

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FİNANSAL EKONOMİ ANABİLİM DALI**

**KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE GELİŞMEKTE
OLAN EKONOMİLERDE SAĞLIK
HARCAMALARI FİNANSMANI**

Yüksek Lisans Tezi

SEVİNÇ ÇOBAN

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. ÖZHAN TUNCAY

İZMİR – 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../.....

Sevinç ÇOBAN

İmza

TEZ SINAV TUTANAĞI

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE GELİŞMEKTE OLAN EKONOMİLERDE SAĞLIK HARCAMALARI FİNANSMANI

Sevinç ÇOBAN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Finansal Ekonomi Anabilim Dalı

Sağlık ekonomisi, ekonominin bir alt dalı olup günümüzde gittikçe önemi artan bir alandır. Ekonominin alt dalı olması sağlık hizmetlerinin iktisadiliği yönünü ortaya çıkarmaktadır. Bu çerçevede dünya sağlık harcamaları da sağlık ekonomisi göstergeleri çizgisinde şekillendirilmektedir. Sağlık harcamalarının yanı sıra finansman kaynakları ve yöntemleri de ülkelerin öncelikli konuları arasında yer almaktadır.

Ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları bütçe aynı zamanda gelişmişlik düzeyini gösterdiğinden küreselleşme ile rekabet halinde olan küresel ekonomiler sağlık sektörüne önem vermektedirler.

Bu amaçla yapmış olduğumuz çalışmada; küreselleşme sürecinde gelişmekte olan 12 ülkenin (Arjantin, Brezilya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Güney Afrika, Macaristan, Meksika, Polonya, Romanya, Rusya, Türkiye, Şili) 15 yıllık (1998-2013) süreçte, ekonomilerinde ki sağlık harcamaları finansmanları değerlendirilmeye, kişi başına toplam sağlık harcamaları, kişi başına gayri safi yurtiçi hâsıla oranları, finansal açıklıkları, şehirleşme, enflasyon verilerini inceleyerek ve karşılaştırmalar yaparak sağlık harcamalarında ki finansman yolları ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Küreselleşme, Gelişmekte Olan Ekonomiler, Sağlık Harcamaları, Finansman, Enflasyon.

ABSTRACT

Master's Thesis

GLOBALIZATION PROCESS IN EMERGING ECONOMIES HEALTH EXPENDITURE FINANCE

Sevinç ÇOBAN

İzmir Katip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Financial Economics

Health economics is a sub-branch of the economy and a field of which importance is increasing nowadays. Since it is a sub-branch of the economy it reveals the economical aspect of health services. In this context, the world health care spending are being shaped along the line of health economy indicators. Besides health expenditures financing sources and methods are also among the prior issues of the countries.

Country of the budget earmarked for health spending at the same time it indicates the development level of the global economy which is in competition with globalization they give importance to the health sector.

The work we have done for this purpose; emerging in the globalization process, 12 countries (Argentina, Brazil, Bulgaria, Czech Republic, South Africa, Hungary, Mexico, Poland, Romania, Russia, Turkey, Chile) of the 15-year (1998-2013) period, the economy of the health expenditure finance their assessment, total health expenditure per capita gross domestic product ratio per capita, financial openness and urbanization, in examining the inflation data and comparisons by health spending the funding system has been uncovered.

Keywords: Globalization, Emerging Economies, Health Expenditure, Finance, Inflation.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
YEMİN METNİ.....	ii
TEZ SINAV TUTANAĞI.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xiii
ÖNSÖZ.....	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. SAĞLIK KAVRAMI	3
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ	4
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI.....	5
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	6
1.5. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	10
1.5.1. Çevre	11
1.5.2. Kalıtım.....	12
1.5.3. Davranış.....	12
1.5.4. Sağlık Bakım Hizmetleri.....	13

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	13
1.6.1. Hazırlayıcı Faktörler	14
1.6.2. Kolaylaştırıcı Faktörler	14
1.6.3. Gereksinim Faktörleri	15
1.7. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI	15
1.7.1. Verilen Hizmetin Türüne Göre.....	16
1.7.1.1. Koruyu Sağlık Hizmetleri.....	17
1.7.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	18
1.7.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	19
1.7.2. Verilen Hizmetin Kapsamına Göre.....	20
1.7.2.1. I. Basamak Sağlık Hizmetleri	20
1.7.2.2. II. Basamak Sağlık Hizmetleri.....	20
1.7.2.3. III. Basamak Sağlık Hizmetleri.....	21

İKİNCİ BÖLÜM

2. KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK FİNANSMANI

2.1. KÜRESELLEŞMENİN TANIMI VE KAPSAMI	22
2.1.1. Ekonomik Anlamda Küreselleşme	23
2.1.2. Küreselleşmenin Tarihsel Aşamaları	26
2.1.2.1. Birinci Küreselleşme Dalgası:	26
2.1.2.2. İkinci Küreselleşme Dalgası:	27
2.1.2.3. Üçüncü Küreselleşme Dalgası:	28
2.2. KÜRESELLEŞME SÜRECİNİN GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERİN EKONOMİLERİNE VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ	32
2.3. SAĞLIK FİNANSMANI	41
2.3.1. Sağlık Finansmanı Kavramı	41

2.3.2. Sağlık Finansmanının Amaçları.....	42
2.3.3. Finansman Kaynakları.....	43
2.3.3.1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları	44
2.3.3.2. Özel Finansman Kaynakları	47

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE REFORM ÇALIŞMALARI

3.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHİ VE GELİŞİMİ.....	50
3.1.1. Refik Saydam Dönemi	53
3.1.2. İkinci Dünya Savaşı ve Demokrat Parti Dönemi (1938-1960).....	56
3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Planlı Dönem (1961-1982)	57
3.1.3.1. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1963-1967)	57
3.1.3.2. 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1968-1972)	58
3.1.3.3. 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1973-1977)	59
3.1.3.4. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1979-1983)	60
3.1.4. Sağlık Reformları Dönemi (1983-2006)	62
3.1.4.1. 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1985-1989)	63
3.1.4.2. 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1990-1994)	64
3.1.4.3. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1996-2000)	64
3.1.4.4. 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2001-2005)	65
3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM ÇALIŞMALARI VE ÖZELLEŞTİRMELER.....	66
3.2.1. Türkiye'de Sağlık Reformunun Gerekçeleri	67
3.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	67
3.2.2.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	71
3.2.2.2. Genel Sağlık Sigortası.....	71

3.2.2.3. Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi	72
3.2.2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli	72
3.2.3. 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013).....	73
3.2.4. 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018).....	74
3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ.....	76
3.3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu	76
3.3.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu	77
3.3.1.2. Bağ-Kur	79
3.3.1.3. Emekli Sandığı.....	80
3.3.2. Üniversite Hastaneleri.....	81
3.3.3. Özel Hastaneler.....	82
3.3.4. Diğer Kamu Sektörleri	82
3.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA KÜRESEL- LEŞMENİN ETKİLERİ.....	83
3.5. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME POLİTİKALARI	87

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE GELİŞMEKTE OLAN EKONOMİLERDE SAĞLIK HARCAMALARI FİNANSMANININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. ARAŞTIRMANIN GENEL YAPISI	90
4.1.1. Araştırmanın Amacı	90
4.1.2. Literatür Özeti.....	91
4.1.3. Araştırma Modeli	92
4.1.4. Veri ve Metodoloji	95
4.2. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	99

SONUÇ	102
BİBLİYOGRAFYA	107
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Üç Küreselleşme Dalgası	31
Tablo 2. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarındaki Oranlar	41
Tablo 3. 1923 Türkiye'sinde Sağlık Personel Sayısı ve Kişi Başı Hasta Sayısı ...	50
Tablo 4. 1923 Türkiye'sinde Bütçe Durumu	51
Tablo 5. Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2013	69
Tablo 6. Sağlık alanında gelişmeler ve hedefler	75
Tablo 7. Robust Regresyon Sonuçları	100

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlığın Belirleyicileri	11
Şekil 2. Hizmeti Kullanımını Belirleyen Faktörler	13
Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	17
Şekil 4. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	42

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BCGDP_PC	: Kişi Başına Düşen Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla
BCHECAP	: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları
BCHEPUB	: Kamu Harcamaları
BCPOP_CHL	: 15 yaş altı nüfusu temsil eden değişkenler
BCPOP_OLD	: 65 yaş üstü nüfusu temsil eden değişkenler
BCPOPURB	: Şehirleşme
ÇUŞ	: Çok Uluslu Şirketler
DB	: Dünya Bankası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
ES	: Emekli Sandığı
GATT	: Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
GMM	: Generalized Method of Moments
GSYİH	: Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	: Uluslararası Para Fonu
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
LGINF_CONPR	: Enflasyon
LGPORTEQ	: Finansal Açıklık
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
USL	: United Sanitaria Lucane
SPGK	: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Hazırlamış olduğumuz bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, beni her zaman destekleyen ve yol gösteren başta tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Özhan TUNCAY olmak üzere, tüm değerli hocalarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Bu günlere gelene kadar hep yanımda olan, büyük özverilerde bulunarak bana sabır ve anlayış gösteren sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevinç ÇOBAN

GİRİŞ

Dünya tarihine bakıldığında sosyal-kültürel-ekonomik dönüşümlerin en belirgin ve hızlı yaşandığı zaman hiç kuşku yoktur ki 20. yüzyıldır. 19. yüzyılın sonlarında başlayan bu “büyük dönüşüm” , geri dönülmesi imkânsız bir süreci başlatmıştır. Hızla ilerleyen teknoloji dünyayı daha küçük bir hale getirmiş dünya üzerindeki insan ve kültür çeşitliliği hızla yok olma eğilimine girmiştir. Kurumların, olguların hatta insanların bile metalaştığı bu büyük dönüşüm sürecinde, sağlık tanımı ve politikaları da değişime uğramıştır (Üzmez, 2006: 1).

Demografik ve epidemiyolojik değişiklikler ile tıbbi teknolojilerin artan maliyeti, kişi başına gelir bakımından heterojen yapıdaki kalkınmakta olan ülkeleri, bir sağlık sistemi geliştirmeleri yönünde zorlamaktadır. Ancak bu zorlamaların yanı sıra dünyada meydana gelen finansal krizler gelişmekte olan ülkeleri daha da zor duruma düşürmektedir.

Küresel finansal kriz sadece finans sektörünü etkileyen bir kriz olarak incelenmemelidir. Sektörlerin bağılıkları düşünüldüğünde finansal piyasalarda yaşanan krizin ekonominin hemen hemen her alanına sıçradığı sosyal ve siyasal hayatı olumsuz etkilediği inkâr edilemez. Bu nedenle küresel kriz sadece finansal olarak algılanmamalıdır ve krizin nedenleri irdelenmelidir (Yıldırım, 2014: 1-2).

Ülkeler de belirli dönemlerde ortaya çıkan krizler görünüşteki finansal, ekonomik, reel sonuçların ötesinde sosyoekonomik sonuçlara da neden olabilmektedir. Dolayısıyla ülkelerin ekonomik büyümesinde gerileme, gelir dağılımında bozulmalar, sağlık sektöründe aksamalar meydana gelmektedir.

Ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları bütçe aynı zamanda gelişmişlik düzeyini gösterdiğinden küreselleşme ile rekabet halinde olan küresel ekonomiler sağlık sektörüne önem vermektedirler. Kriz ekonomik alanı etkilediği gibi insan sağlığını, toplumsal hayatı, sağlık sektörünü de etkilemektedir (Yıldırım, 2014: 1-2).

Bu sebeplerden ötürü araştırmanın amacı; on beş yıl (1998-2013) içinde küreselleşme sürecinde gelişmekte olan 12 ülkenin (Arjantin, Bulgaristan, Brezilya, Şili, Çek Cumhuriyeti, Meksika, Macaristan, Romanya, Rusya, Polonya, Türkiye, Güney Afrika) ekonomilerinde ki sağlık harcamaları finansmanlarının değerlendirilmesi, kişi başına toplam sağlık harcamaları, kişi başına gayri safi yurtiçi hâsıla oranları, finansal açıklıkları, şehirleşme, enflasyon verilerini incelemek ve karşılaştırmalar yaparak izlediği yolu çıkarmaya çalışmaktır. Bu 12 ülke seçilirken milli gelir düzeylerinin birbirlerine yakınlığı ve verilerine ulaşılabilirlikleri dikkate alınmıştır.

Araştırmada veriler Dünya Bankası “World Development Indicators” veri tabanından sağlanmıştır. Ayrıca çalışmada ayırt edici olarak, kişi başına sağlık harcamalarının gecikmeli değeri bağımsız değişken olarak modele dâhil edilmiş ve bu nedenle GMM (GeneralizedMethod of Moments) tahminleyicisine dayalı olarak Dinamik Panel Analiz yöntemine başvurulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık, toplumların kalkınmışlık düzeyini, sosyal refahını ve gelişmişliğini yakından etkileyen bir kavramdır. Bu nedenle, tüm ülkeler sağlık göstergelerini iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla bir takım faaliyetlerde bulunmaktadır. Özellikle günümüzde hasta profilinin değişmesi, toplumun yaşlanması, yaşlı nüfusun artması, teknolojideki gelişmeler ve akut hastalıklardan kronik hastalıklara doğru değişen bir hastalık profilinin olması, sağlığa yapılan harcamaları yükseltmekte, bu da ülke ekonomilerinden sağlığa ayrılan payın günden güne artmasına neden olmaktadır (Akalin, 1995: 233).

Sağlık, göreceli bir kavramdır. Basit bir şekilde, sadece bedensel olarak hasta olmamaktan, sosyal yönden de sağlıklı olmaya kadar birbirinden farklı birçok tanımı içinde barındırır. Şüphesiz sağlığın en kapsamlı tanımı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, 1948 yılında kuruluş metninde yapılandır. WHO (1981: 19) sağlığı; "... yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" şekline tanımlanmaktadır. Sağlık kavramını bir ihtiyaç olarak da kabul edenler vardır. Örneğin Witter (2002: 4) konuyla ilgili olarak: "Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuз diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur" demektedir.

Bu farklı tanımlar içinde en edebi olanı Kanuni Sultan Süleyman tarafından yapılandır ve : "Olmaya devlet cihanda, bir nefes sıhhat gibi" şeklindedir. Gerçekten de sağlık; bir nefestir, bir nefes sıhhattir. Nitekim WHO (1981: 19) da sağlığın en büyük servet olduğu görüşündedir.

Sağlık, insan varlığı için son derece önemlidir. Bununla beraber sağlığın sürdürülebilir olması da sağlık kadar önemlidir. Bu açıdan bakıldığında sağlığın tek

başına olmadığını görürüz. Sağlığın sürdürülebilirliğinin sağlanması için, sağlık hizmetlerinin finansmanı için ekonomik ve mali çevrelerin sağlıkla birlikte olması gerekir. Bununla beraber sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre koşullarının da düzenlenmesi gerekir. En azından olumsuz etkileri minimum düzeye indirilmelidir (Yıldırım, 1994: 10).

Sağlık kavramı, hekimler ve hastalar tarafından çoğu zaman farklı anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Bazıları kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilir. Halkın eğitim düzeyi düştükçe ve halkla hekimler arasındaki kültür farkı arttıkça, bu gruplar arasındaki anlayış farklılığı da artar (Tekin, 1987).

Bir ülkenin en değerli varlığı olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için öncelikle sağlık şartlarının iyileştirilmesi daha sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini geliştirmek zorundadır(Serin, 1972: 64).

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Herhangi bir ülkenin refah seviyesinin gelişmesi ve o ülkede yaşayan insanların kendilerini huzurlu ve mutlu hissetmeleri sağlıklı bireyler ile sağlanabileceğinden dolayı, sağlık hizmetleri birey ve toplum açısından büyük bir öneme sahiptir.

Günümüzde batı tıbbında meydana gelen gelişmeler, mevcut hastalıkların nedenlerini bulma çabaları ile oluşmuştur. Özellikle son zamanlarda tıp biliminde ve teknolojisinde olan gelişmeler, hastalıklar ile ilgili geniş bir bilgi birikiminin oluşmasına sebep olmuştur. Bu birikim sonucunda örgütlenen sağlık hizmetlerinin ne derece sağlıkla ilgili olduğu tartışılabilir. Bunun nedeni ise; bu hizmetlerin hastalıklar ve hasta olan kişilerin tedavisi ile bir takım hastalıkları önleme çabalarından oluşmasıdır (Yerebakan, 2000: 26).

Ülkelerin ve toplumların sağlık sorunlarının, önceliklerinin, olanaklarının ve kaynaklarının birbirinden farklı olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, örgütlenme ve denetimi konusunda farklı uygulamalar ile karşılaşmaktadır.

Karşılaşılan bu uygulamalar üzerinde yaptırım gücü olmamakla birlikte etkinliği fazla olan kuruluş ‘ Dünya Sağlık Örgütü’ dür. Birleşmiş Milletler Teşkilatının bir kuruluşu olan dünya sağlık örgütüne Türkiye de üyedir. Dünya sağlık örgütü, her ülkeyi ilgilendiren sağlık konularında çalışmalar ortaya koyarak neler yapılması gerektiğini zaman zaman duyurmaktadır (Hayran ve Sur, 1998: 13-14).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

Bir toplumda yer alan sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun ana kaynağını teşkil eden sağlıklı olma durumunu yansıtan temel göstergelerdir. Bu yönü ile insanların sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devlet görevi olarak hükümetlerini ilgilendirdiği gibi fertlerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin ciddi artış göstermesi dünya çapında sağlık piyasalarının gelişme göstermesine katkı sağlamaktadır (Kurtulmuş, 1998: 13-14).

Sağlık hizmetlerinin temel amaçları şu şekilde sıralanabilir (Soysal,1973: 71).

✓ Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyet ile üretilmesini sağlamak ve ihtiyaç duyan bireylere sunmak,

✓ Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde değerlendirerek daha fazla hastaneye bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması,

✓ Ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkı sağlamak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma yöntemlerinin kullanılması, hastalıklarının önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

Sağlık hizmetlerinin amacı; kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi, hasta olan kimselerin tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan

yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamaktadır. Bu amaçla sağlık kuruluşlarının yaptığı çalışmalara sağlık hizmetleri denilir. İnsanların sağlık hizmetlerinden yeterince, yerinde, zamanında ve gereksiz harcamalardan kaçınarak yararlanmaları önemlidir. Bu önemden dolayı insanlar hangi durumlarda nerelere başvurmaları gerektiğini bilmelidirler. Çünkü sağlık hizmetlerinin temel amacı; sağlığı korumak, korunamadığında hastalığı erken teşhis ederek gereken tedaviyi tam olarak uygulamaktır.

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Temel sağlık hizmeti; sağlık sisteminin özü ve aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesinin önemli bir parçasıdır. Temel sağlık hizmeti, insanların yaşamlarını sürdürdüğü ve çalıştığı bölgelere imkânlar dâhilinde yakın yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumun, ailelerin ve bireylerin ulusal sağlık sistemiyle karşılaştıkları ilk noktadır (Kızılcelik, 1996: 124).

Sağlık hizmetleri taşıdığı özelliklerden dolayı ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi özellikleri bulunması nedeniyle bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğurmaktadır (Yıldız,1996).

Sağlık hizmetlerinin işleyişine bakıldığında normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazı zamanlarda kaçınılmaz olmakta, bazı zamanlarda sağlık hizmeti veren özel ve kamu kurumlarının uygulamakta olduğu politikaların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler şunlardır (Kurtulmuş, 1998: 44-60);

✓ Arz ve talep arasındaki eşitsizlik, sağlık piyasasına girişte kısıtlamaların oluşu, alıcıların piyasa hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması hastalık riskinin önceden belirlenememesi gibi sebeplerden dolayı eksik rekabet şartlarının hâkim olması,

- ✓ Sağlık piyasasında dışsal faktörlerin var olması,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez ve ertelenemez olması,
- ✓ Fiyatlar ile gerçek maliyetler arasındaki korelasyonun zayıflığı,
- ✓ Kar amacı gütmeyen kurumlarında bu piyasada yer alması,

Bu özelliklerin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin bir takım ayırt edici özellikleri de bulunmaktadır;

✚ **Yapılan işlerin karmaşıklığı ve değişkenliği:** Sağlık kurumları temel fonksiyonları olan teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin artış göstermesinden dolayı, karmaşıklık derecesi de artış göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 54-55).

✚ **Çıktının tanımlanması ve ölçümünün zorluğu:** Sağlık hizmetlerinin sonuçlarını diğer sektörlerde olduğu gibi, kısa bir zaman içerisinde görmek ve değerlendirmek mümkün değildir (Yerebakan, 2000: 26). Temel girdinin ve çıktının insan olması; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını kısa bir zaman zarfında elde etmeyi zorlaştırmaktadır. Bir ameliyatın sonuçlarını anında görüp, kolayca değerlendirmek mümkün olmamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 56).

✚ **Yüksek düzeyde uzmanlaşmanın olması:** Hastalıkların meydana gelmesinde ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, bilim ve teknolojiye hızlı gelişmeler uzmanlaşma derecesini arttırmaktadır (Yerebakan, 2000: 49).

✚ **Çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet vermektedir:** Tıbbi hizmetlerin yanı sıra; başta otelcilik hizmetleri olmak üzere, teknik hizmetler , eğitim otomasyon, araştırma danışmanlık ve diğer bir takım fonksiyonlar sınırlı mekanda bir arada bulunmaktadır (Yerebakan, 2000: 48).

✚ **Yapılan işlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir:** Sağlık durumlarında 24 saat boyunca kesintisiz hizmet verilmektedir. Sağlık durumu ile ilgili sorun yaşayan kimseler, diledikleri an sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurabilirler. Bununla beraber, hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ertelenmesi söz konusu değildir (Kavuncubaşı, 2000: 55).

✚ **Hekimlik fonksiyonlarının tümüyle denetlenebilir özellikte olmaması:** Sağlık kurumlarında hizmet miktarı hekimlerin iş talebine göre gerçekleşir. Yapılan harcamaların %75 'ini hekimlerin kararıyla ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamak için hekimlerin karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal organlara ihtiyaç duyulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 54).

✚ **Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır:** “Sağlık hizmetleri yönetimi direkt olarak insan sağlığı ve hayatı ile ilgilidir. Sağlık yönetiminde olabilecek yanlış kararlar; insan hayatının kalitesinde düşmeye, toplumun sağlık seviyesinde düşüşe ve hatta insan hayatına mal olmaya neden olabilir” (Toker, 1999: 10-15).

✚ **Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır:** “Hastanelerde görev alan insan kaynaklarının büyük ölçüde profesyonel hizmetlerden oluşması, bu kimselerin alanlarındaki bilgi ve deneyimlerden kaynaklanan otoriteye sahip olmalarını da beraberinde getirir” (Kavuncubaşı, 2000: 54). “Profesyonellerin sahip olduğu bilgi ve deneyimler, onlara yönetime karşı otorite kazandırmaktadır” (Yerebakan, 2000: 49). “Ayrıca insan kaynakları ağırlıklı olarak kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşur. Profesyonelleşme, çalışan kimselerin eğitim düzeylerine karşılık gelmektedir ve profesyoneller mesleki hedefleri üzerine yoğunlaşarak kurumsal hedeflerin geri planda tutarlar.” Hekimler, hastalarını en iyi şekilde tedavi etmek için çaba harcarken; yönetici kalite ve verimliliği eş zamanlı bir duruma getirmek için çaba sarf eder. Bu durum kimi zaman profesyonel kimseler ile yöneticiler arasında çatışmalara yol açmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 53-54). Profesyonellerin mesleksi

hedefleri üzerine yoğunlaşmalarına karşın, yöneticilerin kurumsal hedeflere odaklanması çatışmaya neden olabilmektedir (Yerebakan, 2000: 49-50).

✚ **Sağlık hizmetlerinin birincil amacı kâr etmek değildir:** Sağlık hizmetleri kâr amacı gütmemektedir ya da kimi sağlık işletmelerinde kâr amacı ilk sırada yer almaz. Fakat kâr amacı güderek kurulan ve sağlık hizmetleri veren birçok işletme dünyada olduğu gibi ülkemizde de mevcuttur. Bunların yanı sıra sağlık hizmetlerinin üretim faktörleri kıt kaynaklardandır. Sağlık hizmetinin sunumunda yer alan profesyoneller, hemşire, ebe, teknik personel gibi insan kaynakları, bina, araç-gereç ve tıbbi malzemeler son derece yüksek maliyetli olmaktadır (Toker, 1999: 14).

✚ **Sağlık sektörünün çok hızlı değişim ve gelişim göstermesi:** Sağlık sektöründe son yıllarda devrim niteliğinde gelişmeler sağlanmış, özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler sağlık sektörünü çok yakından etkilemiştir (Toker, 1999: 15).

✚ **Tüketicilerin akılcı davranmaları:** Tüketicilerin akılcı davranmaları da sağlık hizmetlerinin özelliklerindedir. Genellikle ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin kendileri için en iyi seçeneği değerlendirecekleri varsayımı yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde ise akılcı kararların verilmediği üç önemli konuya rastlanmaktadır. Birçok kişinin hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmadığı ve hatta hastalıklarının farkında dahi olmadıkları görülmüştür. Bu durum sağlık hizmetlerinin yer aldığı pazarın çalışmasına engel olmaktadır. Akıl hastalarının kendi başlarına karar verememeleri ve acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastaların tercihlerini belirtemeyecek durumda olmaları da açıkça ortadadır. Bu akılcı olmayan davranışlarda; diğer ürün ve hizmetlerin tersine, talep ve tercih belirlenmesi dış faktörlerin etkisinde kalacaktır (Odabaşı, 1994: 28).

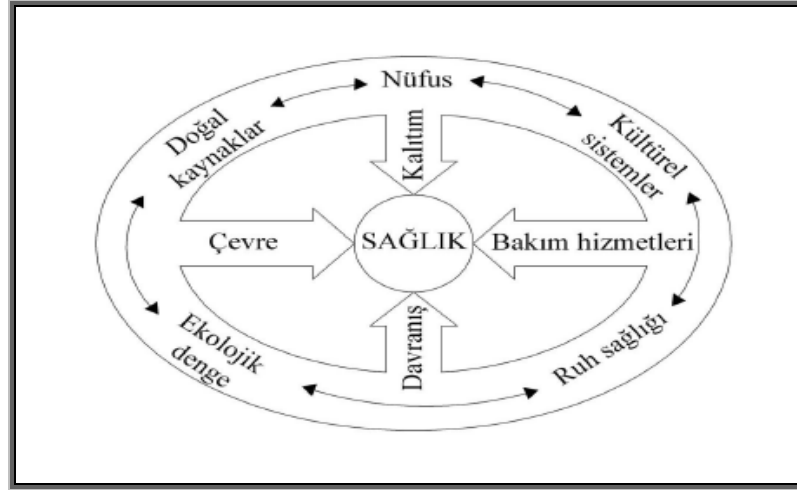
✚ **Tıp mesleğini yerine getiren kimseler için uyulması zorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar mevcuttur:** Sağlık hizmetlerini önceden deneyip, tecrübe etmek olanaksız olduğundan hizmeti alan ile hizmeti veren arasındaki tamamıyla güven ilişkisine bağlıdır. Fakat sağlık hizmetlerini sunan kimselerin üzerindeki kontrol süreci, sağlık hizmetlerini talep eden kimselerin memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir. Toplumdaki eğitim ve

kültür seviyesinin artması, sigorta şirketlerinin yaptığı denetimler ve rekabet gibi konular tüketici doyumunu olumlu yönde etkilemektedir (Odabaşı, 1994: 29).

✚ **Sağlık hizmetlerinde ürün ve kalite belirsizliği vardır:** Bu hizmetlerin kalitesini ve sunulan hizmetlerin sonunda hastanın elde edeceği doyumunu önceden belirlemek son derece güçtür. Bu belirsizlik ise hizmetin meydana getireceği doyumunu etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetlerini talep edenlerin sağlık personeline güven duyma zorunluluğu ise hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarından ileri gelmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinde dış etkenlerde mevcuttur. Salgın hastalıklar ve çevreye zararı bulunan diğer zararlı etkilere dış etkenler grubuna dâhildir. Dış etkenlerin yok edilmesindeki çaba toplumun yararına olmaktadır. Bu çabalar yerine getirilirken toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta ve olumlu sonuçlardan faydalanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde şu an için olmasa da, daha sonra talep edecek kimselere sunmak için kapasite artırma çalışmalarına devam etmek gerekmektedir (Odabaşı, 1994: 29).

1.5. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

İnsan sağlığı biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu faktörlere sağlığın belirleyicileri denilmektedir. Psikososyal (duygusal ve zihinsel) ve bedensel sağlık veya iyilik halinin girdileri olarak çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleri sağlığı etkilemektedir. Bu dört girdinin her biri ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfus yapısı, kültürel sistem ve ruh sağlığı yolu ile diğerlerini etkiler ve bu girdiler birbirleri ile ilişkilidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 35).



Şekil 1: Sağlıkın Belirleyicileri (Kavuncubaşı, 2000)

1.5.1. Çevre

İnsanların içinde yaşadıkları doğal-fiziksel (iklim, toprak yapısı, vb.) ve sosyal faktörler çevreyi oluşturmaktadır. Çevresel özellikler insan sağlığını etkilemektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 36). Sağlık açısından bakıldığında çevre üç grupta incelenebilir:

❖ **Biyolojik Çevre:** İçinde mikroorganizmalar, vektörler, bitki ve hayvanlar ile besinler bulunmaktadır. Kolera, verem, çocuk felci gibi birçok hastalığa mikroorganizmalar sebep olmaktadır. Vektörler ise hastalık yapan mikroorganizmaları insan vücuduna sokan eklem bacaklılar ve kemiricilerden oluşmaktadır.

❖ **Fiziksel Çevre:** İklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kaynakları, vb. faktörlerden oluşmaktadır. İnsanların neden olduğu iklim değişikliğine bağlı olarak yerkürenin ısınması sonucunda yaşlıların, bebeklerin ve kronik solunum ve kardiyovasküler hastalığı bulunanların ciddi sağlık riskleri ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. İklim koşullarındaki değişim, dolaylı olarak insan sağlığını etkilemektedir.

❖ **Sosyal Çevre:** Çevre insanların sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen, kişilerin birbirleriyle ilişkilerini sağlamaya aracılık eden faktörlerdir.

Sosyal faktörler bazı hastalıkların hazırlayıcısı olduğu gibi, bazı hastalıkların görülmesi de sosyal faktörlerin bozulmasına neden olmaktadır. Sosyo-kültürel çevre ile ilişkili hastalıklara tüberküloz ve zührevi hastalıklar örnek olarak verilebilir.

1.5.2. Kalıtım

Kişilerin sağlığını etkileyen diğer bir faktör de kalıttır. Yani kişilerin genetik yapıları, onların sağlık düzeylerinin belirleyicisi olabilmektedir. Genlere bağlı özellikler sadece normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkilemektedir.

Genetik kalıtım hem çevresel hem de davranışsal faktörlerin her ikisi ile de etkileşim halindedir. Etnik veya ırksal eğilimler gibi kültürel etmenler, evlenilecek eşlerin seçimini, çocukların genetik potansiyellerini ve belirli hastalıklara karşı hassaslığını etkilemektedir. Bununla birlikte, hastalık kişisel davranış ve sağlık bakım hizmetleri aracılığı ile teşhis ve tedavi edilebilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 37).

