



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'DE SON DÖNEM SAĞLIK HARCAMALARININ
DAĞILIMI VE TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİYLE
İLİŞKİSİ

RÜMEYSA KOCA
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANISMAN
Prof. Dr. Osman Hayran

İSTANBUL-2015



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE'DE SON DÖNEM SAĞLIK HARCAMALARININ
DAĞILIMI VE TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİYLE
İLİŞKİSİ**

RÜMEYSA KOCA
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANISMAN
Prof. Dr. Osman Hayran

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Rümeyza KOCA
Tez Başlığı : Türkiye’de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleri İle İlişkisi
Sınav Yeri : İMÜ Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 10.06.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Osman Erol HAYRAN

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üveleri

Prof.Dr. Hacer ÖZGEN NARCI

İstanbul Medipol Üniversitesi

Prof.Dr. Haydar SUR

Biruni Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu’nun 12.1.06.2015 tarih ve 2/04 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü ✓,

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Rümeysa KOCA

İMZA



TEŞEKKÜR/İTHAF

Sağlık, bireyin anne karnından başlayarak yaşlanana kadar geçen tüm zamanlarında çok önemli bir konuma sahiptir. Sağlıklı kimse sadece kendisine değil, sosyal çevresine de fayda sağlar, refah bir toplum için katkıda bulunur. Bu açıdan bir ülkenin gelişmişlik seviyesini belirleyen en önemli etkenin sağlık hizmetleri olduğunu söyleyebiliriz.

Yüksek Lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına dek gereken olanak ve yardımı sağlayan, değerli fikirleriyle bana yol gösteren ve desteklerini esirgemeyen değerli danışmanın Prof. Dr. Osman Hayran'a teőekkürü borç bilirim.

Rümeysa KOCA

Kısaltmalar Listesi

ABD Dolar	Amerika Birleşik Devletleri Dolar
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
OECD	OECD Organisation for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi

Şekiller Listesi

Şekil 1: Türkiye, Meksika, İsveç Nüfus Piramidleri, 2002-2012	25
Şekil 2: İsveç, Meksika, Türkiye için 0-14 Yaş Nüfus, 15-64 yaş arası Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus, 2002-2012.....	27
Şekil 3: Türkiye’de yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	29
Şekil 4: Meksika’da yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	30
Şekil 5: İsveç’te yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	30
Şekil 6: OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, Dolar) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	31
Şekil 7: Türkiye’de yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	32
Şekil 8: Meksika’da yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	33
Şekil 9: İsveç’te yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	33
Şekil 10: OECD Ülkelerinde yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	34
Şekil 11: Türkiye’de yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi.....	35
Şekil 12: Meksika’da yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi.....	36
Şekil 13: İsveç’te yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi.....	36
Şekil 14: OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi.....	37
Şekil 15: Türkiye’de yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı).....	38

Şekil 16: Meksika’da yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı).....	39
Şekil 17: İsveç’te yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı)	39
Şekil 18: OECD Ülkelerinde yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı) ...	40
Şekil 19: Türkiye’de yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	41
Şekil 20: Meksika’da yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	42
Şekil 21: İsveç’te yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	42
Şekil 22: OECD Ülkelerinde yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	43
Şekil 23: Türkiye’de yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	44
Şekil 24: Meksika’da yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	45
Şekil 25: OECD Ülkelerinde yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	45
Şekil 26: Meksika, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre yıllık kişi başına düşen Hekime Başvuru Sayısı	46
Şekil 27: Türkiye’de yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	47
Şekil 28: Meksika’da yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	48
Şekil 29: İsveç’te yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	48
Şekil 30: OECD Ülkelerinde, yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	49

Şekil 31: Türkiye’de yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	50
Şekil 32: Meksika’da yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	51
Şekil 33: İsveç’te yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	51
Şekil 34: OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	52
Şekil 35: Türkiye’de yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	53
Şekil 36: Meksika’da yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	53
Şekil 37: İsveç’te yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	54
Şekil 38: OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	54
Şekil 39: Türkiye, yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	55
Şekil 40: Meksika’da yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	56
Şekil 41: İsveç’te yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları).....	56
Şekil 42: OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	57
Şekil 43: Türkiye, Meksika, İsveç’te yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı (%).....	59
Şekil 44: Meksika, İsveç, Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı.....	60
Şekil 45: Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı.....	61

Şekil 46: Meksika’da yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı.....	61
Şekil 47: İsveç’te yıllara göre toplam sağlık harcamasının Kamu, Özel ve Cepten harcamalar olarak dağılımı.....	62
Şekil 48: OECD Ülkelerinde Yıllara ve Kaynaklara Göre Sağlık Harcamalarının Dağılımı (SGP, ABD Doları)	63
Şekil 49: Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)	63
Şekil 50: Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, Özel Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları).....	64
Şekil 51: Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, Cepten Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları).....	65

Tablolar Listesi

Tablo 1: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları)	29
Tablo 2: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde için yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	31
Tablo 3: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkeleri için yıllara göre Doğumda Yaşam Beklentisi	32
Tablo 4: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%)	35
Tablo 5: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Bebek Ölüm Hızı (1000 Doğum Başına Bebek Ölüm Sayısı)	38
Tablo 6: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Anne Ölüm Oranları	41
Tablo 7: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı	44
Tablo 8: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı	47
Tablo 9: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı	50
Tablo 10: Meksika'da, İsveç'te, Türkiye'de, OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı	52
Tablo 11: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanede Yatış Süreleri (ort. gün)	55
Tablo 12: Meksika, İsveç, Türkiye'de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı (%)	57
Tablo 13: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Kamu Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)	58
Tablo 14: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Özel Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)	58

Tablo 15: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Cepten Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)	58
--	----

İÇİNDEKİLER

Tez Onayı Formu	i
Beyan	ii
Teşekkür/İthaf	iii
Kısaltmalar	iv
Şekiller Listesi	v
Tablolar Listesi	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Sağlık Kavramı.....	4
2.2. Hastalık Kavramı	5
2.3. Sağlıkın Sektörleri.....	6
2.3.1. Popüler Sektör	6
2.3.2. Folk Sektör	6
2.3.3. Profesyonel Sektör	7
2.4. Sağlık Hizmetleri	7
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	8
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	9
2.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
2.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
2.4.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri	11
2.5. Sağlık Sistemleri	11
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Devletin ve Serbest Piyasanın (pazarın) Rolü.....	13
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	14
2.5.2.1. Cepten Yapılan Harcamalar	14
2.5.2.2. Özel sigorta	15

2.5.2.3. Sosyal Sigorta	16
2.5.2.4. Devletin Vergi Gelirleri	17
2.6. Türkiye Sağlık Politikaları Tarihçesi	17
2.6.1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	17
2.6.2. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	19
2.6.3. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	19
2.6.4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları	20
2.6.5. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
4. BULGULAR.....	23
4.1. Türkiye’de Ekonomik Gelişmeler ve Temel Sağlık Sektörü Parametreleri	25
4.1.1. Ükelere Göre Nüfus Piramidleri, 2002, 2012	25
4.1.2. 0-14 Yaş Nüfus, 15-64 Yaş Arası Nüfus ve 65 Yaş Üzeri Nüfus, 2002-2012	26
4.1.3. Yıllara Göre GSYİH ve Doğumda Yaşam Beklentisi.....	28
4.1.4. Yıllara Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	31
4.1.5. Yıllara Göre Gayri Safi Yurt İçi Hasılda Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi	35
4.1.6. Yıllara Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 Doğum Başına Bebek Ölüm Sayısı)	38
4.1.7. Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	41
4.1.8. Yıllara Göre Yıllık Kişi Başına Düşen Doktora Başvuru Sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	44
4.1.9. Yıllara Göre 1000 Nüfusa Düşen Doktor sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	47
4.1.10. Yıllara Göre 1000 Nüfusa Düşen Hemşire Sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	50

4.1.11. Yıllara Göre Hastanelerde 1000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	52
4.1.12. Yıllara Göre Hastanede Yatış Süreleri ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)	55
4.1.13. Meksika, İsveç, Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı.....	57
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6. KAYNAKÇA	70
7. ÖZGEÇMİŞ	74

ÖZET

TÜRKİYE'DE SON DÖNEM SAĞLIK HARCAMALARININ DAĞILIMI VE TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE İLİŞKİSİ

Bireylerin yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerindeki en önemli etken "sağlıklı olma"dır. Sağlığın bozulması durumunda tedavi olmak amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanır. Bu yüzden sağlık harcamaları için ülkelerin bütçelerinden ayırdıkları pay çok önemlidir. Bu harcamalar günümüzde kamu sektörü, özel sektör ve cepten harcamalar olarak gerçekleştirilir.

Bu çalışmada Türkiye'nin sağlık sistemi hakkında bilgi verilmiş, 2002-2012 yılları arasında Türkiye'nin GSYİH'sı ile, Türkiye'nin temel sağlık göstergelerindeki değişimler olarak doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, nüfusa düşen hasta yatağı sayısı, nüfusa düşen sağlık personeli sayısı, kişi başına düşen doktora başvuru oranı gibi göstergeler kullanılmış, İsveç, Meksika ve OECD Ülkeleri ortalama değerleri ile kıyaslamalar yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda Doğumda Yaşam Beklentisi ile GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenirken, Bebek Ölüm Hızı ve Anne Ölüm Oranı arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYİH), Doğumda Yaşam Beklentisi, Anne Ölüm Oranı, Bebek Ölüm Hızı, Sağlık Harcamaları; Kamu Sağlık Harcamaları, Özel Sağlık Harcamalar, Cepten Harcamalar.

ABSTRACT

TURKEY'S THE DISTRIBUTION OF HEALTH EXPENDITURE IN THE LAST PERIOD AND RELATIONS WITH KEY HEALTH INDICATORS

One of the most important to sustain happiness in individuals life is "to be healthy". In case of deterioration they need well-organized health care services . So it is very important share of health expenditure of the budget set aside for the country. These expenditures are include Public Health Expenditures, Private Health Expenditures, Out-of-Pocket Expenditures.

In this study, changes in Turkey's GDP and health expenditures during the years 2002-2012 was correlated with the changes in main health indicators, namely, life expectancy at birth, infant mortality rate, maternal mortality ratio, number of hospital beds per population, the number of health workers per population, doctor consultations per capita and comparisons have been made with Mexico, Sweden and the OECD mean values. At the end of this investigation, a positive relation was founded between GDP and life expectancy at birth and the negative relation between GDP and maternal mortality ratio, infant mortality rate.

Keywords: Gross Domestic Product (GDP), Life Expectancy at Birth, Maternal Mortality Ratio, Infant Mortality Rate, Health Expenditures; Public Health Expenditures, Private Health Expenditures, Out-of-Pocket Expenditures.

TÜRKİYE'DE SON DÖNEM SAĞLIK HARCAMALARININ DAĞILIMI VE TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE İLİŞKİSİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Sağlık sektörü genellikle politikacılar tarafından fazla kaynak ayrılmayan, yapılan yatırımların sonucunun uzun vadede görülmesi nedeniyle cazibesi olmayan bir sektördür. O yüzden de kaynakları sınırlı olan ülkelerde sağlık sektörü çok gelişmemiştir. Ancak, sorun sadece sağlığa fazla miktarda kaynak ayırmakla sınırlı olmayıp, bu kaynakların amaca uygun kullanımı ile de ilişkilidir. Sağlığa ayrılan payla sağlık sistemindeki gelişimin doğru orantılı olduğundan söz edebilmek için kaynakların doğru kullanılması ve hizmetlerin iyi yönetilmesi önem taşımaktadır. Örneğin, ABD'de sağlığa ayrılan kaynaklar İskandinav ülkeleri ve Japonya'ya kıyasla çok fazla ve sağlık harcamaları çok büyük boyutlara ulaşmış olmasına rağmen sağlık göstergeleri bu ülkelerin çok gerisindedir. (1)

Ülkemizde son dönemde sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adaletli şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasına yönelik hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, mevcut problemlere ilişkin çözümler doğrultusunda ön plana çıkmaktadır. Bu sebeple sağlık sektöründe önemli gelişmelere sebep olmuştur. Artık politikacılar açısından sağlık sektörü önemli bir konuma gelmektedir. Son yıllarda izlenen politikalar neticesinde sağlığa erişim kolaylaşmış ve artmıştır. Ancak bu durum kamu sağlık harcamalarını da paralel olarak arttırmaktadır. Artan harcamaları ve maliyetleri azaltmaya yönelik tedbirler ise sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum karşısında düzenli olarak tutulan sağlık verileri ışığında stratejik kararların verilmesi, kontrol mekanizmalarının geliştirilmesi, yatırımlar ve düzenleyici yapıda iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Bu anlamda özellikle ülkemizin son dönemdeki sağlık harcamaları ile göstergelerinin ilişkisinin incelenmesi, diğer başka ülkelerle kıyaslanarak bu ilişkinin ne ölçüde neden-sonuç ilişkisi olduğu, ne ölçüde yapılan reformların bir sonucu olduğu araştırılması gereken bir konudur.

Bu durum dikkate alınarak planlanan bu çalışmada, 2002-2012 yılları arasında Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının miktarı, dağılımı, yani ne kadarının devlet tarafından, ne kadarının cepten harcamalar, ne kadarının özel sigorta harcamaları olduğu, yıllara göre nasıl bir süreç izlediği ve bu süreçte temel sağlık göstergelerinin nasıl bir seyir izlediğini ortaya çıkarmak; başka bir deyişle sağlık harcamaları ile doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı gibi temel sağlık göstergeleri ve nüfusa düşen hasta yatağı sayısı, nüfusa düşen sağlık personeli sayısı, kişi başına düşen doktora başvuru oranı, gibi hizmet kullanım göstergeleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık bir çok açıdan farklı olarak tanımlanmıştır. 1900’lü yılların başından itibaren çeşitli bilimler, kendi perspektifleriyle sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlardır. Örneğin;

"Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir." (2) şeklinde sadece biyolojik açıdan ele alınabildiği gibi, bireylerin işlevsel olma yeteneği, toplumsal yaşam içerisinde her bireyin belirli rol ve sorumluluklarını yerine getirebiliyor olması (3) şeklinde ağırlıklı olarak işlevsel bir durum olarak da tanımlanabilmektedir. Öte yandan bazı yaklaşımlara göre sağlık hayatın kaynağı ve her bireyin temel ihtiyacı (4), hatta doğuştan kazanılmış temel insan haklarından birisidir.

Günümüzde yaygın kabul gören sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütünün kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, "sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" dir. Bu tanımda yer aldığı şekliyle sağlıklı olmak her açıdan tam bir iyilik hali kabul edilmekte, sağlığın

sosyal yönüne de vurgu yapılarak toplumlar, devletler açısından önemine dikkat çekilmektedir. Bu tanımdaki sağlık durumunun gerçekleşebilmesi için bireylere sunulacak sağlık hizmetinin sadece hastalıkları tedavi etmek, sakatlıkları önlemek olmadığı, her açıdan iyilik halini gerçekleştirmeyi hedeflediği ortadadır. Başka bir deyişle bu tanıma göre sağlık insanların bireysel sorumluluğunun ötesinde devletlerin sosyal sorumluluğu alanına da girilmektedir. Bu noktada hastalık kavramına da açıklık getirmek gerekir. Dünya sağlık örgütünün tanımından anlaşılacağı gibi hastalık, sağlığın tersi değildir.

2.2. Hastalık Kavramı

Hastalık kavram olarak üç farklı anlam içerir: (5)

- 1) Tıbbi açıdan hastalık, doktorun bakış açısını ve nesnel bir durumu ifade eder. Çeşitli belirti ve bulgularla ortaya çıkan ve doktorlar tarafından teşhis edilebilen normal dışı durumlar anlamına gelir.
- 2) Bireysel açıdan hastalık, algılanan öznel bir durumdur. Kişinin belirli semptomlar karşısında, bedeniyle ilgili rahatsızlık verici durumlar karşısında verdiği tepki ile kendisini gösteren ve bireysel değerlendirme sonucu ortaya çıkan bir tür algıdır. Bireysel algı anlamında kendini hasta hisseden bir kişinin tıbbi anlamda hiçbir hastalığı olmayacağı gibi tıbbi açıdan hastalık teşhisi almış pek çok kişide hastalık algısına rastlanmayabilir.
- 3) Bireyin çevresi açısından hastalık bir tür sosyal roldür. Kişi hastalığı sayesinde sosyal çevresi içerisinde bir takım ayrıcalıklar hatta avantajlar sağlar. Örneğin, hastalanan kişilerin sorumluluklarını tam olarak yerine getirilmemesi veya işlerinde tam kapasite çalışamamaları hoşgörülle karşılanır. Bir sosyal rol olarak hastalık aslında yararları da olabilen bir durumdur.

2.3. Sağlığın Sektörleri

Doğrudan sağlık kuruluşuna başvuru yapan kişi sayısına bakıldığında bunun oldukça az olduğu görülmektedir. Çünkü kendisini iyi hissetmeyen, hasta olduğunu düşünen bir kişi önce çevresine, ailesine, arkadaşına danışmakta ya da geleneksel iyileştiricilerden yardım almayı tercih etmektedir. Bu tercihler doğrultusunda dünyanın her yerinde sağlık hizmeti sunan 3 sektör ortaya çıkmıştır: Popüler sektör, Folk sektör ve Profesyonel sektör (6).

2.3.1. Popüler Sektör

Popüler sektörü oluşturan kişiler, sağlık ve hastalık konusunda uzmanlığı olmayan, bu konuda eğitim-öğretim görmemiş ancak yaşları ve tecrübelerine güvenilerek kendilerine danışılan kişilerdir. Bu kişiler komşular, akrabalar, arkadaşlar, aile büyükleri gibi sıradan insanlardan oluşur.

Hemen her insan, bedeninde anormal bir durumla karşılaştığında hemen bir önlem almak ister yada güvendiği birisine danışır. Kişinin aldığı cevaplar tatmin edici bulunursa ve uygulamalar işe yararsa hekime ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kalmaz.

Popüler sektör çok talep görülen bir sektördür. Dünya Sağlık Örgütüne göre, bir toplumdaki sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı bu sektör tarafından verilmektedir.

2.3.2. Folk Sektör

Bu sektör, sağlık ve hastalık konusunda yasal bir uzmanlığı olmayan, bu konuda eğitim-öğretim görmemiş ancak, sağlık durumunda anormal bir durumla karşılaşan kişilerin başvurduğu, çeşitli özellikleri nedeniyle toplumca uzman kabul edilen kişilerden oluşmaktadır. Kırıkçı-çıkıkçılar, üfürükçüler, dişçiler, ara ebeleri, bel çekenler, bu sektörde hizmet verenlere örnektir.

Folk sektörü, resmi makamlar tarafından kabul edilmeyen, yasal olmayan bir sektördür. Ancak, neredeyse her toplumda bulunmaktadır.

2.3.3. Profesyonel Sektör

Bu sektör, sağlık ve hastalık alanında eğitim-öğretim görerek uzman olan, resmi makamlarca kabul görülen kişilerden oluşmaktadır.

Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist, ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatla belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedirler.

Sağlıkla ilgili kaynaklar ve sağlık harcamaları tartışılırken genellikle söz konusu olan profesyonel sektördür. Oysa diğer iki sektörün de kendine özgü kaynakları ve özellikle folk sektörün ciddi boyutlara varan harcamaları söz konusudur.

2.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, geliştirmek ve ortaya çıkan hastalıkları tedavi etmek amacıyla sunulan her türlü hizmetin genel adıdır. Bu hizmetlerin her ne kadar evrensel bazı türleri ve sınıflamaları var ise de ülkeden ülkeye aynı ülke içerisinde de toplumdan topluma farklılık göstermeleri mümkündür. Bu farklılıklar bazen demografik ve epidemiyolojik özelliklerden bazen de kültürel ve ekonomik özelliklerden kaynaklanabilir. Yaşlı bir topluma verilecek hizmet ile doğurganlığın yüksek olduğu genç bir topluluğa verilecek hizmetin farklı olacağı ortadadır. Benzer şekilde yoksul kırsal bölgeler ile zengin kentsel bölgelerin sağlık hizmetleri birbirinden farklı olmak durumundadır. Bu tür farklılıklarının varlığı bir yana, sağlık hizmetleri ve diğer hizmetler gibi ekonomik bir faaliyet olarak ele alındığında girdileri ve çıktıları söz konusudur. Bir başka deyişle sağlık hizmetlerinin temel girdilerini; insan kaynakları, parasal kaynaklar, teknoloji, alet ve araç-gereçler oluştururken, temel çıktılarını; yaşam kalitesinin artırılması, erken

ölümlerin önlenmesi, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmeler oluşturmaktadır (7) (8).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik özelliklerinin kendine özgü dinamikleri söz konusudur. Sağlık hizmetleri temel insan hakları arasında yer almaları nedeniyle hassas bir konu olup ekonomisi incelenirken tüm özellikleri açısından ele alınmalıdır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür.

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetleri her şeyden önce "hizmet" olmaları nedeniyle mal ve ürünlerden farklı bir niteliğe sahiptir. Mal ve ürünleri belirli standartlara uygun şekilde üretilip kalite kontrolünü yapıp, gerektiğinde depolayıp, gerektiğinde pazara sürerek tüketiciye ulaşmasını sağlamak mümkün iken hizmetler için aynı şey söz konusu değildir. Bu anlamda sağlık hizmetleri soyut yani gözle görülemeyen, ölçülemeyen, depolanamayan, üretildiği anda tüketilen özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri için bir takım standartlar konulsa bile tüketici açısından heterojenliği söz konusudur. Örneğin, aynı hastalığa sahip olan 5 kişinin tedavi ihtiyacı ve tedaviden beklentisi birbirinden farklı olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde bütünlük söz konusudur. Tek tek parçaları düzenleyerek bütünü mükemmel hale getirmek yerine hizmetin başından sonuna kadar olan tüm aşamaların birlikte ele alınarak mükemmelin (sıfır hatayla çalışma) ortaya çıkması mümkündür. Sağlık hizmetlerinde herhangi bir aşamada yapılacak hatanın bedeli kötü bir ürün değil yaşam kalitesinde bozulmadır. Sağlık hizmetleri, yerine başka hizmetin konulması mümkün olmayan, çoğu zaman ertelenemeyen, bazı hallerde zamanında sunulmadığı takdirde insan hayatının kaybedilmesiyle sonuçlanan türde hizmetlerdir (9). Diğer ekonomik olaylar gibi pazar koşullarında sağlık hizmetlerinin niteliği dikkate alındığında klasik arz-talep ilişkisinin bu alanda işlemediği talebin büyük ölçüde arz edenler tarafından oluşturulduğu görülmektedir (10). Örneğin göğüs ağrısı olan bir kişiye başvurduğu hekim tarafından kalp ameliyatı olması önerildiğinde kişinin böyle bir talebinin olup olmamasının önemi yoktur. Talebi olmadığı halde bir anda ameliyat ihtiyacı ortaya

çıkarm ve bazı hallerde bunun ertelenmesi mümkün değildir. Bu özellik nedeniyle iyi düzenlenmemiş pazar koşullarında tüketicilerin hizmet sunucuları karşısında güçsüz olmaları, asimetrik bilgilenme nedeniyle sunucular tarafından bazı hallerde abartılı bir şekilde oluşturulan taleplerine yenik düşmeleri mümkündür (11).

