

**T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ESTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK KALKINMA
ÜZERİNE ETKİLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Feride SAÇU BARLİN

Balıkesir, 2010

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ESTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK KALKINMA
ÜZERİNE ETKİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Feride SAÇU BARLİN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. A. Niyazi ÖZKER

Balıkesir, 2010

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüzün Maliye Anabilim Dalı'nda 200712537003 numaralı Feride Saçu Barlin'in hazırladığı "Türkiyede Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri" konulu ~~DOKTORA~~/YÜKSEK LİSANS tezi ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Eğitim Öğretim Ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 05.02.2010 Tarihinde yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda tezin onayına OY BİRLİĞİ/AY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Başkan Doç.Dr. A.Niyazi ÖZKER... İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı (Danışman)

Üye Prof.Dr. Nihat EDİZDOĞAN.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye...Yard.Doç.Dr. Özgür BİYAN.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Üye.....İmza.....
Unvanı, Adı-Soyadı

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylarım.

11.03.2010
Enstitü Müdürü
Prof.Dr. Oya SEYMEN



ÖNSÖZ

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlık en temel insan hakkı olmakla birlikte, sağlık harcamalarının sürekli artışı ülke ekonomileri üzerinde baskı oluşturmaktadır. Bu baskıyı ortadan kaldırmak için oluşturulacak sağlık politikalarında sağlığın ekonomiye olan etkisinin bilinmesi önem taşımaktadır. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumda daha çok üretim ve böylece daha yüksek kalkınma düzeyine ulaşmak mümkündür. Bu çalışmada ülkelerin nihai amacı olan kalkınmaya, sağlığın etkileri teorik ve ampirik olarak analiz edilmeye çalışılmıştır.

Tez çalışmamda ve yüksek lisans sürecim boyunca bana destek veren danışmanım Doç. Dr. A. Niyazi ÖZKER' e çok teşekkür ederim.

Bu süreçte yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen Öğr. Gör. A. Zafer YALÇIN' a ve Araş. Gör. Sevda AKAR'a

Yüksek lisansımın başlangıcından sonuna kadar her aşamada yanımda olan, benimle tüm zorlukları paylaşan sevgili eşim Hüsamettin BARLİN' e çok teşekkür ederim.

Feride SAÇU BARLİN

ÖZET
TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK KALKINMA
ÜZERİNE ETKİLERİ

SAÇU BARLİN, Feride
Yüksek Lisans Tezi, Maliye Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. A. Niyazi ÖZKER
2010, 114 Sayfa

Sağlık ve kalkınma birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki olgudur. Sağlık sektörünün ekonomideki önemi sağlık harcamalarındaki artış ve ekonomik kalkınmada beşeri sermayenin ön plana çıkması ile artmıştır. Bu çalışmada sağlık harcamaları ve kalkınma arasındaki ilişki teorik ve ampirik olarak incelenmektedir. Sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının artış nedenleri ile sağlık ve kalkınma ilişkisi teorik bölümde ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ampirik bölümde, sağlık ve ekonomik göstergelere göre Türkiye’nin OECD ülkeleri arasındaki yerini, hangi ülkelerle benzerlik gösterirken hangi ülkelerden uzak değerlere sahip olduğunu ortaya koymak için çok değişkenli analiz yöntemlerinden kümeleme analizi kullanılmıştır. İleri analiz yapılmadan önce, değişkenlerin tek olarak incelenebilmesi için grafiksel analizler ve ikili ilişkilerin incelenmesi için ise ilişki analizleri gerçekleştirilmiştir. Araştırmada 30 OECD ülkesine toplam 25 sağlık göstergesi değişkenine göre kümeleme analizi uygulanmıştır. Ülkeleri 5 kümeye ayırmanın en optimal sonuç olduğu bulunmuştur. Türkiye’nin içinde bulunduğu 4. kümede Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya ve Slovakya bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık ve ekonomik göstergeler bakımından Türkiye bu 5 ülkeyle benzer özelliklere sahipken diğer kümelerde bulunan ülkelerden farklılık göstermektedir. Ayrıca kendi bulunduğu küme içerisinde de Polonya ve Meksika’dan farklı olduğu, Slovakya ve Macaristan’a daha yakın olduğu elde edilmiştir. İlişki analizi sonucunda ise toplam ve kişi başı sağlık harcamaları ile doğumda beklenen yaşam süresi arasında aynı yönde bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Ekonomik Kalkınma, Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi

ABSTRACT
**IMPACT OF HEALTH EXPENDITURE ON ECONOMIC DEVELOPMENT IN
TURKEY**

SAÇU BARLİN, Feride
Post Graduate Thesis, Public Finance Department
Thesis Consultant: Asst. Prof. A. Niyazi ÖZKER
2010, 114 Pages

Health and economic development are two interacting facts. For economies, health sector has become more significant with the rise in the health expenditures and coming into prominence of human capital. In this study, the relationship between health expenditures and economic development is analyzed empirically and theoretically. In the theoretic part, the reasons for the rise in the health services and health expenditures and the relationship between health and development were examined in detail. In the empirical part, a multidimensional scaling analysis was performed to determine the countries that show similarities or contrast with Turkey and her place among the OECD countries. Before the advanced analysis, graphical analyses to examine the variables individually and relationship analyses to examine pair relationships were made. The multidimensional analysis was applied to the data from 30 OECD countries with 25 health indicator variables. Clustering countries into five groups was found to be the optimal result. Turkey was in the fourth group with Czech Republic, Hungary, South Korea, Mexico, Poland and Slovakia and therefore showed similar characteristics with them regarding the health and economic indicators, while differed from the countries in the other groups. Also within own group Turkey was closer to Hungary and Slovakia and less alike Poland and Mexico. Relationship analysis showed that aggregate and per capita health expenditures had a significant positive relation with life expectancy at birth.

Keywords: Health, Economic Development, Multidimensional Scaling Analysis

Kızım ÖYKÜ'ye

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İTHAF.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem.....	3
1.2 Amaç.....	4
1.3 Önem.....	4
1.4 Sayıtlar.....	5
1.5 Sınırlılıklar.....	5
2. İLGİLİ ALANYAZIN.....	6
2.1 Kuramsal Çerçeve.....	6
2.1.1 Sağlık Kavramı.....	6
2.1.2 Sağlık Hizmeti Kavramı.....	7
2.1.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
2.1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
2.1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
2.1.3.3 Rehabilitasyon Hizmetleri.....	12
2.1.4 Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri.....	13
2.1.4.1 Dışsallık Özelliği.....	14
2.1.4.2 Kamusalılık Özelliği.....	15
2.1.4.3 Sağlık Hizmeti Talebinin Farklı Oluşması.....	16
2.1.4.4 Sağlık Hizmeti Arzının Farklı Oluşması.....	18
2.1.4.5 Asimetrik Bilgilenme.....	19
2.1.4.6 Sağlık Hizmetinin İkame Edilememesi.....	20
2.1.4.7 Sağlık Hizmetinin Ertelenememesi.....	21
2.1.5 Sağlık Harcamaları.....	21
2.1.5.1 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	22

2.1.5.1.1 Kişi Başına Gelirin Yükselmesi.....	22
2.1.5.1.2 Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	23
2.1.5.1.3 Teknolojik Gelişmeler.....	25
2.1.5.1.4 Yaşam Süresinin Uzaması	26
2.1.5.1.5 Sosyal Güvenlik Ve Sağlık Sigortası Sistemin Yaygınlığı	28
2.1.6 Ekonomik Kalkınma	29
2.1.6.1 Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma	31
2.1.6.2 Sağlık Hizmetleri ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi	34
2.1.6.2.1 Sağlığın İşgücü Verimliliği Üzerine Etkisi	36
2.1.6.2.2 Sağlığın Demografik Yapıya Etkisi.....	39
2.1.6.2.3 Sağlığın Yatırımlar Üzerine Etkisi.....	40
2.1.6.2.4 Sağlığın Tasarruflar Üzerine Etkisi.....	41
2.1.7 Kalkınma Planları Doğrultusunda Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.....	43
2.1.7.1 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967).....	44
2.1.7.2 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972).....	47
2.1.7.3 Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977).....	50
2.1.7.4 Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)	52
2.1.7.5 Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)	53
2.1.7.6 Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994).....	54
2.1.7.7 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000).....	56
2.1.7.8 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005).....	58
2.1.7.9 Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013).....	60
2.2 İlgili Araştırmalar	64
3. YÖNTEM.....	67
3.1 Araştırmanın Modeli	67
3.2 Evren ve Örneklem	69
3.3 Veri Toplama Araç ve Teknikleri	69
3.4 Verilerin Analizi	69
4. BULGULAR VE YORUMLAR.....	70
4.1 Türkiye ve OECD Ülkelerine Ait Ekonomik Ve Sağlık Değişkenlerinin Grafikselsel Olarak İncelenmesi	70
4.2 Değişkenler Arasında İlişki Analizi	89
4.3 Kümeleme Analizi	93

5. SONUÇ VE ÖNERİLER	103
5.1 Sonuçlar	103
5.2 Öneriler	107
KAYNAKÇA.....	109

ÇİZELGELER LİSTESİ

	Sayfa No
Çizelge 1. Planlı Kalkınma Dönemlerinde Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler	62
Çizelge 2. Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına ve Türüne Göre Dağılımı	63
Çizelge 3. Değişkenler Arasındaki İlişki Analizi Sonuçları	91
Çizelge 4. Kümeleme Analizi Küme Sonuçları	94
Çizelge 5. Kümelere göre Anova Analizi	95
Çizelge 6. Kümelere göre Ülkelerin Dağılımı.....	96
Çizelge 7. Ülkelere göre Uzaklık Değerleri.....	97
Çizelge 8. Değişken Aritmetik Ortalamaları.....	100

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
Şekil 2. Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (Dolar), 2006	70
Şekil3. Kişi Başı Milli Gelir (Dolar), 2006	71
Şekil 4. Yıllara Göre Kişi Başı Milli Gelir (Dolar).....	71
Şekil 5. Reel Milli Gelir Büyüme Oranı %, 2006	72
Şekil 6. Nüfus Artış Hızı %,2006	72
Şekil 7. OECD Ülkelerinin GSYİH' YE göre Sağlık Harcamaları, 2006	73
Şekil 8. Yıllara göre GSYİH' YE göre Sağlık Harcamaları Oranı	74
Şekil 9. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (Dolar), 2006.....	74
Şekil 10. Yıllara göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (Dolar	75
Şekil 11. Toplam İlaç Harcamaları Oranı (Dolar), 2006.....	76
Şekil 12. Sağlık Harcamalarında Kamunun Ağırlığı %, 2006	77
Şekil 13. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarında Kamunun Ağırlığı	77
Şekil 14. 1.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı, 2006.....	78
Şekil 15. 1,000 Kişiye Düşen Hemşire, Ebe Sayısı, 2006	79
Şekil 16. 1 Milyon Nüfusa Düşen MRI Cihazı, 2006.....	79
Şekil 17. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi,2006	80
Şekil 18. 1,000 Canlı Doğumunda Bebek Ölüm Hızı, 2006.....	81
Şekil 19. Yıllara göre 1,000 Canlı Doğumunda Bebek Ölüm Hızı	81
Şekil 20. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Yüzdesi,2006	82
Şekil 21. Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm Oranı, 2006	83
Şekil 22. Diğer Hastalıklardan Ölüm Oranı, 2006.....	83
Şekil 23. Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşılama Oranı,2006	84
Şekil 24. Yıllara Göre Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşılama Oranı	84
Şekil 25. Kızamık Aşılama Oranı %,2006.....	85
Şekil 26. Toplam Nüfusa göre Tütün Talebi %, 2006	86
Şekil 27. Toplam Nüfusa göre Alkol Talebi %, 2006	86
Şekil 28. Toplam Nüfusa göre Obezite Oranı, 2006.....	87
Şekil 29. Temiz Su Kaynaklarına Ulaşım Oranı, 2000/2006.....	88
Şekil 30. Sanitasyon Oranı, 2000/2006	88
Şekil 31. KBSH İle GSMH Büyüme Hızı Serpilme Grafiği	92
Şekil 32. KBSH İle 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı Serpilme Grafiği	92
Şekil 33. Türkiye'nin İçinde Bulunduğu Gruba Göre Konumu.....	101
Şekil 34. Türkiye ve Küme Ortalamalarının Karşılaştırılması	102

KISALTMALAR

DBYS: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GSYİH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

KBMG: Kişi Başı Milli Gelir

KBSH: Kişi Başı Sağlık Harcaması

OECD: Organisation For Economic Co- Operation And Development

SB: Sağlık Bakanlığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNDP: United Nations Development Programme

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre sağlık; hasta veya sakat olmamanın ötesinde fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam anlamıyla uyumlu ve dengeli olmak demektir. Evrensel yaklaşımla sağlıklı olmak insanların temel haklarından birisidir. Sağlık temel haklardan biri olmakla birlikte sağlığın korunması ve sağlamlık halinin devamının sağlanması bazı şartlara bağlıdır. Ekonomik durum, çevre şartları, sosyal koşulların iyiliği sağlığın korunmasında önemli faktörlerdir. Ancak bu şartların sağlanmasının hem karmaşık hem de maliyetinin yüksek olduğu bir gerçektir.

Tüm dünyada ekonomik kaynakların sınırlı olması bu kaynakların mümkün olan en iyi şekilde kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kıt kaynakların en ekonomik şekilde kullanılması önem taşımaktadır. Ülkelerin sağlık harcamaları giderek artmaktadır. Bu artışa paralel bir kaynak artışı söz konusu olmadığı için mevcut kaynakların en etkin kullanılmasında ekonomi biliminden faydalanılmaktadır. Bu bağlamda sağlık ekonomisi kavramı, sağlık konularına ekonominin uygulandığı bir alt disiplin olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık sektörü günümüzde tüm ülkelerde önemli bir ekonomik paya sahiptir. Sağlık ekonomisiyle öncelikle birey ve buna bağlı olarak toplum sağlığını geliştirecek şekilde gerekli kaynakların miktarının belirlenmesi, kaynakların en etkin şekilde kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmetinin üretilmesi ve üretilen sağlık hizmetini toplumu oluşturan fertler arasında adil dağılımı sağlanmaya çalışılmaktadır. Tüm bu süreçler ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde de etkilidir.

Kalkınma, ülkelerin ekonomik, siyasi ve toplumsal yapılarının değişerek insanların refah düzeylerinin yükselmesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile toplumsal yapının olumlu yönde değişmesidir. Bu bakımdan kalkınma gayri safi milli gelirdeki artışla belirlenen ekonomik büyümeyi de içine almaktadır. Başka bir deyişle, ekonomik kalkınma niceliksel ve niteliksel değişimlerin her ikisini birden içermektedir.

Kalkınma dinamik bir süreçtir ve gelişmekte olan ülkeler kadar gelişmiş ülkeler için de önemini korumaktadır. Bu doğrultuda kalkınma için önemli olan unsurlar değişen koşullara göre değerlendirilmektedir. Sanayi toplumundaki fiziki sermayeye alternatif olarak bilgi toplumunda beşeri sermaye kavramı ön plana çıkmış ve ülkelerin kalkınma stratejilerinde önemli hale gelmiştir. İnsana yatırım geliştirmek ve kalkınmak için öncelikli hedef olmuştur. Sağlık ise insan özelliklerinin geliştirilmesi ve devamının sağlanmasında vazgeçilmez unsur olduğu için kalkınma için çok önemlidir.

İnsanın fiziksel ve zihinsel gelişimine hizmet eden sağlık sektörü, ekonomik büyümeye ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi de içine alan ekonomik kalkınmaya sağlıklı bir işgücü piyasası oluşturarak, daha uzun yaşam süresi ile yatırımların verimliliğini artırarak, hastalık durumundaki harcamaları önlediği için tasarruf sağlayarak katkıda bulunmaktadır. Toplum sağlık düzeyinin yükselmesi ekonomik kalkınmayı etkilemekte, ekonomik kalkınma düzeyi de sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynağı etkilemektedir. Bu nedenle sağlık ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkisinin oldukça güçlü ve iki yönlü olduğu söylenebilir.

Sağlık düzeyi göstergeleri ile ekonomik kalkınma arasında pozitif yönlü ilişkiye paralel olarak günümüzde ülkelerin sağlık göstergeleri kalkınma düzeyini belirleyen temel faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından her yıl yayınlanan İnsani Kalkınma İndeksinin bileşenlerine bakıldığında toplumun sağlık düzeyinin önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kullanıldığı görülmektedir. Dolayısıyla sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politikalar ülkeler için daha önemli hale gelmiştir.

Sağlık düzeyinin yükseltilmesinde sağlık harcamalarının etkili olduğu düşüncesi artan sağlık harcamalarıyla birlikte sağlık düzeyi göstergelerinin de iyileştiğinin görülmesinden kaynaklanmaktadır. Ancak yüksek sağlık harcamalarına paralel bir sağlık düzeyi elde etmek mümkün olmayabilmektedir. Sağlığın kalkınmanın aracı olabilmesi için yeterli miktarda kaynakla birlikte doğru sağlık politikalarının da tespiti önemlidir. Sağlık politikalarının tespiti içinde sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkisinin bilinmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada sağlık ve kalkınma ilişkisi açıklanmaya çalışılacaktır.

1.1 Problem

Sağlık; hasta veya sakat olmamanın ötesinde fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam anlamıyla uyumlu ve dengeli olmak demektir. Kalkınma ise ülkelerin ekonomik, siyasi ve toplumsal yapılarının değişerek insanların refah düzeylerinin yükselmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıksızlık durumu, yalnızca bireyin fiziksel sağlık konumunu değil, bireyin ve içinde yaşadığı toplumun sosyal, psikolojik ve ekonomik konumunu da etkiler. Sağlığın bu çok boyutlu olma özelliği sadece sağlık sektörünün değil ekonomi biliminin de kapsamındadır. Sağlık ve kalkınma arasındaki ilişki analizleri özellikle son elli yıldır tüm dünyada son yirmi yıldır da ülkemizde önem kazanmış ve araştırılmıştır. Yapılan araştırmalarda sağlık ve kalkınma arasında pozitif yönlü bir ilişkinin mevcut olduğu ortaya konmuştur. Ekonomik kalkınma sonucunda sağlık düzeyinin de olumlu yönde etkilendiği genel kanısının aksine sağlık düzeyindeki gelişmelerin ekonomik kalkınmayı sağladığı yönünde çalışmalar son dönemde artmıştır. Bu doğrultuda araştırmacının problemini, sağlık harcamalarının ekonomik kalkınmaya olan etkilerinin belirlenmesi oluşturmaktadır.

1.2 Amaç

Araştırmanın temel amacı, Türkiye de sağlık harcamalarının ekonomik kalkınmaya olan etkilerini ortaya koymaktır. Bu temel amaç doğrultusunda Türkiye'nin ekonomik ve sağlık göstergeleri bakımından OECD' ye üye olan diğer ülkelere göre konumu belirlenmeye çalışılarak, sağlık harcamaları ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişkide aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılacaktır.

1. Ekonomik olarak iyi durumda olan ülkelerde sağlık harcamaları daha mı fazladır?
2. Kişi başı sağlık harcaması ile ekonomik büyüme arasında bir ilişki var mıdır?
3. Toplam ve kişi başı sağlık harcamaları ile beklenen yaşam süresi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Kişi başı sağlık harcamaları ile ilaç harcamaları arasında bir ilişki var mıdır?
5. 30 OECD ülkesi tüm sağlık göstergelerine göre nasıl dağılmaktadır?

1.3 Önem

Sağlık, sosyal boyutuyla tüm zamanların önemli konularından biridir. Artan sağlık harcamalarıyla birlikte sağlığın ekonomik boyutu da son elli yıldır önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık harcamalarındaki artış ülke ekonomileri üzerinde yük oluşturmaktadır. Ülkeler bu yükü hafifletmek için ekonomi biliminden faydalanarak yeni politikalar oluşturmaktadırlar. Varolan kaynakların kullanım alanlarının öncelikli olarak belirlenmesi, kullanım şekillerinin ve sonuçlarının analiz edilmesinin temel nedeni, toplum sağlık düzeyinin gelişimini sağlayarak ekonomik kalkınmayı da hızlandırmaktır. Türkiye'deki sağlık harcaması ve göstergeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi bu açıdan önem arz etmektedir. Sağlık, tek değişkene ve tek ülke

göstergelerine bakılarak anlaşılacak kadar kapsamlı bir alandır. Bu araştırma, çoklu değişken yöntemi kullanarak önemli sağlık göstergelerine göre Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki yerini, hangi ülkelerle benzerlik gösterirken hangi ülkelerden uzak değerlere sahip olduğunu ortaya koyması açısından önem taşımaktadır.

1.4 Sayıtlılar

Araştırmada, sağlık harcamalarının toplum sağlık düzeyini yükselttiği ve toplum sağlık düzeyindeki artışın ekonomik kalkınmayı olumlu yönde etkilediği sayıtlılarıyla hareket edilmiştir.

1.5 Sınırlılıklar

Araştırmada kullanılan değişkenler OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'nün yayınladığı ekonomi ve sağlık göstergeleri değişkenleri ile sınırlandırılmıştır. Tüm OECD ülkeleri için en son yayınlanmış yıl 2006 yılı olduğu için bu yıla ait veriler kullanılmıştır.

2. İLGİLİ ALANYAZIN

2.1 Kuramsal Çerçeve

Bu bölümde sağlık kavramının tanımı yapılarak, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetinin genel özellikleri üzerinde durulacaktır. Sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler belirtildikten sonra ekonomik kalkınma ile sağlık arasındaki ilişki ayrıntılı olarak açıklanmaya çalışılacaktır. Kuramsal çerçevenin son bölümünde Türkiye'nin sağlık sektöründeki gelişmeleri beş yıllık kalkınma planları çerçevesinde değerlendirilecektir.

2.1.1 Sağlık Kavramı

Dünya sağlık örgütünün ve 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun ikinci maddesine göre sağlık “ yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir ”. Bu tanımdan yola çıkarak sağlığı, hem fiziksel hem de sosyal açıdan bireylerin iyilik hali olarak tanımlayabiliriz.

Bireylerin sağlıklı olup olmadığının veya tam bir iyilik halinin ne anlama geldiği sübjektif ve objektif sağlık değerlendirmesiyle açıklanabilir. Toplum içinde bireylerin kendilerini fiziksel ve ruhsal açıdan iyi olarak algılaması durumu sübjektif bir sağlık değerlendirmesidir. Bu değerlendirme içinde bulunan çevre, eğitim, beslenme, barınma, gelir dağılımı gibi faktörlerden etkilenir. Objektif sağlık değerlendirmesinde ise daha genel koşullar vardır. Sağlığın değerlendirmesini bu alanda uzman kişiler yapmaktadır. Bireylerin

sağlıklı olup olmadıklarına doktor ve diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan muayene ve testler sonucundaki somut bulgularla karar verilir (Işık,2005). Bir insana sağlıklı diyebilmek için hem objektif hem de sübjektif değerlendirmenin birlikte yapılması gerekmektedir. Kendisinin sağlıklı olduğunu düşünen bir birey doktor muayenesi ile hasta çıkabileceği gibi, hasta olduğunu düşünen birisinin, muayene ile fiziksel olarak herhangi bir hastalığının olmadığı görülebilir. Bu bakımdan tam bir sağlıklılık durumu her iki değerlendirmenin de olumlu olmasını gerektirir.

İnsan yaşamındaki temel amaçlardan birisi sağlıklı olmak ve sağlığını korumaktır. Sağlıklı bireyler, günlük işlevlerini kendi başlarına rahatlıkla yürütebilirler. Hastalık halinde ise birey ve çevresindekiler için sıkıntılar başlayacaktır. Bu nedenle bireyler kendileri için olduğu kadar çevrelerindeki kişilerden başlayarak herkes için sağlık arzularlar. Çevresi sağlıklı olmayan bireylerin kendilerinin sağlıklı olması yeterli olmayacaktır. Bunun için sağlıklı olmak bireysel olduğu kadar toplumsal bir amaçtır. Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerinde sadece üst düzey tıbbi tekniklerin kullanılması yeterli değildir. Aynı zamanda sağlık sektörüyle doğrudan veya dolaylı ilişki içindeki diğer sektörlerle işbirliği, yeterli ekonomik kaynak ve istikrarlı bir sağlık politikası gereklidir (Mazgit, 1998).

2.1.2 Sağlık Hizmeti Kavramı

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 2. maddesi sağlık hizmetlerini, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlamıştır.

Sağlığın korunması sağlıklı yaşam sürmenin temel taşıdır. Bu noktada sağlık hizmetlerinin temel amacı sağlığı korumaktır. 224 sayılı kanunda da ifade edildiği gibi sağlık hizmetleri öncelikle sağlığı bozabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu faktörlere karşı korunması hastalık

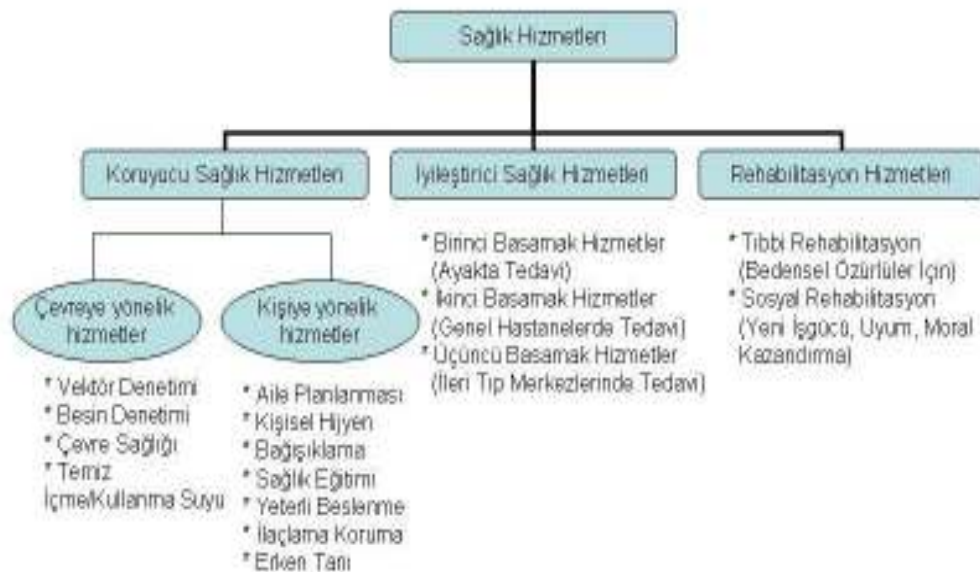
oluşmuşsa tedavi edilmesi, sakatlık durumunda esenlendirme amacıyla sunulan hizmetlerin tamamına denilmektedir.

Geleneksel anlayışta sağlık ve sağlık hizmetleri sağlık çalışanları tarafından hastane ortamlarında sunulan hizmetler olarak algılanmıştır. Oysa sağlık hizmetleri birçok sektörler arası disiplinin ortaklaşa işbirliğini gerektirmektedir. Akdur' a göre çağdaş sağlık hizmetinin ilkeleri şu şekildedir:

- Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler diye birbirinden ayrılamaz. Kişinin hastalığı, sağlıklı dönem diye bilinen dönemdeki birikimlerin sonucudur,
- Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve koruma tedaviden daha önemlidir,
- Kişi ve çevresi (fizik, biyolojik, sosyal) bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı, çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
- Bir toplumda en sık görülen hastalık en önemli hastalıktır.
- Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir
- Sağlık hizmeti, birçok sektörün hizmetinden etkilenen, bir ekip hizmetidir (Akdur, 2006).

2.1.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Şekil 1 de görüldüğü gibi sağlık hizmetleri, genel olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç sınıfa ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve insana yönelik olarak sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sunulmaktadır. Aynı şekilde rehabilitasyon hizmetleri de sosyal ve tıbbi rehabilitasyon olarak iki şekilde sunulmaktadır.



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Nur Tuncel, Şanlı Türkan, Peker Müeyyet, Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:568, Eskişehir, 1993

2.1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en etkili ve kestirme yolu koruyucu sağlık hizmetlerini iyi bir şekilde sunmakla mümkündür. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Toplum üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir (Yıldırım, 1994).

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: İnsan sağlığını olumsuz etkileyen etmenlerin ortadan kaldırılması hizmetidir. İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre etmenlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümüdür.

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaş gibi hizmetler çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden bazılarıdır.

Bu hizmetler sağlık sektörü dışındaki diğer sektörler tarafından sunulmaktadır. Sağlık sektörünün, bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir (Akdur, 2006).

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bireyleri ve ona bağlı olarak toplumu hastalık etkenlerine karşı korumak için yapılan tüm çalışmalardır. Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır (Batirel, 1986). Bu başlık altında sayılabilecek hizmetlerin başlıcaları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Erken tanı,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması.

İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan

hizmetlerdir. Akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere öncelik ve önem verilmesi gerekir.

Avrupa Birliğine üye ülkelerde, tedavi edici hizmetlerin finansmanı ve sunumunda ülkeden ülkeye büyük farklılıklar gözlenirken, koruyucu hizmetler alanında hemen hemen üye ülkelerin tamamında hizmetler hem kamu kaynaklarından finanse edilmekte hem de kamu kuruluşları tarafından yürütölmektedir. Çöplerin toplanması, içme ve kullanma suyu sağlanması gibi özel şirketler eliyle yürütölen hizmetlere de rastlanmakta ise de bu tür uygulamalar çok enderdir (Akdur,2006).

2.1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlığını kaybetmiş bireyleri tekrar sağlığına kavuşturmak için sunulan hizmetlere tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonraki aşamaları kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturmaktadır ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içermektedir. Ancak hastanın tedavi edilmesi sonucu verimliliğinde meydana gelen artış sosyal faydası olduğunu da göstermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireylerin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimlilik artışıyla milli gelire katkıda bulunur (Aktan, Işık, 2007). Tedavi yöntemine ve tedavinin uygulandığı yere göre birinci basamak ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri diye üç grupta sunulur.

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir (sağlık Ocakları, dispanserler) (Sağlık Bakanlığı [SB], 2001). Genellikle ilk başvuru olan sağlık merkezleridir.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda yatırılarak tedavileridir (SB, 2001). Örnek olarak Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, genel amaçlı özel hastaneler verilebilir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkânlarla sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir (SB, 2001). Tüm özel dal hastaneleri, üniversite hastaneleri ve sağlık bakanlığına bağlı eğitim hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetinin sunulduğu kurumlardır.

Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık profesyonelleri tarafından sağlık sektöründe yürütülen hizmetlerdir. Hizmet sunumunda etkinlik ve ekonomikliğin sağlanabilmesi ve hizmet sunucular ile faydalananların memnuniyeti açısından sağlık sisteminin yukarıda açıklanan basamaklar halinde örgütlenmiş olması ve aradaki sevk zincirinin iyi oluşturulması gerekmektedir (Akdur, 2007).

2.1.3.3 Rehabilitasyon Hizmetleri

Doğuştan veya daha sonra oluşan kalıcı fiziksel veya ruhsal bozuklukların bireyin yaşantısındaki olumsuzluklarını ortadan kaldırmak için verilen hizmetlerdir. Ruhsal ve fiziksel sakatlığı olan bireylerin özel ihtiyaçları ve sorunları vardır. Rehabilitasyonla özel ihtiyacı olan bireylerin ihtiyaçları karşılanarak kendilerinin ve ailelerinin yaşamlarına kaliteli bir şekilde devam etmelerine çalışılmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon hizmeti olarak iki şekilde sunulur (Öztek, 2001).

Tıbbi Rehabilitasyon: Doğuştan, hastalık ya da kaza sonrası bazı organların işlevleri bozulabilir. Tıbbi rehabilitasyon işlevi bozulan organın fizik tedavi, protez vb tıbbi yöntemlerle işlevinin kısmen veya tamamen sağlanması için sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler sonrası bireyler günlük yaşamlarını sınırlı da olsa devam ettirebilme olanağına kavuşmuş olur. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sağlık çalışanları tarafından sunulur.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre Türkiye de yaklaşık olarak 7,5 milyon kişinin özürlü olduğu tahmin edilmekte ve bu da nüfusun %11,7'sini oluşturmaktadır. Bu durum Türkiye açısından rehabilitasyon hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu açıdan oluşturulacak sağlık politikaları, öncelikle özürlü nüfusun artmaması için alınacak önlemler ve özürülülerin rehabilitasyonu ile verimli olabilmelerinin sağlanması şeklinde planlanmalıdır. (Devlet planlama teşkilatı [DPT],2001)

Sosyal Rehabilitasyon: Bireylerin iş yapmaya engel olan bir sakatlığı varsa geçimlerini sağlayabilecekleri bir iş bulmaları oldukça zordur. Ancak herhangi bir sakatlığı olan bireylerin topluma ve ailelerine yük olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için sağlık durumlarına uygun bir işe yerleştirilmeleri gerekir. Aynı şekilde, önceden sağlıklı olan ve çalışan bir kişinin daha sonra herhangi bir hastalık ya da kaza nedeniyle engelli hale gelmesi durumunda da kendisine yapabileceği diğer bir işin verilmesi/işinin değiştirilmesi gerekir. Benzer şekilde hiç çalışamayacak durumda olan kişilerin bir kurumda bakılmasına gereksinim vardır. Sosyal hizmetler kurum ve personeli tarafından iş bulma, işe uyum, çalışamayacak olanlara bir kurumda bakılması gibi sunulan hizmetler sosyal rehabilitasyon hizmetleridir.

2.1.4 Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin yapısından kaynaklanan kendine özgü bir takım özellikleri vardır. Diğer sektörlerden farklı olan bu özellikler sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında alınıp satılmasına engel teşkil etmektedir. Kamunun müdahalesini zorunlu kılan bu özellikler aşağıda açıklanmaya çalışılacaktır.