1.5.3. Davranış

Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerler, tutumlar, davranışlar ve alışkanlıklar kişinin yaşam tarzını belirlemektedir. Sigara kullanma, alkollü içecekler tüketme, kişisel temizliğe özen göstermeme, uyuşturucu bağımlılığı, sağlık hizmetlerini dikkatli kullanmama, hekim önerilerini göz ardı etme gibi davranışlar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 22).

Kişinin yaşam tarzı, yani değerleri, tutumları, alışkanlıkları ve davranışları onların sağlık düzeyini etkileyen diğer bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkol ve sigara gibi olumsuz alışkanlıklar, kişilerin sağlık düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık gereksinimlerinin dikkate alınmaması, ertelenmesi, tehlikeli araç kullanımı veya hekim önerilerini göz ardı etme bireylerin yaşam tarzları ile ilgili durumlardır ve bu durumlar insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

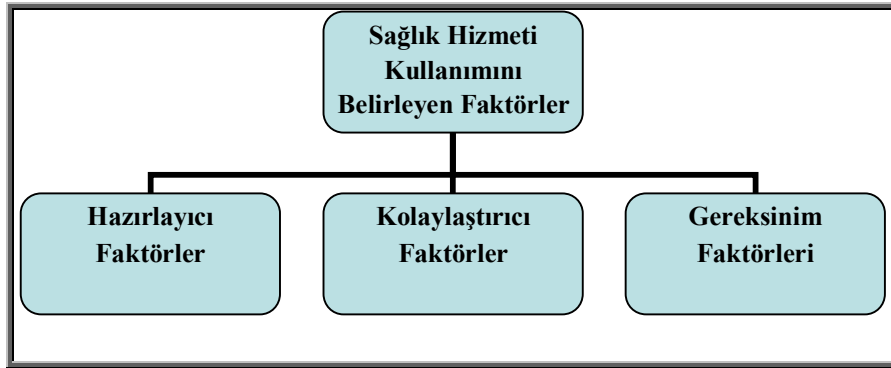
1.5.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık kurumunu etkileyen son faktör de o ülkede sunulan sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerine bireylerin kolay ulaşmaları ve sunumun kaliteli olması kişilerin sağlık durumunu belirlemektedir. Sağlık hizmetleri kamu ve özel kurumlar tarafından sunulan toplum sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetlere, kirliliğin sebep olduğu çevresel problemler, iş güvenliği ve barınma koşullarının iyileştirilmesi örnek olarak verilebilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 38).

Sağlık hizmetleri genel olarak, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları içermektedir. Ancak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesini kapsayan bütünsel bir yaklaşımdır (Toköz, 2007).

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler şu şekilde sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000: 25).



Şekil 2. Hizmeti Kullanımını Belirleyen Faktörler (Kavuncubaşı, 2000: 25).

Bireylerin hizmet arama kararı ve aldığı hizmet miktarı, bireyin özelliklerine (hazırlayıcı faktörler), hizmeti elde edebilme yeteneğine (kolaylaştırıcı faktörler) ve tıbbi bakıma duyduğu gereksinmeye bağlıdır.

1.6.1. Hazırlayıcı Faktörler

Bazı bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim, belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler, bireyin toplumsal ekonomik ve kişilik davranış özelliklerini kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 26):

- **Demografik:** Yaş, cinsiyet, ırk, hane halkı sayısı, medeni durum, hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimlere göre hizmet kullanma eğilimi değişmektedir.
- **Sosyal-Ekonomik:** Eğitim düzeyi, meslek, gelir, toplumsal sınıf, istihdam durumu, etnik köken, dinsel köken gibi özellikler bireylerin hizmeti kullanma, sık kullanma veya hiç kullanmama davranışına sürükleyebilir.
- **Tutum ve Davranış:** Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi, koruyucu hizmetlerin kullanıma ilişkin tutumlar, bireye göre sağlık hizmetinin değeri, hastalık bilgisi, tepki eşiği gibi faktörlere göre değişiklik gösterebilir.

1.6.2. Kolaylaştırıcı Faktörler

Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Hazırlayıcı faktörlerin mevcut olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı anlamına gelmemektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanması için kolaylaştırıcı faktörlerin var olması gerekmektedir. Kolaylaştırıcı faktörler iki grupta incelenebilir (Kavuncubaşı, 2000: 26):

- **Aile:** Ailenin toplam geliri, sigorta durumu, düzenli bakım başvuru süresi, ulaşım süresi, kuyrukta bekleme süresi, özel muayene olanağı gibi faktörler olumluysa birey, sağlık hizmetlerine başvurma eğilimi gösterebilir.
- **Kamusal Özellikler:** İkamet, bölge, nüfusun hizmet kullanım oranı, yatak başına düşen nüfus, hizmetin sürekliliği, hizmetin ulaşılabilirliği ve ekonomik sistem başvurma eğilimini etkilemektedir.

1.6.3. Gereksinim Faktörleri

Birey ve ailesi hastalığın ortaya çıkma olasılığını hissedebilirler. Hastalığın hissedilmesi sağlık hizmeti kullanımını gerektiren bir uyarıdır. Birey hastalık durumunu hissettikten sonra, sağlık hizmetine başvurma eğilimi göstererek sağlık kurumuna yönelmektedir. Sağlık hizmeti talebi, bireyin sağlık kurumuna başvurusuyla gerçekleşir. Gereksinim faktörleri su şekilde incelenebilir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

- **Algılanan Hastalık Derecesi:** Rahatsızlık süresi, semptomlar algılanan sağlık düzeyi, sağlıkla ilgili endişeler, ağrı ve sızının yoğunluğuna göre birey sağlık kurumuna başvurabilir veya vazgeçebilir.
- **Gerçek Hastalık:** Tanı, semptomlar.

1.7. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

“Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denmektedir” (Öztek, 2001: 300). “Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir.” Bu hizmetlerin etkili bir şekilde sunulabilmesi için sağlık hizmetlerinin taşınması gereken bazı özellikler vardır. Sağlık hizmetleri bütünlük, süreklilik ve eşgüdümün bir arada sunulması gereken hizmetlerdir. Etkili sağlık hizmeti sunmak için gereken özellikler (Kavuncubaşı, 2000);

- Kolay kullanılabilirlik,
- Kalite,
- Süreklilik ve
- Verimlilik.

Sağlık hizmetlerinde kolay kullanılabilirlik, sağlık hizmeti kullanıcılarının, kolay bir şekilde hizmete ulaşabilmeleri ve ihtiyaç duyduğu hizmetin tümüne ulaşabilmeleri anlamına gelmektedir. Bir başka açıdan ele alırsak, sağlık hizmetini sunan kişiler açısından da ulaşılabilirlik büyük önem taşımaktadır. Teşhis ve tedavi için gerekli ilaç, ekipman ve diğer hizmetlere kolay ulaşabilmek gerekmektedir.

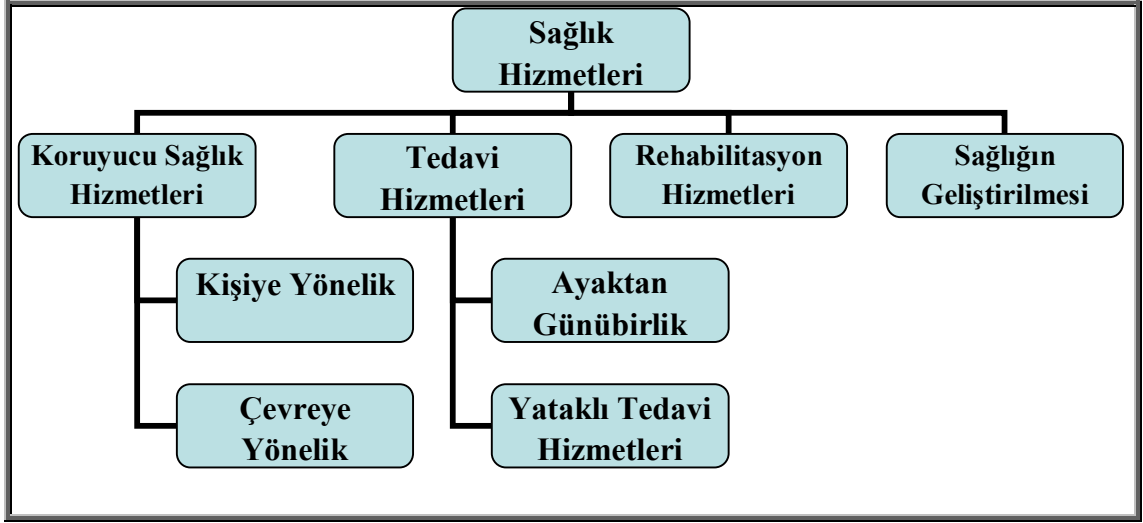
Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmetin sunulması şarttır. Hasta beklentilerinin karşılanması ve bu beklentilerin üzerine çıkılması gerekmektedir. Bu da ancak sağlık hizmeti sunan kişilerin yeterliliklerinin olması, hizmeti sunum tarzının bireyin beklentilerine göre olması ve sunulan sağlık hizmetinin genel belirlenmiş standartlara uygun olarak verilmesi ile gerçekleşir.

Etkili sağlık hizmeti sunumu için gerekli özelliklerden bir tanesi de sürekliliktir. Kişilerin koruyucu önlemlerle sağlık düzeylerinin korunması, hastalandıklarında tedavilerinin gerçekleştirilmesi ve sağlık düzeylerinin sürekli olarak geliştirilmeye çalışılması çabalarını ifade etmektedir.

Verimlilik özelliğinde ise, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların mantıklı bir şekilde kullanılması ön plana çıkmaktadır. Verimlilikte ön plana çıkan konular adil bir finansman sisteminin sağlanması, yeterli ücret politikası ile sağlık personelinin yaptığı işten maddi olarak da tatmin olması ve etkili yönetimle kaynakların en verimli ve en ekonomik yolla kullanımının sağlanması gerekmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

1.7.1.Verilen Hizmetin Türüne Göre

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak dört grupta incelenebilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 35).



Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Kavuncubaşı, 2000: 35).

1.7.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyde ya da çevrede bir hastalık oluşmadan önce alınacak önlemler için sunulacak hizmetleri kapsamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerini kişilere yönelik ve çevreye yönelik olarak ele almak mümkündür.

- **Kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri**, bireysel korumayı sağlamaktadır. Bağışıklık kazanma, beslenmeyi düzenleme, ilaçla koruma veya kişisel hijyen gibi konular bu grupta ele alınabilmektedir.

- **Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri**, kişilerin içinde buldukları çevreden etkilenerek oluşabilecek bir hastalığı önlemek için sunulmaktadır. Su kaynaklarının temizliğinin sağlanması, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla mücadele gibi konular çevreye yönelik koruyucu hizmetlerine örnek olarak verilebilmektedir.

“İyi bir sağlık eğitimi, beslenme düzeyinin düzeltilmesi, kişisel gelişimin sağlanması, uygun barınma, olumlu çalışma koşulları, cinsel eğitim ve evlilik danışmanlığı, alkol, tütün ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınma, aile

planlaması, kalıtım durumunun saptanması, periyodik sağlık kontrolleri gibi yöntemlerin kişilerin sağlık kapasitelerini yükseltmeye yönelik olduğu söylenebilir. Aşılama, kişisel hijyen, kanser yapan maddelerden sakınmak, çevre sağlığı gibi önlemler ise belli bir hastalığın önlenmesine yönelik koruma yöntemleridir” (Akbulut, 1994: 21).

1.7.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri; ayaktan tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Ayaktan tedavi hizmetleri poliklinik, acil servis, ayaktan cerrahi hizmetlerini kapsamaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri ise, kişilerin teşhis veya tedavi olmak için bir süre sağlık kurumunda kalması anlamına gelmektedir.

“Tedavi edici hizmetler, genellikle koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir” (Hayran, 1998: 17). “Tedavi edici sağlık hizmetleri sunan kurumları, Günübirlik tedavi hizmetleri ve Yataklı tedavi hizmetleri sunan kurumlar olmak üzere iki ana grupta toplamak mümkündür” (Kavuncubaşı, 2000: 39):

- **Ayaktan Tedavi veya Günübirlik Tedavi Hizmetleri:** Hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri içermektedir. Ayaktan bakım hizmetleri çeşitli sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır.

- **Yataklı Tedavi Hizmetleri:** Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırılmaya göre tedavi hizmetleri,

- ✚ Birinci basamak tedavi hizmetleri,

- ✚ İkinci basamak tedavi hizmetleri,

- ✚ Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılmaktadır

(Hayran, Sur, 1998: 18).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, daha çok ayaktan (günübirlik) tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversite hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren hizmetlerdir.

1.7.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri kişilerin herhangi bir hastalık sonrasında, eski faaliyetlerini yerine getirebilmek ve onları tekrar hayata kazandırabilmek için oluşturulmuş tedavi hizmetleridir. Bu hizmetler sağlık kurumunun kendi bünyesinde sunulabileceği gibi hastanın rehabilitasyon edilmesi için özel olarak oluşturulmuş rehabilitasyon merkezlerinde de sunulabilmektedir.

Bu tür hizmetler kendi içinde ikiye ayrılmaktadır (Hayran, Sur, 1998: 18):

1) Tıbbi Rehabilitasyon: “Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelerdeki protezlerin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir” (Hayran, Sur, 1998: 18).

2) Sosyal Rehabilitasyon: “Sakatlık ya da özürlü/engeli olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmaları kapsamaktadır” (Hayran, Sur, 1998: 18).

1.7.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Toplumsal açıdan kişilerin daha bilinçli olarak sağlıklı yaşamalarını sağlayan sağlığın geliştirilmesi için oluşturulmuş bazı kurumlar da bulunmaktadır. Bu kurumlarda, toplumun daha sağlıklı yaşaması için bilinçlendirme hizmetleri sunulmaktadır. Aynı zamanda kişilerin mevcut sağlıklarını korumaları için inşa edilen spor tesisleri gibi yapılar da bu grupta ele alınabilmektedir.

1.7.2. Verilen Hizmetin Kapsamına Göre

1.7.2.1. I. Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkelerin sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir parçası (Starfield, 1998) olan birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir. Bu hizmet, dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti; bireyler ve aileler için yaşamsal olan hizmetlerin toplumun katılımı ile karşılanabilir bir maliyetle sunulması, sağlığın yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, eğitim ve rehabilitasyon gibi faaliyetleri içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımı, yaşamsal sağlık hizmetlerine yönelik bireysel önlemler, beslenme, temiz su ve hijyen, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, akıl sağlığı servisleri ve yaşamsal ilaçların sağlanması (Boelen ve diğ, 2002: 13) öğelerini içermektedir.

“Tıbbi tanı ve tedavi için ilk müracaat edilecek aile sağlığı merkezleri, dispanserler, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, tıbbi gerekliliklere bağlı ambulansla yapılan tıbbi yardım hizmetleri, kurum tabiplikleri, işyeri hekimlikleri tarafından sunulan birinci basamağa yönelik sağlık hizmetlerini kapsamaktadır” (Aslanadam, 2011:13).

1.7.2.2. II. Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık tesislerince tanı ve tedavisi sağlanamayanların, birinci basamak sağlık hizmetini sunan hekimler tarafından sevk edildikleri eğitim ve özel dal hastaneleri hariç, yataklı sağlık işletmelerinde sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için verilen hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneleri kapsamaktadır. Bu kapsamda yer alan hizmetler yataklı tedavi hizmetleridir.

Bunlar, hemen hemen tümüyle muayene ve tedaviden oluşan tıbbi bakım hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri halk sağlığı hizmetlerinin temel dallarından birisi olarak adlandırıldığı gibi bu hizmetlerin büyük bir bölümü yataklı tedavi kurumlarında sağlanmaktadır (Demirbilek, 1999: 57).

1.7.2.3. III. Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci ve ikinci basamak sağlık tesislerinde tanı ve tedavisi yapılamayanların, ileri tetkik ve tedavisi için hekim tarafından sevk edildikleri özel dal, eğitim, üniversite ve araştırma hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlerce sunulmaktadır. Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür. Genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermenin hedeflendiği, ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü sağlık tesislerinde verilen sağlık hizmetleridir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 46).

İKİNCİ BÖLÜM

2. KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK FİNANSMANI

2.1. KÜRESELLEŞMENİN TANIMI VE KAPSAMI

Küreselleşme günümüzün en çok kullanılan kavramlarından biridir. Yaşamımızın hemen her alanını kapsayan küreselleşmeyle ilgili birçok tanım yapılmaktadır. Küreselleşme, tüm dünyada sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş sürecinin beraberinde getirdiği bir kavram olarak ekonomik, siyasal ve kültürel kavramların tüm altyapılarıyla iç içe geçmiş fenomeninin başlıcasını oluşturmaktadır. Günümüzün en popüler ve en çok tartışılan olgularından biri olarak sıkça kullanılmaya başlanan bu terim etkilerini hayatın hemen hemen her alanında hissettirmektedir (Yalçınkaya ve diğ., 2012: 2).

Küreselleşme ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel yönleriyle çok boyutlu bir olgudur. Araştırmamızda bu çok boyutlu olgunun özellikle ekonomik boyutu incelenecektir.

Sözcük kökeni olarak 400 yıl kadar eskiye dayanan “küresel” (global) sözcüğünün bir kavram (globalization) olarak ortaya çıkışı ilk olarak 1960’lı yıllarda görülür. 1980’li yıllarda dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler, bilgi ekonomisinin öne çıkması ve yakın tarihte yaşanan neo-liberal politikaların yükselişi gibi olayların sonucunda sıkça sözü edilen bu kavram, tam olarak 1990’larda bilimsel alanda da kabul edilip tartışılan kilit konulardan birisi haline geldi. Ancak şimdiye kadar küreselleşme ya da başka bir deyişle uluslararasılaşma etrafında seyreden hiçbir tartışmada teorisyenler veya uygulamacılar arasında uzlaşım sağlanamadı (Ruud).

Globalleşme söylemlerinin gündemi sürekli meşgul ettiği dönemin başlangıcı olarak bir tarih almak gerekirse, Sovyetler Birliği'nin yıkılışıyla dünyanın tek kutup etrafında şekillenmeye başladığı 1990’lı yıllar bunun için uygundur. Ancak globalleşme, bir tarihsel süreç olarak ele alınması gereken bir kavramdır. 1980'lerden

sonra akademik çözümler amacıyla literatüre girmiş olsa da, son yirmi-otuz yıl içinde doğmuş bir olgu değildir. Son yıllarda globalleşmeden bu kadar yoğun bahsedilmesinin en önemli nedenlerinden biri olarak bilişim ve iletişim alanlarında hızla gelişen teknolojik devrimin sonucuymuş gibi gözükürken "yenidünya düzeni" kavramı kabul edilse de, böylesine kısıtlı bir bakış açısı globalleşmenin tarihten koparılarak yüzeysel algılanmasına yol açabilir. Oysaki bugün globalleşme olarak tanımladığımız süreç, 500 yıldan bu yana kapitalizmin gelişmesine paralel bir biçimde dünyaya yerleşmiştir. Kapitalizmin ortaya çıktığı ilk dönemlerden başlayarak sermaye, sınır tanımaz niteliği gereği, global bir sistem yaratmaya eğilimlidir.

Globalleşme olarak isimlendirilen yenidünya düzeni "sürekli bir dengesizlikler süreci ve kriz atmosferi olan kapitalist sistemin" (Mahçupyan, 1997: 23) yirminci yüzyılın son çeyreğinde yaşadığı krizden kurtulmak için yeniden yapılandığı bir çıkış noktasıdır. Bilişim ve teknolojiye yirminci yüzyılda yaşanan ve devrimsel olarak nitelendirilen patlama da kapitalizmin kendini yeniden üretebileceği bir araçtır. Bu nedenle kapitalizmin tarih boyunca geçirdiği evrelerden bağımsız olarak globalleşme sürecinin kavranması mümkün değildir (Şen, 2004: 124).

2.1.1. Ekonomik Anlamda Küreselleşme

Küreselleşme son yirmi yılda ortaya çıkan hızlı teknolojik değişimler ile ortaya çıkmış ve yayılmıştır. Küreselleşme kapitalist politikaların dünya çapında yayılma sürecini ifade eder. Bu zaman zarfında ürün ve faktör piyasaları serbestleşerek dünya ekonomilerinin tek pazar halinde bütünleşmesine yol açmıştır. Böylece bir ülkenin refah seviyesini yükseltebilmesi o ülkenin bütünüyle rekabet gücünü artırmasına bağlı olmuştur, sınırların kalkması ile ticaret serbestleşmiş, iç piyasanın yerini dünya pazarı almış, uluslararası sermaye ulusal sermayenin önüne geçmiştir. Kısacası küreselleşme, tarihsel bir gelişim süreci olarak kapitalist politikaların dünya çapında yayılma sürecini ifade eder (Yalçınkaya vd., 2012: 21).

Ülkelerin ekonomilerinin küresel sisteme bağlılığı ile kentler, bölgeler, uluslar birbirinden uzaklaşmakta, arasındaki mesafeler artmaktadır. Küresel ekonomi

sosyal ve politik çözümlenmeyi hızlandırıyor. Bireyler kimliklerini kaybederek kendi yaşam çevrelerine yabancılaşmaktadır. Bireyler bu süreçte, anlaşımlar ya da anlamasınlar, farkında olsunlar ya da olmasınlar karar ve uygulamalara katılmadıkları zaman kendilerinden uzakta meydana gelen uygulamaların, politikaların tesiri altına giriyorlar (Aydoğan, 2004: 35).

Küreselleşmenin tüm dünya ekonomileri üzerinde önemli ve çeşitli etkileri vardır. Bu etkilerden bazıları da mal ve hizmetlerin üretimi, üretim sürecinde kullanılan emek, diğer girdilerin üretimi, istihdamdır. Ayrıca buna ek olarak fiziki sermaye ve insan sermayesini, etkinlik, verimlilik, teknolojik gelişmeyi de etkiler (Intriligator, 2003: 7).

Ekonomik küreselleşme başlangıçta çok uluslu firmalar, kısa vadeli yabancı yatırımlar, teknoloji satışı akımlar, doğrudan yabancı sermaye ticareti yoluyla uluslar arası ekonomide ulus ötesi entegrasyonun artması olarak tanımlanabilir (Bhagwati, 2003).

Küresel kültür, kitle iletişim araçları ile dünyayı standartlaştırmakla suçlanılıyor. Bunu söyleyenler İngilizcenin giderek dünya dili haline gelmesini kanıt göstermektedirler. İngiliz sömürgeciliği, Amerikan'ın siyasi ve ekonomik gücüyle dünyada egemen olması sonucunda yaygınlaşan İngilizcenin bugün 320 milyon insanın ana dili, 30'dan fazla da devletin resmi dili olmaktadır (Yıldırım, 2014: 10).

Küreselleşen ekosistem, küresel bir şehire dönüşürken gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri birbirlerine bağlı hale getirmektedir. Küreselleşme bütünleşen bir dünyayı getirmektedir. Ama bu bütünleşme sürecinde dünya piyasalarına uyum sağlayamamış ülkeler, sanayileşmiş ülkelerin büyüme potansiyelini sınırlamaktadır (Kaypak, 2011: 20). Bu nedenle küreselleşme sürecinde devletler öncelikle refah seviyesi güçlü toplumlar oluşturmalarıdır. Sanayileşme ekonomik büyüme için itici bir güç olarak düşünüldüğünde ülkelerin özellikle de gelişmekte olan ülkelerin güçlü sanayileşme vizyonları oluşturmaları gerekir. Bu bağlamda ihracatçılar için yeni piyasaların oluşturulması, iş imkânların sağlanması, farklı bölge ve sektörlerdeki işverenlerin ve çalışanların güçlendirilmesi, bölgesel ekonomik oluşumlar canlandırılmalıdır. Ülkelerin uyguladığı ekonomik politikalar, sanayi politikaları,

reform politikalarına dayandırılmalıdır. Böylece sanayinin büyümenin bileşimleri, yatırım ihracat, yenilik olarak değiştirilmelidir (Ekren, 2001: 1).

Küreselleşme liberalleşme ile eşit bir kavram olarak görülmüştür. Bu durumda küreselleşme ülkeler arasında kaynak hareketlerine uygulanan kısıtlamaların resmen kaldırılması sürecini ifade eder. Küreselleşme ile birlikte ticaret engelleri, döviz kısıtlamaları, sermaye kontrolleri ve vize gibi düzenleyici önlemleri azaltmak veya ortadan kaldırmak gibi anlayışlar oluşmuştur (Scholte, 2002: 10).

Ekonomik faaliyetlere küresel nitelik yüklenilmesi, yeni var olan bir olgu değildir. Bazı faaliyetler yüzyılları kapsayacak kadar uluslararası ticarete önem taşımıştır. Otuz yıl öncesine kadar uluslararası ekonomik entegrasyon, çoğunlukla bağımsız firmalar arasında uluslararası yatırım sermayesi hareketlerini, mal ve hizmetlerin ticaretini gösteren bir entegrasyon şeklindeydi (Adıgüzel, 2013: 2). Ancak küreselleşmenin beraberinde getirdiği ekonomik anlayış şirketlerin yerel pazarla birlikte uluslararası pazarlara kaymalarına neden olmuştur ve günümüzde dünya ekonomisi bir bütün olarak tek pazar haline gelmiştir. Şirketler bu pazar içerisinde mevcut varlıklarını sürdürebilmek, yerlerini alabilmek, rekabet etmek, ekonomik girdiler sağlayabilmek amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin avantajlarından faydalanma yolunu seçmişlerdir (Yılmaz, 2013: 253).

Küresel üretim sistemi, çok uluslu şirketlerin dünya ekonomisine egemen olmasına neden olmuştur. Dünyadaki toplam ticaretin büyük bir kısmına egemen olan bu şirketler, teknolojik gelişmeyi de denetimleri altında bulundukları için dünyanın hangi yöresinin geliştiğini, hangi yöresinin yeni teknolojiyi elinde bulduracağını da kestirebilmektedirler. İmalatta yenilik monopolünü elinde bulduran çok uluslu şirketler çok fazla esneklikler gösterebilmektedir. Üretim, yerinden dağıtım, servis, pazarlama konularında çok hızlı gelişmeler meydana gelmektedir (Yıldırım, 2014: 11).

21. yüzyıl yeni fırsatlar doğurmakla beraber, ciddi ekonomik, sosyal sorunları da beraberinde getirmiştir. Yapısal bir boyut kazanan işsizlik, yoksulluk, dengesiz gelir dağılımı bütün dünya da küresel bir sosyoekonomik durum haline gelmiştir.

Küreselleşme birçok insana göre işini kaybetme korkusu, artan işsizliğin ve azalan ekonomik güvencenin nedeni olarak görülmektedir. Küreselleşme yalnızca ekonomik zenginliğe odaklanmamalı insanlar arasında sürekli bir eşitliği, tam istihdamı, nitelikli yaşam standartlarını da sunabilmelidir (Gökbunar ve diğ., 2008: 171).

2.1.2. Küreselleşmenin Tarihsel Aşamaları

Kapitalizmin tarihini incelediğimizde küreselleşme olgusunun tarihsel gelişiminin 3 başlık altında toplanması mümkündür (Üzmez, 2006: 2).

2.1.2.1. Birinci Küreselleşme Dalgası:

Küreselleşmenin ilk tohumlarının Batı'nın denizler ötesi keşiflere girişmesi ile birlikte 1490 yılında atıldığını kabul edilir. 18. yüzyılda bile devam eden bu yayılmanın başlamasına olanak veren teknoloji ve denizcilikteki gelişmelerdir. Bu dönemin öncü devleti ise Hollanda'dır.

Batılı ülkelerin kullandığı yöntem, kâşiflerin ardından, üstün silah teknolojisinin yardımıyla askerî işgali devreye sokmaktı. Bu işgaller sırasında yapılan değerli maden yağması ve katliamları kendi halkları gözünde haklı gösterebilmek için Batılı ülkeler bu "putperest" topraklara "Hıristiyanlık değerlerini taşıdıklarını" söylediler.

Bu yayılmayı doğuran gereksinme, Batı Avrupa'da oluşma kıpırtıları yeni başlayan Mutlakiyetçi Monarşi'nin denizaşırı ülkelerdeki değerli madenlere (altın vs.) ve mallara (baharat vs.) el koyma isteğiydi. Bu, 16-18. yüzyıllarda doruğuna ulaşacak olan Merkantilizm politikasının da başlangıcını oluşturur.

Sonuç, ulusal devleti güçlendirecek olan kolonilerin (sömürge imparatorluklarının) kurulması, yani Batı'nın o zamana kadar ulaşmadığı denizaşırı ülkelere siyasal, askerî ve ticarî etkisini yayması olmuştur (Oran, 2000: 4-5).

2.1.2.2. İkinci Küreselleşme Dalgası:

Batı'nın ikinci yayılması 1870'den sonra başladı ve deyim yerindeyse 1890'larda sanayi devrinin etkisi ile kurumsallaştı.

Sanayi Devrimi, buhar makinesinin 18. yüzyıl sonunda İngiltere'de sanayide uygulanması ve kol gücünün ikamesiyle başlamıştı. Devrim, buhar makinesinin demiryollarında ve denizyollarında uygulamaya girmesiyle 19. yüzyılın ortasında dünya pazarının oluşmasını sağladı. Telgrafın devreye girmesi ve fotoğraf, haberleşmenin hızlanmasını ve haber malzemesinin zenginleşmesini sağlayan yeni buluşlar oldu. İngiltere bunlara öncülük etmekle kalmadı, aynı zamanda bunları sanayisinde uygulayarak sanayi devrimiyle olanaklı hale gelen yeni araçları da üretti.

Bu ikinci yayılmayı doğuran gereksinimler de sanayi devriminin sonuçlarından çıktı ve dolayısıyla da birincisindekine oranla çok daha çeşitli, belirgin ve önemliydi. Bu yayılma "Avrupa'nın içinden gelen yeni ve belirli ekonomik ve malî baskılara bir cevap" oldu.

Bu gereksinimleri şöyle özetleyebiliriz:

- Metropol sanayilerine ucuz ve sürekli hammadde akışı sağlamak,
- Beliren fazla üretimi satacak yeni pazarlar bulmak,
- Sermayenin marjinal verimliliğinin metropollerde çok azalışı nedeniyle sermaye ihraç etmek
- Fazla nüfusu akıtmak (Oran, 2000: 5-6).

Dolayısıyla, kıyasıya bir uluslararası rekabet başladı. Bu, kâr marjlarını düşürdü. Ulusal burjuvaziler dış rekabetin sınırlanmasını istemeye başladılar. Fakat bu yapıldığı takdirde toplam dünya ticareti düşecekti. Bu çözümü zor sorunun bir tek çıkar yolu vardı: Dünyanın o zamana kadar uluslararası siyasal ve ekonomik ilişkilere yeterince açılmamış yerlerini açmak. Bu başlangıçta sorun çıkarmadı. Çünkü Batı dünyasının deyimiyile "uluslararası ticarete açılacak", bir başka

deyimiyle “sömürgeleştirilecek” boş topraklar bulunuyordu ve Avrupa'daki ekonomik sorunlar bu yolla çözülebilirdi.

İngiltere 17. yüzyıldan itibaren, daha sanayi kapitalizmine geçmeden önce, adım adım dünyanın çeşitli yerlerinde fetihler yapıp bir imparatorluk kurmaya başlamıştı. Ticari kapitalizm dönemindeki bu fetihler, kendi insanların katıldığı coğrafi keşiflerle birlikte gitti. Avustralya, Yeni Zelanda gibi bakir topraklarda, Kuzey Amerika'da yerleşmeler yetmedi; Afrika'da, Pasifik Adaları'nda ve 'Taç'taki Pırlanta' Hindistan'da kurduğu sömürgelerle “Üzerinde Güneş Batmayan İmparatorluk” boyutuna geldi.

