

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



**SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMADA SAĞLIK EKONOMİSİ VE
EDİRNE İLİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN ANALİZİ**

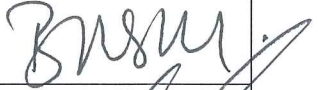
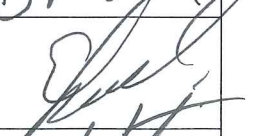

ÖMER TAŞKIN

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Ebru Z. BOYACIOĞLU

EDİRNE 2011

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖMER TAŞKIN tarafından hazırlanan **SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMADA SAĞLIK EKONOMİSİ VE EDİRNE İLİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN ANALİZİ** Konulu **YÜKSEK LİSANS** Tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 12.-13. maddeleri uyarınca **14/06/2011 Salı** günü saat **14:00'da** yapılmış olup, tezin *
.....kabul edilmesine..... **OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ	Kabul edilmesine	
Yard. Doç. Dr. Ebru Z. BOYACIOĞLU (Danışman)	Kabul edilmesine	
Yard. Doç. Dr. Ayhan AYTAÇ	Kabul edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında “Kabul Edilmesine/Reddine” seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	402145
Yazar Adı / Soyadı	ÖMER TAŞKIN
Uyruğu / T.C.Kimlik No	T.C. 52219214860
Telefon / Cep Telefonu	05057170875
e-Posta	omer.taskin@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMADA SAĞLIK EKONOMİSİ VE EDİRNE İLİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN ANALİZİ
Tezin Tercümesi	SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN HEALTH ECONOMICS AND HEALTH SECTOR ANALYSIS OF EDİRNE
Konu Başlıkları	Ekonomi
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Bölüm	İktisat Bölümü
Anabilim Dalı	İktisat Anabilim Dalı
Bilim Dalı / Bölüm	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2011
Sayfa	190
Tez Danışmanları	Yrd. Doç. Dr. Ebru Z. BOYACIOĞLU
Dizin Terimleri	Sürdürülebilir gelişme=Sustainable development Sağlık ekonomisi=Health economics Sağlık harcamaları=Health expenditures Sağlık göstergeleri=Health indicators
Önerilen Dizin Terimleri	
Yayımlama İzni	<input type="checkbox"/> Tezimin yayımlanmasına izin veriyorum <input checked="" type="checkbox"/> Ertelenmesini istiyorum [3 Yıl]

b. Tezimin Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi tarafından çoğaltılması veya yayımının **14.06.2014** tarihine kadar ertelenmesini talep ediyorum. Bu tarihten sonra tezimin, internet dahil olmak üzere her türlü ortamda çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtım ve yayımı için, tezime ilgili fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere hiçbir ücret (royalty) talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.
NOT: (Ertelene süresi formun imzalandığı tarihten itibaren en fazla 3 (üç) yıldır.)

15.06.2011

İmza:.....

Yazdır

Tezin Adı: Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi

Hazırlayan: Ömer TAŞKIN

ÖZET

Kalkınma insanların daha iyi bir yaşam sürmesi ve refah düzeylerinin artması için gerekli toplumsal bir dönüşümdür. Kalkınma sadece ekonomik göstergelerin yüksekliği ile ifade edilememekte, eğitim, sağlık kültür, sosyal yapı ve teknoloji düzeyi gibi pek çok bileşeni olan bir ölçümlerdir. Sağlıklı nesil ve nitelikli insan kaynağı kalkınma için büyük öneme sahiptir. Hükümetler tarafından gerçekleştirilen kişi başı sağlık harcaması miktarı önemli gelişmişlik göstergelerinden biridir.

Sağlık hizmetlerinin maliyeti bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir gider kalemidir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler açısından sağlık hizmetlerinin maliyeti ayrı bir önem arz etmektedir.

Bu çalışmada sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiş, bu inceleme yapılırken ekonomik gösterge olarak kişi başı gayri safi yurt içi hasıla (KBGSYİH), temel sağlık göstergeleri olarak bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi vb. sağlık göstergeleri kullanılmıştır. Ülkelerin kalkınmasında çok önemli bir yer tutan sağlık harcamalarına vurgu yapılarak sağlık harcamalarının sağlık göstergelerini nasıl etkilediği karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir. Türkiye’nin sağlık harcamaları ile gelişmiş ülkeler arasındaki yeri, yapılması gerekenler ve çözüm önerileri üzerinde durulmuştur.

Türkiye verilerinden hareketle sınır kenti ve ülkemizin Avrupa’ya açılan kapısı olan Edirne’nin sağlık sektörü yönü ile analizi yapıp sağlık sektörüne ilişkin istatistikî veriler derlenerek Edirne’nin Türkiye ve dünya sağlık göstergeleri ile karşılaştırması yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda Edirne’nin sağlık açısından önemli gelişmeler içinde olduğu ve sağlık göstergelerinde Türkiye ortalamasına göre yükselen bir sınır kenti olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sürdürülebilir Kalkınma, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Harcamaları, Sağlık Göstergeleri

Name of The Thesis: Sustainable Development in Health Economics and Health Sector Analysis of Edirne

Prepared by: Ömer TAŞKIN

ABSTRACT

Development is a social transformation essential for people in order to lead a better life and increase their welfare. Development can not be expressed only in terms of economic indicators. It is a multi-component measurement having many aspects such as educational, health and social structure. A healthy generation and qualified human source are essential for development. Per capita health expenditure by governments is an important indicator of development.

Cost of health services is an important expenditure both in Turkey and other countries. Cost of health services has a special importance for developing countries like Turkey.

In this study the relationship between health expenditures and economic development is studied. In this study per capita GDP is taken as the economic indicator. Infant mortality, maternal mortality, average life expectancy at birth are taken as health indicators. Health expenditures which occupy a crucial place in the development of countries are emphasised and the relationship between health expenditures and health indicators are displayed comparatively. Turkey's place among developed countries in terms of health expenditures and things to be done and suggestions for solution are emphasised.

Based on data on Turkey Edirne, which is a border city and Turkey's gateway to Europe, has been analysed in terms of health sector. Statistical data on health sector have been gathered and compared with health indicators of Turkey and the world. This study indicates that Edirne, which is a border city, is undergoing an important development in terms of health indicators and rising above the average of Turkey.

Key words: Sustainable Development, Health Economics, Health Expenditures, Health Indicators

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında çeşitli gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektöründeki göstergeleri, sağlık harcamaları istatistikî verilerle ele alınıp sürdürülebilir kalkınma ile olan bağlantısı incelenmiştir. Ülkelerin kalkınmasında çok önemli bir yer tutan sağlık harcamalarındaki artışa dikkat çekilerek Türkiye'nin sağlık harcamaları ile gelişmiş ülkeler arasındaki yeri belirlenmeye çalışılmıştır.

Türkiye ve Dünya verilerinden hareketle sınır kenti ve ülkemizin Avrupa'ya açılan kapısı olan Edirne'nin sağlık sektörüne ilişkin istatistikî verileri derlenerek Edirne'nin Türkiye ve Dünya sağlık göstergelerindeki yeri belirlenmeye çalışılmıştır.

Tez çalışması sırasında en büyük sıkıntı ildeki bazı sağlık kurumlarının istatistikî verilerinin elde edilmesinde yaşanmıştır. Bazı sağlık kurumları istatistikî verilerinin kullanılmasını sakıncalı görmüşlerdir.

Diğer taraftan Edirne İl Sağlık Müdürlüğü İldeki bütün sağlık kurumlarının pek çok istatistikî bilgilerini kayıt altına aldığı için İl Sağlık Müdürlüğünden alınan veriler tezin hazırlanmasında çok faydalı olmuştur.

