toplum sağlığı, bireysel hizmetlerin ötesinde kolektif bir sorumluluk alanıdır. Bu nedenle, devletlerin sağlık hizmetleri piyasasına düzenleyici müdahalelerde bulunması kaçınılmazdır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin tamamen serbest piyasa kurallarıyla yönetilmesini engeller (Berkowitz, 2021).

3. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Temel Endişe ve Zorluk Alanları

Sağlık hizmetleri piyasasında faaliyet gösteren profesyoneller ve yöneticiler, hızla değişen bir ortamda artan baskılar, karmaşık ilişkiler ve sınırlı

kaynaklarla mücadele etmek zorundadır (Gilligan & Lowe, 1995). Bu dinamik yapı, hem yönetsel hem de etik boyutlarda çok boyutlu sorun alanlarını beraberinde getirmektedir. Temel endişe ve zorluk alanları genel olarak dört ana kategoride incelenebilir: Yönetim, hesap verebilirlik ve mali baskılar; hasta beklentileri ve ilişkilerdeki değişim; organizasyon içi ve dışı koordinasyon sorunları; personel yönetimi ve kalite.

3.1. Yönetim, Hesap Verebilirlik ve Mali Baskılar

Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık kurumlarının operasyonel verimliliği artırma, kaynak yönetimini optimize etme ve dış otoritelerle uyumlu bir şekilde çalışma gibi birtakım zorunluluklar öne çıkmaktadır. Artan hesap verebilirlik yükü, sağlık otoritelerinin denetim ve raporlama taleplerini karşılamayı zorlaştırmaktadır. Buna ek olarak, bütçe kısıtlamaları ve yüksek teknolojili tıbbi çözümlerden kaynaklanan maliyet artışları, kurumlar üzerinde önemli bir finansal baskı yaratmaktadır. Stratejik kaynak dağıtımı sürecinde, mevcut hizmetlerin sürdürülebilirliği ile yeni hizmet alanlarına yatırım arasında denge kurulması gerekmektedir. Rekabetçi bir anlayışın benimsenmesi, performans hedeflerine ulaşma baskısını artırmakta; kamu ve özel sektör arasındaki değişken ilişkiler ise fiyatlandırma ve hizmet eşitsizliği gibi etik tartışmaları gündeme getirmektedir.

3.2. Hasta Beklentileri ve İlişkilerdeki Değişim

Sağlık hizmetlerinde hasta merkezli yaklaşımların güçlenmesiyle birlikte yeni zorluklar da ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde hastalar, hem genel hizmet kalitesi hem de bireysel profesyonellerden beklenen standartlar açısından daha yüksek beklentilere sahiptir. Hastaların sağlık hizmeti ve sağlayıcı seçimi konusunda daha aktif rol alması, zaman zaman aşırı taleplerin ve memnuniyetsizliklerin doğmasına yol açmaktadır. Hasta Hakları Bildirgesi'nin getirdiği standartlar, hizmet sunumunda kalite çıtasını yükseltmiş, buna paralel olarak hasta agresyonu ve şikayet mekanizmalarının daha sık ve resmi biçimde işletilmesine neden olmuştur. Bu durum, sağlık kuruluşlarının kamuoyu nezdindeki imajını koruma ve geliştirme yönündeki çabalarını da artırmıştır.

3.3. Organizasyon İçi ve Dışı Koordinasyon Sorunları

Sağlık kurumlarının hem kendi içlerinde hem de diğer paydaşlarla olan ilişkilerinde önemli yönetimsel güçlükler doğmaktadır. Hastaneler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında etkili işbirliği kurma ihtiyacı giderek artmaktadır. Bakım sürekliliği, özellikle hastane sonrası dönemde toplum temelli

destek ağlarının zayıflaması nedeniyle tehdit altındadır. Ayrıca, iç iletişimdeki kopukluklar, yönetici-personel ilişkilerinde uyum sorunlarını beraberinde getirmektedir. Kayıt sistemlerinin ve dijitalleşmenin yaygınlaşması ise evrak yükünü artırmış; hassas hasta verilerinin korunması konusundaki sorumluluklar, sağlık kurumlarına ek bir idari yük bindirmiştir.