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir.

2.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Henüz ortaya çıkmış bir hastalık olmadan önce alınan her türlü önlemi içerir. Yani, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için yapılan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu hizmetler ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olmak üzere 2 türden oluşur.

- **Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:**

Bağışıklama, erken tanı, beslenmeyi düzenleme, aile planlaması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aşırı doğurganlığın denetimi, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir.

- **Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler:**

Atıkların zararsız hale getirilmesi, vektörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, zararlı canlılarla (haşere) mücadele, hava kirliliğinin denetimi, gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararlıların denetimi, iş sağlığı, katı atıkların denetimi, gıda kontrolü gibi hizmetler ise çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır.

2.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra yapılması gerekenleri ifade eder. Hastalığın bir an önce teşhis edilerek tedavisi, kişinin üretkenliğinin ve günlük hayat aktivitelerinin uzun süre kaybedilmesine izin verilmemesi, hayat kalitesinin artırılması tedavi edici hizmetlerin başlıca amacıdır. Bulaşıcı hastalık salgınları gibi özel bazı haller dışında bu hizmetler ağırlıklı olarak bireyleri hedef alır ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (12).

Tedavi edici sağlık hizmetleri 3 türden oluşur: 1. basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, 2. basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, 3. basamak tedavi edici sağlık hizmetleri.

- **Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastaların tedavilerinin evde ya da herhangi bir sağlık kuruluşunda, ayakta teşhis ve tedavinin yapıldığı sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerde yatış işlemi yapılmaz. Sağlık ocakları, özel muayenehaneler, Tüberküloz dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, aile sağlığı merkezleri gibi birimler birinci basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarına örnektir.

- **İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:**

Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir. Tam teşekküllü devlet hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler bu tür hizmet veren sağlık kuruluşlarına örnektir.

- **Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:**

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerde genellikle uzun süren inceleme ve tedavi işlemleri yapılır. Kanser hastaneleri, sanatoryumlar,

ruh sağlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi kuruluşlar bu tür hizmet veren sağlık kuruluşlarına örnektir.

2.4.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, engelli ve işgücünü kaybeden kişilere yönelik, işgücü ve çalışma imkânı sağlayan hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici çabalara karşın bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan insanlar olabilmektedir. Bu kişilerin sosyal bakımdan yeterli hale getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam sürdürebilmelerinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür (13). Bu hizmetler de tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki türdür.

- **Tıbbi Rehabilitasyon:**

Tıbbi Rehabilitasyon hizmetleri kişinin kimseye muhtaç kalmadan kendi başına yaşayabilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, bedensel kalıcı bozukluk ve engelliliğin düzeltilmesi yada mümkün olduğu kadar en aza indirgenmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelerdeki protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmalarını bazı örneklerdir.

- **Sosyal Rehabilitasyon:**

Sosyal rehabilitasyon, engelli veya özürlü olan kişilerin bu durumları nedeniyle eski işlerini yapamaması ya da belirli bir işte çalışmaması durumunda işi öğretme, yeni iş bulma, işe uyum sağlama, günlük hayata aktif olarak katılabilme, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilme amacıyla yapılan her türlü hizmeti kapsar.

2.5. Sağlık Sistemleri

Sağlık Sistemleri, ülkelerin kendi sosyo-demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerine uygun olarak vatandaşlarına her türlü sağlık hizmetini sunma çabaları

ile ortaya çıkar. "Sağlık sistemi" ile kastedilen, bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunların aralarındaki ilişkilerdir (5).

Sağlık sistemlerinde üretilen mal ve hizmetlerden yararlanan kişiler "özel" ve "kamu" olmak üzere 2 grupta incelenir (5). Verilen hizmet, sadece sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen kişiye yarar sağlıyorsa o kişiye özeldir. Ancak verilen hizmet birden fazla kişiye, topluma fayda sağlıyorsa bu hizmetten kamu yararlanıyordu. Örneğin, dişi ağrıyan bir kişinin doktora gidip sağlık hizmetlerinden yararlanması o kişiye özel bir durumdur. Öte yandan hava kirliliğinin denetimi, topluma, çevreye, birden fazla kişiye yani kamuya verilmiş bir hizmettir. Bazı sağlık hizmetlerini bu anlamda sınıflandırmak mümkün olmakla birlikte genellikle sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıya sahiptir. Örneğin, bir kişinin bulaşıcı hastalıklara karşı aşılması, o kişiyi hastalıktan koruyacağı için ona sağlayacağı yararın yanı sıra bulaşıcı hastalığın ortaya çıkışının önlenmesi ile çevresindeki kişiler için bir yarar da gerçekleşmektedir (5). Yani, verilen hizmet kişiye özel bir hizmet iken, kamuya da fayda sağlayabilmektedir.

Sağlık hizmetleri, yaygın olarak "devlet" veya "özel sektör" tarafından sunulur. Sağlık hizmetlerini sunan özel sektör yani, özel sağlık kurumları, kâr amacı ile piyasada faaliyet gösteren kurumlardır. Özel kurumlar bu hizmetleri bir bedel karşılığında tüketiciye sunar ve bu bedeli ödeyemeyen tüketiciler bu hizmetten yararlanamaz. Bu bedel sosyal güvenlik kurumları veya özel sigorta aracılığı ile de ödeniyor olabilir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan devlet tarafından vergilerle finanse edilerek sunumu ise, sağlık hizmetlerinin bizzat devlet yani, merkezi yönetim ya da yerel yönetimlere bağlı sağlık ocakları, poliklinikler ve hastaneler tarafından sunulması demektir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilerle veya kamu kaynakları ile karşılanır (14).

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Devletin ve Serbest Piyasanın (pazarın) Rolü

Sağlık hizmetleri piyasasında devlet; sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın alarak, sağlık göstergelerini kontrol ederek ve izleyerek, sağlık alanında araştırma ve geliştirme yaparak, sağlık sektöründe teknolojik gelişmeyi izleyerek, sağlık piyasalarını düzenleyerek, sağlık hizmetleri ile ilgili tam bilgilenmeyi sağlayarak, sağlık işgücünü geliştirerek, herkesin erişebileceği düzey ve yaygınlıkta sağlık hizmeti sunarak, çeşitli görev ve fonksiyonlar üstlenmektedir (15).

Sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından yürütülmesinin uygun olmayacağı, tamamen pazara bırakılmasının ise çok sayıda sakıncalarının bulunabileceği görülmektedir (5). Sağlık hizmetleri tamamen devlet tarafından yürütüldüğü takdirde; politik gücü daha fazla olan toplumun güçlü kesimleri, kamu sağlık hizmetlerine, yoksul kesimlere göre daha kolay ulaşabilmektedir. Devletin kurumlarında uzman kişilerin istekleri daha ağır bastığından, basit koruyucu hizmetler yerine karmaşık tedavi edici hizmetlere ağırlık verilebilir, bürokratik işlemler nedeniyle devletin acil durumlar için çözüm bulması veya yeni düzenlemelere gidilmesi zorlaşabilir. Öte yandan, sağlık konusu uzun vadeli yatırım gerektirdiğinden ve sonuçları diğer ekonomik alanlarda olduğu gibi hemen görülmediğinden, sürekli seçime hazırlanan politikacılar açısından uzun vadeli planlar yapılmayabilir. Politikacılar arasındaki yüksek rekabet ve gerilim söz konusuysen, kendisini kolayca ispatlayabilecekleri, herkes tarafından gözle görülebilecek yatırımlar yapmak onlar için hem daha kolay hem de daha karlı bir durumdur.

Sağlık hizmetlerinin tamamen pazara bırakılmasının da sakıncaları vardır. Bazı sağlık hizmetleri kamu yararını amaçladığından "kamu malı" olmak durumundadır. Örneğin, temiz su sağlanması, çevre sağlığı, hava kirliliğinin denetimi, yaygın görülen bulaşıcı hastalıklar için önlemler alınması gibi konularda hizmetin sadece bedelini ödeyene verilmesi söz konusu olamaz. Sağlık hizmetlerinin tamamen pazara bırakılmayışının bir başka sebebi de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, tüberküloz gibi hastalıklarda önlemlerin alınması gerektiği durumlarda, başkalarının da sağlığını

tehdit ettiğinden bu durum sadece hasta olan kişiye bırakılmaz, devlet müdahalesi gerekir. Bir başka sebep ise, sunulan hizmetin bedelinin piyasa koşullarına göre belirlenmesi, bunun ticarete dönüşmesinin söz konusu olabilmesidir. Bu gerçeklerin ışığında her ülke kendi koşullarına uygun şekilde bazı sağlık hizmetlerinin Pazar koşullarında özel sektör tarafından sunulmasını, bazı hizmetlerin ise mutlaka devletin sorumluluğunda, hatta devlet tarafından sunulmasını teşvik etmekte ve düzenlemektedir.

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratma olarak tanımlanabilir (16). Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır (17). Dolayısıyla etkili bir sağlık finansmanı, bireylerin ödeme gücü olmadığı için hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilir veya ortadan kaldırabilir (18).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında başlıca 4 kaynak bulunmaktadır:

1. Cepten yapılan harcamalar
2. Özel Sigorta
3. Sosyal sigorta
4. Devletin vergi gelirleri

2.5.2.1. Cepten Yapılan Harcamalar

Cepten yapılan harcamalar, hastalar veya hane halklarının aldıkları sağlıkla ilgili mal veya hizmetler için doğrudan hizmet sunucuya yaptıkları ödemelerdir (19). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, cepten harcamalar ilaç, hekim hizmetleri, hastaneye yatış ücreti, tıbbi malzemeler gibi sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için yapılmaktadır.

Cepten yapılan ödemeler, her sağlık sisteminde var olmakla birlikte, sağlık hizmetleri ihtiyacının ne zaman, nerede ortaya çıkacağı ve ne kadar maliyeti olacağı bilinmemesi nedeniyle tek başına bir sağlık hizmeti finansman yöntemi olması uygun değildir. Bu kategorideki ödemeler, bireylerin herhangi bir mal ve hizmeti satın alması durumunda bir geri ödeme kurumu ya da devlet tarafından ödenmeyen ve ceplerinden doğrudan yaptıkları ödemelerdir (20).

Parası çok olanın dilediği zaman her türlü sağlık hizmetinden sınırsızca yararlanabileceği, parası az olanın ise en temel sağlık hizmetlerinden bile mahrum kalabileceği bu finansman modelinde kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması konusunda eşitlik söz konusu değildir (5).

2.5.2.2. Özel sigorta

Özel sigorta, kişilerin sağlıklı oldukları dönemlerde prim adı altında bir kenara ayırdıkları, sınırları ve miktarı önceden saptanmış olan paralar karşılığında ihtiyaç duydukları anda alabildikleri çeşitli sağlık hizmetlerini kapsar. Bu sigorta türü, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı çeşitli muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılar (21).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre (2004), özel sağlık sigortası beş farklı rol üstlenir: baskın/dominant (dominant), zorunlu (compulsory), ikame edici (substitutive), tamamlayıcı (complementary), ilave edici (supplementary). Örneğin, özel sağlık sigortası ABD'de tüm çalışan nüfus için (dominant) ve İsviçre'de tüm nüfus için zorunludur (zorunlu özel sigorta). Hollanda, Belçika ve Almanya'da kamu sağlık güvencesi programları tarafından sağlanan imkanlardan kısmen veya tamamen kapsam dışı bırakılan ve kamu sisteminden çıkma olanağı olan bireyler tarafından satın alınır (ikame özel sigorta).

Özel sağlık sigortasının uygulamadaki en önemli avantaj, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçerek, sınırlı olan kamu kaynaklarının düşük

gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için kullanılmasına olanak sağlamasıdır. Ayrıca özel sağlık sigortası bireylerin sağlık hizmetleri sonucu yapacakları cepten harcamaların finansal yükünü hafifleterek, finansal riske karşı da koruma sağlar (22; 23).

Özel sağlık sigortasının uygulamadaki dezavantaj, bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyabileceklerini düşündükleri hizmetlerin miktarına, yani risk altında olduklarını hissettikleri durumlara bağlı olarak sigortayı tercih etmeleri nedeniyle, genellikle sigortaların riske göre oranlanması ve hizmeti kullanma riski daha fazla olanlar için daha yüksek primler düzenlenmesidir. Sonuç olarak bu sigorta, özel sağlık sigortasına daha az ihtiyacı olanlar için daha kullanışlı hale gelmektedir. Özel sağlık sigortasının bir diğer dezavantajı primlerin toplumsal riske göre belirlendiği durumlarda görülmektedir. Daha sağlıklı bireyler, toplumsal riske göre belirlenmiş prim oranlarını yüksek bularak, bireysel riske göre belirlenmiş bir sigortayı tercih edebilir. Bu durumda geriye kalan daha az sağlıklı bireylerin sigorta primlerini ödemesi güçleşebilir. Bu nedenle tüm nüfusu kapsayan tek bir havuzlama sisteminin olmadığı durumlarda havuzlamayı düzenleyecek kuralların çok iyi belirlenmesi gerekir. Aksi halde piyasanın bölünmesi, piyasadaki kaymağın toplanması (cream skinning) ve bazı risk gruplarının izole edilmesi söz konusu olabilir (24). Özel sağlık sigortasına olan talep, kişi başına gelirin düşük ve sağlık sigortası primlerinin yüksek olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde sınırlıdır (21).

2.5.2.3. Sosyal Sigorta

Sosyal sigorta, çalışan kişilerin, ilerde hastalandıklarında ya da kaza geçirdiklerinde ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılamak için işverenlerin de katkılarıyla gelirlerinden ayırdıkları paralardan oluşan bir modeldir. Bu sigorta yönteminde şirketler, çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve devlet, sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödemeleri yoluyla katkıda bulunurlar. Şirketlerin ve çalışanların yaptıkları ödemeler genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarıyla ilişkilidir. Kendi hesabına çalışan bireylerin yaptıkları katkılar ise genellikle tahmin edilen gelir ya da sabit bir fiyat üzerinden belirlenir. Devlet ise ödeme gücü olmayan bireyler için katkı yapar

(25). Ayrıca, sağlık sigortası, sigortalı ile eği ve çocuklarının tedavi masraflarını da karşılamaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve diğer sigorta türlerinde de olduğu gibi kişiler yarın endişesinden uzak kalmaktadırlar (26).

Sosyal sigorta ile özel sigorta arasındaki en önemli fark risklerin havuzlanma şeklidir. Sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup bireyin sağlık durumu ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sigortada bireyin ödeyeceği prim sağlık riskleri ya da sağlık durumu ile ilişkilendirilir.

2.5.2.4. Devletin Vergi Gelirleri

Vergi yolu ile finansmanda, vatandaşlardan çeşitli şekillerde toplanan kaynaklar bir havuzda birikir ve daha sonra devletin uygun gördüğu çerçevede çeşitli sektörlere dağıtılır. Vergiye dayalı finansmanda vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili bireysel katkılarını ödedikleri vergiler yoluyla yaparlar ve hizmeti kullanma aşamasında sistem tarafından belirlenen katkı payları dışında bir ödemede bulunmazlar (20).

Devletin vergi gelirleri ile finansman, talep etsinler ya da etmesinler, tüm vatandaşların her türlü sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini sağlaması nedeniyle kapsayıcı ve eşitlikçi bir finansman modeli olduğu kabul edilmektedir (5).

2.6. Türkiye Sağlık Politikaları Tarihçesi

2.6.1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası, kısa bir süre bakanlık yapan Adnan Adıvar sayılmaz ise, Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam'ın bakanlığı sırasında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde önemli katkılar sağlanmış ve mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri atılmıştır. Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığının görev ve işlevlerini açık ve kesin bir şekilde ortaya koyan birçok yasa çıkarılmıştır. Bu yasalara göre koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane

açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiş, sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet”, yani “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüş ve ilçe düzeyinde tanı ve tedavi merkezleri kurulmuş; tam teşekküllü hastaneler açılmıştır (27).

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde önemli katkılar sağlamıştır. (27)

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

- 1- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması.
- 3- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması tıp fakültesi, mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- 4- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması

Refik Saydam’a göre yerel yönetimler (belediyeler) tedavi edici sağlık hizmetlerini sunarak ikinci basamak sağlık hizmetlerini vermeliydi. Bu doğrultuda ilk olarak numune hastaneleri kurulmuş, sıtma, tüberküloz ve frengi gibi hastalıklarla mücadele için özel kurumlar oluşturulmuştur (28).

Gene bu dönemde, Hıfzısıhha Okulu ve Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kurulmuş, çok sınırlı maddi olanaklara rağmen devlet, temel sağlık sorunlarının çözümü için büyük çaba sarf etmiş ve önemli başarılar elde etmiştir (29).

2.6.2. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1946 yılında “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” adı altında Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmış, kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kalmıştır (27). Ancak, 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olduğunda “Milli Sağlık Planı” adıyla ikinci bir program hayata geçirilmiştir. (30). Yerel idarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmış, uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNİCEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir (31). Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur. 1950-1960 yılları arasında koruyucu hizmetler geri planda kalmış, hastanecilik hizmetlerine önem verilmiştir. Dış borçlanmaya gidilerek büyük devlet hastaneleri yapılmıştır (32).

Konusu eleştirilse de bu dönemin çok partili demokrasinin yaşanmaya başladığı yıllar olduğu dikkate alındığında mevcut iktidarların halkın talepleri doğrultusunda davranmış olabileceği, bu talepler arasında da koruyucu hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlerin yer almış olabileceğini, iktidarlarında buna uygun davranmış olabileceğini normal karşılamak gerekir.

2.6.3. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlayan, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" hakkındaki kanun çıkarılmıştır. Bu Kanun’da, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiş, yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Bu Kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz – ya da kısmen ücretsiz – sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir.

Burada amaç, koruyucu sağlık ve evre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dhil olmak üzere sağlık hizmetlerinin altyapısının geliştirerek, herkesin kolayca erişmesini sağlamaktır. Ancak, bu tür bir genişlemenin gerektirdiği büyük miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır.

1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve “pro-natalist” (nüfusu artırıcı) politikadan “anti-natalist” (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kanunlaşamamıştır. 1974 yılında tekrar Meclis'e sunulan taslak grşlememiştir.

1978'de Sağlık Personelinin Tam Süre alışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane aması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve alışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir. (27)

2.6.4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası ile vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olabilmelerinin yanı sıra, devletin tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gereken bütün adımları atması öngörülmüştür. Devlet bazı kolaylıklar sağlayarak özel sağlık sektörünün de gelişmesini desteklemiştir (33). Böylece zel sektörün sağlık alanındaki ağırlığı hissedilmeye başlamıştır (34).

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu alışmaları, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık

hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmasını içerir (27). Bu dönemde Türkiye’de sağlık sistemiyle ilgili birçok yenilikler yapılmaya çalışılmış, bu konu uzun bir süre tartışılmış, ancak hayata geçirilememiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde bu eksiklikler artık rahatsız edici bir boyut kazanmıştır.

2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlamıştır.

2.6.5. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. 2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

Cumhuriyetimizin kuruluşundan günümüze kadar sağlıkta atılan bütün adımlar değerlendirilmiş, daha önce Bakanlık bünyesinde yürütülen proje çalışmaları gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıkılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedefleri şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, b) Etkili, kademeli sevk zinciri, c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi. (35)

24 Kasım 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirlediği illerde 5258 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' yürürlüğe girmiş, bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması hedeflenmiştir. (36).

Ayrıca 19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren 'Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun' ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflar hariç olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimlerinin, bu birimlere ait her türlü görev, hak ve yükümlülükleri, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, bu şekilde sağlık hizmetlerinin sunumunun tek elden idare edilmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır (37).

Bu dönemlerde gerçekleştirilen bir diğer önemli düzenleme ise Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olan sigortalıların sadece kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç temin edebilmeleri uygulamasının sona erdirilerek, sigortalıların tüm eczanelerden ilaç alabilmelerine imkânı sağlanmış olmasıdır (37).

1 Ekim 2008 tarihinde fiilen yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur mensubu olan kişiler Genel Sağlık Sigortası şemsiyesi altında sağlık güvencesine alınmış, yine yeşil kart sahibi vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde birçok yenilik ve düzenleme yapılmış, artık sağlık hizmetlerine erişimden çok, hasta memnuniyeti ve hasta güvenliği tartışılır olmuştur. İnsan hayatının maddi ve manevi yönü düşünölmeye odaklanılmıştır. Sağlık alanında

atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektöre, en yoksulumuzdan en zenginimize kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 2002-2012 yılları arasında Türkiye'deki sağlık sistemine ilişkin sağlık bakanlığının çeşitli yayınlarında yer alan istatistikleri ile OECD gibi kuruluşların yayınladıkları raporlardan, istatistiklerden yararlanılarak yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı bir çalışma olup, geriye dönük olarak kayıtlardan derlenen verilerin analizinden oluşmaktadır.

Türkiye ve benzer özellikler taşıyan OECD Ülkelerinden Meksika ile gelişmiş bir ülke olan İsveç'in, yıllara göre sağlık harcamaları ile temel sağlık göstergeleri karşılaştırılarak her ülkenin harcamaları ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Temel sağlık göstergeleri olarak, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, nüfusa düşen hasta yatağı sayısı, nüfusa düşen sağlık personeli sayısı, kişi başına düşen doktora başvuru sayısı dikkate alınmış; sağlık harcamaları ise GSYİH içerisindeki pay ve SGP ABD doları cinsinden miktar olarak ele alınmıştır. Tüm bu verilerin ışığında, Türkiye'de yıllara göre sağlık harcamalarının diğer ülkelere kıyasla nasıl bir değişim gösterdiği, değişim var ise bunun sağlık göstergeleri ile ne ölçüde bağlantılı olabileceği tartışılmıştır.

4. BULGULAR

İnsan hayatında sağlık ve sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden birçok ülke, halkının sağlığı için önemli miktarda ekonomik kaynak ayırmaktadır. Sağlık sektörü için kaynak ayrılması ne kadar önemli olsa da, önemli olan o kaynakların doğru şekilde kullanılmasıdır.

Son yıllarda tıp alanında ortaya çıkan teknolojik ve biyomedikal gelişmeler, insanların sağlık hakkında daha çok bilgi sahibi olması, erişebilirliğin kolaylaşması, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmaktadır. GSYİH'dan sağlığa

ayrılan payın artmasıyla sağlık sektöründe büyüme görölmektedir. Türkiye’de gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimi incelendiğinde Türkiye’nin sağlık harcamalarında da artış eğilimi görölmektedir. Türkiye’de kişi başına toplam Sağlık Harcaması 2002 yılında 442 SGP Dolar iken, 2012 yılında 984 SGP Dolara ulaşmıştır. Meksika 2002 yılında 570 SGP Dolar, 2012 yılında 1048 SGP Dolar harcama ile Türkiye ile benzer özellikler taşımaktadır. Her iki ülkede de yıllar içerisinde önemli artış olmasına rağmen, kişi başına düşen sağlık harcaması 2002 yılında 2116 SGP Dolar, 2012 yılında 3399 SGP Dolar olan OECD ülkelerinin çok altında kalmaktadırlar. Gelişmiş ülkeler arasında olan İsveç ise 2002 yılında 2702 SGP Dolara, 2012 yılında 4106 SGP Dolara sahip olup OECD ülkelerinin de üstündedir.