Yüksek lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına dek gereken imkân ve yardımı sağlayan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Ebru Z. BOYACIOĞLU'NA, istatistikî verilerin elde edilmesinde bana yol göstererek yardımcı olan Edirne Devlet Hastanesi Baştabibi Sayın Uz. Dr. Z. Gülsevin ŞİMŞEK'E, çalışmanın yürütülmesi aşamalarında istatistikî verilerin hazırlanmasında gerekli ilgi ve kolaylığı gösteren Edirne İl Sağlık Müdürlüğü yönetimine ve çalışanlarına, T.Ü.T.F. Hastanesi yönetimi ve çalışanlarına teşekkürlerimi borç bilirim

Ömer TAŞKIN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLOLAR LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
GRAFİKLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1
a) Problem	3
b) Amaç	3
c) Önem	4
d) Sayıtlılar	4
e) Sınırlılıklar	4
f) Veriler ve Toplanması	5

I. BÖLÜM

KALKINMA VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA KAVRAMLARI	6
1.1.KALKINMA KAVRAMI	6
1.1.1.Kalkınmanın Tanımı	6
1.1.2.Kalkınma Ve Büyüme	8
1.1.3.Az gelişmişlik ve Gelişmişlik Kavramları	10
1.1.4.İnsani Kalkınma Endeksi Ve Önemi	13
1.2.SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA KAVRAMI	17
1.2.1.Sürdürülebilir Kalkınmanın Tanımı	17
1.2.2.Sürdürülebilir Kalkınmanın Tarihsel Gelişimi	19
1.2.2.1.Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı (Stockholm	

Deklarasyonu 1972)	20
1.2.2.2.Ortak Geleceğimiz (Brundtland) Raporu (1987)	21
1.2.2.3.Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı (Rio de Janeiro, 1992)	22
1.2.2.4.Avrupa Birliği 5. Eylem Programı (1992)	23
1.2.2.5.Sürdürülebilir Kalkınma Komisyonu (1993)	23
1.2.2.6.Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Kahire, 1995)	24
1.2.2.7.Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Konferansı-Habitat II (İstanbul, 1996)	24
1.2.2.8.Rio + 5 Forumu (New York, 1997)	26
1.2.2.9.Sürdürülebilir Gelişme Konferansı (Johannesburg, 2002)	27
1.3.SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMANIN AMAÇLARI HEDEFLERİ VE GÖSTERGELERİ	28
1.3.1.Sürdürülebilir Kalkınmanın Amaçları	29
1.3.2.Sürdürülebilir Kalkınmanın Hedefleri	30
1.3.3.Sürdürülebilir Kalkınmanın Göstergeleri	32
1.3.4.Sürdürülebilir Kalkınma Kavramına Yöneltilen Eleştiriler	34
1.4.TÜRKİYE’DE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA ANLAYIŞININ GELİŞMESİ VE UYGULAMALARI	35
1.4.1.Türkiye’de Yerel Gündem 21 Uygulamaları	37
1.4.2.Ulusal Çevre Eylem Planı (UÇEP)	38
1.4.3.Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınmanın Yasal Yansımaları	40
1.4.3.1.Anayasa	40
1.4.3.2.Çevre Yasası	40
1.4.3.3.Hükümet Programları	41

II. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

2.1.SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

42

42

2.1.1.Sağlık ve Hastalık Kavramları	42
2.1.2.Sağlığın Önemi	44
2.1.3.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması	44
2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	50
2.1.4.1.Cumhuriyet Öncesi Dönem	51
2.1.4.2.Cumhuriyet Dönemi	52
2.1.5.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi	58
2.1.5.1.Sağlık Bakanlığı	59
2.1.5.2.Üniversite Hastaneleri	62
2.1.5.3.Özel Hastaneler	64
2.2.SAĞLIK VE EKONOMİ İLİŞKİSİ	65
2.2.1.Sağlık Ekonomisi	66
2.2.2.Sağlık Ekonomisinin Özellikleri	68
2.2.3.Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep	70
2.2.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Arz	70
2.2.3.2.Sağlık Hizmetlerinde Talep	72
2.2.4.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	74
2.2.5.Sağlık Harcamaları	78
2.2.6.Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	84
2.2.6.1.Kişi Başına Gelirin Yükselmesi	85
2.2.6.2.Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	85
2.2.6.3.Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	86
2.2.6.4.Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler	87
2.2.6.5. Teknolojik Gelişmeler	87
2.2.6.6.Yaşam Süresinin Uzaması	87
2.2.6.7.Şehirleşme	88
2.3.SAĞLIK İLE KALKINMA ARASINDAKİ İLİŞKİ	89
2.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomiye Katkısı	89
2.3.2.Kişi Başına Düşen GSYİH İle Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki	90
2.3.2.1.GSYİH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi	92
2.3.2.2.GSYİH ve Bebek Ölüm Oranı İlişkisi	95

2.3.2.3.GSYİH ve Ana Ölüm Oranı İlişkisi	97
2.3.3.Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Kalkınma Arasındaki İlişki	100

III. BÖLÜM

EDİRNE'NİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN EKONOMİK ANALİZİ	103
3.1.EDİRNE'NİN GENEL YAPISI	103
3.1.1.Tarihçesi	104
3.1.2.Nüfus, Yerleşim ve Ekonomisi	105
3.2.EDİRNE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI	108
3.2.1.İldeki Sağlık Kurum ve Kuruluşları	110
3.2.1.1.Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları	110
3.2.1.1.1.İl Sağlık Müdürlüğü	111
3.2.1.1.2.Edirne Devlet Hastanesi	113
3.2.1.1.2.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	113
3.2.1.1.2.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	117
3.2.1.1.3.Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	118
3.2.1.1.3.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	118
3.2.1.1.3.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	119
3.2.1.1.4.Uzunköprü Devlet Hastanesi	120
3.2.1.1.4.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	121
3.2.1.1.4.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	123
3.2.1.1.5.Keşan Devlet Hastanesi	124
3.2.1.1.5.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	124
3.2.1.1.5.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	126
3.2.1.1.6.Havsa İlçe Hastanesi	127
3.2.1.1.6.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	128
3.2.1.1.6.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	129
3.2.1.1.7.İpsala İlçe Hastanesi	130
3.2.1.1.7.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	131

3.2.1.1.7.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	133
3.2.1.1.8.Enez İlçe Hastanesi	134
3.2.1.1.8.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	134
3.2.1.1.8.2.Kurumun Döner Sermayesinin Durumu	135
3.2.1.2.Trakya Üniversitesi Hastanesi	136
3.2.1.2.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	137
3.2.1.3.Özel Sağlık Kurumları	138
3.2.1.3.1.Edirne Özel Ekol Hastanesi	138
3.2.1.3.1.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	139
3.2.1.3.2.Edirne Özel Trakya Hastanesi	140
3.2.1.3.2.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi	140
3.3.EDİRNEDE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜYLE KARŞILAŞTIRILMASI	142
3.3.1.Sağlık İnsan Gücü Yönü ile Karşılaştırılması	142
3.3.2.Sağlık Hizmet Kullanımı Yönü ile Karşılaştırılması	145
3.3.2.Sağlık Göstergeleri Yönü ile Karşılaştırılması	148
SONUÇ VE ÖNERİLER	151
KAYNAKÇA	162

TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No:
Tablo 1.1: Gelişmişlik Düzeylerine Göre Ülkelerin Sınıflandırılması	12
Tablo 1.2: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Doğrultusunda Hazırlanmış Ülkelerin İnsani Kalkınma Endeksi Göstergeleri	15
Tablo 1.3: Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini Değerlendirmede Kullanılabilecek Olan Sosyal Göstergeler	31
Tablo 2.1: Türkiye’de Sağlık Bakanlığında Çalışan Sağlık Personelinin Unvanlara ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	49
Tablo 2.2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı	61
Tablo 2.3: Standart Rekabetçi Piyasalar ve Tedavi (Sağlık) Piyasaları	69
Tablo 2.4: Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi	76
Tablo 2.5: SGK 2009 Yılı Aylık Sağlık ödemeleri	77
Tablo 2.6: OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH’ YA Oranları (Yüzde %)	79
Tablo 2.7: OECD Ülkelerinin Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Toplamı (ABD \$)	82
Tablo 2.8: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	83
Tablo 2.9: OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen GSYİH İle Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki	91
Tablo 2.10: OECD Ülkelerinin İKE Değerleri ile 10 000 Nüfus Başına Düşen Doktor, Ebe ve Hemşire, Diş Hekimi, Eczacı Sayıları Arasındaki İlişkiler	101
Tablo 3.1: Edirne ve Türkiye’de Nüfusun Sosyal Güvenlik Durumu (2008)	105
Tablo 3.2: Edirne ve Yakın İllerin Yaşam Kalitesi Sıralaması	107
Tablo 3.3: Edirne İl Sağlık Müdürlüğünün Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	111
Tablo 3.4: Edirne Devlet Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	114

Tablo 3.5: Edirne Devlet Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	117
Tablo 3.6: Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	119
Tablo 3.7: Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	120
Tablo 3.8: Uzunköprü Devlet Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	121
Tablo 3.9: Uzunköprü Devlet Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	123
Tablo 3.10: Keşan Devlet Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	125
Tablo 3.11: Keşan Devlet Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	127
Tablo 3.12: Havsa İlçe Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	129
Tablo 3.13: Havsa İlçe Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	130
Tablo 3.14: İpsala İlçe Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	131
Tablo 3.15: İpsala İlçe Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	133
Tablo 3.16: Enez İlçe Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	135
Tablo 3.17: Enez İlçe Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri	136
Tablo 3.18: Trakya Üniversitesi Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	137
Tablo 3.19: Özel Ekol Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	139
Tablo 3.20: Özel Trakya Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri	141
Tablo 3.21: Türkiye ve Edirne’de 100.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayıları İle Avrupa ve AB Ülkeleri ile Karşılaştırılması (2010 Yılı)	143
Tablo 3.22: Türkiye ve Edirne’de Aile Hekimi Başına Düşen Ortalama Nüfus (2009 Yılı)	145
Tablo 3.23: Edirne ve Türkiye’nin Sağlık Hizmeti Kullanımı Yönü ile Karşılaştırılması	146
Tablo 3.24: Edirne ve Türkiye’nin Sağlık Göstergeleri Yönü ile Karşılaştırılması	149