3.4. Personel Yönetimi ve Kalite

Sağlık hizmetleri piyasasında insan kaynakları kapasitesinin korunması ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğiyle ilgili birtakım endişeler bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının yetkinliklerini artırmak amacıyla daha kapsamlı eğitim programlarına ve motivasyon desteklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak verimlilik hedefleri ile kalite standartları arasında denge kurmak her geçen gün zorlaşmaktadır. Özellikle yaşlanan nüfusun artışı, hem hizmet talebini yükseltmekte hem de sağlık sistemleri üzerinde yapısal baskılar yaratmaktadır. Bu bağlamda, kalite güvencesi, tüm hizmet süreçlerinde sürekli bir öncelik ve temel endişe alanı olarak varlığını sürdürmektedir.

4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Pazarlama

Sağlık hizmetleri piyasasında pazarlama, üretim ve satış odaklı klasik anlayışın ötesinde, hasta odaklı, etik temelli ve toplumsal fayda odaklı bir stratejik süreçtir. Sağlık yöneticileri ve liderleri, pazarlamayı yalnızca rekabet aracı olarak değil, sağlık sisteminin etkinliğini, erişilebilirliğini ve güvenilirliğini artıran bir yönetişim mekanizması olarak değerlendirmelidir.

Bu bağlamda, pazarlama ilkelerinin sağlık sektörünün yapısal özelliklerine uyarlanması, hem kurumlar arası rekabetin etik sınırlar içinde sürdürülmesini hem de toplumun sağlık bilincinin güçlendirilmesini sağlayacaktır.

4.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Karmaşıklığı ve Pazarlama İhtiyacı

Günümüz sağlık hizmetleri piyasası, yalnızca tıbbi hizmetlerin sunulduğu bir alan olmaktan çıkmış; finansman, teknoloji, iletişim ve politika boyutlarını kapsayan çok aktörlü ve karmaşık bir yapıya dönüşmüştür. Bu karmaşık yapı, sağlık yöneticilerini ve liderlerini, yalnızca klinik ve idari becerilerde değil, aynı zamanda sağlık pazarlaması alanında da yetkin hale gelmeye zorlamaktadır. Celluci, Wiggins ve Farnsworth'un (2014) belirttiği üzere sağlık pazarlaması, sadece reklam yapma veya hasta sayısını artırma faaliyeti değildir. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin gereksiz tüketimini teşvik eden ticari bir araç olarak değil, sağlık paydaşları için değer yaratan, bu değeri ileten ve sürdürülebilir biçimde sunan bir stratejik yönetim süreci olarak anlaşılmalıdır.

Sağlık pazarlaması, hem sanatı hem de bilimi içinde barındıran bir disiplindir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği, pazarlama faaliyetleri yalnızca kurumsal kârlılığı artırmayı değil, aynı zamanda toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi, bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemeyi ve sağlık sistemine güveni pekiştirmeyi de hedeflemelidir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri piyasasında pazarlama, ekonomik rekabet ile toplumsal sorumluluk arasında hassas bir denge üzerine inşa edilmelidir.

4.2. Pazarlama Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Sağlık Hizmetlerine Uyarlanması

Berkowitz'e (2021) göre pazarlama, stratejik ve taktiksel organizasyonun kritik bir bileşeni olup, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkiler. Modern anlamıyla "pazarlama" terimi, 1910'lu yıllarda satış faaliyetlerini tanımlamak için kullanılmış, ancak 1950'lerden itibaren Amerika Birleşik Devletleri'nde üretim odaklı ekonomik yapının dönüşümüyle yeni bir içeriğe kavuşmuştur (Thomas, 2020). Bu dönemde üretici merkezli yaklaşımdan tüketici merkezli yaklaşıma geçilmiş; böylece ürünün değil, tüketici ihtiyaç ve beklentilerinin pazarlamanın temel referansı olduğu anlaşılmıştır.