2.1.4.1 Dışsallık Özelliği

Genel bir tanımla dışsallık, bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi olarak tanımlayabiliriz. Özel fayda ile birlikte sosyal faydası olan mal ve hizmetlerin piyasada eksik üretilmesi; aynı şekilde özel maliyet ile birlikte sosyal maliyeti olan mal ve hizmetlerin aşırı üretilmesi dolayısıyla optimum kaynak dağılımı gerçekleşmemektedir (Işık, 2005). Ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kıt kaynakların etkin bir şekilde dağılımının sağlanması açısından dışsallıkların önlenmesi gerekmektedir. Tüberkülozlu veya gripli bir hastanın tedavi edilmesiyle bu hastaların hastanede veya toplumun genelinde hastalığını yayması önlenmiş olur. Bu şekilde tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetlerine sadece hasta katlanmakta onun dışındakiler de bu müdahalenin pozitif dışsallığından yararlanmaktadır.

Sars ve kuş gribi gibi salgın hastalıklarda gözlendiği gibi az sayıda kişiyi etkilese bile bulaşıcı özelliğinden dolayı üretim aktivitesi üzerinde yıkıcı bir etki yaratabilmektedir. Aynı şekilde bir çalışanın ev halkından birisi hasta ise çalışanın emek verimliliğinin eksiksiz olduğu söylenemez. Çünkü hem hasta olan yakınının tedavisi için zaman ayırmak zorunda kalması hem de psikolojik olarak etkilenmesi çalışanı verimsiz yapacaktır. Bu gibi örnekler, sağlıksızlığın sadece bireysel düzeyde etkileri olan bir etmen olmadığını, buna ek olarak bireysel sağlıksızlıkların toplamının bir dışsallık etmeni olarak sağlıklı emek gücünün verimliliğini etkileyebildiğini göstermektedir (Yetkiner, 2006).

Devletin sağlık sektörüne müdahale etmesi veya faaliyette bulunmasının gerekçelerinden birisi olarak sağlık hizmetlerinin yaymış oldukları dışsallıklar gösterilmektedir (Stiglitz, 1988). Piyasa tercihlerine bırakıldığında yetersiz miktarda üretim yapılacağından etkin düzeyde üretim gerçekleştirilemez, birey ve toplum açısından refah kayıpları ortaya çıkar (Işık,2005).

Tüketimleri sonucu dışsal fayda sağlayan mal ve hizmetler yararlı mal olarak tanımlanmaktadır. Kamusal mal ve hizmetlerin potansiyel dışsallıklarından toplumdaki herkesin yararlanmasının sağlanması için sağlık hizmetinin sosyalize edilmesi gerekmektedir. Sosyalizasyon; vatandaşların tamamına gelir düzeylerinden bağımsız bir şekilde belli mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın verilmesidir (Şener, 2001). Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri birçok ülkede sosyalizasyon kapsamında yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalize edildiğinde toplumsal sağlık sorunlarının azalması sağlanmaktadır. Bu sayede sağlık harcamaları azaltılarak tasarruf yapılmaktadır (Altay, 2007).

2.1.4.2 Kamusalılık Özelliği

Çağdaş anlamda kamusal mal kavramı ilk kez Samuelson tarafından tanımlanmıştır. Samuelson'un tanımına göre kamusal mallar; bireylerin herhangi birisinin tüketimi nedeniyle, diğerlerinin aynı malı tüketme olanağının azalmadığı birlikte ve eşit tüketilen hizmetlerdir (Şener,2001). Tam kamusal mallar toplumdaki bireyler tarafından birlikte ve eşit tüketilen, fiyatlandırılmayan mallardır ve sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mal niteliği taşımaktadır. Örneğin bir bataklığın neden olduğu sağlık sorunları bataklığın kurutulması ile önlenebilir. Bu durumda bataklığın kurutulması ile doğan yarar kişilere tek tek paylaştırılmaz ve herkes eş anlı olarak yararlanır. Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır (Şenatar,2003).

Tüketimleri sonucu bireylere özel fayda sağlamaları yanında topluma yoğun olarak dışsal fayda sağlayan mal ve hizmetlere yarı kamusal mal ve hizmetler denilmektedir. Bu tür mallar bölünebilir ve pazarlanabilir özelliği ile özel mala benzerken birlikte tüketim ve yoğun dışsallığından dolayı tam kamusal mal özelliği gösterir (Şener, 2001). Sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmeti dışında kalan bölümü alınıp satılabilir niteliktedir. Yani sağlık hizmetinin piyasaya bırakılması olanaklıdır, ancak piyasa mekanizmasının

işleyişi çeşitli sakıncalar yaratacaktır, dolayısıyla sağlık hizmetlerinde “piyasa başarısızlığı” çok önemli bir sorundur (Şenatalar, 2003).

Piyasa tam etkin olarak çalışsa bile varolan gelir eşitsizliğinden dolayı devletin sağlık piyasasına müdahalesi gerekebilir. Geliri yetersiz diye hiç bir kişi ihtiyacı olan sağlık hizmetinden mahrum edilemez. Tüm dünya üzerinde ki genel kabul herkesin asgari düzeyde sağlık hizmetine ulaşma konusunda bir hakka sahip olmasını ve bunun da kamu tarafından sağlanması yönündedir (Stiglitz, 1988).

Sağlık aynı zaman da küresel bir kamu malıdır. Hem ulusal düzeyde hem de sınır ötesi dışsallığının olması sağlığa küresel kamu malı olma özelliği kazandırmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar küresel nitelik taşımaktadır. Sağlık konusunda en çok üzerinde durulan konu, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesidir. Tarihi süreçte kolera, sıtma, veba, yakın tarihte kuş gribi, domuz gribi gibi bulaşıcı hastalıklar birçok insanın ölmesine yol açmıştır. Küresel sağlık hizmetlerinin etkin düzeyde sunulmaması, yakın zamanlarda ortaya çıkan salgınları yaratmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkilerini arttırmak için başka küresel kamusal malların üretiminin de artırılması gerekir. Örneğin, fakirliğin önlenmesi, gıda emniyeti, temiz suya ulaşım imkânlarının artırılması gibi (Mutlu, 2006).

2.1.4.3 Sağlık Hizmeti Talebinin Farklı Oluşması

Talep satın alma gücü ile desteklenmiş satın alma isteğidir (İyibozkurt, 1994). Satın alma isteğini oluşturan durum ise ihtiyaçtır. İhtiyaçlar satın alma gücü ve satın alma isteği ile desteklenerek talebe dönüştürülmektedir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç ise satın alma gücüne ve satın alma isteğine bağlı olmadan talebe dönüşmektedir (Mazgit, 1998).

Sağlık hizmetlerinin talebi tesadüfî olarak gelişir. Zamanı, miktarı, kim tarafından ve nerede talep edileceği kolayca belirlenmemektedir. İhtiyaç konusu olan talep düzenli ve sürekli olmaktan çok öngörülemeyen niteliktedir.

Bulaşıcı bir hastalık veya kalp krizi aniden gelişen bir durumdur ve sağlık hizmeti talebi yaratır, önceden planlanıp talep edilmesi mümkün değildir (Aktan, 2007). Sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran temel farklılık aslında bu sektördeki “belirsizliğin yaygınlığıdır”. Belirsizlik ve bilgi asimetrisinin mevcut olması hizmet sunanlara (hekimlere) hizmet sundukları konulara ilişkin yapay talep yaratma gücü vermektedir (Tepav, 2008). Sağlık hizmetlerinde sadece koruyucu sağlık hizmetleri planlanabilir ve talep yaratılabilir hizmetlerdendir. Tüketici talebinin önceden tahmin edilebildiği sektörlerde kaynak tahsisi daha etkinlikle gerçekleşir. İşte bu nedenle sağlık piyasaları içinde özel ve kamu kesimine ait olan sigorta kurumlarına ihtiyaç meydana gelmektedir (Işık, 2005).

Sağlık hizmetlerinin arzı talebi artırmaktadır. Sağlık hizmeti talebinde hizmete ulaşımında herhangi bir engel yoksa talep artar ancak hizmete ulaşım kolay değilse sağlık durumunun önemine göre talep ertelenebilir. Daha önce mevcut olmayan bir sağlık tesisinin kurulması ertelenmiş talepleri aktifleştirip ek talep yaratır. Sağlık hizmetine ulaşım kolaylaştıkça bireyler daha önce önemsenmedikleri hastalıklarını da gidermek isteyeceklerdir (Mazgit, 1998).

Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği yüksektir. Yapılan çalışmalar sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamalarının (2002-2003) analiz edildiği çalışmada, yıllık kişi başı gelir dilimlerine göre yapılan sağlık harcamalarında nüfusun %22,65’lik bir kısmını oluşturan birinci gelir dilimi (0-250 TL) toplam sağlık harcamasının 15,13’ünü gerçekleştirmiştir. %14,46’sını oluşturan beşinci gelir diliminin (2.250 ve üzeri) ise sağlık harcamalarının %23,23’ünü gerçekleştirdiği görülmüştür (SB, 2006). Bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda da, benzer sonuçlar bulunmuştur. Yıldırım tarafından yapılan bir çalışmada, 1980-1992 döneminde sabit fiyatlarla GSMH %79 artarken sağlık harcamalarının %135 arttığı belirtilmiştir. Aynı çalışma da sağlık harcamalarının milli gelir esnekliği 1,44 olarak bulunmuştur (Yıldırım, 1994).

Sağlık hizmetlerinin talebinin fiyat esnekliği düşüktür. Çünkü sağlık hizmetlerinin ikamesi söz konusu değildir ve tüketimi zorunludur. Ancak tıbbi kaygılardan çok estetik kaygılarla alınan bazı sağlık hizmetlerinin (estetik ameliyatlara, lens gibi) göreceli olarak fiyat esnekliği yüksektir (Mazgit, 1998).

2.1.4.4 Sağlık Hizmeti Arzının Farklı Oluşması

Arz, belirli bir anda çeşitli fiyatlar karşısında üreticilerin satmaya hazır olduğu miktarlar olarak tanımlanmaktadır (İyibozkurt, 1994). Piyasa koşullarında arzı belirleyen faktörler, malın fiyatı, üretim faktörlerinin fiyatı, diğer malların fiyatı, teknolojik gelişmeler, vergi ve sübvansiyonlar, geleceğe yönelik beklentiler, piyasanın özellikleri gibi değişkenler sayılabilir. Sağlık hizmeti arzı diğer sektörlerden farklı şekilde oluşmaktadır. Sağlık piyasasında yapılan mal ve hizmet arzının sınırlı olması, fiyat ve patent konularında yasal sınırlamalar, ulusal ve uluslar arası tekellerin varlığı vb arzın farklı oluşmasına neden olmaktadır (Işık, 2005).

İnsanların olduğu her yerde sınırlı düzeyde de olsa sağlık hizmeti arzı mümkündür. Sağlık hizmeti arzını oluşturan unsurlar birbirini tamamlayıcılık özelliği gösterir. Öncelikle sağlık hizmetlerinin arzı farklı meslek grupları arasında işbirliği gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri yapısı gereği, tıp, eczacılık, kimya, işletmecilik, mühendislik, elektrik- elektronik, ekonomi, sosyoloji, psikoloji, bilgi-işlem gibi birçok farklı dalın birlikte çalıştığı bir alandır. Bu farklı alanlardaki meslek mensupları sağlık hizmeti üretiminde birbirlerinin tamamlayıcısı konumundadırlar (Mazgit, 1998).

Sağlık sektörüne giriş serbest değildir. Mesleki ve kurumsal bazda belirli koşulların oluşması gerekmektedir (Eğitim, meslek kuruluşuna kayıt, yeterli ekipman) Sağlık hizmetlerinde rekabet hizmetin insani boyutundan dolayı sınırlıdır. Özellikle doktorlar arasındaki rekabet meslek ahlakı nedeniyle hoş karşılanmaz ve yasalarla sınırlandırılmıştır Ancak bu sınırlamalar hiç rekabet olmadığı anlamına gelmemektedir. Özel sektör tarafından sunulan hizmetlerde lüks otelcilik hizmeti, doktorları etkilemeye

yönelik ilaç promosyonları gibi sektörün kendine has yöntemleriyle rekabet oluşturulmaktadır (Tokgöz, 1979).

Sağlık hizmetleri üretimi bilgi yoğun ve kullanılan teknolojilerde sürekli gelişme göstermektedir. Bu durum sağlık hizmeti sunucularının uzun bir eğitim döneminden geçmesini ve eğitimin sürekli olmasını gerektirmektedir. Sağlık insan gücü sağlık hizmeti arzının nitelik ve niceliği açısından belirleyicisi olduğundan sağlık çalışanlarının istenildiği zaman ve istenildiği kadar artırılması kolay olmamaktadır. Sağlık insan gücü, fiziki altyapı, kullanılan teknoloji, fiyat ve fiili kapasitenin kullanım oranı sağlık hizmeti arzını belirlemektedir ve arz esnekliği yüksek değildir (Mazgit, 1998).

2.1.4.5 Asimetrik Bilgilenme

İlişkiye konu olan bir işlem veya alışverişte bir tarafın diğerine göre görece olarak daha fazla bilgiye sahip olması asimetrik bilgiyi ortaya çıkarmaktadır. Doktorlar genel olarak hasta grubuna göre daha fazla bilgi sahibidir (Işık, 2005).

Sağlık hizmetleri piyasası homojen bir piyasa değildir. Sunulan malın homojen olmaması, malın piyasası hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına neden olacaktır. Rekabetçi piyasalarda bireylerin tam bilgi ile rasyonel davrandıkları kabul edilir. Ancak sağlık hizmetlerinin tüketimi konusundaki tercihlerin rasyonelliği şüphelidir. Sağlık hizmetleri piyasasında bireyler tam ve iyi bilgilendirilemedikleri için, düşük fiyatın daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir malın göstergesi olduğundan emin olamayabilirler (Altay, 2007).

Sağlık hizmetinde tam bilgiye yalnızca hekim sahiptir. Tüketici konumunda ki hastalar tekrar aynı sağlık hizmetini alsalar bile bilgi düzeylerini geliştirmeleri pek mümkün değildir. Bu nedenle sağlık hizmeti için üretici (hekim) ve tüketici (hasta) arasında uzun süreli bir güven ilişkisinin

kurulması gerekir. Başka bir ifade ile piyasa sistemindeki tüketicilerin alacakları mal ve hizmeti seçme hakkının sağlık hizmeti için geçerliliği yoktur (Belek, 2001).

Sağlık hizmetinin süresini ve kapsamını da doktor tespit etmektedir. Hastanın hastanede yatma süresi, verilecek ilaç ve diğer konuların tamamen sağlık hizmeti verenler tarafından verilmesi ile tüketicilerin inisiyatifi ortadan kalkmaktadır. Birey verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz, pazarlık yapamaz, sağlık hizmetini deneme şansı da yoktur. Diğer sektörlerde de mevcut olmakla birlikte asimetrik bilgi sağlık sektörün de daha fazladır (Saltık, 1995).

2.1.4.6 Sağlık Hizmetinin İkame Edilememesi

Piyasa koşullarında bireyler ihtiyaçlarını karşılayacak mal ve hizmetlerin fiyatlarına bakarak bütçelerine uygun olanı tercih ederler. A malının maliyeti onu satın almak isteyen bireyin bütçesini zorluyorsa, aynı ihtiyacı giderecek daha uygun fiyatlı B malını tercih edebilir. Ancak sağlık hizmetlerini yapısı gereği bir hizmetin başka bir hizmetle ikamesi mümkün değildir. Örneğin bir kalp kapakçığı ameliyatının maliyeti yüksek olduğu için onun yerine, daha düşük maliyetli diye çürük dişlerin bakımı ve onarımı yaptırılamaz (Saltık, 1995).

Sağlık hizmetlerinin ikamesi söz konusu olamadığı için sağlık hizmetlerinin tamamen özel sektöre bırakılması, aynı zamanda kişilerin sağlık hizmetini almasını para ya da sağlıkla ilgili güvenceye sahip olma ön koşuluna bağlamaktadır. Sağlık hizmeti alması gereken bir hastanın parası olmadığı için sağlık hizmeti alamaması sağlığın temel insan hakkı olduğu kabulünün yok sayılması anlamına gelmektedir (Pala, 2007).

2.1.4.7 Sağlık Hizmetinin Ertelenememesi

Sağlık sorunu ortaya çıktığı zaman en kısa sürede sağlık hizmeti alınması gerekmektedir. Hizmet alımının ertelenmesi telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilir (Aktan, Işık,2007).

Sağlık dışındaki sektörlerde bireyler ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli zamanı ya da maddi imkânı yoksa bekleyebilirler. Gerekli para ya da maddi karşılık ile zaman ayarlamalarını yapabilirler. Ancak gerek acil durumlar da gerekse rutin uygulamalar için sağlık hizmetlerinin ertelenmesi kişinin hastalığının daha kötüye gitmesine neden olduğu gibi sakat kalmasına hatta yaşamını yitirmesine bile neden olabilir. Bu nedenle kişinin gereksinim duyduğu zamanda ve her hangi bir etmene bağlı olmaksızın sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır (Pala,2007).

2.1.5 Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, toplumun tamamının sağlık hakkını etkileyen, sağlık sektörünün kapasitesini belirleyen, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre sağlık politikalarını etkileyen önemli bir göstergedir.

Gelişmiş bir sağlık sistemi, ekonomik büyüme ve toplum refahının yükselmesi için anahtar olarak görülmektedir. Ancak iyi bir sağlık sisteminin temelini oluşturan yeterli kaynağın olmaması artan sağlık harcamalarını karşılamak için ülkeleri zor durumda bırakmaktadır. Birçok OECD ülkesinde sağlık harcamalarının büyük bir kısmı vergi gelirleri ve zorunlu katılım payları ile finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış devam ettiği müddetçe ülkeler vergi oranlarını yükseltmek, diğer alandaki harcamalarını kısmak ya da şuan ki sağlık bakım sistemini devam ettirebilmek için bireyler cepten daha fazla ödeme yapmak zorunda kalacaklardır. Nüfusun yaşlanması ve teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarını daha çok artıracığından hükümetler üzerindeki baskıda artarak devam edecektir. OECD'nin 1990-2004 yıllarını kapsayan ve 2006 yılında yayınlanan verilerine göre sağlık

harcamaları GSMH'dan daha hızlı artmaktadır. Ortalama olarak 1990 yılında GSMH'nin %7 olarak hesaplanmışken 2004 yılında %9 'a yaklaşmıştır (OECD, 2007).

2.1.5.1 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Artan sağlık harcamalarının hangi nedenlerden kaynaklandığını tespit etmek, sağlık sistemlerinin planlaması açısından çok önemlidir. Artışa neden olduğu düşünülen faktörler arasında yaşlı nüfusun artması, ekonomik büyüme ile beraber gelirin artması, eğitim düzeyinin artması, sağlığın finansmanında kullanılan sigorta sisteminin yaygınlığı ve yeni teknolojilerin kullanılmaya başlanması sayılmaktadır.

2.1.5.1.1 Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Sağlık hizmetlerinin çoğu kamu kesimi tarafından sunulan kamusal mallar niteliğindedir. Kamusal mallar gelir esnekliği yüksek mal grubunda yer aldıkları için talep edilen miktarları gelirdeki artışa bağlı olarak her fiyat seviyesinde artacaktır. Kişisel gelirdeki bir birimlik artış kamu hizmeti talebinde daha fazla bir artışa dolayısıyla da sağlık harcamalarının artışına neden olacaktır (Arısoy, 2005).

Sağlık harcamasının gelir esnekliğini tahmin etmek ve yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamasının daha esnek olup olmadığının belirlenmesinin amaçlandığı bir çalışma da sağlık harcamalarını açıklayan en önemli faktörün gelir olduğu ve yüksek gelirli ülkeler de sağlık harcamasının daha esnek olduğu bulunmuştur. Kişi başına GSYİH' de 100 US\$ artış kişi başına sağlık harcamasını 10.99 US\$ artırmaktadır (Şanlıalp, 2008).

Kişilerin gelir düzeyi artıkça daha iyi yaşam koşulları için sağlık hizmeti taleplerini artırmaları beklenen bir durumdur. Özellikle özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan talep gelirle doğru orantılıdır. Bireyler yeni

teknolojilerden yararlanmak, sıra beklemeden ve istedikleri zaman muayene olabilmek, daha iyi fiziki şartlara sahip yerlerden hizmet almak gibi nedenlerle daha fazla ücret ödeyerek sağlık hizmeti alabilirler. Ayrıca kişisel gelir artıktça sosyal güvenlik kurumlarının sigorta kapsamı dışında tuttuğu bazı sağlık hizmetleri (estetik ameliyatlar) talebi de artmakta ve sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Gelir düzeyindeki artış sağlık harcamalarını artırmaktadır ancak düşük gelir düzeyi de sağlıksızlığı artırmaktadır. Kötü sağlık koşulları ile gelir düzeyi arasında bir paralellik mevcuttur. Birçok kötü alışkanlıkların temelinde fakirlik yer almaktadır (Alkol, sigara, yasadışı ilaçlar) Aynı şekilde anti sosyal davranışlar, artmış yiyecek güvensizliği fakirlikle ilişkilendirilmektedir (Öztürk, Günay, 2000). Epidemiyolojik çalışmalar yaşam biçiminin toplumların sağlık durumlarını etkileyen en önemli etmen olduğunu göstermektedir. Yaşam biçimini etkileyen en önemli etmenler ise gelir ve eğitimidir. Gelir ve eğitim dışında sunulan sağlık hizmetinin niteliği, çevresel koşullar ve genetik yapı toplumun sağlık durumunu etkilemektedir (Pala, 2007).

Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırmasına göre bir sağlık sorunu yaşadıklarında sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmama durumunun tespitinde toplam 1.802.133 kişinin (11.609.154 kişinin % 15,5) %60'nın tedavi için yeterli paraya sahip olmadıkları için hastalandıklarında hiçbir şey yapmadıkları tespit edilmiştir. Aynı araştırmada kişi başı gelir artıktça tedavi olmayanların oranının düştüğü görülmüştür (SB, 2006)

2.1.5.1.2 Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Eğitimle sağlık bilincinin yükselmesi, sağlığa verilen değeri artırmaktadır. Bireyler sağlıklı bir yaşamın önemini daha iyi anlamaktadır ve böylece sağlık hizmeti talebi artmaktadır. Gelişmişlik düzeyine paralel olarak iletişim olanaklarının da gelişmesiyle sağlık konusunda ki duyarlılık insanları daha yaygın ve kaliteli hizmet almaya yönlendirmektedir (Işık, 2005).

Eğitimde gelirle paralel olarak sağlığın önemli belirleyicilerindedir. Çocukluk döneminden itibaren beslenme ve çevre koşullarıyla birlikte yüksek düzeyde eğitim alan çocuklar gelirdede olduğu gibi sağlıkta da daha iyi durumdadırlar (Öztürk, Günay, 2000).

Eğitilmiş, sağlık bilinci gelişmiş, dolayısı ile çevre temizliğine ve beslenmesine dikkat eden, koruyucu hizmetleri de talep eden ve kullanan topluluklar daha az hastalanır, dolayısı ile de daha az temel sağlık harcaması yaparlar. Ancak toplumların eğitim düzeyi yükseldikçe, tedavi edici sağlık hizmetleri anlayış ve beklentileri de çok değişir. Eğitim düzeyi yüksek toplumlar bir yandan daha çok sağlık hizmeti tüketirken öte yandan da sağlık hizmetlerindeki işlem kaliteye ve kullanılan teknolojiye daha çok dikkat ederler. Bu durum yönetimce uygulanan sağlık politikasından bağımsız olarak sağlık harcamalarının düzeyini arttırır (Akdur, 2008).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmaya göre hiç okula gitmemiş olan bireylerin %54'ü kişi başi gelir dilimine göre birinci ve ikinci gelir diliminde, lisansüstü eğitim yapmış olanların yaklaşık %74'ü beşinci gelir diliminde yer almıştır. Gelir düzeyi artıkça sağlık hizmeti talebinin arttığını yukarıda belirtmiştik. Böylece eğitim düzeyindeki artışla birlikte sağlık harcamalarını arttığını söyleyebiliriz. Aynı çalışma da sağlık hizmeti kullanımı sırasında başvuru alan yerin dışından alınan hizmetler için toplam cepten harcama miktarına bakıldığında temel eğitim almış kişiler en düşük harcamayı yaparken lise ve üniversite mezunları en yüksek harcamayı yapan gruplar olmuşturlar. Başvuru alan kurum dışından alınan ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz, laboratuvar ve teğhis görüntüleme hizmetleri için ödeme yapılmıştır (SB, 2006).

Sağlık bilincinin gelişmesi ve sağlığın global bir kamu malı olarak görülmesi uluslararası kuruluşlar aracılığı ile sağlık harcamalarının arttırmaktadır. Dünya Bankası, istikrar programı uygulayan ülkelerde kullandırdığı proje kredileri için, özellikle sağlık ve sosyal korunma

alanlarında belirli bir harcama miktarının yapılmasını şart koşmaktadır. (Temür, Bakırcı, 2008).

2.1.5.1.3 Teknolojik Gelişmeler

Dünya Sağlık Örgütü sağlık teknolojisini; bir sağlık probleminin çözümüne önemli katkıda bulunabilen, kullanıcılarıyla birlikte metotların, tekniklerin ve donatımın bir birleşimidir şeklinde tanımlamaktadır. 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren sağlık hizmetleri teknolojiye bağımlı hale geldiği söylenebilir. Vücut sıvılarının yapısını çözümleyen biyokimya alanındaki gelişmeler, teşhis ve tedavi amaçlı radyodiyagnostik ve radyoterapik cihazlar, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans (MR)., sintigrafi, pacemaker, hemodiyaliz cihazları, defibrilatör, suni solunum cihazları gibi sayısız teknolojik cihaz kullanılmaktadır. Bu gelişmenin hızlanarak ve yeni uzmanlaşmalara yol açarak yoğunlaştığı, sağlık kuruluşlarının karmaşık teknik donatımlı yerler haline aldığı, sağlık hizmetlerinin pahalı bir endüstriye dönüştüğü gözlemlenebilmektedir (Sargutan, 2005).

Teknolojik ilerlemenin maliyet azaltıcı bir etkisi olduğu düşünülür. Ancak sağlık hizmetlerinde durum biraz farklıdır. Sağlık sektöründeki teknolojik gelişme hastaların sağlık durumunu iyileştirme becerisinde bir artış şeklinde kendini gösteriyorsa, o zaman teknolojik gelişme bu hizmetlere olan talebi arttıracaktır. Bu durumda, toplam harcamalar artabilecektir (Newhouse, 1977).

Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olmasına rağmen, koruyucu sağlık hizmetlerinde, tanı ve tedavi hizmetlerinde oldukça yoğun bir şekilde teknolojik cihazlar kullanılmaktadır. Özellikle tedaviye yönelik yüksek teknoloji içeren yeni tedavi araçlarının gelişmesi de sağlık hizmetlerinin maliyetini yukarı çekmektedir (Tepav, 2008). Sağlık sektöründe kullanılan teknoloji hizmet kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Dört boyutlu bir ultrason cihazı

ile iki boyutlu bir ultrason cihazının bireyin sağlığını değerlendirirken katkıları farklı olduğu gibi maliyetleri de bir o kadar farklıdır.

Sağlık teknik ve teknolojilerinin, üreticiler bakımından çok çekici bir pazar olması sebebiyle, satın alma karar ve yetkisine sahip kişi ve kuruluşlar üzerinde, üreticilerden kaynaklanan yoğun bir baskı, yönlendirme ve propaganda mevcuttur. Bu amaçla yönlendirilen medya, bilim çevreleri, kullanıcılar, sağlık görevlileri, yöneticiler, hastalar ve kısaca tüm toplum, hissi yaklaşımların yarattığı baskıya eklenen bu ikinci baskıyla, rasyonel düşünme ortamından uzaklaştırılabilmektedir. Böylece teknolojinin gereksiz ve yanlış kullanımı tıbbi ve mali olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ülkelerin sağlık idareleri artan maliyetler karşısında sağlık teknik ve teknoloji uygulamaları konusunda, öncelikle, konunun insan hayatı ve sağlığı ile alakalı olması, sonra da, eldeki kısıtlı malî kaynaklardan, bu uygulamalar için ek harcama yapmak zorunda kalmaları şeklinde özetlenebilecek, birbirinin zıddı iki kuvvetli etki altında politika belirlemek zorunda kalmaktadırlar (Sargutan, 2005).

2.1.5.1.4 Yaşam Süresinin Uzaması

Dünya Sağlık Örgütü yaşıllığı; Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamıştır. Uyum sağlama yeteneğinin azalmasıyla birlikte yaşlanan nüfusun gereksinimleri de değişmektedir. Yaşlılar sık hastalanmakla birlikte birkaç sağlık problemini birlikte göğüslemeye çalışmaktadırlar. Kronik hastalıkların daha fazla görölmesiyle birlikte sağlık merkezlerine başvuru artmakta ve daha uzun süre hastanede yatırılmaktadırlar (Kutsal, 2003).

Sağlık hizmeti kullanımı 60 yaş üzerindeki nüfusta 20 yaş altındaki nüfusa göre üç kat daha fazladır. Dünya nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlandığı ve bu trendin devam edeceği görölmektedir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda 65 yaş üzerindeki nüfus toplam

nüfusun % 20-25 iken sağlık harcamalarının yarısı bu kesime yapılmaktadır (Belek, 2001).

Yaşam beklentisinin her 5 yılda 1 yıl artacağı öngörüldüğüne göre yaşlı insanları aktif kılmak ve bunlara sağlık ve sosyal yönden destek vermek için toplumun güçlendirilmesi gerekmektedir. Gerek yaşlı nüfus payının artmış olması ve gerekse bu gurubun sağlık sorunlarının daha yoğun olması nedeniyle sağlık sektörünün hizmetleri içinde yaşlı nüfusa verilecek hizmetlerin payı ve bu hizmetlerin maliyeti çok artmıştır. Bu nedenle de, sağlık sektörünün yaşlı nüfusun sorunlarına yanıt verecek nitelikte olması günümüz sağlık politikalarının vazgeçilmez ilkelerinden biri haline gelmiştir (Akdur, 2006).

Yaşlı bireylerin önceki yetilerini geri kazanmaları için uzun bir süreye ihtiyaç vardır. Kronik hastalıklar ve özürülükteki dramatik artışlar nedeni ile uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, bakımevleri, vb) duyulan gereksinim artmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım evlerindeki yatak sayısının hastaneleri geçtiği bildirilmektedir. Araştırmalara göre bakımevinde kalan her bireye karşılık toplum içinde 2-3 birey profesyonel olan ya da olmayan bireyler tarafından bakılmaktadır. İnsan yaşamı uzadıkça sağlık harcamaları artmakta, yaşlılar tüketici bir nitelik kazanmakta, üretime katkı payları azalmaktadır (Kutsal, 2003).

Türkiye'de bugün 65 yaş üstü yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı % 7'dir. 10 yıl sonra bu oranın % 10-11 düzeyine çıkacağı tahmin edilmektedir. Sağlığa erişimin artması ve nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık harcamalarının birim maliyetleri artacağından bu durum Türkiye açısından da önem arz etmektedir (Tepav, 2008).

2.1.5.1.5 Sosyal Güvenlik Ve Sağlık Sigortası Sistemin Yaygınlığı

Sağlık sigortaları, hastalık riski ile ne zaman karşılaşılacağına bilinmemesi ve hastalık ile karşılaşıldığı anda tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri nedeniyle bireyleri güvence altına almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden biri olan sigorta, hem kamu hem de özel sektörde sıklıkla başvurulan yöntemlerden biridir (Tiryaki, Tatar, 2000).

Finansman yöntemi sağlık hizmeti talebinin ve dolayısıyla sağlık harcamalarının belirleyici unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. Alınan sağlık hizmetinin bedeli bir mali kuruluş aracılığı ile ödeniyorsa kişilerin hizmet talep katsayısı yükselmekte doğrudan ödemenin olduğu durumlarda ise hizmet talep katsayısı düşmektedir. Özellikle düşük gelir grubunda hastalık riski yüksek olmasına rağmen, alınacak olan hizmetin bedelini doğrudan ödeme söz konusu ise talep yetersiz kalabilmekte ve ihtiyaç tam olarak fiili talebe dönüşmemektedir. Türkiye sağlık hizmetleri kullanım araştırması sonuçlarına göre, sağlık hizmeti kullanımından doğan harcamaların sigorta veya başka bir üçüncü kurum tarafından ödenmesi durumunda hizmet talep katsayısı (SSK; 3,59 - TC Emekli Sandığı; 4,59) daha yüksek iken sigortasız kesimde bu oranın (1,57) daha düşük olduğu görülmüştür (Yıldırım, 1994).

Zorunlu sağlık sigortası sisteminde çalışanların gelirlerinin bir kısmı sağlık harcamaları için prim olarak kesilmektedir. Bu nedenle çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları yakınları doğrudan ödeme yapmadıkları için talep etmeyecekleri ya da erteledikleri sorunları için sağlık hizmeti talep etmektedirler ve böylece sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Mazgit, 1998). Aynı şekilde tam sigortalılık durumu sağlık harcamalarını çok artırmaktadır. Bunun nedeni sigorta sisteminin moral tehlike etkisidir. Moral Tehlike; sigorta kapsamında, hastalık öncesinde yapılan ödemeler nedeniyle hizmet kullanımının artışıdır. ABD'de 1950 ve 1970 arasındaki dönemde (yoksullara ve yaşlılara yönelik sosyal güvenlik sisteminin uygulamaya konulduğu yıllar) bir günlük hastane bakım maliyetleri % 600 oranında artmıştır. Buna karşılık genel tüketim fiyat indeksinin artışı %

100 düzeyinde kalmıştır. Aradaki farka sigorta uygulamasının etkili olduğu belirtilmektedir (Belek, 2001).

Benzer bir durum Türkiye'de meydana gelmiştir. 2003 sonrasında; sosyal güvenlik kurumlarının kapsam içindeki nüfusa yönelik sağlık paketi kapsamının genişletilmesi, yine üniversite hastaneleri ve özel sağlık kurumlarına erişimin kolaylaştırılması ve yeşil kartlıların ayaktan tedavi ve ilaç ücretlerinin de ödeme kapsamına alınması Türkiye'de sağlık harcamalarının artmasında belirleyici olmuştur. 2002 yılına göre 2006 yılında yapılan muayene sayısı % 73,6 oranında artmıştır (Tepav, 2008).