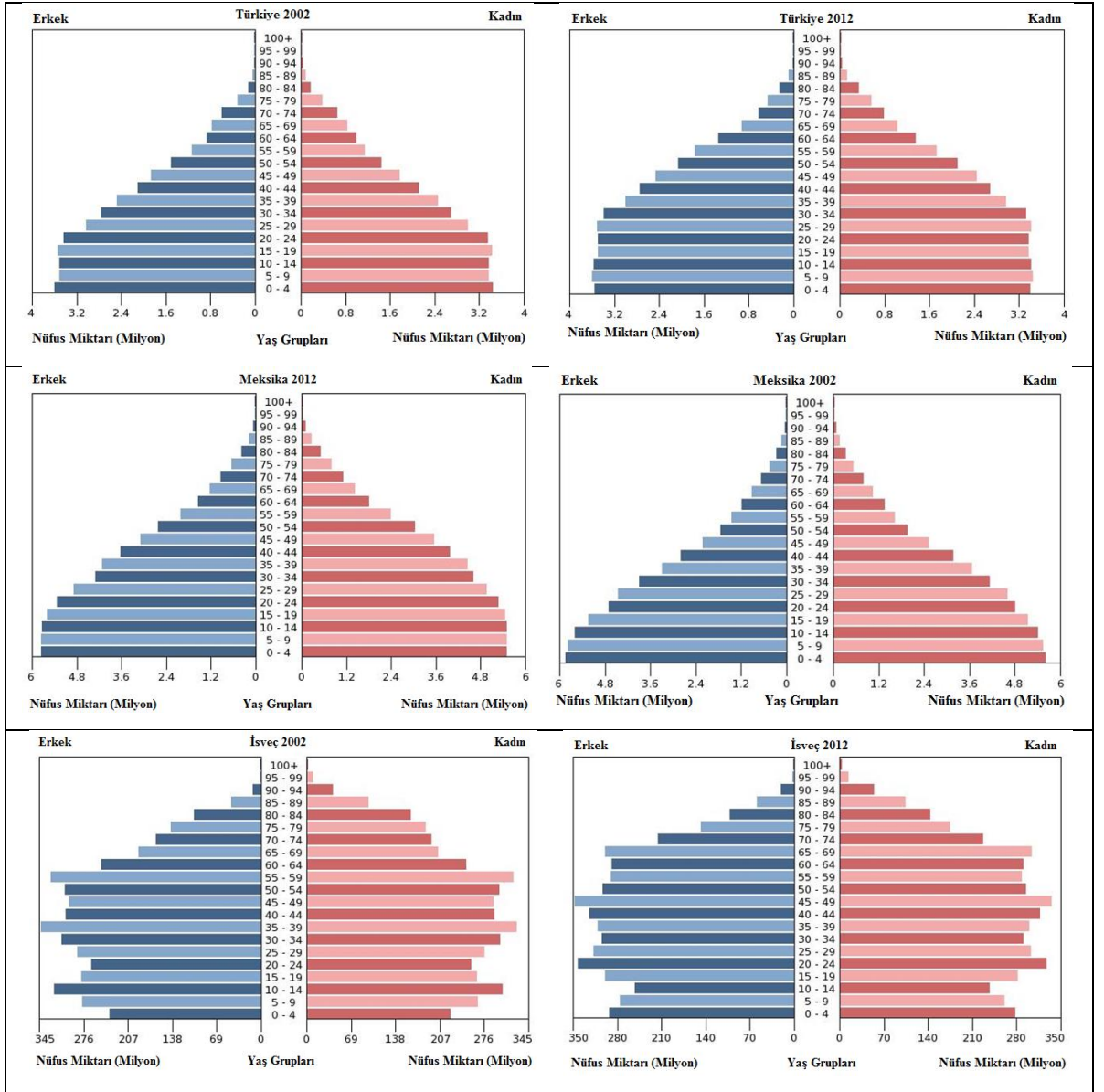
Bu çalışmada OECD kaynaklarından yararlanılarak ülkelerin sağlığa ayırdıkları pay SGP ABD Doları olarak ve bu payın dağılımı kamu, özel, cepten harcamalar olarak incelenmiş, 2002-2012 yılları arasındaki harcamalarda görölen değişikliklerin temel sağlık göstergeleriyle ilişkileri değerlendirilmiş ve aşağıdaki tablo ve grafiklerde özetlenmiştir.

4.1. Türkiye’de Ekonomik Gelişmeler ve Temel Sağlık Sektörü Parametreleri

4.1.1. Ülkelere Göre Nüfus Piramidleri, 2002, 2012

Türkiye ile birlikte incelen İsveç ve Meksika’nın 2002-2012 yıllarındaki nüfus yapısı grafik 1 de görüldüğü gibidir.

Şekil 1: Türkiye, Meksika, İsveç Nüfus Piramitleri (2002, 2012)



Kaynak:

<http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>

Şekil 1 de Türkiye, Meksika, İsveç ülkeleri için 2002-2012 yılları nüfus piramitleri sunulmuştur. Meksika ile Türkiye'nin 2002-2012 yıllarında benzer nüfus piramitlerine sahip olduğu, ancak, Türkiye nüfus piramidinin 2012 yılında fiçi şeklini almaya başladığı dikkati çekmektedir. İsveç ise tipik bir gelişmiş ülke görüntüsü vermektedir. Yani, nüfusunun dağılımı piramitten çok fiçiyeye benzemektedir. Diğer bir deyişle üretken yaş grubu çoğunluktadır. Doğurganlık yıllar içerisinde azalmış, doğumda yaşam beklentisi ise artmıştır. Türkiye, Meksika'dan daha gelişmiş, ama, İsveç'e kıyasla az gelişmiş ülke görünümündedir.

Türkiye'nin 2002 yılında doğum oranının ve genç nüfus oranının fazla, 65 yaş ve üzeri nüfusunun az olduğu dikkati çekmektedir. On yıl sonra yani 2012 yılında ise, 65 yaş üstü nüfus oranı artmış, doğum oranı azalmıştır.

Meksika'da doğum oranı yüksek, çocuk ölüm oranı düşüktür. Aynı zamanda grafiğin iç bükey olması erken çocuk ölümlerinin azaldığını göstermektedir.

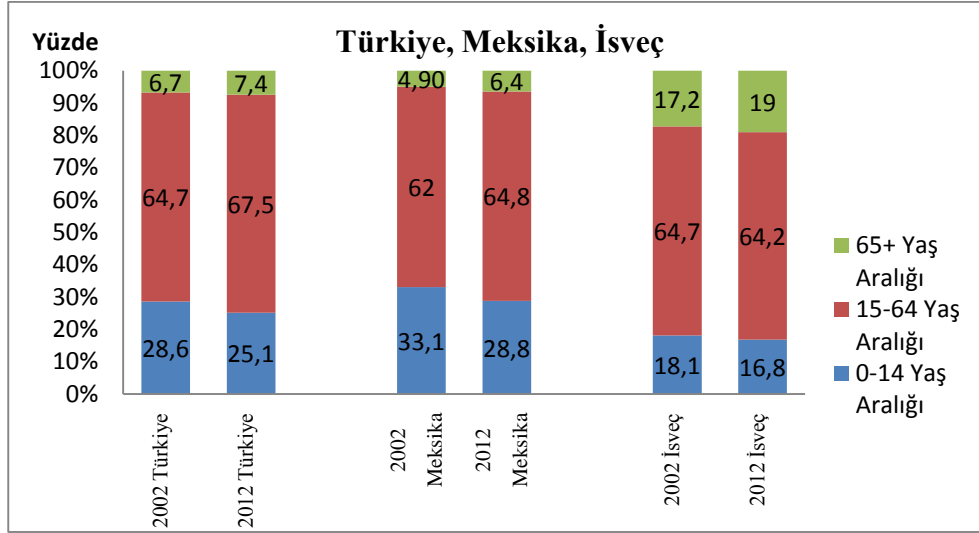
İsveç'in 2002 yılı nüfus piramidinde doğum hızının düşük, bebek ve çocuk ölüm hızlarının da düşük olduğu görülmektedir. Piramit tabanının dar olması doğum oranının düşük olduğunu, üst yaş gruplarına doğru daralmaması üretken nüfusun fazla olduğunu göstermektedir. İsveç nüfusu giderek azalmaktadır. İsveç, 2012 yılında görüldüğü gibi doğum oranı artmış, ancak yaşlı oranı da artmıştır.

4.1.2 0-14 Yaş Nüfus, 15-64 Yaş Arası Nüfus ve 65 Yaş Üzeri Nüfus, 2002-2012

Demografik açıdan ülke nüfusları incelenirken ele alınan ilk ve önemli konulardan birisi nüfusun bağımlılık oranıdır. Demografik olarak geriyatrik yaş grubunu oluşturan 65 yaş üzeri nüfusun, üretken yaş grubunu oluşturan 15-64 yaş grubu nüfusa bölünmesi ile "yaşlı nüfus bağımlılık oranı" bulunur. Pediyatrik yaş grubunu oluşturan 0-14 yaş grubundaki nüfusun, üretken yaş grubundaki nüfusa bölünmesi ile de "genç nüfus bağımlılık oranı" bulunur. Her iki bağımlı nüfusun toplamının üretken nüfusa bölünmesiyle de ülke nüfusu içerisindeki "toplam bağımlı nüfus

oranı" bulunmuş olur. İncelediğimiz 3 ülkenin bağımlı nüfus oranı Şekil 2 de görüldüğü gibidir.

Şekil 2: İsveç, Meksika, Türkiye için 0-14 Yaş Nüfus, 15-64 yaş arası Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus, 2002-2012



Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Şekil 2 de Türkiye Meksika ve İsveç 2002-2012 yılları için 0-14 Yaş Nüfus, 15-64 yaş arası Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus sunulmuştur. 2002 yılında, İsveç, Meksika, Türkiye için 65 yaş üstü nüfusu kıyasladığımızda 65 yaş üstü nüfusun İsveç'te daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak, İsveç bu ülkeler arasında 0-14 yaş arası nüfusunun en az olduğu ülkedir. Meksika'nın 0-14 yaş nüfus oranı oldukça yüksektir. Türkiye'de 2002 yılında, 0-14 yaş nüfus 65 yaş üstü nüfusun yaklaşık 4.2 katı bulunurken, bu oran 2012 yılında yaklaşık 3.4 katı olmuştur.

2012 yılında, 65 yaş üstü nüfusun Türkiye, Meksika ve İsveç'te artmış olduğu görülmektedir. Artış oranı İsveç'te en yüksek oranda gerçekleşmiştir.

Bağımlı nüfus, adından da anlaşılacağı gibi ekonomik anlamda başka kişilere bağımlı olan, üretmeyen ancak tüketen nüfus anlamına gelmektedir. Toplam nüfus içerisinde bu nüfusun üretken nüfusa oranının yüksek olması ya da artıyor olması daha az insanın üretmesi bunun karşılığında daha çok insanın tüketmesi anlamına

gelmektedir. Sağlık ekonomisi açısından düşünüldüğünde bağımlı nüfusun, özellikle yaşlı bağımlı nüfusun artıyor olmasının anlamı daha çok sağlık bakımı, daha çok ilaç tüketimi, daha çok tıbbi teknoloji kullanımı, daha çok sağlık personeli istihdamı demektir. Öte yandan yaşlı bağımlı nüfusun artışı doğumda yaşam beklentisinin artıyor olmasının doğal bir sonucu olduğundan, mevcut sağlık sisteminin başarısının da bir göstergesidir. Başka bir deyişle toplumların sağlık sistemleri geliştikçe doğumda yaşam beklentileri uzamakta, doğumda yaşam beklentisinin uzamasıyla yaşlı bağımlı nüfus artmakta, bu nüfusun ihtiyacı olan sağlık harcamalarının fazlalığı nedeniyle de sağlığa ayrılması gereken kaynaklarda artış olmaktadır. Bu dinamiğe bakılarak toplumların sağlık düzeyinin yükselmesiyle birlikte sağlık için harcamaları gereken kaynakların kaçınılmaz olarak artacağı söylenebilir. Şekil 2 deki bulgular dikkate alındığında ülkemizdeki yaşlı bağımlı nüfusun henüz İsveç düzeyine gelmediği, ancak Meksika'ya kıyasla daha hızla arttığı anlaşılmaktadır.

4.1.3. Yıllara Göre toplam GSYİH ve Doğumda Yaşam Beklentisi

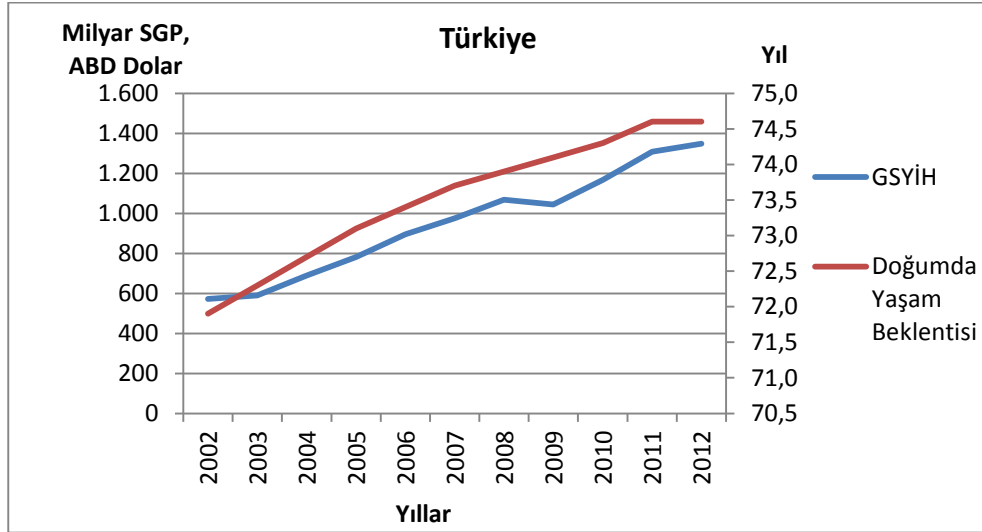
Türkiye, OECD sınıflamasında orta gelir düzeyine sahip ülkelerin arasındadır. Tablo 1'e göre; Türkiye 2002 ve 2012 yıllarında sırasıyla 572 ve 1348 Milyar ABD Dolar GSYİH'a, Meksika ise aynı dönemde 1067 ve 1963 Milyar ABD Dolar GSYİH'a sahip olup, nüfusları da dikkate alındığında gelir düzeyi benzer ülkeler konumundadır ve aynı yıllarda 1659-2699 Milyar ABD Dolar GSYİH a sahip olan OECD Ülkelerinin altında kalmaktadırlar. Üst gelir düzeyine sahip olan İsveç ise 2002-2012 yıllarında toplam 275 milyar ABD dolarından 418 GSYİH a ulaşmış olup kişi başına düşen miktar açısından OECD ortalamasının üzerinde bir gelir durumuna sahiptir.

Tablo 1: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları)

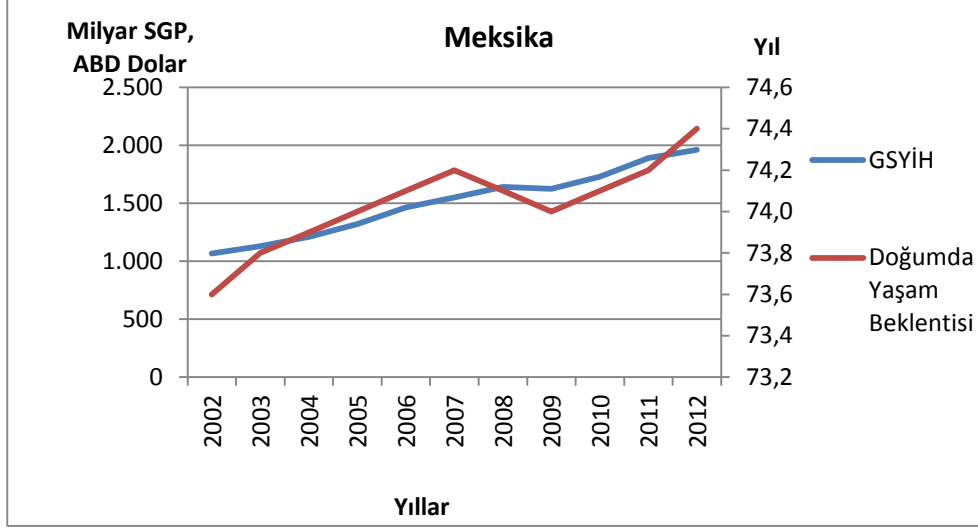
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	1067	1132	1212	1322	1464	1551	1641	1624	1730	1891	1963
İsveç	275	288	308	310	341	371	386	369	391	413	418
Türkiye	572	589	689	781	896	976	1068	1044	1168	1308	1348
OECD Ülkeleri	1 659	1726	1859	1984	2168	2325	2442	2433	2484	2618	2699

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

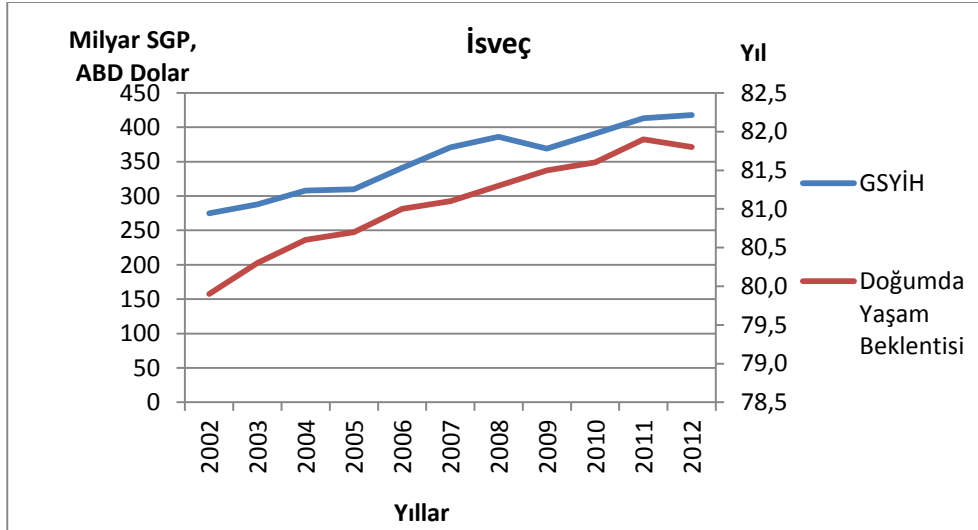
Şekil 3: Türkiye’de yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



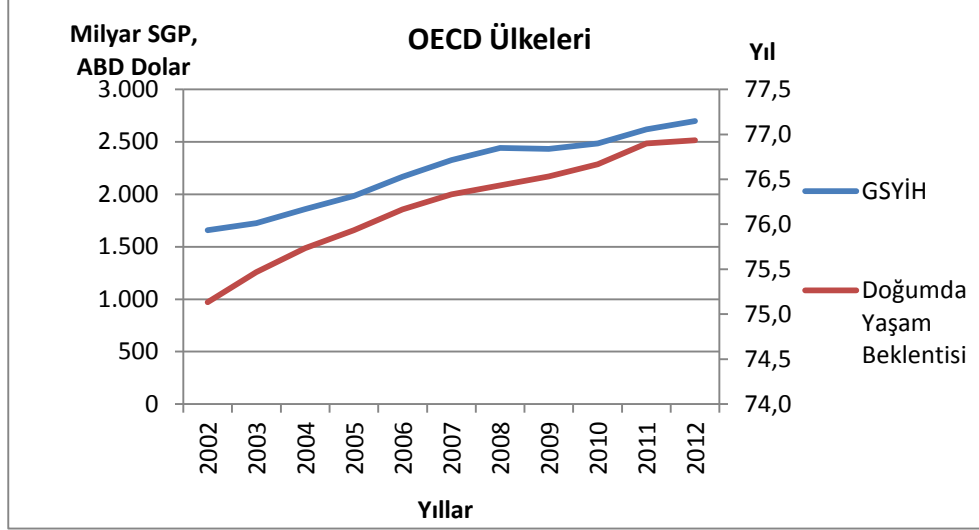
Şekil 4: Meksika’da yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 5: İsveç’te yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 6: OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH (Milyar SGP, Dolar) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 3, 4, 5, 6 da Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkelerinde, yıllara göre GSYİH ile Doğumda Yaşam Beklentisi ilişkisi sunulmuştur. GSYİH ve doğumda yaşam beklentisinin Türkiye, İsveç, Meksika ve OECD Ülkelerinde doğru orantılı olarak görülmektedir. GSYİH arttıkça doğumda yaşam beklentisi de artmıştır. 2009 yılında gerçekleşen ekonomik krizden ötürü GSYİH da tüm ülkelerde düşüş olmuştur. Türkiye’de GSYİH diğer ülkelere göre daha az olduğundan yaşam beklentisi doğrusu ile GSYİH doğrusu arasındaki fark iyice daralmaktadır.