Thomas'a (2020) göre, 1950'ler genellikle "pazarlamanın çağı" olarak kabul edilse de, pazarlama sağlık sektöründe birkaç on yıl sonra sistematik biçimde uygulanmaya başlanmıştır. 1950'li yıllarda gelişmekte olan ilaç sektörü doktorlara yönelik tanıtım faaliyetleri yürütürken, sigorta sektörü ise tüketicilere sağlık planları pazarlamaya başlamıştır. Buna karşın hastaneler ve hekimler pazarlamayı uzun süre uygunsuz ve etik dışı bir faaliyet olarak görmüşlerdir.

1970'lerde sağlık pazarlamasının doğuşu, 1980'lerde ise olgunlaşmasıyla birlikte sağlık sektörü, üretici (satıcı) merkezli pazardan alıcı merkezli pazara dönüşmüştür (Thomas, 2020). Bu dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanında işverenler ve bireysel tüketiciler etkin birer alıcı haline gelmiş, hastaların hizmet tercihlerinde hekim yönlendirmesinin belirleyiciliği azalmıştır. Aynı zamanda, kar amaçlı ve kar amacı gütmeyen merkezi yönetilen sağlık sistemleri, hastane zincirleri ve evde bakım hizmetleri ağları oluşarak sağlık piyasasının yapısını genişletmiştir (Thomas, 2020). Bu dönüşüm, pazarlama araştırmalarının ve veri temelli stratejilerin önemini artırmış, sağlık kurumları artık yalnızca hizmet sunmakla kalmayıp, hedef kitlelerini anlamaya ve onlarla etkileşim kurmaya yönelmiştir (Djakeli, 2024).

1990'ların sonunda, sağlık hizmetleri piyasasında yeni bir yönetici kuşağının yükselişiyle birlikte pazarlama, kurumsal bir işlev olarak kabul görmeye başlamıştır. Bu dönemde pazarlama yalnızca "tanıtım" işlevinden çıkarak, kurumun stratejik vizyonunu destekleyen bir süreç olarak

tanımlanmıştır. Kotler ve arkadaşları (2008), sağlık pazarlamasının, sağlık profesyonellerine hedef pazara değer yaratma, bunu iletme ve sürdürme konusunda kritik rol oynadığını vurgular. Purcarea'ya (2019) göre ise modern pazarlama anlayışı, ürün veya hizmetten değil, müşteriden başlar ve tek seferlik işlemlerden ziyade sürdürülebilir ilişkiler kurmayı amaçlar.

Thomas (2020), pazarlamanın evrimini dört aşamada ele alır: üretim, satış, pazarlama ve toplumsal pazarlama aşamaları. Sağlık hizmetleri açısından bu dönüşüm, 1980'lerden itibaren belirginleşmiştir. Bu döneme kadar sağlık sektörü, özellikle hastaneler, hekim birlikleri ve diğer sağlık kuruluşları, pazarlamayı sınırlı ölçüde benimsemiş; faaliyetler daha çok halkla ilişkiler odaklı yürütülmüştür. Kurumlar yeni personel, ekipman alımları veya hizmet çeşitlendirmeleri gibi gelişmeleri duyurmak için basın bültenleri ve tanıtım etkinlikleri düzenlemiştir. Ancak 1980'lerden itibaren, sağlık hizmetlerinin finansmanında rekabetin artması ve özel sektörün güçlenmesiyle birlikte, pazarlama stratejileri kurumsal düzeyde daha sistematik biçimde uygulanmaya başlanmıştır.