Bu geniş coğrafi alana yayılan imparatorluk rakipsiz biçimde ucuz hammadde kaynaklarına, ucuz iş gücüne ve ucuz gıda maddelerine ulaşmak demektir. İkinci küreselleşme dalgasının da öncü devleti, bu sayılan özelliklerden dolayı İngiltere olmuştur (Kazgan, 2000: 25-27).

Yukarıda bahsettiğimiz gelişmeleri özetleyecek olursak: 19. Yüzyıl sonunda kapitalizm yeniden yapılanma zorunluluğuyla karşı karşıya kalmıştı ve İkinci yayılma dalgası bunu sağlayarak, sistemin kendini yeniden üretmesine olanak tanıdı.

Sonuçta, ikinci Batı yayılması olan Emperyalizm bu denizaşırı topraklara güçlü biçimde yerleşerek, birinci küreselleşmenin aksine kendi altyapısını çok köklü biçimde aşıladı. Buraların ekonomisi metropol ekonomisine eklemelendi. Yani, çoğu feodal dönemi bile yaşamamış olan topraklarda dünya kapitalist sistemi egemen oldu. Doğal olarak, bu da arkasından Batı'nın üstyapısını sürükledi. Buralara, yama biçiminde de olsa, Batı kültürü yayılmaya başladı. Misyonerlerin başlattığı ve sömürgeci devletin sürdürdüğü Batıcı eğitim de bunu perçinledi (Oran, 2000: 7).

2.1.2.3. Üçüncü Küreselleşme Dalgası:

1914 yılında başlayan Birinci Dünya Savaşı ile sona eren ikinci küreselleşme evresi; Sovyet Devrimi, ardından yaşanan 1929 Büyük Buhranı ve İkinci Dünya Savaşı ile birlikte dünya ekonomisi, 1945 yılına kadar bir içe kapanma evresi yaşamıştır. Bu dönem küreselleşmenin kesintiye uğradığı dönem olarak kabul görmektedir.

Küreselleşmenin üçüncü evresi İkinci Dünya Savaşı sonrası başlamış ve 1980'li yıllardan itibaren hız kazanmıştır. Üçüncü küreselleşme evresinin öncüsü, savaştan en az zararlı çıkan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmuştur. ABD'li bilim adamları savaş sonrası üçüncü küreselleşme evresinin teorik altyapısını oluştururken, teknolojik gelişme, iletişim, her alanda büyük üretim artışı ve büyük altın stokları sayesinde ABD Dolarının dünyada en geçerli para olması, ABD'yi üçüncü küreselleşme evresinin öncüsü yapmıştır.

II. Dünya Savaşı sonrasında dünya ekonomisi doğu ve batı şeklinde parçalanmış ve entegre olmamış bloklara bölünmüştür. 1950 ve 1960'lı yıllarda, ekonomik yapıda küreselleşmeye gidilmeye başlanmış, savaş sonrasında uluslararası ticaretin serbestleştirilmesi ve yatırımların kolaylaştırılması doğrultusunda Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) kurulmuş, Avrupa Birliği (AB)'nin temelleri atılmış, ABD'nin "açık kapı" politikası çerçevesinde devletler finansal ve ticari ilişki kurmaya başlamış, doğrudan sermaye yatırımları artmış, yerel pazarda ortaya çıkan durgunluk sonucunda dış pazara yönelim başlamıştır (Bozkurt, 1998: 48).

1950'li yıllardan itibaren Soğuk Savaş'ın dünyayı ikiye bölmesiyle ABD birinci küreselleşme evresinde İngiltere'nin sahip olduğu bütün koşullara sahip olmasına rağmen, bu dönemde serbest piyasanın kendisine sağlayacağı avantajlardan pek yararlanamamıştır. Bu dönemde Merkezi Planlı ekonomilerin sağladığı başarılar küreselleşmeyi geciktiren etmenlerden biri olmuştur.

Özellikle 1960'lı yılların ortasından itibaren artmaya başlayan doğrudan yabancı yatırımlarla gelişen küreselleşme ve Çok Uluslu Şirketlerin (ÇUŞ) artan gücü ulusal egemenlik ve yerel endüstriler için tehdit oluşturmaya başlamıştır.

1970'li yıllara gelindiğinde, çok ciddi ekonomik olaylar yaşanmıştır. Bir yandan 1971-73 yılları arasında Bretton Woods sistemi (sabit kur) çökerken ABD doları dalgalanmaya bırakılmış; 1973-74 ve 1979-80'de iki petrol şoku yaşanmıştır. Diğer yandan üretim teknolojisinde kazanılan ivme uluslararası rekabeti bozmuştur.

1970-1980 arası dönem büyümenin en az olduğu dönemdir. Dünya çapında üretim aynılaşmaya başlarken, şirketler arası rekabet içerde ve dışarıda kızışıp finans

pazarı yerküre haline gelmiş; kapitalizm, kendi sürekliliği içerisinde bir "yeniden yapılanma" sürecine girmiştir (Bozkurt, 1998: 50).

1980'li yıllardan itibaren bilgi işlem, iletişim, telekomünikasyon teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte üçüncü küreselleşme evresi hız kazanmıştır. Özellikle 1970'lerin istikrarsız ortamından çıkmak isteyen gelişmekte olan ülkelere IMF ve Dünya Bankası aracılığıyla önerilen ekonomik istikrar ve yapısal uyum programları küreselleşmenin etkinliğini artırmıştır. IMF ve Dünya Bankası'nın önerdiği istikrar ve yapısal uyum programları bütün ülkelerde ortak amaçları hedeflemiştir. Serbest piyasa ekonomisi çerçevesinde dışa açık ekonomik gelişmenin gereği olarak, ticari liberalleşme, esnek çalışma ve ücretlerin denetimi, finansal liberalleşme, kamu işletmelerinin özelleştirilmesi, devletin ekonomik olarak küçültülmesinin yanı sıra, daraltıcı para ve maliye politikaları ile sosyal harcamaların azaltılması temel hedefler arasındadır. Bu dönemde Latin Amerika, Güney Sahra Afrika'sı ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok gelişmekte olan ülke IMF ve Dünya Bankası güdümünde yeni liberal ekonomik programları hızla uygulamaya koymuşlardır.

Küreselleşmenin etkisiyle 1980'li yıllardan itibaren dünya ekonomisinde büyük bir büyüme yaşanmıştır. Bu dönemde dünya ticaret hacmi hızla büyümüş, çok uluslu şirketler aracılığıyla doğrudan yabancı yatırımlar büyük hacimlere ulaşmış ve sermaye hareketlerinin sınırsız hareketliliğe sahip olmasıyla dünya ekonomisi hızla küreselleşmiştir. 1980'li yıllardan itibaren doğrudan yabancı yatırımlar daha çok sanayileşmiş ülkeler ve bölgesel bloklar öncelikli yapılırken, daha sonra ucuz emek maliyetleri nedeniyle gelişmekte olan ülkelere kaymış ve birçok gelişmekte olan ülke küresel entegrasyona dâhil olmuştur (Taylor, 1997: 145).

Bu üç evredeki ekonomik durumdan bahsedecek olursak; iktisadi büyüme üzerine olan etkilerinin, birbirinden peş peşe kopuşlar sergileyen sıçramalar şeklinde olduğu görülmektedir. Örneğin, 1800'lerin başına kadar neredeyse sabit olan ve ancak geçimlik düzeyde bir gelir sağlayan büyüme oranları, 19. yüzyıl boyunca ivmeler göstermiş ve %2'lik hadlerinden, 20. yüzyılın ikinci yarısında %3'ün üzerine taşmıştır. Bu süreçte dünya kapitalizminin lideri konumundaki ülkenin elde ettiği büyüme oranının her defasında bir öncekinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Örneğin dünya kapitalizminin 1580-1820 arasında önderi konumunda olan Hollanda'nın büyüme hızı %0.2 iken, ikinci evredeki önder İngiltere'nin yaşadığı büyüme hızı %1.2'dir. 1890'dan başlayarak dünya kapitalizminin hegemonik gücü haline dönüşen ABD 1890-1990 arasında yıllık ortalama %2.2 oranında büyüme göstermiştir (Yeldan, 2001: 15).

Hızlı bir şekilde yaşanan bu sanayileşme evresinin bir diğer boyutunun ise bugün “Üçüncü Dünya” diye adlandırdığımız ülkeler açısından bir “sanayisizleştirme” ve “geri bıraktırma” olgusu ile paralellik gösterdiği. Örneğin, bu sürece koşut olarak 18. yüzyıla değin dünya tekstil imalatında lider konumunda olan Hindistan, 19. yüzyıl başlarında tekstil ihtiyacının %70'ini ithal eden ve karşılığında ham pamuk ihracatı yapan bir çevre ekonomisine dönüşmüştür. Dolayısıyla 19. yüzyılın ikinci küreselleşme dalgası, uluslararası görece olarak eşit dağıtılmış olan bir dünya ekonomisinden hareket etmiş ve ortalama olarak geçimlik düzeyde sürdürülen iktisadi faaliyetleri hızla geliştirerek 20. yüzyıla gelir eşitsizliklerinin artmış olduğu bir dünyayı miras bırakmıştır. İkinci küreselleşme dalgası ise, bir anlamda, bu eşitsizlik üzerine inşa edilmiş ve kalkınma ve az gelişmişlik ideolojisinin bir uzantısını oluşturmuştur (Yeldan, 2001: 16).

ÜÇ KÜRESELLEŞME DALGASI		YÖNTEM	HAKLI GÖSTERİŞ	SONUÇ
Birinci Küreselleşme	Denizcilikte Gelişmeler, Merkantalizm	Önce Keşifler, Sonra Askeri İşgal	Putperestlere Tanrı'nın Dinini Götürme	SÖMÜRGEÇİLİK
İkinci Küreselleşme	Sanayileşme ve Doğurduğu Gereksinimler	Önce Misyonerler, Sonra Kaşifler, Sonra Ticaret Şirketleri, En Son İşgal	"Beyaz Adamın Yükü" "Uygarlaştırıcı Görev" "İrkçı Teoriler"	EMPERYALİZM
Üçüncü Küreselleşme	1970'lerde ÇUŞ, 80'lerde İletişim Devrimi, 90'larda Batının Rakibinin Ortadan Kalkması.	Kültürel-İdeolojik Etki (böylece ülkenin her yanı - ekonomik, siyasal, sosyal- kendiliğinden etkileniyor	"En Yüksek Uygarlık Düzeyi", "Uluslararası Topluluğun idaresi" "Piyasanın Gizli Eli", "Globalleşme Herkesin Çıkarınadır"	GLOBALLEŞME

Tablo 1. Üç Küreselleşme Dalgası (Oran, 2000: 5).

2.2. KÜRESELLEŞME SÜRECİNİN GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERİN EKONOMİLERİNE VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ

Gelişmekte olan ülke denilince akla ilk gelen; kişi başına düşen gelirin yetersiz olduğu, adaletsiz gelir dağılımının olduğu, sanayi gelişme düzeyinin düşük, doğum artış hızının yüksek dolayısıyla nüfusun hızlı arttığı ve ekonominin daha ziyade tarıma dayalı olduğu sanayileşme çabasındaki sağlık ve eğitim problemlerini henüz çözememiş refah düzeyi düşük ülkeler akla gelmektedir.

Küreselleşmenin gelişmekte olan ülkelerin ekonomik yapılarına olan etkisi ve bunun sonucunda sağlık harcamalarına olan etkisini inceleyecek olursak; küreselleşme süreciyle birlikte gelişmekte olan ülkelere yönelik doğrudan yabancı sermaye yatırımları özellikle 1980'lerle beraber hızlı bir biçimde artmaya başlamıştır. Yabancı sermayeye karşı, II. Dünya Savaşı sonrasında oluşan olumsuz tavır 1980'li yıllarda ortadan kalkmış, "yabancı sermayeyi nasıl kontrol ederim" kaygısı gündemden kalkarak "yabancı sermayeyi nasıl cezbederim" sorunu gündeme girmiştir. Dünyadaki uygulama, yabancı sermayeye yaklaşımda ekonomik görüşlerin siyasi görüşlerin önüne geçtiğini göstermektedir. Örneğin Çin Halk Cumhuriyeti, yabancı sermayeye kapılarını açmakla kalmamış, doğrudan yabancı sermaye yatırımlarını çekmekte gelişmekte olan ülkeler arasında birinciliği kapmıştır. 1988-1992 yılları arasında toplam 126,1 milyar dolarlık doğrudan yabancı yatırımın 47,3 milyar doları Çin ve Singapur'a gitmiştir (Sabır, 2002). Devletler artık yabancı sermayenin gelmesi için teşviklerde birbirleriyle yarışmaya başlamışlardır. Küreselleşmenin keskinleştirdiği rekabet olgusu ve hızlı kalkınma hamleleriyle çağı yakalama zorunluluğu, gelişmekte olan ülke hükümetlerinin doğrudan yabancı yatırımları ülkeye çekecek politikalar üzerinde yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Gelişmekte olan hemen tüm ülkelerde hükümetler, doğrudan yabancı sermaye yatırımlarını kalkınma hedeflerinin bir parçası olarak düşünmektedir (Camadan, 2010: 16).

1990'dan beri Asya'ya (ağırlıklı Çin'e) ve Latin Amerika'ya akan doğrudan yabancı yatırımda önemli artışlar gerçekleşmiştir. Ancak diğer bölgeler ciddi şekilde ihmal edilmiştir. Dünya nüfusunun % 57 ila % 72'si, küresel doğrudan yabancı

yatırımın yalnızca %8,5'ini almaktadır.. Ciddi bir eşitsizlik sürmekte ve dünyadaki gelir dağılımının giderek bozulmasına neden olmaktadır. Zaten küreselleşmenin en çok şikâyet edilen yanı her ülkenin küreselleşmeden eşit şekilde yararlanamamasıdır. Bunun tersinin olmasını beklemek pek de gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır açıkçası. Çünkü küresel sermaye duygularla hareket etmemektedir (Camadan, 2010: 17).

Dünya Kalkınma Raporu'na göre dünya genelinde kişiler arasındaki gelir eşitsizliği 19. yüzyılda önemli bir şekilde yükselmiş ve 20. yüzyılın ilk yarısında hemen hemen sabit kalmıştır. 20. yüzyılın ikinci yarısında çok hızlı olmamakla beraber tekrar yükselmiştir. Küresel gelir eşitsizliğinin ve zengin-yoksul ülkeler arasındaki ortalama gelir farklılıklarının temel belirleyicisi nispi ekonomik büyümedir. 19. yüzyılın başlangıcında küresel yıllık ortalama gelir bu günün satın alma gücü ile kişi başına yaklaşık 650 dolar idi. Başka deyişle 1 milyarlık nüfusun 2/3'ünün günde bir dolar civarında bir gelire yaşadığı tahmin edilmektedir. Daha sonra, Avrupa ve Kuzey Amerika'da başlayan büyüme, Rusya, Latin Amerika ve Doğu Asya da dahil olmak üzere tüm dünyaya yayılmış, ortalama gelirler yükselmiş ve bu ülkelerdeki fakirler aşırı fakirlikten kurtulmuştur. Bu büyüme sürecinin en zayıf olduğu bölgeler Güney Asya ve Sub-Saharan Afrika'dır. Bu bölgelerdeki aşırı yoksulluğun ve neticesinde sağlık alanındaki geri kalmışlığın asıl nedeni budur.

Küreselleşme sürecini iyi değerlendiren Güney Kore bir yana bırakılırsa diğer gelişmekte olan ülkelerin küreselleşme sürecinde dış borç stoklarının arttığını söylemek mümkündür.

Dış borçlanmanın toplam sermaye akımları içindeki payı, 1970 yılında % 60, 1980 yılında % 80 iken, 1990 yılında toplam sermaye akımları içinde portföy yatırımlarının ağırlığının artması nedeniyle % 35'e düşmüştür (Aklan, 2002: 7). 1990'lı yıllardaki bu piyasa liberalizasyonun ana ilkeleri şunlardır; Devletler sermaye hareketleri üzerindeki kısıtlamaları kaldıracaklar, kamu kağıtları, para piyasası ve borsa gibi finansal piyasalarını yabancı yatırımcılara açacaklar, bu tür piyasaları yoksa kuracaklar, kamu işletmeleri mevcutsa özelleştirme yapacaklar. Bu hareketin ideolojik altyapısı bazı Amerikan üniversitelerinde oluşturuldu, gelişmekte olan ülkelerdeki pazarlamasını da Dünya Bankası ve IMF yaptı. Öngörülen bu tedbirler

sonucunda, liberal iktisadın klasik ilkeleri uyarınca, sermaye bol olduğu, dolayısıyla marjinal getirisinin düşük olduğu yerlerden, yani gelişmiş ülkelerden kıt olduğu gelişmekte olan ülkelere akacak, bu şekilde bu ülkelerin kalkınması hız kazanacaktı. Yeter ki sermaye hareketlerinin önündeki engeller kaldırılınsın! 90'larda finansal liberalizasyon Brezilya'dan Türkiye'ye, Arjantin'den Güney Kore'ye kadar orta gelişmişlik düzeyindeki ülkelere benimsendi ve buralara gelişmiş dünyadan akan yıllık sermaye hareketi 200-250 milyar dolarlar mertebesine ulaştı. Bunun önemli bir bölümü sıcak para denen kısa vadeli finansal yatırımlar şeklindeydi. 1997 Uzakdoğu kriziyle başlayan gelişmekte olan piyasalardaki krizler silsilesi sonucunda ise bu yıllık sermaye hareketinin hacmi giderek azalmaya başladı; 2001 yılında 120 milyar dolar civarına geriledi (Somçağ, 2007).

IMF ve Dünya Bankası'nda ki köklü değişim Margaret Thatcher ve Ronald Reagan'ın iktidara geldiği dönemde gerçekleşmiştir. Bu kurumların genel çizgisini belirleyen politikalarını yönlendiren bölümlerde büyük değişiklikler gerçekleştirilmiştir. J.Stiglitz'in belirttiği gibi ; "IMF ve Dünya Bankası, verecekleri borç ve bağışlarla fena halde ihtiyacı olan, serbest piyasa ekonomisine geçmeye gönüllü fakir ülkelere bu fikirleri dayatmak için kullanılan yeni misyoner kuruluşlar haline geldi (Stiglitz, 2002: 34). İki kardeş kuruluş gelişmekte olan ülkelere müdahale aracı haline gelmişlerdir. IMF yeni misyonu gereği yetki alanını her fırsatta genişletme eğiliminde olan bir kuruluştur, her yapısal soruna ve ekonominin genel performansını etkileyebilecek hemen her şeye karışma çabası içerisindedir (Camadan, 2010: 25).

Birbirinden çok farklı ekonomik yapılara sahip ülkelere standart reçeteler öneren IMF'nin, serbest piyasa ekonomisine hızlı geçişi öngören politika uygulamaları başarısız olmuştur. IMF programlarını en sıkı uygulayan Bolivya, Arjantin gibi ülkelerde sürekli büyüme sağlanamamıştır. Özellikle tarım alanında ki sübvansiyonlara karşı olan IMF, yoksul üreticilerin durumunu daha da kötüleştirilmiş, yeni iş alanları açmak bir yana mevcut istihdam olanaklarını da azaltmıştır. IMF'nin istikrar politikaları enflasyonu düşürme konusun da bazı ülkelerde başarılı olduysa da; kurum bu başarıyı işsizlik oranlarını çift haneli

rakamlara çıkararak, büyümeyi gündemden düşürerek sağlamıştır. Yaşanan bu olumsuzluklara verilebilecek son örneklerden biri Arjantin'dir.

1995-1999 yılları arasında para kurulu uygulamasına giden Arjantin 'de ülkenin para birimi Peso, %15 oranında aşırı değerlenmiş, ülkenin rekabet gücü zayıflamıştır. Ülkede yaşanan dolarizasyon ve yüksek reel faiz oranları uluslar arası sermaye piyasalarında güvensizliğe yol açmıştır. Arjantin 2000 yılı Mart'ında IMF ile 40 milyar dolarlık stand-by anlaşması imzalamıştır. Stand-by anlaşmasına karşın 2001 yılı başında ülkenin ekonomik performansı dibe vurmuş, büyüme oranı negatif seyrini sürdürmüştür. Bütçe açığının GSYİH' ya oranı 2001 yılının Şubat'ında %12,8 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönemde ülkenin dış borçları 150 milyar doları aşmış, dış ticaret açığı GSMH' nin % 26,1'ine ulaşmıştır (Camadan, 2010: 25). Dünya Bankası verilerine göre Arjantin'in sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 2001 ve 2002 yıllarında % 54 seviyelerinde iken 2003 ten itibaren % 51 seviyelerine gerilemiştir. Yine sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 2001 ve 2002 yıllarında % 4,2 seviyelerinde iken 2003 ten itibaren % 3,5 seviyelerine gerilemiştir. En önemli gerileme ise kişi başına düşen sağlık harcamalarında yaşanmıştır. Buna göre; 2001 ve 2002 yıllarında kişi başına düşen sağlık harcamaları 710 \$ seviyelerinde iken 2003 ten itibaren 225 \$ seviyelerine gerilemiştir.

IMF politikalarının neden olduğu sorunlar yalnızca Arjantin'de yaşanmamıştır. 1994 yılında ABD'nin faiz oranlarını arttırması sonucu kriz içerisine giren Meksika'da hükümetin dolara endeksli kısa vadeli borçları yüksek düzeye ulaşmış, yapılan devalüasyon sonrasında yatırımcılar Pesodan kaçmaya başlamışlardır. Spekülatif kaygılarla hareket eden yatırımcıların Pesodan kaçmasına yol açan bir diğer etken ABD'deki cazip faiz oranlarıdır. Bu koşullar altında kamu kesiminde ortaya çıkan likidite krizi, faiz oranlarını yükseltmiştir. Krizin yayılmasından endişe eden ABD ve IMF o güne kadar görülmemiş büyüklükte bir yardım paketini devreye sokmuştur. Neo-liberal politikaların göz bebeği olan Meksika'ya 52 milyar dolarlık kaynak sağlanmıştır. Bu kaynağın 17 milyar doları imzalanan stand-by anlaşması ile IMF tarafından Meksika'ya aktarılmıştır. 17 milyar dolar Meksika'nın IMF' deki ülke kotasının tam 7 katıdır. 1994 krizinin Meksika'ya

maliyeti GSMH'nın % 15'i kadardır. Ülke Ekim 1994-1995 döneminde % 9,6 küçülmüştür (Camadan, 2010: 26). İzlenen liberalleştirme politikaları sonucu hükümetin tarım desteklerine ayırdığı fonlar % 70 oranında azalmıştır. Bu uygulamalar sonucunda Meksika en iddialı olduğu tarım ürünlerinde bile dışa bağımlı olmuştur. Krizler yüzünden alım gücü düşen hane halklarının süt tüketimi %21, et tüketimi % 30 azalmıştır. Tüm bunlar sağlık harcamalarına da olumsuz bir etki yapmıştır. Dünya Bankası verilerine göre Meksika'nın sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 1994 öncesi % 48 seviyelerinde iken 1994 ten itibaren % 41,4 seviyelerine gerilemiştir. Yine sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 1994 öncesinde % 2,6 seviyelerinde iken 1994 ten itibaren % 1,9 seviyelerine gerilemiştir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarında ise 1994 yıllarında kişi başına düşen sağlık harcamaları 300 \$ üzerinde iken 1994 ten sonra 177 \$ seviyelerine gerilemiştir. Tüm bu çalkantılar sonucunda, Meksika geniş toplum kesimlerinin hoşnutsuzluğunun her geçen gün arttığı bir ülke haline gelmiş ve hala bu durumu günümüzde de korumaktadır.

IMF'nin istikrar programlarının başarısızlığına verilecek en önemli örneklerden biri de Doğu Asya Krizi'dir. 1929 Ekonomik Buhranı'ndan sonra yaşanan ve dünyayı etkileyen en büyük kriz olma özelliğine sahip Doğu Asya Krizi, 2 Temmuz 1997'de Tayland'ın para birimi olan Bahtın değer kaybetmesi ile başlamıştır. Bahtın bir gecede % 25 değer yitirmesi döviz spekülasyonunu beraberinde getirmiş; kriz G. Kore, Filipinler, Endonezya, Malezya gibi bölge ülkelerine yayılmıştır. Kriz, döviz piyasası kökenli olmaktan çıkarak büyük bankaları, borsaları tehdit eder boyutlara ulaşmıştır (Stiglitz, 2002: 200). Avrupa ve ABD'deki kısmi toparlanma tıpkı Meksika krizinde olduğu gibi sıcak paranın bu bölgelerden uzaklaşmasını özendirici etki yaratmıştır. Görevi bu tür krizleri önlemek olan IMF, bu aşamada devreye girerek Doğu Asya ülkelerine yönelik bir istikrar paketi uygulamaya sokmuştur. Birçok katı ekonomik tedbiri içeren yardım paketleri kredi alan ülkelerin ekonomik egemenliğini ortadan kaldırıcı hükümler içermiştir. Önerilen tedbirler ise kamu harcamalarının kısılması, vergi oranlarının yükseltilmesi, desteklemelere ve devlet tekeline son verilmesi yüksek faiz oranları yoluyla iç talebin kontrol edilmesi gibi alışılmış konu başlıklarından oluşmaktaydı.

Doğu Asya krizinin diğer bir sonucu kontrol edilemeyen mali sermayenin küresel istikrardan sorumlu IMF'yi bile güç durumda bırakmasıdır. Güney Kore, Tayland ve Endonezya'ya aktarılması gereken kaynağın 117 Milyar doları bulunduğu bir ortamda Bretton Woods kuruluşları bu ülkelere yalnızca 51 Milyar dolarlık bir kaynak sağlayabilmişlerdir.

Temel nedeninin para ve sermaye piyasasının hızla liberalleştirilmesi olan Doğu Asya krizi sonucunda, performansları o güne kadar hayranlıkla izlenen mucize ekonomiler büyük sarsıntı yaşamıştır. IMF ve Dünya Bankasının öngöremediği bu kriz 1998'in kayıp bir yıl olmasına neden olmuştur. 1998 de Endonezya % 15,3 oranında küçülmüştür (Stiglitz, 2002: 111).

Dünya Bankası verilerine göre Endonezya'nın sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 1998 öncesi % 36 seviyelerinde iken 1998 ten itibaren %34,1 seviyelerine gerilemiştir. Sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 1998 öncesinde %0,7 seviyelerinde iken 1998 ten sonrasında ise % 0,4 seviyelerinde yer almıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarında ise 1998 yıllarında kişi başına düşen sağlık harcamaları 23 \$ seviyelerinde iken 1998 ten sonra 10 \$ seviyelerine gerilemiştir.

1998 de Malezya % 7,5 oranında küçülmüştür (Stiglitz, 2002: 111). Hemen sonrasında IMF programını uygulamayı reddetmiş ve uluslararası finans çevrelerinden görülmedik ölçüde sert eleştiriler almıştır. Malezya'nın para birimi Ringgit'in değerini sabitleyip faizleri düşürmesi ülkenin krizden en hızlı çıkan ülke olmasını sağlamıştır. Ülkeye giren portföy yatırımlarının 12 ay süreyle yasaklanması, vatandaşlarının yurt dışına para transferini yasaklaması ülkeyi krizden çıkaran diğer politika uygulamalarıdır. Sermayeye denetim getirmenin borsayı düşüreceğini, ülkeyi dünyadan soyutlayıp yabancı sermayeyi kaçıracağı gibi ileri sürülen fikirler gerçekleşmemiş; ülkenin GSYİH'sı 1999'da % 5,4, 2000'de % 8,5 oranında büyümüştür. Yabancı yatırımların bir ülkenin dünya ekonomisine ne kadar eklemlendiğinden çok, o ülkedeki güven ortamını, piyasa yapısını ve tutarlı politikaları göz önünde bulundurmaktadır.

Dünya Bankası verilerine göre Malezya'nın sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 1998 öncesi % 55 seviyelerinde iken 1998 ten sonra da bu

seviyeleri korumuştur. Sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 1998 öncesinde %1,6 seviyelerinde iken 1998 ten sonra % 2 ve üzeri seviyelere taşınmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamaları 1998 yılından önce 125 \$ seviyelerinde iken 1998 de 95 \$ seviyelerine gerilemiş ancak bu seviye 2004 yılına kadar düzenli olarak artmış ve 184 \$ seviyelerine çıkarılmıştır. 2013 yılında bu seviye 423 \$ dır.

Uygulandığı ülkelerin neredeyse tamamında başarısız olan IMF programları kuruma yönelik eleştirileri arttırmaktadır. IMF' yi merkez ülkelerin güdümünde uluslar arası kapitalizmin çıkarlarını kollayan bir kuruluş olmakla eleştirenlerin sayısı artmaktadır.

Gelişmekte olan ülke pazarlarının, IMF yardımıyla ele geçirildiğine yönelik iddialar peşi sıra ortaya atılmaktadır. Bu iddialara göre piyasalarını hızla kısa vadeli sermaye hareketlerine açan Asya ülkelerine giren paralar aniden dışarı akmıştır. IMF'nin yukarıda anlatılanlar ışığında yalnızca gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere dayatma yapabilen bir örgüt olduğu söylenebilir. 1990'larda düşük enflasyon oranı ile birlikte ekonomik büyüme sürecine giren ABD'ye, faiz oranlarının düşürülüp ekonominin yavaşlatılmasının öneren IMF başkan Clinton ve FDI tarafından ciddiye alınmamıştır. Yedi yıl boyunca Bill Clinton'un ekonomik danışmanlar konseyi başkanlığı görevini yürüten Stiglitz'in şu satırları olanı biteni hiçbir yanlış anlamaya yer bırakmayacak biçimde ortaya koymaktadır:

“Piyasalar, bizi bu tavsiyeyi dinlemediğimiz için cezalandıramaz ya da dinlediğimiz için ödüllendiremezdi ama dünya üzerindeki fakir ülkeler bu kadar şanslı değil. Onlar IMF'nin tavsiyelerini dinlemediklerinde tehlikeyi göze alırlar.”
(Stiglitz, 2002: 152-153)

Tüm bunlara ek olarak IMF her ülkenin eşit oy hakkına sahip olmadığı anti demokratik bir örgüttür. Türkiye örneğinde görüldüğü üzere yapılacak personel reformuna müdahale noktasına kadar vardırıan IMF de ABD egemenliği hüküm sürmektedir. Kritik kararların % 85 nitelikli oy çoğunluğu ile alındığı örgütte %17,35 oy ağırlığı olan ABD'nin isteği dışında karar alınamamaktadır. İnsanlığın bütünleştiği, sınırların kalktığı genel hoşgörü, uzlaşma ve barışın egemen olduğu yenedünya düzeninde IMF'nin bu yapısını değiştirmeye yönelik hiçbir adım

atılmaması anlamlıdır. En zengin beş ülke tarafından yönlendirilen IMF geliştirmekte olan ülkelere karşı silah olarak kullanılan bir mali güç görünümü kazanmıştır üstelik geliştirmekte olan ülkeler krizlerin başlıca sorumlusu olan bu mali kuruluşa sermaye koymuşlardır. 1995 yılına kadar IMF'den uluslararası piyasalara uyum sağlamak ve ekonomik sorunlarını çözmek için kredi alan 137 ülkeden 81'nin bu kuruluşa olan bağımlılığı ileri düzeylere varmıştır. 89 az gelişmiş ülkeden 48'nin durumu kötüleşmiş 23'ünün ise tamamen yoksullaşmıştır.