4.1.4. Yıllara Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi

Tablo 2: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde için yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	570	635	683	733	777	822	879	928	950	965	1048
İsveç	2702	2834	2952	2963	3198	3427	3656	3738	3747	3964	4106
Türkiye	442	447	519	591	713	839	913	885	897	937	984
OECD Ülkeleri	2116	2217	2359	2497	2687	2822	3030	3177	3195	3290	3399

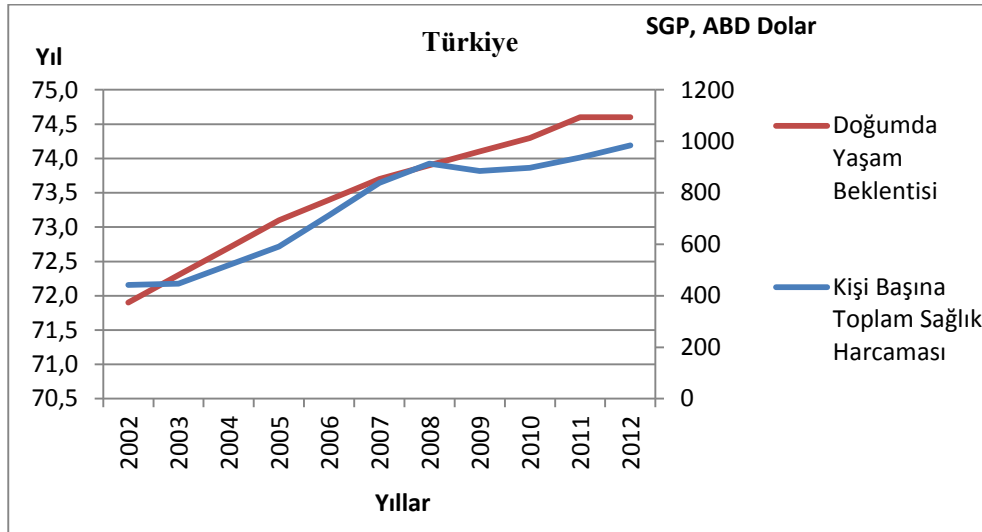
Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Tablo 3: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkeleri için yıllara göre Doğumda Yaşam Beklentisi

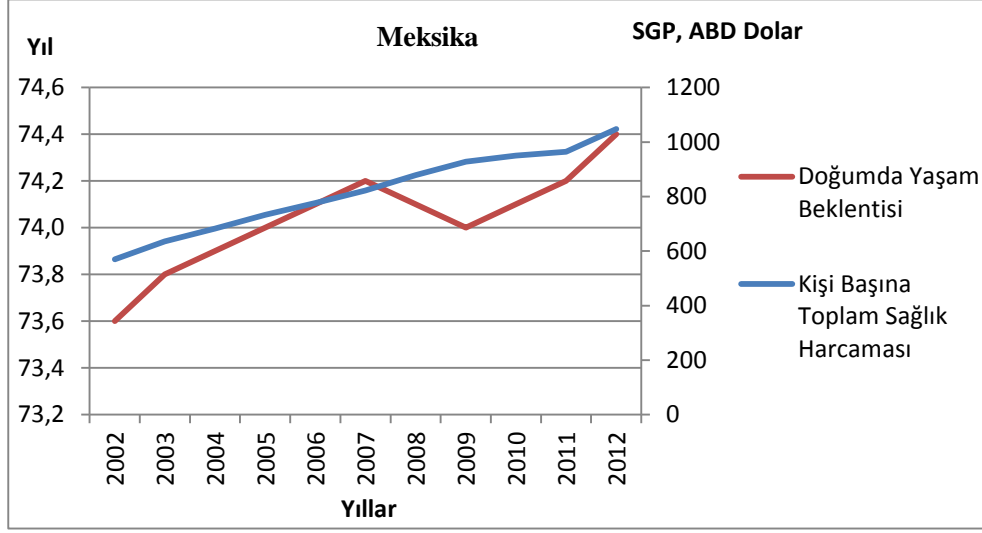
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	73.6	73.8	73.9	74.0	74.1	74.2	74.1	74.0	74.1	74.2	74.4
İsveç	79.9	80.3	80.6	80.7	81.0	81.1	81.3	81.5	81.6	81.9	81.8
Türkiye	71.9	72.3	72.7	73.1	73.4	73.7	73.9	74.1	74.3	74.6	74.6
OECD Ülkeleri	75.1	75.5	75.7	75.9	76.2	76.3	76.4	76.5	76.7	76.9	76.9

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

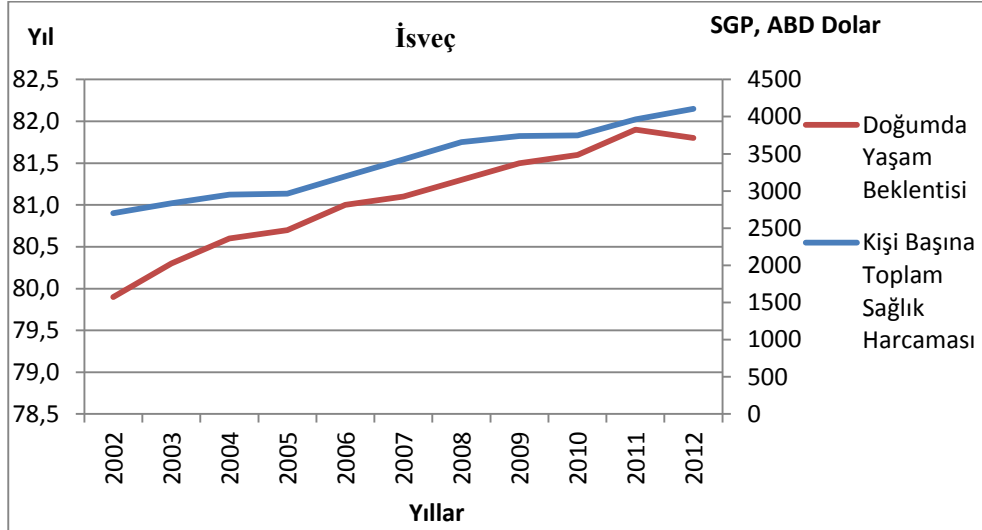
Şekil 7: Türkiye’de yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



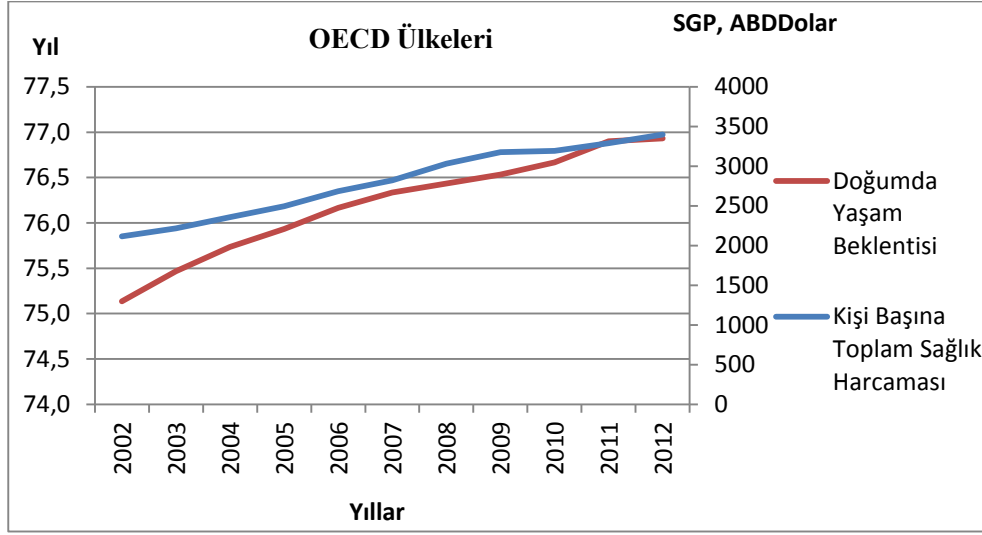
Şekil 8: Meksika’da yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 9: İsveç’te yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 10: OECD Ülkelerinde yıllara göre kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 7, 8, 9, 10 da Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD ülkeleri için SGP, ABD dolar cinsinden kişi başına düşen toplam Sağlık Harcaması ile Doğumda Yaşam Beklentisinin ilişkisi sunulmuştur. Şekillerde de görüldüğü gibi doğumda yaşam beklentisi ile kişi başına düşen sağlık harcaması arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum "sağlığa ayrılan payın artışı ile doğumda yaşam beklentisi de artmaktadır" şeklinde ifade edilen klasik Preston eğrisini doğrular niteliktedir. Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcaması İsveç'ten ve OECD Ülkelerinden çok daha az hatta Meksika'dan da az olmasına rağmen doğumda yaşam beklentisinin sağlık harcamalarındaki artışın üzerinde bir hızla arttığı ve son yıllarda Meksika'yı geçtiği dikkati çekmektedir.

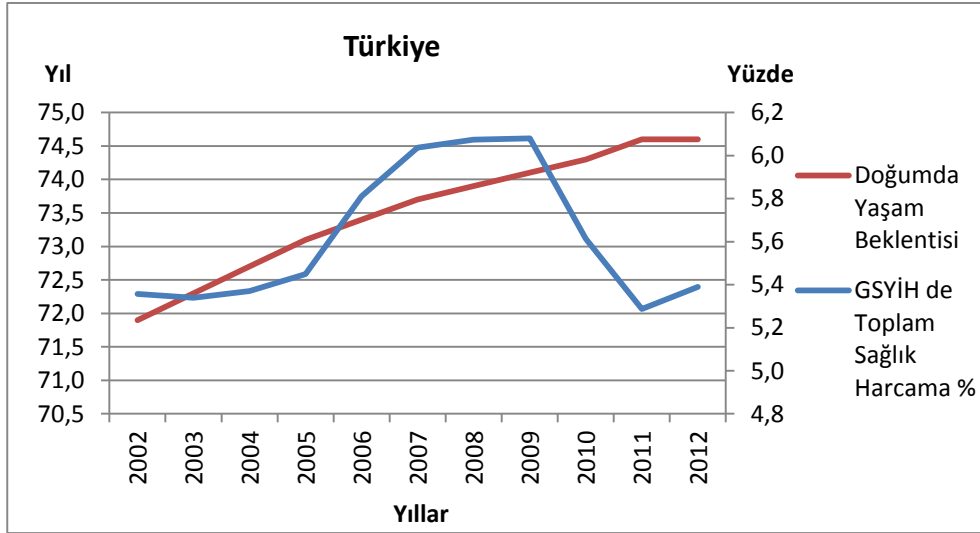
4.1.5. Yıllara Göre Gayri Safi Yurt İçi Hasılda Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi

Tablo 4: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%)

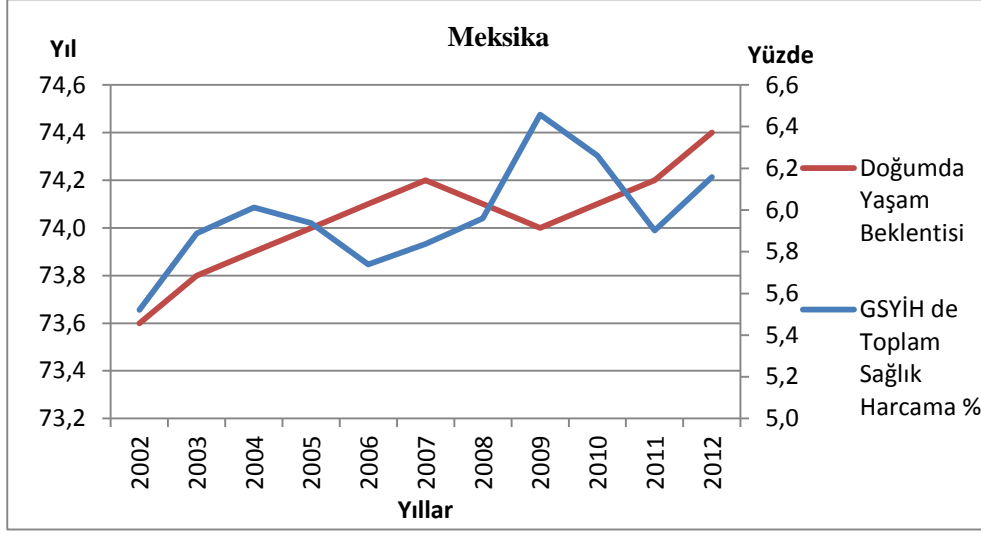
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	5.5	5.9	6.0	5.9	5.7	5.8	6.0	6.5	6.3	5.9	6.2
İsveç	9.2	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.5	9.5	9.6
Türkiye	5.4	5.3	5.4	5.4	5.8	6.0	6.1	6.1	5.6	5.3	5.4
OECD Ülkeleri	8.1	8.3	8.4	8.5	8.5	8.4	8.7	9.4	9.2	9.1	9.1

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

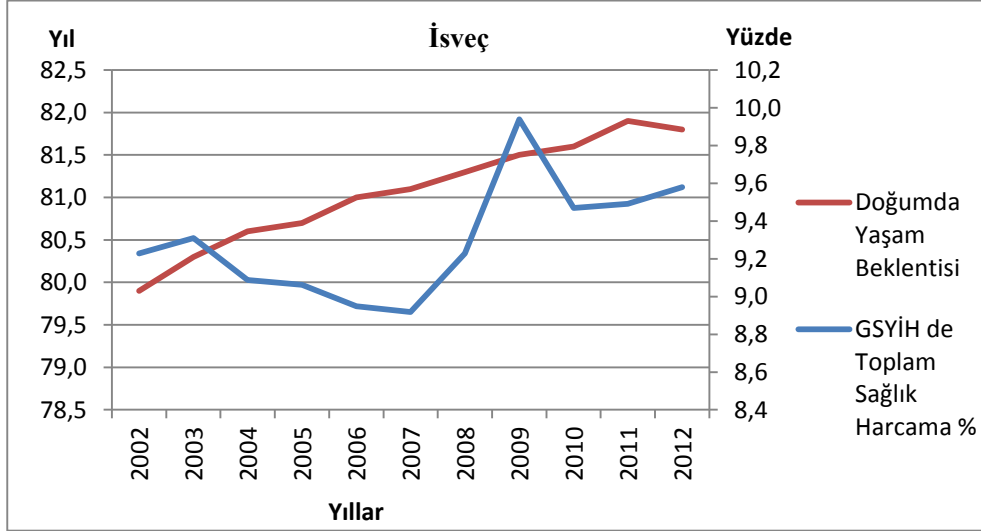
Şekil 11: Türkiye’de yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



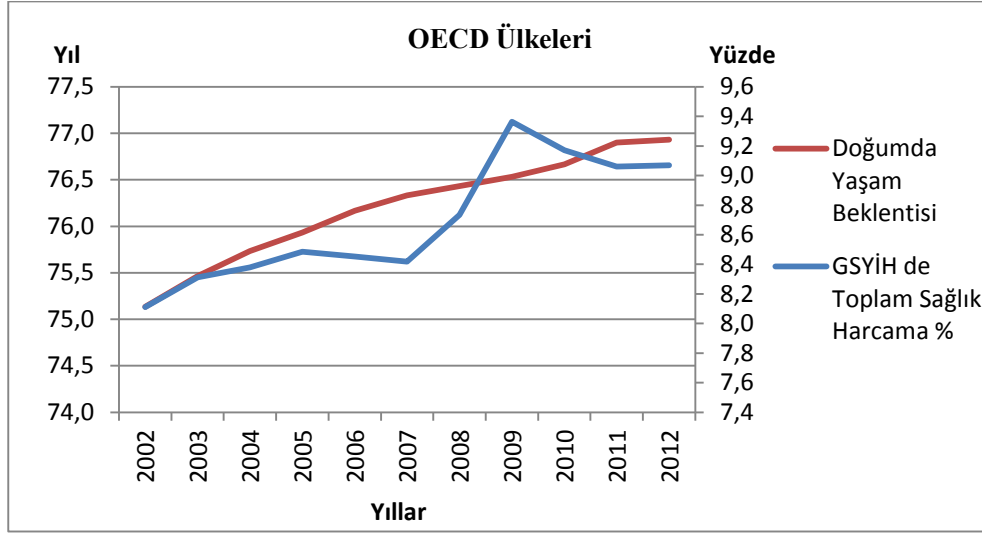
Şekil 12: Meksika’da yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdeleri (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 13: İsveç’te yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdeleri (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 14: OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ve Doğumda Yaşam Beklentisi



Şekil 11, 12, 13, 14 de Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkelerinde yıllara göre GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) ile Doğumda Yaşam Beklentisi ilişkisi sunulmuştur. Tablo ve Şekillerde görüldüğü gibi Türkiye Sağlık harcamasının GSYİH içerisindeki payı diğer ülkelerden düşük olup, özellikle son yıllarda azalma olduğu dikkati çekmektedir. Meksika, İsveç ve OECD Ülkeleri için GSYİH da Toplam Sağlık Harcama Yüzdesi (%) si arttıkça Doğumda Yaşam Beklentisinin de arttığı görülmektedir. Ancak Türkiyenin, bu ülkeler arasında en düşük orana sahip olduğu, 2009 yılına kadar belirgin şekilde artan sağlığa harcama yüzdesinin son yıllarda azalmaya başladığı dikkati çekmektedir.

4.1.6. Yıllara Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı Doğum Başına Bebek Ölüm Sayısı)

Tablo 5: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı Doğum Başına Bebek Ölüm Sayısı)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	19.1	18.3	17.6	16.9	16.3	15.7	15.1	14.6	14.1	13.7	13.3
İsveç	3.3	3.1	3.1	2.4	2.8	2.5	2.5	2.5	2.5	2.1	2.6
Türkiye	31.5	29.0	26.0	21.4	16.5	13.9	12.1	10.2	7.8	7.7	7.4
OECD Ülkeleri	6.1	5.9	5.7	5.3	4.9	4.7	4.5	4.3	4.2	4.1	3.7

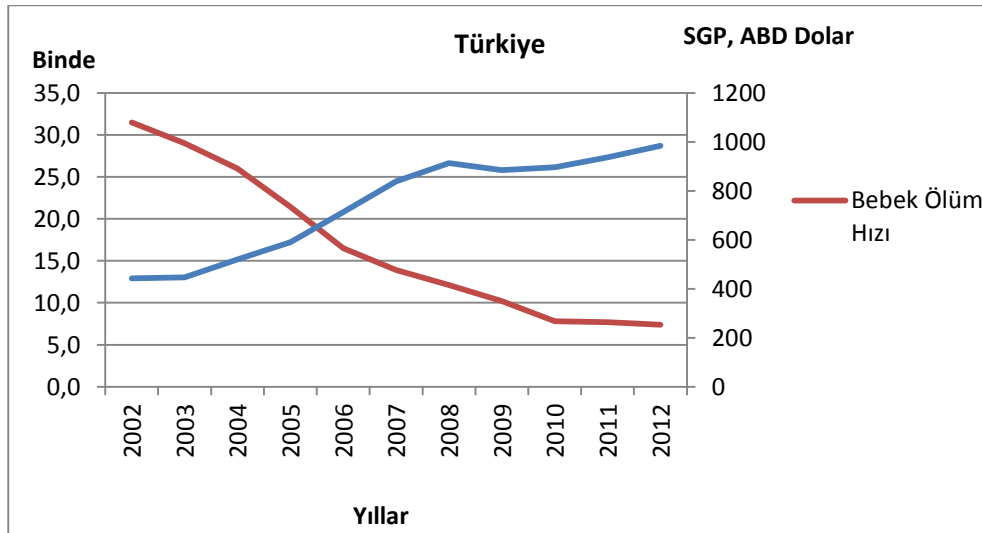
<http://stats.oecd.org/>

Bebek ölüm hızındaki yıllık azalma hızları: $(\ln(Rt/R0))/t$

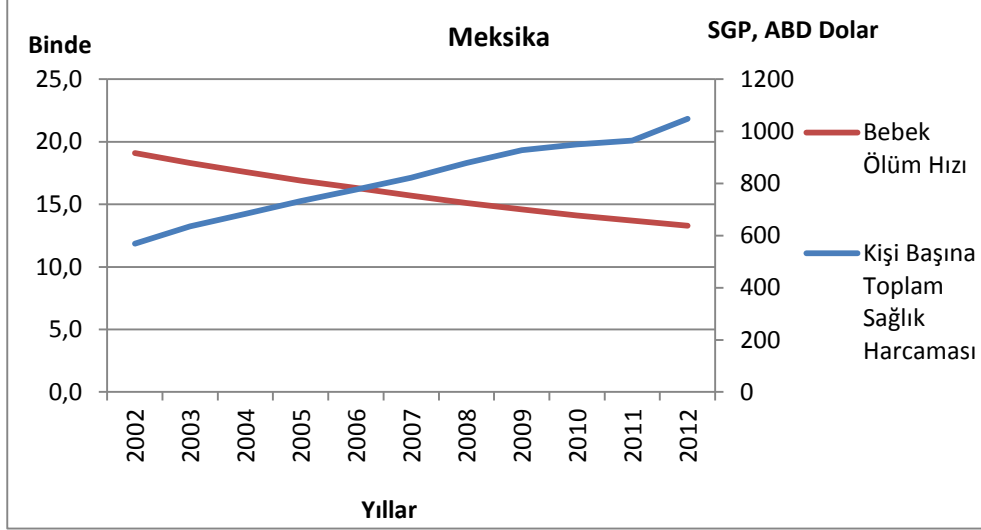
Türkiye=% -14.5, İsveç=% -2.4, Meksika=% -3.6 OECD=% -4.9

Bebek ölüm hızındaki yıllık azalma hızı Türkiye’de (-0.145) hem OECD ülkeleri ortalamasından hem de İsveç ve Meksika’dan daha hızlı olmuştur.

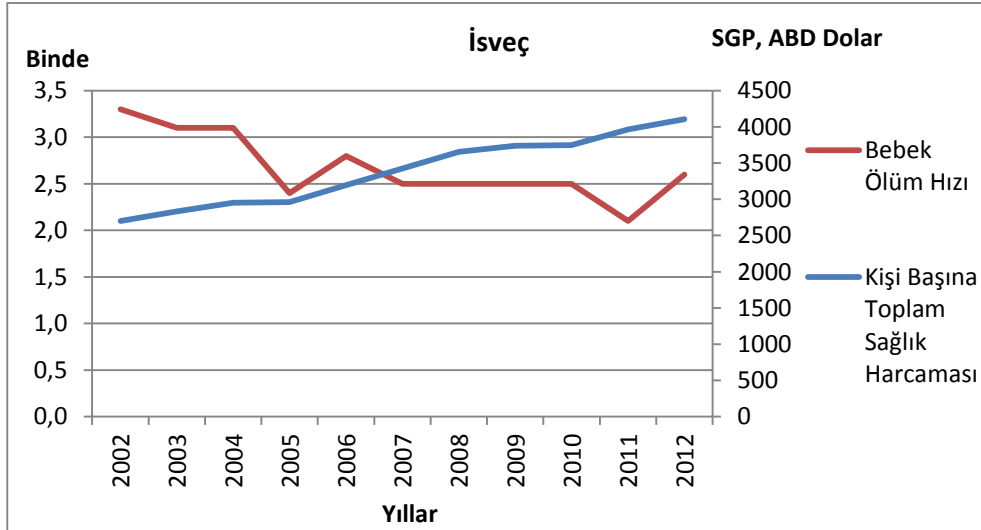
Şekil 15: Türkiye’de yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı)



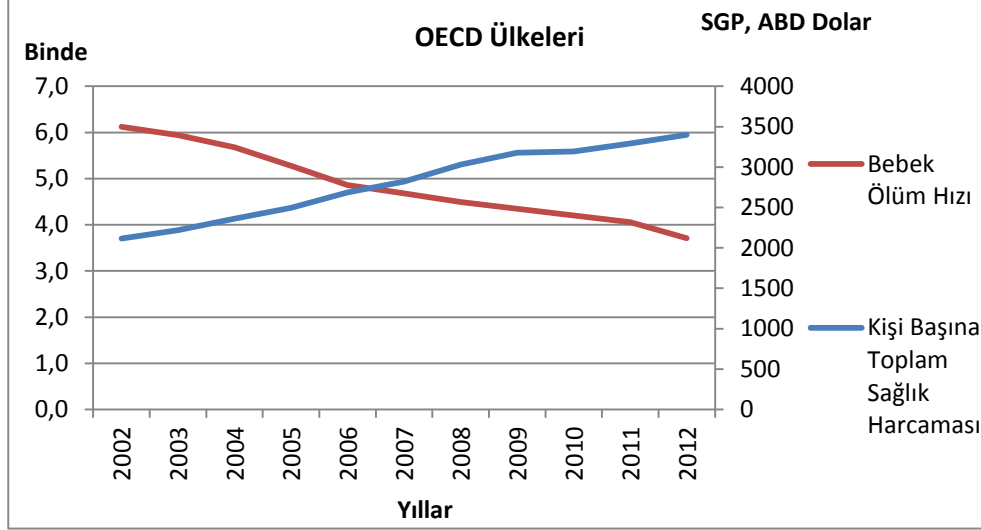
Şekil 16: Meksika’da yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı)



Şekil 17: İsveç’te yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı)



Şekil 18: OECD Ülkelerinde yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ve Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğum başına bebek ölüm sayısı)



Şekil 15, 16, 17, 18 de Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkelerinde yıllara göre kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ile Bebek Ölüm Hızı (1000 Doğum Başına Bebek Ölüm Sayısı) ilişkisi sunulmuştur. Sağlık harcamalarının artışıyla bebek ölüm hızının artışı arasında ters bir orantı vardır. Sağlık harcamalarının artışıyla bebek ölüm hızı azalmaktadır.