2.1.6 Ekonomik Kalkınma

Son yılların üzerinde en çok durulan konularından birisi ekonomik kalkınma konusudur. Kalkınma, salt üretimin ve kişi başına gelirin artırılması demek olmayıp, iktisadi ve sosyo-kültürel yapının değiştirilmesi yenilenmedir. İnsan ve toplum açısından kalkınma sadece maddi yaşamın sürdürülebilmesi için değil, onun yanında toplumun yüksek kültür ürünlerini üretebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken bir süreçtir. Tamamen insana özgüdür ve hep istenilen bir durumdur (Han, Kaya, 2006). Kalkınma hep istenilen bir durum olmasına rağmen neden bazı toplumlar bunu gerçekleştirmekte zorlanmaktadırlar. Bu sorunun yanıtını az gelişmiş ülkelerin ortak özelliklerine bakarak anlamaya çalışabiliriz.

Bir ekonomide yürütülen faaliyetler üç temel kesim (sektör) içinde toplanabilir. Bunlar tarım, sanayi ve hizmet sektörüdür. Az gelişmiş ülkeler tarım ülkeleri olarak da bilinmektedirler. Tarım sektöründe kişi başına katma değer diğer sektörlerle oranla düşük olması, diğer sektörlerde de istihdam imkânlarının azlığı dolayısıyla gizli işsizliğin yüksek olması bu ülkelerin önemli sorunlarından. Fakat tarım kesimindeki işgücünün, kendi geçimini sağlamak için mi yoksa ihracat için mi üretimde bulunduğu bilinmesi önemlidir. Çünkü kimi gelişmiş ülkeler tarımsal üretim bakımından çok iyi durumdadırlar (Karagül, 2002; Han, Kaya, 2006). Gelişmiş ülkelerde GSMH

içinde sanayi sektörünün payı daha yüksektir ve gelişmekte olan ülkelerde sanayi sektörünün oranı gittikçe artmaktadır. 1990 yılında düşük gelirli gelişmekte olan ülkelerde tarım sektörünün GSMH içindeki payı %32 iken bu oran 2003 yılında %24'e düşmüştür (Ataç, 2006).

Az gelişmiş ülkelerdeki nüfus artış oranı ekonomik gelişmeyle aynı hızda olmadığı için iktisadi yoksulluk derinleşmektedir ve kalkınmanın önündeki en büyük engellerden birisidir. Ölüm oranları gelişmiş ülkelere göre hala yüksek olmasına karşın, dışarıdan ithal edilen sağlık koşullarındaki iyileşmelere bağlı olarak ölüm oranlarında bir azalma meydana gelmektedir ve doğum kontrolü sağlanamadığı için nüfus artış hızı artmaya devam etmektedir. Gelişmiş ülkelere göre 2-3 kat daha yüksek bir nüfus artış oranına sahiptirler ve kişi başı gelirin yükselmesi için daha büyük bir ekonomik büyüme oranı sahip olmaları gerekmektedir. Az gelişmiş ülkelerdeki bağımlı nüfusun fazla olması gelirlerin büyük bir kısmının yiyecek, barınma ve giyecek gibi temel tüketim mallarına ayrılması neden olmaktadır. Bundan dolayı kalkınmanın önemli kaynaklarından birisi olan sermaye birikimi için tasarruf yapılamamaktadır (Ataç, 2006; Han, Kaya, 2006).

Gelişmemenin temel teorik dayanağı fakirlik esasına dayandırılarak kapalı bir çember içinde düşünülmektedir. R. Nurkse tarafından yapılan çemberde, düşük gelir az tasarrufa, az tasarruf az yatırıma ve az yatırımda düşük verime neden olmaktadır. Aynı şekilde az gelişmiş ülkelerin özellikleri kullanılarak bu kısır döngüler artırılabilir; düşük gelir beslenme yetersizliğine, beslenme yetersizliği hastalık ve çalışma gücünün azalmasına, hastalık ve çalışma gücünün azalması düşük verimliliğe ve bu durumda düşük gelire neden olmaktadır (Han, Kaya, 2006). Fakirlik, nüfus artış hızının fazla olması, tarım sektörünün daha büyük olması ve sermaye birikiminin az olması dışında az gelişmiş ülkelerin diğer özellikleri başlıklar halinde belirtecek olursak;

- Eğitim düzeyi, okuryazarlık oranı düşüktür,
- Orta sınıfın varlığı tartışmalıdır,
- Doğal kaynaklar işlenmemiştir,

- Siyasal rejim bakımından geleneksel ve otoriter bir yapı hâkimdir,
- Milli gelirin ihracata oranı düşüktür (%10-15) ve ihraç edilen malların büyük çoğunluğu tarımsal ve geleneksel mallardır,
- Teknik bir düalizm (büyük sanayi kesiminin yanında küçük atölyeler gibi) söz konusudur,
- Sermaye /Emek oranı düşüktür (Dülgeroğlu, 2000).

Kalkınma gelişmekte olan ülkeler için olduğu kadar gelişmiş ülkeler içinde önemli bir konudur. Çünkü kalkınma dinamik bir kavramdır ve sürekli yenilikleri içinde barındırır. Günümüzün iktisadi koşullarını iki yüz yıl önceki üretim faktörleri tanımıyla açıklamak mümkün değildir. Üretim faktörleri içindeki sermaye son yıllara kadar fiziki sermayeyi nitelemekteydi. Ancak kişisel ve toplumsal değerlerin üretime olan pozitif katkısı insani özelliklere vurgu yapan bilgi, beceri, dinamizm gibi değerler beşeri sermayeyi ön plana çıkarmaktadır (Karagül, 2003).

2.1.6.1 Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma

Beşeri sermaye; bir çalışanın sahip olduğu bilgi, beceri ve tecrübeye bağlı olarak üretime yaptığı ilave katkı olarak değerlendirilmektedir (Karagül, 2002). Beşeri sermayeyle birlikte kişiler ve kurumlar arası güvene dayanan ve beşeri sermayenin üretkenliğini artıran sosyal sermaye kavramının da gelişmesiyle sermayeyi yeniden tanımlamak gerekmektedir. Bu noktada sermaye üretime katkısı olan, maddi ve maddi olmayan iktisadi değerler olarak tanımlanmaktadır. Beşeri sermayenin sahip olduğu pozitif değerler diğer üretim faktörlerinin daha verimli kullanılmasını sağlamakla birlikte yeni teknoloji geliştirilmesi ve kullanımında rasyonellik sağlamaktadır. Böylece ülke ekonomisi daha hızlı kalkınabilmektedir (Karagül, 2003).

Beşeri sermaye, insana ait niteliklerin değeri olarak ifade edilmekte olup; sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özellikler ile bire bir ilişkilidir. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için gerekli olan sağlamlık

halinin devamını ve bozulan sağlığın tekrar kazandırılması gibi en temel hizmet özelliğine sahiptir (Altay, 2007).

Sağlık ve eğitim gibi ana unsurlar tarafından belirlenen beşeri sermaye, emeğin niteliğini ifade etmektedir. Emek ise ekonomik büyümenin ve kalkınmanın en önemli unsurudur. Çünkü tüm ekonomik faaliyetler emek etrafında şekillenmektedir. Özellikle küreselleşen dünyanın yükselen değeri bilgiyi, üretmek, kullanmak ve teknolojik yenilikler oluşturmak ve ekonomik kalkınma için katma değer oluşturmak beşeri sermaye ile mümkündür (Tiryakioğlu, 2008).

İnsanı bir üretim faktörü gibi ele alıp işgücünün verimliliğini artırmak için yapılan çalışmalar önem kazanmıştır. İş gücünün verimliliği ve eğitim arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar kişi başına milli gelirdeki artışa eğitim aracılığı ile %25'e yakın bir katkının sağlandığını ortaya koymuştur. Beşeri sermaye artışına yapılacak yatırımların fiziki sermaye yatırımı gibi maliyeti vardır ancak getirisi de vardır. Hastane, okul, doktor, teknisyen gibi direkt maliyetler yanında okul döneminde ve hastalık döneminde kazanılmayan gelir gibi endirekt veya fırsat maliyetleri mevcuttur. Saat başına daha çok üretim ve yüksek verimlilik için beşeri sermaye artışı önemlidir (Dülgeroğlu, 2000).

Günümüzde sağlık sektörü tüm ülkelerde önemli bir ekonomik paya sahiptir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, gelirin yeniden dağıtımı, kaynakların dağılımı ve genel ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde etkilidir. Genel olarak, sağlık sistemi genel vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi, satış vergisi), özel vergilerle (bazı mallardan alınan vergiler, bazı üretim girdilerinden alınan vergiler), primler ve tüketici katkıları (sigorta) ve bağışlar ile finanse edilebilir. Bu finansman yöntemleri, uygulanış şekillerine göre, sağlık sistemi finansmanının, ülkede gelirin yeniden dağıtımı etkisini belirleyebileceği gibi genel olarak üretimde kullanılan işgücü-sermaye oranlarını da belirler (Yıldırım, 1994).

Gelişmekte olan ülkeler sağlık ve eğitim hizmetlerine milli gelirden az pay ayırmaktadırlar. Bu durum beşeri sermaye birikimini ve gelişimini engellemektedir. Bununla birlikte sağlık ve eğitim politikalarının yanlış tercihi varolan beşeri sermayenin de beyin göçü ile kaybedilmesine neden olmaktadır. Bu kayıplar kalkınmanın önünde bir engel olmakla birlikte ülkeyi kısır döngüye sokmaktadır (Tiryakioğlu, 2008).

Beşeri kalkınma, mal ve hizmetlerin üretim ve dağılımı ile beşeri yeteneklerin kullanım ve geliştirilmesini birlikte ele alır. Ekonomik büyüme, ticaret, istihdam, siyasi özgürlük ya da kültürel değerler gibi bir toplumu ilgilendiren tüm konuları insanlar açısından analiz eder. Beşeri kalkınma kalkınmanın merkezine insanları yerleştirdiği gibi, onların gereksinim ve potansiyel alanları üzerinde yoğunlaşır, insanların arzu ve gereksinimlerini tam olarak gerçekleştirmeye çalışır, üretim süreçlerinden kurumsal değişimlere ve politik görüşmelere kadar tüm alanlara girer. İnsanı ve onun refah seviyesini temel alan bir kalkınma anlayışıdır (Çetin, 2005).

Tüm ülkelerin nihai amacı olan kalkınmanın düzeyi, artık neredeyse sağlık ve eğitim düzeyi göstergeleriyle açıklanmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık ve eğitim sorunlarını çözmüş ülkeler kalkınmış ülke olarak kabul edilmektedirler. Bu durum sağlık sektörünün toplum yaşamındaki sosyo – ekonomik önemini başka kanıta ihtiyaç duymadan göstermektedir (Tokat, 2007).

Beşeri sermaye ile iktisadi kalkınma arasındaki ilişkiye dayanan ve ülkelerin kalkınmışlık düzeyini ölçen İnsani Kalkınma İndeksi Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından düzenli olarak dünya ülkelerinin tamamına yönelik olarak hesaplanmaktadır. İnsani kalkınma kavramının ölçüsünü ifade eden, İnsani Kalkınma İndeksi (İKE) ülkelerin gelişmişlik seviyeleriyle birlikte ülkede yaşayan bireylerin refah düzeylerini de ölçmektedir. Burada kullanılan göstergeler insani yaşam kalitesinin ve dolayısıyla kalkınmanın yalnızca ekonomik girdilerle sağlanamayacağı belirtmektedir. İKE değerinin hesaplanmasında; Yaşam Beklentisi Endeksi, Eğitim Endeksi ve Refah Endeksi olmak üzere üç alt endeks kullanılmaktadır.

İKE değeri 0-0,499 arasındaki ülkeler “Düşük İnsani Kalkınmışlık”, 0,500-0,799 arasında yer alan ülkeler “Orta İnsani Kalkınmışlık” ve 0,800-1 değerleri arasında yer alan ülkeler “Yüksek İnsani Kalkınmışlık” kategorisinde bulunmaktadır (Karabulut, Kaya, Gürsoy, 2009).

2006 yılı verileri ile UNDP sıralamasına göre dünya ülkeleri içerisinde insani gelişmişlik düzeyi en yüksek ülke 0,968 İKE değeri ile OECD üyesi olan İzlanda'dır. İzlanda'yı takip eden 21 ülke OECD ülkesidir. Almanya 0,940 İGE değeri ile 23. sırada yer alırken, Kore Cumhuriyeti (0,928) 25, Portekiz (0,900) 33, Çek Cumhuriyeti (0,897) 35, Macaristan (0,877) 38, Polonya (0,875) 39, Slovakya (0,872) 41ve Meksika (0,842) 51. sırada yer almaktadır. Türkiye ise 0,798 İGE değeri ile OECD ülkeleri içerisinde en düşük insani gelişmişlik düzeyine sahip olup dünya ülkeleri içerisinde 70. sırada yer almaktadır (Karabulut, Kaya, Gürsoy, 2009).

2.1.6.2 Sağlık Hizmetleri ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi

Bireyin sağlıklı olması, öncelikle yaşamdan zevk alması, birey olarak görevlerini yerine getirebilmesi ve verimli olabilmesi için olduğu kadar toplumsal ve ekonomik boyutta da önemli katkılar sağlayan bir durumdur. Sağlığın özellikle eğitim ve diğer insani yetenekler için kullanılan beşeri sermayenin önemli bir unsuru olmasından ötürü taşıdığı önem, ekonomik kalkınma ile yakından ilişkilidir.

1970'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerindeki gelişmelerinin gerek nitelik, gerekse nicelik bakımından toplumun gelişmesinin gerisinde kaldığı sonucuna varmıştır. Bu durumun iyileştirilmesi için 1978 yılında uluslararası sağlık anlaşması niteliğindeki Alma-Ata Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme, sağlık ve kalkınmada görevli olan tüm birimlerin yanı sıra tüm dünya toplumlarının, insanların sağlıklarının korunması ve daha iyi duruma getirilmesi konusunda üzerlerine düşen görevleri belirleyen bir öneriler paketidir (Aktan, Işık, 2007).

Alma-Ata Bildirgesi'nde sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun seviyesinin yükseltilmesinin sağlık sektörü için olduğu kadar diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörler için de önemli bir amaç olması gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından bu konferans çok önemlidir. Ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirmede ve dünya barışının korunmasında sağlığın önemi vurgulanarak sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinin, toplumun ve bireyin hem hak, hem de görevi olduğu ifade edilmiştir. Bildirge'de 2000 yılı sağlık düzeyi, bir hedef olarak belirlenmiş ve kalkınmanın bir parçası olarak bu hedefe ulaşmanın anahtarının da temel sağlık hizmeti olduğu vurgulanmıştır. Temel sağlık hizmetleri, "toplum içindeki faydaları, ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metot ve teknoloji üzerine kurulmuş kilit sağlık hizmetleri" olarak tanımlanmıştır (WHO, 1978).

Temel sağlık hizmetleri, bir ülkenin temel çalışması ve odak noktasını oluşturduğundan tüm sağlık sisteminin ve aynı zamanda ülkenin topyekûn sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasıdır. Temel sağlık hizmetleri eğitim, beslenme, temiz içme suyu, çevre sağlığı, aile planlaması, anne çocuk sağlığı, aşılama, salgın hastalıklardan korunma genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi ve gerekli ilaçların sağlanması gibi hizmetleri kapsamaktadır (Aktan, Işık, 2007).

Alma Ata Bildirgesi'nin yayınlanmasından bu yana ülkelerin sağlık düzeylerinde kayda değer iyileşmeler elde edilmiştir. Hastalıkların yapısında, demografik profillerde, temel risklerin önlenmesinde ve sosyo-ekonomik koşullarda değişiklikler olmuştur. Ancak Alma-Ata'da ortaya konan herkes için sağlık anlayışını gerçekleştirmek için oluşturulan temel sağlık hareketi, bütün sektörlerin sağlık önceliğine yöneltilmesini ve sağlık sistemlerini etkili bir şekilde yönlendirilmesinde başarılı olamamıştır. 2008 Dünya Sağlık Örgütü'nün Raporunda temel sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yapılan yanlışlar ve çelişkiler açıklanmaktadır. Rapora göre, sağlık hizmetlerinde kamu harcamalarının toplamda fakirlerden çok zenginlere yapıldığı ve bu durumun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde aynı olduğu belirtilmiştir.

Yani muhtemel olarak sağlık hizmetine az ihtiyaç duyan kesim en fazla yararlanan kesim olmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin olmadığı ve sağlık harcamalarını cepten karşılayan insanlar aşırı finans yükü altında ezilip (her yıl dünyada 100 milyondan fazla kişi) fakir düşmektedirler. Sağlık kaynakları büyük oranda tedavi edici hizmet alanlarına kaymaktadır. Bireylere ve ailelere bütüncül yaklaşan sağlık bakımı yerine aşırı branşlaşma ve dar açılı bakış ile sürekli bir sağlık hizmeti sunumu engellenmektedir. Sektörler arası işbirliği yapılamamaktadır. Kalkınma ve sağlıkla ilgili mevcut yaklaşımlar konusunda sağlığa ve dünyanın yoksul insanların refahına öncelik veren yeniden bir değerlendirme gerekmektedir (Aydın, 2008).

İnsanın fiziksel ve zihinsel gelişimine hizmet eden sağlık sektörü, insan gelişiminin etki ettiği oranda sosyal ve ekonomik kalkınmaya katkıda bulunacaktır. Sağlık, eğitimi ve sağlıklı nüfusu olan ülkelerde özellikle de uygun politikaların uygulandığı durumda, büyüme sürecinin bir çıktısı olmanın yanında, insan sermayesinin bir biçimi ve dolayısıyla bir girdi olarak görülür. İnsan sermayesinin bir biçimi ve dolayısıyla bir girdi olarak sağlıktan ekonomik kalkınmaya olan etki, üretim, yatırım, nüfus ve tasarruf alt başlıklarıyla incelenecektir.

2.1.6.2.1 Sağlığın İşgücü Verimliliği zerine Etkisi

Genel kabul gördüğü üzere, bireylerin sağlık durumu ne kadar iyi ise çalışmaları ve verimlilikleri de o oranda iyi olmaktadır. Bu durum ekonomik kalkınmayı doğrudan etkilemektedir. Bireylerin hastalığı ile birlikte meydana gelen işgücü kaybı sağlık hizmetlerinin sunumuyla önlenebilmektedir. Üretim faktörü olarak emeğin hastalığı durumunda verimlilik düşecektir. Hastalığın insanların çalışması üzerindeki etkilerine bakıldığında, halsizlik durumunda; çalışma anında verimliliği kaybına, sakatlık durumunda; çalışma zamanı kaybına, ölüm durumunda ise işgücü kaybına neden olacaktır. Sağlık hizmetleri ile hastalığın ortadan kaldırılması, erken ölümlerin ve önlenebilecek ölümlerin önlenebilmesi, sakatlık durumunda rehabilitasyon hizmetleri ile çalışabilirliğin artırılması ile doğrudan üretim ve kalite artışı

meydana gelecektir. Ayrıca sağlıklı bir insan üretimde nasıl etkin oluyorsa yaratıcılıkta da aynı şekilde daha etkindir. Dengedeki araştırma yoğunluğunu ve teknolojik ilerlemeyi artırarak büyümeyi etkiler (Mazgit, 1998; Howitt, 2005).

Daha sağlıklı çalışanlar fiziksel ve mental olarak daha enerjik ve güçlüdürler. Sağlıkla birlikte güçlü bir işgücü piyasası oluşur. Hastalık ve sakatlık saat ücretini özellikle elle yapılan işlerin daha yoğun olduğu gelişmekte olan ülkelerde büyük ölçüde azaltır. Aynı zamanda bireyin hastalanması ya da aile üyelerinden birinin hastalığına bağlı olarak çalışanın işten uzaklaşması daha az olacaktır (Bloom, Canning, 2003).

Yüksek bir sağlık düzeyi beşeri sermayenin bir diğer unsuru olan eğitimin kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Sağlıklı çocuklar okula daha çok devam eder ve okuldayken de daha iyi öğrenirler Daha iyi eğitim alan bireyler ekonomi için daha nitelikli işgücü anlamına gelmekte, dolayısıyla üretimi arttırıcı bir faktör olmaktadır. Bu nedenle beşeri sermaye olarak eğitilecek bir insanın ön şart olarak sağlıklı olması bir zorunluluktur (Karagül, 2002).

Fazlalıklı işgücü piyasalarının hasta işçileri kolaylıkla ikame ettiği savunulsa da Sahra güneyi Afrika'da yaklaşık 1000 şirket üzerinde AIDS'in etkisi üzerine yapılan bir çalışma, şirketin çıktısına değer katan ve bir ülkenin üretkenliğine katkıda bulunan yetişmiş elemanların ikame edilmesinin önemli bir sorun olduğu görülmüştür. Firmalar AIDS yüzünden ölen yetişmiş kadrolarını ortalama 24 haftada ikame edebilmişlerdir. Daha az yetişmiş kadro ise 2-3 haftada ikame edilebilmektedir (Biggs, Shah, 1997).

HIV/AIDS belki de modern çağda dünyada kalkınma krizine yol açan önemli tek hastalıktır. 1981 yılında tanımlanan HIV/AIDS'in %90'ı da gelişmekte olan ülkelerdedir (WHO,2003b). Henüz tedavisi mümkün olmayan ve bulaşıcı bir hastalık olan AIDS'i önlemenin tek yolu koruyucu sağlık hizmetleri ile bulaşmasını önlemektir. AIDS, birey ve çevresi üzerinde büyük sosyal, psikolojik ve ekonomik etki yaratmaktadır. Dünya Bankasının tahminleri, bu hastalıktan en fazla etkilenen Sahra-Altı Afrika ülkelerinde kişi

başına yıllık gelir artışında yılda ortalama yüzde 0,6 düzeyinde bir yavaşlama olacağını göstermektedir. Yetişkinlerde hastalık bireyin kendisi ve hastaya bakan yakını için işgücüne katılamama nedeniyle; gelir kaybı, verimlilik kaybı, yüksek tedavi maliyetlerine neden olmaktadır. Okul çağındaki çocuklar gelir elde etmek zorunda kalıp okula gidememeleri, yaşam süresini kısaltması, başka alanlara kaydırılabilecek yatırımların bu alana kayması, yabancı sermaye gelişi ve dış ülkelerden olan işçi talebinin durması gibi nedenlerle ekonomik büyümeyi ve ortaya çıkardığı dramatik psiko-sosyal değişimlerle kalkınmayı olumsuz yönde etkilemektedir (Çilingiroğlu, 1998).

Sağlık, kalkınmanın olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırarak emeğin verimliliğini artırmaktadır. Kalkınmanın sonuçları endüstrileşme, kentleşme ve çevre kirliliği gibi olumsuz dışsal etkenlerin doğurduğu stres, bedeni ve ruhi hastalıklar sağlık hizmetlerine yeni görevler yüklemektedir. Sağlıklı bireyler stresle daha iyi baş ederler ve teknolojik ilerlemeler ile daha uyumlu olurlar. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşme ve kentleşmenin doğurduğu olumsuz etkilerin giderilmesi sağlık hizmetlerinin sosyo-ekonomik gelişmeye katkıları olmaktadır (Poyraz, 1990; Howitt, 2005).

Sağlığın işgücü verimliliğine olan bir diğer katkısı beslenme sorunlarının çözümü ile mümkün olmaktadır. Dengeli beslenme sağlıklı olarak yaşama devam edebilmenin en önemli unsurlarındandır. İnsanın en önemli organı olan beyin gelişiminin önemli bir kısmı anne karnındaki dönemde ve yaşamın ilk yıllarında olmaktadır. Bu nedenle anne ve bebek beslenmesi çok önemlidir ve yetersiz beslenme yaşamın ilerleyen dönemlerinde telafisi mümkün olmayan sekellere neden olabilmektedir. Aynı şekilde beslenme bozuklukları birçok hastalığa neden olmakta ve çalışanların işlerine yeterince adapte olamamasına, halsizlik, dikkatsizlik gibi sorunlara neden olarak emeğin verimliliğini düşürmektedir (Baysal, 2003; Karagül, 2002).

2.1.6.2.2 Sağlının Demografik Yapıya Etkisi

Sağlık, demografik değişimlere yol açarak ekonomik kalkınmayı etkilemektedir. Sağlıktaki iyileşmeler hem ölüm oranları üzerinde hem de doğum oranları üzerinde etkilidir Kısa dönemde ortaya çıkan etki özellikle çocuk ölüm oranlarındaki ki azalmaya bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin artmasıyla çocuk ölümleri azalmakta ve doğum oranı aynı kalmakta Böylece nüfus artış hızı artmaktadır. Ülkenin işgücü gereksinimini karşılaması nedeni ile kalkınmayı hızlandırmaktadır (Mazgit, 1998).

1940 ve sonrasında iyileşen sağlık koşulları, daha güvenli içme suyu ve geniş spektrumlu antibiyotik ve anitmikrobiyal ilaçların kullanımı ile Doğu Asya'daki halk sağlığı büyük ölçüde iyileşmiştir. Doğum oranının aynı kalması ile nüfus patlaması görölmüştür. Bu nüfus çalışma yaşına geldiği 1965 ve 1990 arasındaki dönemde eğitim, işgücü piyasası esnekliği ve dış ticarete açıklık politikalarıyla birleşince kişi başına düşen gelir %6 artmış ve Doğu Asya ekonomik mucizesinin üçte biri bu demografik duruma atfedilmiştir (Bloom, Canning, 2003).

Ancak nüfusun ekonomik kalkınmaya olan etkisi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık arz etmektedir. İçsel büyüme modellerinden, ekonomik büyümeyi piyasa mekanizması içinde faaliyet gösteren ekonomik güçlerin içsel olarak belirlediğini varsayanlar, büyümenin itici güçlerini nüfus artışı ve beşeri sermaye birikimi olarak kabul ederler. Beşeri sermaye stoğu, ailenin sahip olacağı çocuk sayısı, ebeveynlerin ve özellikle annenin zamanının alternatif maliyeti ile eğitim ve sağlık harcamalarının bir fonksiyonu şeklinde tanımlanmaktadır. Bu anlamda beşeri sermaye açısından zengin ülkelerde insana yapılan yatırımın getirisi, çok sayıda çocuk sahibi olmanın getirisinden fazla olurken, beşeri sermaye açısından göreceli olarak fakir durumdaki ülkelerde bunun tersi bir durum gözlenecektir. Beşeri sermayenin niteliklerinin iyi olmadığı ülkelerde, çok çocuklu geniş aileler ve aile bireyelerine daha az yatırım yapılması gibi bir sonuç doğarken, diğer durumda çocukların daha nitelikli yetiştirilmesine imkân veren az sayıda çocuklu,

küçük aile yapısı benimsenecek nitelikli beşeri sermaye ile kalkınma gerçekleşecektir (Ercan, 2000).

Sağlık hizmetlerinin kötü olduğu bebek ve çocuk ölümlerinin yüksek oranlarda bulunduğu az gelişmiş ülkelerde direkt üretim etkilenmese de, bu ölümlerin artmasıyla doğurganlıkta artabilmekte ve çalışabilir durumdaki kadın işgücünün, hamilelik ve emzirme döneminde atıl kalmasına neden olmaktadır. Sağlık sektörü tarafından sunulan aile planlaması hizmeti doğum oranlarının azalmasında etkilidir. Kadının çalışma yaşamında daha çok yer alması ve eğitim düzeyinin yükselmesi doğum oranında azalmayla birlikte çocukların daha sağlıklı ve iyi yetişmesine de imkân tanımaktadır (Karagül, 2002; Çalışkan, 2008).

2.1.6.2.3 Sağlık Yatırımlar Üzerine Etkisi

Sağlığın yatırımlar üzerindeki en önemli etkisi bireylerin yaşam sürelerini uzatarak beşeri sermaye yatırımlarından daha uzun süreli faydalanma olanağı sağlamasıdır. Üretimde aktif olan her insana belirli bir yatırım yapılmaktadır. Hastalıklar nedeniyle erken ölümlerle yani yaşam süresinin kısılmasıyla birlikte yatırım yapılarak belirli bir seviyeye getirilmiş aktif çalışanlardan yeterince yararlanılamayacaktır. Özellikle bireylerin eğitilmesi için yapılan harcamaların uzun dönemde getiri sağlamaya başladığı düşünülünce bu sabit yatırımdan yararlanma süresi ömrün uzaması ve çalışma döneminin artması ile paralel bir şekilde artacak ve böylece yatırımın verimliliği de artacaktır (Karagül,2002).

Yatırımlardan daha uzun süre faydalanmayı sağlayan yaşam süresinin uzunluğu çocuk ölüm oranlarından kuvvetli bir şekilde etkilenmektedir. Bu nedenle yeni doğan bakımı, fakir ülkelerde aşı programları gibi düşük maliyetli müdahaleler, yaşam beklentisini arttırmak için etkili araçlar olabilir. Daha genel olarak ekonomik kalkınma toplumun kazandığı niteliklere ve sermaye oluşumuna bağlıdır. Toplumun kazandığı nitelikler çocuk beslenmesi, eğitim altyapısı ve ebeveynlerin fiziksel sağlığını ve bilişsel

durumunu da içerecek şekilde ailesel kaynaklarından etkilenir (Bhargava, Jamison, Lau, Murray, 2001).

Bu ailesel kaynakların yeterli olmadığı ülkelerde okul çağındaki çocuklarının sağlık düzeylerini yükselterek eğitimlerine katkı sağlamak için bir takım uygulamalar yapılmaktadır. Özellikle aşı kampanyaları, sağlık taramaları, beslenme ile ilgili çalışmalar, gerekli kontrollerden geçirilemeyen sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuklarının sağlık düzeylerinin yükseltilmesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık durumunun tespiti ve tedavisi açısından, parazitler hastalıklar, göz, ağız ve diş sağlığı, tüberküloz gibi hastalıkların erken tespiti ve tedavisi hem ekonomik olmakta hem de gelecekte bir beşeri sermaye olacak okul çağındaki çocukların eğitilmesi çabalarının başarısını artırmaktadır (Mazgit, 1998).

Kalkınma ve sağlık arasındaki ilişki açısından uzun dönemli etkileşimler söz konusudur. Sağlık için yapılan çalışmalar, diğer alanları olumlu etkileyebilmektedir. Örneğin sıtma eradikasyonu çerçevesinde bataklıkların kurutulması yeni tarım alanlarının oluşumunu sağlayabilir. Aynı şekilde bulaşıcı hastalıkları önlemek için kanalizasyon sistemlerinin iyileştirilmesi, hijyenik ortamların oluşmasına ve ürünlerin daha kolay pazarlanmasına katkı sağlayabilir (Mazgit, 1998).

Dünyanın en büyük sanayilerinden biri olan turizm yatırımları da kötü sağlık koşullarından etkilenir. Bir ülkenin algılanışı turizm açısından yaşamsal önem taşır ve eğer sağlık sorunları nedeniyle ülkenin imajı bozulursa (İngiltere'deki şap salgınında olduğu gibi) turizm sanayisi kaçınılmaz olarak zarar görür (Bloom, Canning, 2003).

2.1.6.2.4 Sağlıkın Tasarruflar Üzerine Etkisi

Sağlık hizmetlerinin ekonomik kalkınmaya olan diğer bir etkisi ise tasarruf etkisidir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sunumu, yönetimi hem genel bütçeden hem de hastalık olması ve herhangi bir sosyal güvencenin

olmaması durumunda bireylerin bütçesinden belirli bir kaynak ayırımını zorunlu kılmaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ekonomik olarak çok ucuz olmasa da uzun dönemdeki getirisi daha fazla olduğundan ve hastalık durumundaki harcamalardan daha az harcamaya gerek duyulduğundan tasarrufa imkân verecektir (Aydın, 2008; Mazgit, 1998).

Sağlıklı insanlar daha uzun yaşamayı bekler ve bu yüzden emeklilik için tasarruf yapmaya, yurtiçi ekonomiye yapılan yatırımı artırmaya meyillidirler. Özellikle demografik gelişimini henüz gerçekleştirmekte olan gelişmekte olan ülkelerde bu uzun yaşam beklentisi bir tasarruf patlamasına yol açabilir, işçiler emeklilik için daha çok biriktirir, düşük yaşam beklentisinde olan emekliler de tasarrufa yönelebilir. Bu durum sağlıklı bir banka altyapısı mevcutsa fakir ülkelere sermaye oluşturabilir. Tasarruf patlamaları Tayvan, Japonya ve Güney Kore'de görülmüştür. Sağlıklı nüfus aynı zamanda doğrudan yabancı yatırımı çeker, bunu dış yatırımcılara daha önce bahsedilen güçlü bir işgücü piyasası ortamı sunarak yapar (Bloom, Canning, 2003).

Sağlık hizmetlerinin tasarruf etkisi özellikle koruyucu sağlık hizmetleri aracılığı ile ortaya çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin yaşam sürelerinin ve yaşam kalitesinin uzamasını sağlamasının yansısı, hastalıkların önceden tespit edilmesini ve/veya önlenmesini sağlayarak tedavi maliyetlerini önemli düzeylere düşürmektedir. Yapılan bir çalışma bu düşünceyi destekler niteliktedir. Özellikle kanser gibi yüksek tedavi ve ilaç maliyetleri olan hastalıklarda tasarruf daha fazla olabilmektedir. Meme kanseri Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Mamografi ile erken dönemde tespiti mümkündür. Erken teşhis ile hastalığın sadece mortalite ve morbidite oranı dışında, hastanın yaşam kalitesi ve tedavi harcamaları da farklılaşmaktadır. Yapılan çalışmada; erken teşhisin çok önemli olduğu meme kanserinin Türkiye'deki yaygınlığı, evrelere göre dağılımı ve mamografi odaklı tarama programları ile erken tanı konulmasının mevcut verilere dayanarak ileriye doğru 6 yıllık bir yansıma ile hastalık evrelerine ve sağlık harcamalarına etkisi analiz edilmiştir. Nitekim bu çalışma kapsamında Türkiye çapında etkin bir toplumsal tarama gerçekleştirileceği

varsayılarak yapılan simülasyonlar, hastaların çok daha erken evrelerde tanı almasının sağlanarak 6 yıllık bir dönemde tedavi maliyetlerinin belirgin bir şekilde düşeceğini göstermiştir. Çalışma, taramanın olduğu durumda taramanın olmadığı duruma göre kamunun toplam tasarrufunun 155 milyon TL olduğunu ortaya koymuştur (Yazıhan, Yılmaz, 2007).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tasarruf üzerindeki etkisi gecikmeli olarak ortaya çıkabilmektedir. Bugün aşı yapılan bir çocuk hasta olmayarak ya da sakat kalmayarak yaşıyorsa, bu aşının maliyeti onun hastalıktan korunduğu yıl sayısı arttıkça azalmaktadır. Diğer taraftan çocuğun sakat kalmayarak verimli şekilde çalışabilmesi ise ancak, bir işe başladıktan sonra görülebilecek bir durumdur. Böylelikle çocuğa yapılan ve verimlilik azalışını önleyen bir sağlık harcaması yıllar sonra büyümeyi etkilemektedir. Böylece aşı ile uzun dönemde tasarruf sağlanmaktadır (Yumuşak, Yıldırım, 2009).