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No:
Şekil 2.1: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı	60
Şekil 2.2: Üniversite Hastanelerinin Organizasyon Şeması	63

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No:

Grafik 2.1: Türkiye’de 1960–2008 Yılları İçin Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) ve KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki	94
Grafik 2.2: Türkiye’de 1960–2008 Yılları Arası Bebek Ölüm Hızları (Binde) ve KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki	97
Grafik 2.3: Dünya Geneli Bölgeler Arası Ortalama Ana Ölüm Hızları (AÖH) (Yüz Binde) ve KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki	99
Grafik 2.4: Türkiye’de 1998–2008 Yılları Arası Ana Ölüm Hızları (AÖH) (Yüz Binde) ile KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki	99

KISALTMALAR LİSTESİ

AÖH	:Anne Ölüm Hızı
AR-GE	:Araştırma Geliştirme
BÖH	:Bebek ölüm Hızı
GDP	:Gross Domestic Product – Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GSS	:Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	:Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
İKE	:İnsani Kalkınma Endeksi
KBGSYİH	:Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
MSB	:Milli Savunma Bakanlığı
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development – Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PTT	:Posta Telefon Telgraf
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TCDD	:Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
TSH	:Temel Sağlık Hizmetleri
TSK	:Türk Silahlı Kuvvetleri
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	: United Nations Development Program – Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
WHO	:World Health Organization– Dünya Sağlık Örgütü
WCED	:The World Commission on Environment and Development– Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu

GİRİŞ

Sürdürülebilir kalkınma kavramı çevre, ekonomik, sosyo-demografik ve sağlık unsurlarını kapsamaktadır. Bu kavramda vurgulanan en önemli özellik gelecek nesillerin ihtiyaçlarının karşılanmasına engel olmayacak şekilde mevcut nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık hizmetleri ve sistemi açısından bu tanımının önemi çevreye zarar vermeden insan yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Ancak sürdürülebilir kalkınma kavramı çevreyi koruma girişimlerinden çok daha fazlasını içermektedir. Bu kavram aynı zamanda, gelecek nesilleri ve uzun dönemde sağlıklı olmayı da kapsamaktadır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların çok önemli bir kısmı hastanelere ayrılmaktadır. Böylece hastaneler toplam sağlık harcamalarının çok önemli bir kısmını kullanmakta ve sağlık eğitimini almış personelin çok büyük bir bölümünü istihdam etmektedir. Bu nedenle her kademe hastane yöneticisinin sağlık hizmetlerine ayrılan bu kaynakları verimli ve etkili kullanabilmesi için temel ekonomi bilgisine sahip olması kaçınılmaz bir zorunluluktur.

Sağlık ekonomisinin ana inceleme alanı sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri olmasından dolayı sağlık ekonomisi de farklı özellik arz etmektedir. Sağlık hizmetinin en temel özelliği önceden öngörülemez oluşudur.

Sağlık ekonomisi kavramı ekonomi bilimi içerisinde oldukça yeni yerini almasına karşılık sağlığın korunması ve çeşitli sağlık hizmeti uygulamaları insanlık tarihi kadar eskidir.

Sağlık hizmetleri, tarihsel süreçte teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak önemli değişimler göstermiştir. Başlangıçta sağlık ve hastalık kavramları dini inanışlarla birlikte değerlendirilip sadece din adamlarının ilgilendiği alanlar iken daha

sonraları başlı başına sosyal ve ekonomik bir faaliyetler kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır.

Sağlığın tanımı farklı yönleri ile yapılabilir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütünün 1960 yılında yaptığı tanımlamaya göre sağlık; bireylerin sadece hastalanmama hali değil, aynı zamanda ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan tam bir iyilik içinde bulunmaları halidir.

Üç bölümden oluşan bu çalışmanın birinci bölümünde, genel olarak kalkınma ve az gelişmişlik kavramları, insani kalkınma endeksi ve önemi, sürdürülebilir kalkınmanın önemi ve tarihsel gelişimi üzerinde durulmuştur.

İkinci bölümde sağlık ekonomisine giriş yapılarak genel olarak sağlık sektörünün yapısı, sağlık ve ekonomi ilişkisi, sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkiler üzerinde durulup sağlık sektörü ile ilgili tanımlar ve kavramlar açıklanmış ve bu sektörün ekonomiyle olan ilişkisi ele alınmıştır. Ayrıca dünya'da ve Türkiye'deki sağlık harcamaları ile kişi başı GSYİH ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Üçüncü bölümde Edirne'nin sağlık tarihi Edirne'deki sağlık sektörünün yapısı sağlık kurumlarının idari, mali yapıları ve hizmet kapasitelerine ilişkin bilgiler derlenip karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Edirne'de sağlık sektörünün Türkiye'deki ve seçilmiş bazı dünya ülkeleri ortalaması ile sağlık sektörüyle karşılaştırılması yapılarak Edirne'nin sağlık sektöründeki konumu belirlenmiştir.

Edirne'nin son yıllarda sağlık göstergeleri Türkiye ortalamasına göre yükselen bir sınır kenti olduğu görülmüştür.

a) Problem

Toplumların varlığını sürdürebilmesi ancak sağlıklı bir nesile sahip olması ile mümkündür. Sağlıklı nesil aynı zamanda toplumun ilerlemesi için çok önemli bir üretim faktörüdür. Önceleri sayısal olarak çok olması yeterli olan insan faktörünün, günümüz üretim sistemlerine uyum sağlayabilmesi iyi bir eğitim sayesinde olabilmektedir.

Sağlık, insanın en önemli sorunudur. Yaşamak, öğrenmek, iş yapabilmek için sağlıklı olmak gerekir. Sağlığı bozuk olan, hasta olan kişi görevlerini tam olarak yapamaz. Bunun sonucu olarak da kendine, ailesine, çevresine, topluma yararlı olamaz.

Eğitim seviyesi yükseltilmiş sağlıklı insanlarla işgücüne katılım oranı artar ve kalkınma hızı arttırılabilir.

b) Amaç

Bu tez çalışmasında çeşitli gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektöründeki göstergeleri ve sağlık harcamaları istatistikî verilerle ele alınıp sürdürülebilir kalkınma ile olan bağlantısı irdelenmiştir. Ülkelerin kalkınmasında çok önemli bir yer tutan sağlık harcamalarına vurgu yapıp Türkiye'nin sağlık harcamaları ile gelişmiş ülkeler arasındaki yeri üzerinde durulmuştur.

Türkiye verilerinden hareketle sınır kenti ve ülkemizin Avrupa'ya açılan kapısı olan Edirne'nin sağlık sektörü yönü ile analizi yapıp sağlık sektörüne ilişkin istatistikî veriler derlenerek Edirne'nin Türkiye ve dünya sağlık göstergeleri ile karşılaştırması yapılmıştır.

c) Önem

Bir ülkede sağlık seviyesi ile ilgili göstergeler, o ülkenin gelişmişlik durumunu ortaya çıkaran önemli kriterlerdir. İnsani gelişim endeksinin çok önemli bir bileşeni olan sağlıklı ve uzun bir yaşam ülkelerin sosyal kültürel ve ekonomik yapılarına bağlı olarak yerine göre çok önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile doğumda beklenen yaşam süresi, anne ve bebek ölüm hızları gibi sağlık göstergeleri arasında çok yakın bir bağ vardır.

Tüm dünyada sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artması sağlık ve ekonomi ilişkisinin önemini daha da arttırmaktadır. Edirne ile ilgili kısmında konusunda bir ilk olduğu bilinen bu tez çalışması ile Edirne'nin Türkiye ve Dünya sağlık sistemindeki yeri ve önemi üzerinde durulmuştur.

d) Sayıtlılar

Edirne Türkiye'nin Avrupa'ya açılan sınır kapısıdır. Edirne'nin sağlık tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Edirne'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin bulunması sağlık kullanım alanları olarak Edirne'nin sağlık göstergelerini önemli ölçüde yükseltmektedir. Kişi başına düşen sağlık personeli, hasta yatağı sayısı, hastaneye müracaat oranları gibi sınıflandırmalarda Edirne Türkiye ortalamasının önemli ölçüde üstündedir.

e) Sınırlılıklar

Araştırma konusu çok boyutlu ve kapsamı geniş olan bir konudur. Sağlık ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişki genel çerçeve içerisinde ele alınacaktır. Edirne merkez ve ilçelerdeki sağlık kurumlarının ekonomik ve hizmet kapasitesi yapıları incelenerek Edirne'nin sağlık göstergeleri bulunup Türkiye ve seçilmiş bazı dünya ülkeleri ile karşılaştırması yapılmıştır.

f) Veriler ve Toplanması

Bu tez çalışmasında temel veri kaynakları olarak birincil ve ikincil kaynaklar kullanılmıştır. İldeki sağlık kurum ve kuruluşlarının istatistiklerini inceleme ve hastane yetkilileriyle yüz yüze görüşme yoluyla toplanan bilgiler birincil kaynak olarak kullanılmıştır. İkincil kaynak olarak da konuyla ilgili yayınlanmış kitap, dergi, rapor, istatistikler, tezler ve makaleler incelenerek toplanan bilgiler değerlendirilmiştir.