Küreselleşmenin ve sonrasında yaşanan finansal krizlerin Avrupa'daki etkileri incelendiğinde; 2008 yılının sonlarında başta ABD olmak üzere Yunanistan, Portekiz, İtalya ve İspanya gibi birçok AB ülkesinde patlak veren ekonomik kriz dünya piyasalarını alt üst etmiş ve bazı AB ülkelerini ekonomik ve siyasal açıdan iflasın eşiğine getirmiştir. 2007 yılının ortasında ABD de ipotekli konut kredilerinde başlayan kriz 2008 yılının ikinci yarısından itibaren ABD ve Avrupa da finans krizine yol açmıştır. Bütün dünyadaki reel sektör krizden olumsuz etkilenmeye başlamıştır. Toplam talebin gerilemesi ve finans piyasalarındaki gerileme ticaret hacminde daralmalarla sonuçlanmıştır ve güçlü sayılan birçok ekonomi krizde ciddi hasarlar almıştır. Bu durumun son örneği olan AB de de birçok önlem alınmış ancak krizin bazı etkilerine karşı konulamamıştır. Euro alanı 2009 yılında % 4,1 oranında küçülerek tarihindeki en büyük daralmayı yaşamıştır. AB ülkeleri içerisinde ekonomik krizden en çok etkilenen ülkelerden birisi de Yunanistan'dır (Burulday, 2011).

Şu An Yunanistan için; Euro bölgesinden atılmaktan devletin resmen iflasına kadar pek çok kötü senaryo konuşulmaktadır. Kısacası şöyle ifade edebiliriz ki; 2008'de başlayan küresel finansal kriz Avrupa'da bir borç krizine dönüşmüştür. Tüm dünyada görülen ekonomik yavaşlama ve buna bağlı olarak vergi gelirlerinin azalmasından dolayı Yunanistan dışında pek çok ülkeyi etkilemesine rağmen Yunanistan'da iflasın eşiğine kadar getirmesinin nedeni Yunanistan'ın geçmişten beri gelen ve sürekli artarak devam eden mali dengesizlikleridir (Akhan, 2012).

Dünya Bankası verilerine göre Yunanistan'ın sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 2008 de % 59,9 seviyelerinde iken 2008 ten sonra % 69,5 seviyelerine çıkmıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 2008 öncesinde % 6

seviyelerinde iken 2008 ten sonra % 6,8 ve üzeri seviyelere taşınmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında ise; 2008 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları 3094 \$ seviyelerinde iken 2008 den sonra 2070 \$ seviyelerine gerilemiştir.

Dünya Bankası verilerine göre Portekiz'in sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 2008 den önce % 68 seviyelerinde iken 2008 ten sonra % 64 seviyelerine düşmüştür. Sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 2008 öncesinde % 7 seviyelerinde iken 2008 ten sonra % 6,3'lere düşmüştür. Kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında ise; 2008 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları 2439 \$ seviyelerinde iken 2008 den sonra 2000 \$ seviyelerine gerilemiştir.

Dünya Bankası verilerine göre İspanya'nın sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 2009 dan önce % 75 seviyelerinde iken 2009 dan sonra %70,4 seviyelerine düşmüştür. Sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 2009 öncesinde % 7,2 seviyelerinde iken 2009 dan sonra % 6,3'lere düşmüştür. Kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında ise; 2009 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları 3019 \$ seviyelerinde iken 2009 dan sonra 2581 \$ seviyelerine gerilemiştir.

Dünya Bankası verilerine göre İtalya'nın sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki oranı 2009 dan önce % 79 seviyelerinde iken 2009 dan sonra %77,1 seviyelerine düşmüştür. Sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı 2009 öncesinde % 7,4seviyelerinde iken 2009 dan sonra % 7,1'lere düşmüştür. Kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında ise; 2008 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları 3498 \$ seviyelerinde iken 2009 dan sonra 3114 \$ seviyelerine gerilemiştir.

AB ye aday ülke olan ülkemizde ise sağlık harcamalarının küreselleşme ve ekonomik krizlerden ne şekilde etkilendiği incelendiğinde;

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
GSYİH' ya oranı	3,1	3,5	3,8	3,8	3,8	3,7	4,0	4,1	4,4	4,9	4,4	4,2	4,2	4,3
Kamu Harcamalarındaki Oranı	% 62,9	% 68,1	% 70,7	% 71,9	% 71,2	% 67,8	% 68,3	% 67,8	% 73,0	% 81,0	% 78,6	% 79,6	% 76,8	% 77,4
Kişi Başına Düşen Harcamalar \$	197 \$	149 \$	181 \$	232 \$	298 \$	368 \$	425 \$	561 \$	629 \$	522 \$	566 \$	556 \$	569 \$	608 \$

Tablo 2. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarındaki Oranlar (The World Bank).

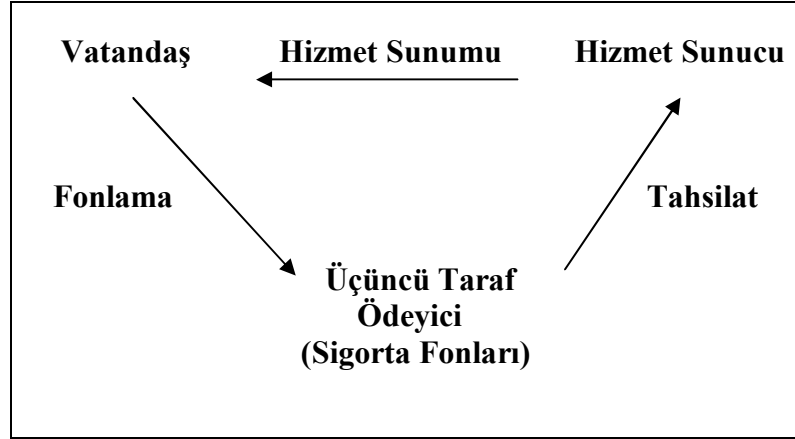
Yukarıdaki tabloya göre: ülkemizde yaşanan 2001 ekonomik krizi ve 2008 yılının sonlarında başta ABD olmak üzere Yunanistan, Portekiz, İtalya ve İspanya gibi birçok AB ülkesinde patlak veren ekonomik kriz ülkemizi de çok büyük çapta olmasa da etkilediği görülmektedir. Özellikle kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında; 2000 yılında 197 \$ olan tutar 2001 krizinin etkisiyle 149 \$ seviyelerine gerilemiştir. 2008 krizi öncesinde sistemli ve düzenli bir biçimde artış görülen ve 629\$ seviyelerine çıkan oranın krizle birlikte 522 \$ seviyesine gerilediği görülmektedir. Neyse ki sonrasında artış tekrar aynı düzene girmiş 608 \$ seviyelerine yükselmiştir. AB üye ülkelerinin son yıllarda düşüşte olduğu göz önünde bulundurulursa bu gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer alan ülkemiz için ümit verici bir gelişmedir.

2.3. SAĞLIK FİNANSMANI

2.3.1. Sağlık Finansmanı Kavramı

Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002: 98). Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir

tanım, sağlık hizmetleri finansmanını kaynak aktarımı şeklinde basitleştirmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:2-3). Bu yaklaşıma göre, hizmet sunucu sağlık hizmetleri kaynaklarını hastalara, hastalar veya finansal koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyiciler ise finansal kaynakları hizmeti sunanlara aktarmaktadırlar.



Şekil 4. Sağlık Hizmetleri Üçgeni (Mossialos ve Dixon, 2002a:2).

Bir mal veya hizmet karşılığında en basit ödeme şekli doğrudan ödemedir. Burada tüketici (birinci taraf), bir mal veya hizmet karşılığını doğrudan hizmet sunana (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Sağlık sistemleri sadece hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamakla kalmamış, zamanla kişilerarası yeniden dağıtım aracı haline de gelmişlerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:2-3).

2.3.2. Sağlık Finansmanının Amaçları

Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, herkese finansal koruma

sağlarken finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluşturma yöntemlerinin hane halklarını yoksullaştırmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır (WHO 2000a:95; WHO, 2004:18; WHO-WB, 2004:11-12).

Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanı ile ilgili amacı, başlangıçta herkese, yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal kaynak sağlamak olmuştur. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Kaynak sorunu nedeniyle cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi veya kullanıcı katkıları uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi, bu yöntemle finansman sırasında hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini finansmanda adaleti sağlamak için kaçınılmaz kılmıştır (Cutler, 2002:881).

2.3.3. Finansman Kaynakları

Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman diliminde başvuru kaynaklar kombinasyonu o ülkenin tarihi, kültürü, sosyo-kültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacaktır. Çok çeşitli finansman kaynakları olmasına karşın, bunlar arasında en çok kullanılanları kamu/özel ayırımı çerçevesinde kamu finansman kaynakları olarak;

- Genel vergi gelirleri
- Sosyal sigorta
- Açık finansman ve enflasyon kullanımı
- Özel amaçlı vergiler
- Piyango ve bahis gibi gelirleri

Özel finansman kaynakları ise;

- Özel sağlık sigortası
- İşverence finanse edilen sistemler

- Gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları
- Toplum finansmanı
- Doğrudan hane halkı harcamaları veya kullanıcı katkıları (Tatar, 1996: 43-44).

2.3.3.1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları

- ***Genel Vergi Gelirleri***

Vergilerle finansman birçok gelişmekte olan ülkenin temel öncelikleri arasındadır. Bugün Dünya Sağlık Örgütüne üye 191 ülkenin 106'sı sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak vergilerle finanse etmektedir. Vergilerle finansmanın en temel özelliği tüm nüfusu kapsam altına almasıdır. Günümüzde sağlık hizmetlerini vergilerle finanse eden gelişmiş ülkelerin hemen hepsi tüm nüfusa oldukça kapsamlı bir biçimde sağlık hizmeti sunmaktadır. Tüm nüfusun kapsamı bazen vatandaşlık bazen ikamet esası ile belirlenmiştir (Yenimahalleli, 2007).

Sağlık hizmetleri finansmanında kolektif sorumluluğun yerine getirilmesi noktasında genellikle başvurulan kaynaklardan biri olan genel vergi gelirlerinin sistem içindeki ağırlığı, başta politik ve ekonomik rejim farklarına bağlı olmak üzere ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Sosyalist ülkelerde sistemin doğası gereği sağlık finansmanında kullanılan neredeyse yegane kaynak genel vergi gelirleridir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise, bu kaynağın sistemdeki ağırlığını belirleyen en önemli unsur, toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğidir. Almanya sosyal sigorta sistemini (Bismarck) tercih ederken, İngiltere ise vergi sistemini (Beveridge) tercih etmiştir (Tatar, 1996: 45).

Genel vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardan biridir. Genel vergi gelirlerinin sağlığa tahsisinde çeşitli faktörler etkili olmakla beraber politik baskılardan oldukça etkilenmektedir. Bu baskılar zaman zaman sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği ve eşitliği olumsuz yönde etkilemektedir (Yalçın, Yıldırım, 2001: 4).

Genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerini genelde tüm bireyler kullanırlar. Ancak kamunun elindeki kaynakların dağıtımındaki öncelikler siyasi çıkarlar nedeniyle zaman zaman göz ardı edilir ve yatırımlar daha pahalı alanlara ve /veya kent merkezlerine kaydırılır. Bu özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanda yaşayan ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaı olan nüfusun sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına yol açabilir (Serap Top, 2009: 22).

- **Sosyal Sigorta**

Yaşlılık ve maluliyette olduğu gibi, toplumun tümünü ya da bir kısmını sağlık açısından kapsar. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra emeklilik, yaşlılık, sakatlık vb. durumlar için yapılacak ödemelerin finansmanını da sağlama amacını taşıması nedeniyle toplum refah düzeyini geliştirmesiyle ilgili sistemin tümüne “sosyal sigorta” adı verilmektedir (ztek,1998: 96).

Çalışanların cretlerinden alınan zorunlu kesintilerle desteklenir. Ayrıca işveren de en az çalışan kadar prim der. Bazı hallerde devlet de katkıda bulunur. Sigortadan yararlananlar (alışanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler) hizmetin kullanımını halinde de bazen ödemede bulunurlar. Devlet ise işveren rolü üstlenerek ya kendi sosyal programını yürütür ya da özel sigorta kurumlarıyla anlaşarak hizmet sunar. Sosyal sigortada temel sorun eşitlik sağlanmasıyla ilgilidir (ilingiroğlu,1997: 402).

Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (İstanbulluoğlu, 2010: 86-99):

- yelik zorunludur.
- İlk uygulama, işçi ve işveren katkıları ile başlamış, sonra zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.

- Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde taşımamaktadır.

Almanya'yı takiben 1910 yılında İngiltere, 1921 yılında da Fransa sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır.

- ***Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı***

Açık finansman borç alma ve bu borcu şimdi harcayarak daha sonra belli zaman sürecinde genellikle genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu, ulusal ve uluslar arası nitelik taşıyabilir. Kısa vadeli, düşük faizli borç veya tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları ve genellikle hükümetlerin kredi itibarı üzerindeki şüpheler bu tür finansmanın sağlık sistemlerini desteklemede kullanılmasını zorlaştırmaktadır (Yalçın, Yıldırım, 2001: 5).

Enflasyon ise para basma şeklinde veya tüketici fiyatlarındaki genel artışı ifade eder. Devletin giderleri gelirlerini aştığı zaman bütçe açığı oluşur. Devlet bu açığı ya para basarak ya da kamu mal ve hizmetlerine zam yaparak kapatmaya çalışır. Gelişmekte olan ülkeler bu açığı veya enflasyon düzeyini kontrol altında tutmak için gerekli yönetsel disiplinden yoksundurlar. Bu yönetsel disiplinden yoksunluk beraberinde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu getirebilir (Yalçın, Yıldırım, 2001: 5).

- ***Özel Amaçlı Vergiler***

Devletin yaptığı kamusal hizmetlerin karşılanması amacıyla ortaya çıkan finansman ihtiyacı kamu gelirleri ile karşılanır. En sağlam kamu geliri vergilerdir. Genelde vergiler ulusal bir havuzda toplanır, daha sonra hükümetin önceliklerine göre sektörler arasında dağıtılır. Ayrıca bazen hükümetler belli bir vergiyi belli amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetini karşılamak için alınan vergi özel amaçlı vergi niteliği taşır.

Bu tür tüketim vergilerinde en büyük problem genellikle toplanmasında ve dağıtımındaki zorluktur. Bu tür vergiler, popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz bir özellik taşır bu durum az gelirli ailelere oransal olarak çok daha büyük bir yük getirir. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim malları gibi daha çok toplumun yüksek gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerinden alınıyorsa adil olabilir. Bu finansman kaynağı, belli programlar veya projelerin finansmanında kullanılabilir (Yalçın, Yıldırım, 2001: 5).

- ***Piyango ve Bahis Gibi Gelirler***

Piyango ve bahisten elde edilen gelirler de finansman şeklinde kullanılabilir. Doğrudan bir finansman kaynağı değildir. Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 5).

- ***Tahsis Edilmiş Vergiler***

Çoğu vergiler bir kaynaktan toplanır ve daha sonra çeşitli alanlara dağıtılır. Bazı devletler belirli bir vergiyi belirli bir amaç için tahsis ederler. Örneğin; akaryakıt, sigara harcamalarından kesilen vergiler ya da lüks mallardan alınan vergiler şeklindedir (Çilingiroğlu, 1997:402).

- ***Borçlanma***

Genel vergi gelirleri kısa vadeli bir yardım kaynağı olan borçlanma ile desteklenebilir. Borç kaynakları ulusal ya da uluslararası olabilir. Genel vergi gelirlerinden karşılanan geri ödemeler belirli bir faiz oranı üzerinden hesaplanmaktadır (Dürrü, 2012: 33).

2.3.3.2. Özel Finansman Kaynakları

• ***Özel Sağlık Sigortası***

Özel sağlık sigortası, az gelişmiş ülkelerden daha ziyade, gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın veya NHS (National Health Service) gibi ulusal sistemlerin olmadığı ülkelerde yaygın biçimde kullanılan finansman mekanizmasıdır.

Ulusal sosyal sigorta veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap verebilmek için özel sağlık şirketleri kurulmuştur. 144Özel sigorta kapsamındaki kişiler, ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığa maruz kalındığında ödenen prime bakılmaksızın hizmetlerden ücretsiz veya cüzi bir ödeme ile faydalanırlar (Kurtulmuş, 1998: 113).

Özel sigortayı sosyal sigortadan ayıran iki önemli özellik vardır. Bunlardan ilki; özel sağlık sigortasının sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamaması ikincisi ise; özel sigorta primlerinin sosyal sigorta da olduğu gibi bir havuzda toplanmış, riske göre değil, sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önünde bulundurularak belirlenmesidir. Buna bağlı olarak da ödenen primler kişiden kişiye farklılıklar göstermekte dolayısıyla primlerin yüksek olması sigorta edilen kişi sayısı azalmakta ve bazı gruplar özellikle kronik hastalığı olanlar “kötü risk” grubuna girmeleri nedeniyle sigorta kapsamı 48 dışında tutulmaktadır. Özel sigortalar, birey ve risk temelli prim aldıkları için sosyal dayanışmayı önemli ölçüde zedelemektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 6).

- ***İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler***

İşverenler çeşitli yollarla çalışanlarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse ederler (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 6). Ancak önemli bir kaynak değildir. Genellikle ailenin diğer bireyleri kapsamaz.

- ***Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları***

- ***Toplum Finansmanı***

İnsanların malzeme, işgücü gibi yönlerden katkıda bulunduğu finansman yöntemidir. Toplum katılımlarının en iyi yönü toplumun kendi potansiyellerinin farkına varmalarıdır. Sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı uygulaması ağırlıklı olarak sağlık projelerine para, malzeme veya işgücü sağlanması şeklinde gerçekleşmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 7).

- ***Doğrudan Hane Halkı Harcamaları ve Kullanıcı Katkıları***

Alternatif sağlık finansman yöntemlerinden biri olarak görülen ve ilave gelir elde etme aracı olan kullanıcı katkıları son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta finans kaynağı olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Bu yöntemi benimseyenlere göre; kullanıcı katkıları gereksiz kullanımları önleyeceği ve hastaları taleplerinde daha duyarlı ve maliyet bilinçli hale getireceği için faydalı olacaktır. Karşı görüşe göre ise; bunun tersine fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımını engelleyeceği ve finansman yükünü bu kesimin üzerine yıkacağı ve finansal maliyetleri arttıracığı için zararlıdır. Ancak kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için; kişinin gelirine göre katkı alınması fakirlerden daha az veya hiç alınmaması hala tartışılan bir konudur (Yıldırım, 2010: 48).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE REFORM ÇALIŞMALARI

3.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHİ VE GELİŞİMİ

1923 Türkiye'si; yıllarca süren savaşların ve hastalıkların öğrenim ve üretim çağındaki kuşakları ortadan kaldırdığı, dolayısıyla ekonomisinin de dar boğazlar içinde olduğu bir ülke idi. Cumhuriyetin kurulmasından sonra, savaştan çıkmış, yokluk ve yoksulluk içindeki bir ülkenin sağlık sorunlarını çözmek için hem tüzel hem de örgütlenme düzeylerinde yaygın çalışmalara başlanmıştır. Ulusal boyutta kapsamlı tüzel düzenlemelere Türkiye'nin imza atmasının başlangıcı Cumhuriyetin kuruluşudur (Tomanbay, : 68).

Sağlık hizmetlerinin, birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kuruluşu iledir. Savaş yıllarında Ankara'da kumlan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti'ni kurarak, tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevini bu bakanlığa vermiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen asli devlet görevlerinden birisi olma niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 1986).

Sağlık ve Sosyal Yardımdan sorumlu bakanlık kadrosu ile hizmet alanlardaki nüfus oranı şöyle idi: (Özkan, 2001: 49).

Sağlık Personeli	Sayısı	Kişi Başı Hasta Sayısı
Hekim	554	21.660
Eczacı	69	173.913
Sağlık Memuru	560	21.428
Ebe	136	88.235
Hemşire	4	3.000.000
İdare Memuru	332	36.144

Tablo 3. 1923 Türkiye'sinde Sağlık Personel Sayısı ve Kişi Başı Hasta Sayısı (Özkan, 2001: 49).

Devlet Bütçesi	Bakanlık Bütçesi	Devlet Bütçesindeki Oranı %	Bütçeden Kişi Başına Düşen Harcama
137.333.471	3.038.226	2.21	0.25 TL (Lira'nın ¼'ü)

Tablo 4. 1923 Türkiye'sinde Bütçe Durumu (Özkan, 2001: 49).

Cumhuriyet'in ilk yıllarında Türkiye, çok ağır sağlık sorunlarıyla karşı karşıyaydı. Halk sağlığını tehdit edecek boyutlara ulaşmış sıtma, verem, trahom, tifo, frengi, çiçek, kızıl gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek gerekiyordu. Öte yandan yataklı tedavi kurumları ile hekim ve sağlık personeli sayısı çok azdı. Bütün ülkede 3 devlet hastanesi, 6 belediye hastanesi, 45 özel idarelere ait memleket hastanesi ile azınlıklara ve yabancı kuruluşlara ait 32 hastane vardı. Genç cumhuriyetin sağlık politikası, özel girişimi reddetmemekle birlikte, sağlıkla ilgili bütün düzenlemelerde devleti temel alıyordu. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelikle ele alındı ve bu alanda çok sınırlı ekonomik imkânlarla rağmen küçümsenmeyecek mesafeler kat edildi (Thema Larousse Ansiklopedisi: 236).

Atatürk döneminde Cumhuriyetin kuruluşunda Türk tababeti için gerçekleştirilen en önemli reformların biri de Lozan Antlaşması ile kapitülasyonların bir parçasını teşkil eden Karantina Müessesesi'nin (Meclis-i Umun Sıhhiye) kaldırılması ile Türkiye'de tababet icrasının yalnız Türk uyruklu tabiplere tanınması ve eskiden beri hekimlik yapan yabancı uyruklu tabiplerle, ülkemizde yabancı devletler tarafından tesis edilen hastanelerin çalışanlarının bu hükümden müstesna tutulmasıdır. O dönemde yapılan reformlardan biri de Türk kadınına tıp eğitimi yapma hakkının verilmesidir (Terzioğlu, 2003: 11-12).

Büyük Atatürk'ün gerçekleştirdiği reformlarının en önemlilerinden biri de hiç şüphesiz 1933'teki Üniversite Reformu'dur. Zira Cumhuriyetin ilanının 10. Yılında gerçekleştirilen bu üniversite reformu ile bu Cumhuriyet için gerekli, geleceğin bilim adamları ve devleti yönetecek dirayetli şahsiyetleri yetiştirmek, Türk bilimini çağdaş uygarlık seviyesine ulaştırmak hedef olarak seçilmişti (Terzioğlu, 2003: 19).

Dünya Savaşı'ndan sonra, Çanakkale kahramanı Mustafa Kemal Paşa'nın önderliğinde Kurtuluş Savaşı kazanılıp Türkiye Cumhuriyeti kurulunca, artık sıra her

alanda yapılması gerekli reformlara gelmişti. Harf İnkılâbından sonra Atatürk, İstanbul Darülfünun'unda da bir reforma gidilmesini gerekli görmekteydi. Atatürk, kurduğu modern Türkiye Cumhuriyeti için gerekli, geleceğin ilim adamları ve yöneticilerini, o devrin en modern metotları ile yetiştirmeyi hedef alarak, Darülfünun'un yerini alacak İstanbul Üniversitesi'nde Avrupa'nın dünyaca ünlü bilim adamlarını toplamayı düşünüyordu. 1929'da genç yaşta Maarif Vekili olan Dr. Reşit Galip, Atatürk'ün arzu ettiği bu Üniversite Reformunu gerçekleştirmek için 1931'de, İsviçre'de Cenevre Üniversitesi eski Rektörlerinden Pedagoji Profesörü Albert Malche'i İstanbul Üniversitesi Reformu için rapor hazırlamakla görevlendirdi. Malche, raporunu tamamlayarak 29 Mayıs 1932'de Türk Hükümeti'ne sundu (Terzioğlu, 2003: 21). 1933'deki bu Üniversite Reformu ile ayrılan eski Darülfünun hocalarının yerine Nazi Almanya'sından kaçan 42 kadar Alman profesör tayin edilmişlerdi (Terzioğlu, 2003: 24).

1933 Üniversite Reformu ile İstanbul Üniversitesi'ne ünlü Alman profesörlerden başka diğer yabancı profesörler de tayin edilmişlerdi. Avusturya, Çekoslovakya ve Macaristan'dan kaçmak mecburiyetinde kalan bir çok bilim ve sanat adamı arasında çok sayıda tıp profesörü de Türkiye'ye göç ederek İstanbul Üniversitesi'nde ve Ankara'da Refik Saydam Hijyen Enstitüsü ile Numune Hastanesi'nde görev almışlardır. Viyana Üniversitesi'nden Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Profesörü Dr. Erich Ruttin ile Radyoloji Profesörü Dr. Max Sgalitzer bu dönemde İstanbul Tıp Fakültesi'nde kendi sahalarındaki kliniklerin direktörü ve ordinarius olarak çalışmışlardır (Terzioğlu, 2003: 27).

Atatürk'ün gerçekleştirdiği Üniversite Reformu tarihte benzerine az rastlanacak çapta büyük bir reformdu. Öyle ki, Ankara'ya ve İstanbul Üniversitesi'ne Avrupa'dan çağrılan profesör, doçent ve asistanların sayısı 144 olup, İstanbul Üniversitesinde 27 Türk ordinarius profesöre karşın 38 yabancı ordinarius profesör vardı. İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 12 Enstitüden 8'inin başındaki ordinarius profesör yabancı Avrupalı profesördü. Ayrıca 325 üniversite öğretim elemanlarından 85'i yabancı, Avrupalı idi. Bu durumda, bugün Atatürk'ün Üniversite Reformu'nu araştıran Widmanrr ve Helge Peukert gibi Avrupalı ve Alman bilim adamları bu

durumu, o zaman İstanbul Üniversitesi'nin Avrupa'nın en iyi Alman Üniversitesi olduğu şeklinde değerlendirmektedirler (Terzioğlu, 2003: 34).

Bu koşullarda ve büyük olanaksızlıklar içinde; hastalıklarla mücadele için kurumlar kurulmuş, gerekli yasal düzenlemelere gidilmiştir. 1920-1938 arasındaki Atatürk döneminde, bu amaçla, 49 kanun, 2 KHK, 12 Tüzük ve 21 Yönetmelik yürürlüğe konuşmuştur. Çeşitli alanlarda yapılan devrimlerle, sağlık konusunda çağdaşlaşmanın ilk adımları atılmıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili, 1930'daki, Belediye Kanunu (1530 sayılı), Umumu Hıfzısıhha Kanunu (1593), o günlerin gereksinmelerinden çok bugün bile sağlık yönünden büyük değer taşıyan iki güzel örnektir (Özkan, 2001: 49).

Ankara'da kurulan Meclis'te oluşturulan ilk hükümette bir Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının olması da yeni dönemin sağlık hizmetlerine verdiği önemin bir göstergesi olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (Toplum Sağlığını Koruma) o dönem için önemli bir başarıyı, bu dönemde Avrupa Ülkelerinin çoğunda sağlıkla ilgili bu kadar kapsamlı yasanın olmayışı konuya verilen önemi göstermektedir. Bu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın sağlık hizmetlerine bakış açısının ne kadar geniş ve bilimsel olduğu, daha sonra gerçekleştirdiği eserleri ile belgelenmiştir (Aygün, 1977).

3.1.1. Refik Saydam Dönemi

Adnan Adıvar'dan sonra, 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli aralıklar dışında, 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur (Özkan, 2001: 49).

Cumhuriyet'in ilanıyla hükümetin ele aldığı ilk konu nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen veremin tedavi edilebileceği sanatoryumlar inşa etmektir. 1924 yılında Sıhhiye Vekili Dr. Refik Saydam bu konuda görevlendirilmiştir. Açılan ilk sanatoryum 50 yatak kapasitesi ile Heybeliada Çamlımanı'nda, muhacirlerin idaresinde bulunan binaydı. Yapılan eklerle sanatoryum 1955 yılına kadar gelişimini sürdürdü. 1926 yılında ağızdan uygulanan BCG aşısı üretilmeye başlandı. 1948 yılında Prof. Dr. Refik Saydam, Hıfzısıhha Enstitüsü'nde üretilmeye başlanan ilk deri içi BCG aşısını uygulandı. 1960 yılında çıkarılan yasa ile verem savaş dispanserleri kuruldu ve ülke geneline yayıldı (Kınık, 2010: 44).

5. Defa Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili olarak İnönü Kabinesi'nde 4 Mart 1925'te işe başladığında Dr. Refik Saydam'ın çizdiği çalışma programının esaslarını şunlar teşkil ediyordu: Devletin Sağlık teşkilâtını islah etmek, fazla sayıda doktor yetiştirmek, numune hastaneleri açmak, ebe ve köy sağlık memurları yetiştirmek, doğum ve çocuk bakımevleri ile verem sanatoryumları açmak, sıtma, trahom, frengi ve diğer hastalıklarla mücadele, sağlık teşkilâtını köylere kadar götürmek ve sağlık ve sosyal yardımla ilgili kanunlar yapmaktır. Dr. Refik Saydam'ın bu program doğrultusunda 1937 yılına kadar Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili olarak yaptığı büyük hizmetlerin en büyük delili onun zamanında tesis edilen, Emraz-ı Sâriye Mücadele Teşkilâtı, Hıfzısıhha Enstitüsü, Emraz-ı Sâriye Hastaneleri, Verem Mücadele Dispanserleri, Heybeliada Verem Sanatoryumu, Doğum ve Çocuk Bakımevleri, yurdun çeşitli yörelerinde açılan Kuduz Müesseseleri, İstanbul'dan başka yerlerde açılan Akıl Hastaneleri, sağlık ve sosyal yardımla ilgili onun devrinde çıkarılmış 51 kanun, 18 nizamname ve nihayet İstanbul Tıp Fakültesi'nin reformu ile Ankara Tıp Fakültesinin tesisi projeleri gelir (Terzioğlu, 2003: 14-15).

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmez koşullarından birisi de yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmasıdır. Dr. Refik Saydam Dönemi'nde bu koşulun yerine getirilmesi doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. Hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirme amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmış kurslar düzenlenmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin

yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplinize edilmiştir. Bunlara ek olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmalarını çekici hale getirilmiştir (Akdur, 1987).

Dr. Refik Saydam'ın tesis ettiği bu yurttaki bir disiplin altında ve her türlü giderleri devlet tarafından temin edilerek yetişiyorlar ve doktor çıkınca da Sağlık Bakanlığının gösterdiği yerlerde hekim veya hükümet tabibi olarak çalışıyorlardı. Böylece Doğu Anadolu il ve ilçelerindeki hükümet tabiplikleri için lüzumlu birçoğu temin edildiği gibi sağlık kuruluşlarına da uzman hekim temini mümkün olabilmisti (Terzioğlu, 2003: 16).