Bebeklik dönemi doğumun ilk 12 ayı olup, çevre koşullarından, sağlık sisteminin yeterliliğinden, toplumun her anlamındaki gelişmişlik düzeyinden en çok etkilenilen dönemdir. Genel bir kabul olarak bebeklerini yaşatamayan toplumların sağlık yönünden geri kalmış toplumlar olduğu ileri sürülebilmektedir. Şekillerde görüldüğü gibi İsveç'in bebek ölüm hızı 2002 yılında 3.5 in altında olup 2002-2012 yılları arasında binde 3 ile binde 2 arasında seyrettiği görülmektedir. Meksika'da 2002 yılında binde 19.1, Türkiye de 31.5 olan bebek ölüm hızı, 2012 yılında Meksika'da binde 13.3, Türkiye'de bin 7.4 e düşmüş olsa da hala İsveç'ten çok yüksektir. Bu durum ülkelerin gelişmişliği, sağlığa ayırdığı pay ile bebek ölüm hızı ile arasındaki ilişkiyi doğrular nitelikte bir bulgudur.

4.1.7. Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

Tablo 6: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Anne Ölüm Oranları

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	56.1	56.5	53.5	54	50.9	48.1	49.2	53.3	44.1	43	42.3
İsveç	4.2	2	2	5.9	4.7	1.9	5.5	5.4	2.6	0.9	3.5
Türkiye	64	61	50.2	39.3	28.5	21.2	19.4	18.4	16.4	15.5	15.4
OECD Ülkeleri	9.73	9.35	10.00	9.54	9.45	8.20	8.54	7.93	7.22	6.79	6.89

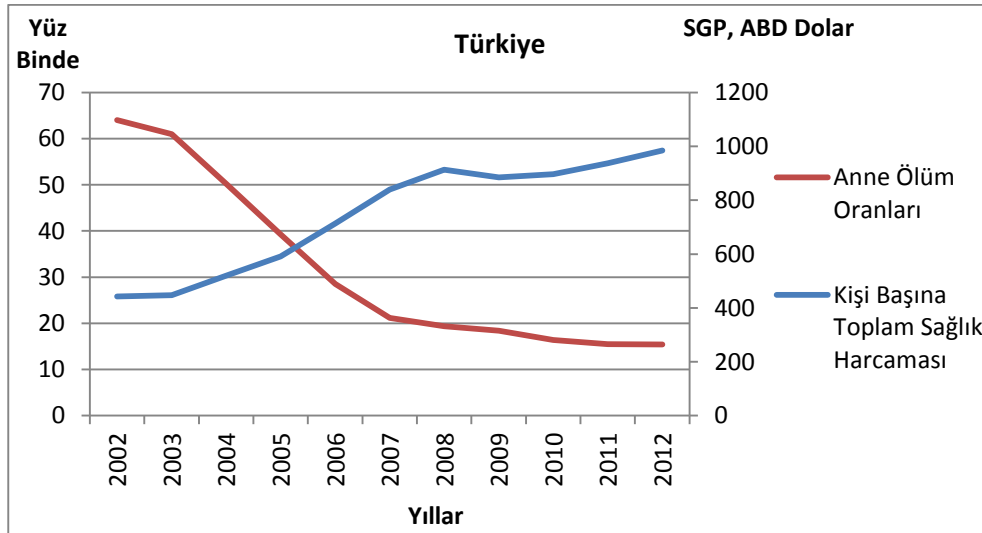
Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Anne ölüm oranlarındaki yıllık azalma hızı: $\ln(R_t/R_0)/t$

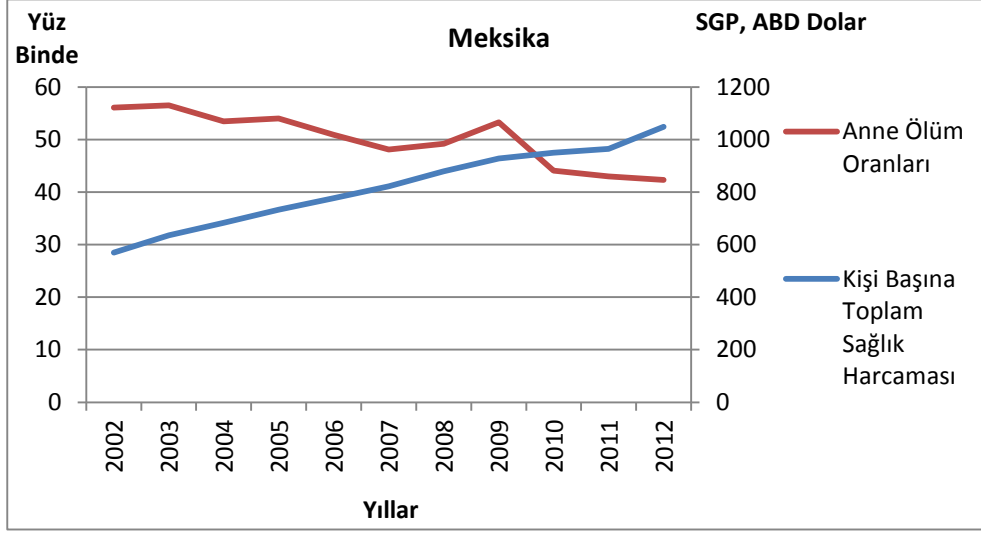
Türkiye=%-14.2 İsveç=%-1.8 Meksika=%-2.8 OECD=%-3.4

Anne ölümlerinin yıllık azalma hızı Türkiye’de -0.14 ile hem OECD ülkelerinin ortalamasından hem de Meksika ve İsveç’ten daha hızlı olmuştur.

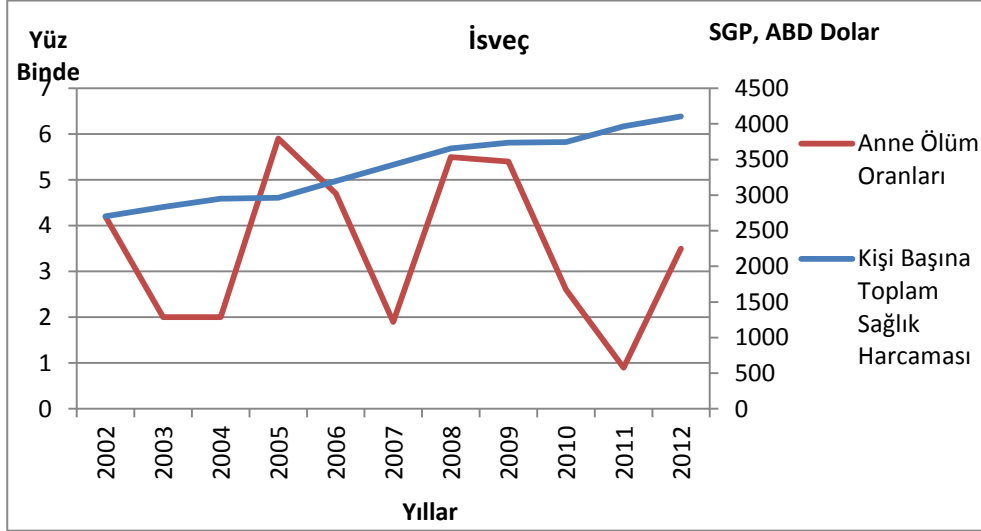
Şekil 19: Türkiye’de yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



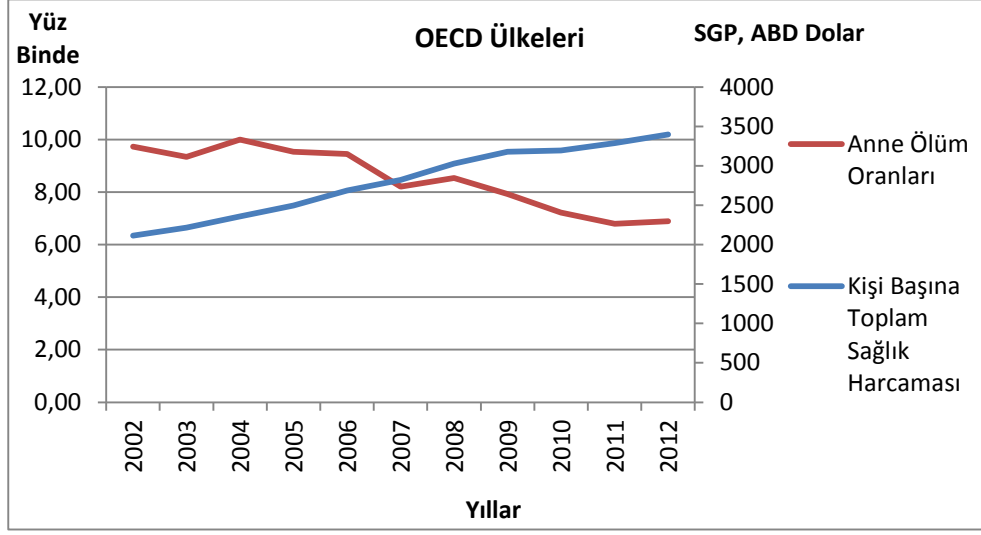
Şekil 20: Meksika’da yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 21: İsveç’te yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 22: OECD Ülkelerinde yıllara göre Anne Ölüm Oranları ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 19, 20, 21, 22’de ise Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkelerinin yıllara göre Anne Ölüm Oranları (yüz binde) ile kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Türkiye’nin anne ölüm oranı oldukça fazladır. Ancak, Türkiye yüksekte başlamış ama Meksika’dan daha hızlı düşmüştür. Anne ölüm oranı diğer ülkelere nazaran çok düşmüş olarak görülse de hala OECD ülkelerinin çok üstündedir. Türkiye’deki anne ölüm oranlarının düşmesi kişi başına sağlık harcamasının artması ile ilişkili görünmektedir.

Bir toplumun sağlık düzeyini gösteren en önemli 3 göstergenin bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, doğumda yaşam beklentisi olduğu dikkate alındığında bu sonuçların sağlık harcamalarının artışıyla ilişkili çıkmış olmasını normal karşılamak gerekir. Burada Türkiye, bebek ölüm hızını ve anne ölüm oranını düşürme hızının yüksekliğiyle ön plana çıkmaktadır.

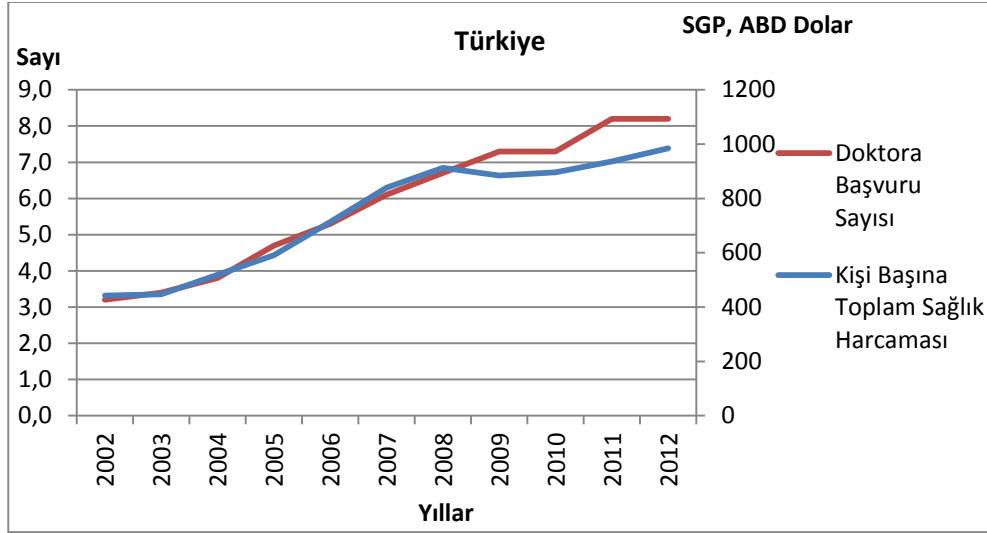
4.1.8. Yıllara Göre Yıllık Kişi Başına Düşen Doktora Başvuru Sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

Tablo 7: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı

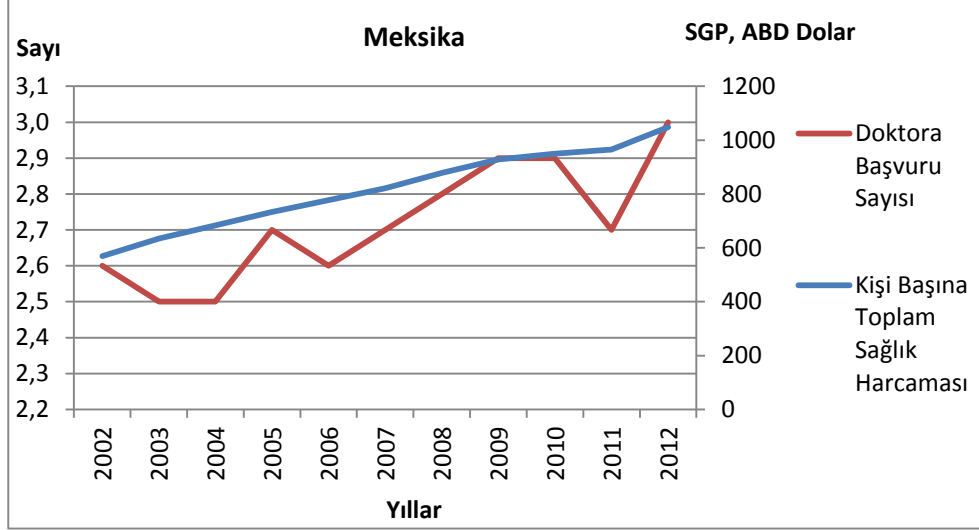
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	2.6	2.5	2.5	2.7	2.6	2.7	2.8	2.9	2.9	2.7	3.0
İsveç	-	-	-								
Türkiye	3.2	3.4	3.8	4.7	5.3	6.1	6.7	7.3	7.3	8.2	8.2
OECD Ülkeleri	6.8	6.7	6.7	7.1	6.6	6.3	7.4	7.3	7.3	7.9	7.3

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

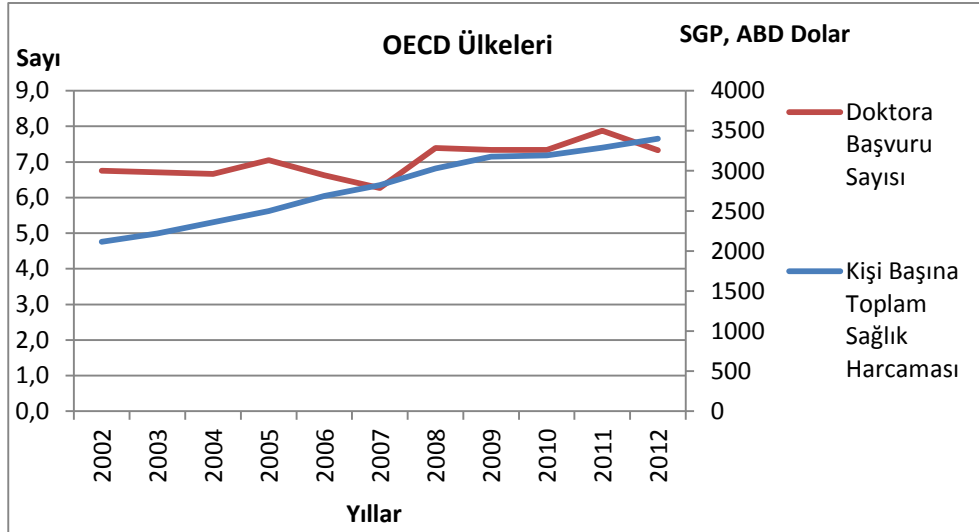
Şekil 23: Türkiye’de yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 24: Meksika’da yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



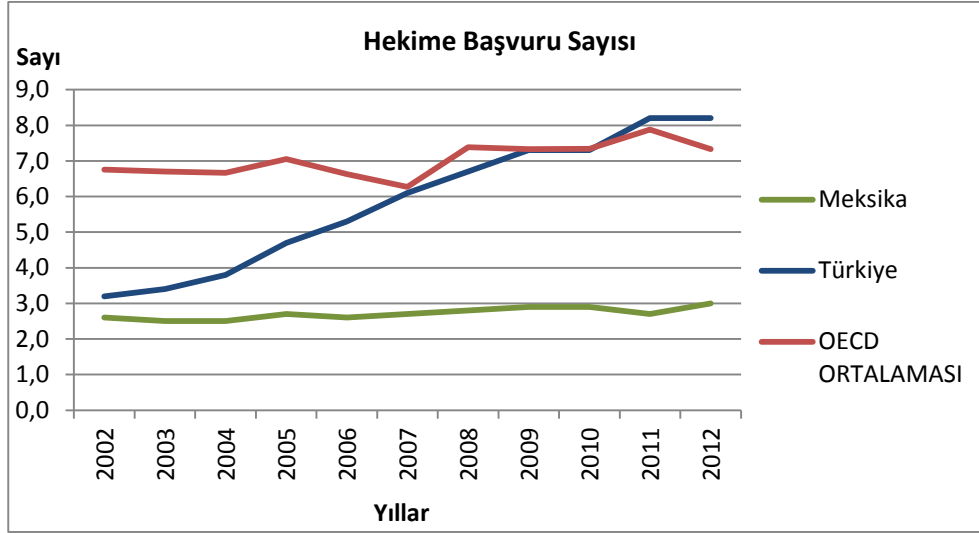
Şekil 25: OECD Ülkelerinde yıllara göre yıllık kişi başına düşen Doktora Başvuru Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 23, 24, 25 de Meksika, Türkiye ve OECD Ülkeleri yıllara göre yıllık kişi başına düşen doktora başvuru sayısı ile kişi başına toplam sağlık harcaması (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Türkiye ve OECD ülkeleri için kişi başına sağlık harcaması arttıkça kişi başına doktora başvuru sayısı da artmaktadır. Örneğin,

Türkiye’de özel sağlık kuruluşlarında SGK farkı ücretlerinin düşürülmesiyle insanların sağlık hizmetlerine olan talepleri artmıştır.

Şekil 26: Meksika, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre yıllık kişi başına düşen Hekime Başvuru Sayısı



Şekil 26 da Meksika, Türkiye, OECD Ülkeleri, yıllara göre yıllık kişi başına düşen doktora başvuru sayısı ilişkisi sunulmuştur. Kişi başına düşen doktora başvuru sayısı sağlık hizmetlerinin kullanımını değerlendirmek için önemli bir ölçüt olmakla birlikte "sunucu tarafından uyarılan talep" faktörü nedeniyle dikkatli yorumlanması gereken bir ölçüttür. Örneğin, sağlık hizmetlerine ve hekime erişimin kolaylaştırması sonucu kişi başına başvuru sayısı doğal olarak artacaktır. Ancak, eğer hekimlere yapılan ödemeler "hizmet başına ödeme" şeklinde ise ve hekimlerinin ücretlendirilmesi sırasında başvuru sayısı önemli bir performans göstergesi olarak kullanılıyorsa bu durumda da hekimler başvuruları arttırıcı yollara başvurabilecektir (ör: sık sık kontrole çağırma, tetkik isteme vb.). Türkiye'nin 2002 yılında OECD ülkeleri ortalamasının çok altında olan doktora başvuru sayısının 2012 yılında bu ortalamanın üzerine çıkmış olması bir yandan genel sağlık sigortası uygulamasının, sevk zincirinin kaldırılmış olmasının, özel sektör kuruluşlarından yararlanma imkanının sağlanmış olmasının sonucu olabileceği gibi, bir yandan da performans göstergeleri yada hizmet başına ödemeler nedeniyle sunucular tarafından uyarılmış talebe bağlı da olabilir. Türkiye’de doktora başvuru sayısı 2001 de 3.2 iken, 2012 de

8.2 e ulaşmıştır. OECD Ülkeleri de 6.8 den 7.3 e ulaşmıştır. Meksika için doktora başvuru sayısı oldukça düşüktür. Bu ülkelere göre 2012 yılında doktora en çok başvuru yapılan ülke Türkiye'dir.