2.1.7 Kalkınma Planları Doğrultusunda Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Kıt kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını sağlamak için planlamanın yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde de artan sağlık harcamaları, personel ihtiyacı ve yatırımların gerekliliği kaynakların etkin kullanılmasını sağlamak için düzenli bir organizasyonu yani planı zorunlu kılmaktadır.

Türkiye de bazı yıllar farklı olmakla birlikte her beş yılda bir kalkınma planları hazırlanmaktadır. Bu planlarla kalkınma için her sektör içinde ulaşılması istenen hedefler ve bunlara ulaşma yolları belirlenmektedir. Sağlık sektöründe yapılan dokuz plan çerçevesinde makro düzeyde hedefler belirlenmiştir.

Türkiye de beş yıllık plan dönemleri çerçevesinde sağlık düzeyi göstergelerinde önemli iyileşmeler olmasına karşın içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşılamadığı görülmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2001).

Birinci planda da belirtildiği gibi, ülkemizde ki sosyal politika uygulamaları, sürekli dalgalanan ekonomik ve siyasal gelişmelerin belirlediği ve elverdiği koşullar çerçevesinde gerçekleşmiştir. Sanayileşme sürecinin geç başlaması ve yavaş gelişmesi, sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin gelişmesinde yavaşlatıcı bir etken olmuştur (Alagöz, Yapar, 2003).

Sağlık sektöründe uzun dönemli istikrarlı bir sağlık politikasının oluşturulması gerekirdi. Fakat sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak sağlık bakanlığında toplanması, politik etkilerin fazla olması sonucu dönemlik politikaların oluşturulması ve her iktidar değişikliği ile önemli rolleri olan bürokratik yapının da değişmesi, sürekli olarak tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkarılması uzun dönemli sağlık politikası oluşumunu engelleyen siyasi faktörlerdir.

Sağlık sektöründeki merkeziyetçi yapı ile birlikte insan kaynaklarının iyi organize edilememesi, görev tanımlarındaki eksiklik ve denetimsizlik, farklı kurumlar aracılığı ile hizmetin sunulması ve enformasyon eksiklikleri sağlık alanındaki organizasyon sorunlarını göstermektedir. Bunlara ilave olarak sağlık sektörüne yeterli kaynak ayrılmaması sonucu görülen bina, araç ve gereç yetersizlikleri kalkınma planlarındaki hedeflere ulaşamamanın en önemli nedenleridir (DPT, 2001).

Planlı kalkınma döneminde sağlık sektöründeki gelişmeler, planlarda yaralan ilke ve hedefler ışığında, dönemler halinde aşağıda açıklanmıştır. Ayrıca tüm dönemlerdeki sağlık göstergelerindeki gelişmeler Çizelge 1' de gösterilmiştir.

2.1.7.1 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

İktisadi kalkınmayla sosyal kalkınmayı bir arada sağlamayı hedefleyen birinci kalkınma planının felsefesinin özü, mümkün olduğu kadar geniş halk topluluklarını daha yüksek bir yaşama seviyesi ve sosyal güvenliğe

ulaştırmak olarak belirtilmiştir. Milli tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararına, gerektirdiği önceliklerle yöneltmek iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek üzere birinci beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır (DPT, 1963).

Kalkınma planının hazırlandığı dönemde Türkiye'nin içinde bulunduğu durum ise şu şekildedir. Nüfus yılda yüzde 3 gibi çok yüksek bir hızla artmaktadır. Nüfusun bir bölümü çok kötü şartlar içinde ve uygarlık araçlarından yoksun olarak yaşamaktadır. Okuma yaşında bulunan ve bu yaşı aşmış çocukların yüzde 60'ı okuma yazma bilmemektedir. Köylerin yüzde 53'ü, kasabaların yüzde 55'i içme suyundan yoksun veya yeteri kadar içme suyu bulamayacak durumdadır. Nüfusun yüzde 69'u elektrikten faydalanamamaktadır. Doğan her 1000 çocuktan 165'i bir yıl içinde ölmektedir. Nüfusun yüzde 2,5'unda tüberküloz hastalığı vardır. şehir konutlarının yüzde 30 u oturulamayacak durumdadır. En büyük üç şehirdeki nüfusun yüzde 30'u tek odalı evlerde yaşamaktadır. Gecekonularda yaşayan insan sayısı 1,2 milyondur (DPT, 1963).

Birinci kalkınma planı 15 yıllık bir dönemi hedef alarak hazırlanmıştır. Bunun nedeni az gelişmiş bir ülke olan Türkiye'nin ileri bir hayat standardına ulaşabilmesinin ancak uzun süreli ve sistemli bir görüş çerçevesi içinde yürütülecek devamlı kalkınma çabalarıyla mümkün olabileceğinin anlaşılmasıdır.

Birinci kalkınma planında nüfus artış hızı çok önemli bir sorun olarak dile getirilmiştir. Çünkü artan nüfusun temel ihtiyaçlarının fazla olması, yatırımlara ayırabilecek kaynakları sınırlandıran başlıca faktörlerden birisi olarak görülmüştür. Aynı şekilde artan nüfus artışıyla oluşacak işgücü arz ve talebi arasındaki fark istihdam sorunlarını artıracacağı düşünölmüştür. 1926 yılında kasten çocuk düşürme ve düşürtme suç sayılırken 1930 yılında doğumları artırmak ve kolaylaştırmak için kısırlaştırma ve gebeliği önleyici bilgi yayma da yasaklanmıştır. Bir zamanlar çok haklı sebeplerle kabul edilmiş olan nüfusu mümkün olduğu kadar hızlı artırma politikası günün şartlarına uygun değildi ve bu nedenle nüfus artış hızını azaltacak önlemler

alınmıştır. Bu önlemler gerekli kanunların çıkarılması, sağlık personelinin öncelikle kendisinin eğitilip daha sonra aile planlaması konusunda halkı eğitmesi, ücretsiz ilaç ve korunma malzemesi dağıtılması şeklindedir (DPT, 1963).

Birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerindeki temel amaç sosyalizasyonu yaygınlaştırmaktır. Sosyalleştirme uygulaması ilk olarak 1963 yılında Muş ilinde başlatılmış ve dönem sonunda 23 ile yayılmıştır. Ayrıca ilk planda yaygın bir sosyal güvenlik sisteminin kurulması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık programında ana ilke halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla plânda halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Her yıl 300 sağlık ocağı açılarak 1967 yılında 1500 sağlık ocağı sayısına ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak dönem sonunda sağlık ocağı sayısı 541'e, sağlık evi sayısı 1294'e yükselmiştir.

Birinci Beş Yıllık Planda kamu sektörüne ait sağlık hizmetlerinin (Milli Savunma Bakanlığının özel nitelikteki hizmetleri hariç) tek elden yürütülmesi öngörülmüşse de bu husus gerçekleşmemiştir. Çeşitli kuruluşlara bağlı sağlık kurumlarında değişik personel ve malzeme standartları ve farklı ücret politikası uygulanmıştır. 1965 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı %4,10'dur.

Birinci Beş Yıllık Planda İzlenecek politikalar şu şekilde tespit edilmiştir;

- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için her çeşit tedbirin alınması
- Kamu sektörüne ait sağlık hizmetlerinin (MSB hariç) tek elden yürütülmesi
- Özel bir durumu olan yer ve topluluklarda, durumun gerektireceği yerlerde özel sağlık kurumlarının kurulması
- Hizmetlerin yürütülmesinde yetki ve sorumluluğun en alt basamağa kadar yayılması
- Sağlık personelinin Türkiye'de çalışmasını sağlayacak idari ve malî tedbirler alınması

- Sağlık personelinin hizmetler ve bölgeler arasında daha dengeli dağılımının sağlayacak tedbirler alınması
- Toplum hekimliğine her seviyedeki sağlık eğitiminde daha büyük önem verilmesi
- Sağlık Bakanlığı ile ilgili diğer kamu kuruluşları arasında halkın sağlık konusunda eğitilmesi ve nüfus, beslenme, çevre gibi konularda işbirliğinin sağlanması
- Halkın çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesine katılımı için eğitilmesi
- Aşı ve serum üretiminin tek bir kurumda toplanması
- Halk sağlığı konusunda araştırma ve eğitim yapan bir kurum olarak Hıfzıssıhha Okulu'nun yeniden yapılandırılması
- Optimum büyüklüğün altında olan az yataklı sağlık kurumlarından kaçınılması
- Özel sektörün hastane kurmak teşebbüsünü teşvik edecek tedbirlerin alınması
- Hastanelerin döner sermayeli kurumlar haline getirilmesi
- Sıtma eradikasyonu programının eksiksiz olarak uygulanması
- Yerli ilâç sanayinin teşvik edilmesi
- Sağlık Bakanlığı'nın ilâç fiyatları konusunda denetleme yetkisini titizlikle kullanması ve ilâç sanayinde ruhsatların kötüye kullanılmasına imkân verilmeyecek yasal düzenlemenin yapılması
- Sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanması.

2.1.7.2 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

İkinci beş yıllık plan dönemi, ekonomik olarak önemli değişiklikler ile birlikte dış kaynaklara olan bağılılığın azaltılmaya çalışıldığı bir plan dönemidir. Bu plan döneminde sağlık kalkınmanın hem amacı hem de aracı olarak görülmektedir. Devletin özellikle kalkınmayı hızlandıran alt yapı yatırımlarını gerçekleştirmesi öngörülmüştür (DPT, 1972).

Kalkınmanın bir ölçüsü olarak kabul edilen gelir artışı, artan gelirin kullanılış şekli ve kişi başına dağılımı nüfus artışı ile ilişkilidir. Nüfus, nicelik yönünden yatırımların miktarını ve dağılımını, nitelik yönünden ise kalkınma için gerekli insan gücünü sağlayan, dolayısıyla iktisadi gelişmeyi iki yönden etkileyen bir unsurdur. Bu anlayış içinde nüfus konusunda amaç, nüfusun yapısını iyileştirmek ve nüfus artış hızını iktisadi kalkınmayı güçleştirmeyecek ölçüde azaltmaktır. Nüfus politikasının esasını aile planlaması oluşturmaktadır. Bu nedenle bu plan döneminde sağlık hizmetleri içinde aile planlaması hizmeti önemli bir yer tutmaktadır ve 1972 yılına kadar 2 milyon civarında kadına aile planlaması hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında nitelikli insangücü faktörü üzerinde durulmuştur. Kalkınma, gerekli sayıda ve nitelikte insangücünün kalkınma çabasına gereken zamanda katılmasına bağlanmıştır. İnsangücü, ruh ve beden sağlığı iyi olduğu oranda kalkınma çabasında verimli olabilir. Sağlık sektöründe nitelikli insangücünün olması gerekenin çok altında olduğu belirtilerek kalkınma için mutlak suretle artırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Artan nüfus ile karşılaştırıldığında sağlık elemanlarının sayısı yeterli olmadığı gibi hem yurt üzerindeki dağılımı da dengeli değildir. Bu dönemde toplam doktorların %40 nüfusun %8,3'ünü kapsayan İstanbul da bulunmaktadır. Doktor sayısı artsa bile bu dengesizlik giderilmediği takdirde geri kalmış illerde bir düzelme olmayacağı belirtilmiştir. Diğer bir dengesizlik ise özellikle topluma koruyucu sağlık hizmetini sunacak olan pratisyen doktor ve uzman doktor sayısı arasındadır. 1966 yılı itibarıyla doktorların %60,3'ü uzman,%39,7 si pratisyendir. Sağlık insangücündeki diğer bir sorun ise, yalnız tıp eğitimi süresince devlete maliyeti 400 000 TL olan bir doktorun yurt dışına gidip yerleşmesidir. Doktorların yaklaşık olarak %30'nun yabancı ülkede bulunması önemli bir beşeri sermaye kaybıdır (DPT, 1972).

Sağlık yatırımları açısından, sağlık laboratuvarları çok az ve gelişmemiştir. Türkiye'de nüfusun dağılımı ve yerleşme özelliklerine göre sağlık ocakları aracılığı ile hizmet sunma modeli o dönemde en iyi uygulama

metodu olarak görülmüştür. Ancak ocakların yapıldığı yerlerde arsa bulmakta çekilen zorluk nedeniyle ocakların köy dışına yapılması yol, içme suyu, haberleşme gibi alt yapı hizmetleri genellikle sağlanamamış olması, ocakların buldukları yerlerin iklim şartlarına uygun olarak inşa edilmemiş olması hizmetin görülmesini güçleştirmiştir. Bu nedenlerden dolayı, sağlık personelinin geri kalmış bölgelerdeki sağlık düzeyini yükselterek, kalkınmasında rol alma imkânı pek mümkün olmamıştır. Sağlık ocağı sayısının 2300'e ulaşması hedeflenirken, sağlık ocağı sayısı 851 ve sağlık evi sayısının ise 6760 olması hedeflenirken, ancak 2231 olarak gerçekleşmiştir. 1965 yılında %4,10 olan Sağlık Bakanlığı bütçesi 1970 yılında %3.08'e düşmüştür.

Birinci beş yıllık plandaki politikalara ilave olarak ikinci beş yıllık planda izlenecek politikalar şu şekilde tespit edilmiştir;

- Tek bir sağlık sigortası kapsamına geçişi kolaylaştırmak amacıyla Kamuya ait sağlık tesislerinde (MSB Hariç) koordinasyonu sağlayarak, kapasitelerinden tam olarak yararlanılmasını sağlamak amacıyla Tedavi Kurumları Koordinasyon Kurulu kurulması
- Çevre sağlığı, laboratuvar hizmetleri, halk sağlığı eğitimi, ruh sağlığı hizmetleri, gıda kontrolü hizmetlerinde sorumlu organlar kurulması
- Laboratuvarların çalışmaları belirli standartlara bağlanarak, köylerdeki hastalıkları meydana çıkarmak için gezici laboratuvar birimleri oluşturulması ve Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü kurulması.
- Bulaşıcı hastalıkların yayılmasında önemli rol oynayan çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi, hastalıkların kontrolü için aşı kampanyalarının yürütülmesi ve ası üretimi ile ilgili kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması
- Ruh sağlığı kuruluşlarının sayıca ve nitelikçe yeterli duruma getirilmesi
- Çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesini sağlamak amacıyla sağlık mühendisi ve çevre sağlığı teknisyeni gibi teknik personelin yetiştirilmesine önem verilmesi

- Ana çocuk sağlığını korumak, nüfusun yapısını iyileştirmek, nüfus artış hızının iktisadi, gelişme üzerindeki baskısını azaltmak amacıyla aile planlaması programlarının yürütülmesi.

1971 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı Türkiye Büyük Millet Meclisine gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir (Akdağ, 2008).

İkinci plan dönemi için söylenebilecek bir diğer önemli nokta 1971 yılında “Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumunun” kurulmuş olmasıdır.

2.1.7.3 Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı döneminde, önceki 10 yıllık plan döneminde gerçekleştirilemeyen sanayileşme hedefi öncelikli hedef olmuştur. 1995 yılında Avrupa Ekonomik Topluluğuna (AET) ve Gümrük Birliğine girmenin hedeflendiği bu plan 22 yıllık bir gelişme perspektifinden hazırlanmıştır.

Bu plan kapsamında önceki planlardaki sorunlar tekrar belirtilmiştir. Sağlık hizmetleri, ülkenin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak yaygınlık, nitelik ve nicelikte değildir, sosyalleştirme programı, özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu istenilen biçimde gelişmemiştir. Koruyucu hekimlik hizmeti yaygınlaşmadığı için tedavi hizmetlerine talep daha çok olmuştur. Yataklı tedavi kurumlarında sayıca gelişme sağlanmış fakat tam kapasite yararlanılamamış ve bölgeler arası dengesizlik giderilememiştir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, halkın sağlık eğitiminin yetersiz olması, ana ve çocuk sağlığına olumsuz etkisi devam etmektedir. İlaç konusunda yeterli denetim sağlanamadığından ihtiyaçlara uygun olmayan gelişmeler olmuştur (DPT, 1972).

Üçüncü Beş Yıllık Planda İzlenecek politikalar şu şekilde tespit edilmiştir;

- Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi için yataklı tedavi kurumlarının tek bir kurum haline getirilmesi(MSB ve Üniversiteler hariç). Sosyal Sigortalar Kurumu ve diğer genel idare kuruluşları ve mahallî idareler mevcut ve belirecek ihtiyaçlarını Yataklı Tedavi Hizmetleri Kurumuna ileteceklerdir
- Ana, çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin merkezi düzeyde ve taşrada sosyalleştirme programıyla bütünleşmiş tek bir örgüt tarafından yürütülmesi
- Kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır
- Uyuşturucu, alkolizm ve ilaca bağlanma konularında araştırmalar yapacak bir merkez kurulacaktır.
- Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Genel Müdürlüğü hizmetleri sanayinin yoğunlaştığı yörelere yöneltecek biçimde geliştirecek
- Dış sağlığı hizmetleri için dış sağlığı üniteleri bunlar oluşuncaya kadar sağlık ocaklarında hizmetin planlanması
- Kan transfüzyonu referans laboratuvarı ve geliştirilecek programa göre kan merkezlerinin açılması
- Aşırı ilâç tüketimini ve ilâç enflasyonunu sınırlamak amacıyla, bu güne kadar verilen ilâç ruhsatları gözden geçirilecek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca eş tesir yapan mevcut ilâç sayıları azaltılacak, reçetesiz ilâç satılmasını önleyici tedbirler etkenleştirilecek ve kamunun ilâç alma esasları yeniden saptanacaktır.

1977 yılında 1395 sağlık ocağına ulaşılmıştır. Sağlık evi sayısında önemli artış olmuştur. 1972'de 2231 olan sağlık evi sayısı 6309'a çıkmıştır. Ayrıca bu dönemde sağlık personeli sayısında da önemli artış sağlanmıştır. Bebek ölüm hızı %0 140,2 'den %0 127,3' e gerilemiştir. Sağlık Bakanlığı bütçesi 1975 yılında %3,54 olarak gerçekleşmiştir.

2.1.7.4 Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda her üç planda da yer alan ilke, koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesi olmuştur. Ancak koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırarak tedavi edici hizmetlere olan aşırı talebi önlemek mümkün olmamıştır. Yatak sayılarında önemli artışlar olmuştur. Fakat çok sayıda kurum (Sağlık Bakanlığı, Belediyeler, Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, Özel Sektör, Diğer Bakanlıklar, Kamu İktisadi Teşekkülleri) tarafından farklı yapı, personel, malzeme standartları ve ücret politikaları yürütülen sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması sağlanamamıştır. Bu nedenle yaratılan yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamıştır (DPT, 1979).

Dördüncü Beş Yıllık Planda İzlenecek politikalar şu şekilde tespit edilmiştir;

- Planda, temel ilke olarak sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli ve etkili biçimde her kişiye ve yere ulaştırılması benimsenmiş ve bu amaçla tek bir sistem uygulamasına geçilmesi
- Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri Devlet tarafından karşılanması
- Devletin ilaçlar üzerindeki her türlü denetiminin artırılması
- Nüfusun yeterli ve dengeli beslenmesi için zorunlu olan temel besin maddelerinin üretimini özendirici ve yurt düzeyine dengeli dağıtımı yönlendirici düzenlemeler yapılması
- Okul ve okul öncesi çağıdaki çocukların beslenme bozukluklarını önlemek için beslenme eğitimine ağırlık verilmesi ayrıca 0-6 yaş arası çocuklarını beslemede zorluk çeken ailelere devlet yardımının sağlanması
- Sosyalleştirme programı içindeki ana- çocuk sağlığı hizmetleri ve aile planlaması konusunda köy ebelerinin işlevlerinin geliştirilmesi

1982 Anayasası kalkınma planlarında öngörülen tüm vatandaşları yüksek bir yaşama seviyesi ve sosyal güvenliğe ulaştırma ve bu hakkın kullanılmasında devletin sorumluluklarının olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 56. maddesinde “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” şeklindedir ve böylece genel sağlık sigortasının kurulması anayasa düzeyinde öngörülmektedir.

2.1.7.5 Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Birinci beş yıllık kalkınma planında 15 yıllık süre sonunda tüm yurt genelinde uygulanması hedeflenen sosyalleştirme çalışmaları 1984 yılında bütün illeri kapsamına almıştır.

Diğer planlarda olduğu gibi bu plan döneminde de sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanması esas amaç olarak belirtilmiş ve bu sebeple sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ulaştırmak temel ilke olarak kabul edilmiştir (DPT,1985).

Diğer planlarda belirtilen politikalardan farklı olarak uygulanacak politikalar aşağıdaki gibidir.

- Sağlık yapılarına ilişkin olarak inşaat ve maliyet standartlarının geliştirilmesi ve günün değişen şartlarına göre yönlendirilmesi,

- Çocuk ölümlerinin azaltılması için ilgili kuruluşlarla yüksek seviyeli bir kurul kurularak işbirliği ve dayanışma sağlanarak bebek ölüm oranı gelişmiş olan ülkeler düzeyine düşürülmesi
- Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınması
- Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli hastanelerin yapımının önlenmesi
- Sağlık ocaklarından başlayan sevk zincirinin oluşturulması,
- Tıbbi cihaz israfının önlenmesi, bakım - onarım hizmetlerinin geliştirilmesi ve gerekli personelin yetiştirilmesi
- Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilmesi ve bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılması

1984 yılında 2525 olan sağlık ocağı sayısı 1989 yılında 3267'e 1984 yılında 7055 olan sağlık evi sayısı 1989 yılında 10687 çıkarılarak tüm plan dönemlerindeki en fazla artış sağlanmıştır. Aynı şekilde hekim, hemşire ve ebe sayısında önemli artış sağlanmıştır. 1990 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesi %4.12'dir.

2.1.7.6 Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Plan dönemi sonunda; doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi, sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması hedeflenmektedir (DPT, 1990).

Aile planlaması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, çevre şartlarının iyileştirilmesi, beslenme bozukluklarının giderilmesi, sağlık birimleri arasındaki etkin işbirliğinin sağlanması bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyen temiz içme suyu, modern kanalizasyon gibi alt yapı yatırımlarının etkili bir şekilde sürdürülmesi gibi diğer kalkınma planlarındaki hedefler bu

planın da hedefleri arasındadır. Diğer planlardan farklı olarak özellikle belirtilen hedefler ise;

- Tıp Eğitimi müfredat programlarında ve hekim istihdam politikalarından pratisyen hekimliği özendirici düzenlemeler yapılacak, uzman açığı bulunan tıp dallarında uzmanlaşma teşvik edilecektir. Serbest çalışanlar da dahil bütün sağlık insan gücünün hizmet içi ve sürekli eğitimleri sisteme bağlanması
- Sağlık alanında bilimsel araştırma faaliyetleri ile gelişme gösteren yeni tıp dalları ve modern tıp teknolojisinin izlenmesi için gerekli destekler sağlanması
- Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilmesi
- Yönetim, kaynak ve norm birliği sağlanarak sağlık sigortasının kapsamı genişletilmesi
- Bakım ve onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık kuruluşlarındaki biyomedikal mühendislik hizmetleri etkinleştirilmesi
- Sağlık mevzuatı günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi.

1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatına Price Waterhouse tarafından hazırlanan Sağlık Sektörü Master Planı ile ilk kez sağlık ekonomisiyle ilişkili kavramlar Türkiye de gündeme gelmeye başlamıştır ve sağlık alanındaki reformların başlangıcı olmuştur. Bu plan ile sağlık hizmetlerinde hizmet finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması, hizmette verimlilik, kalite gibi kavramlar gündeme gelmiştir (Tatar, 2009).

Bu plandan sonra 1992 ve 1993 yıllarında birinci ve ikinci ulusal sağlık kongreleri yapılarak sağlık reformlarının teorisi oluşturulmaya çalışılmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası dokümanı hazırlanmış ve hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, genel sağlık sigortası, hastanelerin birbiriyle rekabet edebilecek özerk kurumlar

olması ve aile hekimliği konuları ayrıntılı olarak incelenmiştir (Tatar, 2009; Akdağ, 2008).

1992 yılında sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Bu şekilde ekonomik gücü yeterli olmayan insanların sınırlı da olsa sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır (Akdağ, 2008).

2.1.7.7 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, sağlık alanında kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanması, sistemin finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, mevzuat ve enformasyon boyutu itibariyle yeniden yapılandırılması ihtiyacı devam etmekteydi.

Bu yeniden yapılandırma kapsamında;

- Sağlık politikalarına süreklilik kazandırılıp yasaların kararlılıkla uygulanmasını sağlamak
- Hizmet kademeleri arasında gerçekçi ve doğru bilgi akışının sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sistemi geliştirilecek, bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulması
- Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılıp etkili bir koordinasyon ve işbirliği sağlanmak suretiyle mevcut kaynakların daha verimli kullanılması ve mevcut fiziki altyapının düşük kapasite ile kullanıldığı yerlerde yeni yatırımların yapılmaması
- Hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılarak, gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidilmesi
- Sağlık alanındaki bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin teşvik edilmesi

- Gıda üretim politikaları beslenme sorunlarını da göz önüne alınarak belirlenecek, iyotlu tuz üretim, suyun florlanması, ekmeğin veya unun zenginleştirilmesi teşvik edilerek dengesiz ve yetersiz beslenmeden ortaya çıkan problemlerin giderilmesi
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, etkili, verimli ve bireylerin erişebileceği bir şekilde sunumunu sağlamak için, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk işletmeler haline dönüşebilmesi
- Bütün hizmet kademelerini kapsayan bir hasta sevk sistemi kurularak ve bu çerçevede bireye hekim ve hastane seçme imkânı getirilmesi
- Sağlık güvencesi ve sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı olmayanların sağlık güvencelerini sağlamak, genel sağlık sigortasına geçişi ve mevcut sosyal sağlık sigortaları uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi çerçevesinde bütünleştirilerek tek bir kurum tarafından yürütülmesi
- Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan tedavi hizmeti sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapı yerine, politika, standart ve norm belirleyen, sağlık alanını düzenleyen, denetleyen ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan bir yapıya kavuşturulması
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık evi, sağlık ocağı, kamu sağlık merkezi ve benzeri birimler ile aile hekimliği hizmet birimlerinde etkili, kaliteli ve verimli sunumunu sağlamak için Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun çıkarılması hedeflenmiştir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sağlık hizmetlerinde başta Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu olmak üzere, kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ile finansmanının bir arada bulunması, hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta ve denetim mekanizmasının etkili şekilde işletilmesini engellemektedir. Tüm plan dönemlerinde olduğu gibi yedinci plan döneminde de sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı, bebek ölüm hızı, gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşılamamıştır (DPT, 2001)

2.1.7.8 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Koruyucu sağlık hizmetlerine önceliğin verilememesi, aile hekimliği uygulamasına geçilememesi, hasta sevk sisteminin kurulamamış olması, hastanelerin, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmemeleri, çevre sağlığı hizmetlerinin yetersizliği, kaynak yetersizliği ve mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmaması, sağlık insan gücünün dengesiz dağılımı ve hastanelerde yarı zamanlı çalışma nedeni ile hekimlerden yeterince yararlanılamaması ve tıp eğitiminin bu durumdan olumsuz etkilenmesi, sekizinci kalkınma planının da üzerinde durulan önemli sorunlardır (DPT, 2000).

Sekizinci plan döneminde 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planıyla "Herkese Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir (Akdağ, 2008).

- Sağlık bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

2003 yılı başında sağlık bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması,

herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri, etkili sevk zinciri ve idari ve mali açıdan özerk sağlık işletmeciliğini oluşturmak amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır (SB, 2003).

Bu program dâhilinde 1 Haziran 2003 tarihinden itibaren “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği” ile kamu çalışanlarının özel sağlık kuruluşlarında da tedavi olabilmeleri imkânı doğmuştur. Mayıs 2006 tarihinde “Emekli Sandığı”, “Sosyal Sigortalar Kurumu” ve “Bağ-kur” isimleri altında ayrı ayrı çalışmakta olan üç ayrı sosyal güvenlik kurumu yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplandı. Bu plan döneminde Aile hekimliği Pilot Uygulama Yasası 2004 yılında kabul edildi ve aile hekimliği sistemi 2005 yılında Düzce ilinde uygulanmaya başlandı.

Uygulanmaya devam edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu alanında önemli değişiklikler getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi alanında tüm ülkeye yayılmaya çalışılan aile hekimliği uygulaması, temel sağlık hizmeti odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışının terk edilmesi, sağlık hizmetine erişimi kısıtlaması, dar bölgede sağlık hizmeti sunma anlayışının terk edilmesine neden olacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında, genel sağlık sigortası uygulamasının öngördüğü temel teminat paketi, prim ve kullanıcı ödentisi bileşenleri gelir düzeyi düşük ve ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyeceği düşünülmektedir. Aynı şekilde devletin sağlık hizmeti sunumundan vazgeçmesi, sağlığın özel sektöre devredilmesi olarak görülmektedir. Sağlığın ticari bir mantıkla ele alındığı zaman, temel bir insan hakkı olmaktan çıkacağı ve parası olanın ancak parası kadar satın alabildiği bir meta biçimine dönüşeceği öne sürülerek sağlıkta dönüşüm programı eleştirilmektedir (Pala, 2007)

2.1.7.9 Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Dokuzuncu kalkınma planının vizyonu "İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen ve AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" olarak çizilmiştir. Ayrıca beşeri kalkınmanı sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Dokuzuncu kalkınma planındaki hedefler,

- Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecektir.
- Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılabacaktır. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılabacaktır.
- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.
- Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabacaktır. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.
- Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özzerleştirilecektir.

- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.
- Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.
- Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.
- İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.
- Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.
- Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

Planlı dönemlerde sağlık ocağı ve evlerinin yapımında hedeflerin gerisinde kalınmıştır. Bunun tek nedeni yatırım olanaksızlıkları değil, yapımı tamamlanan birimlere ilaç, malzeme verilemesindeki aksamalar, arsa, altyapı, projelendirme gibi organizasyonların gecikmesi ve en önemlisi ise personel sağlanmasında karşılaşılan güçlüklerin giderilememesidir. Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinin istenilen düzeye çıkarılmasında önemli bir engel olmuştur. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetinin tek sunucusu konumundaki sağlık bakanlığı bütçesinin 2.81 ile 4.71 arasında değişen oranlarda ve çok az olması hizmet sunumunda yetersizliğe neden olmuştur. Eğitimli personel azlığı ve bölgeler arası eşitsizlik her plan döneminin

çözülemeyen sorunu olmuştur. Sağlık personelinin tam süre çalışması ile belli ölçülerde bu sorun giderilebilecekken yasal boyutu sağlanamamıştır. Sağlık hizmetlerinde politik etkilerin fazla olması sonucu dönemlik politikalar oluşturulmuştur.

Sağlık ekonomisi kavramı ilk kez altıncı plan döneminde belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hizmet finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması, hizmette verimlilik, kalite gibi kavramlar gündeme gelmiştir ve sağlık alanındaki reformların başlangıcı olmuştur. Sekiz ve dokuzuncu planlarda kaynakların etkin kullanımı ile ilgili daha somut adımlar atılmıştır. Aile hekimliğinin oluşturulması, fiyatlandırma ve ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi, sevk zinciri, akılcı ilaç kullanımı ve benzeri birçok hedef sağlığa ayrılan kaynakların daha etkili kullanımı amacıyla tasarlanmıştır. 2008 yılında tüm ülkeyi kapsamaya düşünülen aile hekimliği uygulaması 2010 yılı başlangıcı itibariyle tüm yurttan yaygınlaştırılmamıştır.

Çizelge 1. Planlı Kalkınma Dönemlerindeki Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler

	1963	1967	1972	1977	1983	1989	1994	2000	2005
Toplam Nüfus (*1000).	28.929	32750	37.132	41.768	47.864	54.893	61.183	67.420	72.065
Hekim Sayısı	11.077	11875	16.284	23.920	32.263	46.708	65.832	85.117	106.576
Bir Hekime Düşen Nüfus Sayısı	2.612	2758	2.280	1.746	1.484	1.175	921	792	715
Diş Hekimi Sayısı	1.751	2.246	2.246	5.954	7.763	10.132	11.467	12.040	19.460
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus Sayısı	16.523	16.248	9.800	7.015	6.166	5.418	5.261	4.599	3.703
Hemşire Sayısı	3.908	6.161	11.358	19.859	29.316	43.374	56.280	71.612	85.654
Bir Hemşireye Düşen Nüfus sayısı	7.236	5316	3.269	2.103	1.633	1.266	1.169	919	841
Ebe Sayısı	4.041	5.621	13.056	16.785	14.570	27.815	35.604	41.590	42.223
Bir Ebeye Düşen Nüfus Sayısı	7.159	5.826	2.844	2.488	3.285	1.974	1.718	1.209	1.706
Sağlık Ocağı Sayısı	19	541	851	1.395	2.525	3.267	4.575	5.700	5.936
Sağlık Evi Sayısı	37	1.294	2.231	5.309	7.055	10.687	11.878	11.747	11.740
Hastane Sayısı	613	664	783	772	646	812	1.051	1.213	1.156
Toplam Yatak Sayısı	50.135	59.176	77.312	83.027	99.396	116.061	134.665	170.000	176.785
Yatak Başına Nüfus Sayısı	577	553	480	503	481	472	405	391	383
Bebek Ölüm Hızı (%o)	175	158	140.2	127,3	92	62,1	45.2	28.9	23.6

Kaynak: DPT, TÜİK, Sağlık Bakanlığı Verileriyle Hazırlanmıştır.