Cumhuriyetle beraber kurulan Sağlık Bakanlığı, bir yandan hastaneler açmak, bir yandan da halk sağlığını koruyucu tedbirler almak zorunda kaldı. Bu tedbirlerin başında bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş geliyordu. Yurdumuzda ayrıca frengi, sıtma, trahom, verem gibi millet varlığını tehdit eden sosyal hastalıklar vardı. 1925 de frengi ve trahomla savaş başladı. Memleketin her yeri ayrı ayrı taranarak frengili, trahomlu hastalar tespit edildi. Ayrıca savaş hastane ve dispanserleri açılarak hastaların iyileştirilmesine ve hastalığın önlenmesine çalışıldı. Çiçek, kolera, veba, tifüs gibi bulaşıcı ve salgın hastalıkların memleket içinde yayılmasını önleyici bütün tedbirler alındı. Sıtma ve verem için programlar hazırlandı. 1925 den itibaren, sıtmalı bölgeler ayrılarak savaşa geçildi. Veremin yayılmasını önleyici tedbirler alınmaya başlandı (Seren, 1953: 4).

Buna karşılık o günlerin çok yaygın ve önemli bulaşıcı hastalıklarını kontrole almak için bulaşıcı hastalık savaşını köylere kadar götürmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personeline daha yüksek ücret ödemiş, tabiplerin hastaları tedaviden ziyade, sıhhatli olanların bu hallerinin korunması için çalışma anlayışını savunmuştur. Tıp talebe yurtları açarak hekim ve sağlık memuru yetiştirip mecburi hizmete tabi tutmuşsa da kadın sağlık personeli yetiştirmeye önem vermemiştir (Bodur, 1991: 4).

Türkiye’de kadınların Tıp Fakültesine kabulleri 1922 yılında başlamış, ilk mezunları 1927 de diploma almışlardır (Uzluk, 1959: 312). Bu dönemde önemli kanunlar çıkarılmıştır. Ayrıca koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edildiği ve köylere kadar uzanan bir yapılanma hedeflenmişse de tam bir başarı sağlanamamıştır. Bu dönemde sıtma ve işçi sigortaları kanunları önemli gelişmelerdir (Bodur, 1991: 4).

Bu dönemin öne çıkan politikaları şunlardır; Dr. Refik Saydam, zamanın tek tıp fakültesinin cazibesini arttırıp, öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme giderlerini karşılamıştır. Böylece, 1923 yılında 554 olan hekim sayısını 1930’da 1182’ye, 1940’da 2387’ye çıkarmıştır. Dikey Örgütlenme ilkesinden hareketle, her hastalık için bir örgüt kurmuştur. Örgüt sisteminde; ilde valilerin sorumluluğunda il müdürleri, ilçelerde kaymakamın sorumluluğunda hükümet tabipleri görev yaparlar ve sağlık işlerini yürütürlerdi (Şakar, 1999: 42).

Refik Saydam Dönemi’nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı’nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Akdur, 1999: 13).

3.1.2. İkinci Dünya Savaşı ve Demokrat Parti Dönemi (1938-1960)

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. II. Dünya savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan olağanüstü sıtma savaş kanunu çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında sosyal sigortalar kurumunun başlangıcını oluşturan işçi sigortaları kurumu oluşturulmuş, böylece Sağlık Bakanlığı’nın ülke genelindeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır. Emekli Sandığı’nın oluşumu ile ilgili çalışmalar da bu dönemde başlatılmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt

yapılanmaları da bu döneme rastlar. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması bu dönemde hız kazanmıştır (Yıldırım, 2010: 38).

Sağlık hizmetleri tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. İl ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanmış, yalnızca büyük kentlerde olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli bir gelişme yaşanmıştır. Bu olumlu gelişme, hastane hizmetlerini bakanlık merkezinde önem ve önceliğe sahip tek konu yapmış bunun sonucu olarak da birinci basamak ile koruyucu hizmetler önemini kaybetmiş, ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, yönetime hâkim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Zamanla daha da güçlenen bu politika yataklı tedavi kuruluşlarının Anadolu'ya yayılmasının hızını da kesmiştir (Akdur, 1999: 13).

Bu dönemde; hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilmiş, SSK kurulmuş, ana-çocuk sağlığı merkezleri açılmış, sigortalı işçiler için ayrı hastaneler kurulmuş, tıpta uzmanlaşma ön plana çıkmıştır (Hülür, 2008: 6). Behçet Uz planı olarak anılan koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Behçet Uz'dan sonra bu plan gereğince uygulanamamış, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür (Akdur, 1999: 13).

3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Planlı Dönem (1961-1982)

3.1.3.1. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1963-1967)

1963-67 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndaki sağlık sektörü açısından ana hedefin, sağlık seviyesini yükseltmek olduğu ve bu paralelde de planda sosyalleştirme temelli programlara ağırlık verildiği söylenilebilir (Konuk, 2011: 16).

Halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi, aile planlaması, beslenme koşullarının düzeltilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bu hastalıkları ortadan

kaldırma hedeflerinin olduğu bu planda; tedavi hekimliği açısından pahalı ve etkisiz olan hastane hizmetleri yerine, evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak bir sisteme geçilmesi düşünülmüş, hastane hizmetlerinin bu sistemin tamamlayıcısı pozisyonuna geçmesi amaçlanmıştır (DPT, 1963: 39).

Bunlarla birlikte, 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda her 7.000 kişiye bir sağlık evi ve her 50.000 kişiye bir sağlık ocağı düşecek biçimde sağlık hizmetlerini geliştirmek, sağlık personelinin bölgelere dağılımını eşit bir şekilde yapmak, ulusal ilaç endüstrisinin gelişmesini sağlamak ve özel hastaneleri desteklemek gibi kararlar da alınmıştır (Savaş, 2001: 92). Yılda 300 sağlık ocağı açılması hedefiyle yola çıkılmış, böylece dönem sonunda 1500 yeni sağlık ocağı kurulması beklenmiştir. Ancak dönemde yeni açılan sağlık ocağı sayısı 541'dir. Bununla birlikte yeni 1294 sağlık evi açılmıştır (Konuk, 2011: 17).

1. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın temel hedefinin sosyalleştirme programını uygulamaya koyma ve bu sayede sağlık hizmetlerini kırsal alana götürme olduğu söylenebilir. Sosyalleştirme programı çerçevesinde 1 Ağustos 1963'te Muş ili pilot bölge olarak seçilmiş ve burada 19 sağlık ocağı ile 35 sağlık evi kurulmuştur. İlk beş yıl içerisinde programa 22 il daha eklenmiştir. Ancak bu dönemde uygulamaya konan ve ilk beş yıl içerisinde başarılı da olan sosyalleştirme programı, ilerleyen dönemlerde aynı etkiyi sürdürememiş, programın bütün illere yayılması hedefi gerçekleşmemiştir. Bunun nedeni ise hekim ve hemşire açısından yaşanan istihdam problemlerine bağlanmaktadır (DPT, 1989: 91). Öte yandan bu dönemde, 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilmemiştir (Konuk, 2011: 17).

3.1.3.2. 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1968-1972)

1968-1972 dönemini içeren İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da sosyalleştirme programına destek verildiği görülmektedir. Toplumun ruh ve beden sağlığı ile kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin ön plana çıkarıldığı planda, kalkınma ile hedeflenenin, ruhen ve bedenen sağlıklı insanlardan oluşan bir toplum yapısına ulaşmak olduğu, bununla beraber bu kalitede bir nüfusun da kalkınmayı

beraberinde getireceği belirtilmiştir. Bununla birlikte planda, sağlık seviyesinin yükseltilmesi için sağlık standartlarını belirli bir seviyeye ulaştırmak, sağlık personelinin bölgeler arasında dengeli bir şekilde paylaşarak halkın eşit derecede sağlık hizmeti almasını sağlamak ve sağlık hizmetlerini tek elden yürütmek gibi prensipler de benimsenmiştir (DPT, 1967: 215).. Sağlık birimlerinde 10.000 kişiye 25 yatak sayısı olacak biçimde yıllık yatak sayısında artış belirlenmiş, ancak dönem sonunda 10.000 kişiye 20,62 yatak sayısı düştüğünden, belirlenen hedefin altında kalmıştır. Sağlık ocağı sayısının 2300 olması hedeflenmiş fakat bu sayı 867 olarak gerçekleşmiş; sağlık evi sayısı da 6760 olarak hedeflenmesine rağmen bu sayı 2231 de kalmıştır. Ayrıca planda Genel Sağlık Sigortası kurulması da öngörülmüştür. Buradaki amaç hekimlere farklı ücret verilmesinin önüne geçmek ve sosyalleştirme programını sürdürebilmek amacıyla sağlık hizmetleri için finansman oluşturabilmektir (Konuk, 2011: 18).

Fakat 1967 yılında hazırlanan ve Bakanlar Kuruluna sevk edilmeyen Genel Sağlık Sigortası'na dair kanun taslağı, 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndaki bu öngörüye binaen 1971 senesinde TBMM'ye sunulsa da kabul edilmemiştir. 1974 senesinde tekrardan meclise sunulan taslak ise görüşülmemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 18). Sosyalleştirme programının neticelerinin 70'li yıllarda olumlu anlamda belirlemeye başladığından ve korumaya yönelik tedavinin köylere kadar ulaştığından bahsedilebilir. Bu bağlamda kırsal kesime kadar ulaşan aşılama uygulamaları sayesinde bulaşıcı hastalıklarla mücadelede yol alındığı da düşünülebilir. Fakat buna rağmen, ilk beş yılda 22 ile taşınan sosyalleştirme programına, ikinci beş yılda yalnızca iki ilin daha eklenmiş oluşu, programın yavaşlatıldığı ya da yavaşlatılmak zorunda bırakıldığı bir göstergesidir. Söz konusu durumun altında yatan nedenin ise Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin kısılması olduğu söylenebilir (Konuk, 2011: 18).

3.1.3.3. 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1973-1977)

2. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde sosyalleştirme programına yalnızca iki ilin eklenmiş oluşu, 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sosyalleştirme programının neden istenildiği düzeyde ilerleyemediğinin de sorgulanmasını getirmiştir. Fakat 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, programdaki yavaşlamanın Sağlık Bakanlığı'na

verilen bütçenin kısılması ile ilişkilendirilmemesi enteresandır. Buna göre 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygınlık sağlanamadığı belirtilmekte, özellikle kırsal yörelere sağlık hizmeti götürmek ve koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak tedavi hizmetlerine olan aşırı talebi önlemek mümkün olmamıştır denilmekte ve bu şekilde sağlık ocağı sayısında hedefe ulaşılamamış olunması, maddi yetersizliklerden çok, personel yetersizliğine bağlanmaktadır (DPT, 1973: 111).

Söz konusu yavaşlamada personel sayısı yetersizliği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince örgütlenememesi ile birlikte maddi kısıtlamanın da bir etken olarak değerlendirilmesi gerektiği açıktır. Bununla birlikte ekonomik ve sosyal gelişmeye bağlı olarak kırsal bölgede yaşayanların sağlık taleplerinin artmasının, hastane hizmetlerine aşırı talepte bulunulmasını beraberinde getirdiği ve bunun da sosyalleştirme programında sıkıntıya yol açtığı düşünülebilir (Konuk, 2011: 19).

3. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda hedeflenen, 10.000 kişiye bir Sağlık Ocağı, 3.000 kişiye bir sağlık evi düşecek şekilde bir yapılanmaya gidilmesi hedeflerinin başarıya ulaştığı söylenemez (Demirbilek, 1999: 41-42). Sosyalleştirme uygulaması 67 il ve merkez için planlanmış, fakat toplamda ulaşılan sayı 36'da kalmıştır. Dönem sonundaki sağlık ocağı sayısı 1967 senesi için hedefleneni dahi yakalayamamış, 1.395 olarak gerçekleşmiştir. Öte yandan sağlık evleri sayısında bir artışın yaşandığı ve bu sayının beş yıllık dönemde 2.231'den 6.309'a çıktığı görülmektedir. Ayrıca sağlık personeli sayısında da görece bir artış olduğu söylenebilir. Bununla birlikte dönem başında 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 20,62 iken, dönem sonunda bu sayı 19,88'e düşmüştür (Demirbilek, 1999: 43). Yatak sayısının %10 artmasına rağmen gerçekleşmiş olan bu düşüş, dönemdeki nüfus artış hızının yüksekliğine de işaret etmektedir.

3.1.3.4. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1979-1983)

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ile ilgili çalışmalar gereken zamanda başlatılmadığı için 1978 yılında başlaması gereken dönemin başlangıç tarihi 1979'a sarkmıştır. Dolayısıyla 1978 senesinin bir geçiş dönemini göstermekte olduğu

söylenilebilir. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı Birinci Meclis hükümetince hazırlanmıştır ve 1979-1983 yıllarını kapsamaktadır, fakat 1980 darbesinden sonra yürürlükte görünmesine rağmen fiili olarak bir etkisinin olduğu söylenemez.

Planda temel hedef olarak sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli ve etkili bir şekilde her kişiye ve her bölgeye taşınması belirlenmiş ve bu hedefle tek bir sistem uygulamasına geçilmesi öngörülmüştür. Bu öngörüye binaen sosyalleştirilmenin yaygınlaştırılması, sağlık personelinin tam gün çalıştırılması, hekimliğin sabit aylık ücret karşılığı yapılan bir kamu hizmetine dönüştürülmesi amaçlanmıştır. Bu politikaların uygulanmasıyla ilaç dahil, sağlık giderlerinin devlet bütçesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür (DPT, 1979-1983: 312).

Bununla birlikte sosyalleştirilmenin yaygınlaştırılması hedefi paralelinde 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde başlatılan sağlık ocakları yapımının tamamlanması da planda belirlenen hususlardandır. Bu paralelde 1.169 yeni sağlık ocağı, 5.658 sağlık evi ve 25 halk sağlığı laboratuvarının hizmete sunulması planlanmış, sağlık birimlerindeki yatak kapasitesinin artırılması hedeflenmiştir. Dönem sonunda 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 19,88'den 20,77'ye yükselmiştir. Sağlık ocağı sayısı 1.375'ten 2.754'e, sağlık evi sayısı da 6.309'dan 7.452'ye çıkmıştır (Demirbilek, 1999: 44).

Genel anlamda ise bu dönemi global ekonomik yapılanma ve Türkiye'deki 1980 darbesiyle birlikte değerlendirmek daha doğru olacaktır. 70'lerde dünya çapında meydana gelen ekonomik kriz, 1980'lere gelindiğinde ülkelerin ekonomi politikalarını ve ekonomik politikalar üzerine kurulu olan sosyal politikaları etkilemeye başlamış, bu anlamda ülkeler radikal değişikliklere gitmişlerdir. Bu paralelde ülkeler neo-liberal iktisat politikalarına geçmiş ve genelde sosyal programlara yönelik harcamaları, özelde ise sağlığa yönelik harcamaları kısmışlardır. Türkiye'de de neo-liberal iktisat politikaları çerçevesinde devletin küçültülmesine gidilmiş, bu nedenle de sağlık sektörü gibi sosyal alanlarda devletin etkinliğinin azaltılarak, özel sektörün etkisinin artırılmasına çalışılmıştır. Bu işleyiş çerçevesinde Türkiye'de özellikle 1980 darbesi sonrası hazırlanmış 1982 anayasasıyla birlikte sağlıkta özelleştirme yoluna gidilmeye başlandığı söylenebilir.

Söz konusu anayasanın 56. maddesinde sağlıklı bireyler ve toplum yaratılması, 1961 anayasasından farklı olarak devletin görevi olmaktan çıkarılmış, devletin bu görevi özel sektörden yararlanarak yerine getirebileceği belirtilmiştir. Bu, sağlığın özelleştirilmesi anlamını taşımakta ve 1982 anayasasının karakteristiğine uygun olarak da sosyal devlet anlayışından uzaklaşıldığını göstermektedir. Bununla birlikte yine aynı maddede Genel Sağlık Sigortası Kanununun çıkartılabileceği hükmü bulunmaktadır (Özdemir, 2001:).

Öte yandan yine 4.Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde 1981 senesinde 2514 sayılı “Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Getiren Kanun” yürürlüğe girmiş ve tıp mezunlarına iki yıllık zorunlu hizmet şartı getirilmiştir.

3.1.4. Sağlık Reformları Dönemi (1983-2006)

1980 yılı ve sonrası Türkiye'nin siyasi ve ekonomik konjonktürü açısından son derece önemlidir. Tüm dünyada neoliberal uygulamaların öne çıkması devletçi sistemin terk edilip yerini piyasa ekonomisinin almasına paralel olarak Türkiye’de 12 Eylül 1980 tarihinde askeri darbe yaşanmış ve hemen ardından 24 Ocak Kararları ile Türkiye neoliberal politikalara ve ekonomiye eklenme sürecine girmiştir. Bu süreçten tüm sektörler olduğu gibi sağlık sektörü de etkilenmiş, kamu sağlık sektörünün yanında özel sağlık sektörü de yavaş yavaş kendisini göstermeye başlamıştır. Devlet kamu harcamalarına, dolayısı ile sağlık harcamalarına da daha az pay ayırmaya başlamış, ortaya çıkan boşluk ise özel sektör tarafından doldurulmaya başlamıştır. “Genel Sağlık Sigortası” düşüncesi de özelleştirmenin ilk adımı olarak anayasada yer almıştır. Sağlık hak olmaktan çıkarılıp anayasada hizmet olarak yer almaya başlamıştır. Sağlığın hak olmaktan çıkarılması devletin sağlık alanında harcama yapma yükünün omuzlarından alınması anlamına gelmektedir (Fişek, 1985: 88). Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair 2162 sayılı kanun yürürlükten kaldırılmış ve doktorlara özel muayenehane açmalarının önündeki engel kaldırılmıştır. Ancak 1980 yılından itibaren ortaya çıkan yeni duruma rağmen hala

devlet sağlık harcamalarının çok büyük bir bölümünü karşılamaya devam etmektedir (Konuk, 2011: 21).

3.1.4.1. 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1985-1989)

4. Beş Yıllık Kalkınma Planı zamanında gelişen olaylar Türkiye siyasetini ve günümüz ekonomik ve politik konjonktürünü derinden etkilemiştir. 1982 Anayasası ve ardından gelen 24 Ocak Kararları sonrasında 1985 yılında 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı yürürlüğe girmiştir. Planda ilke olarak tüm sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların eşit ve kaliteli bir biçimde yararlanması ve herkesin beden ve ruh sağlıklarını korumak amacıyla sağlık hizmeti sunmak kararı alınmıştır. Herkese eşit hizmet götürüp beden ve ruh sağlıklarını korumak amacıyla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, tedavi eden kurumlar arasında koordinasyon sağlanması ve hastanelerin teknolojik olarak yükseltilmesi konularında çalışmalar yapılması kararları alınmıştır (DPT, 1985: 150-151).

Bu bağlamda mevcut tedavi merkezlerinin verimli kullanılması, yatak sıkıntısı çeken bölgelere hasta sayısına uygun olarak yataklı merkez ilavesi yapılması, yatak sıkıntısı olmayan bölgelerde ise tedavi merkezi yapılmaması, sağlık ocaklarının sayısı ve aktifliğinin artırılarak şehirlerdeki hasta yığılmasının önlenmesi, polikliniklerin açılmasının belirli kriterlere bağlanması, mevcut hastanelerde kullanılan araç ve gereçlerin son teknolojiye göre yapılandırılması, nitelikli personel ihtiyacının giderilmesi için önlemler alınması, hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi (idari işler ile polikliniklerin birbirinden ayrılması) ve rehabilitasyon merkezlerinin iyileştirilmesi önlemleri 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın hedefleridir (DPT, 1989: 152). Bunlara ek olarak halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, sağlık konusunda uluslararası iş birliğinin yapılması da gündeme gelen konular olmuştur (DPT, 1989: 29-30). Ayrıca tüm vatandaşlara eksiksiz hizmet götürebilmek amacıyla 720 sağlık ocağı ile 4215 sağlık evinin yapılması kalkınma planının hedefleri arasındaydı. Bu plan doğrultusunda yapılan icraatlar sonucunda 1989 yılına gelindiğine Türkiye'de 3204 sağlık ocağı ve 10731 sağlık evi bulunmaktaydı (DPT, 1989: 29-30). 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı neoliberal politikaların sağlık hizmetlerine yansıdığı ilk 5

yıllık plan olmuştur. Bu planda diğer planlardan farklı olarak özel sağlık hizmetlerinin teşviki kararı alınmıştır (Konuk, 2011: 22).

3.1.4.2. 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1990-1994)

VI. Beş yıllık kalkınma planının başlıklarını kısaca belirtmek gerekirse; sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştıracak, temel sağlık hizmetlerini güçlendirecek, ana çocuk sağlığı ve aile planlamasını etkinleştirilip yaygınlaştırılacaktır. Çevre sağlığı ve gıda kontrolü hizmetleri arttırılacak ve halkın bu konularda eğitimine ağırlık verilecektir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında koordinasyon sağlanacak, hizmet bilinci yükseltilecek ve iletişim-kayıt sistemlerinde düzenlemelere gidilecektir. Rehabilitasyon hizmetleri arttırılacaktır. Hastanelerdeki yığılmaları önlemek amacıyla, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek ayrıca evde bakım hizmetleri geliştirilecektir. Sağlık hizmetlerinin alınmasında özel kesimlerden yararlanmak için teşvikler getirilecek ve sağlık sigortası kapsamı geliştirilecektir şeklinde sıralamak mümkündür (Özsarı ve Varlık: 2002-2003).

3.1.4.3. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (1996-2000)

Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin arttırılması amacıyla sistem, finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır. Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için bu kuruluşlarda hizmet sunumu ile finansman birbirinden ayrılacaktır. Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır. Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılacak, etkili bir koordinasyon ve

işbirliği sağlanmak suretiyle mevcut kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilecektir. Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastaneler, idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetim yapıları güçlendirilecek, bu çerçevede gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesim sigortalanacak, uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir. Hizmet kademeleri arasında gerçekçi ve doğru bilgi akışının sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sistemi geliştirilecek, bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulacaktır (Özsarı ve Varlık: 2004-2005).

3.1.4.4. 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi (2001-2005)

Sekizinci 5 Yıllık Kalkınma Planı bir önceki dönemde belirli bir düzeyde başarıya ulaşıldığını belirtmiştir. Ortalama yaşam süresi 1,1 yıl daha uzayarak 68 yıldan 69,1 yıla gelmiştir. Bebek ölüm hızındaki düşüş ise binde 43,1'den 35,3'e gelerek devam etmiştir (DPT, 2000: 43). Sağlık ocağı ve sağlık evleri ile sağlık personeli sayısı artmış ile sağlık ekipmanı miktarı yükseliş göstermiştir. Sekizinci Kalkınma Planı'nda da amaç toplumun fiziksel ve ruhsal anlamda tam bir iyilik içinde olmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçları doğrultusunda eşit ve yeterli bir biçimde dağılmasını sağlamak ve ülke genelinde alınan hizmet kalitesi farkını ve sağlıklı yaşam oranlarını eşit düzeye getirmek olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin iç içe geçişi ve halkın bilinçlenmesini sağlamak için sağlık eğitimi planlaması da Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın hedefleri doğrultusunda yapacağı çalışmalardır. Ayrıca kentte yaşayan vatandaşların hizmet alabilmesi amacıyla polikliniklere verilen önem arttırılacak ve özel sağlık kuruluşlarının bu konudaki çalışmalarına destek verilecektir. Kırdaki yaşayan ve bulunduğu bölgede sağlık hizmeti veren herhangi bir kuruluş olmayan köylerde ise sağlık ocaklarının kurulması ve mobil sağlık hizmetinin getirilmesi hedefler arasında yer almaktadır. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, diş sağlığı, iş sağlığı ve iş güvenliği konularında halkın bilgilendirilmesi sağlanacak, evde yatarak veya

ayakta tedavi için çalışmalar sürecektir. Hastanelerin özertleştirilmesi için çalışılacaktır. Böylece hastaneler kendi başlarına yönetilecek birer işletme olacaklardır. Sağlık hizmetinin her kademesinde, hizmetlerin sunumunun Avrupa Birliği standartlarına göre olması sağlanacaktır. Sağlık sektöründe bu dönemde rastlanan sorunlar kent ve kır sağlık hizmetleri arasındaki dengesizlik, altyapı ve personel eksikliği, bilgi sistem sorunları olarak sıralanabilir. Doktorların daha verimli çalışacakları ve bakacakları hasta sayısının artacağı böylelikle hastanelerdeki yığılmaların önüne geçileceği düşüncesi ile performans sistemi ve performans sistemine dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir (Konuk, 2011: 24).

3.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM ÇALIŞMALARI VE ÖZELLEŞTİRMELER

Türkiye’de 1980 yılında kabul edilen 24 Ocak Kararları olarak da bilinen düzenlemelerin kabul edilmesiyle bir dizi neoliberal düzenleme hayata geçirilmiştir. 1980 yılından bu yana yönetime gelen iktidar partilerin çoğunluğu liberalleşme politikalarını sağlık sektörüne yaymaya çalışmışlar, özel sektörü bu alanda teşvik etmişler ve primli sistem temelinde kurulacak bir Genel Sağlık Sigortası’nı yürürlüğe sokmayı hedeflemişlerdir. Bu anlamda 1992-1996 yılları arasındaki “Sağlık Reformu Projesi” ile son dönemlerde AKP’nin ortaya attığı “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” bir devamlılık arz etmektedir. Adı geçen reform çalışmalarının en önemli hedefi sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli hale gelmesi, özel sektörün sağlık alanında payının artmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 206). Bilindiği gibi 2004 yılında başlanan dönüşüm programı ve ardından 2006 yılında gelen Sosyal Güvenlik Kurumu ve bir dizi reformla sağlık sisteminde bir dizi yapısal reform gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple Türkiye’de sağlık harcamalarına bakılmadan önce bu reformların oluşma sürecini, gerekçelerini ve özelleştirme politikalarına bakmak önemlidir.

3.2.1. Türkiye’de Sağlık Reformunun Gerekçeleri

Maliyetlerin artması, nüfusun azımsanmayacak bir kısmının sağlık sigortasından yoksun olması, toplumun sağlık hizmetlerinden memnun olmaması, uluslararası kurumların rolü ve sürdürülebilir bir gerçekleştirme hedefi Türkiye’deki sağlık reformunun önemli gerekçelerindendir (Yıldırım, 2000: 2-3). Teknolojik ilerlemeyle gelen maliyetlerin yıldan yıla artış göstermesi, nüfusun yaşlanması sonucu oluşan kronik tedavi harcamalarının günden güne büyümesi ile sağlık hizmetlerinin finansmanı gittikçe daha da güç olmaktadır. Bunların yanında sağlık hizmetlerinin karşılanmasında oluşan yetersizlikler toplumun genel kesimlerince hoşnutsuzlukla karşılanmakta ve sistemin iyileştirilmesi için güçlü bir talebin oluşmasına sebep olmuştur. Ayrıca Türkiye nüfusunun önemli bir bölümünün sigorta kapsamı dışında olması ile Türkiye’ye sürdürülebilir bir ekonomik bir sisteme ulaşma konusunda direktifler ve destekler veren IMF ile Dünya Bankası gibi uluslararası kurumların da etkisi azımsanmayacak boyutta olmuştur (Konuk, 2011: 25-26).

3.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye sağlık sisteminde, Sağlıkta dönüşüm Programı ile büyük bir değişim yaşanmaktadır. Sağlıkta dönüşüm Programı reformları aracılığıyla sağlık sisteminin kalitesini ve verimliliğini yükselterek sağlık kurumlarına ulaşımı kolaylaştırmak, ülkenin eşit haklara sahip bütün bireylerinin sağlık hizmetlerinden hakkaniyetli bir şekilde faydalanmasını sağlamak, daha etkili ve finansal açıdan sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmayı amaçlamıştır (Akdağ, 2011: 48). Diğer bir deyişle Sağlıkta Dönüşüm Programı, bireylerin kaliteli sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde ulaşmalarını amaçlayan temelinde insan odaklı ve etik bir anlayış biçimi olarak ifade edilebilir (Akdağ, (Bab-1 Ali Toplantıları), 2011: 30). Ülkemizin sosyoekonomik gerçeklerine uygun bir şekilde, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir sağlık modeli olarak da tanımlamak mümkündür. Hizmete kolay bir şekilde ve eşit şartlarda, ülkenin her yerinden aynı şekilde ulaşmayı hedefleyen, temelinde birey sağlığının önemini vurgulayan, halk açısından en iyi sağlık hizmetini en ucuza almasını olanak

sağlayan, finansal açıdan eldeki kaynakların en iyi şekilde planlanarak sürdürülebilir bir sağlık hizmetleri modeli oluşturmak amaçlanmıştır (Erdoğan, 2014: 102).

Türkiye’de gelişmiş ülkelerde yaşanan eğilimlere karşı bir demografik geçiş söz konusudur. Bununla ilişkili olarak yaşlılık ve sosyoekonomik etkenlerin sonucu oluşan, hastalık ve ölüm haline bağlı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik sorunlarının ve harcamalarının artmasını beklemek tahminlerin de ötesine geçmiştir. Bunun yanı sıra, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığa ulaşımın daha yaygın bir duruma getirilmesi hedefi ile daha fazla hastanın hastaneye tedavi için daha sık başvurması durumu oluşmuştur. Bu doğrultuda, ilaç tüketimi artmış, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmış ve tıp hizmetlerinin “olmazsa olmaz” ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksamasına neden olmuş ve uzman personel sıkıntısının artma riski baş göstermiştir. Ülkemizde uygulanan aile hekimliği modeli, koruyucu hizmetleri temel alan bir uygulama olarak planlanırken bu yönde uygulanamamıştır. Halkın hala ikinci basamağa yönelmesinin artması, iş yükü fazlalığı nedeniyle, tedavi hizmetlerini bile tam anlamıyla yerine getirmesini zorlaştırmıştır. Bu durum planlanan sağlık harcamalarının azalmasına karşı artışa sebep olmuştur. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkilerin daha fazla yakından incelenmesi gereken önemli bir konu haline gelmiştir (Soyer, 2009: 181). Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş bileşen ve alt bileşenlerden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir. Her bir bileşen Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi’nde farklı başlıklar altında tanımlanmıştır.

Türkiye, kamu sağlık harcamaları ile son on yıllık değişim sürecinde en hızlı yükseliş oranı gösteren ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye’de sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hâsılasına (GSYİH) oranı Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ortalaması olan yüzde 9,6’nın altında, yüzde 6,2 düzeyinde çıkmaktadır. Sağlık harcamalarına 2000-2009 yılları arasında kişi başı gerçek artış yönünden analiz edildiğinde, Türkiye’nin yüzde 6,3 ile altıncı sırada yer aldığı; aynı dönemde gayri safi yurtiçi hâsılasının kişi başına gerçek artışının yüzde 3,6 düzeyinde bulunduğu görülmektedir. Bu veriler OECD ortalamasında sırası ile yüzde

4 ve yüzde 1,6'dır. 2000'li yılların başında GSYİH'nın yüzde 5'i düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları, 2010'lu yıllara gelindiğinde yüzde 6 düzeyine çıkmıştır. Kamu sağlık harcamaları ise yüzde 3'ten yüzde 4,5'e ulaşmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı belirleyen, kamu sağlık harcamalarında dönem boyu incelendiğinde ulaşılan sonucun gerçek artış olduğu görülmüştür. 1990'lı yıllara göre değerlendirildiğinde ise, sağlık harcamalarındaki artışın daha da ilgi çekici olduğu görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarının GSYİH oranı 1990'ların sonunda yüzde 3'ün altında iken, günümüzde bu oran yüzde 4'lerin üzerine çıkmıştır (Erdoğan, s.103).