I. BÖLÜM

KALKINMA VE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA KAVRAMLARI

1.1.KALKINMA KAVRAMI

İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyanın gündemine giren kalkınma ve az gelişmişlik kavramları beraberinde bir kalkınma ekonomisinin doğmasına ve zaman içinde çok hızlı gelişmesine yol açmıştır. Konunun her zaman güncel olması yanında çok geniş kapsamlı olması ve ekonomi biliminin diğer alanları ve bazı öteki bilim dalları ile de çok yakın ilişkili olması kalkınma kavramının dinamik kalmasını sağlamıştır.

1.1.1. Kalkınmanın Tanımı

Kalkınma kavramı, toplumların gelişim sürecine uygun olarak, farklı dönemlerde değişik içerikler kazanmıştır. Hatta aynı dönemde farklı içeriklerde kullanıldığı da görülmüştür. Kavram, bazen de kendine yakın anlamlar taşıyan sanayileşme, modernleşme, ilerleme, büyüme ve yapısal değişme gibi kavramlarla iç içe geçmiş, onların yerine kullanılmış ve doğal olarak anlam kaymasına uğramıştır. Bugün de kavramın içeriği açık ve anlaşılır değildir. Teorilerde olduğu gibi günlük konuşmalarda da bazen sanayileşmenin, bazen büyümenin bazen de modernleşmenin yerine kullanılmaktadır.¹

Kalkınma tanımı içinde hem objektif, hem de subjektif faktörler yer almaktadır. Ayrıca, her ülkenin iktisadî, sosyal ve siyasal yapıları, doğal kaynakları, eğitim düzeyi v.s. farkı olduğundan iktisadî kalkınmayı değişmez bir ölçüye dayandırmak, bütün ülkeleri aynı biçimde varsaymak imkânsızdır. Her şeye rağmen kalkınmanın değişik bazı tanımları yapılmıştır.

¹ Cengiz Yavilioğlu, "Kalkınmanın Anlambilimsel Tarihi ve Kavramsal Kökenleri", *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1, 2002 s.59

Kalkınma, genel olarak bir ülkenin milli gelir düzeyinde meydana gelen sürekli artışa bağlı olarak ekonomik, sosyal ve siyasal yapısında meydana gelen değişimleri içeren bir süreç olarak nitelendirilmektedir.²

Kalkınma belli bir durumdan, daha iyi bir duruma doğru yönelen dinamik bir harekettir. Kalkınma kişi başına düşük gelir düzeyinden daha yüksek bir gelir düzeyine veya negatif olan bir büyüme hızı durumundan daha yüksek bir büyüme hızına geçiştir.

Kalkınma, üretim faktörlerinin yeni bir bileşimi veya yeni bir üretim fonksiyonu ile emeğin verimini arttırmaktır. Bu tanım, büyümeyi de kapsamaktadır. Çünkü verim artışı tasarrufları; tasarruflar sermaye birikimini kolaylaştırır; sermaye birikimi de yatırımları ve istihdamı artırır.³

Kalkınma ve bağlı olarak “az gelişmişlik” kavramının iktisat bilimine ve buradan günlük konuşma diline girmesi II. Dünya Savaşı sonrasında rastlamaktadır. II. Dünya Savaşı sonrasında soğuk savaşın gerilimli ortamında yaygın bir kullanıma ulaşan kalkınma kavramı, 1945 sonrası dünyanın özgül boyutlarından birisidir. Kalkınma/Gelişme soğuk savaş rüzgârlarının estiği dönemlerde gündeme gelen bir söylemdir. Savaş sonrası dönemin özgül koşulları ekonomik kalkınmayı ve beraberinde getireceği varsayılan çağdaşlaşmayı, toplumların özellikle Üçüncü Dünya Ülkelerinin ilk sırada yer alan hedef ve beklentileri konumuna sokmuştur. Bu dönemde dünya genelinde çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye de ekonomik bunalım ve savaştan büyük ölçüde olumsuz etkilenen ekonomisini geliştirmek için yoğun bir kalkınma sürecine girmiştir.⁴

² John Clark, *Kalkınmanın Demokratikleşmesi*, 1996 s.34 (Çev: Serpil URAL) TÇV, Yayınları, Ankara.

³ Ercan Dülgeroğlu, *Kalkınma Ekonomisi*, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2.Baskı, Bursa. (1991) s.16

⁴ Hüseyin Çeken, “Turizmin Bölgesel Kalkınmaya Etkisi Üzerine Teorik Bir İnceleme” *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi* (C.X ,S II, 2008) s.294

Özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra devletler ekonomik yapılan itibariyle, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler şeklinde bir ayrıma tabi tutulmuşlardır. Ülkelerin ekonomik ve sosyal yapılarındaki özelliklere bakılarak, gelişmişlikleri hakkında fikir yürütülebilmektedir. Gayri safi milli hâsıla (GSMH), kişi başına düşen milli gelir, tasarruf ve sermaye büyüklüğü, nüfus yapısı, sektörlerin milli gelirden aldıkları paylar, doğum ve ölüm oranları, okuma-yazma oranı⁵ gibi göstergelere bakılarak, bir ülke için gelişmiş veya az gelişmiş denmektedir.

1.1.2. Kalkınma Ve Büyüme

Kalkınma ve büyüme, birbirlerine çok yakın, hatta aynı anlamda kullanılan kavramlardır. Bununla birlikte, ülke ekonomilerinin gelişme süreçleriyle ilgili bu iki kavram, birbirlerinden farklılıklar gösterir.⁶

Kalkınma kavramı şu anlamları kapsamaktadır:⁷

- Bir durumdan diğer bir duruma doğru değişim olup, bu değişimin yönüne bakılmaz.
- Düşük bir seviyeden daha yüksek bir seviyeye geçiştir.
- Basit bir yapıdan daha karmaşık bir yapıya geçiştir.
- Doğrusal zaman ölçeğinde kalkınmadır, yani daima ileriye doğrudur.
- Kalkınma, aynı zamanda daha iyi bir şeye doğru manevi açıdan da yükselme demektir.

Ekonomik büyüme, bir ülkedeki brüt veya net milli hasıla miktarındaki artış demektir; yoksa kişi başına hasıla artışı demek değildir⁸. Her ne şekilde olursa olsun bir ülkedeki mal ve hizmet üretimi artıyorsa, bu bir büyümedir⁹.

⁵ İsmail Türk, *Maliye Politikası*, "S" Yayınları, 8. Bası, Ankara, 1989, s. 210-211.

⁶ Hakkı Mümin Ay, *Ekonomik Kalkınmanın Finansmanında Sermaye Piyasasının Rolü Ve Türkiye Örneği*, (Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı /İktisat Politikası Bilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Sivas 1997, s. 3-4

⁷ Lars Aronsson, *Sustainable Tourism Systems: The Example of Sustainable Rural Tourism in Sweden*, Journal of Sustainable Tourism. Channel View Books-Multilingual Matters Ltd., Vol.2, Nu.1-2,London,1994, s.83

⁸ Yüksel Ülken, *20. Yüzyılda Dünya Ekonomisi*, İstanbul Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Yayın No:3114, İstanbul, 1984, s. 305.

Ekonomik kalkınma; ekonominin mal ve hizmet üretim kapasitesinin yükselmesi ve millî gelirin artması gibi ekonomik büyümeyi oluşturan nicel faktörlerin yanı sıra, sanayi altyapısının kurulması, tarımda modern teknolojinin kullanılması, emek ve sermaye verimliliğinin artırılması, ekonomide dışa bağımlılığın azaltılması, kişi başına düşen millî gelirin yükseltilmesi, kentleşmenin hızlanması, sağlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve gelir dağılımının iyileştirilmesi gibi nitel ağırlıklı faktörlerin de dâhil olduğu iktisadî iyileşme ve gelişme süreci olarak tarif edilebilir.

Ekonomik kalkınma kişi başına düşen mal ve hizmet artışının yanı sıra, ekonomik ve sosyal yapıdaki değişiklikleri de içine almaktadır. Kalkınma, GSMH içerisinde tarım sektörünün payı düşerken, sanayi ya da hizmetler sektörü paylarının artmasıdır. İlkel üretimden, çağdaş üretime geçilmesi gibi yapısal bir değişikliği de kapsayan kalkınma kavramı; ekonomik, sosyal ve politik alanda çağdaşlaşmayı da ifade eder.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra az gelişmiş ülkelerin büyük bir kalkınma çabası içine girmeleri, gelişmiş ülkelerin ise dengeli bir büyüme hızını koruma çabaları, ekonomik büyüme ve kalkınma kavramlarının, iktisat politikası literatüründe önem kazanmasına neden olmuştur.¹⁰

Gelişmiş ülkeler, tarım sektörünü gereğince modernize ettikleri ve sanayileşmelerini tamamladıkları ve nüfus artış hızları düşük olduğu için, nisbi olarak daha düşük bir büyüme hızıyla yetinebilirler. Fakat az gelişmiş ülkeler tarım sektörünü modernize ederek verimliliğini artırmaları, sanayileşmelerini tamamlamaları ve tam istihdama kavuşmaları için, daha yüksek bir kalkınma hızını sağlamak zorundadırlar¹¹.