Türkiye de kamu sağlık harcamalarının en büyük kısmını Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumları yapmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları arasında SSK en önemli finansman kurumudur. Bu kurumun toplam sağlık harcamasındaki payı diğer iki sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı ve Bağ-Kur) toplamından daha büyüktür. Çizelge 2' de görüldüğü gibi SSK sağlık harcamalarında sürekli bir artış söz konusudur. 2003 sonrasında; SGK kapsamı içindeki nüfusa yönelik sağlık paketi kapsamlarının genişletilmesi, tüm sağlık kurumlarına erişimin kolaylaştırılması, hizmet sunum modellerinin değişmesi ile personele yönelik ücret politikasının performansa, başka bir ifade ile hizmet miktarına bağlanması sağlık harcamalarını artıran nedenlerdendir. Aynı şekilde 2004 yılından önce sadece yatarak tedavi hizmeti alabilen yeşil kartlıların ayakta tedavi hizmetleri de ödeme kapsamına alınmış ve bu nedenle bu grubun sağlık harcamalarında önemli artış meydana gelmiştir.

Çizelge 2: Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına ve Türüne Göre Dağılımı

Milyon TL	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SSK	3.594	4.981	6.636	7.065	11.106	14.738
Tedavi	1.493	2.530	3.502	3.088	5.486	7.879
İlaç	1.879	2.101	2.687	3.553	5.266	6.378
Diğer	222	350	447	424	354	480
BAĞKUR	2.195	3.183	3.719	3.626	3.816	3.052
Tedavi	693	966	1.269	1.363	1.667	1.385
İlaç	1.322	1.997	2.188	1.841	1.841	1.407
Diğer	181	220	262	422	308	261
EMEKLİ SANDIĞI	1.840	2.498	2.796	2.925	2.745	2.194
Tedavi	645	867	1.135	1.183	1.337	1.003
İlaç	1.100	1.517	1.524	1.607	1.265	1.073
Diğer	95	115	136	135	144	118
SGK TOPLAM	7.629	10.662	13.150	13.616	17.667	19.984
Tedavi	2.831	4.363	5.906	5.633	8.489	10.267
İlaç	4.301	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858
Diğer	498	685	845	981	806	859
Konsolide Bütçe	1.654	2.035	2.462	2.194	2.279	2.694
Tedavi	837	1.063	1.242	1.272	1.568	1.724
İlaç	817	972	1.220	922	711	970
Yeşil Kart	650	917	1.062	1.809	2.910	3.913
Tedavi	537	665	612	1.047	1.983	2.603
İlaç	113	252	450	762	926	1.310
Genel Toplam	9.933	13.614	16.674	17.619	22.855	26.591
Tedavi	4.205	6.091	7.760	7.952	12.039	14.594
İlaç	5.231	6.839	8.069	8.685	10.009	11.138
Diğer	498	685	845	981	806	859

Kaynak: kfd.org. tr

2.2 İlgili Araştırmalar

Muysken, Yetkiner ve Ziesemer (2003) sağlığı emek verimliliğini belirleyen en önemli unsur olarak görmekte ve büyüme konusunda sağlığı, sağlıklı emeğin toplam emeğe oranı olarak tanımlamaktadırlar. Hem uzun dönemde hem de kısa dönemde sağlıklı bir emek stoğunun daha verimli bir makroekonomik performansa yol açtığını ortaya koymuşlardır (Muysken, Yetkiner, Ziesemer, 2003).

Yetkiner'in sağlığın dışsallık etkisini de göz önüne alarak yaptığı ve Muysken, Yetkiner, Ziesemer çalışmasının devamı niteliğinde ki çalışmasında, emeğin üretime katılma etkinliğini belirleyen en önemli faktörlerden biri sağlık(sızlık) olarak gösterilmektedir. Bu çalışma da hem genel olarak sağlığın hem de sağlığın dışsallık özelliğinin ekonominin makroekonomik performansı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Çünkü mikro seviyede bireyin sağlıksızlığı durumunda bireysel emek verimliliğinin azalacağı makro düzeyde ise toplumdaki ortalama sağlık düzeyi azaldıkça bireysel ve toplam emek verimliliğinin azalacağı dolayısıyla sağlığın verimlilik ve ekonomik büyüme için bir ön koşul olduğu savunulmaktadır (Yetkiner, 2006).

Alok Bhargava ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları 92 ülkeyi kapsayan çalışmalarında ekonomik büyüme oranına, yaşam süresinin etkisini araştırmışlardır. Düşük gelirlili ülkelerde yaşam beklentisinin gayrisafi yurt içi hâsıla üzerinde pozitif bir etkisinin olduğunu göstermişlerdir (Bhargava, Jamison, Lau, Murray, 2001).

Benzer bir çalışma Türkiye de yapılmıştır. Türkiye'deki sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada 1980-2005 yılları arasındaki sağlık harcamaları, doğuşta yaşam beklentisi ve

GSMH serileri kullanılmıştır ve sağlık harcamalarının hâsılayı artırıcı yönde bir etkisinin bulunduğu ortaya konmuştur (Yumuşak, Yıldırım, 2009).

Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık düzeyi ölçütlerinin çok boyutlu ölçekleme analizi ile incelendiği çalışmada, AB'ne tam üyeliğe aday olan ülkemizin sağlık göstergeleri ile AB ülkelerinin sağlık göstergeleri arasında var olan önemli farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıkların azaltılması sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için, bütçeden sağlığa ayrılan miktarın yükseltilmesi, bunun etkin ve verimli kullanılması, sektörde işbirliği ve koordinasyonun sağlanması ve ulusal sağlık politikasının bu hususlar dikkate alınarak oluşturulmasının gerekliliği belirtilmiştir (Sığırlı, Ediz, Cangür, Ercan, Kan, 2006).

Türkiye'de sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedenselliğin araştırıldığı bir diğer çalışmada ise doğuştan beklenen yaşam süresi ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişki görülürken, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi bulunduğunu destekleyecek kanıt elde edilememiştir. Toplam sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında herhangi bir nedenselliğe rastlanılmaması, bu alana yapılan harcamaların yetersiz ve verimsiz olmasına bağlanmıştır (Taban, 2004).

Rivera ve Currais sağlık durumunun ekonomik büyümeyi pozitif ve anlamlı ölçüde arttırdığını bildirdikleri çalışmalarında, 1960-1990 yılları arasındaki OECD ülkelerinin verilerini kullanmışlardır. Sağlık harcamalarını gösterge olarak kabul ettikleri çalışmada sağlık durumunun ekonomik büyümeyi pozitif ve anlamlı ölçüde arttırdığını ancak ikisi arasında karşılıklı bir olumlu etkileşim süreci olduğunu belirtmişlerdir (Rivera, Currais, 1999).

Bloom ve Canning çalışmalarında makro düzeyde sağlığın ekonomik kalkınmanın önemli bir ayağı olduğunu ve mikro düzeyde ise insanların verimli yaşam sürelerini arttırmak için gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Sağlığın kalkınma üzerinde ve kalkınmanın da sağlık üzerinde potansiyel bir etkisinin mevcut olduğunu ve sağlıktan kalkınmaya olan etkinin nüfus, eğitim,

işgücü piyasası, yatırım mekanizmalarıyla gerçekleştiği belirtilmektedir. Sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkide herhangi birindeki iyileşmenin diğerindeki iyileşme potansiyelini de arttıracaklarını ancak politik ortamın potansiyel ödülleri gerçek kazançlara dönüştürülmesinde belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Bloom, Canning, 2003)

Bloom, Canning ve Sevilla, daha önce yapılan çalışmalarda sağlığın, büyüme üzerindeki etkisinin doğrudan mı yoksa bilinmeyen ya da ifade edilmeyen başka değişkenlerin yerini tutan bir vekilimi olduğunun bilinmediğini bu yüzden iş gücü verimliliğine sağlığın etkisini ölçmeyi hedefleyen geçerli ve kabul edilebilir bir üretim fonksiyonu oluşturmayı hedeflemişlerdir. 1960-1990 yılları arasındaki ülke verilerini kapsayan çalışmalarında, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğunu bulmuşlar. Yaşam beklentisini sağlık göstergesi olarak aldıklarında, yaşam beklentisindeki 1 yıllık artışın üretimde %4 lük bir atışı sağlayacağını bulmuşlar. Bu göreceli olarak büyük bir etkidir. Sağlık harcamalarındaki artış için haklı bir sebep göstermek gerekirse sadece işgücü üretkenliğindeki artış yeterli olacağını belirtmişlerdir (Bloom, Canning, Sevilla, 2004).

Mushkin çalışmasında, sağlık hizmetlerinin bir yatırım aracı olarak düşünülmesi gerektiğinin teorik altyapısını ortaya koymuştur. Ayrıca tüketim malı olarak hem sağlık hem de eğitim sıradışı mallar olduğunu ve sadece insan ihtiyaçları için gerekli olmayıp aynı zamanda refahında önemli bir parçası olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmetleri ile iş gücündeki sayısal artışın yanında ürünün kalitesini de artırdığını ve sağlıkla birlikte eğitime de yapılan yatırımların bireyin üretici ve tüketici olarak davranışını etkileyerek ekonomik kalkınmaya katkıda bulunduğunu belirtmiştir (Mushkin, 1962).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Birden fazla gözlem değerinin (bu çalışma için ülkeler). çok fazla değişkene göre değerlendirilmesinin yapılmasında çok değişkenli analiz yöntemleri kullanılmaktadır. Diskriminant, faktör analizi ve kümeleme analizi içlerinden sıklıkla başvurulanan yöntemlerdendir. Bunlardan kümeleme analizi, özellikle gözlem değerinin p değişkene göre kümelere ayırarak gruplandırma yapılabilmesi dolayısıyla birden fazla değişkene göre yorumlamanın zorluklarını aşmada kullanılan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Diskriminant analizinin aksine kümeleme analizi keşifsel bir analizdir ve kümeler yani gruplar daha önceden bilinmez. Analiz gözlem değerlerinin değişkenlere göre nasıl gruplandığını verir. Bu açıdan özellikle ülkeler arası çok değişkenli karşılaştırmalarda tercih edilen önemli bir yöntemdir.

Kümeleme analizi çok sayıda değişkene göre birimlerin gruplandırılmasında kullanılmaktadır. Bu durumda kümeleme analizi öncesinde küme sayısı bilinmez. Analiz sonrasında elde edilen kümelerde ise, küme içi homojenlik fazla iken kümeler arası homojenlik azdır. Yani küme içindeki ülkeler benzer özelliklere sahip iken, kümeler birbirine benzememektedir. Kümeleme analizinde, n birimin p değişkene göre veri matrisi oluşturularak benzerlik/farklılık matrisine ulaşılır ve buna göre kümeler oluşturulur. Daha sonra araştırmacı tarafından elde edilen kümeler incelenerek gerekli değerlendirmeler ve yorumlamalar yapılır.

Kümeleme analizinde çok farklı uzaklık ölçüleri kullanılmaktadır. Kullanılan uzaklık ölçütü, verinin nitel ya da nicel olması, nominal, sıralı ya da oransal ölçekte olmasına göre farklılık göstermektedir. P sayıda değişkene göre birimler ya da değişkenler arasındaki uzaklıkları hesaplamak için kullanılan uzaklık ölçülerine genel olarak Minkowski uzaklık ölçüsü adı verilir.

Analiz için SPSS’de en sık kullanılan Karesel Öklid Uzaklığı kullanılmıştır. Uzaklık ölçütünden sonra, kümeleme analizinde hangi yöntemin benimseneceğine karar verilir. Buna göre, analiz aşamalı ya da aşamalı olmayan yöntemlere göre yapılabilir. Hangi yöntem belirleneceği amaca göre seçilebilir. Ancak ülkeler arası incelemelerde, ülkelerin aşağı yukarı kaç gruptan oluşacağı bilindiği için genelde uygulamada aşamalı olmayan kümeleme analizi seçilmektedir (Özdamar, 2004).

Kümeleme analizinde grup içi homojenliğin ve gruplar arası farklılığın test edilmesi için Tek Yönlü Anova Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Grup ortalamalarına dayalı bir analiz olan Anova ile farklı kategorilerin belli bir değişkene göre farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmektedir. Bundan dolayı aritmetik ortalamalara dayalı bir analizdir. İki den fazla grup olması durumunda tercih edilir. ANOVA analizinin gerçekleşmesi için verilerin birbirinden bağımsız olması ve normal dağılması beklenir. Eğer verilerin normal dağılımı hakkında bir bilgi yok ise verinin 30 ve daha yüksek değerlerde olması durumunda uygulanabilir. Parametrik bir test olduğu için belli varsayımlar altında uygulanabilir. Böylelikle güçlü bir test olarak belirtilir. ANOVA analizinde test istatistiği için F testi kullanılır ve F testinin anlamlı olması, gruplar arası farklılığın olması demektir

Araştırmanın ana hipotezinin incelenmesi için çok değişkenli (boyutlu) analiz yöntemlerinden Kümeleme Analizi tercih edilmiştir. İleri analiz yapılmadan önce, değişkenlerin tek olarak incelenebilmesi için grafiksel analizler ve ikili ilişkilerin incelenmesi için ise ilişki analizleri gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla en son ikiden fazla değişkenin bir arada değerlendirilebilmesi için kümeleme analizi kullanılmıştır. Öncesinde grafiksel gösterimlerin yapılması ve ikili ilişkilerin incelenmesinin nedeni, ön analizlerle tek tek değişkenlerin Türkiye ve diğer OECD ülkelerinde hangi değerleri aldığı ve önemli değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığı ortaya konmuştur. Böylece çoklu analizle beraber daha basit istatistiksel yöntemlerle de değişkenler değerlendirilmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmada evren olarak OECD ülkeleri alınarak 30 OECD ülkesine ait ikincil verilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.3 Veri Toplama Araç Ve Teknikleri

Araştırmada OECD ülkelerine ait veriler ikincil kaynak verilerden oluşmaktadır. Sağlık ve ekonomi göstergelerinin önemli bir kısmı OECD ülkelerinin veri setinin düzenli olarak yayınlandığı Dünya Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü' nün elektronik veri dağıtım sisteminden temin edilmiştir. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün elektronik veri dağıtım sisteminden faydalanılmıştır. Böylelikle uluslararası verilere ulaşılarak gerekli analizler gerçekleştirilmiştir.

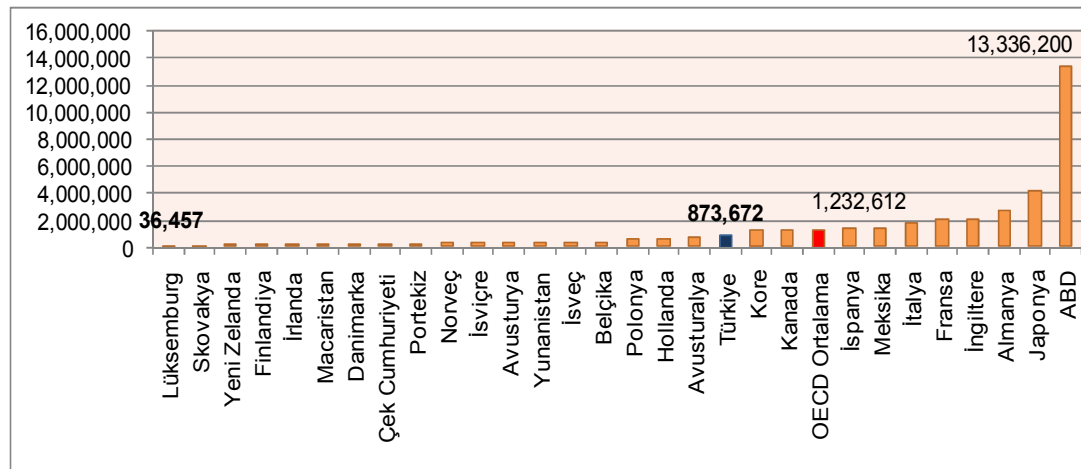
3.4 Verilerin Analizi

Seçilmiş sağlık göstergelerine göre OECD ülkeleri arasında Türkiye'nin yerinin nerede olduğu araştırmak için çok değişkenli analiz yöntemi olan Kümeleme Analizi kullanılmıştır. Kümeleme analizi yönteminde, benzer birimler çok fazla değişkene göre gruplar oluştururlar. Dolayısıyla küme içerisinde homojenlik fazlayken, kümeler arası homojenlik azalır. Kümeleme analizi yanı sıra, değişkenlerin grafiksel gösterimi ve ilişki analizleri ile destekleyici yöntemler de sunulmuştur.

4. BULGULAR VE YORUMLAR

4.1 Türkiye Ve OECD Ülkelerine Ait Ekonomik Ve Sağlık Değişkenlerinin Grafiksel Olarak İncelenmesi

Gayri safi yurtiçi hâsıla değerleri incelendiğinde, en yüksek milli gelire sahip ülke ABD çıkarken, en düşük gelire sahip ülke Lüksemburg çıkmıştır. Kişi başı milli gelirden en iyi durumda olan Lüksemburg'un gayri safi yurtiçi hâsılasının düşük çıkması nüfusunun az olmasından kaynaklanmaktadır. Türkiye değer olarak 874 Bin Dolar ile ortalarda yer almaktadır. OECD ülkelerinin ortalaması ise 1.232.612 Dolar çıkmıştır ve Türkiye OECD ortalamasının altında bir gelire sahiptir.

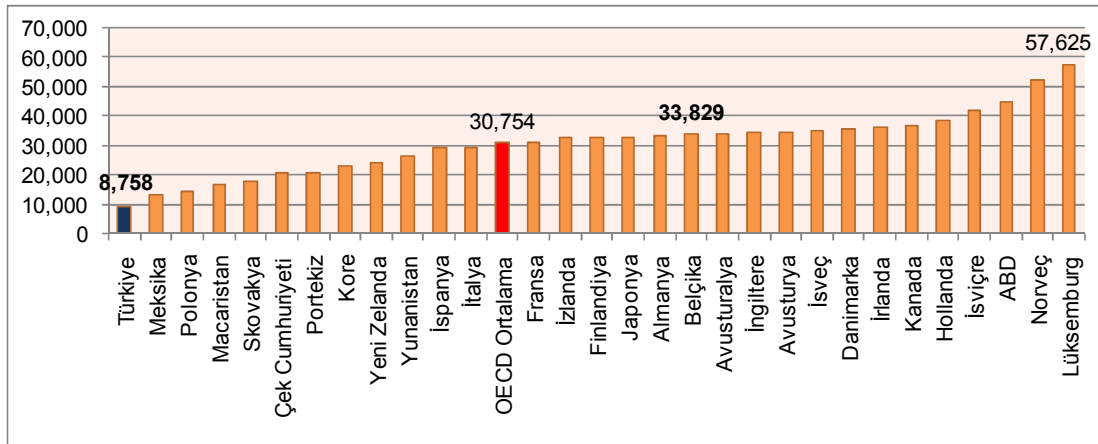


Şekil 2. Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (Dolar), 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

Kişi başına milli gelir ekonomik gelişmenin en önemli göstergelerinden biridir. Ülkelerin kişi başı milli gelirleri satın alma gücü paritesine göre Dolar olarak şekil 3'te gösterilmiştir. Şekle göre Türkiye 8,753 Dolar ile en düşük kişi başı milli gelire sahip ülke çıkmıştır. En yüksek gelire sahip ülkeler ise 52,156 ile Lüksemburg, daha sonra ise Norveç ve ABD olduğu anlaşılmıştır.

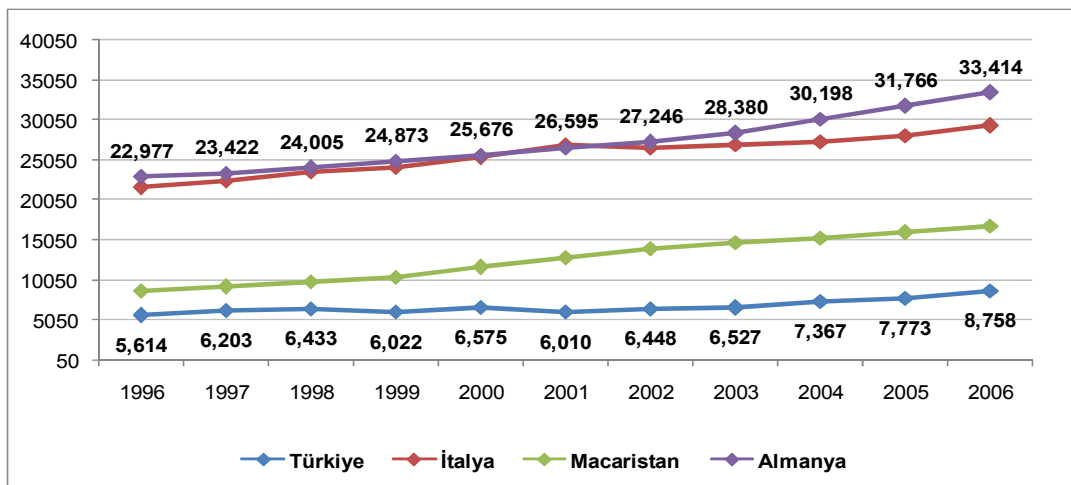
OECD ortalama kişi başı milli gelir 30,754 dolar iken Türkiye bu değer in çok çok altında kalmıştır.



Şekil 3. Kişi Başı Milli Gelir (Dolar), 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

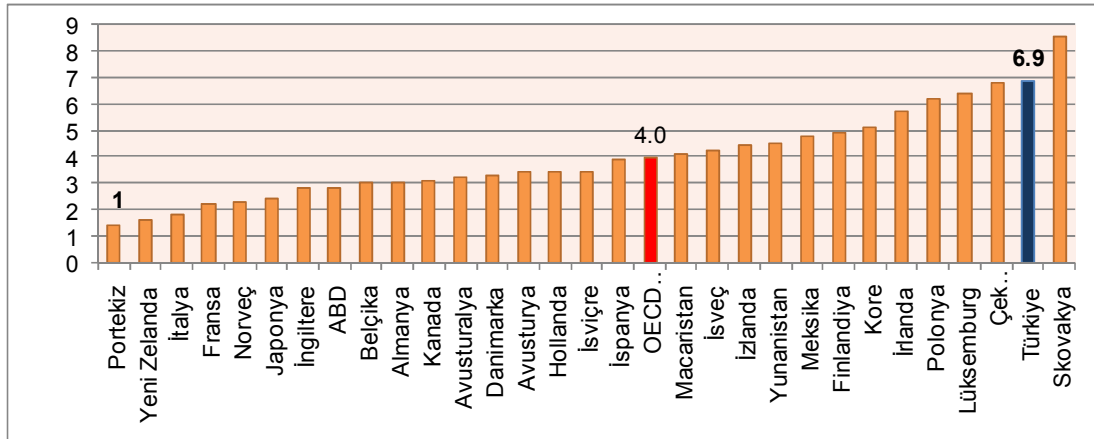
Yıllara göre kişi başı milli gelir incelendiğinde, Türkiye için 2001 senesinde bir düşüş ve kırılma gözükmemektedir. Yaşanan ekonomik krizle ilgili olan bu kırılmadan sonra düşük bir eğimle de olsa artış olduğu, 2001 yılında 6,448 Dolar olan gelirin 2006 yılında 8,758 Dolar'a ulaştığı görülmektedir. Bu artış diğer ülkeler için de görülmektedir. Almanya'nın son yıllarda artan bir ivmeyle gelirini arttırdığı, benzer şekilde Macaristan'ın da gelir artış hızının yüksek olduğu görülmektedir.



Şekil 4. Yıllara Göre Kişi Başı Milli Gelir (Dolar)

Kaynak: OECD Health Data, 2009

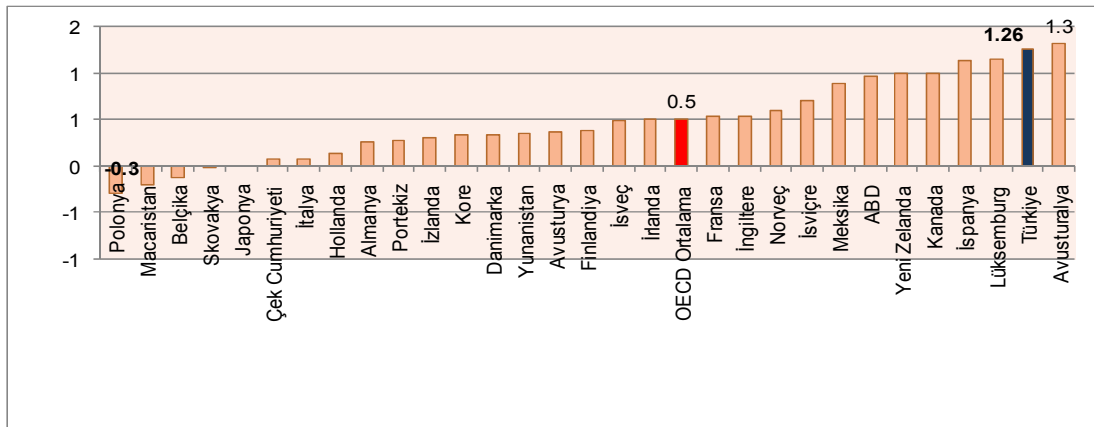
Reel milli gelir büyüme hızında Türkiye %6,9 ile Slovakya'dan sonra en yüksek büyüme hızına sahip ikinci ülkedir. Portekiz %1 ile en düşük büyüme oranına sahipken, daha çok gelişmekte olan ülkelerin büyüme hızlarının %5-8 arasında değer aldığı görülmektedir. Türkiye 2006 yılı reel milli gelir büyüme oranında OECD ortalamasının üzerinde bir değer almıştır.



Şekil 5. Reel Milli Gelir Büyüme Oranı %, 2006

Kaynak: OECD Factbook, 2009

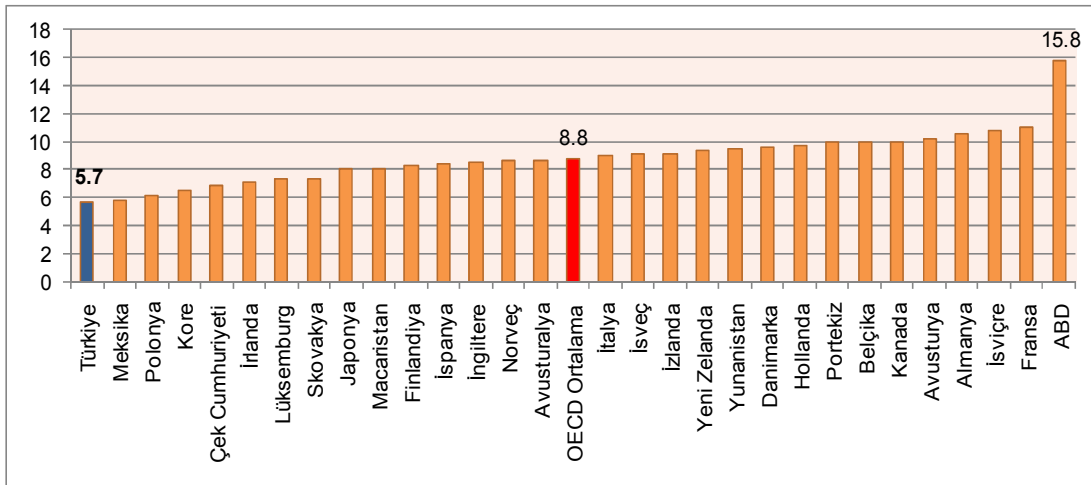
Nüfus artış oranları incelendiğinde bazı ülkelerin negatif artış hızına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Polonya, Macaristan ve Belçika gibi ülkelerde de negatif artış hızı söz konusudur. Türkiye ise Avustralya'dan sonra %1,2 oranıyla en yüksek nüfus artış hızına sahip ülkedir. Avustralya'nın ise %1,3 oranında bir nüfus artış hızı vardır ve bu oranda göçlerin etkisi mevcuttur. Nüfus artış hızında OECD ortalaması 0,5 gibi düşük bir değer iken Türkiye bu oranın çok üstünde bir nüfus artış hızına sahiptir.



Şekil 6. Nüfus Artış Hızı %, 2006

Kaynak: OECD Factbook, 2009

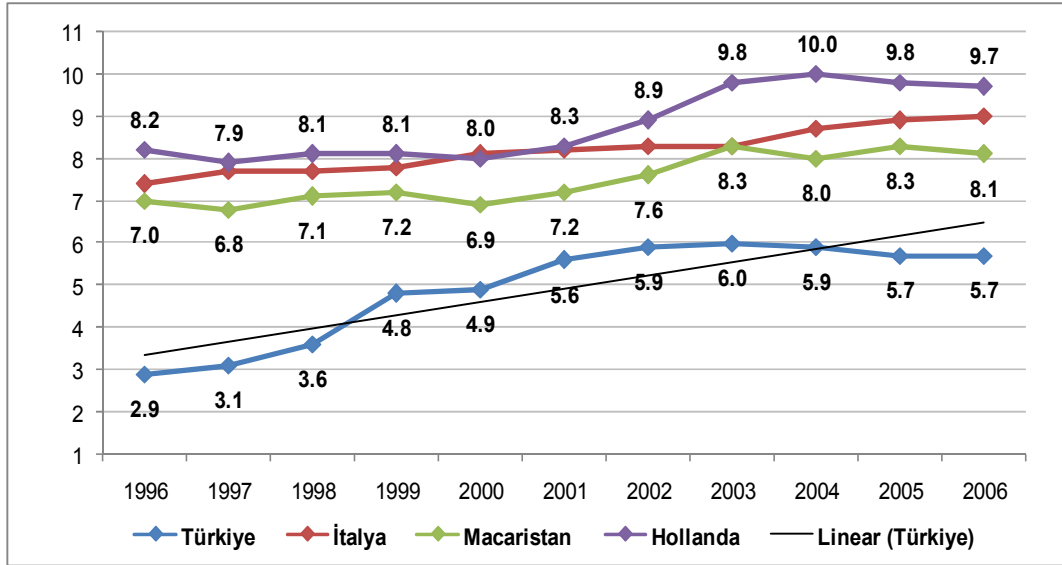
Aşağıdaki şekilde, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hâsıladan aldıkları paylara göre veriler sunulmuştur. Sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hâsılaya oranı, sağlık hizmetlerine ulusal gelirden ayrılan payları karşılaştıran makroekonomik bir yaklaşıma yansır. Türkiye’de sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın gayri safi yurtiçi hâsılaya oranının gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığı görülmektedir. Türkiye en düşük orana sahip iken (%5,7) ABD %15,8 ile en yüksek orana sahip ülkedir. Türkiye gibi Meksika, Polonya ve Kore’nin de sağlık harcamalarının yurtiçi milli hâsıladan aldığı pay çok düşüktür. Bunun yanı sıra, Almanya, İsviçre ve Fransa gibi ülkelerde oran çok daha yüksektir. Türkiye 8,8 olan OECD ortalamasının altında bir harcama yapmaktadır.



Şekil 7. OECD Ülkelerinin GSYİH' YE göre Sağlık Harcamaları, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

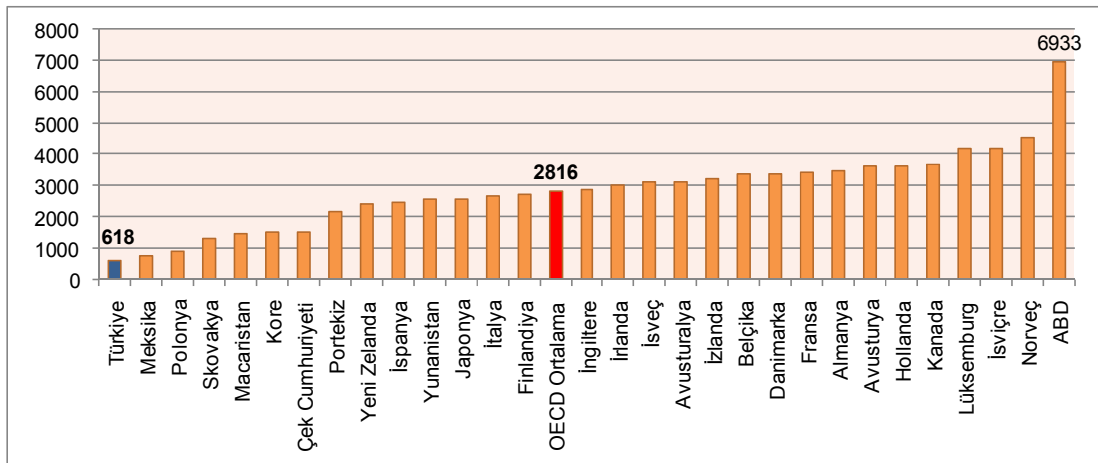
Şekil 8’de Türkiye’nin 1996-2006 yıllarındaki gayri safi yurtiçi hâsılaya göre sağlık harcamaları oranının giderek artan bir seyir izlediği görülmektedir. Hollanda’nın 2004 yılına kadar artış yaşadığı ancak bu yıldan sonra çok düşük değerlerle düşüşe geçtiği ancak Macaristan’ın da artışta olduğu görülmektedir.