Sağlık harcamalarındaki artış oranları kurumsal olarak değerlendirildiğinde, bütçenin sağlık harcamaları içindeki payı düşerken sosyal güvenlik sistemine yönelik olarak çıkarılan yasal düzenlemelerin uygulanması doğrultusunda Sosyal Güvenlik Kurumu payında artış görülmektedir. Bu artış sadece sosyal güvenlik sistemine yansıyanın yanında aşağıda tabloda da görüldüğü üzere kişi başı harcama, TSH/ GSYİH, Kamu/TSH ve Hane Halkı Harcamalarında da yıllara göre bakıldığında sürekli bir artış söz konusu olmuştur. Yıllara göre sağlık harcamaları Şu Şekilde tablolaştırılabilir.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	4985	8248	12396	18774	24279	30021	35359	44069	50904	57740	57911	61678	68607	74189	84390
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hâsılaya oranı (%)	4,8	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4

Tablo 5. Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2013
(http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084), (Erişim Tarihi: 17.02.2015)

Sağlık harcamalarındaki etkinlik yönünden gerekli olarak kullanılan göstergelerden biri de sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı olmaktadır. Türkiye, OECD ülkeleri içinde sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan kaynağın en yüksek olduğu ülkelerdendir. Kamu ilaç harcamaları, ilaç tüketimindeki artışla

orantılı olarak, dönem içinde sabit fiyatlarla bir artış içinde olduğu görülmektedir. Bu düzeydeki bir artış finansal sürdürülebilirlik yönünden Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bütçe dengeleri üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır. İlaç harcamalarını sınırlamak için Sağlık Bakanlığı bazı politikalar üreterek uygulamaya koymuştur. İlk olarak 2004 yılında uygulanmaya başlayan referans fiyat uygulamasıyla ilaç fiyatlarında %80 oranında düşüşler sağlanmıştır. 2005 yılında ilaç fiyatlarının satışlarındaki KDV oranları %8'e düşürülmüştür. 2009 yılında orijinal ilacın jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatının %66'yı geçemeyeceği kuralı getirilmiştir. Reçetelenen ilaçlarda, en ucuz eşdeğer ilacın %15 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ilaç konusunda yapmış olduğu bu politikalar ile ilaç kullanımının artışı bir nebze olsa da azaltmış olup, ilaç harcamalarının baskılanmasını sağlamıştır (Belek, 2012: 198).

2012 yılında bütçe sağlık harcamalarında, yeşil kart harcamalarının dışında olarak, koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin kamu halk sağlığı harcamalarının payı yüzde 4,8 olup, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 1,2 düzeyindedir. 2011 yılı verileri ele alındığında bunun sırasıyla yüzde 6,2 ve yüzde 1,5 civarında olduğu görülmektedir. 2011 yılı baz olarak değerlendirildiğinde, kamu halk sağlığı ödemelerinde ise düşüş kaydedilmektedir. Türkiye, halk sağlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük düzeyde olduğu ülkeler sınıflandırılması kapsamında bulunmaktadır. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde halk sağlığı harcamalarının payı yüzde 2 ile yüzde 7 arasında değişirken, bu oranın Türkiye'de yüzde 1'in altında olduğu görülmektedir (TEPAV, 2012).

Ülkemizde sağlık harcamaları içinde halk sağlığı harcamalarına ayrılan pay, diğer OECD ülkeleri ile kıyaslandığında ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Bunun başlıca nedeni, genel bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan payın düşük olmasıdır. Ayrılan bu pay içinde, yüksek bir kısmı daha öncelikli olarak görülen ve hastalık olduğu noktada devreye giren tedavi edici sağlık hizmetleri almaktadır. Bu noktada hastalık olduğu aşamada doğal olarak insan sağlığı söz konusu olduğu için, tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan payı düşürmek mümkün görülmemektedir. Ancak, sağlık harcamaları için genel bütçeden ayrılan payın yükseltilmesi

durumunda halk sağlığına ayrılan pay da yükselecektir. İlk etapta ayrılan bu pay bir nevi o an için çok öncelikli olarak görülmese de koruyucu sağlık hizmetlerinin çok iyi ve etkin yürütülmesi, hastalık oluşmadan hastalıkların engellenmesi, ileriye yönelik tedavi edici sağlık hizmetlerine daha az harcama yapılmasına olanak sağlayacak ve artı olarak her türlü iş gücü kaybına da engel olmuş olacaktır (Erdoğan, 2014: 105).

3.2.2.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na göre Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını üreten ve bunların uygulanmasını gözetten bir kurum haline gelmelidir. Ayrıca hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarının etkili ve verimli çalışması konusunda direktif vermelidir. Bu anlayış ile Sağlık Bakanlığı Anayasa'da belirtildiği şekle göre devletin sağlık sektörünü birleştirilmiş, tek bir merkezden örgütleme görevini yerine getirmeyi planlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005: 26-27). Bunun yanında programa göre Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ağırlık vereceği planlanmıştır. Özetlenecek olursa Sağlık Bakanlığı sağlık politikaları üreten ve denetim sağlayan bir kurum olacaktır (Konuk, 2011: 26).

3.2.2.2. Genel Sağlık Sigortası

2006 yılı öncesinde sağlık sigortaları Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve kamu çalışanları olmak üzere beş farklı standartta verilmekteydi. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte sigorta kurumlarının hepsi tek bir genel sağlık sigortası altında toplanmıştır. Bununla sağlık sigortasının bütün yurttaşlara eşit kapsam ve kalitede verilmesi hedeflenmiştir (Başbakanlık, 2005: 55). Programa göre böyle bir sigorta sistemi, sigorta kurumlarındaki hizmetin kalitesini artıracak, hastalara eşit derecede hizmet verilmesini sağlayacak ve en önemlisi sağlık harcamalarını belirgin biçimde azaltacak, koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyecektir (Sağlık Bakanlığı, 2005: 27). Bunun yanında zorunlu olan genel

sigortaya ilaveten sağlık hizmeti almak için özel sigorta yapmaya başlamışlar, dolayısıyla özel sektör teşvik edilmiştir.

3.2.2.3. Kamu Hastanelerinin zerkleştirilmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda belirtilen en önemli reformlardan birisi de kamu hastanelerinin zerkleştirilmesidir. Tüm kamu sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı denetimi altında zerkleştirilmesi hedeflenmektedir. Kurumların idari ve mali açıdan sağlık hizmetlerini üretip yönetmesi için kendi girdilerini temin etmeleri ve dolayısıyla maliyetlerin azaltılması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005: 31). Programa göre belediyeler, vakıflar, özel şirketler ve il özel idareleri de sağlık kurulu açabilecek duruma gelebilecektir. En önemli hedeflerden biri sağlık kuruluşlarının verimliliği ilk sırada tutmalarını sağlamak olacaktır. Bunun yanında yataklı tedaviye gerek duymayan hastaların ayakta tedavilerini temin edecek düzenlemelere gitmek ve bu işlevi yerine getiren polikliniklerle laboratuvarların desteklenmesine önem verileceği raporlarda belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005: 31-32).

3.2.2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli

Programın öncelikle hedefleri arasında tüm vatandaşların kendi seçebildikleri, bir engelle karşılaşmaksızın rahatlıkla erişebildikleri bir sağlık hizmetine kavuşabilmeleri yer almaktadır. Bu anlamda aile hekimliği modeli kişilerin kolaylıkla danışabilmesi ve sağlık hizmeti alabilmesi için yürürlüğe konulmuştur. Belli pilot bölgelerle başlayan bu uygulama son aylarda tüm Türkiye'de uygulanır hale gelmiştir.

Aile hekimliği Sağlık Bakanlığı tarafından "koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunan, kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik hem ruhsal hem de sosyal yönleriyle ilgili olan ve kişilerin kendilerinin seçecekleri bir hekimlik" olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 54-55). Bu sisteme göre hastalar öncelikle kendi aile hekimlerine gidecekler, aile hekimlerinin kararı

doğrultusunda ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirileceklerdir (Özdemir, 2001: 288).

3.2.3. 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

Adalet ve Kalkınma Partisi Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nı kendi sağlık reformu ve sağlığın özelleştirilmesi ilkesine uygun olarak hazırlamıştır. Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın hedefinde istikrar, küresel rekabet gücüne hâkim olma, bilgi toplumu ve AB üyeliğine hazır bir Türkiye söylemi göze çarpmaktadır. Dokuzuncu Kalkınma Planında, diğer kalkınma planlarında olduğu gibi öncelikle sağlık hizmetlerinin mevcut durumuna ilişkin açıklamalara yer verilmiştir. Açıklamalar doğrultusunda önceki yıllarda yapılan planlara göre sağlık hizmetlerinde yatak sayısı, bebek ölüm hızı, sağlık personeli sayısı konularındaki göstergelerde istenen düzeye ulaşamadığı belirtilmiştir (DPT, 2006: 148).

Plana göre, 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %6,6'dan 2005 yılında %7,6'ya yükseldiği ve 2000 yılında %39 olan ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranının, 2005 yılında %34'e düştüğü belirtilmiştir. Yine de bu oran %16 olan Avrupa Birliği'nin oldukça gerisindedir. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı hedeflerinde genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmetinin tüm illere yaygınlaştırılması, hastanelerin özertleştirilmesi ile Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün önemi belirtilmiştir. Kamu sektörünün yanında özel sektörün de sağlık yatırımlarının teşvik edileceği belirtilmiştir (Resmi Gazete, 1 Temmuz 2006, 1, Dokuzuncu Kalkınma Planı).

Aynı zamanda, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların da teşvik edileceği vurgulanmıştır. Bunlara ek olarak sosyal güvenlik alanına tüm nüfusun girmemesi, her kuruluşun vatandaşa sağladığı şartların farklı olması, hastaya ulaşma anlamında teknolojik gerilik ve sistemin denetlenmesindeki sorunlar önümüzdeki dönemde çözülmesi gereken sorunlar olarak yerlerini almışlardır. SGK'nın kabulünün de bu sorunların giderilmesi için gerekli olduğu, bu nedenle tüm sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirildiği belirtilmiştir (Konuk, 2011: 30).

3.2.4. 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır.

Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş ve doğuştan beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Kişi başı hekim müracaat sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2'ye, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise yüzde 77'den yüzde 97'ye ulaşmıştır. Bu iyileşmeler memnuniyet oranlarına da yansımış ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında yüzde 75'e yükselmiştir.

Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği (KÖİ) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır.

Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacı devam etmektedir.

Fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması gerekmektedir.

2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir. Yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık harcamalarının daha da artabileceği öngörülmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı, Ankara, 2013).

Vatandaşlarımızın yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının

sağlanması temel amaçtır. Bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu esastır.

	2006	2012	2013	2018
10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	25,1	26,5	26,7	28,4
100 Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	151	172	176	193
100 Bin Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı	119	180	191	295
Fiziki Altyapının Dengeli Dağılım Oranı ¹	---	2,55	2,42	2,00
Sağlık Personelinin Dengeli Dağılım Oranı ²	3,40	2,24 ³	2,20	2,00
Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı	0,79	1,04	1,09	1,53
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	16,5	7,7 ³	7,1	6,0
Anne Ölüm Hızı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	28,5	15,5 ³	14,5	9,5

Tablo 6. Sağlık alanında gelişmeler ve hedefler

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı, Ankara, 2013

Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.

Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.

Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir.

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir.

Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi, kullanımı ve bunlara yönelik harcamaların etkinliği kontrol edilecektir.

Sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirilecektir.

Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformlar hayata geçirilecektir.

Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir. Tüketiciler yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirilecek, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketimi yaygınlaştırılacaktır.

Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesi sağlanacaktır (T.C. Kalkınma Bakanlığı 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı, Ankara, 2013).

3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri tek bir kurum yerine birbirinden bağımsız faaliyet gösteren birden çok kurum tarafından verilmektedir. Bu kurumlar sağlık hizmetlerinin koordine edilmesi, mali destek sağlanması ve sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde verilebilmesi için son derece önemli kurumlar olarak ortaya çıkarlar. Günümüzde bu kurumların yanı sıra Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Üniversite Hastaneleri ve özel hastaneler Türkiye’de vatandaşlara sağlık hizmeti veren kurumlar olarak yer almaktadırlar (Konuk, 2011: 30).

3.3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal Güvenlik, insanların fizyolojik ve sosyal ihtiyacı olarak ortaya çıkmakta ve geleceğe güvenle bakmayı sağlayan unsur niteliği taşımaktadır. İnsanlar hayat boyu yaşam kalitelerini sürdürmek ve sosyal güvence sahibi olmak isterler. Sosyal güvenlik, İnsanlara belirli sosyal riskler ve tehlikeler karşısında ekonomik

güvence sağlama görevine sahip kuruluş ve kurumlar topluluğudur (Bakırcı, 2000: 38). Bireyler, meslek hayatı süresince çeşitli mesleki (kazalar ve meslek hastalığı), fizyolojik (hastalık, sakat kalma, yaşlılık, ölüm gibi) ve sosyo-ekonomik (işsizlik gibi) problemlerle karşı karşıya kalabilirler. Sosyal güvenlik kurumu (SGK), yukarıda sayılan bu riskler nedeniyle, kısmen ya da tamamen çalışamaz duruma düşen ve bu nedenle gelir kaybına uğrayan ve muhtaç duruma gelenlere asgari bir hayat yaşamasını sağlayacak şekilde gelir sağlamasını amaçlar. Hastalık veya sakatlık nedeniyle, çalışma ve iş gücünü kaybeden kişilere gerekli maddi ve manevi yardımlarda bulunur.

İlgilinin prim ödemek suretiyle yararlandığı başlıca sosyal güvenlik hizmetleri, yaşlılık sigortası, genel sağlık sigortası, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası, analık sigortası, malûllük sigortası, ölüm sigortası ve işsizlik sigortası olup tümü Sosyal Güvenlik Kanunu kapsamındadır (Devebakan, 2007: 179-180). Bu bilgiler dâhilinde 20.05.2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü birleştirilerek, bu sosyal güvenlik kurumları “Sosyal Güvenlik Kurumu” SGK adı altında tek bir çatıda toplanmıştır. Buradaki ortak amaç; kişilerin karşılaştıkları riskleri minimize etmek ya da tamamen önleyerek kişilerin yaşam kalitesini yükseltmektir. Sosyal Güvenlik Kurumu kendi içinde verilen sosyal hizmet türlerine göre; Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü ve Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü gibi alt bölümlere ayrılmıştır.

3.3.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu

1965 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu, yürürlükten kalktığı tarihte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ilgili kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (5502 sayılı SGK Kanunu) ilgili kuruluşu olup, idari ve mali özerkliği olan kamu tüzel kişiliğine sahip bir kurumdu (4958 sayılı SSK Kanunu). Kurum 2000 yılında 616 sayılı KHK ile Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü'nden, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'na dönüştürülmüştür. Ayrıca Başkanlığa bağlı

birimler Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde toplanarak, sağlık ve sigorta işlemleri birbirinden ayrılmıştır.

SSK, kamu ve özel sektörde bir veya birkaç işveren tarafından hizmet sözleşmesi ile çalıştırılanları hastalık sigortası kapsamı altına almıştır. Ancak Yasa, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması ilkesi doğrultusunda, hizmet sözleşmesine göre çalışmayanların bir bölümünü de diğer sosyal risklerin yanı sıra hastalık riski açısından kısmen veya tamamen sosyal güvenceye kavuşturmuştur. Ayrıca Kurum 1983 tarih ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile süresiz tarım işçilerine, 506 sayılı Kanuna koşturarak hastalık sigortası yardımları sağlamaktadır. Bunların dışında, ikili anlaşmalar gereği dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye’de bulunan eş ve çocuklarının, emekli olup Türkiye’de oturanlar ile eş ve çocuklarının, izinli olarak Türkiye’de bulunan sigortalılar ile eş ve çocuklarının tedavileri de Kurumca sağlanmaktadır (SSK, 2005).

Kurum 506 sayılı yasanın öngördüğü tedavi yardımlarını 20.02.2005 tarihine kadar, sağlık tesisi işletmeciliği ile sağlamıştır. Bu tarihe kadar Kurumda sağlanamayan veya yeterince karşılanamayan tetkik ve tedaviler, 506 sayılı Yasanın 123. maddesi uyarınca Kurum dışından hizmet satın alınması yoluyla temin edilmiştir. Ancak sosyal güvenlik sistemindeki reform çalışmaları kapsamında Kurum, sadece sigortacılık hizmeti sağlayan bir yapıya dönüştürülmüştür. Bu kapsamda ilk etapta 616 sayılı KHK ile sağlık ve sigorta işleri ayrılmıştır. Daha sonra sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu, hizmette etkinlik ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur, ES üyesi, aktif devlet memuru ve Yeşil Kart sahibi hastaların SSK’ya bağlı sağlık tesislerinden, SSK sağlık yardımından yararlanan hastaların ise SB’na bağlı sağlık tesislerinden yararlanması öngörülmüştür. Bu amaçla SB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında protokoller düzenlenmiştir. Protokol Temmuz 2003 tarihinde altı pilot ilde başlatılmış ve 01.01.2004 tarihinden itibaren tüm Türkiye’de uygulamaya konulmuştur. İkinci etapta 5283 sayılı Yasa ile SSK’ya bağlı sağlık kuruluşları 20.02.2005 tarihinde SB’na devredilmiştir. Kurum; SB, Türk Silahlı Kuvvetleri, Tıp Fakültesi Hastaneleri ile protokoller düzenleyerek, özel sağlık tesisleri ile sözleşmeler yaparak hizmet satın alma yöntemi uygulamıştır (4958, m.14/B).

SSK hastalık sigortasının temel finansman kaynağı, işçi ve işverenlerin ödedikleri hastalık sigortası primleridir. Ayrıca protez araç ve gereçleri ile ilaçlardan alınan kullanıcı katkıları diğer gelirler arasındadır (SSK, 2004). Ancak, finansmanın devlet katkısını içermemesi, çağımızda sosyal güvenliğin ulusal gelirin yeniden dağıtımını sağlayıcı görevini ortadan kaldırmaktadır (Talas; 1997: 469-471; Güzel ve Okur, 2004: 164). 1990'lı yıllardan itibaren ortaya çıkan Kurum açıkları, merkezi devlet kaynaklarıyla karşılanmıştır.

3.3.1.2. Bağ-Kur

1971 yılında kurulan Bağ-Kur 01.10.1972 tarihinden itibaren tüm yurttan uygulamaya geçmiştir ve bir işverene bağlı olmaksızın kendi adı ve hesabına çalışanlara hizmet sunmuştur. 1984 yılında çıkarılan 2926 sayılı "Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu" ile tarımda bağımsız çalışanlar da Bağ-Kur kapsamına alınmıştır. Ayrıca bazı kişiler isteğe bağlı sigortalılıktan faydalanabilmişlerdir. Başlangıçta sadece uzun vadeli risklere karşı koruma sağlayan Bağ-Kur, 1985 yılından itibaren kademeli olarak sağlık sigortası uygulamasına başlamış ve 1988 yılında tüm illeri kapsam altına almıştır. Tarımda bağımsız çalışanlar ise 1998 yılında kapsama alınmıştır. Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı, özel hukuk hükümlerine tabi tüzel kişiliğe haiz bir kamu sektörü kuruluşu olup, idari ve mali bakımdan özerk bir yapıda olmuştur.

Bağ-Kur kapsamında sağlık yardımlarından; Bağ-Kur'a bağlı üyeler, 2926 sayılı Yasaya tabi zorunlu sigortalılar ile bunların eşleri, bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; anılan Kanunlara tabi yaşlılık ve malullük aylığı almakta olanlar ile eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları ve söz konusu yasalara tabi ölüm aylığı almakta olanlar yararlanmışlardır.

Bağ-Kur, üyelerinden toplanan primlerle finanse edilmiştir. Prim miktarı sigortalının bulunduğu basamağın gösterge tutarı ile Genel Bütçe Yasası ile kabul edilen katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenmiştir. Kamu ve özel sektör hizmet sunucularından hizmet satın alan Bağ-Kur'un, gelirleri ile

harcamaları arasındaki fark merkezi devlet kaynaklarıyla karşılanmıştır (Yaşar, 2007: 66).

3.3.1.3. Emekli Sandığı

İlk emekli (tekaüt) sandığı 1866 yılında “Askeri Personel Sandığı” adı ile kurulmuştur. Bunu, 1880 (1881) tarihli “Mülki İdare Sandığı”, 1890 tarihli “Seyri Sefain Tekaüt Sandığı”, 1909 yılında “Askeri ve Mülki Amirler Sandığı” ve 1917 tarihli “Şirketi Hayriye Tekaüt Sandığı”nın kurulması izlemiştir (<http://www.emekli.gov.tr>).

Cumhuriyetin kurulmasından sonra da kurumlara özgü emekli sandıkları oluşturulmaya devam edilmiştir. 1921 yılından itibaren başta Ereğli Kömür Havzası Amele Birliği Biriktirme ve Yardımlaşma Sandığı olmak üzere 11 ayrı emeklilik sandığı kurulmuştur. Farklı kurumlarda çalışan kamu personelinin, ayrı sandıklarda farklı mevzuatlara tabi tutulmasının yarattığı sakıncaları ortadan kaldırmak amacıyla, 5434 sayılı Yasa ile 1949 yılında Emekli Sandığı (ES) Genel Müdürlüğü kurulmuştur. ES, Maliye ve Gümrük Bakanlığının ilgili kuruluşu olup, tüzel kişiliğe sahip olmuştur (Yaşar, 2007: 63).

ES kapsamında sağlık yardımlarından; ES Yasasına göre kamu kesiminde çalışan memurlarla askeri personelden emekli veya malullük aylığı alanlar, bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri ile dul ve yetim aylığı alanlar faydalanmaktadır.

Temelde memur statüsünde çalışanlara sosyal güvence sağlamak için kurulan ES, başlangıçta iştirakçilerine ve onların aile bireyelerine sadece yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde sosyal güvence sağlamıştır. Ancak Kurum Yasasına 8.7.1971 tarih ve 1425 sayılı Yasayla eklenen geçici 139. madde ile Kurumun iştirakçilerine ve aile bireyelerine sağlık yardımı da yapılmaya başlanmıştır. İştirakçilere sağlanan sağlık yardımı devletçe (çalıştıkları kurumca) finanse edilmektedir. Dolayısıyla Sandık, iştirakçilerinin ve aile bireyelerinin sağlık yardımlarını ancak iştirakçilere aylık bağlandıktan sonra yapmaktadır (Yaşar, 2007: 64).

Kurumun finansman kaynağını aktif çalışan memurların ücretlerinden yapılan iştirakçi keseneği ve kurumlarından alınan karşılıklar oluşturmuştur. Ancak kesenek ve karşılıklar uzun vadeli sigorta kolları (maluliyet, yaşlılık ve ölüm) için alınmakta, sağlık kesenek ve karşılığı bulunmamaktadır. Sağlık kesenek ve karşılığı bulunmaması tartışmalı bir konudur. Bir görüş ES'nın uzun vadeli sigorta kolları için ödenen kesenek ve karşılık oranının toplamının yüzde 36 ile SSK ve Bağ-Kur'daki toplam prim oranına (sırasıyla yüzde 37,5-43 ve yüzde 40) yakın olduğunu ve bu nedenle açıkça belirtilmemiş olmasına rağmen, hastalık primini zımnen kapsadığını belirtmektedir. Diğer bir görüş, hastalık sigortası için herhangi bir prim öngörülmediğini vurgulayarak, prim karşılığı olmayan sağlık yardımının sosyal sigortacılıkta nimet-külfet ilkesini bozduğunu ve bu durumun Kurumun finansman açığının en önemli nedenini oluşturduğunu savunmaktadır (Duygulu ve Pehlivan, 2004: 61-63). Kurumun diğer finansman kaynakları; genel devlet bütçesinden sağlanan sübvansiyon, depozitolardan alınan faizler ve diğer yatırımlardan elde edilen gelirlerdir (Savaş, Karahan ve Saka, 2002: 42). Ayrıca 8.7.1971 tarih ve 1425 sayılı Yasa, Kurumun nakit açığının Maliye Bakanlığı bütçesinin sosyal transferler bölümüne konacak bir ödenekle karşılanmasını öngörmüştür. Bu nedenle son yıllarda açık veren Kurum, sağlık giderlerini doğrudan Maliye Bakanlığı'na fatura etmektedir. Emekli Sandığı kamu ve özel sektör hizmet sunucularından hizmet satın alarak sağlık hizmeti sağlamaktadır (Yaşar, 2007: 65).

3.3.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversiteler bünyelerinde bulunan tıp fakülteleri hastaneleri sayesinde hem tıp eğitimi alan öğrencilerin eğitimlerine yardımcı olmak hem de yaptıkları araştırmalar ile hastalara sağlık hizmeti vermek amacı ile kamuya açık sağlık hizmeti veren kurumlardır. Toplam 28.000 yatak kapasiteli 53 üniversite bu tanım kapsamında değerlendirilebilir. Eğitim süreleri ve öğretim planları, gerek eğitim ücretleri ve ekstra masrafların belirlenmesi konusunda üniversitelerin diğer bölümlerinden farklı olarak Yükseköğretim Kurulu (YÖK)'ten bağımsız olarak çalışırlar. Aynı zamanda üniversitelerin içinde bulunan Mediko-Sosyaller eğitim öğretim süresi içerisinde hasta olan öğrencilere ücretsiz sağlık hizmeti vermektedir.

Üniversite hastanelerinin masrafları ise döner sermayeden ve katma değer bütçelerinden sağlanır (Konuk, 2011: 33-34).

3.3.3. Özel Hastaneler

Devlete ait olmayan, özel sermaye ile kurulmuş, çeşitli konularda uzmanlaşabilen ya da genel sağlık hizmeti veren hastaneler, poliklinikler ve laboratuvarlar özel sağlık hizmetlerinin içinde yer alabilirler. Özel sağlık hizmetlerinin varlığı kamu sağlık hizmetlerinin eksik ve yetersiz kaldığı konularda insanlara hizmet verebilmesi açısından önemlidir. Özel sağlık sektöründe, özel hastanelerin, laboratuvarların ve polikliniklerin mülkiyeti genel olarak bir kişiye aittir. Özel hastaneler sosyal güvenlik kurumlarıyla anlaşma yaparak kurum hastalarına bakabilmektedirler. Bunların dışındaki gelir kaynağı ise muayene ücretleri ve döner sermayeden gelmektedir (Konuk, 2011: 34).

3.3.4. Diğer Kamu Sektörleri

Diğer kamu sektörleri dendiğinde akla gelecek olan kurumlar, Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT) ve belediyelerdir. KİT'lere bakıldığında kamu sermayeli oldukları görülür. Ancak özel hukuka tabidirler ve çeşitli sağlık kurumları ile anlaşmalar yaparak sağlık hizmetlerine de katkı sağlayabilmektedirler. Belediyeler ise kendi bünyelerinde hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarını barındırarak sağlık hizmeti vermektedirler. Hem koruyucu hem de tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden belediyelerin kurumları aracılığı ile yararlanmak mümkün olmaktadır (Konuk, 2011: 34).

3.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA KÜRESELLEŞMENİN ETKİLERİ

Küreselleşme, teorik temellerini ve uygulanma gerekçelerini klasik liberal ekonomi teorisine dayandırmaktadır. Bu teorik yaklaşım, devletin toplumsal yaşamdaki rollerinin kısıtlanmasını, ekonomik müdahale alanlarının özelleştirilmesini, küresel sermayenin ulusal sınırlar içindeki alanının genişletilmesi ve etkinliğinin ulusal düzenlemelerle artırılmasını adeta gerekli kılmaktadır.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda, artan nüfus, artan ihtiyaçlar, küresel sermayenin çok geniş hizmet alanlarında yatırım yapma istekliliği ve gücü, kamusal hizmet kapsamında yer alan hizmetlerin artan bir şekilde özel sektör tarafından da üretilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin(GOÜ) piyasa ekonomilerini geliştirmeleri ve kalkınma/ büyüme hedefine ulaşmada piyasa güçlerince yaratılacak başta istihdam ve gelir gibi ekonomik dinamikler ve buna bağlı olarak sosyal kültürel gelişmeler, olması gereken bir süreçtir. Ancak burada önemle üstünde durmamız gereken, bu ülkelerin henüz sistematığı oluşturulamamış, yeterince yaygınlaştırılmamış temel kamusal hizmet alanlarına ihtiyaç duyan kitlelerin fazlalığıdır.

Küresel sürecin hızlanması GOÜ için bazı fırsatları ve faydaları ortaya çıkarırken gelişmiş ülkeler (GÜ) tarafından kuralların duruma göre değiştirildiği ve uygulandığı, yerel ve ulusal üretim ve finans imkânlarının daralması giderek GOÜ için eşitsizlik, işsizlik, yoksulluk ve daha az eğitilmiş, daha az sağlıklı, diğer deyişle en temel beşeri sermaye unsurlarına sahip olamayan kitlelerin oluşumuna yol açmıştır.

Küreselleşmenin özellikle işsizlik, yoksulluk gibi sorunların artışına neden olması, sağlık konusunda birçok GOÜ’de elde edilmiş kazanımların da gerilemesine yol açmıştır. Bu ülkelerin en riskli kesimlerini oluşturan işsizler ve yoksullar için kamu hizmet alanları içinde yer alan başta sağlık ve eğitim imkânlarının giderek piyasa ağırlıklı sunumu kamu sağlık üretiminde ve sunumunda ciddi bir yetersizlik ve kalitesizliğe yol açmıştır.

Küresel düzeyde üretim ve sunum yapan çok uluslu şirketlerin ilaç ve tıp teknoloji ürünlerinin üretiminde ve pazarlanmasında egemen güç olmaları sağlık ekonomisini ve yönelimlerini istedikleri gibi biçimlendirmelerine izin vermektedir. Diğer yandan küresel sağlık ekonomisinin gelişimi birçok hastalığın yerel sınırlar dışında ortak geliştirilen programlarla, teknolojilerle daha az maliyetli ve daha etkin sunumuna ortam sağlamaktadır.

Küresel sermayenin artmasına ve hareket hızına paralel olarak, birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de özelleştirme çabaları ortaya çıkmıştır. Kamu kurumlarının özelleştirilmesinin yanı sıra belki de daha çok sağlık sektörünün piyasaya açılması ve böylece yeni yatırım ve girişimlerle piyasada üretilen ve rekabete konu olan mal ve hizmetler olmaları amaçlanmaktadır. Tedavi hizmetlerinden çok bu alanda tıp teknolojileri önde gelmektedir. Ancak son zamanlarda uluslararası yatırımların sağlık sektörüne artan bir ilgilerinin olduğu bilinmektedir.