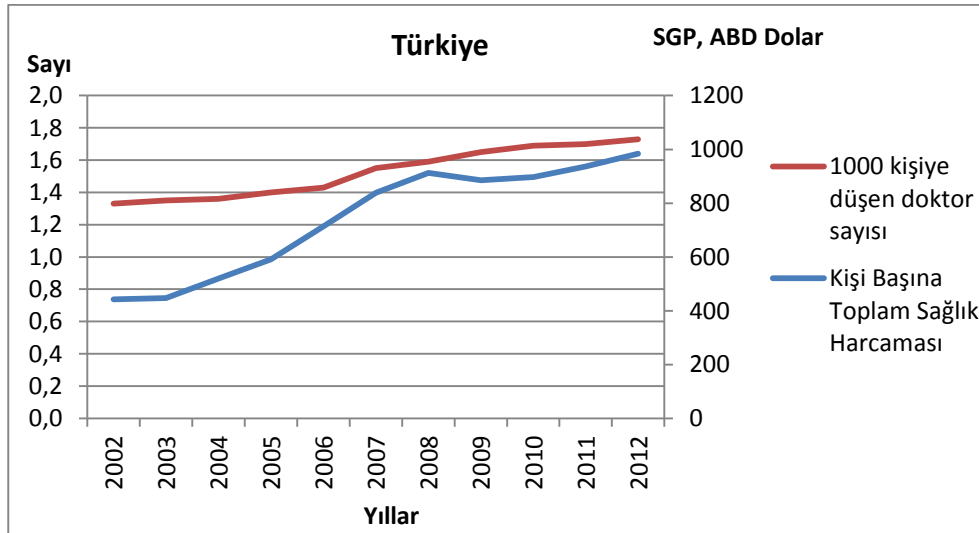
4.1.9. Yıllara Göre 1000 Nüfusa Düşen Doktor sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

Tablo 8: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı

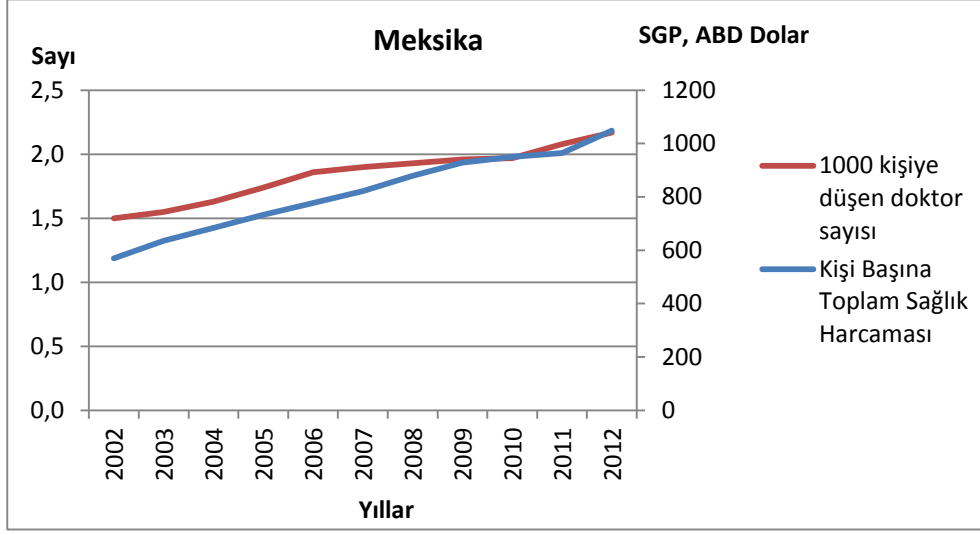
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	1.5	1.6	1.6	1.7	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.2
İsveç	3.3	3.4	3.4	3.5	3.6	3.7	3.7	3.8	3.9	3.9	3.9
Türkiye	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.6	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7
OECD Ülkeleri	2.8	2.9	2.9	2.9	3.0	3.0	3.1	3.2	3.1	3.2	3.1

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

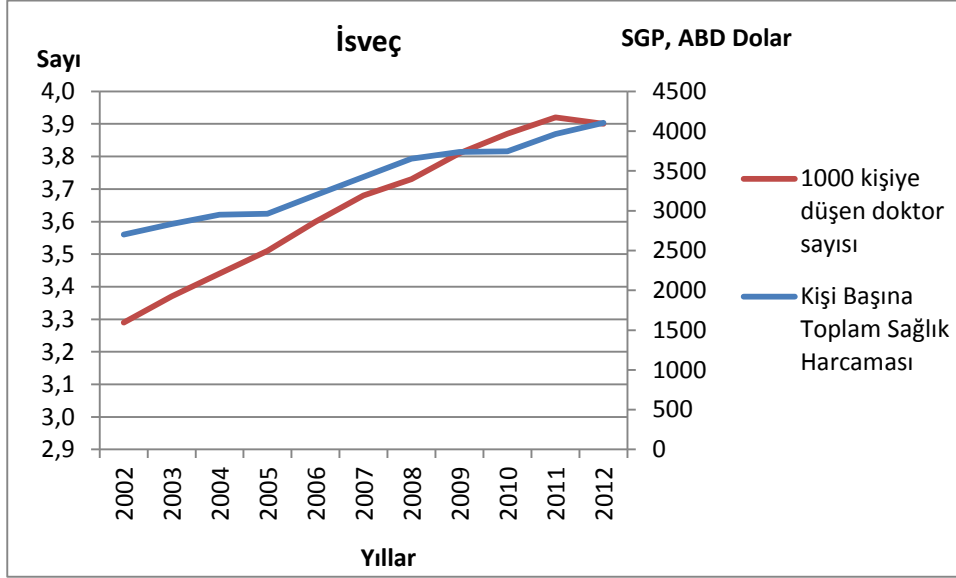
Şekil 27: Türkiye'de yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



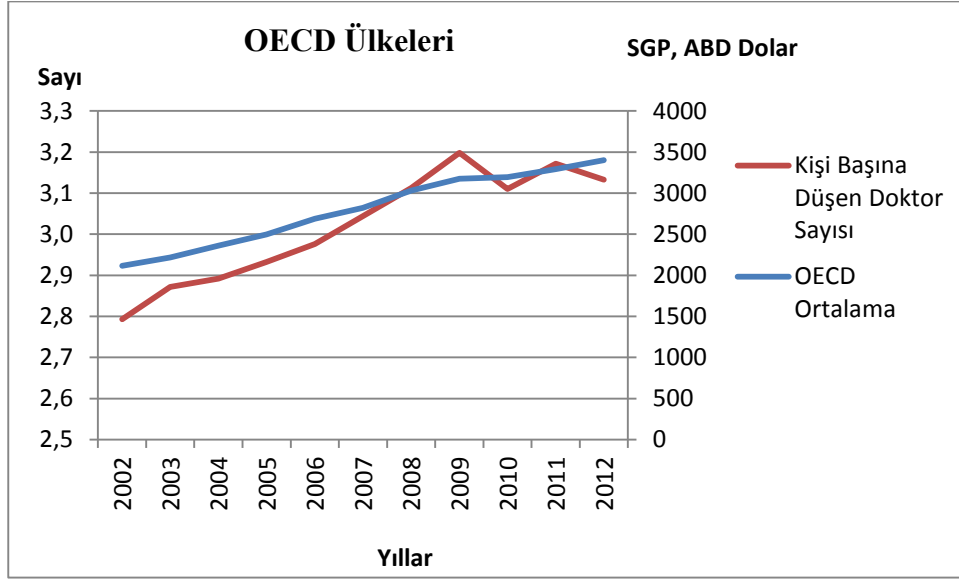
Şekil 28: Meksika’da yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 29: İsveç’te yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 30: OECD Ülkelerinde, yıllara göre 1000 nüfusa düşen Doktor sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 27, 28, 29, 30 da Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkelerinde, yıllara göre 1000 Nüfusa Düşen Doktor sayısı ile kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Şekillerde kişi başına düşen sağlık harcaması ile kişi başına düşen doktor sayısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Burada Türkiye'nin nüfusa düşen doktor sayısının diğer ülkelerden az olduğu, OECD Ülkelerinin yarısından biraz fazla olduğu dikkati çekmektedir. Türkiye'de doktora başvuru sayısının Meksika ve OECD Ülkelerini son yıllarda geçmiş olması da dikkate alındığında nüfusa düşen doktor sayısının azlığı ve doktora başvuru sayısının fazlalığı bu şekilde gitmesi halinde yakın bir gelecekte sorun oluşturacağı söylenebilir.

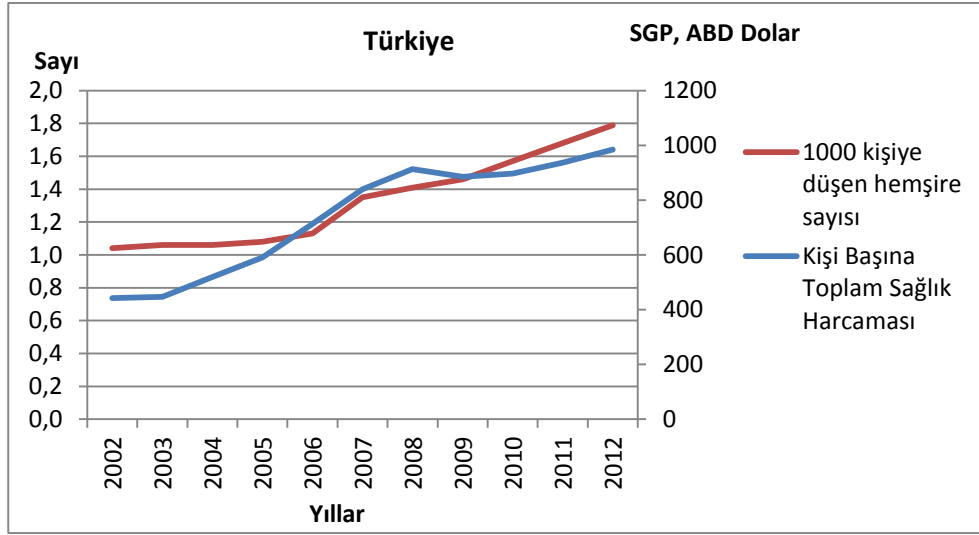
4.1.10. Yıllara Göre 1000 Nüfusa Düşen Hemşire Sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

Tablo 9: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı

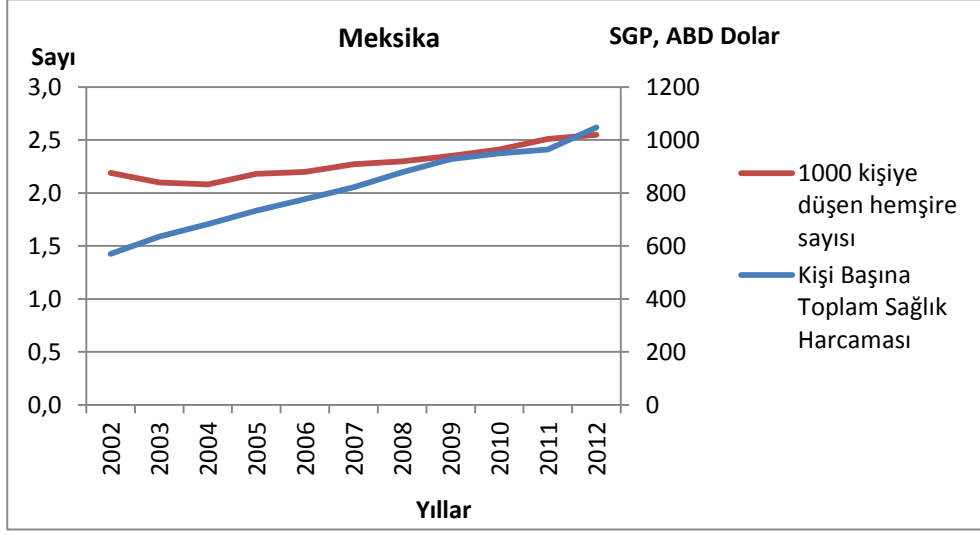
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	2.2	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4	2.4	2.5	2.6
İsveç	10.3	10.4	10.5	10.7	10.9	11.0	11.0	11.0	11.1	11.1	11.1
Türkiye	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.4	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8
OECD Ülkeleri	7.8	7.9	8.2	8.4	8.4	8.5	8.6	8.8	8.9	8.8	8.2

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

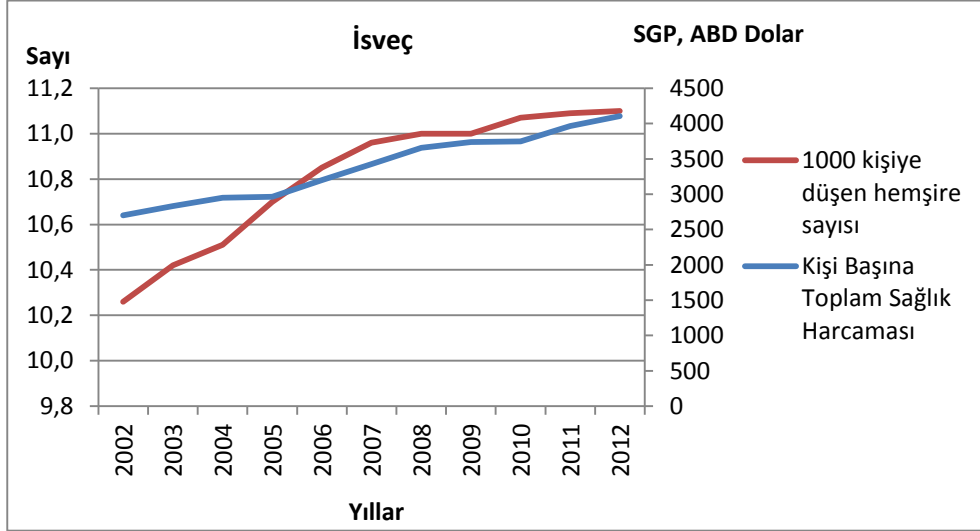
Şekil 31: Türkiye’de yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



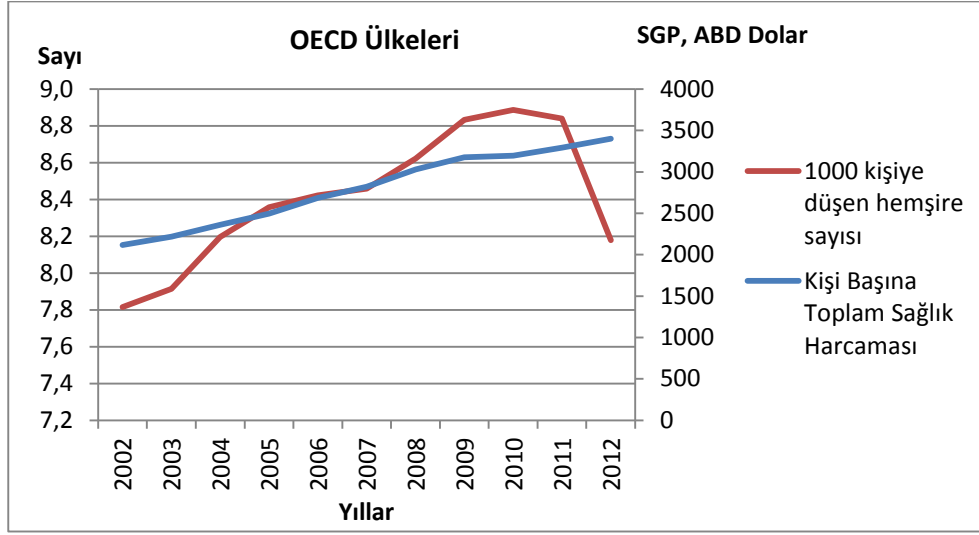
Şekil 32: Meksika’da yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 33: İsveç’te yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 34: OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 31, 32, 33, 34 de Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkelerinde yıllara göre 1000 nüfusa düşen Hemşire Sayısı ile kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Üç ülkede de kişi başına düşen sağlık harcamasıyla nüfus başına düşen hemşire sayısı doğru orantılıdır. OECD ülkelerinde ise 2012 yılında hemşire sayısının da ani bir düşüş görülmektedir. Bu durum muhtemelen OECD'ye yeni giren ülkelere kaynaklanmaktadır.

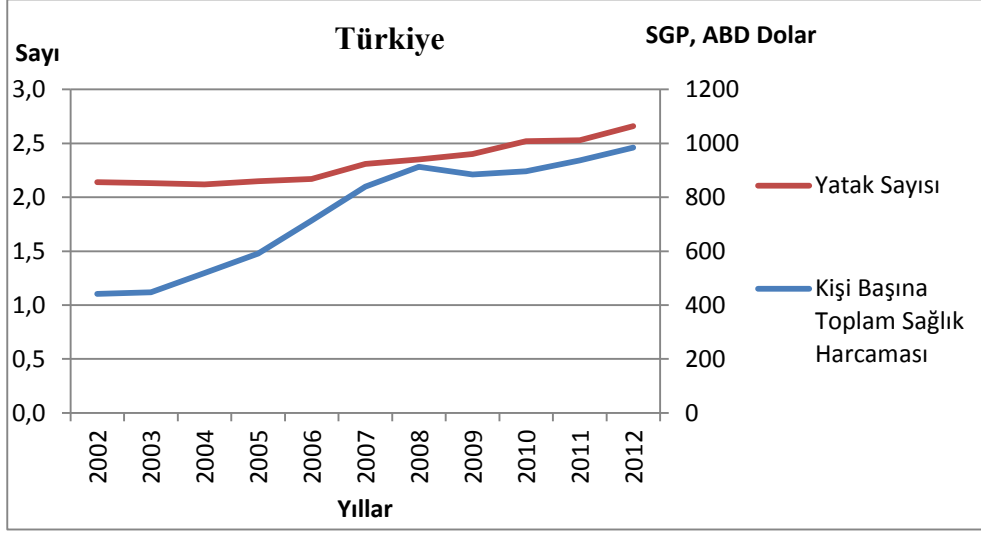
4.1.11. Yıllara Göre Hastanelerde 1000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

Tablo 10: Meksika'da, İsveç'te, Türkiye'de, OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı

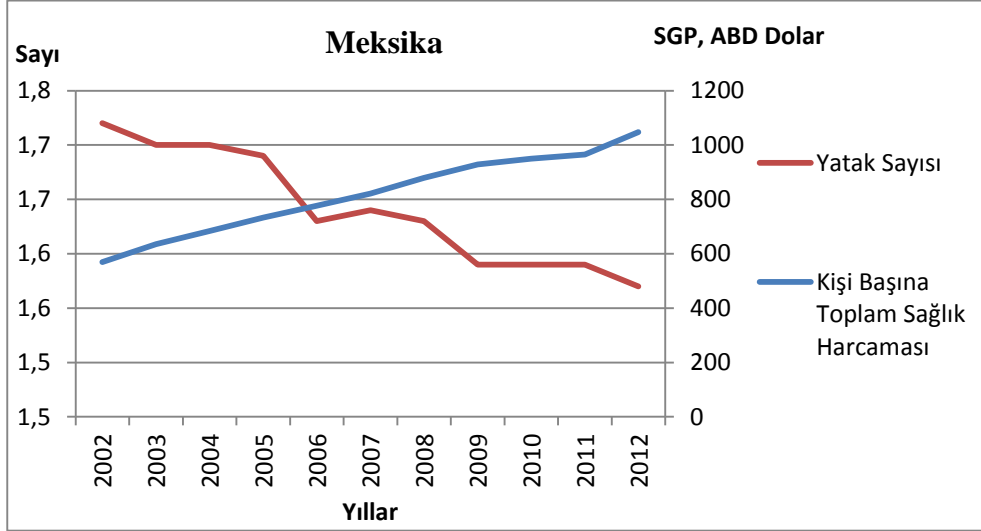
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
İsveç	3.1	3.1	3.0	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.7	2.6
Türkiye	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.4	2.4	2.5	2.5	2.7
OECD Ülkeleri	4.1	4.3	4.2	4.1	4.1	4.1	4.0	3.9	3.8	3.8	3.7

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

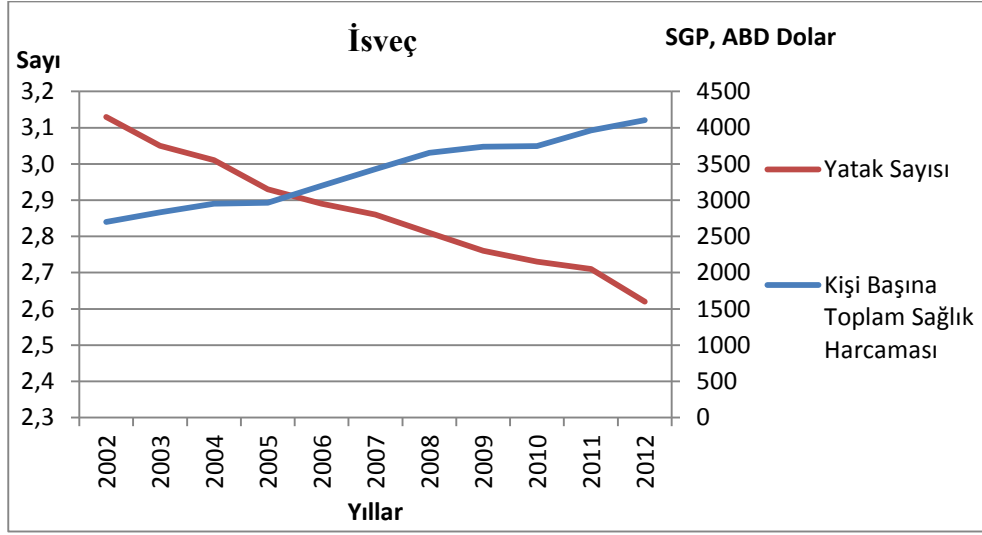
Şekil 35: Türkiye’de yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



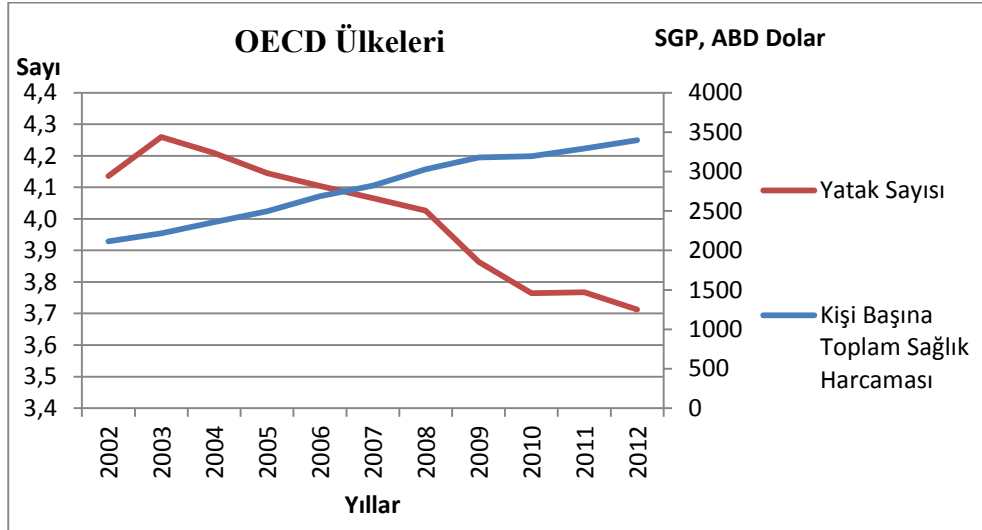
Şekil 36: Meksika’da yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 37: İsveç'te yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 38: OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanelerde 1000 nüfusa düşen Yatak Sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 35, 36, 37, 38 de Meksika'da, İsveç'te, Türkiye'de ve OECD Ülkelerinde, yıllara göre 1000 nüfusa düşen hasta yatak sayısı ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Meksika, İsveç, OECD Ülkelerinde son yıllarda kişi başına toplam sağlık harcaması arttıkça nüfus başına düşen hasta yatak sayısının azaldığı görülmektedir. Bu değişimin sebebi, tıp teknolojisi ve ilaç endüstrisindeki hızlı gelişmeler sonucunda eskiden yatırılarak

tedavi edilen pek çok sağlık sorununun artık evde tedavi edilebilmesi olabilir. Böylece gereksiz yatışların önüne geçilmektedir. Türkiye’de ise kişi başına toplam sağlık harcaması arttıkça hasta yatak sayısı da artmış olmakla birlikte hala OECD ülkeleri ortalamasının altında olduğu dikkati çekmektedir. Ülkemizde gözlenen bu yatak artışı, başlangıçta zaten az olan hasta yatağı sayısının son yıllardaki reformlar ile hem hastaların hastaneye erişimin kolaylaşmasına bağlı talebin zorlamasına, hem de hastane yatırımlarının teşvikine bağlı bir artış olarak değerlendirilebilir.