Genel olarak ekonomik büyümenin amacı hayat standardını yükselterek halkın refahını yükseltmektir. Bu durumda büyüme sadece toplam milli gelirdeki

⁹ Beyhan Ataç, *Maliye Politikası*, Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, No: 86, Eskişehir, 1990, s. 183.

¹⁰ Hakkı Mümin AY, *a.g.t.* s. 5.

¹¹ Beyhan Ataç, *a.g.e.* s.34.

yükselme değil, aynı zamanda kişi başına düşen gelirin de yükselmesi anlamına gelir.¹²

1.1.3. Azgelişmişlik ve Gelişmişlik Kavramları

Azgelişmişlik kavramı toplumun bütün sosyal kurumlarını, politik örgütlenmesini, ekonomik, politik ve sosyal yaşam düzeyini içine alır.¹³ Bu yüzden azgelişmişliği belirleyen ölçütler oldukça fazladır. Diğer yandan bu ölçütlerin azgelişmiş olarak nitelediğimiz ülkelerde değişik derece farkları ile karşımıza çıkması, azgelişmiş ülkelerin hemen hepsini içeren bir tanım yapmamıza imkân tanımamaktadır.¹⁴

Azgelişmiş ülkeyi tanımlayabilmek için onun ekonomik, sosyal ve politik özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu özelliklerden kimi kantitatif olarak ölçülebilirken, kimilerini ancak bu konudaki genel gözlemlere dayandırabiliriz.¹⁵ Bu yüzden, azgelişmişlik olgusunu bu ülkelerin yapısal unsurlarının bileşimlerine göre tanımlamak karmaşık bir sorun olan azgelişmişliği daha yakından tanımamıza olanak sağlar.

Bugün Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Japonya dışında ülkelerin az gelişmiş ülkeler kategorisinde olduğu görülmektedir. Yenedünyanın büyük bir bölümü az gelişmiş ülkelere oluşmaktadır. Az gelişmiş ülkelerin genel karakteristik özelliklerine bakıldığında, kişi başına düşen ortalama reel milli gelirin düşük olduğu, nüfusun büyük bir kesiminin tarım sektöründe ve ilkel aktivitelerde (maden ve tarım sektöründe) çalıştığı, yaşam süresinin kısa ve nüfus artış hızının yüksek olduğu, okur-yazar oranının düşük olduğu görülmektedir.

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler yapısal özellikleri açısından Birleşmiş Milletler tarafından kategorize edilirken dahi belirsizlikler yaşanmaktadır.

¹² Richard M. Bird - Oliver Oldman; *Readings On Taxation in Developing Countries*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London 1975, s. 65.

¹³ Ahmet Öztürk ve Mehmet Aslanoğlu, *Ekonomik Planlama*, Ekin Kitabevi, Bursa, 1995, s.1.

¹⁴ Mustafa Altıntaş, *Türkiye'de Plânlı Kalkınma ve Uygulama Sonuçları*, Muğla İşletmecilik Yüksek Okulu Yayınları: 2, Kalite Matbaası, Ankara, 1978, s. 17.

¹⁵ Ergül Han, *Azgelişmişlik ve Kalkınma Ekonomisi*, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1994, s.18.

Söz konusu ülkeler, ortak birtakım sorunlara sahip olmalarına rağmen, gelişme düzeyleri ve sosyo-ekonomik özellikleri bakımından farklılık göstermektedirler. Örneğin; Türkiye, Bulgaristan, Brezilya, Çin geliştirmekte olan ülke kapsamında değerlendirilmektedir. Ancak aralarında belirgin farklılıkların olduğu da bilinmektedir. Ekonomik olarak Türkiye’den çok daha büyük ve etkili gözüken ve müthiş bir atılım yapan Çin’in geliştirmekte olan ülkeler kategorisinde yer alması, bu gruptaki ülkelerin de farklılık gösterdiğini açıkça belirtmektedir.¹⁶

Az gelişmiş ülkeler, literatürde “geri kalmış”, “kalkınan”, “geliştirmekte olan” ya da genel olarak “üçüncü dünya ülkeleri” gibi değişik terimlerle ifade edilmektedir. Asya, Afrika ve Güney Amerika’da yer alan bu ülkeler farklı yapısal özellik ve sorunlara sahiptir. Bu ülkelerdeki az gelişmişlik nedenlerini açıklamak için kullanılan kriterlerin en sağlıklı “sanayileşmedir”. Bu kriter yardımıyla farklı az gelişmiş ülkeler arasındaki durumu açıklamak mümkün olabilmektedir. Böylelikle sanayileşme süreci analizi ile az gelişmiş ekonomiler ikiye ayrılabilir:

1. Gelişmemiş ekonomiler: Yoksulluk derecesinin çok yüksek olduğu bu ülkelerin temel özellikleri, hızla artan nüfus nedeniyle tarımsal üretimin yetersiz olması, kuraklık, açlık, doğal afetler, doğal kaynakların yetersizliği, ihraç gelirlerinin son derece az olması, sürekli hibe ve mali yardım ihtiyacıdır.

2. Geliştirmekte olan ekonomiler: Sanayileşme sürecine girmiş ekonomilerdir. Orta ve yüksek düzeyde gelire sahip olan bu ülkelerin bir kısmı tarımsal yapıya sahiptir.

¹⁶ Ebru Z. Boyacıoğlu, *Gelişmiş Ve Geliştirmekte Olan Ülkelerin Kalkınma Kriterleri Açısından Karşılaştırılması ve Türkiye İçin Öneriler* (Trakya Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Basılmamış Doktora Tezi), Tekirdağ 2007, s. 129

Tablo: 1.1
Gelişmişlik Düzeylerine Göre Ülkelerin Sınıflandırılması

I.Grup	II. Grup	III. Grup	IV. Grup
Geri Kalmış Ülkeler	Gelişme Sürecinin İlk Aşamasındaki Ülkeler	Gelişme Sürecinin İleri Aşamasındaki Ülkeler	Gelişmiş Sanayi Ülkeleri
Bangladeş	Cezayir	Arjantin	Almanya
Benin	Bolivya	Bostvana	Avustralya
Birundi	Çin	Brezilya	Avusturya
Burkina Faso	Kolombiya	Fildişi Sahilleri	Belçika
Kamerun	Kosta Rika	Gabon	Kanada
Çad	Dominik Cum.	Kore Cum.	Danimarka
Etiyopya	Mısır	Macaristan	Finlandiya
Gana	Ekvator	Malezya	Fransa
Haiti	El Salvador	Mauritus	Yunanistan
Hindistan	Endonezya	Meksika	Hong Kang
Kenya	Guatemala	Güney Afrika Cum.	İrlanda
Kongo Halk Cum.	Honduras	Suudi Arabistan	İsrail
Leshoto	İran	Şili	İtalya
Madagaskar	Sri Lanka	Trinidad ve Tobako	Japonya
Malavi	Suriye	Türkiye	Kuveyt
Mali	Tayland	Uruguay	Hollanda
Moritanya	Tunus	Venezuela	Norveç
Mozambik			Portekiz
Nepal			Singapur
Nijer			İspanya
Nijerya			İsveç
Nikaragua			İsviçre
Orta Afrika Cum.			Birleşik Arap Emr.
Pakistan			İngiltere
Papua Yeni Gine			ABD
Ruanda			Yeni Zelanda
Senegal			
Siera Leone			
Tanzanya			
Togo			
Uganda			
Yemen Cum.			
Zambia			
Zimbabve			

Kaynak: Gaye Karpat - Şenay Açıkgöz; “Ülkelerin Kalkınmışlık Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi” <http://idari.cu.edu.tr/sempozyum/bil16.htm> (01.12.2010) s.16

Yukarıda tablo 1.1’de gelişmişlik düzeylerine göre ülkelerin sınıflandırılması yapılmıştır. Birinci grupta yer alan ülkelerin kişi başına Gayri Safi Milli Hâsılları (GSMH) ortalama olarak 300 \$ civarında, ikinci grupta yer alan ülkelerin kişi başına GSMH’ları ortalama olarak 1500 \$ civarında, üçüncü grupta yer alan ülkelerin kişi başına GSMH’ları ortalama olarak 4500 \$ civarında ve son gruptaki ülkelerinki ise 20 000 \$ civarında olduğu söylenebilir.¹⁷

Karşılaştırmalı yöntemle gelişmiş/geri kalmış ülke tanımlaması Dünya Bankası tarafından da yapılmıştır. Dünya Bankası’nın bu tanımında kullandığı ilk referans kişi başına GSMH’dır. 1998 yılı dolar bazında yapılan hesaplamalara göre;