Tıbbın bilgi paylaşımına en açık alanlardan olduğu bir gerçektir. Bu nedenle küreselleşme ile birlikte ve artan bilişim teknolojileri yardımı ile ülkeler, hatta kıtalar arası profesyonel bilgi paylaşımı söz konusu olmaktadır. Teletip ve robotik tıp uygulamaları, uzaktan eğitim, konsültasyon bu kapsamda sayılabilecek gelişmelerdir. Ancak burada dikkat çekilebilecek bir nokta batı tipi tıp uygulamalarının alternatifsiz hale gelmesidir. Toplumlar kendi tıp tarih ve kültürlerinden hızla uzaklaşmaktadır. Batının tıbbi uygulamaları dışında yer alan uygulamalar diğer alanlarda olduğu gibi alternatifsiz olarak kabul edilmekte ve böylece batı ülkelerince üretilen ve sunulan sağlık ekonomisi ve hizmetleri tüketimi artırılmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ekonomisinin temel hizmet alanı içinde görülmüştür. Bu kapsamda temel sağlık hizmetleri toplumun tümünü kavrayacak şekilde yürütülmeye çalışılmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin dışında kalan özellikle ikinci ve üçüncü basamak tedaviye yönelik hizmetler, piyasa ekonomisi tarafından da üretilmektedir. Özellikle son yıllarda küresel gelişmelerin de etkisiyle, sağlık hizmetlerinin piyasa sektörü tarafından sunumunda artış gözlenmektedir (Sayıştay Dergisi, Sayı: 64).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin gördürülmesinden de sorumludur (Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.46).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; Sağlık Merkezi, Sağlık Ocağı ve bağlı Sağlık Birimleri, Sağlık Evi ile İl ve İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarlarını ifade eder. İkinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneleri kapsamaktadır. Bu kapsamda yer alan hizmetler yataklı tedavi hizmetleridir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlerce sunulmaktadır. Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür.

Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda zaman içinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu bağlamda (Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.50);

- Özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde temel bir başarıya ulaşıldığı,
- Vatandaşlara temel bir sağlık hakkı verildiği ve
- Sigortalı sayısının artırıldığı söylenebilir.

Bununla birlikte koruyucu, ayakta tedavi ve yatakta tedavi hizmetlerinin verilmesinde tam bir kurumsallaşma sağlanamamıştır.

Ülkemizde sağlık göstergelerindeki gelişmelere baktığımızda, fiziki ve mekânsal göstergeler açısından bazı gelişmeler söz konusu olmakla birlikte, örneğin yatak kapasitelerinin artışına paralel kullanımlarının % 70'lere ulaşmadığı görülmektedir. Ülkemizde hekim başına düşen nüfus hala çok yüksektir. Buna karşın

hekim sayısı artırılmamakta ve sağlık işgücü dağılımı bölgelere ve sağlık birimlerine göre etkinleştirilememektedir.

Genel olarak kabul edilen anlayışa göre; birinci basamağa başvuran hastaların % 95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sevk hızının standart değerı % 5-10 arasında olmalıdır. Türkiye genelinde birinci basamaktan hastanelere sevk oranının % 14,4 gibi yüksek bir değere ulaştığı görülmektedir. II. Basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece % 4,4'ünün yatırılarak tedavi edilmeleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak olduğunun en açık göstergesidir(Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.46-47).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun yıllar çok yönlü bir finansman sistemi benimsenmiştir. Sağlık Bakanlığı özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında vergisel kaynaklara başvururken, sosyal güvenlik ödemeleri kapsamında yer alan SSK, hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı olarak hizmetlerin finansman boyutunu oluşturmuştur. Son yıllardaki reform hareketleri kapsamında genel sağlık sigortası sistemin oluşturulması ve sosyal güvenlik kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devri yoluyla hizmet sunumunda da çok başlı yapıdan uzaklaşılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanında yapılan yeniden yapılandırma reformu kapsamında ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel olarak bireye yönelik sağlık hizmetlerinin "prim sistemi" ile karşılanması gerektiği ifade edilmektedir (Aktan, 2001; 1486). Bu bağlamda sosyal sigorta ile finansman yanında, özellikle son reform çalışmasında özel finansman hizmetlerine katkı boyutunda ihtiyaç ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin özel finansmanı ülkelerin sahip oldukları koşullar tarafından belirlenmektedir. Bu hizmeti satın almak isteyen kişiler doğrudan ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, özel sağlık sigortasına başvurmak suretiyle kurumsal bir destek alabilmektedirler. Genellikle gelir seviyesi yüksek olan kesimler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan finanse edebilmektedirler. Bunun yanında sosyal sigorta kapsamında yer almakla birlikte sahip oldukları riskleri

azaltmak ve daha fazla güvence temin etmek için isteyen kişiler de özel sağlık sigortasına dâhil olabilmektedirler (Avcı, 1997: 30-31).

Türkiye’de son yıllarda özel sağlık sigorta uygulamalarında geçmişe göre bir hareketlilik başlamıştır. Özel sigortanın toplam finansman kaynakları içindeki oranının %20’leri geçeceği beklentisi söz konusudur.

3.5. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME POLİTİKALARI

Türkiye’de sağlık sektöründeki gelişmeler, son yıllarda genel sektörel gelişim ortalamalarının çok üzerinde bir hızla seyretmektedir. Bunun temel nedenleri;

- Artan nüfus karşısında daha fazla sağlık kuruluşuna ihtiyaç duyulması,
- Artan satınalma gücü ile daha nitelikli sağlık kuruluşuna talebin artması,
- Nitelikli sağlık hizmetlerinin daha geniş nüfusa ulaştırılması gerekliliği,
- Eskiyen sağlık kuruluşlarının yenilenme ihtiyacı,
- Güncel teknolojinin kullanılması gereği,
- Avrupa Birliği üyeliği yolunda sağlık hizmeti standartlarının artırılması, sağlık arzının artırılması ve buna bağlı sağlık harcamalarının da doğal olarak artmasıdır (Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.53).

Sağlık sektörünün gelişiminin önündeki en önemli engel olan sermaye eksikliği sorununa da artık çözüm bulunur hale gelmiştir. Türkiye’de sağlık tesislerine yatırım yapmayı planlayan ya da mevcut tesisini büyütmek ya da daha güncel teknoloji ile donatmak isteyen girişimcilere artık; proje ve cihaz finansman kredileri açılmakta ve uygun ödeme vadeleri ve faiz oranlarıyla destek sağlanmaktadır. Bu kredilerin alınmasında sağlık sektörü yatırımcıları uluslararası denetim kuruluşları ya da fizibilite konusunda deneyimli firmalardan destek alabilmekte ve bu destekler sayesinde kredilendirme süreçleri daha hızlı ve daha sağlıklı olabilmektedir.

Bu yardımlar kapsamında;

- Dünya Bankası'nın bir kolu olan IFC (International Finance Corporation),
- Uluslararası İhracat Kredi Kuruluşları,
- Yerli ve Yabancı Bankalar,
- Tıbbi Cihaz Üreticileri'nden sağlanan destekler sayılabilir.

Kullanılacak kredilerin daha verimli ve planlı bir şekilde yatırıma dönüşmesi için hastanelerin ya da benzer sağlık kuruluşlarının A'dan Z'ye projelendirmelerini yapan ve uluslararası standartlarda inşaatlarını gerçekleştiren kuruluşlar da yatırımcılara dünyada mevcut olan tüm “know-how” ve “expertise”i sunabilmektedirler (Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, s.53-54).

Türkiye’de sağlık alanının yeni liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması çerçevesinde uygulamaya konan programların temel gerekçesi olarak; bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, diğer yandan da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olması gösterilmektedir. Küreselleşmenin ülkeler ve şirketler arasında acımasız bir rekabeti öngördüğü, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak tanımlandığı günümüzde; sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilerek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır. Yeni liberal paradigma çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özleştirilmesi gibi adem-i merkeziyetçi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmış ve bu sayede mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmüştür (Gül ve Ergun,2011).

Özelleştirmeler, sistemin önemli reform alanını oluşturmaktadır. Gerek artan nüfus ve artan sağlık ihtiyaçları ve gerekse artan küresel eğilimler, sağlık hizmetlerinin sunumunda da özelleştirmeyi hızlandırmaktadır. Özelleştirmede sağlığın kaliteli ve etkin bir biçimde üretilebileceği ve piyasa koşullarında kolaylıkla

tüketilebileceği düşünülmektedir. Ancak özel sağlık kuruluşlarında daha düşük maliyet ve daha fazla kar için çalışma temel hedefdir (Turan ve Yıldız, 2010: 39-41).

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal olma özellikleri nedeniyle kamu ile birlikte sunulabilen hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi ile kamunun iş yükünü hafifletmek ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmek amaçlanmaktadır. 1980'lerden sonra tüm dünyada hızla artan özelleştirme faaliyetleri, sağlık sektöründe de kendini göstermiş ve artık sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör de kendine yer edinmiştir. Türkiye'de ise 2000'li yıllardan sonra sağlık hizmetleri kamu ile birlikte sunulur hale gelmiştir (Şentürk, 2011: 49).

Sağlıkta yaşanan bu özelleştirme uygulamaları sayesinde verilen hizmetin kalitesi ve hizmete erişebilirlik artacaktır. Hızla artan ülke nüfusuna karşı aynı hızda hastane açmak ve personel istihdam etmek mümkün değildir. Kamu harcamaları içinde büyük bir paya sahip olan sağlık giderlerinin hepsinin kamu bütçesinden karşılanması doğal olarak bütçe için büyük bir yük getirmektedir. Sağlıkta reform uygulamaları çerçevesinde hastalardan katkı payı alınması bu yükü bir parça azaltmaktadır. Bu noktada eleştiriler çok olmakla birlikte verilen hizmet kalitesini artırabilmek ve erişilebilirliği sağlamak için özelleştirme gerekli görülen bir uygulamadır (Şentürk, 2011: 49).

Dünya çapında sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının sağlandığı sağlık politikalarının yayılımı küreselleşmenin bir şeklidir. Ulusal sağlık sistemleri bu politikaları inceleyerek kendine adapte etmektedir. Böylece küreselleşmeyle birlikte sağlık alanında alınan kararlarda ilkelerin, etik değerlerin ve standartların paylaşımında artış ortaya çıkmaktadır. Yine hızla ilerleyen küreselleşme, iletişim süreçlerini hızlandırmış, bilgiden kısa sürede yararlanma olanaklarını ortaya çıkarmış ve rekabeti gündeme getirmiştir. Küreselleşmenin getirdiği elektronik iletişimle birlikte sağlık alanındaki yeni tedavi, teknoloji ve stratejiler hakkındaki bilgiler hızla dünya geneline yayılabilmektedir (Turan ve Yıldız, 2010:39-41).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. KÜRESELLEŞME SÜRECİNDE GELİŞMEKTE OLAN EKONOMİLERDE SAĞLIK HARCAMALARI FİNANSMANININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1. ARAŞTIRMANIN GENEL YAPISI

4.1.1. Araştırmanın Amacı

Son otuz yılda gelişmekte olan ülkelerde epidemiyolojik geçiş ve nüfus yapısındaki değişiklik nedeniyle artan sağlık harcamaları, sağlık sistemlerinin ileri derecede planlanmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili tartışmalar hem kamu kesiminde hem de özel kesimde devam etmektedir. Bütçe açıkları ve uluslararası kreditorlerden gelen baskılar nedeniyle, kamu sübvansiyonlarının efektif kullanımı ve kamu harcamaları için özel kaynakların harekete geçirilmesi sağlık hizmetlerinde piyasaya dayalı finansal modeli uygulamaya çalışan bu ülkelerde büyük bir öneme sahiptir. Global işbirliği, ortak kamu sağlığı problemlerinin çözümünde zorunlu olmaktadır (Ener, Yelkikalan, 2003: 99). Diğer kalkınmakta olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de son on yedi yılda sağlık hizmetleri reformunu gerçekleştirebilmek için pek çok çalışma başlatılmıştır.

Toplumdaki fertlerin sağlıklı olması sürdürülebilir kalkınmayı ve üretkenliği desteklemektedir. Bu nedenle pek çok gelişmekte olan ülke daha iyi bir sağlık hizmeti sağlamak, kaynaklarını daha etkin kullanmak ve sağlık girişimlerini teşvik etmek için yeni yapısal ve finansal düzenlemeleri içeren sağlık politikaları geliştirmektedir. Bu amaçla, sektörler arası işbirliği ile sağlık hizmetlerinde eşitlik ve etkinliğin sağlanması kalkınmakta olan dünyada artık zorunluluk olarak değerlendirilmektedir.

Bu sebeplerden ötürü araştırmanın amacı; on beş yıl (1998-2013) içinde küreselleşme sürecinde gelişmekte olan 12 ülkenin (Arjantin, Brezilya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Güney Afrika, Macaristan, Meksika, Polonya, Romanya, Rusya, Türkiye, Şili) ekonomilerindeki sağlık harcamaları finansmanlarının değerlendirilmesi, kişi başına toplam sağlık harcamaları, kişi başına gayri safi yurtiçi hâsıla oranları, finansal açıklıkları, şehirleşme oranlarını, enflasyon verilerini incelemek ve karşılaştırmalar yaparak izledikleri yolu çıkarmaya çalışmaktır.

4.1.2. Literatür Özeti

Gerek gelişmiş ve gerekse gelişmekte olan ülkelerde artan sağlık harcamaları; söz konusu harcamaları etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak literatürde çok sayıda çalışmanın yapılmasını beraberinde getirmiştir. Söz konusu çalışmaların büyük bölümünde ise sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişki üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak sağlık harcamalarını belirleyen faktörler hem sağlık ekonomistleri hem de politika belirleyiciler açısından temel bir ilgi alanı olmasına karşın sağlık harcamalarının belirleyicileri konusunda ulaşılan sonuçların birbirinden farklı olduğu görülmektedir.

Araştırma sonuçlarından elde edilen sonuçların farklı olmasında etkili olan faktörlerden birisinin kullanılan verilerin niteliğinin farklı olması göze çarpmaktadır. Şöyle ki, bazı çalışmalarda hane halkına ilişkin veriler kullanılırken diğer bazılarında makro ekonomik veriler kullanılmıştır. Ayrıca kullanılan araştırma yöntemleri, ele alınan ülke ve dönemler itibariyle de birbirinden ayrılmaktadır. Ancak, söz konusu çalışmalar sağlık harcamalarının ülkelere göre nasıl ve neden değiştiğinin anlaşılabilmesi açısından önem taşımakla birlikte ülkelerin sosyo ekonomik koşullarının farklı ve karmaşık olması nedeniyle genellenmesi mümkün olamamaktadır.

Sağlık harcamalarının belirleyicilerine ilişkin yapılan ampirik çalışmalarda çoğunlukla gelişmiş ülkelerin ele alındığı ve sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişkinin araştırıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda kişi başına gelir düzeyi ile sağlık harcamaları arasında aynı yönlü güçlü bir ilişkinin varlığı ile gelirin sağlık

harcamalarındaki değişimi büyük bir oranda açıkladığı ortaya konulmuştur. Daha sonraki dönemde ise sağlık harcamaları ile gelir arasındaki bağlantı esneklik değerleri ile açıklanmaya çalışılmış ve gelir elastikiyeti 1'den küçükse sağlık harcamaları zorunlu bir mal olarak; 1'den büyükse sağlık harcamaları lüks bir mal olarak kabul edilmiştir (Bac ve Le Pen 2002).

Sağlık harcamalarını belirleyen faktörlere ilişkin ilk çalışma Newhouse tarafından ortaya konulmuştur (Newhouse 1977). Newhouse araştırmasında 13 gelişmiş ülke için kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına GSYİH arasındaki ilişki ile gelir elastikiyetlerini araştırmış ve yüksek bir elastikiyet bulmuştur. Sonraki yıllarda Leu (1986), Parkin et. al. (1987), Hitiris (1997) benzer elastikiyet sonuçlarına ulaşmışlardır. Gbesemete ve Gerdtham (1992), Hitiris ve Posnett (1992), kişi başına sağlık harcamaları ile gelir arasında benzer şekilde güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Yakın dönemde ise Sen (2005), Dregerd ve Reimers (2005), Chakroun (2009), Baltagi ve Moscone (2010) tarafından yapılan analizlerde ulaşılan elastikiyet katsayılarının düşük ve dolayısıyla sağlık harcamalarının zorunlu mal olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak yapılan ampirik analizlerde sağlık harcamalarının zorunlu yada lüks bir mal olduğuna ilişkin bir ortak sonuca ulaşılamamıştır. Aşağıdaki kısımda sağlık harcamalarını belirleyen faktörlere ilişkin bir model oluşturulması amaçlanmıştır.

4.1.3. Araştırma Modeli

Küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ekonomilerde sağlık harcamaları finansmanını konu alan bu çalışmada, sağlık finansmanını değerlendirebilmek için birçok ekonomik değişkenin bir arada toplanarak birbirleri üzerine etkilerini analiz edebilmek gerekmektedir. Bu amaç ile çalışmamızda panel veri analizi yöntemi kullanılmıştır.

Panel Veri Analizi: Panel veri, bireyler, ülkeler, firmalar, hane halkları gibi birimlere ait yatay kesit gözlemlerin, belli bir dönemde bir araya getirilmesi olarak

tanımlanmaktadır. Panel veri, N sayıda birim ve her bir birime karşılık gelen T sayıda gözlemden oluşmaktadır (Tatoğlu, 2012: 2).

Panel veriler, zaman serisi ve yatay kesit verilerin, farklı dönemler itibariyle kullanılmasına fırsat tanınması, zaman serilerinde açıklayıcı değişkenler arasında ortaya çıkan ilişkiyi tanımlayan, çoklu bağlantının olması ve bütünleştirilmiş (pool) verilerin kalitesinin tartışılabilir olması sebebiyle tercih edilmektedir. Bununla birlikte panel veriler, birey davranışları hakkında daha fazla bilgi sağlarken, serbestlik derecesini artırmakta ve modelin daha detaylı bilgi sağlamasına fırsat tanımaktadır. Bunun sonucunda, parametre tahminleri daha etkin ve güvenilir olmaktadır(Hsiao, 1985:125).

Panel veri analizi hem zaman serisi hem de yatay kesit veri analizlerine özgü özellikleri taşımakla birlikte, bu analizlere ait dezavantajları da ortadan kaldırmaktadır. Panel veri analizinin avantajları aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Tarı, 2010: 475):

1. Panel veri analizi kesit birimlere özgü farklılığı dikkate alarak, bu farklılığın model içinde kontrolüne ve ölçülebilmesine izin vermektedir.

2. Yatay kesit gözlemleri ile zaman serilerini birleştirmekte, panel veri, daha aydınlatıcı bilgi, değişkenler arasında daha az doğrusal bağlantı, daha fazla serbestlik derecesi ve daha fazla etkinlik sağlamaktadır.

3. Tekrarlanan yatay kesit gözlemlerini incelemekle, panel veri, değişme dinamiklerini araştırmak için daha uygundur.

4. Panel veriler, pür zaman serisi verileri veya pür yatay kesit verilerinde kolayca gözlenemeyen etkileri daha iyi belirleyebilir ve ölçebilir. Panel veri analizi, zamana göre değişmeyen ve kesit boyunca farklı olan gözlenemeyen etkilerle birlikte zaman ve kesit boyunca değişen etkilerin bağımlı değişken üzerindeki olası etkilerini de hesaba katabilmektedir.

5. Panel veri analizi, daha karmaşık davranış modelleri ile çalışabilme imkânı sunması açısından, zaman serisi ve yatay kesit verisi modellerine göre üstünlük sağlamaktadır.

Panel veri kullanmanın getirdiği kısıtlamalar ve dezavantajlar da vardır. Bunlar şöylece özetlenebilir:

- Panel veri modelindeki hata terimi, zaman serisi, yatay kesit ve panel veri modeline özgü sapmaları taşıdığı için çoğu zaman sapmalıdır.
- Veri bulmak oldukça güçtür.
- Birim boyutu fazla olmasına rağmen zaman boyutunun kısadır (Tatoğlu, 2012: 14).

Panel veri metodolojisinin klasik regresyon modeli olarak ifade edilen gösterimi şöyledir (Greene, 2000: 560):

$$Y_{it} = \alpha_{it} + \beta_{kit}X_{kit} + u_{it} \quad i=1,\dots,N ; t=1,\dots,T$$

Y bağımlı değişken, X_k bağımsız değişkenler, α sabit parametre, β eğim parametreleri ve u hata terimidir. i alt indisi, birimleri (birey, firma, şehir, ülke gibi), t alt indisi ise zamanı (gün, ay, yıl gibi) ifade etmektedir (Tatoğlu, 2012: 4).

Dinamik Panel Veri Analizi: Bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin bağımsız değişken olarak modele eklenmesiyle dinamik panel modelleri elde edilmektedir. Dinamik modellerde doğrudan ilgilenilen konu gecikmeli bağımlı değişkenin tahmin edilen katsayısı olmadığına bile, modelde dinamik ilişkiye yer verilmesi, diğer parametrelerin tutarlı tahminlerinin yapılabilmesi için önemli olabilmektedir (Bond, 2002: 142).

Dinamik panel veri modelleri iki alt grupta incelenmektedir. Bunlardan birincisi otoregresif panel veri modelleri, diğeri ise dağıtılmış gecikmeli panel veri modelleridir. Otoregresif panel veri modelleri, bağımlı değişkenin gecikmeli değerinin de bağımsız değişken olarak modele eklenmesiyle elde edilmektedir. Dağıtılmış gecikmeli panel veri modellerinde ise sadece bağımsız değişken ya da değişkenlerin gecikmeli değeri modele dâhil edilmiştir. Genelde dinamik panel veri denilince ilk akla gelen otoregresif modellerdir. Tek dönem gecikmeli otoregresif panel veri modeli aşağıdaki gibi gösterilebilmektedir:

$$Y_{it} = \delta Y_{it-1} + \beta X'_{it} + v_{it}$$

Denkleimde $V_{it} = u_{it} + \mu_{it}$ 'dir. Otoregresif modellerde tahminlerin bildik yöntemlerle yapılmasında bazı problemler ortaya çıkmaktadır. Bu modellerdeki en büyük problem gecikmeli bağımlı değişkenin modelde bağımsız değişken olarak yer almasından kaynaklanmaktadır. Dinamik modellerde genel olarak, Y_{it-1} 'in u_{it-1} ile korelasyonludur. Öte yandan, Y_{it} , μ_{it} 'nin bir fonksiyonu olduğundan, Y_{it-1} de, μ_{it} 'nin bir fonksiyonudur. Dolayısıyla, Y_{it-1} , μ_{it} 'yi de içeren hata terimiyle korelasyonlu olmakta ve bu nedenle katı dışsallık varsayımı bozulmaktadır (Tatoğlu, 2012: 66).

Dinamik panel veri modellerinin tahmini için önerilen çok sayıda yöntem bulunmaktadır. Dinamik modellerin tahmini için klasik yöntemler de uygulanabileceği gibi, klasik yöntemlerin uygulanması bazı problemleri beraberinde getirmektedir. Bunlardan en önemlisi, bağımlı değişkenin gecikmeli değeriyle hata terimleri arasındaki korelasyonun katı dışsallık varsayımını bozmasıdır. Bu durum, tahminlerin sapmalı ve tutarsız olmasına neden olmaktadır. Bireysel etki nedeniyle "grup içi tahmin yöntemi" de hem sabit hem de tesadüfi etkiler modelleri için tutarsız sonuçlar vermektedir. Ayrıca bağımlı değişkenin gecikmeli değeri ve birim hata arasındaki korelasyon da tesadüfi etkiler modelinin önemli varsayımlarından biri olan bağımsız değişkenler ve hata terimleri arasındaki korelasyonsuzluk varsayımını bozduğundan, dinamik modellerin tesadüfi etkiler tahmincisiyle tahmin edilmesi tutarsız sonuçlar vermektedir (Tatoğlu, 2012: 69).

4.1.4. Veri ve Metodoloji

Sağlık ekonomisinde ve özellikle sağlık harcamalarının belirleyicilerine ilişkin olarak yapılan ampirik analizlerde kişi başına sağlık harcamalarının bağımlı değişken olarak alındığı görülmektedir. Literatürde farklı değişkenler kullanılmakla birlikte; temel belirleyici değişken gelir olup bireylerin harcama kapasitesinin sağlık için harcayabilecekleri miktarı da belirlediği şeklindeki teorik dayanaktan beslenmektedir (Bilgel, 2004). Nitekim, Newhouse (1977) ve daha sonraki Leu (1986), Hitiris ve Posnett (1992), Gbesemete ve Gerdtham (1992) tarafından yapılan

diğer bazı çalışmalarda gelir ile sağlık harcamaları arasında aynı yönlü bağlantı bulunmuştur (Ang, 2009).

Yapılan ampirik analizlerde bağımsız değişken olarak yer alan diğer iki temel değişken ise 15 yaşın altındaki ve 65 yaşın üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı olmaktadır. İlgili değişken, nüfusun yaşa göre dağılımı sağlık hizmetlerine olan talebi önemli ölçüde etkilediği için önem kazanmaktadır. Çünkü çocuk ve yaşlıların sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı daha fazla olup; genç ve yaşlı bağımlı nüfusun fazlalığının sağlık hizmetlerine talebi artırarak harcamaların da artmasını beraberinde getireceği beklenmektedir (Denton ve Spencer, 1975, Grosman, 1972).

Literatürde devlet tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı da önemli bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü devletin sağlık sistemi içerisindeki ağırlığının artması sağlık hizmetlerinin fiyatlarını düşürerek talebi artırmakta ve kamuda çalışan ilgili bürokratların sağlık harcamalarını kişisel faydalarını maksimize etmek için artırma eğiliminde olmaktadır (Leu, 1986). Ek olarak kişi başına düşen sağlık personeli sayısı gibi değişkenler de bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kolaylaştırarak sağlık hizmetlerine olan talebi ve dolayısıyla sağlık harcamalarını artırdığından kişi başına sağlık harcamalarının potansiyel belirleyicileri arasında yer almaktadır (Ang, 2009).

Öte yandan ekonomik küreselleşme süreci ile birlikte sermaye hareketlerinin gelişmekte olan ülkelerde önem kazanması ile birlikte artan sermaye akımlarının sağlık harcamaları üzerindeki etkisini test etmek için finansal açıklığa ilişkin bir değişken modele dâhil edilmiştir. Benzer şekilde ülkelerde artan şehirleşme eğiliminin sağlık hizmetlerine olan talebi artıracığı dikkate alınarak şehirleşme oranı ve enflasyon oranının sağlık harcamaları için ayrılabilir kaynak miktarını etkileyebileceğinden hareketle enflasyon da bağımsız değişkenler olarak modele dâhil edilmiştir.

Mevcut çalışmada, verilere ulaşılabilirlik de dikkate alınarak 1998 - 2013 yılları arasındaki dönem için 12 gelişmekte olan ülke ele alınmıştır. Bunlar; Arjantin, Brezilya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Güney Afrika, Macaristan, Meksika,

Polonya, Romanya, Rusya, Türkiye, Şili 'den oluşmaktadır. Bu 12 ülke seçilirken milli gelir düzeylerinin birbirine yakın olmaları ve istatistikî verilerine ulaşılabilirlikleri dikkate alınmıştır. Veriler Dünya Bankası “World Development Indicators” veri tabanından sağlanmıştır. Ayrıca çalışmada ayırt edici olarak, kişi başına sağlık harcamalarının gecikmeli değeri bağımsız değişken olarak modele dâhil edilmiş ve bu nedenle GMM (Generalized Method of Moments) tahminleyicisine dayalı olarak Dinamik Panel Analiz yöntemine başvurulmuştur.

Oluşturulan model şöyledir:

Ampirik çalışmada yer alan *bağımlı değişken* ve *bağımsız değişken*ler ise şunlardır;

✓ **Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları (HEPC):** Modelde, bağımlı değişken olarak kişi başına toplam sağlık harcamaları (HEPC), ABD Doları cinsinden ve 2011 yılı sabit fiyatlarıyla alınmıştır

✓ **Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (PCGDP):** Kişilerin gelirlerindeki artışın sağlık için yapabilecekleri harcamaları da artırması bekleneneğinden bağımlı değişken ile arasında pozitif yönlü bir ilişki olacağı tahmin edilmektedir.

✓ **Bir Önceki Dönem kişi Başına Sağlık Harcaması (HEPCit-1):** Ele alınan i ülkesinde t-1 döneminde kişi başına yıllık sağlık harcamasını göstermektedir. Sağlık harcamaları bir önceki dönem değerinden etkilendiği için katsayısının pozitif olması beklenmektedir.

✓ **15 yaş altı Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (P15t):** Çocuk yaştaki nüfusun yüksekliğinin sağlık harcamalarını artırması bekleneneğinden söz konusu değişken ile bağımlı değişken arasında pozitif yönlü bir ilişkinin bulunacağı tahmin edilmektedir.

✓ **65 yaş üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (P65t):** Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının yüksek olması benzer şekilde sağlık hizmetlerine olan talebi artıracığından bağımlı değişken ile arasında pozitif yönlü bir bağlantı beklenebilecektir.

✓ **Devlet Sağlık Harcamaları/ GSYİH (HEPUBG):** Devletin sağlık harcamalarının milli gelire oranının artması, sağlık hizmetlerine yönelik kamu yatırımlarının arttığı ve yine buna bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artacağı düşünülebileceğinden iki değişken arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusu olacağı kabul edilebilecektir.

✓ **Finansal Açıklık (FINT):** Sermaye akımlarındaki artışın sağlık harcamaları üzerindeki etkisi bu değişken yardımıyla ölçülmeye çalışılmış, bağımlı değişken ile aynı yönlü bir ilişkinin söz konusu olacağı düşünülmüştür. Değişken net Portföy yatırımları girişi şeklinde hesaplanmıştır.

✓ **Şehirleşme (URBit):** Şehirlerde yaşayan nüfusun artışı sağlık harcamalarını da artırıcı bir etkiye sahip olacağından bağımlı değişken ile arasında aynı yönlü bir ilişki bulunduğu düşünülmüştür. Şehir nüfusunun toplam nüfusa oranı olarak ölçülmüştür.

✓ **Enflasyon (Inft):** Gelişmekte olan ekonomilerdeki temel sorunlardan birisi olan enflasyon gelir dağılımını maaş ve ücret geliri elde edenler aleyhine değiştirmekte, üretken alanlara yatırım yapılamadığından işsizlik azaltılamamakta ve sabit gelirli olanlar sağlık hizmetlerinden faydalanmakta sıkıntı çekebilmektedirler. Bu nedenle literatürde ilgili değişkenin işaretine ilişkin bir ön kabul bulunmamakla birlikte devletin üzerindeki sağlık harcamalarına ilişkin yükün artacağı düşünülerek değişkenin pozitif işaretli olabileceği düşünülmüştür.

4.2. BULGULAR VE TARTIŞMA

Mevcut ampirik çalışmada Doğrusallık şartının sağlanması açısından kişi başına toplam sağlık harcamaları, kişi başına toplam sağlık harcamalarının gecikmeli değeri, devlet sağlık harcamaları, kişi başına GSYİH, 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı değişkenlerine Box- Cox transformasyon; şehirleşme, enflasyon ve finansal açıklık değişkenlerine ise logaritmik transformasyon uygulanmıştır.