Weiss'in (2011) belirttiği üzere, sağlık pazarlaması kavramı yaklaşık kırk yıl önce ortaya çıkmış ve başlangıçta reklam veya broşür dağıtımı gibi sınırlı tanıtım faaliyetleriyle özdeşleştirilmiştir. Ancak zaman içinde pazarlama, kurumsal iletişim, marka yönetimi, topluluk katılımı ve sağlık okuryazarlığı gibi çok boyutlu süreçleri içerecek biçimde genişlemiştir. Ziglio (2000), bu dönemde toplulukla diyalog kurmanın öneminin arttığını ve sağlık kurumlarının artık yalnızca hizmet sunan değil, toplumsal sorunlara duyarlılık gösteren aktörler haline geldiğini vurgulamaktadır.

Bu dönüşüm, sağlık kurumlarının yalnızca hastalara değil; sigorta şirketleri, tedarikçiler, profesyonel çalışanlar ve politika yapıcılar gibi geniş bir paydaş ağına yönelmesini zorunlu kılmıştır. Weiss (2011) ve Djakeli (2024), bu nedenle sağlık piyasasının sadece hastalar ve tüketicilerden değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinden, finansörlerden ve düzenleyicilerden oluşan bir ekosistem olduğunu belirtmektedir.

4.3. Sağlık Profesyonelleri, Kurumsal Aktörler ve Pazarlama Zihniyeti

Celluci, Wiggins ve Farnsworth'a (2014) göre sağlık piyasasında müşteri kavramı yalnızca hasta ile sınırlı değildir. Doktorlar, hemşireler, muhasebeciler, tedarikçiler, avukatlar ve teknoloji sağlayıcıları da bu piyasanın birer müşterisi veya paydaşı olarak değerlendirilebilir. Ancak, sağlık profesyonelleri geleneksel olarak kendilerini meslekleriyle tanımladıkları için, pazarlama faaliyetlerine katılım konusunda genellikle isteksizdirler. Bu durum, sağlık pazarlamasının en

temel zorluklarından birini oluşturur: Etik duyarlılığı yüksek bir sektörde, ticari iletişim dengesini korumak.

Bu noktada Kotler ve Levy'nin (1969) klasik yaklaşımı önem kazanmaktadır. Yazarlar, pazarlamanın yalnızca kâr amacı güden kuruluşlarla sınırlı olmadığını, sosyal amaçlı kurumların da pazarlama ilkelerini benimseyebileceğini ileri sürerler. Nitekim, sağlık kurumları da hizmetin toplumsal niteliğini koruyarak pazarlama süreçlerini etik bir çerçevede uygulamaya başlamıştır.

Akman Dömbekci ve arkadaşlarının (2025) araştırması, 1970'lerden önce hastanelerin genellikle pazarlama departmanına sahip olmadığını göstermektedir. Bu dönemde kurumlar, "ihtiyacı olan hastanın zaten geleceği" anlayışıyla hareket etmiş; ancak zamanla artan rekabet, hasta beklentilerindeki değişim ve kamu-özel işbirliği modelleriyle birlikte, pazarlama stratejileri kaçınılmaz hale gelmiştir.

4.4. Sağlık Pazarlaması ile Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Arasındaki Ayrım

Pazarlama kavramı, geleneksel olarak ürün ve hizmetlerin hedef kitleye ulaştırılması, farklılaştırılması ve sürdürülebilir talep yaratılması süreçleriyle ilişkilidir. Ancak sağlık hizmetleri piyasası, bu genel pazarlama anlayışının doğrudan uygulanamayacağı, kendi dinamiklerine sahip bir alan olarak öne çıkar. Sağlık hizmetleri, doğası gereği hem insan hayatıyla doğrudan ilişkili hem de yüksek etik sorumluluk içeren bir alandır. Bu nedenle, pazarlama felsefeleri ve teknikleri diğer sektörlerden sağlık sektörüne kolayca aktarılamaz; sağlık pazarlaması, kendine özgü bir yaklaşımı zorunlu kılar (Thomas, 2020).