Şekil 8. GSYİH' ye göre Sağlık Harcamaları Oranı

Kaynak: OECD Health Data, 2009

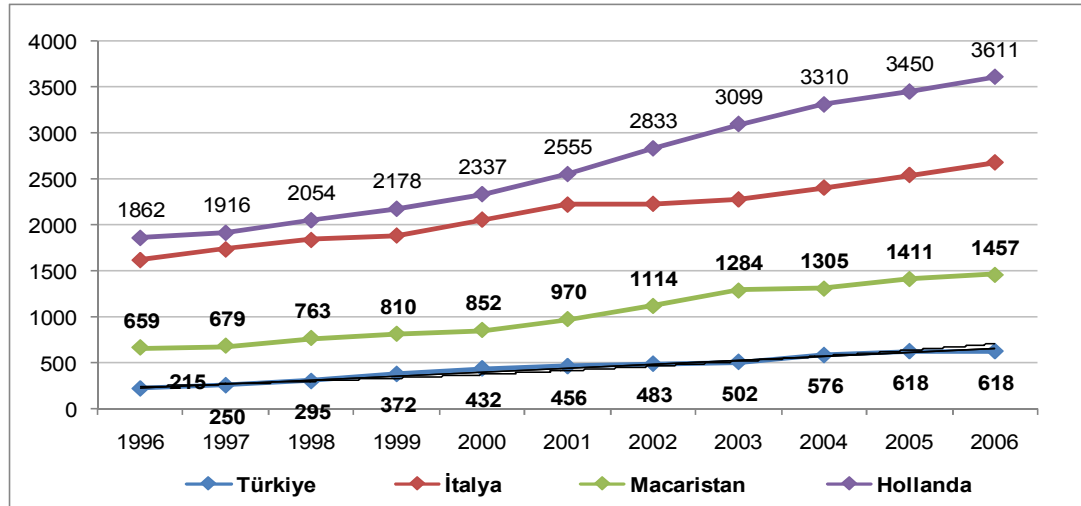
Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması miktarı oldukça düşüktür ve OECD ortalamasının hemen hemen beşte biri kadardır. Türkiye, OECD ülkeleri arasında kişi başına en az sağlık harcamalarına sahip ülke çıkmıştır. ABD en yüksek kişi başına düşen sağlık harcamasına sahip iken, Norveç, İsviçre, Kanada gibi ülkelerde de bu miktar yüksektir. Meksika, Polonya ve Macaristan gibi ülkelerinde değerleri düşük olsa da Türkiye'ye göre yüksek değerlere sahip ülkelerdir.



Şekil 9. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması Dolar, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

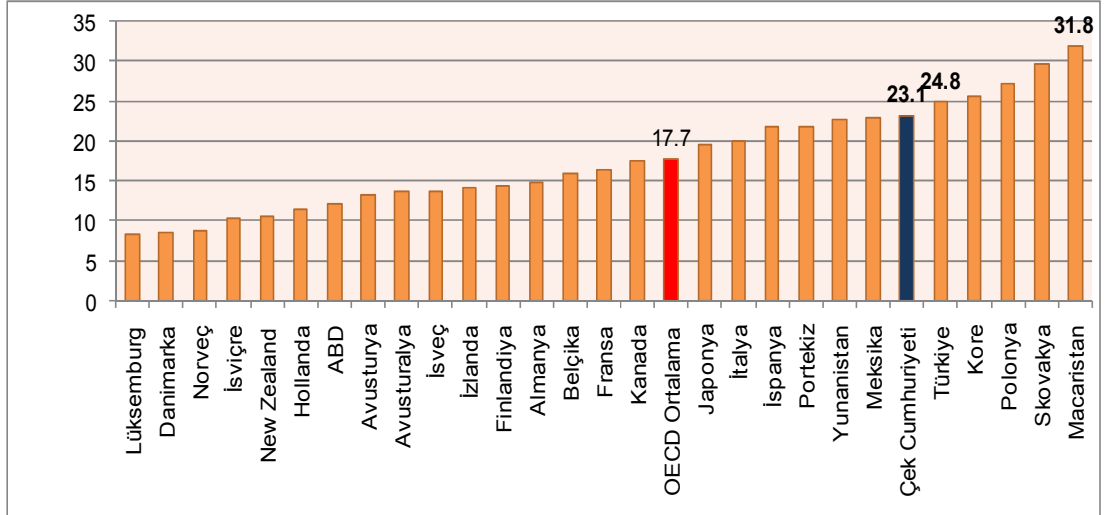
Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması 1996 yılından 2006 yılına artış göstermiştir. 1996 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 215 Dolar iken 2006 yılında 618 Dolar'a yükselmiştir. Diğer ülkelerde de benzer şekilde artış olduğu görülmektedir.



Şekil 10. Yıllara göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (Dolar)

Kaynak: OECD Health Data, 2009

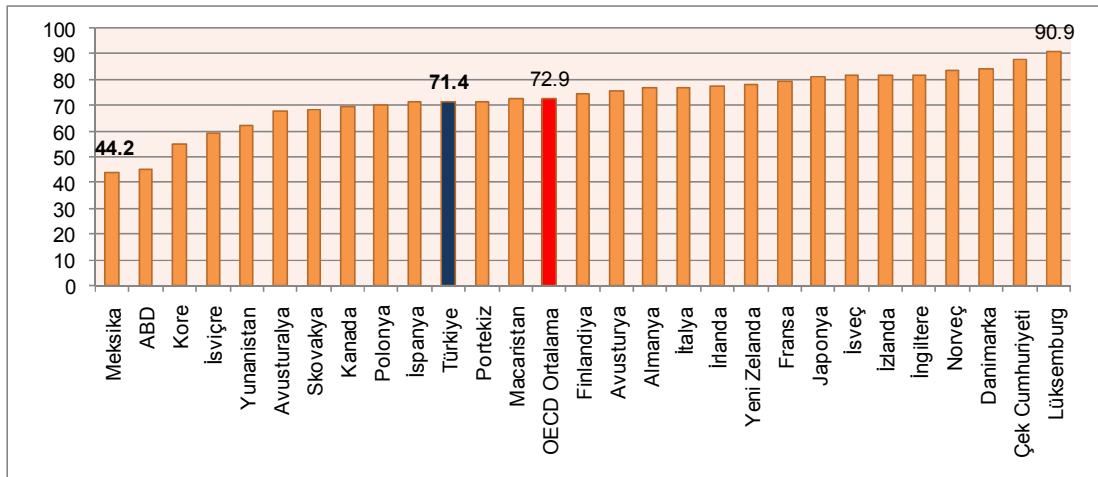
İlaç harcamalarının, sağlık harcamalarının tüm fonksiyonel yapısı üzerinde etkisi vardır. İlaç harcama oranları Şekil 11'de gösterilmiştir. Türkiye ilaç harcamaları oranı açısından OECD ülkeleri arasında 4. sırada yer almaktadır. En yüksek seviyede Macaristan %31,8 oranına sahiptir. Türkiye ise %24,8 ilaç harcama oranına sahiptir. Sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamalar, yüksek gelirli OECD ülkelerinde daha fazla iken düşük gelirli ülkelerde daha azdır. İlaç harcamalarında ise tam tersi bir durum söz konusudur. Yani düşük gelirli OECD ülkeleri sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü ilaca harcamaktadır. Bu durum da daha fazla getiri sağlayan koruyucu sağlık hizmetlerine daha az kaynak ayrılmaktadır. Danimarka, Norveç gibi gelişmiş ülkelerde ilaç harcama oranı %10'ların altındadır ve düşük seviyededirler. Türkiye OECD ortalamasının üstünde bir ilaç harcama oranına sahiptir.



Şekil 11. Toplam İlaç Harcamaları Oranı %, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

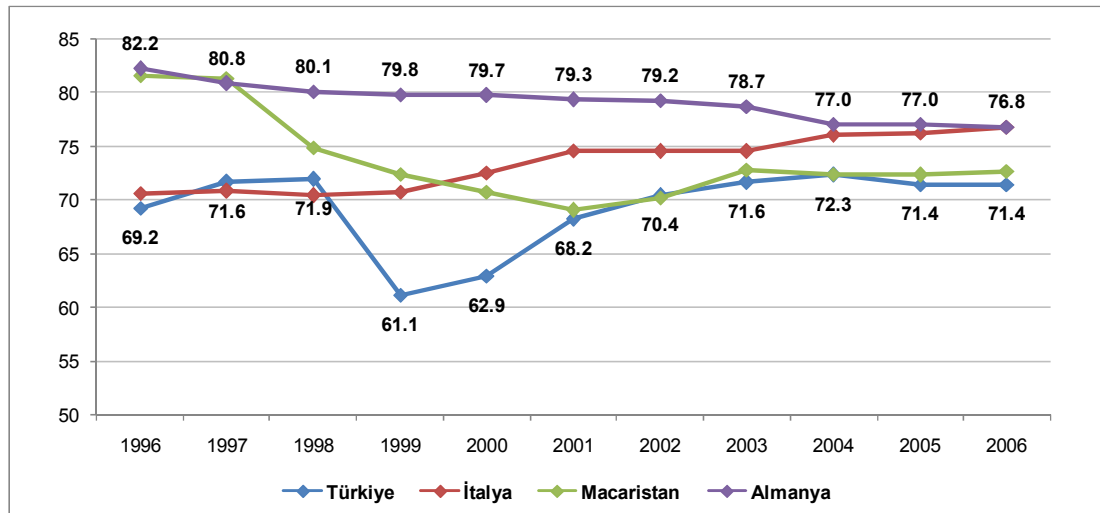
Kamu sağlık harcamaları, toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini göstermesi açısından önemlidir. Türkiye'nin sağlık harcamalarında kamunun payı OECD ortalamalarına paraleldir. Sağlık harcamalarında kamunun ağırlığı incelendiğinde, toplam sağlık harcamasındaki kamu payı Meksika'da %44,2 ile Lüksemburg'da %90,9 arasında değişen bir yelpaze gösteriyor. Meksika ve ABD bu çalışma da sağlık harcamalarının yarısından azının kamu fonundan geldiği iki ülkedir. Türkiye'de %71,4 oranında kamunun sağlık harcamalarını üstlendiği görülmektedir ve bu rakam diğer ülkelere göre ortalama bir rakamdır. ABD sağlık harcamalarında en yüksek değere sahip ülke olmasına rağmen bu harcamalarda kamunun ağırlığı %50'nin altındadır yani özel sektöre dayalı bir sağlık sisteminin olduğu söylenebilir. Ancak Fransa, Danimarka, Norveç gibi pek çok Avrupa ülkesinde halen kamunun ağırlığı daha fazladır.



Şekil 12. Sağlık Harcamalarında Kamunun Ağırlığı %, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

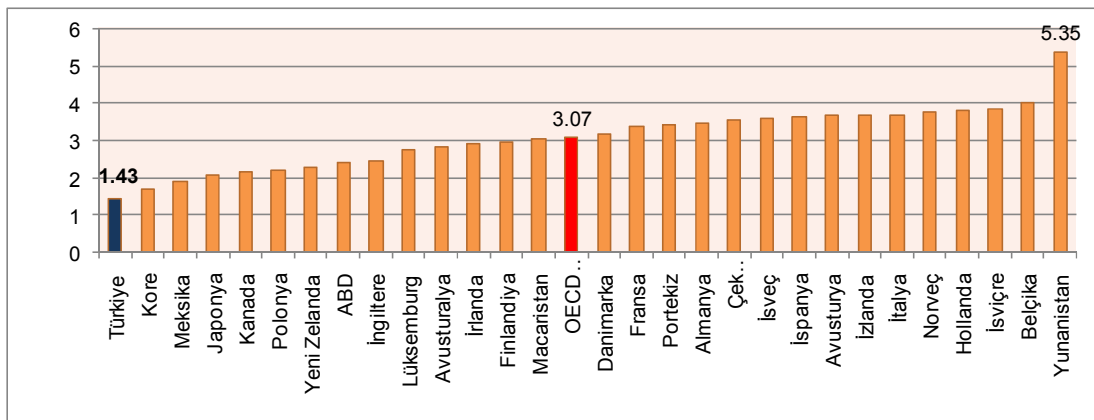
Türkiye’de kamunun ağırlığı ortalamada %70 değerinde olmuştur. Dolayısıyla sağlık alanında kamunun ağırlığının korunduğu ve yüksek bir orana sahip olduğu görülmektedir. Almanya’ya ise 10 yılda kamunun ağırlığı giderek azalmıştır. Benzer şekilde Macaristan’da da kamunun ağırlığı azalırken İtalya’da giderek artmıştır.



Şekil 13. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarında Kamunun Ağırlığı %

Kaynak: OECD Health Data, 2009

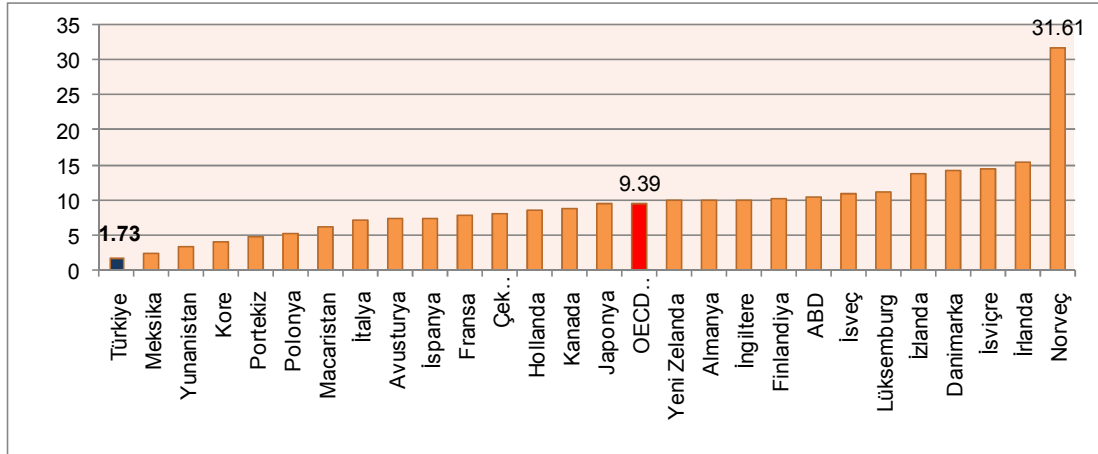
1,000 kişiye düşen hekim sayısı değişkeni de bir ülkenin sağlık kaynaklarını gösteren önemli değişkenlerden biridir. Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük orana sahip ülkedir. Türkiye’de 1,000 kişiye 1,43 hekim düşmektedir. Oysa bu rakam Yunanistan’da en yüksek seviyede 5,35 hekimdir. Dikkat çeken bir nokta Amerika’daki sağlık harcamalarının yüksek seviyelerine rağmen kişi başına düşen doktor sayısı OECD ülkelerinin çoğundan azdır. Türkiye OECD ortalaması olan 3.07’nin altında bir değere sahiptir. Türkiye’de yeterli sayıda sağlık personeli bulunmaması sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.



Şekil 14. 1,000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

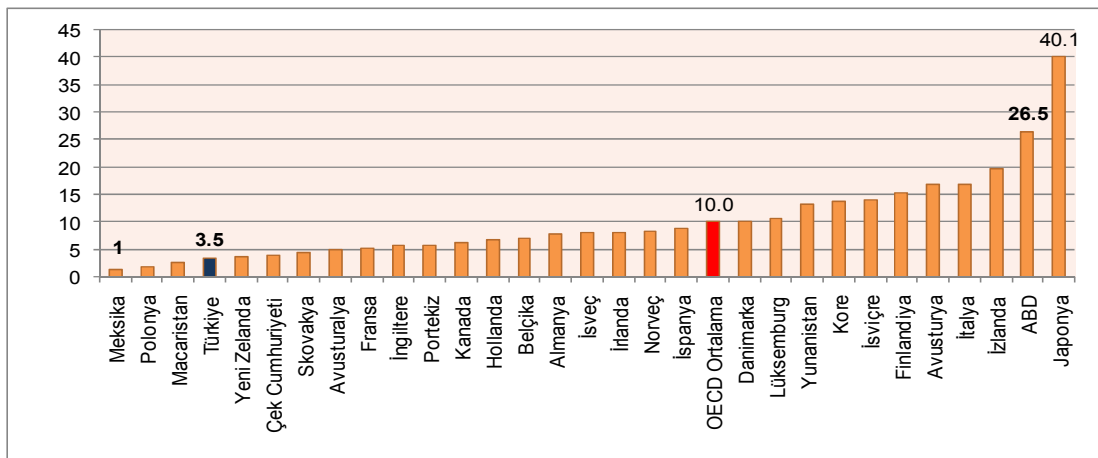
Doktorlarda olduğu gibi, hemşire ve ebe sayısında da OECD ülkeleri arasında önemli farklılıklar var. Şekil 15’te görüldüğü gibi 2006 yılında her 1000 kişi başına Türkiye’de 1,73 hemşire düşerken Norveç’te 31,61 hemşire düşmektedir. Meksika, Yunanistan, Kore gibi ülkelerde de bu sayı 5’in altındayken Avrupa ülkelerinin pek çoğunda 10 civarında çıkmıştır. Türkiye OECD ortalaması olan 9.39 değerinin çok çok altında bir değere sahiptir.



Şekil 15. 1,000 Kişiye Düşen Hemşire, Ebe Sayısı, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

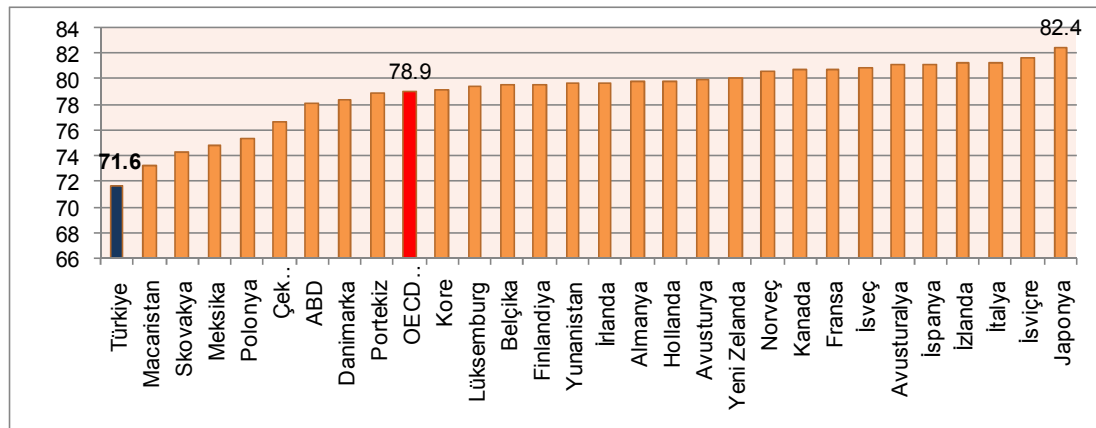
Tanı ve tedavide son teknolojilerden zamanında yararlanabilmeyi sağlayan tıbbi teknolojilerin dağılımı OECD ülkelerinde büyük farklılıklar göstermektedir. 1Milyon nüfusa düşen MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) cihazına sahip olma oranları incelendiğinde %40,1 ile Japonya açık farkla en yüksek orana sahiptir. Daha sonra ABD ve İzlanda gelmektedir. Cihazların yüksek maliyeti nedeniyle, kişi başına düşen MRI cihazı sayısının en düşük olduğu ülkelerin Meksika, Polonya ve Macaristan olması pek de şaşırtıcı değildir. Türkiye %3,5 oranıyla diğer birçok ülkeye göre oldukça düşük bir seviyede MRI cihazına sahip olmasına rağmen, en düşük kişi başı milli gelire sahip ülke olarak Meksika, Polonya ve Macaristan'ın önünde yer almaktadır.



Şekil 16. 1 Milyon Nüfusa Düşen MRI Cihazı, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

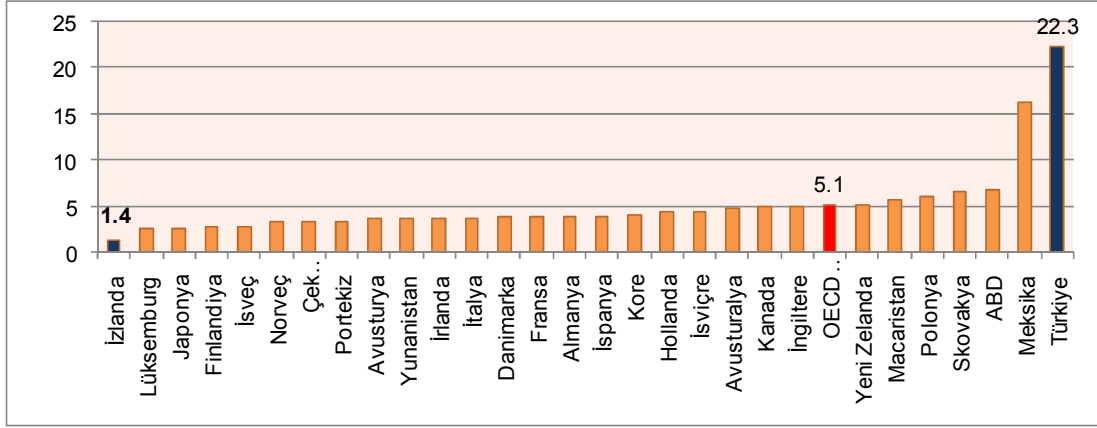
Yaşam standartlarının yükselmesi, yaşam tarzının iyileşmesi ve daha iyi eğitimin yanı sıra, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve ilaçların etkinliği konusunda kaydedilen ilerlemelerle birlikte doğumda beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Beşeri sermaye yatırımlarından daha uzun süre faydalanmayı sağlayarak kalkınmayı etkileyen doğumda beklenen yaşam süresi değişkenine göre de Türkiye en düşük sıradadır. Türkiye için bu rakam 71,6 iken pek çok Avrupa ülkesinde 78'lerde ve en yüksek 82,4 yıl ile Japonya'da olduğu görülmektedir. Türkiye 78,9 olan OECD ortalamasının altında bir yaşam beklentisine sahiptir.



Şekil 17. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

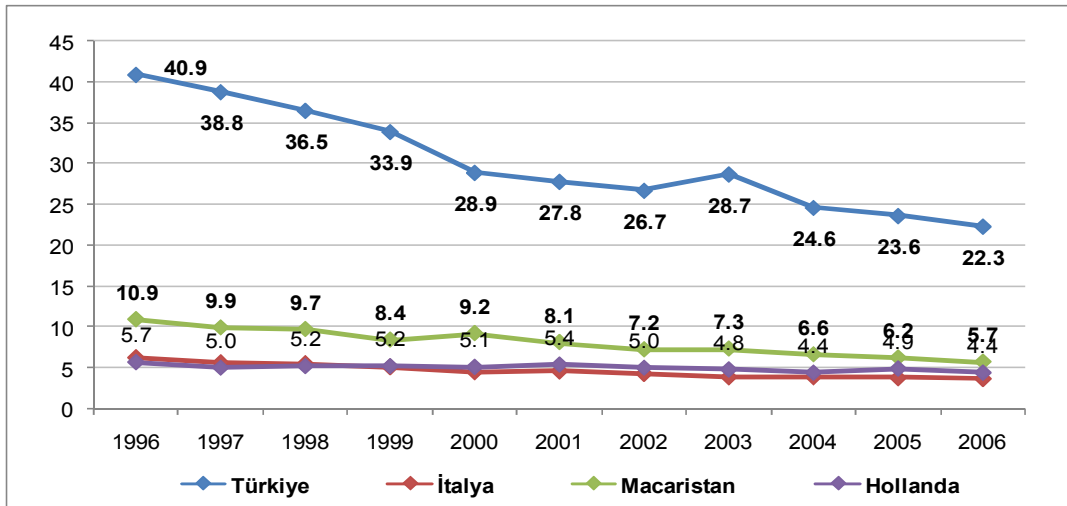
Türkiye'deki bebek ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenabilir ve kontrol edilebilir nedenlerdir. Bunların başında gebelik ve doğuma bağlı nedenler, ishal, pnömoni gibi koruyucu sağlık hizmetleriyle önlenabilir hastalıklar gelmektedir. Ekonomik ve sosyal koşullardaki genel gelişmelerin yanı sıra, çocuk aşılarından yararlanma, doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerindeki düzelmelerle birlikte bebek ölümleri çok azalmaktadır. Bebek ölüm hızı doğumda beklenen yaşam süresini ve doğum oranları etkilemektedir. Şekil 18'e görüldüğü gibi bebek ölüm hızında Türkiye, OECD ülkeleri arasında en kötü değere sahiptir. OECD ortalaması 5,1 olup, Türkiye bu oranın dört katını aşan (%22,3 oranında) bir bebek ölüm hızına sahiptir. Türkiye dışında Meksika yüksek orana sahip diğer bir ülkedir.



Şekil 18. 1,000 Canlı Doğumunda Bebek Ölüm Hızı, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

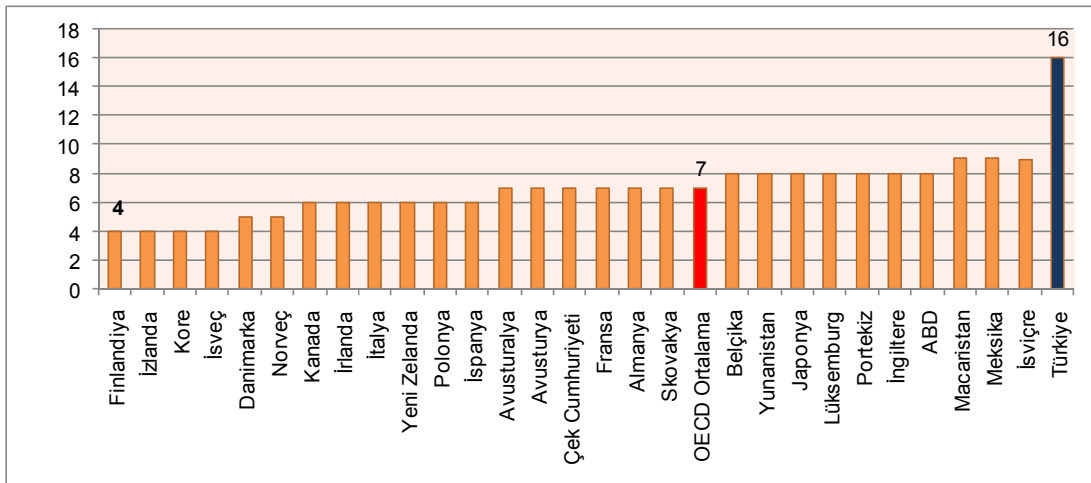
Bebek ölüm hızının yıllara göre seyri incelendiğinde, Türkiye'ye ait değerlerin yıllar geçtikçe düştüğü görülmektedir. 1996 yılında %40,6 değerine sahip Türkiye bebek ölümlerinde çok yüksek bir orana sahiptir. 1996 yılında Macaristan %10,9, Hollanda ve İtalya %5,7 gibi çok daha düşük oranlara sahip çıkmıştır. Türkiye 10 yıl sonra 2006 yılında %22,3 değerine inerek önemli bir aşama kaydetmiştir ancak diğer ülkelerin 10 yıl önceki durumuna dahi gelememiştir. Macaristan 1996 yılında %10,9 oranına sahip iken 2006 yılında %5,7 oranına ulaşmıştır ve OECD ülkeleri arasında Hollanda, İtalya gibi gelişmiş ülkelerin seviyesine ulaşabilmiştir.



Şekil 19. Yıllara Göre 1,000 Canlı Doğumunda Bebek Ölüm Hızı

Kaynak: OECD Health Data, 2009

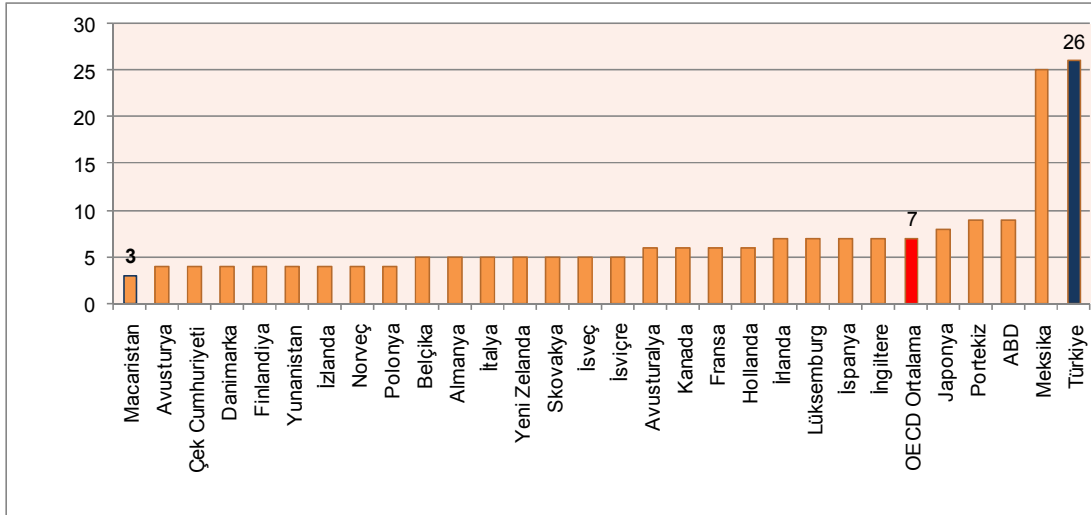
Düşük doğum ağırlığı, yeni doğanın 2500 gr ağırlığından daha az bir kilo ile doğması olarak tanımlanmaktadır. Düşük doğum ağırlığı ile bebek mortalitesi ve morbiditesi arasında yakın ilişki olduğu bilinmektedir. Bundan dolayı bebek sağlığı açısından önemli bir göstergedir. Doğum öncesi ve doğum sonrası kontrol, enfeksiyonların önlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetleri düşük doğum ağırlıklı bebek oranını azaltabilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdeleri incelendiğinde Türkiye'nin büyük bir farkla en yüksek orana sahip ülke olduğu anlaşılmıştır. Türkiye'de düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi %16 çıkarken, OECD ülkelerinde ortalama %7 çıkmaktadır. Finlandiya, İzlanda, Kore, İsveç gibi pek çok ülke de ise %5'in altında değerler mevcuttur.



Şekil 20. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Yüzdesi, 2006

Kaynak: World Health Statistics, 2008

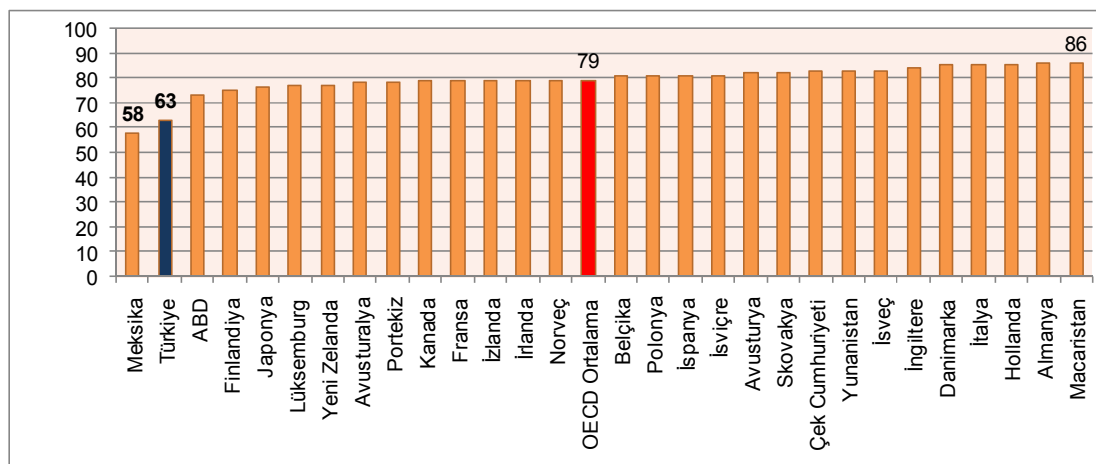
Çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenemeyen bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı şekil 21'de görüldüğü gibi Türkiyede çok yüksektir. OECD ülkeleri içerisinde en yüksek ölüm oranına sahip ülke %26 ile Türkiye'dir. Daha sonra ise %25 ile Meksika gelmektedir. Ancak bu iki ülke dışında bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı diğer ülkelerde çok daha düşük ve birbirine yakın oranlardadır. En düşük orana %3 ile Macaristan sahip iken, Avustralya, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan gibi pek çok ülke %5'in altında bir orana sahip çıkmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile bulaşıcı hastalıklar önlenerek hastalık maliyeti önemli ölçüde azaltılabilir.



Şekil 21. Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm Oranı %, 2006

Kaynak: World Health Statistics, 2009

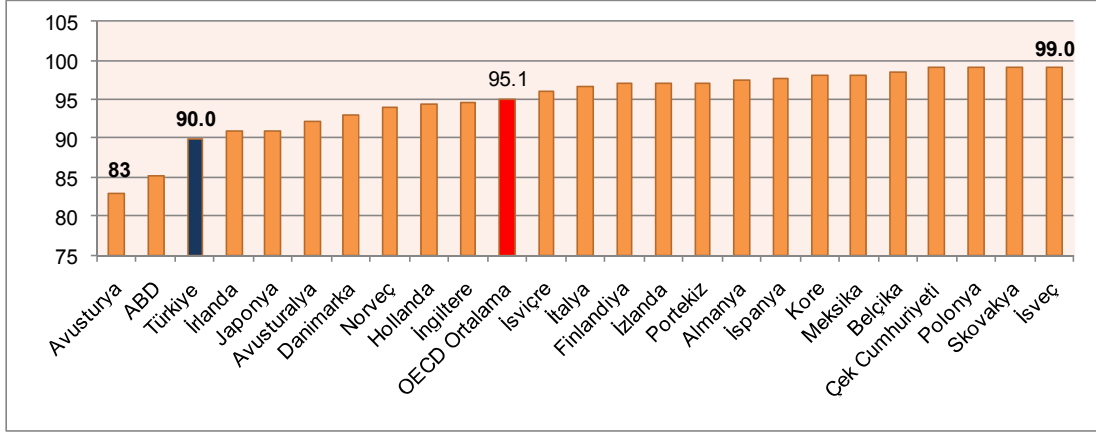
Diğer hastalıklardan ölüm oranı incelendiğinde Türkiye Meksika'dan sonra %63 ile ikinci sırada gelmektedir. Bunun yanı sıra pek çok Avrupa ülkesinde bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı daha düşük olduğu için diğer hastalıklardan (kanser, kalp hastalıkları vs) ölüm oranları daha yüksek çıkmaktadır. Örneğin bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı Türkiye için %26 iken diğer hastalıklardan ölüm oranı %63 çıkmıştır. Diğer yandan bulaşıcı hastalık ölüm oranı %3 ile en düşük değere sahip Macaristan'da diğer hastalıklardan ölüm oranı %86 olarak elde edilmiştir.