Kişi başına yıllık geliri 760 \$' dan az olan ülkeler *Düşük Gelirli Ekonomiler/Toplumlar*, kişi başına yıllık geliri 761 \$ ile 3.030 \$ arasında olanlar *Düşük Orta Gelirli Ekonomiler/Toplumlar*; kişi başına yıllık geliri 3.031-9.360 \$ arasında olan ülkeler *Üst Orta Gelirli Ekonomiler/Toplumlar*, kişi başına yıllık geliri 9.361 \$ ve daha üstü olan ülkeler *Yüksek Gelirli Ekonomiler/Toplumlar* sınıfını oluşturmaktadır.¹⁸

1.1.4 . İnsani Kalkınma Endeksi Ve Önemi

İnsani Kalkınma Endeksi (İKE) Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) doğrultusunda hazırlanmış, bazı temel kriterler baz alınarak ülkelerin gelişmişlik seviyelerini belirlemeye yarayan bir göstergedir. İnsani Kalkınma Endeksi, ortalama insani gelişme düzeyini sağlıklı ve uzun bir yaşam, bilgiye erişim ve iyi bir yaşam standardı olmak üzere üç temel boyutta uzun vadeli ilerlemeyi gözlemleyen özet bir ölçüttür. Bu üç temel boyutun, sırasıyla ortalama ömür,

¹⁷ Gaye Karpat- Şenay Açıkgöz, “Ülkelerin Kalkınmışlık Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi” <http://idari.cu.edu.tr/sempozyum/bil16.htm> (01/12/2010) s.16

¹⁸ World Bank, *Entering the 21th Century World Development Report 1999/2000*, Oxford University Press, Oxford. 2000 s.291

yetişkinlerde okur yazarlık ve ilköğretim, ikinci öğretim ve üçüncü öğretime brüt kayıt olma oranı ile alım gücü paritesinin 1 dolar karşılığı kişi başına düşen gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYH) ile ölçülmektedir. Sağlık ile ilgili konularda dünya sağlık örgütünün verileri kullanılmaktadır. Türkiye, bu endekse göre orta seviyede gelişmiş ülke sınıfına girerken İskandinav ülkeleri bu endekste ilk sıralara yerleşmektedir.

İnsani Kalkınma Endeksi hesaplama yönteminde refah standardı, eğitim standardı ve sağlık standardı olmak üzere üç kriter kullanılmaktadır. Refah standardı tatminkâr bir yaşam sürmeyi sağlayacak kaynaklara ulaşmaya, sağlık standardı uzun ve sağlıklı bir yaşama, eğitim standardı ise bilgi edinmeye karşılık gelmektedir.

Ülkelerin kalkınmışlığını ölçmek için kullanılan insani kalkınma endeksi 0 ile 1 arasında değerler almaktadır. Endeks değeri 1'e yaklaştıkça İKE açısından bir iyileşme olduğu anlaşılır. Ülkeler arasında karşılaştırma imkânı verir. Sıfır ile bir arasında değer alan ülkeleri Birleşmiş Milletler, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek insani kalkınmaya sahip olarak dört gruba ayırır.

Türkiye, kişi başına düşen 13.359 Amerikan Doları GSMH ile 0,679'luk bir insani Gelişme Endeksi değerini oluşturmaktadır. Endekste daha düşük kişi başına düşen GSMH değerlerine rağmen sıralamada Türkiye'nin üzerinde yer alan ülkeler var. Örneğin Bosna Hersek'te kişi başına düşen GSYH 8.222 Amerikan Doları ile Türkiye'ninkinden daha düşük olsa da bu ülke endekste Türkiye'nin onbeş sıra üstünde yer alıyor. Sıralamanın bu şekilde olması büyük ölçüde Bosna Hersek'te yetişkinlerde okuryazarlık oranının yüzde 97,6 ile Türkiye'deki orandan (yüzde 88,7) daha yüksek olmasına dayanıyor. Bu durum da Türkiye'de insana yatırım yapmaya devam edilmesi gerektiğine işaret ediyor.

Tablo: 1.2
Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Doğrultusunda Hazırlanmış
Ülkelerin İnsani Kalkınma Endeksi Göstergeleri

Çok Yüksek İnsani Gelişme					
Sıra	Ülke	İKE	Sıra	Ülke	İKE
1	Norveç	0,938	22	Yunanistan	0,855
2	Avustralya	0,937	23	İtalya	0,854
3	Yeni Zelanda	0,907	24	Lüksemburg	0,852
4	Amerika Birleşik Devletleri	0,902	25	Avusturya	0,851
5	İrlanda	0,895	26	İngiltere	0,849
6	Liechtenstein	0,891	27	Singapur	0,846
7	Hollanda	0,890	28	Çek Cumhuriyeti	0,841
8	Kanada	0,888	29	Slovenya	0,828
9	İsveç	0,885	30	Andorra	0,824
10	Almanya	0,885	31	Slovakya	0,818
11	Japonya	0,884	32	Birleşik Arap Emirlikleri	0,815
12	Kore (Cumhuriyeti)	0,877	33	Malta	0,815
13	İsviçre	0,874	34	Estonya	0,812
14	Fransa	0,872	35	Kıbrıs	0,810
15	İsrail	0,872	36	Macaristan	0,805
16	Finlandiya	0,871	37	Brunei Sultanlığı	0,805
17	İzlanda	0,869	38	Katar	0,803
18	Belçika	0,867	39	Bahreyn	0,801
19	Danimarka	0,866	40	Portekiz	0,795
20	İspanya	0,863	41	Polonya	0,795
21	Hong Kong, Çin (SAR)	0,862	42	Barbados	0,788

Yüksek İnsani Gelişme					
Sıra	Ülke	İKE	Sıra	Ülke	İKE
43	Bahamalar	0,784	65	Rusya Federasyonu	0,719
44	Litvanya	0,783	66	Kazakistan	0,714
45	Şili	0,783	67	Azerbaycan	0,713
46	Arjantin	0,775	68	Bosna-Hersek	0,710
47	Kuveyt	0,771	69	Ukrayna	0,710
48	Letonya	0,769	70	İran (İslam Cumhuriyeti)	0,702
49	Karadağ	0,769		Makedonya Eski Yugoslav	
50	Romanya	0,767	71	Cumhuriyeti	0,701
51	Hırvatistan	0,767	72	Mauritius	0,701
52	Uruguay	0,765	73	Brezilya	0,699
	Libya Arap Halk Sosyalist		74	Georgia	0,698
53	Cemahiriyesi	0,755		Venezuela (ve Bolivarcı	
54	Panama	0,755	75	Cumhuriyeti)	0,696
55	Suudi Arabistan	0,752	76	Ermenistan	0,695
56	Meksika	0,750	77	Ekvador	0,695
57	Malezya	0,744	78	Belize	0,694
58	Bulgaristan	0,743	79	Kolombiya	0,689
59	Trinidad ve Tobago	0,736	80	Jamaika	0,688
60	Sırbistan	0,735	81	Tunus	0,683
61	Belarus	0,732	82	Ürdün	0,681
62	Kostarika	0,725	83	Türkiye	0,679
63	Peru	0,723	84	Cezayir	0,677
64	Arnavutluk	0,719	85	Tonga	0,677

Orta İnsani Gelişme					
Sıra	Ülke	İKE	Sıra	Ülke	İKE
86	Fiji	0,669	108	Endonezya	0,600
87	Türkmenistan	0,669	109	Kırgızistan	0,598
88	Dominik Cumhuriyeti	0,663	110	Güney Afrika	0,597
89	Çin	0,663	111	Suriye Arap Cumhuriyeti	0,589
90	El Salvador	0,659	112	Tacikistan	0,580
91	Sri Lanka	0,658	113	Viet Nam	0,572
92	Tayland	0,654	114	Fas	0,567
93	Gabon	0,648	115	Nikaragua	0,565
94	Surinam	0,646	116	Guatemala	0,560
95	Bolivya (Çokuluslu Devlet)	0,643	117	Ekvator Ginesi	0,538
96	Paraguay	0,640	118	Cape Verde	0,534
97	Filipinler	0,638	119	Hindistan	0,519
98	Botsvana	0,633	120	Doğu Timor	0,502
99	Moldova (Cumhuriyeti)	0,623	121	Svaziland	0,498
100	Moğolistan	0,622	122	Lao Demokratik Halk Cumhuriyeti	0,497
101	Mısır	0,620	123	Solomon Adaları	0,494
102	Özbekistan	0,617	124	Kamboçya	0,494
103	Mikronezya (Federal Devletleri)	0,614	125	Pakistan	0,490
104	Guyana	0,611	126	Kongo	0,489
105	Namibya	0,606	127	Sao Tome ve Principe	0,488
106	Honduras	0,604			
107	Maldivler	0,602			