Sağlık pazarlaması ve sağlık hizmetleri pazarlaması kavramları sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da, bu iki yaklaşım arasında kavramsal bir fark bulunmaktadır. Bernhardt'a (2006) göre sağlık pazarlaması, bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili davranışlarını olumlu yönde değiştirmeyi, sağlık bilgisini korumayı ve yaymayı amaçlayan; bilimsel ve iletişimsel yöntemlerle yürütülen bir faaliyettir. Buna karşın, sağlık hizmetleri pazarlaması, müşteri tercihlerini anlamaya, hasta memnuniyetini artırmaya, sadakati güçlendirmeye ve rekabet avantajı sağlamaya odaklanır (Corbin vd., 2001).

Djakeli (2024), sağlık hizmetleri pazarlamasını, tüm sağlık endüstrisinin işleyişini koordine eden bir süreç organizatörü olarak tanımlar. Bu çerçevede sağlık hizmetleri pazarlaması, yalnızca hizmet sağlayıcıları değil, aynı zamanda sigortacılar, finansörler, politika yapıcılar ve düzenleyici otoritelerle de etkileşim içindedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri pazarlaması, sadece talep yaratma değil,

aynı zamanda sağlık sisteminin sürdürülebilir yönetimini hedefleyen bir stratejik araçtır.

Sonuç

Sağlık hizmetleri piyasası, günümüzde yalnızca bir hizmet alanı değil, aynı zamanda etik, ekonomik ve toplumsal dinamiklerin iç içe geçtiği çok katmanlı bir yapıdır. Bu piyasa, klasik arz-talep dengesine dayalı geleneksel ekonomik modellerle tam olarak açıklanamaz; çünkü sağlık hizmetlerinin merkezinde insan yaşamı yer alır. Bu nedenle sağlık alanında kâr amacı, toplumsal fayda ve etik sorumluluk ilkelerinin önüne geçmemelidir. Sağlık hizmetleri piyasasının temel özelliği, hizmetin hem ekonomik hem de insani bir değer taşımasıdır.

Bu özgün yapı içinde pazarlama, yalnızca rekabeti teşvik eden bir faaliyet değil, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini ve etkinliğini güçlendiren bir yönetişim aracına dönüşmüştür. Sağlık kurumları artık pazarlamayı, hasta memnuniyetini artıran, güven ilişkisini pekiştiren ve toplumsal sağlık bilincini güçlendiren stratejik bir süreç olarak benimsemektedir. Dijital sağlık teknolojilerinin yükselişiyle birlikte bilgiye erişim kolaylaşmış, hastalar sağlık kararlarında daha aktif hale gelmiş ve "güçlendirilmiş hasta" kavramı sağlık piyasasının merkezine yerleşmiştir.

Sağlık hizmetleri piyasasında yaşanan hızlı dönüşüm, kurumları ve yöneticileri yeni stratejik yaklaşımlar geliştirmeye zorlamaktadır. Artan maliyetler, rekabetin yoğunlaşması, demografik değişimler, personel motivasyonu ve hasta beklentilerinin yükselmesi bu dönüşümün temel belirleyicilerindendir. Bu bağlamda pazarlama, yalnızca hizmetlerin tanıtımıyla sınırlı değildir; aynı zamanda sağlık okuryazarlığını artırmayı, kaynak kullanımını optimize etmeyi ve kamu politikalarıyla uyumlu bir kurumsal yapı oluşturmayı da hedefler.

Sonuç olarak, çağdaş sağlık hizmetleri piyasasında pazarlama, etik sorumluluk, toplumsal fayda ve stratejik yönetim ilkelerini bir araya getiren bütüncül bir yaklaşımı temsil eder. Bu yaklaşım, rekabetin etik sınırlar içinde sürdürülmesini, toplumun sağlık bilincinin güçlendirilmesini ve sağlık hizmetlerinin hem ekonomik hem de insani boyutlarda sürdürülebilir kılınmasını sağlar. Böylece sağlık hizmetleri piyasası, yalnızca bir ekonomik faaliyet alanı değil, aynı zamanda toplumun refahını artıran bir kamusal değer sistemi olarak konumlanmaktadır.