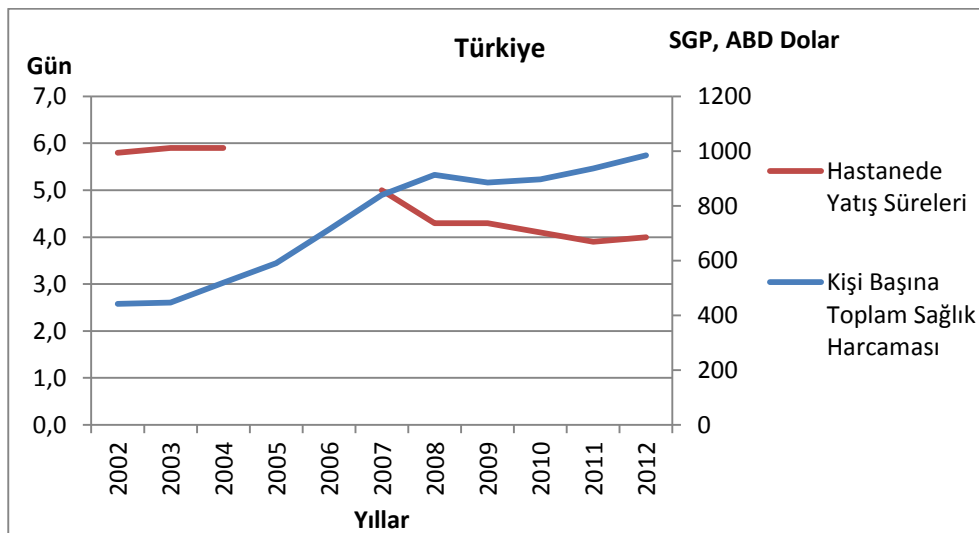
4.1.12. Yıllara Göre Hastanede Yatış Süreleri ve Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)

Tablo 11: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanede Yatış Süreleri (ort. gün)

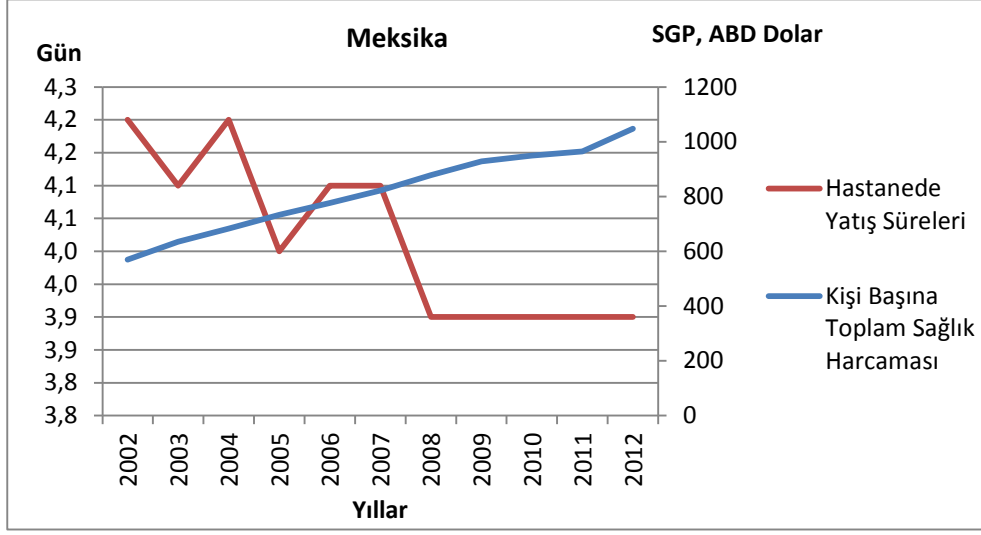
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	4.2	4.1	4.2	4.0	4.1	4.1	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9
İsveç	6.9	6.8	6.7	6.6	6.6	6.5	6.5	6.3	6.0		
Türkiye	5.8	5.9	5.9			5.0	4.3	4.3	4.1	3.9	4.0
OECD Ülkeleri	8.2	7.9	7.9	8.1	7.8	7.6	7.9	7.7	7.7	8.0	8.2

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

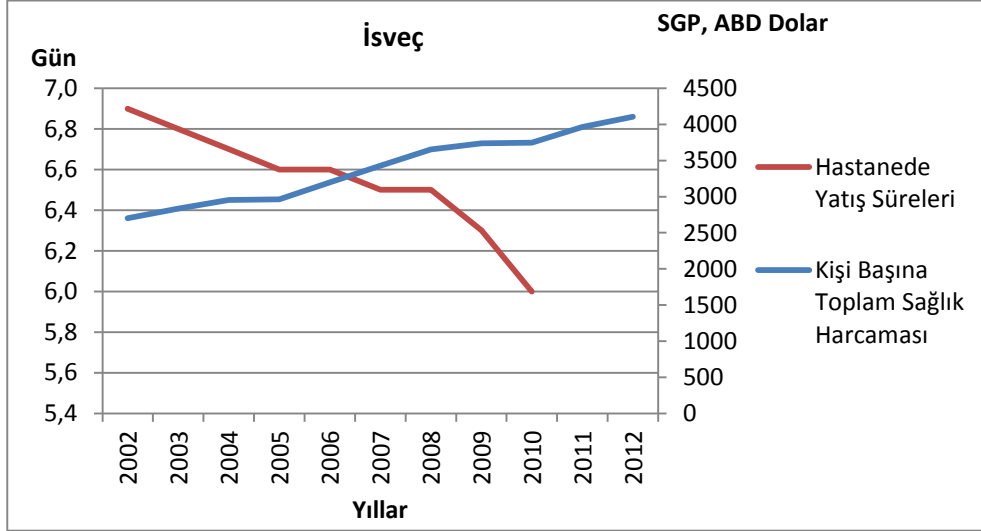
Şekil 39: Türkiye, yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



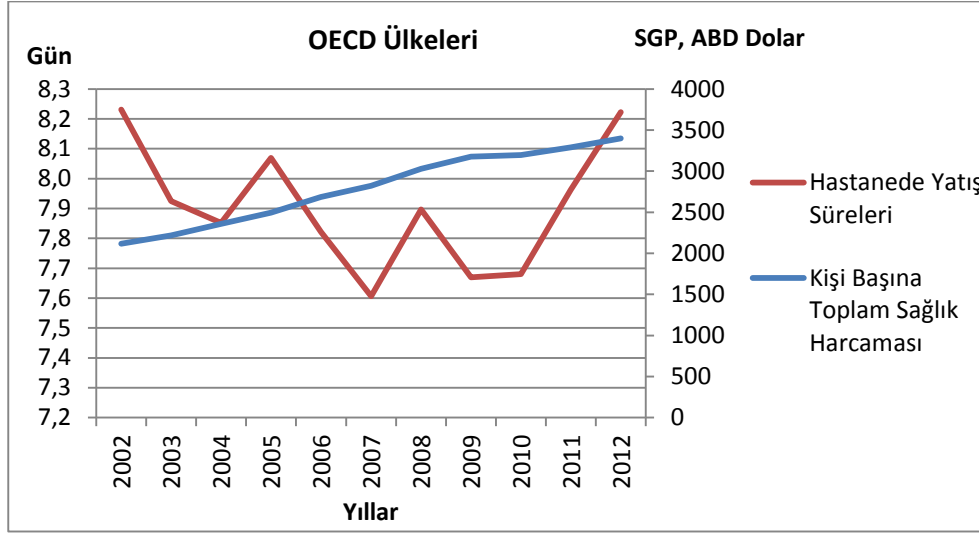
Şekil 40: Meksika’da yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 41: İsveç’te yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 42: OECD Ülkelerinde yıllara göre hastanede ortalama Yatış Süreleri ve kişi başına toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları)



Şekil 39, 40, 41, 42 de Meksika, İsveç, Türkiye ve OECD Ülkeleri, Yıllara Göre Hastanede Yatış Süreleri ile Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Sağlık harcamaları arttıkça hastanede yatış süreleri azalmaktadır. Çünkü sağlık adına yapılan yatırım ve harcamalar sonucunda, teknolojinin de gelişmesiyle hastane yatış süreleri kısalmaktadır.

4.1.13. Meksika, İsveç, Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı

Tablo 12: Meksika, İsveç, Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı (%)

	2002 Türkiye	2012 Türkiye	2002 Meksika	2012 Meksika	2002 İsveç	2012 İsveç
Kamu Sağlık Harcamaları	71	77	43	51	82	82
Özel Sağlık Harcamaları	9	8	3	4	2	2
Cepten Harcamalar	20	15	54	45	16	16

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Tablo 13: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Kamu Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	250	260	295	311	335	361	393	426	452	478	531
İsveç	2200	2324	2402	2405	2594	2788	2980	3046	3054	3237	3336
Türkiye	313	322	370	401	488	569	667	716	705	745	756
OECD Ülkeleri	1559	1628	1729	1830	1985	2080	2260	2391	2399	2469	2533

Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Tablo 14: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Özel Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları),

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	17	18	19	23	26	31	32	36	37	42	43
İsveç	63	59	69	64	72	74	78	79	80	87	92
Türkiye	41				72	103		45	46	47	77
OECD Ülkeleri	182	233	195	211	225	246	225	248	249	254	272

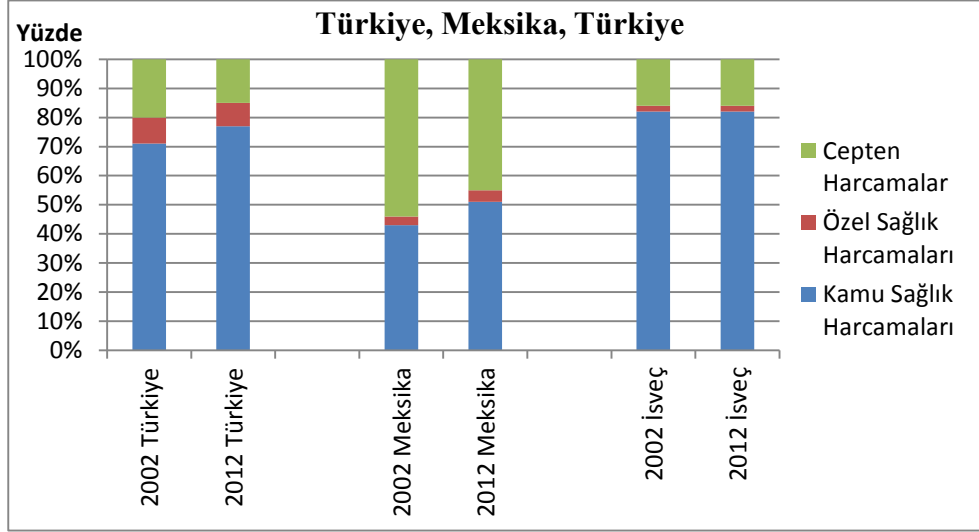
Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Tablo 15: Meksika, İsveç, Türkiye, OECD Ülkelerinde yıllara göre Cepten Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meksika	303	357	369	399	416	430	454	466	461	445	474
İsveç	439	451	481	494	532	565	598	613	613	640	678
Türkiye	88				153	167		124	146	145	151
OECD Ülkeleri	375	410	435	456	477	496	545	538	547	567	592

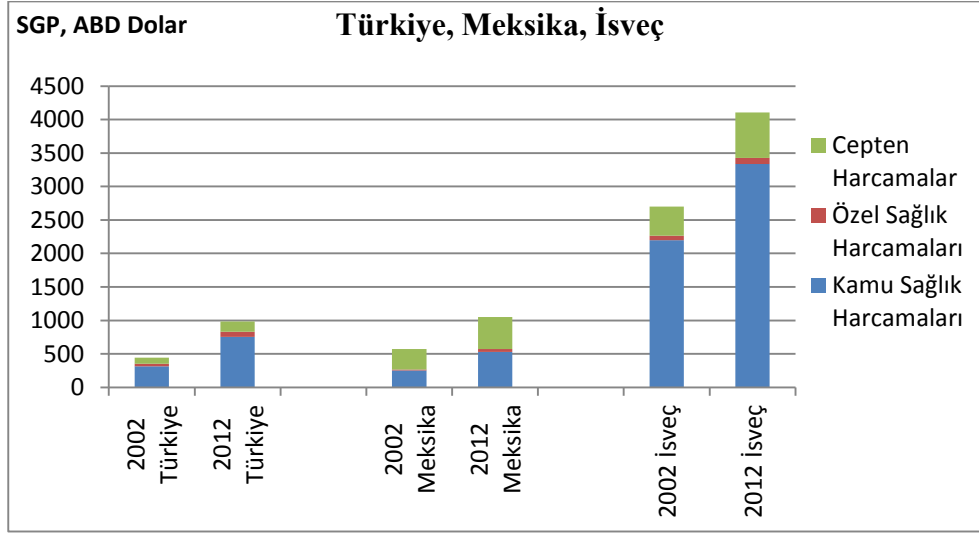
Kaynak: <http://stats.oecd.org/>

Şekil 43: Türkiye, Meksika, İsveç'te yıllara göre Toplam Sağlık Harcamasının Kamu, Özel ve Cepten Harcamalar olarak dağılımı (%)



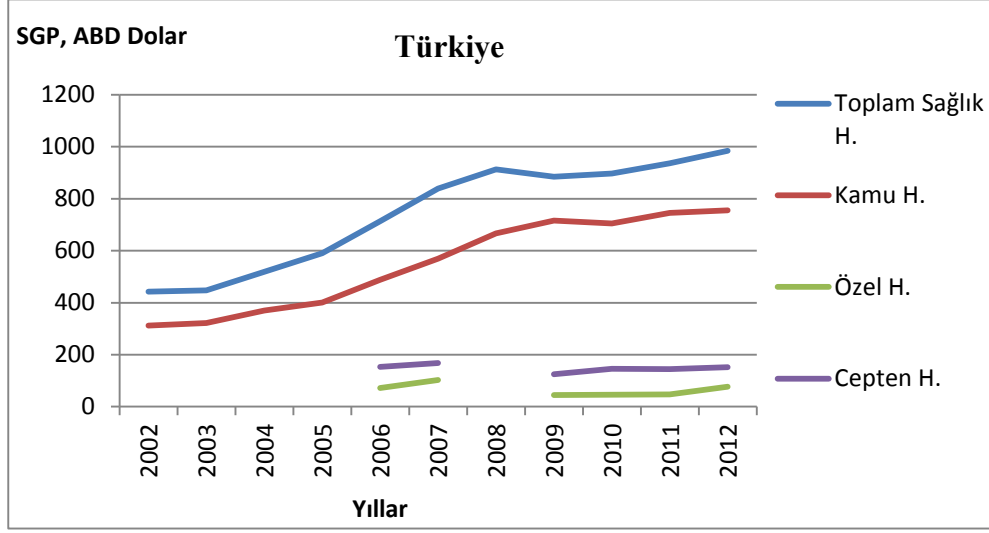
Şekil 44 de Türkiye, Meksika, İsveç'te yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı (%) ilişkisi sunulmuştur. Tüm ülkeler için toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı 2002-2012 yılları arasında miktar olarak değişmiş olsa da, % dağılımında fazla değişiklik olmamıştır. Türkiye için toplam sağlık harcamasının dağılımı içerisinde en çok kamu harcamaları yer almaktadır, sonrasında sırasıyla cepten harcamalar ve özel harcamalar takip etmektedir. Meksika için toplam sağlık harcamasının dağılımı içerisinde en çok cepten harcamaları yer almaktadır, sonrasında sırasıyla kamu harcamalar ve özel harcamalar takip etmektedir. İsveç için toplam sağlık harcamasının dağılımı içerisinde en çok kamu harcamaları yer almaktadır, sonrasında sırasıyla cepten harcamalar ve özel harcamalar takip etmektedir. Toplam sağlık harcaması dağılımında kamu harcamalar yüzde olarak en çok İsveç'te, özel harcamalar yüzde olarak en çok Türkiye'de, cepten harcamalar yüzde olarak en çok Meksika'da görülmektedir.

Şekil 44: Meksika, İsveç, Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı



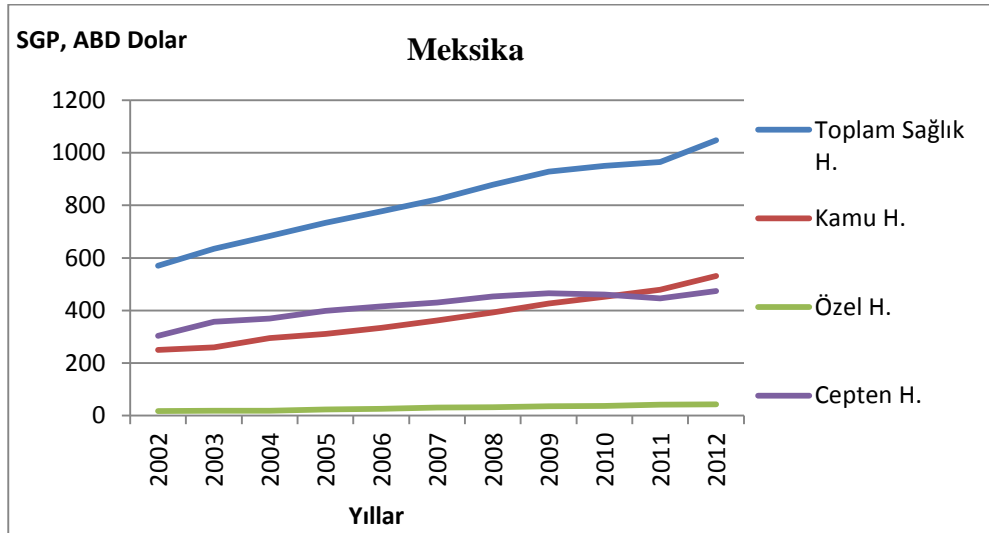
Şekil 44 de Meksika, İsveç, Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı ilişkisi sunulmuştur. En çok kamu harcama yapan ülke İsveç olup, sırasıyla Türkiye ve Meksika takip etmektedir. En çok cepten harcama yapan ülke yine İsveç olup, sırasıyla Meksika ve Türkiye takip etmektedir. En çok özel harcama yapan ülke yine İsveç olup, sırasıyla Türkiye ve Meksika takip etmektedir.

Şekil 45: Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı



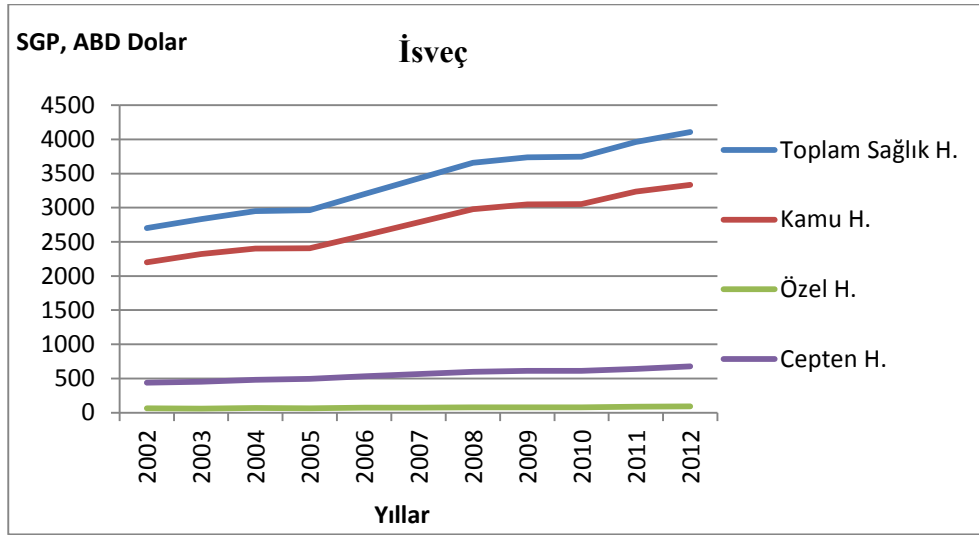
Şekil 45 de Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı ilişkisi sunulmuştur. Türkiye için kişi başına toplam sağlık harcaması (SGP, ABD Doları) içinde kamu sağlık harcamaları en yüksektir ve yükselmektedir. En düşük özel harcamalardır.

Şekil 46: Meksika’da yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı



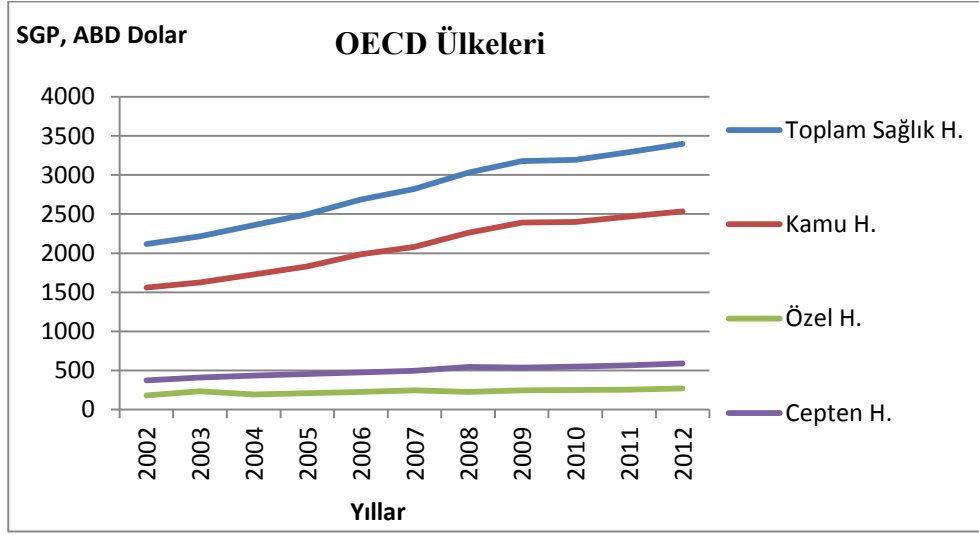
Şekil 46 de Meksika’da yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı ilişkisi sunulmuştur. Sağlık harcamaları içerisinde ilk sırayı uzun süre cepten harcamaların aldığı anca son yıllarda kamu harcamasının ön plana çıktığı, özel harcamaların ise az olduğu görülmektedir.