Düşük İnsani Gelişme					
Sıra	Ülke	İKE	Sıra	Ülke	İKE
128	Kenya	0,470	150	Zambiya	0,395
129	Bangladeş	0,469	151	Gambiya	0,390
130	Gana	0,467	152	Ruanda	0,385
131	Kamerun	0,460	153	Malawi	0,385
132	Myanmar	0,451	154	Sudan	0,379
133	Yemen	0,439	155	Afganistan	0,349
134	Benin	0,435	156	Gine	0,340
135	Madagaskar	0,435	157	Etiyopya	0,328
136	Moritanya	0,433	158	Sierra Leone	0,317
137	Papua Yeni Gine	0,431	159	Orta Afrika Cumhuriyeti	0,315
138	Nepal	0,428	160	Mali	0,309
139	Togo	0,428	161	Burkina Faso	0,305
140	Komorlar	0,428	162	Liberya	0,300
141	Lesotho	0,427	163	Cad	0,295
142	Nijerya	0,423	164	Gine-Bissau	0,289
143	Uganda	0,422	165	Mozambik	0,284
144	Senegal	0,411	166	Burundi	0,282
145	Haiti	0,404	167	Nijer	0,261
146	Angora	0,403		Kongo (Demokratik Cumhuriyeti)	0,239
147	Cibuti	0,402	168	Zimbabve	0,140
148	Tanzanya (Birleşik Cumhuriyeti)	0,398			
149	Fildişi Sahilleri	0,397			

Kaynak: Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi Raporu 2010
 hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Tables.xls (13/01/2011)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 2010 İnsanî Kalkınma Endeksi Raporuna göre dünyada yaşanacak en iyi ülke 1. sıradaki Norveç, yaşam standartları en düşük ülke ise 169. sıradaki Zimbabve'dir. Ülkeler endeks içinde çok yüksek, yüksek, orta ve düşük insani gelişmenin görüldüğü ülkeler biçiminde gruplara ayrılmıştır. Türkiye 0,679'luk değerle 169 ülke arasında 83'üncü sırada ve yüksek insanî gelişme gösterenler sınıfının sonlarında yer almaktadır. Türkiye yüksek insani gelişme sınıfı içindeki 43 ülke arasında 41. sırada yer almıştır. Yani orta insanî gelişme gösteren ülkeler sınıfına çok yakındır.

Bulgaristan, Romanya ve Makedonya gibi aynı kategoride sıralanan 18 ülkenin, daha düşük gelir seviyelerine rağmen Türkiye'den üst sıralarda yer aldığı görüldüğünde Türkiye'nin yüksek gelir düzeyini insani kalkınmaya dönüştürmek için daha fazla çaba harcaması gerektiği dikkati çekiyor.

1.2. SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA KAVRAMI

Sürdürülebilirlik kavramının Türkçe sözlüklerde tam karşılığı yoktur. Wikipedia sözlükte sürdürülebilirlik daimi olma yeteneği olarak adlandırılmaktadır.¹⁹ Mali açıdan sürdürülebilirlik ise ödeyememe durumuna düşmeden yükümlülüklerin yerine getirilebilmesidir.

1.2.1. Sürdürülebilir Kalkınmanın Tanımı

“Sürdürülebilir Kalkınma” (Sustainable Development) kavramı teori ve pratikte yeni gelişmekte olan bir kavramdır. Tamamıyla net ve açık bir şekilde belirlenmiş değildir. Kavram ile ilgili şimdiye kadar birçok tanım yapılmıştır. Sürdürülebilir kalkınma kavramının tanınmaya ve yaygın biçimde kullanılmaya başlanması asıl, 1987 yılında Birleşmiş Milletler Çevre ve Gelişme Komisyonunun

¹⁹ Wikipedia Sözlük, <http://tr.wikipedia.org/wiki/S%C3%BCrd%C3%BCr%C3%BClebilir> (15/12/2010)

yayınladığı Brundtland Raporu olarak da bilinen Ortak Geleceğimiz adlı raporla olmuştur.²⁰

Brundlandt Raporunda *sürdürülebilir kalkınma*, gelecek kuşakların, gereksinmelerini karşılama haklarını ellerinden almadan bugünkü kuşakların gereksinmelerini karşılamak olarak tanımlanmıştır.²¹

Kentbilim Terimleri Sözlüğü'nde *sürekli ve dengeli gelişme* olarak adlandırılan *sürdürülebilir kalkınma (sustainable development)* "Çevre değerlerinin ve doğal kaynakların savurganlığa yol açmayacak biçimde akılcı yöntemlerle, bugünkü ve gelecek kuşakların hak ve yararları da göz önünde bulundurularak kullanılması ilkesinden özveride bulunmaksızın ekonomik gelişmenin sağlanmasını amaçlayan çevreci dünya görüşü" biçiminde tanımlanmaktadır.²²

Burada tanımlanan sürdürülebilir kalkınma anlayışının merkezinde görüldüğü gibi, insan ile bugünkü ve gelecek kuşaklar arasındaki dayanışma yer almaktadır. Sürdürülebilir kalkınma kavramının tanımında yer alan öğeler, *kuşak içi* ve *kuşaklararası* dayanışma ve adalettir. Kuşak içi dayanışma ve adalet mekân, kuşaklar arası dayanışma ve adalet ise zaman boyutuna işaret etmektedir.²³

Sürdürülebilir kalkınma kavramı çevre, ekonomik, sosyo-demografik ve sağlık unsurlarını kapsamaktadır. Bu kavramda vurgulanan en önemli özellik ise gelecek nesillerin ihtiyaçlarının karşılanmasına engel olmayacak şekilde mevcut nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık hizmetleri ve sistemi açısından bu tanımının önemi çevreye zarar vermeden insan yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Ancak sürdürülebilir kalkınma kavramı çevreyi koruma girişimlerinden çok daha

²⁰ Ayşegül Mengi - Nesrin Algan, *Küreselleşme ve Yerelleşme Çağında Bölgesel Sürdürülebilir Gelişme*, Ankara Siyasal Kitabevi, 2003 s.2

²¹ TÇSV, Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, *Ortak Geleceğimiz*, Çeviren: Belkis Çorakçı, Ankara, 1987, s. 71.

²² Ruşen Keleş; *Kentbilim Terimleri Sözlüğü*, Gözden Geçirilmiş 2. Baskı. Ankara, İmge Kitabevi, 1998, s. 112.

²³ Ayşegül Mengi, Nesrin Algan, *a.g.e.* s.3

fazlasını içermektedir. Bu kavram aynı zamanda, gelecek nesilleri ve uzun dönemde sağlıklı olmayı da kapsamaktadır.

Sürdürülebilir kalkınma, çevrenin korunması ile ekonomik kalkınma kavramlarının uzun dönemli ve birlikte düşünülmesi esasına dayanır. Sürdürülebilirlik, doğadaki kaynakların korunarak, insan yaşamının kalitesinin artırılması anlamındadır. Sosyal, ekonomik ve ekolojik amaçların birlikte ele alınarak değerlendirilmesi ve her birinin yararına olacak şekilde faaliyetlerin düzenlenmesi sürdürülebilir kalkınmaya yardımcı olur.²⁴

1.2.1. Sürdürülebilir Kalkınmanın Tarihsel Gelişimi

Sürdürülebilir kalkınma kavramının ilk olarak nerede ve nasıl kullanıldığı kesin olarak bilinmemektedir.

Sürdürülebilirlik düşüncesinin ilk olarak görüldüğü alanlardan biri ormancılıktır. Almanya’da Baden bölgesinde 18. yüzyıl sonu ve 19. yüzyıl başlarında Karaormanlar’ın yok edilmesini önlemek amacıyla çıkarılan yasalarda, bir yandan odun ihtiyacını karşılamakta sürekliliği sağlamak, diğer yandan da ormanların rüzgarı önleme, su ihtiyacını karşılama ve dinlenme alanları olma özelliklerini korumak için onlardan yararlanırken, yalnızca bugünün ihtiyaçlarını gözetmemek, tersine ormanların daha sonraki kuşaklara da hizmet etmesini sağlamak üzere hep yeniden üretilmeleri gereği üzerinde durulmuştur.²⁵

A. Pigou, 1912 ve 1920 yıllarında ekonomi bilimi üzerine yazdığı kitaplarda sürdürülebilirlik düşüncesinin işaretlerini vermiştir. Pigou’ya göre, insanlığın refahı üç tür sermayeye dayanmaktadır. Bunlar, (1) doğa; (2) insan tarafından üretilen maddeler; (3) insan kaynakları ve bilgi birikimidir. Pigou, günümüz sürdürülebilir

²⁴ Alex FARREL - Maurren Hart, “What Does Sustainability Really Mean? *The Search For Useful Indicators*”, Environment, Vol:40, 998 s.9

²⁵ Hermann Hill, “Die Neue Verwaltung Nachhaltige Entwickeln”, *Die Öffentliche Verwaltung*, Heft 2, Januar, s. 56’den aktaran Ayşegül Kaplan (1997), *Küresel Çevre Sorunları ve Politikaları*, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları Tezler Dizisi, No. 18, Ankara.

kalkınma düşüncesinden uzak bir biçimde, bu üç sermaye türünün her birinin bir diğerini ikame edebileceğini ileri sürmüştür. Bu düşünceye göre, eğer bunlardan biri zayıflarsa, diğerleri onu tekrar kurabilir ve böylece, gelecek kuşaklar sabit bir sermaye düzeyi devralmış olurlar.²⁶ Doğal kaynakların özel bir yere sahip olmadığı bu görüş, literatüre “zayıf sürdürülebilirlik”²⁷ olarak geçmiştir.