KAYNAKÇA

Akman Dömbekci, H., Güzel, Ş., Sağlam, Ş., & Ege, K. (2025). The role of digital health technologies in the healthcare marketing process. *Journal of Mehmet Akif Ersoy University Economics and Administrative Sciences Faculty*, *12*(2), 705–723. https://doi.org/10.30798/makuiibf.1608914

Antunes, V., & Moreira, P. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: A systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, *4*(2), 129–135.

Berkowitz, E. N. (2021). *Essentials of health care marketing*. Toronto: Jones & Bartlett Learning.

Bernhardt, J. M. (2006). Improving health through health marketing. *Preventing Chronic Disease*, *3*(3), 1–6.

Black, N., & Gruen, R. (2005). *Understanding health services*. Berkshire: Open University Press.

Cellucci, L. W., Wiggins, C., & Farnsworth, T. J. (2014). *Healthcare marketing: A case study approach*. Chicago, IL: Health Administration Press & AUPHA Press.

Corbin, C. L., Kelley, S. W., & Schwartz, R. W. (2001). Concepts in service marketing for health care professionals. *American Journal of Surgery*, *181*(1), 1–7. https://doi.org/10.1016/S0002-9610(00)00535-3

Djakeli, K. (2024). *Modern healthcare marketing in the digital era*. Hershey, PA: IGI Global.

Gigauri, I., & Djakeli, K. (2021). National health reforms in Georgia during 1994–2021 and their success. *HOLISTICA – Journal of Business and Public Administration*, *12*(2), 102–108. https://doi.org/10.2478/hjbpa-2021-0017

Gilligan, C., & Lowe, R. (2016). *Marketing and health care organizations*. Boca Raton, FL: CRC Press–Taylor & Francis.

Global Market Insights. (2016). *Digital health market size to exceed $379bn by 2024*. Retrieved from https://www.gminsights.com/

Glorikian, H., & Branca, M. A. (2018). *MoneyBall medicine: Thriving in the new data-driven healthcare market*. Boca Raton, FL: Taylor & Francis.

Grybś, M. (2015). Integrated marketing communication in the European healthcare market. In M. Glowik & S. Stawomir (Eds.), *Healthcare: Market dynamics, policies and strategies in Europe* (pp. 119–141). Berlin: Walter de Gruyter GmbH.

Kabore, S. S. P., Ngangue, D., Soubeiga, A., Pilabre, A. H., & Bationo, N. (2022). Barriers to and facilitators of sustainable digital health interventions in low- and middle-income countries: A systematic review. *Frontiers in Digital Health*, *4*, 245. https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1014375

Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. J. (2008). *Strategic marketing for healthcare organizations: Building a customer-driven health system*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Kotler, P., & Levy, S. J. (1969). Broadening the concept of marketing. *Journal of Marketing*, *33*(1), 10–15.

Marie, A. (2015). Healthcare business performance – Control mechanisms. In M. Glowik & S. Stawomir (Eds.), *Healthcare: Market dynamics, policies and strategies in Europe* (pp. 157–178). Berlin: Walter de Gruyter GmbH.

Purcarea, V. L. (2019). The impact of marketing strategies in healthcare systems. *Journal of Medicine and Life*, *12*(2), 93–96. https://doi.org/10.25122/jml-2019-1003

Robinson, L. (2013). Is digital health technology empowering patients? *Journal of Medical Radiation Sciences*, *60*(3), 79–80. https://doi.org/10.1002/jmrs.20

Tengilimoğlu, D. (2016). *Health services marketing* (4th ed.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Thomas, R. K. (2020). *Marketing health services* (4th ed.). Chicago, IL: Health Administration Press & AUPHA Press.

Weiss, R. (2011). Healthcare marketing today is about more than sick ads: It's about engaging with communities. *Marketing Health Services*, *Fall 2011*, 18–21.

Ziglio, E., Hagard, S., & Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: Achievements and challenges. *Health Promotion International*, *15*(2), 143–151. Oxford: Oxford University Press.