Şekil 22. Diğer Hastalıklardan Ölüm Oranı %, 2006

Kaynak: World Health Statistics, 2009

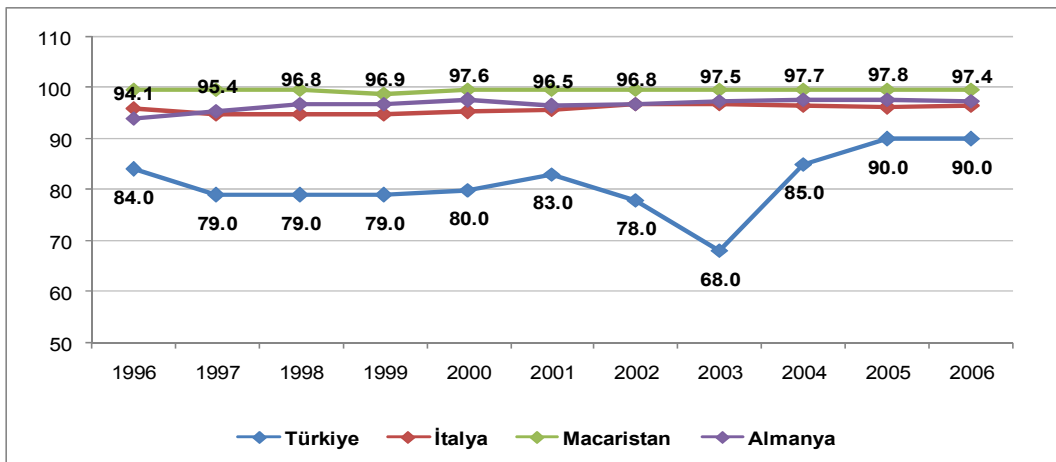
Çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin azaltılmasında en etkili önlemlerden birinin çocuk aşıları olduğu bilinmektedir. OECD ülkelerinin yaklaşık üçte ikisi DTP (Difteri, Tetanoz, Boğmaca) aşılarında nüfus içerisinde genel bağışıklık sağlanması için gerekli seviye olan %95 oranına ulaşmış ya da bu oranı geçmiş bulunuyor. Türkiye %90 oranına sahip iken, Avusturya %83 ile en düşük orana sahiptir.



Şekil 23. Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşılama Oranı %, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

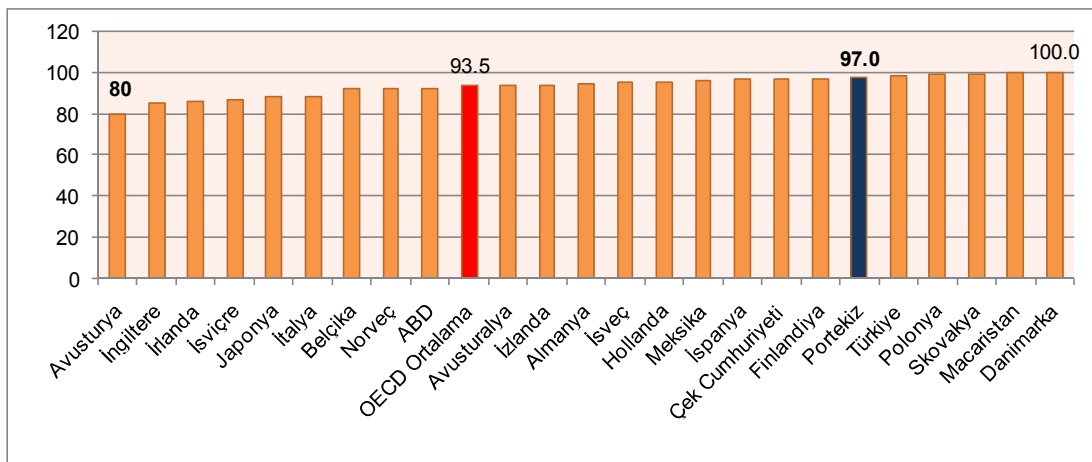
Yıllara göre değişim incelendiğinde, Türkiye için 1996 yılında difteri, tetanoz ve boğmaca aşılama oranı %84 iken 2006 yılında %90'a ulaşmıştır. 2003 yılından sonra uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı ile aşılama verilen önem artmış, aşılama oranında hızlı bir artış kaydedilmiştir.



Şekil 24. Yıllara Göre Difteri, Tetanoz, Boğmaca Aşılama Oranı

Kaynak: OECD Health Data, 2009

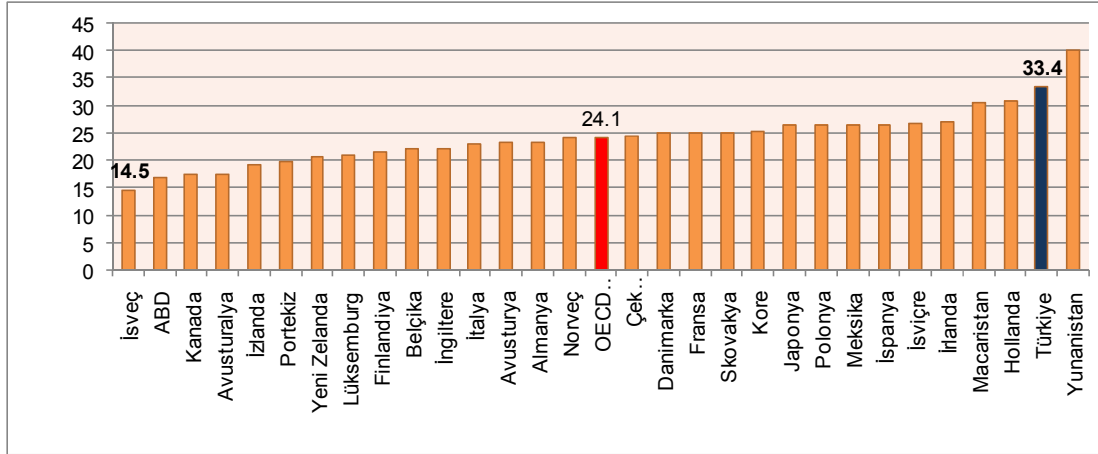
Kızamık aşılama oranı ülkelere göre incelendiğinde, birçok OECD ülkesinde yüksek aşılama oranı olduğu ve ülkelere göre de farklılaşmadığı görülmüştür. İrlanda, İngiltere ve Avusturya gibi, kişi başına düşen GSYH bakımından daha zengin OECD ülkelerinin bazılarının ise kızamık aşılarda ortalamanın altında kaldığı görülmektedir. Aşılama oranı Danimarka, Macaristan, Slovakya ve Polonya için %100 çıkmıştır. Türkiye için ise %98 olan bu oran, pek çok Avrupa ülkesinde de %90'ın üzerindedir. Avusturya %80 ile en düşük aşılama oranına sahip iken, İngiltere, İrlanda, İsviçre ve Japonya takip etmektedir.



Şekil 25. Kızamık Aşılama Oranı %, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

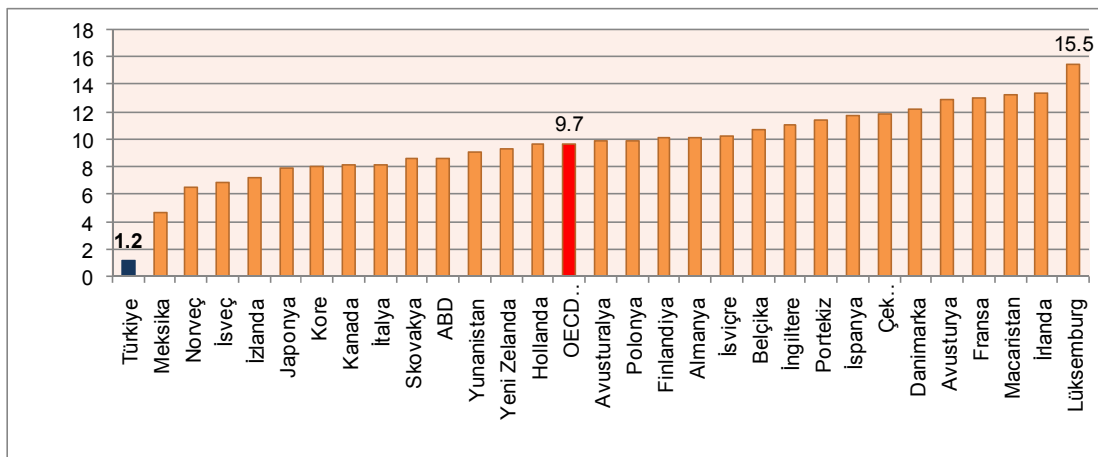
Sağlık konusundaki risk faktörlerinden olan tütün tüketimi hâlâ erken ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Şekil 26' da toplam nüfusun tütüne olan talebi yüzde olarak gösterilmiştir. Buna göre Yunanistan %40 ile sigara kullanımında en üst seviyede olan ülkedir. Daha sonra ise Türkiye %31 ile ikinci sırada gelmektedir. Hollanda ve Macaristan'da da sigara kullanımı oldukça yüksektir. 15 yaş üstü tütün kullanımını gösteren bu verilere göre %14,5 orana sahip olan İsveç en düşük seviyede değere sahiptir. ABD ve Kanada'da da tütün talebi oldukça düşüktür.



Şekil 26. Toplam Nüfusa göre Tütün Talebi %, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

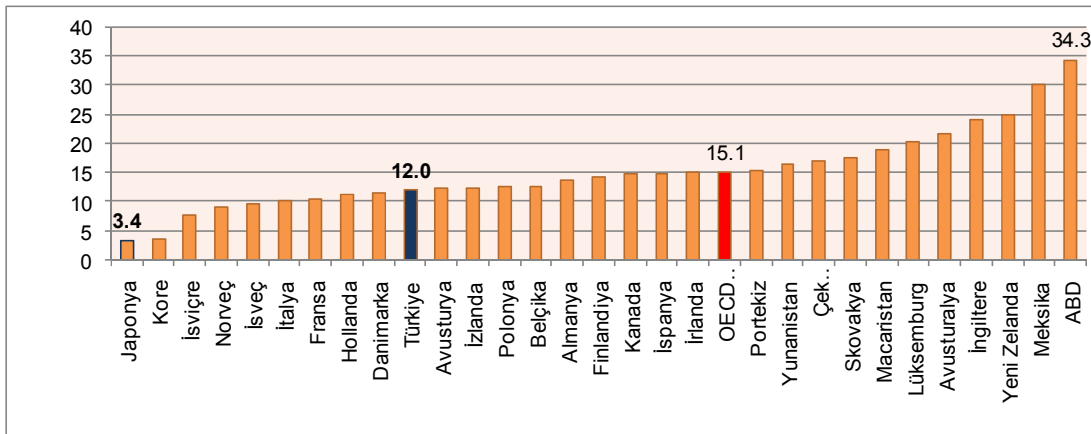
Sigara gibi alkolde sağlık risk faktörlerinden biridir. Türkiye alkol tüketiminde de %1,2'lik oran ile OECD ortalamasının çok altında bir tüketime sahiptir. OECD ülkeleri arasında Lüksemburg %15,5 ile en yüksek alkol tüketimine sahip ülkedir. Lüksemburg'u İrlanda, Macaristan, Fransa ve Danimarka takip etmektedir. En düşük alkol tüketiminde Türkiye'den sonra Meksika, Norveç ve İsveç ülkeleri gelmektedir.



Şekil 27. Toplam Nüfusa göre Alkol Talebi %, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

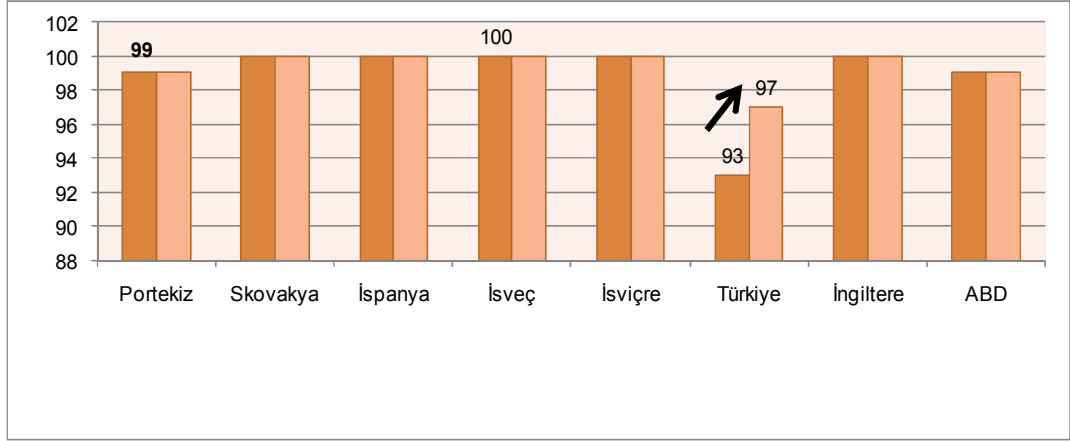
OECD ülkelerinde çocuklar ve yetişkinler arasında aşırı şişmanlık oranlarının artması halk sağlığı açısından önemli bir kaygı kaynağı haline gelmektedir. Sırf fazla kilolu olmaktan daha büyük risk taşıyan aşırı şişmanlık (obesity) yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi sağlık sorunlarında bir risk faktörü oluşturduğu biliniyor. Aşırı şişmanlık, kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırdığı için, sağlık harcamalarında da önemli miktarda artışlara neden olabilmektedir. Ülkeler arasında en yüksek obezite oranına sahip ülke %34,3 ile ABD, daha sonra ise Meksika, Yeni Zelanda ve İngiltere gelmektedir. En düşük ülke ise %3,4 ile Japonya'dır. Kore, İsviçre, Norveç ve İsveç de düşük orana sahip ülkelerdendir. OECD ortalamasının altında olan Türkiye %12 ile görece düşük bir orana sahiptir.



Şekil 28. Toplam Nüfusa göre Obezite Oranı, 2006

Kaynak: OECD Health Data, 2009

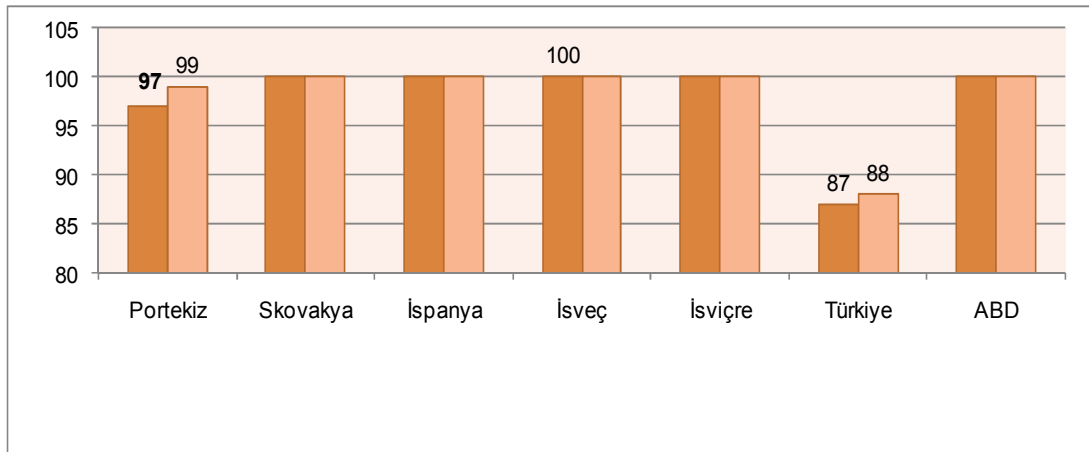
Temiz su imkânlarına ulaşım, kalkınma sürecinde bir toplumun, o toplumda yaşayan insanların istek ve ihtiyaçlarına ne kadar duyarlı olduklarının ölçülmesinde kullanılan ilave göstergelerdendir. Temiz su kaynaklarına ulaşım 2000 yılı ile 2006 yılı için yüzde değerleri şekil 29'da gösterilmiştir. Birçok ülkede temiz suya ulaşım %100 ya da %98 civarında çıkmıştır. Dolayısıyla ülkelerde genel olarak temiz suya ulaşımında yüksek bir standart mevcuttur. Ancak Türkiye'de 2000 yılında temiz suya ulaşım oranı %93 iken, 2009 yılında bu oran artarak %97'ye ulaşmıştır.



Şekil 29. Temiz Su Kaynaklarına Ulaşım Oranı, 2000/2006

Kaynak: World Health Statistics, 2009

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde önemli bir faktör olan sanitasyon oranı incelendiğinde de ülkelerin %100 ya da %100'e yakın değerlere sahip olduğu anlaşılmıştır. Pek çok ülke bu oranı 2000 yılından 2006 yılına kadar korumuştur. Türkiye için bu oran görece daha düşüktür. 2000 yılında %87 iken, 1 puanlık artışla 2006 yılında %88'e çıkmıştır. Portekiz ise 2000 yılında %97 iken 2006 yılında %99'a ulaşmıştır.



Şekil 30. Sanitasyon Oranı, 2000/2006

Kaynak: World Health Statistics, 2009

4.2 Değişkenler Arasında İlişki Analizi

Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek amacıyla kullanılan istatistik yöntemlerden birisidir. Değişkenlerden birinin ya da her ikisinin de aralıklı/oranlı olmadığı ve normal dağılmadığı durumlarda Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılır. Spearman Korelasyon Katsayısı değişkenlere sıra numaraları verilerek sıralanması ve aradaki farkların hesaplanması esasına dayandığından sıra farkları korelasyon katsayısı olarak da tanımlanmaktadır (Köksal, 1998). ρ (rho) veya r_s simgesiyle gösterilir. Değişkenlerin kendi içinde almış olduğu sıra numaralarına X ve Y diyelim. Bu durumda $d_i = X_i - Y_i$ olarak tanımlandığında ρ (rho) hesaplama formülü aşağıdaki gibidir.

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

n örneklem sayısıdır ve bu çalışma için 30'dur. Hesaplanan korelasyon katsayısının anlamlı ve güvenilir bir sonuç verip vermemesi, bu katsayının anlamlılığının ölçülmesi ile mümkündür. Bu anlamlılık, bir sonuç testi olan "t testi" ile yapılabilir. Bu çalışma da t testine göre hesaplanan p değerlerinin 0,05 den küçük çıkması ile katsayı anlamlı kabul edilmiştir.

Ekonomik göstergeler ve sağlık göstergeleri arasındaki ilişki sonuçları çizelge 3'de verilmiştir. GSMH büyüme oranı ile kişi başına düşen sağlık harcama oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İki değişken arasındaki katsayı -0,473 çıkmıştır, ters yönlü ve orta derecede kuvvetli bir ilişki mevcuttur. KBMG ile sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay arasında ise yine orta derecede aynı yönde bir ilişki bulunmuştur.

Kişi başı milli gelir ile sağlık harcamaları oranı arasında 0,922 çıkan katsayı çok kuvvetli ve aynı yönde bir ilişkiyi göstermektedir. Kişi başı gelir arttıkça sağlık harcamalarının oranı artmaktadır.

Kişi başı milli gelir ile ilaç harcamaları arasında ise ters yönde kuvvetli bir ilişki (-0,845) çıkmıştır. Kişi başı milli gelir arttıkça ilaç harcama oranı

azalmaktadır. Sağlık harcaması içerisinde ilaç harcamasının payı, gelişmiş ülkelere oranla gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Bunun yemel nedenlerinden biri gelişmekte olan ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olmasından dolayı tedavi edici hizmetlere daha fazla yer verilmesidir.

Toplam sağlık harcamaları oranı ile beklenen yaşam süresi arasındaki korelasyon katsayısı 0,433 çıkmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Sağlık harcamaları ile beklenen yaşam süresi arasında doğru yönde orta derecede bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Bu durumda sağlık harcamalarının artması ile beklenen yaşam süresi de uzamaktadır.

Kişi başına düşen sağlık harcaması ile beklenen yaşam süresi arasında da ilişki anlamlı çıkmıştır. Korelasyon katsayısı 0,487 olarak elde edilmiştir. Görüldüğü üzere kişi başına düşen sağlık harcamaları ile beklenen yaşam süresi arasındaki katsayı daha yüksek çıkmıştır dolayısıyla görece daha kuvvetli bir ilişki söz konusudur.

Bebek ölüm hızı ile doğumda beklenen yaşam süresi arasında (-0,475) ters yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur. Bebek ölümlerindeki azalma ile doğumda beklenen yaşam süresi uzamakta ve beşeri sermaye yatırımlarından daha uzun süre faydalanıldığı için kalkınmayı olumlu etkilemektedir.

Bebek ölümleri ile her 1,000 kişiye düşen hemşire sayısı arasında ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Spearman korelasyon katsayısı -0,418 olarak elde edilmiştir. Yani hemşire sayısındaki artışla bebek ölüm hızı düşmektedir. Hemşire sayısı açısından OECD ülkelerinin gerisinde olan ülkemiz açısından, bu sorunun giderilmesi önemlidir

Beklenildiği gibi kişi başı milli gelir arttıkça MRI gibi pahalı sağlık teknolojisinin kullanımı da artmıştır. Kişi başı milli gelir ile Hemşire sayısı arasında da pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı ile temiz suya ulaşım oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı, ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Spearman korelasyon katsayısı -0,549 ile görece kuvvetli bir ilişkiyi

göstermektedir. Bu durumda insanların temiz suya ulaşım oranı arttıkça bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı azalmaktadır. Türkiye 2002 yılından 2006 yılına kadar temiz suya ulaşımında artış yaşadığı için bu durum bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranının azalmasına da neden olmuştur. Dolayısıyla bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı doğrudan gelir, büyüme oranı gibi ekonomik göstergelerle değil, temiz suya ulaşım oranıyla ilintilidir.

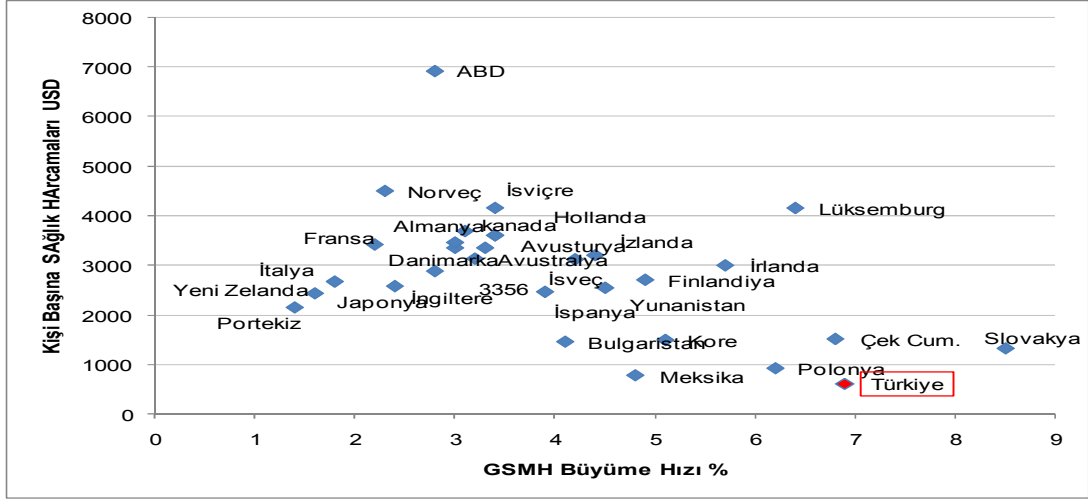
Çizelge 3. İlişki Analizi Sonuçları

Hipotez	Korelasyon Katsayısı*	p*
GSMH Büyüme oranı ile kişi başı sağlık harcama oranı ilişkilidir.	-0.473	0.00
KBMG ile sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay ilişkilidir.	0.478	0.00
KBMG ile kişi başına sağlık harcama oranı ilişkilidir.	0.922	0.00
KBMG ile ilaç harcamaları ilişkilidir.	-0.845	0.00
Toplam sağlık harcaması ile DBYS ilişkilidir.	0.433	0.00
Kişi başı sağlık harcaması ile DBYS ilişkilidir.	0.487	0.00
Bebek ölüm hızı ile DBYS ilişkilidir.	-0.475	0.00
Bebek ölüm hızı ile Hemşire sayısı ilişkilidir.	-0.418	0.00
KBMG ile MRI değişkeni ilişkilidir.	0.537	0.00
KBMG ile hemşire sayısı ilişkilidir.	0.795	0.00
Bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı ile temiz içme suyuna ulaşım oranı ilişkilidir.	-0.549	0.00

* Spearman Korelasyon Katsayısı

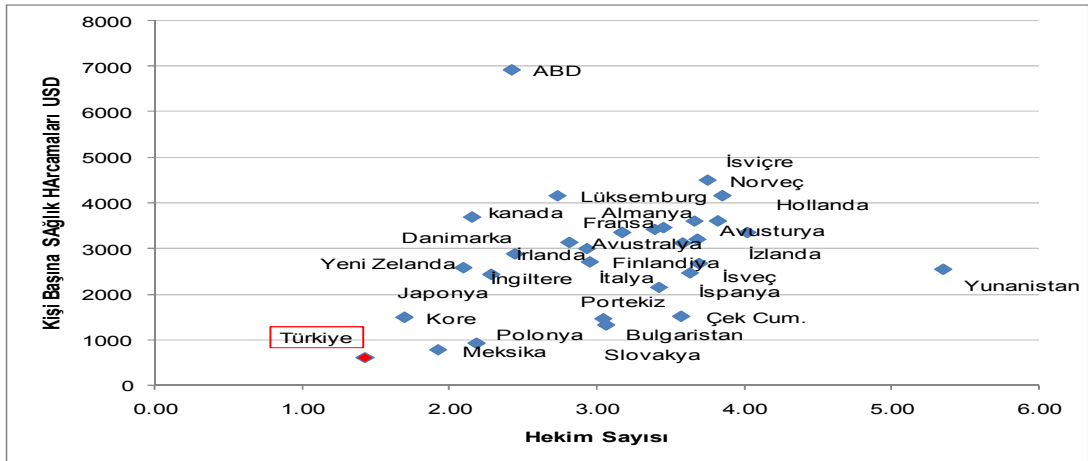
*p<0,05

Şekil 31'de kişi başına düşen sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme hızı arasındaki ilişki ülkelerin dağılımına göre serpilme grafiğinde verilmiştir. Görüldüğü üzere ABD diğer ülkelere göre uç bir yerde durmaktadır. Türkiye, Polonya, Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve Meksika gibi diğer gelişmekte olan ülkelere yakın fakat onların altında yer almaktadır.



Şekil 31. KBSH ile GSMH Büyüme Hızı Serpilme Grafiği

Kişi başı sağlık harcamaları ile 1,000 kişiye düşen hekim sayısı serpilme grafiği ile incelenmiştir. Grafikte, Yunanistan ve ABD dışındaki ülkelerin belli bir bölgede toplandığı görülmektedir. ABD’de kişi başı sağlık harcamaları çok yüksek olmasına rağmen, hekim sayısı bu rakamla orantılı olarak çok yüksek değildir. Yunanistan da ise tersi bir durum söz konusudur. Sağlık harcamasına göre hekim sayısı ortalamanın üstündedir. Türkiye ise 1,000 Dolar’ın altında sağlık harcaması ve 1-2 arası hekim sayısı ile oldukça altlarda görülmektedir.



Şekil 32. KBSH ile 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı Serpilme Grafiği

4.3 Kümeleme Analizi

Araştırmada 30 OECD ülkesi toplam 25 sağlık göstergesi değişkenine göre kümeleme analizi uygulanmıştır. OECD ülkelerinin 5-6 kümeyi geçmeyeceği öngörülerek, hiyerarşik olmayan k-ortalamlar yöntemi kullanılmıştır. Küme sayısından emin olmak için üç, dört, beş ve altı küme ayrı ayrı denenerek sonuçları incelenmiştir.

Çizelge 2 de, 3'ten 6'ya kadar olan küme sayısı sonuçları verilmiştir. Görüldüğü üzere ABD her küme sayısına göre tek bir küme olarak sınıflanmıştır. Bunun nedeni ABD'nin diğer ülkelerden farklı olan sağlık politikası ve ekonomisi gösterilebilir. Diğer yandan k 3 olarak alındığında, ana iki küme oluşmaktadır, k 4 alındığında da benzer kümeleme oluşurken, k 5 olduğunda ayrışmanın daha net ve mantıklı olduğu görülmektedir. Küme sayısı 6'ya çıktığında ise Japonya ayrı bir küme haline gelmektedir. Bundan dolayı en optimal küme sayısı 5 olarak kabul edilmiştir.

Küme sayısı belirlendikten sonra değişkenlere ANOVA testi uygulanarak, grup içinde anlamlı farklılaşma olan değişkenler belirlenmiştir. Böylelikle kümeleme analizi fark yaratmayan değişkenleri eleyerek devam etmektedir. ANOVA analizi sonuçları çizelge 3 de verilmiştir. ANOVA analizi sonucunda, nüfus artış oranı, hekim sayısı, yatak sayısı, hastalıklardan ölüm oranı, kazalardan ölüm oranı, sigara kullanım oranı, alkol kullanım oranı aşılama oranı, temiz suya ulaşım oranı, sanitasyon oranı, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı değişkenlerinin istatistiksel olarak ülkeler arasında farklılaşmaya neden olmadığı elde edilmiştir. Dolayısıyla bu değişkenlerin, sağlık göstergelerine göre ülkelerin kıyaslanmasında etkileri yoktur. Kümeleme analizi, SPSS'te fark yaratmayan değişkenleri eledikten sonra kalan değişkenler ile devam etmektedir.

Çizelge 4. Kümeleme Analizi Küme Sonuçları

Küme Sayısı	Küme Numarası	Küme Elemanları
k=3	1. küme	Çek Cumhuriyeti, Macaristan, İtalya, Japonya, Kore, Meksika, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, Türkiye
	2. küme	Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Lüksemburg, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, İsveç, İsviçre, İngiltere
	3.küme	ABD
k=4	1. küme	ABD
	2. küme	Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Lüksemburg, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, İsveç, İsviçre
	3. küme	Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, Türkiye
	4. küme	Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, İngiltere
k=5	1. küme	ABD
	2. küme	Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsviçre
	3. küme	Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, İngiltere
	4. küme	Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya, Slovakya, Türkiye
	5. küme	Avustralya, Finlandiya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Yeni Zelanda, Portekiz, İspanya, İsveç
k=6	1. küme	ABD
	2. küme	Avusturya, Belçika, Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsviçre
	3. küme	Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, İngiltere
	4. küme	Japonya
	5. küme	Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya, Slovakya, Türkiye
	6. küme	Avustralya, Finlandiya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Yeni Zelanda, Portekiz, İsveç

Çizelge 5. Kümelere göre Anova Analizi

	Küme		Hata		F	Sig.
	Kareler Ortalaması	sd	Kareler Ortalaması	sd		
GSYİH	410170	4	296383	25	138.39	0.00
Kişi Başı Milli Gelir	0.0006	4	0,0000	25	8.7092	0.00
GSYİH Büyüme Hızı	11.367	4	1.6636	25	6.8333	0.00
Nüfus Artış Oranı	0.2428	4	0.189	25	1.2789	0.30
Sağlık Harcamaları %	21.917	4	0.9912	25	22.112	0.00
Kamunun Sağlık Alanında Ağırlığı %	315.02	4	95.889	25	3.2852	0.03
Kişi Başı Sağlık Harcamaları	110700	4	156841	25	70.581	0.00
İlaç Harcamaları	218.85	4	13.888	25	15.758	0.00
DBYS	36.901	4	2.1739	25	16.975	0.00
Bebek Ölüm Hızı	40.906	4	13.1098	25	3.1203	0.03
Hemşire Sayısı	77.829	4	23.2350	25	3.3497	0.03
Hekim Sayısı	1.3251	4	0.5967	25	2.2207	0.10
MRI Sayısı	154.55	4	51.945	25	2.9753	0.04
Obezite Oranı	118.76	4	35.8564	25	3.3122	0.03
Sigara Kullanım Oranı	34.969	4	25.9209	25	1.3491	0.28
Alkol Kullanım Oranı	6.489	4	8.520	25	.762	.560
Bulaşıcı Hastalıklar Ölüm Oranı	36.899	4	26.684	25	1.383	.268
Diğer Hastalıklardan Ölüm Oranı	51.639	4	35.606	25	1.450	.247
Kazalardan Ölüm Oranı	12.330	4	9.222	25	1.337	.284
Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Oranı	6.219	4	5.160	25	1.205	.333
Yatak Sayısı	10.021	4	6.025	25	1.663	.190
Kızamık Aşılama Oranı	50.686	4	23.657	25	2.143	.105
DTP Aşılama Oranı	57.983	4	25.689	25	2.257	.091
Temiz Suya Ulaşım %	4.953	4	1.102	25	4.493	.007
Sanitasyon Oranı	31.519	4	13.609	25	2.316	.085

Sonuç olarak 5 küme elde edilmiştir. Aşağıda görüldüğü üzere, ABD tek bir küme oluştururken, Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç ve İsviçre aynı kümede bulunmaktadır. Dolayısıyla bu 8 ülke sağlık göstergeleri açısından benzer olarak çıkmıştır. Fransa, Almanya, İtalya, Japonya ve İngiltere’de 3. kümeyi oluşturmaktadır. Türkiye’nin bulunduğu kümede ise Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya ve Slovakya bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık alanında Türkiye bu 5 ülkeyle benzer özelliklere sahiptir. 5. kümede ise Avustralya, Finlandiya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Yeni Zelanda, Portekiz, İspanya ve İsveç olmak üzere 9 ülke bulunmaktadır.