Şekil 47: İsveç’te yıllara göre toplam sağlık harcamasının Kamu, Özel ve Cepten harcamalar olarak dağılımı



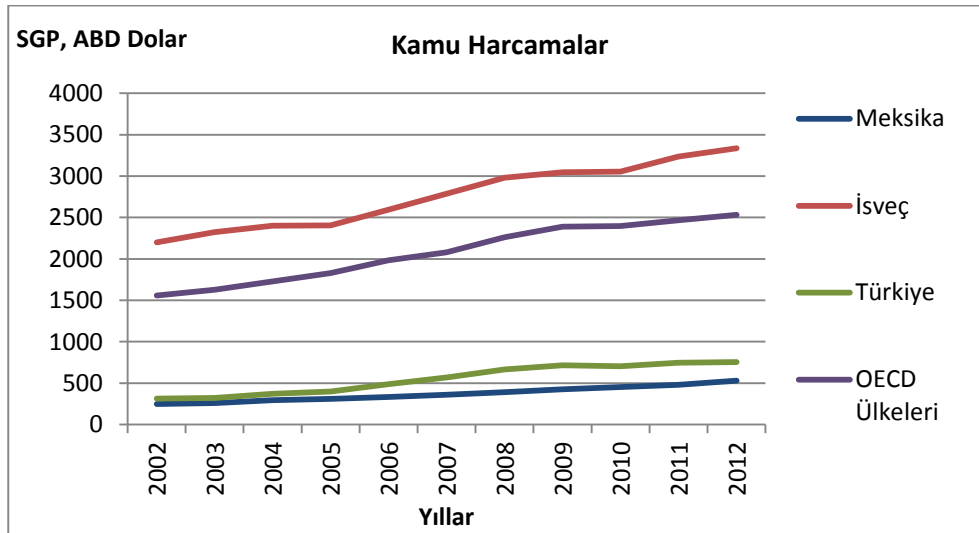
Şekil 47 da İsveç’te yıllara göre toplam sağlık harcamasının Kamu, Özel ve Cepten harcamalar olarak dağılımı ilişkisi sunulmuştur. Sağlık harcamaları içerisinde en çok kamu sağlık harcamaları yer almıştır. Sonrasında sırasıyla cepten harcamalar ve özel harcamalar takip etmektedir.

Şekil 48: OECD Ülkelerinde Yıllara ve Kaynaklara Göre Sağlık Harcamalarının Dağılımı (SGP, ABD Doları)



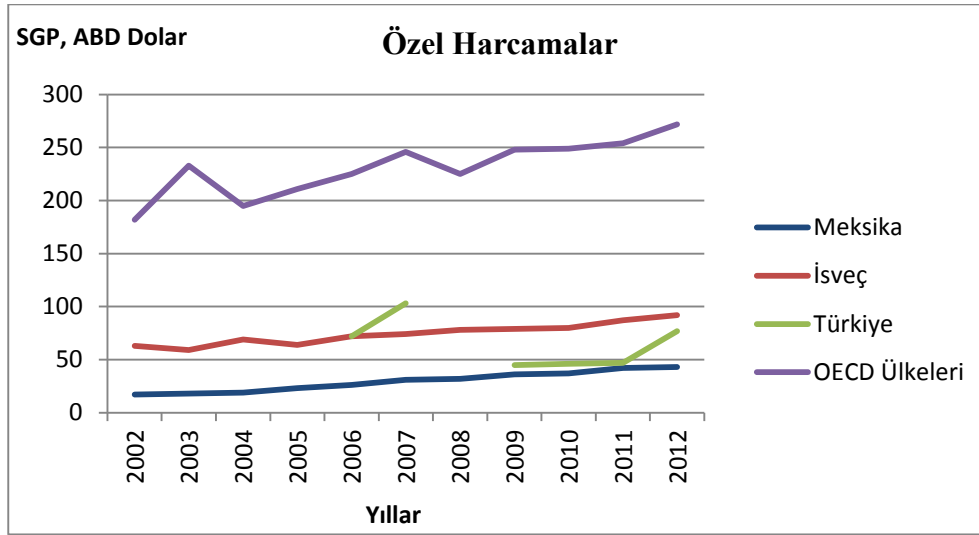
Şekil 48 de, OECD Ülkelerinde yıllara göre toplam sağlık harcamasının kamu, özel ve cepten harcamalar olarak dağılımı ilişkisi sunulmuştur. Sağlık harcamaları içerisinde en çok kamu sağlık harcamaları yer almıştır. Sonrasında sırasıyla cepten harcamalar ve özel harcamalar takip etmektedir.

Şekil 49: Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, Yıllara Göre Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)



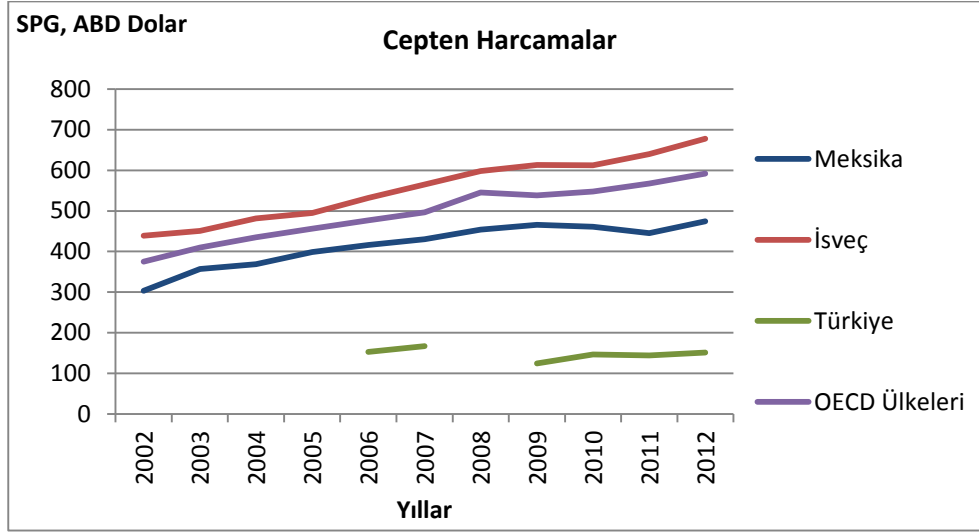
Şekil 49 de Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, yıllara göre kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Yıllara göre kişi başına düşen kamu sağlık harcaması en yüksek olan ülke İsveç'tir. Meksika ve Türkiye'de kamu sağlık harcamaları OECD Ülkelerinin çok altındadır.

Şekil 50: Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, Özel Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları),



Şekil 50 de Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, kişi başına düşen özel sağlık harcamaları (SGP, ABD Doları) ilişkisi sunulmuştur. Yıllara göre özel sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye ve Meksika'daki harcamaların OECD Ülkelerinin altında olduğu görülmektedir.

Şekil 51: Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkeleri, Cepten Sağlık Harcamaları (SGP, ABD Doları)



Şekil 51 de Türkiye, Meksika, İsveç, OECD Ülkelerinde, kişi başına cepten sağlık harcamalarının (SGP, ABD Doları) yıllara göre dağılımı sunulmuştur. Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamaları en yüksek olan ülke İsveç'tir. Meksika ve Türkiye OECD Ülkelerinin altında kalmaktadır. En düşük harcaması olan Türkiyedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumun sağlık düzeyi ortaya konarken dünya genelinde kabul görmüş, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranı gibi göstergeler kullanılırken, toplumun ekonomik durumunu ortaya koymak için ülkenin milli geliri ve tüketim harcamaları kullanılmaktadır (38). Yapılan araştırmalarda göstermiştir ki, gelir ve tüketim harcamaları tek başına bir ülkenin ekonomik durumunu ortaya konmak için yeterli bir ölçüt değildir. Bu nedenle ortaya çıkan farklı gösterge arayışları sonucunda genel sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler birlikte değerlendirilmeye başlamıştır (39).

Genellikle ülkelerin sağlık sistemi performanslarının hangi durumda olduğu, sağlık sistemleri alanında ne kadar geliştiği araştırılırken, belli başlı sağlık göstergeleri kullanılarak, benzer-farklı ülkelerin veya ülke gruplarının (OECD veya AB gibi)

ortalamaları ile karşılaştırmalar yapılır. Bu çalışmanın kapsamı Türkiye, Meksika, İsveç ve OECD Ülkelerinin ortalamalarının karşılaştırılmasından oluşmakta, sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu araştırmaların sonucunda doğumda yaşam beklentisi ile GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenirken, bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranı arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Yukarıdaki şekillerde görüldüğü gibi zaman içerisinde tüm ülkelerde GSYİH dan sağlığa ayrılan payda artışlar olduğu gibi, doğumda yaşam beklentilerinde de artışlar görülmektedir. Sadece bu bulgulara bakarak neden-sonuç ilişkisi kurmak mümkün değildir, doğru da değildir. Böyle bir ilişkinin kurulması ancak harcamalar ile diğer sağlık göstergelerinin ilişkilerinin yakından izlenmesiyle mümkündür. Doğumda yaşam beklentisi bir önceki yıl için geçerli olan yaşa özel ölüm hızlarından hareketle saplanan bir süre olması nedeniyle, artması için yaşa özel ölüm hızlarında azalmanın olması gerekir. Yaşa özel ölüm hızlarını azaltmanın önemli bir yolu tüm nüfusa yönelik etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunumudur. Ki bu da sağlık alanına daha fazla kaynak ayırma ile mümkündür. Harcamalar ile doğumda yaşam beklentisi arasındaki ilişki ancak bu mantıkla açıklanabilecek dolaylı bir ilişkidir. Nitekim bu ilişki incelediğimiz örneklerde bu mantığa uygun bir şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Seçilmiş belli başlı göstergelere göre Türkiye ve Meksika, OECD Ülkeleri ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır. OECD Ülkeleri GSYİH'sı yaklaşık olarak Türkiye'nin 2 katı iken Meksika'nın 1.3 katıdır. İsveç'in toplam GSYİH'sı hepsinden düşük olmasına rağmen GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay oranı hepsinden yüksektir. 2012 yılında OECD Ülkelerinde GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay % 9.1 iken, Türkiye'de bu oran % 5.4, Meksika'da % 6.2, İsveç'te % 9.6' dır. Hastane yatağı açısından ele alındığında OECD Ülkelerinde bin kişiye düşen yatak sayısı 3.7 iken bu oran Türkiye için 2.7, Meksika için 1.6, İsveç için ise 2.6 yatak olarak hesaplanmıştır. Bin nüfusa düşen doktor sayısına baktığımızda OECD Ülkelerinde 3.1, Türkiye'de 1.7, Meksika'da 2.2, İsveç'te 3.9 doktor olmaktadır. Bin kişiye düşen hemşire sayısı OECD Ülkelerinde 8.2, Türkiye'de 1.8, Meksika'da 2.6, İsveç'te ise 11.1' dir. Türkiye ve Meksika sadece doğurganlık hızı açısından İsveç'ten yüksek

konumdadır. Bu da Türkiye ve Meksika'nın İsveç'e göre daha fazla genç nüfusa sahip olduğunu göstermektedir. Ancak Türkiye'de doğurganlık hızı düşmekte, daha fazla düştüğü takdirde doğumda yaşam beklentisinin artıyor olması nedeniyle nüfus gittikçe yaşlanacaktır. Bu da önümüzdeki yıllarda sağlık ihtiyaçları ve harcamalarında artış olması anlamına gelmektedir.

Sağlık sisteminin belli başlı sonuçları açısından incelediğimizde ise, bin canlı doğum başına bebek ölüm hızına baktığımızda OECD Ülkelerinde ortalama olarak 2002 yılında 6.1 iken 2012 yılında 3.7 e, Türkiye'de 31.5'ten 7.4'e, Meksika'da 19.1'den 13.3'e, İsveç'te 3.3'ten 2.6'ya düştüğü görülmüştür. Bebek ölüm hızlarındaki yıllık düşme hızının Türkiye'de en yüksek oranda olduğu dikkati çekmektedir. Türkiye 2002-2012 yılları arasında bebek ölüm hızını yılda ortalama -0.145 düşürmüş iken düşme hızı İsveç'te -0.024, Meksika'da -0.036, OECD ülkeleri ortalamasında ise -0.049 olmuştur. Bebek ölümleri bir ülkedeki ölümlülüğün ve sağlık hizmetleri düzeyinin önemli bir göstergesi olması nedeniyle, yüksek olduğu ülkelerde diğer ölümlerin ve sağlıklı nüfus kaybının da fazla olacağı anlamına gelmektedir. Bu kayıp ve yetersizlikler sonucunda ise beşeri sermayenin kalitesinin artırılması ve verimli çalışabilmesi mümkün olmayacaktır. (40) Dünya genelinde bebek ölümlerinin birçok nedeni vardır: annenin yaşı ve eğitim durumu, beslenme, genetik durum, düşük doğum ağırlığı, iki doğum arasındaki sürenin yetersiz olması, annenin sigara, alkol uyuşturucu madde kullanımı ve kürtaj gibi sağlık nedenleri, bunlardan bazılarıdır. Yapılan araştırmalara göre annelerin eğitim durumlarının artmasıyla bebek ölümleri oranında düşme olduğu görülmektedir (41). Öte yandan çocukların gelişme döneminde, hatta dünyaya gelmeden anne karnında besleyici maddelerin yeterli miktarda alması yaşamları boyunca sağlık durumunu etkilemektedir. Çocuklar için gerekli olan besinleri temin edilmesi, ancak, ekonomik durumu yeterli olan hane halkları tarafından sağlanabilir. Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan maddeler alınmadığı takdirde çocukların bağışıklık sisteminde zayıflama görülmekte, enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda, yetersiz beslenmenin verimliliği düşürdüğü ve uzun dönemde üretim kaybına neden olduğu saptanmıştır (42).

Annelik, yani, gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası puerperal dönemi adı verilen ilk 6 haftalık süre, vücudunda ikinci bir canlıyı büyüten ve dünyaya getiren kadın bedeni için hayli yorucu ve yıpratıcı bir süreçtir. Bu nedenle bu kırılgan dönemle annelerinin sağlığı koruyabilen, ölümlerini engelleyebilen toplumlar sağlık yönünden gelişmiş kabul edilmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası ilk 42 günlük dönemdeki ölüm nedenlerine bakıldığında bunların büyük çoğunluğunun iyi örgütlenmiş temel sağlık hizmetleri ile önlenebileceği, bu nedenle de anne ölümlerini düşüren ülkelerin etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunan ülkeler yani gelişmiş ülkeler olduğu görülmektedir. Bu konudaki gelişmenin önemli bir bileşenin de sağlık için ayrılan kaynaklar ve yapılan harcamalar olduğu ortadadır. Anne ölüm oranları incelendiğinde, OECD Ülkelerinde 2002 yılında 9.73 iken 2012 yılında 6.89' a, Türkiye'de 64 iken 15.4' e, Meksika'da 56.1 iken 42.3' e, İsveç'te 4.2 iken 3.5' e düştüğü anlaşılmaktadır. Anne ölüm oranlarını düşürme konusunda Türkiye son yıllarda ciddi bir iyileşme göstermiş ve yıllık düşme hızını tüm ülkelerden daha yüksek gerçekleştirmiş olmasına rağmen hala OECD Ülkelerinin oldukça gerisinde yer almaktadır. Genellikle bütün ülkelerde her bir anne ve bebek ölümünün nedenleri araştırılarak aynı nedenle başka anne ve bebeklerin ölmemesi için tedbirler alınmaktadır.

Bir başka önemli gösterge doğumda yaşam beklentisidir. Doğumda yaşam beklentisinin az gelişmiş toplumlarda daha düşük olduğu görülmektedir. Doğumda yaşam beklentisinin artmasıyla insanların aktif çalışma sürelerinde de bir artış ortaya çıkmakta olduğu için doğumda yaşam beklentisi beşeri sermaye stokunu önemli ölçüde etkilemektedir. Her insanın beşeri sermaye bağlamında belli bir yatırıma sahip olduğu kabul edilirse, beşeri sermayenin sabit sermaye yatırımından yararlanma süresi artacak ve böylece yatırımın verimliliği artacaktır. (43). Ayrıca doğumda yaşam beklentisinin yüksek olmasıyla, insanların uzun yaşam süreceğini düşünmesiyle, yaşamları boyunca tasarrufu arttırıp, uzun vadeli yatırımlar yapabileceği beklentisini doğurmakta, bu durum gelirden artışa neden olmaktadır. Bu bulgular sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkileme gücüne sahip olmasına neden olmaktadır (44). Çalışmada ülkeler için hesaplanmış olan doğumda yaşam beklentisi incelendiğinde, OECD

Ülkelerinde 2012 yılında 76.9, Türkiye'de 74.6, Meksika'da 74.4, İsveç'te ise 81.8 yıl olduğu görülmüştür. Yani, OECD Ülkeleri vatandaşları Türkiye'de yaşayanlardan yaklaşık 2 yıl, Meksika'da yaşayanlardan yaklaşık 2.5 yıl daha uzun yaşamakta, İsveç vatandaşları ise OECD Ülkeleri vatandaşlarından 5 yıl daha fazla yaşamakta olduğu sonucuna varılmaktadır.

Yukardaki tablo ve şekillerde görüldüğü gibi ülkemizde 2002-2012 yıllarında sağlık harcamalarındaki artışıyla anne ölüm oranı azalmış, bebek ölüm hızı düşmüş, doğumda yaşam beklentisi artmıştır. Bu değişikliklerin ne ölçüde neden sonuç ilişkisi olduğu, ne ölçüde kendiliğinden geliştiğini iddia etmek ya da kanıtlamak mümkün değildir. Ancak, bu çalışmada incelediğimiz sağlık göstergelerinin toplumların sağlık düzeyini ve sağlık hizmetlerinin kullanımı gösteren en önemli göstergeler olması nedeniyle ve bu göstergelerin iyi örgütlenmiş, yaygın biçimde sunulan, iyi yönetilen daha özet bir deyişle yeterince kaynak ayrılmış sağlık hizmetleri ve sağlık sistemiyle ilişkili olması dikkate alındığında, ülkemizin 2002-2012 yılları arasında OECD Ülkelerine ve İsveç ile Meksika'ya kıyasla daha başarılı bir gelişme kaydettiği söylenebilir.

Sağlık hizmetleri geniş kapsamlı düşünüldüğünde insan için yapılan bir yatırım harcamasıdır. Bu amaç doğrultusunda yapılacak harcamalar, çalışma gücünü koruyacak, ileride olası hastalıkları azaltacak, sağlık harcamalarında tasarrufu sağlayacak ve ekonomik gelişmişliğe önemli katkıda bulunacaktır.

6. KAYNAKÇA

1. OECD. Health data at a glance 2013, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> OECD (2013, erişim Nisan 2015).
2. Belek İ, ve diğ. Türkiye İçin Sağlık Tezi, Sorun Yay., İstanbul, 1998, s. 25.
3. Adak N. Ö. Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, Birey Yay., İstanbul, 2002, s. 23.
4. Witter S. Health Financing in Developing And Transitional Countries, Briefing Paper For Oxtan GB, The University of York, International Programme, Centre For Health Economics, York, 22 January, 2002, s. 4, 56.
5. Hayran O. “Sağlık Yönetimi Yazıları” SAGEYA Yayınları, ISBN:978-605-88828-9-8, Ankara, 2012, s. 10-11, 40, 41-42, 42-43, 124, 126.
6. Bricker L ve Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001452.
7. Tokalaş S. Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006, s. 12.
8. Mutlu A. ve Işık K. Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa, 2012, s. 15.
9. Cullis J. G. ve West P. A. The Economics Of Health: An Introduction, Martin And Robertson Company Ltd, Oxford UK, 1979, s. 25-30.
10. Saltık A. “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 1995, Cilt 10, Sayı 38.
11. Ak B. ve Sevin H. D. “Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildirileri, 20-21 Mayıs, Ankara, 2000, s. 25.
12. Yıldırım S. “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, Uzmanlık Tezi, DPT Yayınları No: 2350, Ankara, 1994, s. 13.
13. Bulutoğlu K. 2001. Kamu Ekonomisine Giriş, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
14. Aktan C. C. “Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması” (Yayınlanmamış Rapor), Ankara: Nisan, 2004.

15. Baker L. "The Government's Role in Health Care Delivery", Pub Med, Ann Health Law, 2002. s. 73-92.
16. Gottret P. ve Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide, The World Bank, Washington, 2006.
17. WHO, The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000.
18. WHO, European Health Report 2002, Regional Office for Europe, 2002.
19. WHO, What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Report, 2004.
20. Tatar M. Sosyal Güvenlik Dergisi, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi, Financing Health Care Services: Development of Social Health Insurance in Turkey", 2011/1, s. 11.
21. Orhaner E. Türkiye'de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara, 2000 s. 76.
22. WHO, What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Report, 2004.
23. Sekhri N. ve Savedoff W. "Private Health Insurance: Implications For Developing Countries", Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83: s. 127-134.
24. Maynard A, Dixon A. Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. Mossialos E. et al. (eds.). Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 2002, s. 80-109.
25. Carrin G, James C. "Social Health Insurance: Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage", International Social Security Review 58(1): 2005, s. 45-64.
26. DPT. *2004 Yılı Programı*, DPT Yayınları, Ankara, 2003, s. 165.
27. Akdağ R. İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, Ağustos, 2008, s. 13, 14, 18, 20.
28. Savaş S. Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye, (Ed: S. Thomson ve E.Mossialos), Kopenhag Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002, s. 13.

29. Koç Y. Özelleştirme, Türkiye’yi Parçalamanın Bir Aracı, Kaynak Yayınları, İstanbul, 2005, s. 206.
30. Özdemir Y. E. “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyet’in Kuruluşundan 1980’li yıllara Sağlık Politikaları”, Yeni Türkiye, Sayı: 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran, 2001, s. 261, 262.
31. Fişek N.; “T.C. Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, Toplum ve Hekim, Sayı. 48, Aralık 1991.<http://www.tb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html> , Erişim Tarihi: 02.02.2006, s. 2-3.
32. Öztekin Z. “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39, Mayıs-Haziran 2001, s. 60-64.
33. Sallan G. S. Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa, Etik Yay., İstanbul, 2004, s.294.
34. Savaş B. S. “Türkiye’nin Sağlık Sistemi’ne Kısa Bir Genel Bakış”, Yeni Türkiye, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran, 2001, s. 94.
35. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, s. 21-22.
36. Özbay H. ve diğ. “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara, 2007, s. 120.
37. Kanavoz P. Üstek İ. ve Costa-Font J. 2010. “Türkiye’de Sağlık-İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası”, <http://www.suvak.org.tr/kitap-2turkce.pdf>, (02.07.2010), s. 25.
38. Feldstein J. P. Health Care Economics, 4th Edition, Delmar Publishers, Irvine, California, 1993, s.96
39. Şenses F. Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk, Üçüncü Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s. 96
40. Karagül, M. “Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No. 37, 2002, s. 71-72.
41. Corman H, Grossman M. “Determinants of Neonatal Mortality Rates in The U.S”, *Journal of Economics*, Vol. 4, 1985, s. 213-236.
42. Bhargava A. “Nutrition, health and economic development: Some policy priorities”, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol.22, No.2, 2001, s. 173-174.

43. Kalemli Ö. Ryder H. E. ve WEIL D. “Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth”, *Journal of Development Economics*, Vol: 62(1), 2000, s. 18.
44. Taban S. “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, 3. *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi Üniversitesi İİBF, Eskişehir, 2004, s. 5.

7. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rümeysa	Soyadı	Koca
Doğum Yeri	Konya	Doğum Tarihi	13.08.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	34123948666
E-mail	rumikoca@gmail.com	Tel	05337602293

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
Lisans	İstanbul Bilgi Üniversitesi	2013
Lise	Özel Arda Asalet Lisesi	2008

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	iyi	iyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Eşit Ağırlık
ALES Puanı	68,57

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ R. KOCA 2015