Arellano-Bond dynamic panel-dataestimation Number of obs = 168

Groupvariable: Ulke Number of groups = 12

Time variable: Yıl Obspergroup: min = 14

avg = 14

max = 14

Number of instruments = 113 Wald chi2(11) = 488799.64

Prob> chi2 = 0.0000

One-step results

(Std. Err. adjustedforclustering on a)

Robust

	Robust					
BCHEPCAP	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
BCHEPCAP						
L1.	.62816	0543252	11.56	.000	5216897	.7346406
CHEPUB_GDP	6.44229	.148093	5.61	.000	.192067	8.692511
BCGDP_PC	6.80481	.018085	5.57	.000	0.88947	22.72015
BCPOP_CHL	.68737	.175944	0.13	.894	-9.457296	10.83203
BCPOP_OLD	-.07451	1609128	-0.46	.643	-.3898887	.2408777
BCPOP_URB	.05243	4074657	0.13	.898	-.7461954	.8510407
LGPORTEQ	-.50204	6946983	-0.72	.470	-1.863626	.859541
LGINF_CONPR	.38449	1638362	2.35	.019	.0633809	.7056071
_cons	-96.11029	41.61745	-2.31	.021	-177.679	-14.54158

Tablo 7. Robust Regresyon Sonuçları

Instruments for differenced equation

GMM-type: L(2/).BCHEPCAP

Standard: D.BCHEPUB_GDP D.BCHEPUB_TOT D.BCGDP_PC
D.BCPOP_CHL D.BCPOP_OLD D.BCPOP_URB D.LGFDI

D.LGPORTEQ D.LGINF_CONPR D.LGFINOP

Instruments for level equation Standard: _cons

Otokorelasyon için yapılan AR 1 ve AR 2 test istatistiği için:

Arellano-Bond test for zero autocorrelation in first-differenced errors

+-----+

|Order | z Prob> z|

|-----+-----|

| 1 |-1.7758 0.0758 |

| 2 |-.16745 0.8670 |

Modelde 1. ve 2. derece oto korelasyonun varlığı araştırılmış ve her iki test istatistiğinin % 5 düzeyi için anlamsız olarak elde edildiği ve dolayısıyla 1. ve 2. derece oto korelasyonun bulunmadığı görülmüştür.

Elde edilen Robust Regresyon sonuçları incelendiğinde, modelin bağımlı değişkeni önemli ölçüde açıkladığı görülmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları ve gecikmeli değerinin (BCHECAP ve BCHEPCAPL1), Kamu harcamaları/GSYİH (BCHEPUB_GDP), Kişi Başına GSYİH (BCGDP_PC) ile Enflasyon (LGINF_CONPR) değişkenlerinin istatistiksel olarak önemli ölçüde anlamlı olduğu görülmektedir. Anlamlı olarak bulunan değişkenlerin katsayıları beklendiği gibi pozitif olarak bulunmuştur.

15 yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusu temsil eden değişkenler (BCPOP_CHL ve BCPop_OLD) ile Finansal Açıklık (LGPORTEQ) ve Şehirleşme (BCPOPURB) değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

SONUÇ

İçinde bulunduğumuz değişim çağında devletin sağlık hizmetlerindeki rolünde bireylere sunulacak sağlık hizmetleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyini belirleyen önemli toplumsal hizmetlerin başında gelmektedir. Ayrıca sağlık sektörünün diğer sektörlerden önemli bir farkı vardır ki bu da hizmetlerin ertelenemez ve ikame edilemez olmasıdır.

Sosyal devlet anlayışı ile birlikte ülkeler sağlık politikalarını yeniden yapılandırmış ve sağlık hizmetlerini ülkenin geneline yaymayı amaç edinmiştir. Sağlık kavramına verilen önemin artması ile birlikte iktisat bilimi içinde de yeni bir bilim dalı olan sağlık ekonomisi bilimi oluşmuştur. Bu yeni bilim dalı, sağlık hizmetlerinin arz ve talebini, sağlık hizmetlerinin sunulmasından kaynaklanan sağlık harcamalarının artış nedenlerini inceleyen bir bilim haline gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinin uluslar arası düzeyde incelenebilmesi ve karşılaştırılabilmesi için bazı alt göstergelere ihtiyaç duyulmaktadır. WHO, OECD, World Development Indicators ve EUROSTAT standart sağlık indikatörleri geliştirerek veri toplamakta ve ülkelere değişik periyotlarla bu kapsamda sağlık verisi talep etmektedirler. Bu kuruluşlarda “demografi ve sosyoekonomik durum”, “sağlık durumu”, “sağlığın belirleyicileri” ve “sağlık sistemleri” ana başlıkları kapsamında göstergeler belirlenmektedir. Çalışmamızda demografik göstergeler, hastane göstergeleri ve ekonomik göstergeler sağlık ekonomisi çatısı altında incelenmiştir.

Dünya genelinde bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etme çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Ayrıca yaşanan küreselleşme ve ekonomik krizler, yaşanan nüfus, kronik hastalıklar, beslenme, kalıtım, çevre faktörleri, teknolojik maliyetler sağlık harcamalarında artışa neden olan unsurlardır.

Demografik göstergelerden ekonomik göstergelere hem kişi başı hem de kamu harcamalarının sağlığa ayırdığı pay önemli yer tutarken dünyadaki tüm ülkeler bu harcamaları finanse etme yolunda bir ya da birden fazla yöntemi benimsemektedir.

Sağlık hizmetleri finansmanı ülkeden ülkeye değişirken sağlık sistemi modelleri finansman yöntemleri ile özdeşleştirilmektedir. Finansman stratejisini belirlerken arz sunumu, talep kullanımı, mali kapasite gibi kriterlere dikkat etmek gerekmektedir. Bu çerçevede oluşturulan kamu, yarı kamu ya da özel kaynaklı finansman kaynaklarının etkin finansman yöntemleriyle kullanılması önem arz etmektedir.

Son yıllarda yapılan benzer araştırmalar incelendiğinde; Yılmaz (2012) yapmış olduğu çalışmada, öncelikli olarak sağlık ve sağlık ekonomisine ait teorik bilgiler verilmiş ardından toplumların sağlık hizmetlerini değerlendirmede kullandıkları birtakım parametreler açıklanıp değerlendirilmiştir. İkinci bölümden itibaren Türkiye'deki sağlık harcamaları incelenmiş, üçüncü bölümde, 2011 OECD verilerinden yararlanılarak Türkiye'nin diğer ülkelerle karşılaştırması yapılmış ve tüm OECD ortalamasındaki mevcut durumu değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuç göstermektedir ki, Türkiye'deki sağlık göstergeleri OECD ülkelerinin altındadır. Bunun yanında Türkiye tüm sağlık göstergelerinde belirli bir iyileşme kaydetmiştir. Bebek ölüm hızında anlamlı bir düşüş kaydetmiştir. Kişi başına sağlık harcamaları 2004-2008 yılları arasında 310 USD'den 624 USD'ye yükselmiştir. Son yıllarda tüm verilerde görülen düzelmeler olumlu bir bakış kazandırmakla birlikte, elde edilen iyileşmenin Türkiye'nin bulunduğu grubun diğer üyeleriyle uyumlu bir şekilde gelişerek daha çok ivme kazanması gerekmektedir. Sonuç olarak, Türkiye gelişmekte olan bir ülkedir ve sağlık harcamaları da bu paralelde bir artış göstermektedir.

Dürrü (2012) yapmış olduğu çalışmada; yüksek gelir grubuna dâhil OECD Üyesi AB Ülkeleri'nde sağlık düzeyi etkinliği demografik, hastane ve ekonomik gösterge bağlamında ele alınmıştır. Grup üyesi olmayan ve en yüksek sağlık harcaması yapan ABD ayrıca Türkiye de grup içerisinde değerlendirilmiş, sağlık harcamalarını arttıran nedenler tablolarındaki rakamlar aracılığıyla raporlarla desteklenmiştir. Nitekim sağlık harcamalarında kamuya ve özel sektöre ayrılan

paylar ülkenin benimsediği sağlık sistemini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte sağlık ekonomisinin temel konularından biri olan sağlık sistemi modelleri ve genel işleyiş mekanizması üzerinden ülkeden ülkeye değişen çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Grup ülkeler içerisinde sağlık finansman sistemlerine adını veren Bismarck, Beveridge, Özel Sigorta gibi belirgin modeller ülke temsilinde ayrı ayrı incelenmiş, hizmet sunumu ve ağırlıklı finansman şekillerine yer verilmiştir.

Gök (2012) yapmış olduğu çalışmada; Avrupa Birliği üyeliğine aday bir ülke olarak Türkiye'nin sağlık sistem ve harcamalarının incelenerek bazı Avrupa Birliği'ne üye ülkelerle karşılaştırmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilmeye çalışan sağlık reformlarının incelenerek tartışılması amaçlanmaktadır. Yapılan incelemeler ve rakamsal veriler sonucunda Türkiye'nin ve ele alınan bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin sağlık sistemleri arasında önemli farklar ve Türkiye açısından eksiklikler olduğu görülmüştür. Bu eksiklerin giderilmesi gerek Avrupa Birliği üyelik sürecinin hızlanması açısından gerekse Türk Sağlık Sistemi Standartlarında maksimizasyonu sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Ersöz (2008) çalışmasında; OECD'ye üye ülkelerin sağlık düzeyi ve sağlık harcamaları göstergeleri dikkate alınarak, ülkelerin seçilmiş sağlık göstergeleri bakımından birbirlerine göre benzerliklerin ya da farklılıkların ortaya konulması ve bu benzerlikleri/uzaklıkları temel alarak iki ya da daha fazla gruplar halinde bölünmesi amaçlanmıştır. Yapılan çok boyutlu analiz sonucunda; birincil boyutta Türkiye'nin, Kore Cumhuriyeti, Meksika, Polonya, Slovak Cumhuriyeti ile on dört sağlık değişkeni açısından benzer algılandıkları görülmektedir. İkinci boyutta ise en önemli ayrıştırıcının Amerika olduğu görülmüştür. Farklılık matrisine bakıldığında; Türkiye'nin Avusturya, Almanya ve Norveç ile oldukça farklılık gösterdiği görülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmanın diğer bütün çalışmalardan ayırt edici özelliği olarak, finansal serbestleşme ile beraber sağlık harcamalarında artış gözlenmesi ve daha önceki çalışmalarda bu değişkenler ele alınarak bir çalışma yapılmamış olması sebebiyle böyle bir çalışmaya gereksinim duyulmuştur.

Bu bağlamda, küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ekonomilerin sağlık harcamaları finansmanını incelediğimiz bu çalışmada 1998- 2013 yılları arasındaki dönem için 12 gelişmekte olan ülke (Arjantin, Brezilya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Güney Afrika, Macaristan, Meksika, Polonya, Romanya, Rusya, Türkiye, Şili) ele alınmıştır. Bu ülkelerin kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hâsılları, 15 yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranları, devletlerin sağlık harcamaları, finansal açıklıkları, şehirleşme ve enflasyon verileri toplanarak birbirleri üzerine etkileri panel veri analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Elde edilen bulgular ışığında; modelde 1. ve 2. derece oto korelasyonun varlığı araştırılmış ve her iki test istatistiğinin % 5 düzeyi için anlamsız olarak elde edildiği ve dolayısıyla 1. ve 2. derece oto korelasyonun bulunmadığı görülmüştür. Modelin bağımlı değişkeni önemli ölçüde açıkladığı görülmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları ve gecikmeli değerinin, Kamu harcamaları/GSYİH, Kişi Başına GSYİH ile Enflasyon değişkenlerinin istatistiksel olarak önemli ölçüde anlamlı olduğu görülmektedir. Anlamlı olarak bulunan değişkenlerin katsayıları beklendiği gibi pozitif olarak bulunmuştur. Ancak 15 yaş altı ve 65 yaş üstü nüfusu temsil eden değişkenler, Finansal Açıklık ve Şehirleşme değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Bu bağlamda gelişmekte olan ülkelerin uzun vadeli, stratejik ve sürdürülebilir sosyoekonomik politikalara ihtiyacı vardır.

Sağlık harcamalarında artışa neden olabilecek tüm faktörler ortaya konularak, tüm politik adımların sağlık üzerindeki etkileri yeniden gözden geçirilmesi çok önemlidir.

Ayrıca beşeri sermayenin niteliğini ve verimliliğini etkileyen sağlık harcamaları bir tüketim harcaması olarak görülmemeli, sağlık hizmetleri kalkınmanın ana unsurlarından biri olarak değerlendirilmelidir.

Teknolojik gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni yöntemlerin kullanılması bir yandan sağlık hizmetlerinin niteliğini artırırken diğer yandan maliyetleri ve dolayısıyla sağlık harcamalarını artırmaktadır. Teknolojideki

gelişmeler ayrıca beraberinde birçok sağlık hizmeti ürününün ithalatını da özendirilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler ve ülkemiz gibi yüksek cari işlemler açığı sorunu olan ülkeler için bu durum ilave dış finansman sorunu anlamına gelmektedir. Bunu önlemek için ileri teknoloji sağlık hizmetleri ürünlerinin yerli üretimi için araştırma-geliştirme yatırımları ve fiziksel yatırımlar özendirilmelidir.

Ülkemiz açısından değerlendirmek gerekirse; Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir sistem benimsenmiş olmasına karşın, hala finansman yükünün büyük ölçüde kamu kesimi tarafından çekildiği ifade edilebilir. Sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olarak Türkiye’de gerçekleştirilen önemli bir adım tüm sigorta kurumlarının Genel Sağlık Sigortası adı altında birleştirilmiş olmasıdır. Buna karşın, kamu kesiminin finansman yükünü azaldığı ileri sürülemez. Kamunun finansman yükünün azaltılması özel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması ile gerçekleştirilebilir. Örneğin, bireysel emeklilik sigortası uygulamasında olduğu gibi, bireysel sağlık sigortası uygulamasında da %25’lik bir vergi indirimi ve katkı payı desteğiyle özel sağlık sigortası özendirilebilir. Bu tür bir teşvik kısa dönemde bütçeye ilave yük getirirse bile, uzun dönemde kamunun sağlık hizmetleri için ayırması gereken finansman miktarını azaltıcı etki ortaya çıkaracaktır.

Bu çerçevede sağlıkta dönüşüm programı yeni reformlar ile sürdürülmeli ve sağlık hizmetlerinin hem sunumunda hem de finansmanın da uluslararası standartlara ulaşılmalıdır.

Unutulmamalı ki, daha sağlıklı bir toplum aynı zamanda daha üretken bir toplum anlamına gelmektedir.

BİBLİYOGRAFYA

- Adıgüzel, M. (2013). Ekonomik Küreselleşmenin Türkiye Ekonomisine Etkileri. *Akademik Bakış Dergisi* , 1-20.
- Akalın, H. E. (1995). Sağlık Ekonomisi: Temel Tanımlar. *Ankem Dergisi* , 233-235.
- Akdağ, R. (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Bab-ı Ali Toplantıları)*. İstanbul.
- (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)*. Ankara.
- Akdur, R. (1999). Türkiye de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara: A.Ü.T.F Halk Sağlığı ABD .
- (1986). *Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri*. Yeni Türkiye Ansiklopedisi Cilt III.
- Akhan, E. (2012). Yunanistan'daki Ekonomik Krizin Nedenleri ve Genel Gidişatı .TASAM: http://www.tasam.org/tr-TR/Icerik/4641/yunanistandaki_ekonomik_krizin_nedenleri_ve_genel_gidisati
- Aklan, N. A. (2002). Dış Borçlanma Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Etkin Bir Finansman Yöntemimidir. *Dış Ticaret Müsteşarlığı Dış Ticaret Dergisi* , 5 (25), 1-19.
- Ala, M. (2009). Yoksulluk ve Küresel Çözumsuzlük, Paradoks Ekonomi. *Sosyoloji ve Politika Dergisi* , 5 (2).
- Altay, A. *Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi*. Sayıştay Dergisi, Sayı: 64.
- Ansiklopedisi, T. L. (tarih yok). 4 , 236.
- Aslanadam, B. (2011). Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma. *Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü* .

- Aydoğan, M. (2004). *Antik Çağdan KreselleŖme'ye Yönetim Gelenekleri ve Türkler*. İzmir: Umay yayınları.
- Aygün, R. *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri*. Yeni Türkiye Ansiklopedisi Cumhuriyet Sosyal Değerlendirme, Cilt III.
- Ayhan, H. (1996). Ülkelerin Sağlık Düzeyleri ile Ekonomik ve Sosyal GeliŖmiŖlik Düzeyleri Arasındaki İliŖkiler. *Mizan Dergisi* (31).
- Baltagi, B.H. ve Moscone, F. (2010). *Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data*, Syracuse University. Center for Policy Research, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs.
- Bakanlığı, S. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara.
- Bakırcı, K. (2000). *İŖyerinde Cinsel Taciz ve Türk İŖ Hukukuna İliŖkin Çözüm nerileri*. Ankara.
- Belek, İ. (1998). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ., Onuroğulları, H., Nalçacı, E. ve Ardıç, F. (2012). *Sağlıkta DnŖm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. İstanbul.
- Bhagwati, J. (2003). *Globalization with a Human Face*. Yale Center for the Study of Globalization and The World Bank.
- Bodur, S. (1991). *Aile Sağlığı Eğitim Serisi*. BaŖbakanlık Aile AraŖtırmaları Kurumu Yayınları, Mn Ofset.
- Boelen, C. ve C. H. (2002). *Improving Health Sysems: The Contribution of Family Medicine*. WONCA: A Guidebook.
- Bond, S. R. (2002). "Dynamic Panel Data Models: A Guide to Micro Data Methods and Practice", *Portuguese Economic Journal*, Vol:1, (141-162)
- Bozkurt, N. (1998). GloballeŖme ve Devlet. *İktisat Dergisi* , 49.

- Burulday, A. F. (2011). Yunanistan Ekonomik Krizi. BİLGESAM: <http://www.bilgesam.org/incele/143/-yunanistan-ekonomik-krizi/#.VY6aDxEVjIU>
- Bütüner, S. (2007). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde gerçekleştirilen uyum mevzuatlarının aday ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki etkileri*. İstanbul: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Camadan, İ. E. (2010). Küreselleşmenin Gelişmekte Olan Ülkeler Açısından Değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Cullis, J.G. ve P. W. (1979). *The Economics of Health An Introduction*. Martin Robertson Press.pp.
- Cutler, D. (2002). Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature* (XL), 881-906.
- Cutler, M. (2008). *The American Healthcare System*. <http://www.economics.harvard.edu/faculty/cutler/files/The%20American%20Healthcare%20System.pdf> adresinden alınmıştır
- Çalışkan, Z. (1999). *Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye'de Uygulanabilirliği*. Antalya: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- (1999). Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye'de Uygulanabilirliği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* . Antalya.
- Çelik, H. (1997). Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ve Finansmanı. İstanbul: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çilingiroğlu, N. (1997). *Sağlık Ekonomisi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Bertan, M. ve Güler, Ç.(Ed.)*. Ankara: Güneş Kitabevi.

- Deloitte. (2008). *Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisi Raporu*.
http://www.deloitte.com/view/tr_TR/tr/basin-odasi/basin-bultenleri/b920453ae710e110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm
adresinden alınmıştır
- Demirbilek, S. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri*. İzmir: İlkem Ofset.
- Devebakan, N. (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dürrü, Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi* . Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Economics, O. o. (2010). *2010 Lecture on US Health Reform*.
<http://www.ohe.org/news/2010/07/20/part-1-2010-lecture-on-us-health-reform/9> adresinden alınmıştır
- Ekren, N. (2001, Ekim). Ekonomik Değişim ve Dönüşüm Süreci.
- Ener, M. Y. (tarih yok). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi. Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (6) 2003 / 2 : 99.
- Erdoğan, H. (2014). Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010). *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ertek, T. (2000). *Ekonometriye Giriş*. Ankara: Beta Yayınları, No. 652.
- Fişek, N. H. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi.
- Garg, C. (25-27 Ekim Ankara 2005). Sağlık Finansmanında USH’nin Önemi ve İlişkisi, Sağlık Sistemleri Finansmanı. *WHO Cenevre Ulusal Sağlık Hesapları Sempozyumu*.

- Gerdtham, U. G., J. Sogaard, F. Andersson, and B. Jonsson (1992). *An Econometric Analysis Of Health Care Expenditure: A cross-section study of the OECD countries*. Journal of Health Economics 11, 63-84.
- Gök, S. (2012). *Sağlık Harcamalarının Türkiye ve AB Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi*. İzmir: Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gökbunar, R., Özdemir. H. ve Uğur, A. (2008). Küreselleşme Kıskaçındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* , 9 (2), 158-173.
- Greene, W. H. (2000), *Econometric Analysis*, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Haber7. (19 Ocak 2011). İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi Revizyonu.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayım A.Ş.
- Hitiris, T., (1997). *Health Care Expenditure And İntegration İn The Countries Of The European Union*. Applied Economics 29,1—6.
- Hitiris, T. and J. Posnett, (1992). *The Determinants And Effects Of Health Expenditure İn Developed Countries*, Journal of Health Economics 11, 173-181.
- Hülür, Ü. (2008). *Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Hsiao, C. (1985). *Analysis of Panel Data*, Econometric Society Monographs.
- Intriligator, M. D. (2003). *Globalization Of The World Economy: Potential Benefits and Costs and A Net Assesmennt*. Milken Institute.
- İstanbuluoğlu, H. G. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi* .

- Karabulut, K. (1999). Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi* , 13 (1).
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaypak, Ş. (2011). Küreselleşme Sürecinde Sürdürülebilir Bir Kalkınma İçin Sürdürülebilir Bir Çevre. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* , 13 (20), 19-33.
- Kazgan, G. (2000). *Küreselleşme ve Ulus Devlet*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Kepenik, Y. (1992). *Özelleştirme Olayı*. Ankara: Tes-İş Yayınları.
- Kınık, N. (Ocak, Şubat, 2010). Geçmişten Günümüze İnce Hastalık. *İstanbul'da Sağlık Dergisi* .
- Kızılcılık, S. (1996). *Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*. İzmir: Saray Kitabevleri.
- Klazinga, N. v. (2002). *Can a Tulip Become A Rose? The Dutch Route of Guided Self-Regulation Towards a Community-Based Integrated Health Care System*. Chapter: 6: OECD.
- Koçak, O. ve Sayım, F. (2009). *Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründe Gelişmeler*. orhankoçak: <http://www.orhankoçak.net/?p=71>. adresinden alınmıştır
- Konuk, A. N. (2011). 1980'den Günümüze Değişen Sosyal Devlet Anlayışı İçerisinde Sağlık Harcamaları ve Politikaları. *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları. (1998, Aralık). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi,

- Lee, K. ve H. G. (2002). *Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s*. Cambridge, İngiltere: Cambridge University Press.
- Leu, R.R, (1986). *The Public-Private Mix And International Health Care Cost*, İn: A.J. Culyer and B. Jonssi~n, eds., *Public and private health services: Complementary and conflicts* (Basil Blackwell, Oxford).
- Lewitt, R ve A. J. (1996). *The Reorganized National Health Service*. Chapman and Hall UK.
- Mahçupyan, E. (1997). Devlet, Liberalizm ve Kapitalizm. *Doğu-Batı Dergisi* (1), 23.
- Mossialos, E. ve A. D. (2002a). *Funding Health Care: An Introduction*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2002). *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma Uygulama Merkezi, Yayın No:14.
- (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Newhouse, J.P., (1977). *Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey*, *Journal of Human Resources* 12, 115-125.
- Odabaşı, Y. (1994). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Okma, G. (2011). *A European Perspective of U.S. Health Reform*. *Journal of Health Politics*. <http://www.pnhp.org/news/2011/june/okma-a-european-perspective-of-us-health-reform> adresinden alınmıştır
- Oral, İ. (2002). *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Oran, B. (2000). *Küreselleşme ve Azınlıklar*. Ankara: İmaj Yayınları.

- Organization, W. H. (tarih yok). *Global Health Expenditure Database; Health System Financing Country Profile: Germany*. <http://www.who.int> adresinden alınmıştır
- Özdemir, Y. E. (2001). Sağlık Reformları 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları. *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı* , 7 (40).
- Özdoğan, S. (2010). Türkiye'de İllere Göre Sağlık Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özkan, O. (2001). Kendinize İyi Bakın. *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı* .
- Özsarı, S. H. (2000). *Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlık da Yeniden Yapılanma*. Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-II, 26-28 Ekim Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Öztek, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- (2001). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi* , 7 (39).
- Parkin, D., A. McGuire and B. Yule, (1987). *Aggregate Health Care Expenditures And National Incomes: Is Health Care A Luxury Good?* Journal of Health Economics 6, 109-127.
- Paulus, A. a. (1999). *Cross Border Care Between Belgium and the Netherlands: A Health Economics and Law Perspective*". Paper for the Euregional Symposium: Law and Cross Border Economics. Maastricht.
- Pehlivan, E. D. (2004). Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri içinde, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları No.17, Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması.
- Pick, C. (2003). *Current Themes in UK Health Care: How are They Approached in Germany? Conference Report, Anglo-German Foundation and The King's*

Fund.

http://www.agf.org.uk/cms/upload/pdfs/R/2003_R1363_e_uk_health_care_approach_in_germany.pdf

Pirinçci, E. ve R. E. (2003). Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı. *4 (20)* , 193-201. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

Policies, E. O. (2009). *Health System in Transition:Italy Health System Review, 11(6)*.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf
adresinden alınmıştır

Ruud, L. (tarih yok). *The Dynamic of Globalization*.
<http://www.xs4all.nl/~koorevaa/html/dynamic.html> adresinden alınmıştır

Sabır, H. (2002). Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımlarını Gelişmekte Olan Ükelere Yönlendirici Politikalar. (13 Mart 2015)
<http://www.dtm.gov.tr/ead/DTDERGI/Ekim2002/sabir.htm>

Sargutan, E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Kavram, Metot ve Uygulamalar Sağlık Sektörlerinin Genel sistem ve Mali Yapıları Sağlık sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Savaş, B.S., Karahan, Ö. ve Saka, Ö. (2002). *Health Care Systems in Transition: Turkey*. Ed. Thomson, S. ve Mossialos, E. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen.

Scholte, J. A. (tarih yok). What Is Globalization? The Definitional Issue- Again. Departmen Of Politics and International Studies, University Of Warwick.

Seren, S. ve A. S. (1953). *Koruyucu Hekimlik ve Sağlık Bilgisi*. İstanbul: Milli Eğt.Vek.Tal.Terb.Dairesi Matbaası.

- Serap Top. (2009). *Türk Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Yapısı ve Harcama Yöntemleri*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi.
- Serin, N. (1972). Eğitim Ekonomisi. *A.Ü. Eğitim Fakültesi Yayınları*.
- Somçağ, S. (2002). IMF'nin İflas Planı. <http://selimsomcag.org/selimsomcag/makaleler/16>
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? *DEÜ, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2 (4).
- Soysal, M. ve Kenanoğlu, G. (1973). Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı. Ankara.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Stiglitz, J. E. (2002). Küreselleşme Büyük Hayal Kırıklığı. (A. Taşcıoğlu, Çev.) İstanbul: Plan B Yayınları.
- Şakar, A. Y. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yay.
- Şen, Y. (2004). *Globalleşme Sürecinde Milliyetçilik Trendleri ve Ulus Devlet*. Ankara: Yargı Yayınevi.
- Şentürk, Z. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektöre Devredilmesinin Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanışı: Kayseri Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Tatar, F. (1996). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. *Toplum ve Hekim*, 11 (72), 43-44.
- Tatar, M. (2008). *Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme*. <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59-teorik-ercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likin-genel-bir-deerlendirme> adresinden alınmıştır.

- Tarı, R. (2010), Ekonometri, Genişletilmiş 6. Baskı, Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Tatoğlu, F. Y. (2012), Panel Veri Ekonometrisi, İstanbul: Beta Yayınları.
- Taylor, L. (1997). The Revival of the Liberal Creed-The IMF and World Bank in a Globalized Economy. *World Development* , 2 (25), 145.
- Tekin, F. (1987). Türkiyede Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , V (2), 263-297.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın.
- TEPAV. (tarih yok). 2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve. http://www.tepav.org.tr/upload/files/1328783545-9.Mali_Izleme_Raporu_2012_Mali_Yili_Butcesi_ve_Makro_Cerceve.pdf adresinden alınmıştır
- Terzioğlu, A. (2003). *Cumhuriyet Dönemi Türk Tıbbına ve Tıp Eğitimine Kısa Bir Bakış*. İstanbul: Kavuk Gazetesi Matbaası.
- Toker, F. (1999). Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler. 3 (6) . Modern Hastane Yönetimi.
- TUBİTAK. (tarih yok). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*. http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf. adresinden alınmıştır
- Türkan Yalçın, H. H. (2001, Temmuz-Ağustos). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı No 40* .
- Uzluk, F. N. (1959). *Genel Tıp Tarihi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Ünver, Ö. v. (2008). *Uygulamalı Temel İstatistik Yöntemler*. Ankara: Seçkin Kitapevi.

- Üzmez, O. (2006). Küreselleşmenin Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü* . Kocaeli.
- WHO. (1981). *Global Strategy for Health for All By The Year 2000*. Geneva.
- (2000a). *The World Health Report 2000. Health Systems*. Geneva: Improving.
- (2004). *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, by Guy Carrin and Chris James, Discussion Paper, N.2, Department “Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster “Evidence* . Geneva.
- (2004). *Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries*. Report, Glion, Switzerland.
- Witter, S. (2002). Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transitional Countries. *Centre For Health Economics University of York* .
- Yalçınkaya, H. ve Çılbant, Ç. (2012). Küreselleşme İle Yeniden Şekilenecek Ulus-Devlet Anlayışı. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 1-26.
- Yaşar, G. Y. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. *Doktora Tezi* . Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yeldan, E. (2001). *Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Yenimahalleli, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Yerebakan, M. (2000). Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *İstanbul Ticaret Odası Yayın* , 26.

Yıldırım, D. (2014). Küresel Finansal Krizin Sağlık Harcamaları Üzerine Etkileri: Türkiye Örneği. *Yüksek Lisans Tezi* . Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldırım, H. H. (2000). Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 5 (1).

(2012). Sağlık Sigortacılığı. T. Yıldırım içinde, *Türkiye'deki Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi* (s. 172-200). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları.

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. *DPT Uzmanlık Tezleri* . Ankara.

(2010). Türkiye'de Sağlık Finansman Yolları ve Kamu Hastanelerindeki Harcama Uygulamaları. *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldız, Z. (1996). Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçerisindeki Yeri. *Verimlilik Dergisi* (4).

Yılmaz, M. (2013). Küreselleşmenin Oluşumuna Zemin Hazırladığı Yeni Ekonomik Anlayış: Bilgi Ekonomisi. *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi* , 241-253.

.....

DPT (1963). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963-1967, Ankara.

DPT (1967). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972, Ankara

DPT (1973). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973-1977, Ankara

DPT (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990-1994, Ankara

DPT Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-1983, Ankara

Sağlık Bakanlığı, (1993), Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1999), Flagship Eğitim Programı Dokümanları.

Sağlık Bakanlığı, (2003), Sağlıkta Dönüşüm, Haziran.

Sağlık Bakanlığı, (2004a), OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Kartal, M. ve Mollahaliloğlu, S. (ed.), Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara

Sağlık Bakanlığı, (2004b), Sağlık İstatistikleri 2003, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

Sağlık Bakanlığı, (2004c), Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Sağlıkta Umut Vakfı.

Sağlık Bakanlığı, (2005), Yeşil Kart İstatistikleri Bilgi Notu, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvencesi Olmayanlar Şubesi ve Bütçe Şubesi.

Sağlık Bakanlığı. (Kasım 2008) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri: Kasım 2002-2008, ed. Recep Akdağ, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 770,

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1973), Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl", Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422.

16.5.2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, m.1.

29.7.2003 tarih ve 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, m.1.

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?page=2>

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL?page=2>

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS?page=2>

.....

ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı:** Sevinç ÇOBAN
- Doğum Tarihi:** 15.10.1971
- Unvanı:** Hemşire
- Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	İktisat	Dokuz Eylül Üniversitesi	1997
Önlisans	Laborant ve Veterinerlik	Anadolu Üniversitesi	2004
Y. Lisans	Finansal Ekonomi	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	2015

Yüksek Lisans Tezi:

“Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı” İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2015.