Çizelge 6. Kümelere göre Ülkelerin Dağılımı

1. küme	ABD
2. küme	Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsviçre
3. küme	Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, İngiltere
4. küme	Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya, Slovakya, Türkiye
5. küme	Avustralya, Finlandiya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, Yeni Zelanda, Portekiz, İspanya, İsveç

Kümelere göre tüm ülkelerin uzaklık değerleri aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

Çizelge 7. Ülkelere göre Uzaklık Değerleri

Küme	Ülkeler	Uzaklık
5	Avustralya	533.56
	Finlandiya	205.69
	Yunanistan	220.26
	İzlanda	580.78
	İrlanda	315.52
	Yeni Zelanda	413.33
	Portekiz	619.75
	İspanya	971.80
	İsveç	376.11
4	Çek Cumhuriyeti	545.10
	Macaristan	545.97
	Kore	583.07
	Meksika	849.20
	Polonya	247.51
	Slovakya	565.13
	Türkiye	591.62
3	Fransa	690.19
	Almanya	497.71
	İtalya	849.16
	Japonya	1637.66
	İngiltere	459.83
2	Avusturya	228.05
	Belçika	454.25
	Kanada	809.96
	Danimarka	498.21
	Lüksemburg	509.58
	Hollanda	284.67
	Norveç	717.33
	İsviçre	375.38
1	ABD	0.00

Değişken aritmetik ortalamaları çizelge 6 da verilmiştir. Değişkenlerin ortalamaları 5 ayrı küme için hesaplanmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu 4. küme GSYİH değişkeni için ortalaması 637,53 milyon dolar'ken kümeler içerisinde büyüklük olarak 3. sıradadır. 2. ve 5. küme ortalaması daha düşüktür. Buna karşılık kişi başı milli gelirden 4. Küme en son sıradadır.

Büyüme oranı açısından ortalama 6,06 değerine sahip olan 4. küme diğer kümelere göre yüksek bir orana sahiptir. Bu sonuç, söz konusu kümede Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin daha büyük bir ivmeyle büyümesiyle ilişkilendirilebilir.

GSYİH'ya göre sağlık harcamaları oranı 1. küme için 15,8 gibi yüksek bir oran iken, en düşük orana 6,64 ile Türkiye'nin bulunduğu 4.küme sahiptir. Diğer 2,3 ve 5. kümenin ise ortalamaları birbirine yakın çıkmıştır.

Kamunun sağlıktaki ağırlığı ise en düşük 1. kümede çıkmıştır. Bunun nedeni açıkça ABD'nin uyguladığı sağlık politikasıdır. Tek bir ülkeden oluşan bu kümede, ABD'nin sağlık alanında özel sektörün ağırlığının olması etkilidir. Kamunun sağlık alanındaki ağırlığını gösteren değişkende en düşük ikinci ortalamaya 4. Küme sahiptir. 3. grupta ise kamunun ağırlığının en yüksek seviyede çıktığı görülmektedir.

İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarından aldığı payı gösteren değişkene göre en yüksek orana 4. küme sahiptir. 26,44 olan değer diğer küme ortalamalarına göre oldukça farklı çıkmıştır. Fransa, Almanya, İtalya gibi ülkelerin bulunduğu 3. kümede de görece yüksek çıkmıştır.

Yaşam beklentisi değişkeninde de 4. küme 75 ortalama değeri ile en düşük değere sahip olarak elde edilmiştir. Sonrasında ABD gelmektedir. Çoğunluğunu AB ülkelerinin oluşturduğu diğer gruplarda beklenen yaşam süresi görece daha fazladır.

Bebek ölüm hızı 4. küme ve sonrasında ABD'de en yüksek orana sahip çıkmıştır. Bu sonuç kişi başı sağlık harcaması en yüksek olan ABD açısından beklenen bir durum değildir.

1,000 kişiye düşen hemşire sayısı göstergesine göre de 4. grup 4,79 ortalama değeri ile en düşük değere sahip grup çıkmıştır. İkinci düşük ortalamaya ise 3. grup sahiptir.

MRI değişkenine göre de Türkiye'nin bulunduğu grup en düşük ortalamaya sahiptir. Sağlık teknolojilerinin gelir düzeyi ile doğru orantılı olduğu düşünülünce beklenen bir durumdur.

Obezite değişkeninde ise ABD 34,3 ile en yüksek ortalamaya sahip çıkmıştır. Türkiye'nin bulunduğu grup obezite oranına göre düşük çıkmıştır. ABD'de obezite oranının yüksek olduğu bilinen bir durum olduğu için beklenen bir sonuçtur.

ANOVA testinde anlamlı olmayan değişkenler de incelenmiştir. Nüfus artış oranında en yüksek ABD çıkmıştır. Hekim ortalama değerleri açısından gruplar yaklaşık olarak aynı çıkarken, sigara kullanımında yine 4. grup en yüksek ortalamaya sahip olan küme çıkmıştır. Alkol oranında ise 2. kümenin ortalaması en yüksek çıkmıştır. Ancak diğer kümelerin ortalamaları da birbirine yakındır.

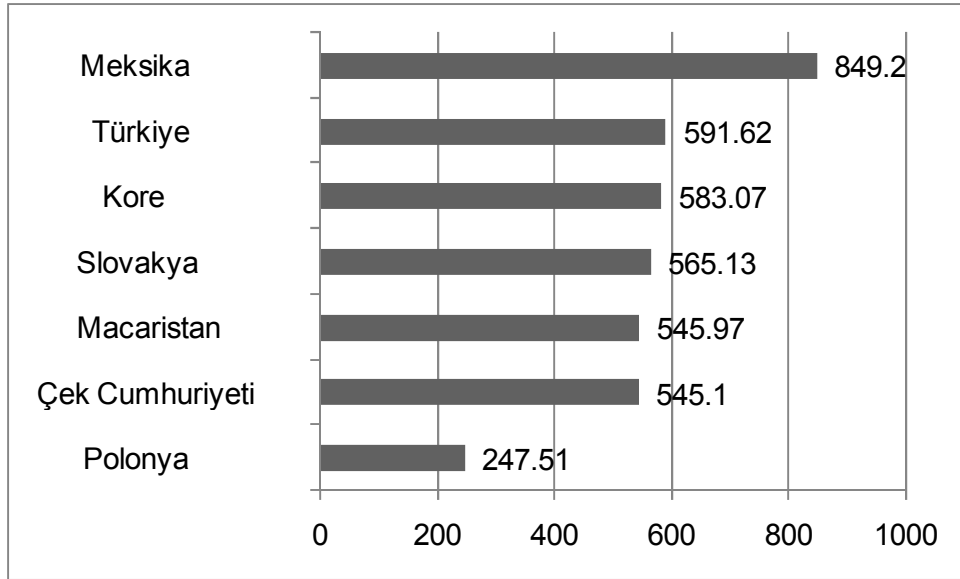
Sağlık harcamaları ve düzeyi açısından bakıldığında en iyi durumda olan grubun 2.grup olduğu görülmektedir. Bu grup Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç ve İsviçre den oluşmaktadır. Kişi başı sağlık harcamaları ABD dışında diğer tüm gruplardan daha yüksek, kamunun ağırlığı %75'lerde, sağlık harcamalarının gelirden aldığı pay yaklaşık olarak %10'dur. Aynı zamanda bu ülkelerde beklenen yaşam süresi yüksektir ve bebek ölüm hızı düşüktür. Dolayısıyla bu kümedeki ülkeler hem sağlık ve ekonomi göstergeleri açısından en iyi durumdadır. Örneğin ABD kişi başı sağlık harcaması en yüksek ülke olmasına rağmen (6,933 Dolar) bebek ölüm hızı %6,7'dir. İkinci grupta ise bu oran sadece %3,83'tür. Bu sonuç bize sağlık harcamalarının tek başına sağlık düzeyini yükseltmede yeterli olmadığını aynı zaman da sağlık politikalarının da çok önemli olduğunu göstermektedir.

Çizelge 8. Değişken Aritmetik Ortalamaları

	Kümeler				
	1	2	3	4	5
GSYİH	13116.50	401.59	2511.76	637.53	372.44
Kişi Başı MG	0.04	0.04	0.03	0.02	0.03
Büyüme Oranı	2.80	3.54	2.44	6.06	3.76
Sağlık Harcamaları %	15.80	9.53	9.42	6.64	8.83
Kamunun Ağırlığı	45.20	75.20	79.20	67.00	74.01
Kişi Başı Sağlık Harcaması	6933.00	3807.75	3005.20	1156.86	2752.89
Toplam İlaç Harcamaları	12.20	11.70	17.30	26.44	16.07
Beklenen Yaşam Süresi	78.10	80.00	80.64	75.00	80.22
Bebek Ölüm Hızı	6.70	3.83	3.78	9.17	3.49
Hemşire Sayısı	10.50	13.87	8.84	4.79	9.45
MRI Sayısı	26.50	9.98	15.12	4.47	9.68
Obezite Oranı	34.30	12.48	12.34	15.91	16.08
Nüfus Artış Oranı	1.00	0.53	0.28	0.29	0.64
Hekim Sayısı	2.42	3.39	3.01	2.41	3.40
Sigara Kullanımı %	16.70	23.79	23.90	27.30	22.92
Alkol Kullanımı %	8.60	10.71	10.02	8.20	9.88

Kümeleme analizi sonuçlarında elde edilen uzaklık değerleri ile küme içerisinde ülkelerin birbiriyle kıyaslanabilmesi sağlanmıştır. Şekil 33 de gösterildiği üzere; 4. kümedeki her bir ülkenin uzaklık ölçüsüne göre sıralama yapıldığında Türkiye'nin Kore, Slovakya, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti ülkelerine benzer bir konumda olduğu anlaşılmaktadır. Buna karşılık Meksika ve Polonya'dan çok farklı değere sahip çıkmıştır. Dolayısıyla sağlık göstergelerinin bütününe göre Türkiye, Meksika ve Polonya ile aynı grupta

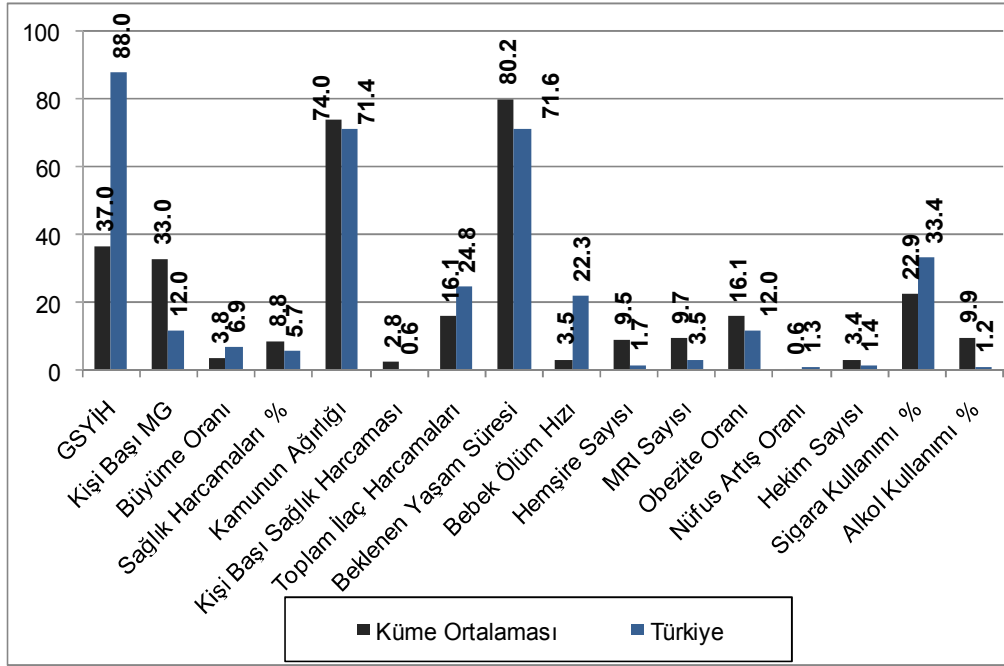
bulunsa da kendi aralarında farklı değerlere sahip ülkelerdir. Benzer şekilde Meksika ve Polonya da birbirinden çok farklı çıkmıştır



Şekil 33. Türkiye'nin İçinde Bulunduğu Gruba Göre Konumu

Türkiye'nin içinde bulunduğu grup içerisinde sağlık göstergelerine göre nerede olduğunu incelemek için grup ortalama değeri ile Türkiye ortalama değeri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada, aynı şekilde göstermek için gelir değişkenleri 1,000'e bölünerek şekle dâhil edilmiştir. Şekil 34'te görüldüğü gibi GSYİH'yı incelediğimizde grup ortalama değeri 370 Milyon Dolar çıkarken Türkiye için bu değer 881 Milyon Dolar'dır. Dolayısıyla Türkiye bulunduğu gruba göre gelirden oldukça iyi durumdadır. Ancak kişi başı gelir incelendiğinde, ortalama gelir 3,300 Dolar iken Türkiye için 1,204 Dolar elde edilmiştir. Dolayısıyla kişi başı gelirden Türkiye grup ortalamasının yarısından da azına sahiptir. Büyüme oranı ise %6,9 ile grup ortalaması 3,8'den daha yüksektir. Sağlık harcamalarında ise Türkiye gelirinin %5,7'sini sağlık harcamalarına ayırırken, grup ortalaması %8,8 çıkmıştır ve Türkiye değeri grup ortalamasının altındadır. Kamunun sağlık alanında ağırlığı grup ortalaması %74'ün biraz altında olup Türkiye'nin %71,4'tür. Kişi başı sağlık harcamasında ise yine Türkiye yaklaşık 600 Dolar ile ortalamanın çok altındadır. Toplam ilaç harcamasında ise üstünde çıkmıştır ve ortalama değer %16,1 iken, Türkiye için %24,8'dir.

Doğumdan sonra beklenen yaşam süresi de Türkiye’de daha düşüktür. Grup ortalaması 80,2 yıl iken Türkiye’de 71,6 yıldır. Bebek ölüm hızında ise grup ortalamasının çok üstünde bir orana sahiptir. Grup ortalama değeri %3,5 iken Türkiye için bu rakam 22,3’tür. Türkiye hemşire sayısı, hekim sayısı ve MRI sayısında da ortalama değerlerin altında çıkmıştır. Risk faktörlerinden ise sigara da %33,4 ile grup ortalaması %22,9’dan yüksek çıkmıştır. Alkol ve Obezite de ise grup ortalamalarının altındadır.



Şekil 34. Türkiye ve Küme Ortalamalarının Karşılaştırılması

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar

Sağlık insanın en temel hakkı ve vazgeçemeyeceği bir gereksinimdir. Sağlığın vazgeçilmeyecek bir gereksinim olması kendine özgü nitelikleri de beraberinde getirmektedir. Arz ve talebinin farklı oluşması, ikame edilememesi, kamusal özellik, asimetrik bilginin olması ve en önemlisi yoğun dışsallığından dolayı diğer sektörlerdeki piyasa koşulları sağlık sektöründe tam olarak uygulanmamaktadır.

Sağlık, sosyal ve ekonomik boyutuyla tüm dünyanın önemli konularından biridir. Gelişmişlik düzeyine göre farklılık görülse de sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke bulunmamaktadır. Bu nedenle genel doğru olarak kabul edilecek bir sağlık sistemi mevcut değildir. Her ülke kendi şartlarına uygun sağlık politikaları geliştirmektedir. Türkiye de sağlık politikaları yapılan kalkınma planları çerçevesinde oluşturulan hedeflere göre şekillenmiştir.

Türkiye de beş yıllık plan dönemleri çerçevesinde sağlık düzeyi göstergelerinde önemli iyileşmeler olmasına rağmen hem belirlenen süreler içinde gerçekleşmediği hem de içinde bulunulan ekonomik düzey ile uyumlu bir noktaya ulaşmadığı görülmektedir.

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de uzun dönemli istikrarlı bir sağlık politikasının oluşturulması gerekir. Fakat ülkemizde sağlık politikaları sürekli dalgalanan ekonomik ve siyasal gelişmelerin belirlediği ve elverdiği koşullar çerçevesinde gerçekleşmiştir. Politik etkilerin fazla olması sonucu dönemlik politikaların oluşturulması, insan kaynaklarının iyi organize edilememesi, sürekli olarak tedavi edici hizmetlerin ön plana çıkarılması,

bunlara ilave olarak sağlık sekt6r6ne yeterli kaynak ayrılmaması ve ayrılan kaynakların etkin bir şekilde denetlenmemesi, bina, araç, gereç yetersizlikleri kalkınma planlarındaki hedeflere ulaşamamanın en 6nemli nedenleridir.

Yirminci y6zyılın ikinci yarısından itibaren sağlık harcamalarının artması ve ekonomik kalkınmada insan unsurunun 6neminin anlaşılması ile sağlık ve kalkınma ilişkisi daha çok incelenmeye başlanmıştır. Bu alışmalar sonucunda sağlığın ekonomik kalkınmanın sonucu olarak otomatik olarak gelişeceği geleneksel arg6manına karşı, sağlığın ekonomik kalkınmayı etkilediği kabul g6rmeye başlamıştır. Sağlığın ekonomik b6y6meyi ve dolayısıyla kalkınmayı işg6c6 ve yatırımın verimliliğini artırarak, tasarruflar ve demografik değişimler aracılığı ile etkilediği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur.

Artan sağlık harcamalarının ekonomiye olan baskısını azaltmak ve sağlığı kalkınmanın bir aracı haline getirmek için oluşturulacak sağlık politikaları çok 6nemlidir. Bu doğrultuda gelişmekte olan T6rkiye'nin gelişmiş OECD 6lkeleri arasındaki durumunun bilinmesi 6retilecek sağlık politikaları açısından 6nem arz etmektedir.

OECD 6lkelerinin sağlık g6stergelerine g6re incelenmesi ve T6rkiye'nin bu 6lkeler arasındaki yerinin analiz edilmesi için toplam 25 değişken seçilmiştir. T6m g6stergelere g6re T6rkiye, 30 OECD 6lkesi içerisinde oldukça yetersiz g6stergelere sahip çıkmıştır.

Sağlık harcamaları açısından, toplam ve kişi başi sağlık harcamasında T6rkiye en d6ř6k oranda harcama yapan 6lkedir. Ancak yıllara g6re gelişimi incelendiğinde, son on yılda 6nemli bir artış yaşadığı g6r6lmektedir. Sağlık alanında kamunun ağırlığına g6re T6rkiye OECD ortalamasının çok az altında çıkmıştır. Yine de bu sonuca g6re T6rkiye'de sağlık alanında kamunun hâkimiyeti s6z konusu olduğu s6ylenebilir.

T6rkiye sağlık harcamaları içinde ilaç ve sarf malzeme miktarının fazla olması ve ilaç, sarf malzeme ve teknik donanımda b6y6k oranda dışa bağımlı

olması, ülke gelirlerinin büyük oranda yurtdışına aktarılmasına yol açmaktadır. Aynı şekilde kaynaklar sağlık sektöründe daha etkin kullanım alanlarından çok etkin olmayan ilaç harcamalarına gitmektedir.

Sağlık durumunu değişkenlerinden doğumda beklenen yaşam süresi, 1,000 canlı doğumda bebek ölüm hızı ve düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi sonuçların da Türkiye en kötü düzeye sahip ülke çıkmıştır. Sağlık kaynaklarından sayılan 1,000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayısına göre Türkiye en düşük değere sahip ülkedir. MRI oranına göre en geri ülke olmasa da sonlarda yer almaktadır.

Risk faktörlerinden sigara kullanım oranı çok yüksek bulunmuştur. Alkol ve Obezite oranları diğer ülkelere göre daha iyi durumdadır. Ölüm nedenleri incelendiğinde ise Türkiye OECD ülkeleri arasında bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranı en yüksek ülke çıkmıştır. Aşılama oranları incelendiğinde de pek çok ülkenin Türkiye dâhil %100'lere yakın değerlere sahip olduğu bulunmuştur. Temiz su kaynaklarına ulaşım ve sanitasyon oranı açısından bir çok ülkenin ulaştığı %100 düzeyine ulaşamamıştır.

Yapılan ilişki analizi sonuçlarında büyüme ve kalkınma açısından önemli olan, Toplam sağlık harcaması ile DBYS, kişi başı sağlık harcaması ile DBYS, bebek ölüm hızı ile DBYS arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Yapılan toplam ve kişi başı sağlık harcamasının az olması, bebek ölüm oranının yüksek olması ve doğumda beklenen yaşam süresinin diğer ülkelere göre daha düşük olması Türkiye'de kalkınmanın bir aracı olarak sağlığın, yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.

Kümeleme analizi sonucunda optimal küme sayısı 5 olarak elde edilmiştir. Sağlık harcamaları ve sağlık düzeyi açısından bakıldığında en iyi durumda Avusturya, Belçika, Kanada, Danimarka, Lüksemburg, Hollanda, Norveç ve İsviçre den oluşan 2. kümenin olduğu görülmektedir. Türkiye'nin bulunduğu 4. kümede Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Meksika, Polonya ve Slovakya gibi gelişmekte olan ülkeler bulunmaktadır.

Türkiye'nin içinde bulunduğu grup içerisinde sağlık göstergelerine göre nerede olduğu incelendiğinde ise ekonomik düzeyi ile uyumlu bir sağlık göstergesine sahip olmadığı ve bulunduğu grup için de dahi en kötü düzeyde olduğu görülmektedir.

Tüm sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, Türkiyede kalkınma açısından önem arz eden sağlık harcamalarının yetersiz olduğu bununla birlikte harcamaların miktarının dışında yapısal sorunların olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık harcamaları yıllar içinde artış eğilimi göstermekle birlikte etkin koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığına yönelik politikaların uygulanmasın da yetersiz kalmış ve daha maliyetli olan tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelinmiştir.

5.2 Öneriler

Sağlık harcamalarının düzeyi ve kalitesinin bir sonucu olan sağlık hizmet göstergeleri açısından Türkiye, OECD ülkelerinin gerisinde yer almaktadır. Bu durumu düzeltmenin en önemli adımı politik kaygılardan uzak istikrarlı sağlık politikalarının uygulanmasıdır.

Sağlık harcamalarının çok yüksek olmasının yeterli olmadığı Amerika örneğinde görülmektedir. Çok yüksek sağlık harcaması yapılmasına karşın diğer ülkelerle kıyaslandığında çok iyi sağlık göstergeleri elde edememektedir. Bu açıdan sağlık için ayrılan kaynakların yeterli olması ve iyi tasnif edilmeleri gereklidir.

Özellikle bebek ölüm oranı ve bulaşıcı hastalıkların oranının diğer ülkelere göre oldukça yüksek olması ülkemizde temel sağlık hizmeti olan koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulmadığını göstermektedir. Bu açıdan koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir.

İyi tasarlanmış halk sağlığı programları ile hastalıkların önlenmesi sağlanarak maliyetlerin azaltılabilir.

Sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıran alt yapı yetersizliklerinin giderilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumunu sağlayan sağlık insangücü yetersizdir. Kişi başına sağlık personeli sayının artırılması ve bölgeler arası dengesizliğin giderilmesi gereklidir. Ayrıca pratisyen hekim ve uzman hekim arasındaki dengenin sağlanması halk sağlığı sorunlarını önlemek açısından önemlidir.

Sağlık konusundaki risk faktörleri açısından Türkiye de sigara kullanım oranı çok yüksektir. Mevcut risk faktörlerinde iyileşmeye gidilmesi, düşük

düzeydeki risk faktörlerinin o seviyelerde tutulmasını sağlayacak politikalar oluşturulmalıdır.

Türkiye'nin yaş ortalaması bakıldığı zaman genç bir nüfusa sahip olduğu görülmektedir. Sağlık ihtiyacı yaşlı nüfuslara oranla azdır. Ancak nüfusun giderek yaşlanacağı düşünülünce gelecek açısından iyi bir sigorta sisteminin şimdiden oluşturulması gereklidir. Sağlık harcamalarının ödenebilir limitler içerisinde kalması için sürdürülebilir bir aktüeryal dengenin kurulması önemlidir.

Türkiye'nin sağlık ekonomisinde yararlanılabilecek ülkeler arası karşılaştırmalara olanak sağlayacak bir veritabanı oluşturması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Akdağ, Recep. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:749

Akdur, Recep. (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu (2.Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi

Akdur, Recep. (2008). Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir?. Bilim Ve Ütopya Dergisi. Yıl: 14, Sayı: 170 S:14-19

Aktan, Coşkun Can. Işık, A. Kadir. (2007). Sağlıkın Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış. Aktan, Coşkun Can ve Saran, Ulvi. (Editörler). Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi. İstanbul. Aura Kitapları, S:206-222

Alagöz, Mehmet., Yapar, Sinem.(2003). Kalkınma Planları Çerçevesinde Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sorunu. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt:10 S:439-451

Alma – Ata Bildirgesi. (1978). Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı, Alma-Ata Bildirisi,
Web: <http://195.142.135.65/who/ALMAATA.HTM> adresinden 10 Ağustos 2009'da alınmıştır.

Altay, Asuman. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi. Ocak-Mart. Sayı: 64 S:33-58

Arısoy, İbrahim. (2005). Wagner Ve Keynes Hipotezleri Çerçevesinde Türkiye'de Kamu Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Yıl:14.Sayı:2.S:63-80

Ataç Beyhan,2006, Maliye Politikası. (7. Baskı). Eskişehir

Aydın, Sabahattin. (2008). Alma - Ata'dan Günümüze Temel Sağlık Hareketi, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını Yayın No:770

Baysal, Ayşe. (2003).Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4). Özel Eki. S:66-72

Batirel, Ömer Faruk. (1986). Sağlık Hizmetleri Ve Devlet Politikası, Marmara Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:4 Sayı:3 S: 171 - 180

Belek, İlker. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü Ve Sağlıkın Ekonomi Politikası.(3.Baskı). İstanbul: Sorun Yayınları

Bhargava, Alok. Jamison, T. Dean. Lau, J. Lawrence. Murray, J.L.Christopher.(2001). Modeling The Effects Of Health On Economic Growth. Journal Of Health Economics. 20. 423–440

Biggs, Tyler. Shah, Manju. (1997). The Impact Of The AIDS Epidemic On African Firms .RPED Discussion Paper No. 72, Regional Program On Enterprise Development, The World Bank. Washington, DC, January

Bloom, E.David. Canning, David. Sevilla, Jaypee. (2004) The Effect Of Health On Economic Growth: A Production Function Approach. World Development. Vol.32. No:1 pp:1-13

Bloom, E. David. Canning, David. (2003). The Health And Poverty Of Nations: From Theory To Practic. Journal Of Human Development. Vol.4, No.1. pp:47-71

Çalışkan, Zafer. (2008) Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım, H.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Cilt 26. Sayı 2.S: 29-50

Çetin, Murat. (2005). Türkiye’de Beşeri Kalkınma: Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. Erciyes üniversitesi iktisadi ve idari Bilimler Dergisi. Cilt:19 Sayı:2 S:60-73

Çilingiroğlu Nesrin, (1998). HIV/AIDS Epidemisi Ve Ekonomiye Olan Yüku HIV/AIDS. Tıp Dergisi. Cilt 1. Sayı 3. S:111-116.

Devlet Planlama Teşkilatı. (1962).Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1967). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1973). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1978). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1984). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. Ankara: DPT Yayınları

Devlet Planlama Teşkilatı (2001).Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu, Ankara: DPT Yayınları yayın No:2561

Devlet Planlama Teşkilatı. (2006). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 2007-2013. Ankara: DPT Yayınları

Dülgeroğlu Ercan,2000,Kalkınma Ekonomisi. (5.Baskı). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi

Ercan Nihal Yener,(2000). İçsel Büyüme Teorisi: Genel Bir Bakış. Planlama Dergisi, <http://ekutup.dpt.gov.tr/planlama/42nciyil/ercanny.pdf>. Adresinden 18 Kasım 2009'da alınmıştır.

Han, Ergül. Kaya, Ayten Ayşen. (2006). Kalkınma Ekonomisi Teori Ve Politika. (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım,

Howitt, Peter. (2005). Health, Human Capital And Economic Growth: A Schumpeterian Perspective. BrownUniversity. Erişim Tarihi:22.11.2009 www.Econ.Brown.Edu/Fac/Peter_Howitt/Publication/Paho.Pdf

<http://oecd.org>

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (Son Erişim Tarihi:22.11.2010)

<http://kfd.org.tr/files/Turkiyede%20saglik%20harcamalarıTahsin%20Guney.pdf> (Son Erişim Tarihi: 25.01.2010)

<http://saglik.gov.tr>

<http://tuik.gov.tr>

<http://who.org>

Işık, Kadir. (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş. (2.Baskı) Bursa: Ekin Kitabevi

İyibozkurt, Erol. (1994). İktisada Giriş. (3. Baskı). Bursa Ezgi Kitabevi

Karabulut, Tahsin. Kaya, Nurettin. Gürsoy Zeynep. (2009). Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Örgütü'ne Üye Ülkelerin 2006 Yılı İnsani Gelişmişlik Düzeylerinin Analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi. Cilt:2. Sayı: 2. S:1-18

Karagül, Mehmet. (2002) Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü Ve Türkiye Boyutu. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını. Yayın No:37

Karagül, Mehmet. (2003) Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyüme İle İlişkisi Ve Etkin Kullanımı. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi. (5). S:79-90

Köksal, Bilge Aloba. (1998) İstatistik Analiz Metotları. (5.Baskı) İstanbul: Çağlayan Kitabevi

Kutsal, Yeşim Gökçe. (2003). Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan, Toplum Hekimliği Bülteni, Temmuz-Ekim, Sayı 3

Mazgit, İsmail. (1998). Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye De Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir

Mutlu, Ayşegül. (2006). Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri Ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman Ve Yönetim Sorunları, Maliye Dergisi. Sayı:150 S:53-78

Muysken. Joan. Yetkiner, I. Hakan. Ziesemer, Thomas. (2003). Health, Labour Productivity And Growth”, In Growth Theory And Growth Policy <http://ccso.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/1999/200015/200015.pdf> Adresinden 7 Ağustos 2009 tarihinde alınmıştır.

Newhouse, P. Joseph. (1977) Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey. The Journal of Human Resources 12 (1). pp: 115-125.

OECD Annual Report. Health.(2007). www.oecd.org/health/healthdata adresinden 12 Eylül 2009’da alınmıştır.

Özdamar, Kazım. (2004). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi

Öztek, Zafer. (2001). Sağlıkta Kavramlar. Yeni Türkiye Dergisi. Yıl 7. Cilt 39. S:294-298

Öztürk, Yusuf. Günay, Osman,(2000). 21. Yüzyılda Herkese Sağlık, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, No:126

Pala, Kayıhan. (2007) Türkiye İçin Nasıl bir Sağlık Reformu. Bursa, TTB yayınları

Poyraz, Türkan (1990). Sağlık Ekonomisi, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Rivera, Berta. Currais, Luis. (1999). Economic Growth And Health: Direct Impact Or Reverse Causation?. Applied Economic Letters.(6) pp:761-764

Sağlık Bakanlığı. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara

Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003.TC Sağlık Bakanlığı Yayını

Saltık, Ahmet. (1995) Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, Toplum Ve Hekim Dergisi. Cilt:10. Sayı:68. S:38-44

Sargutan, A.Erdal.(2005). Sağlık Teknolojisi Yönetimi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt:8, Sayı:1 S:114-144

Mushkin, J. Selma. (1962). Health as an Investment, The Journal of Political Economy, Vol. 70, No. 5. pp.:129-157

Sığırlı, Deniz. Ediz, Bülent. Cangür, Şengül. Ercan, İlker. Kan, İsmet. (2006). Türkiye Ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi İle İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 13(2), S:81-85

Stiglitz, Joseph. (1988) "Economics of the Public Sector", W.W. Norton&Company, Second Edition, 1988

Şanlıalp, Gülten.(2008). Determinants Of Health Expenditure In Oecd Countries and The Income Elasticity. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Bilkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Şenatalar, Burhan. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 25 (4). Özel Ek S:25-30

Şener, Orhan. (2001) Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi. (7. Baskı) İstanbul: Beta Basım Yayın

Taban, Sami. (2004). Türkiye'de sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi: Nedensellik testi", III. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi. 25-26 Kasım 2004. Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir

Tatar, Mehtap. (2009).Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme. Sağlık Ekonomisi Dergisi. Sayı:1 S:8-12

Temür, Yusuf. Bakırcı, Fehim. (2008) Türkiye'de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması. Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt:10, Sayı 3 S:260-282

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2008) Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Sağlık Politikaları ve Ülkemizde Kamu Sağlık Harcamaları Sorunu. TEPAV Mali İzleme Raporu

Tiryaki, Derya. Tatar, Mehtap. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt:5, Sayı:4 S: 124-138.

Tiryakioğlu, Murad. (2008). Gelişmekte Olan Ülkelerin ıkması: Beşeri Sermaye Yoksulluğu. Ege Akademik Bakış. Cilt:8, Sayı:1 S:319-337

Tokat, Mehmet.(2007). Dünya Ve Türkiye de Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı. Aktan, Coşkun Can ve Saran, Ulvi. (Editörler). Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi. İstanbul: Aura Kitapları

Tokgöz, Erdinç. (1979). Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme, Hacettepe Üniversitesi İdari Bilimler Dergisi Cilt:1,S:2

World Health Organization. The World Health Report 2003 - Shaping The Future. Chapter 3: HIV/AIDS: Confronting A Killer. Geneva, 2003b. http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf adresinden 3 Aralık 2009'da alınmıştır.

Yazıhan, Nuray. Yılmaz, H. Hakan. (2007). Türkiye'de Meme Kanseri. Maliyet Etkinlik ve Maliyet Etkililik. Türkiye'de Kanser Kontrolü.(Editör). Murat Tuncer. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını

Yetkiner, İ. Hakan.(Temmuz,2006). Sağlık İle Büyüme, Ekonomi, İşletme, Uluslar Arası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi. Cilt:6, Sayı: 2 S:83-91

Yıldırım, Savaş. (1994) Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi. Ankara: DPT Yayını. No:2350.

Yumuşak, İbrahim Güran. Yıldırım, Durmuş ağrı. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. Bilgi Ekonomisi Ve Yönetimi Dergisi. Cilt: 4, Sayı: I. S:57-69