1950’li yıllarda balıkçılık alanında da sürdürülebilirlik düşüncesinin ortaya çıktığı görülmektedir. H. S. Gordon, A. D. Scott ve M. D. Schaefer, “azami sürdürülebilir ürün” kavramı ile balıkçılık sektörünün azami faaliyet düzeyini daima koruyacak biçimde planlı ve düzenli bir biçimde faaliyette bulunması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.²⁸

1.2.1.1. Birleşmiş Milletler İnsan Çevresi Konferansı (Stockholm Deklarasyonu 1972)

Birleşmiş Milletler tarafından Haziran 1972 tarihinde Stockholm’da “İnsan Çevresi Konferansı” gerçekleştirilmiştir. Bu konferansın ardından Stockholm Deklarasyonu kabul edilmiştir. İnsan Çevresi Bildirgesi, Stockholm konferansının bitiş günü olan 16 Haziran’da yayımlanmıştır.

Deklarasyon ile insan ve çevre ilişkilerine, insan faaliyetlerinin çevre üzerindeki olumsuz etkilerine, devletlerin ekonomik gelişme sorunlarına, çevrenin korunması konusunda uluslararası işbirliğinin önemine değinilmiş ve insanların sağlıklı ve temiz bir çevrede yaşama hakkı kabul edilmiştir.²⁹

²⁶ A. Pigou, , Wealth and Welfare, Macmillan, London’dan 1912 s.42’den aktaran Erhun Kula (1998), History of Environmental Economic Thought, Routledge, London.

²⁷ David Pearce, , A. Markyanda William ve E. Barbier (1990), Sustainable Development: Economics and the Environment in the Third World, Edgar, Aldershot’tan aktaran Erhun Kula; History of Environmental Economic Thought, Routledge, London, 1998. s.23

²⁸ Erhun Kula, “History of Environmental Economic Thought”, Routledge, London. 1998 s.151

²⁹ Recep Bozdoğan, “Sürdürülebilir Gelişme Düşüncesinin Tarihsel Arka Planı”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Sayı 50 (2005) s,1020

Stockholm Deklerasyonu ile “sürdürülebilir kalkınma” kavramının temelleri atılmıştır. Bunun sebebi olarak da, deklerasyonda çevrenin “taşıma kapasitesi”ne dikkat çekmesi, kaynak kullanımında kuşaklararası hakkaniyeti savunması ve ekonomik-sosyal gelişmenin çevre ile bağlantısını belirtmesini gösterebiliriz.

1.2.1. 2. Ortak Geleceğimiz (Brundtland) Raporu (1987)

Ortak Geleceğimiz (Brundtland) Raporu, 1983 yılında dönemin Birleşmiş Milletler Genel Sekreterinin isteği ve teklifi üzerine, Norveç Başbakanı Gro Harlem Brundtland başkanlığında, yirmi ayrı ülkeden gelen katılımcılardan oluşan Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu'nca (The World Commission on Environment and Development-WCED) hazırlanarak 1987 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'na sunulmuştur. Sürdürülebilir kalkınma düşüncesini ayrıntılı bir biçimde işleyen Rapor (Birleşmiş Milletler Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, 1991), 1960'lı yılların kalkınmacı ideolojisiyle 1970'li yılların çevreci ideolojisini uzlaştıran bir yaklaşım sergilemektedir.³⁰ Rapor'da, giderek ağırlaşan çevresel sorunlar karşısında, çevresel gelişme ile ekonomik kalkınma arasındaki hayati köprünün kurulması ve gelişmenin “sürdürülebilir” olması, insanlığın çıkış yolu olarak kabul edilmiştir.³¹ Rapor, yirminci yüzyılın başı ile sonu arasındaki farklılıklara değinmekte; etkileri yüzyıllar boyunca yerel ölçekte sınırlı olan insan faaliyetlerinin, günümüzde küresel düzeyde bütün ekosistemleri etkilediği belirtilmektedir.³²

Sürdürülebilir kalkınma kavramının, Brundtland Raporu'nda ortaya konan vizyonu, özünde ekonomik büyüme ihtiyacını gözeten ve büyümeyi azamileştirmeyi amaçlayan politikalara yönelik bir çağrı olarak nitelenebilir. Bunun yanı sıra, kolay etkilenebilen insanların durumlarının tehlikeye atılmaması ya da kaynak tabanının gelecekteki yaşayabilirliğinin azaltılmaması, kavramın önemli bir diğer boyutu

³⁰ İlhan Tekeli, “Habitat II Konferansı Yazıları”, *T.C. Toplu Konut İdaresi Başkanlığı*, Ankara. (1996) s.26

³¹ Emme Iula, “Yerel Gündem 21”, *Türkiye’de Yerel Gündem 21’lerin Teşviki ve Geliştirilmesi Projesi Bülteni*, İstanbul, Kasım 1997, s.3

³² Erhun Kula, *a.g.e.* s.150

olarak belirtilebilir. Kavram, ekonomik kalkınmaya farklı bir bakış açısı getirmekte, büyümede kaliteyi, en azından miktar kadar önemli kabul etmektedir.³³

Raporda giderek ağırlaşan çevresel sorunlar karşısında, insanlığın çıkış yolu olarak, çevresel gelişme ile ekonomik kalkınma arasındaki yaşamsal köprünün kurulması ve gelişmenin “sürdürülebilir” olması gösterilmektedir.

1.2.1.3. Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı (Rio de Janeiro, 1992)

Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı, 3-14 Haziran 1992 tarihleri arasında Brezilya'nın Rio de Janeiro kentinde, 178 devletin katılımı ile düzenlenmiştir. Rio Konferansı'nda “insanoğlunun sürdürülebilir kalkınma olgusunun merkezinde yer aldığı, her insanın doğa ile uyumlu, sağlıklı ve verimli bir yaşam hakkı olduğu”³⁴ kabul edilmiştir. Rio Konferansı ile birlikte, sürdürülebilir kalkınma kavramının kapsamı oldukça genişlemiş, kavram birçok disiplinin çalışma alanında kendine yer edinmiştir. Konferans'ta kabul edilen Gündem 21 adlı belgede, sürdürülebilir kalkınma kavramının yanı sıra sürdürülebilir insan yerleşimi, sürdürülebilir dağ geliştirme, sürdürülebilir tarım ve kırsal kalkınmanın teşvik edilmesi, sürdürülebilir orman gelişimi gibi kavram ve konular üzerinde de oldukça ayrıntılı bir biçimde durulmuştur. Konferans'ın getirdiği yeni kavramların, sürdürülebilir kalkınma kavramı ile son derece sıkı bir ilişki içerisinde olduğu; sürdürülebilir bir gelişmeye ulaşma konusunda çevre, ekonomi, kentleşme ve yönetim gibi alanlarda yapılması gereken faaliyetleri işaret ettiği görülmektedir.

³³ J. G. Soussan “Sustainable Development”, *Environmental Issues in the 1990's*, A. M. Mannion and S. R. Bowlby (ed.), John Wiley & Sons, West Sussex, England, (1992), s.25

³⁴ Birleşmiş Milletler, *Çevre ve Kalkınma Konferansı: Rio Bildirgesi*, (1992)

1.2.1.4. Avrupa Birliği 5. Eylem Programı (1992)

Avrupa Birliği, 1992 yılında ‘‘Sürdürülebilirliğe Doğru’’ olarak da adlandırılan 5. Eylem Programı’nı kabul etmiştir. Bu çalışmanın en belirgin özelliği, yerel yönetimleri bir hükümet ortağı olarak gören ilk program olmasıdır. Yerel yönetimler, başlıca aktörler olarak görülmekle kalmamış, bir çok inisiyatifin de yalnızca yerel yönetimler tarafından uygulanabileceği kabul edilmiştir. Program, ‘‘subsidiarite’’ ve ‘‘ortak sorumluluk’’ ilkeleri üzerine oturmuştur. Bu ilkeler, yurttaşlardan Avrupa Komisyonu’na kadar bütün toplumsal ve yönetsel kademeleri içermektedir.³⁵

1.2.1.5. Sürdürülebilir Kalkınma Komisyonu (1993)

Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı’ndan bir yıl sonra 1993 yılında, Birleşmiş Milletler bünyesindeki Ekonomik ve Sosyal Konsey içinde Sürdürülebilir kalkınma Komisyonu kurulmuştur. Komisyon, Birleşmiş Milletler Şartnamesi’nin 68. maddesi ve Konferans’ta kabul edilen Gündem 21’in ilgili hükmü üzerine oluşturulmuştur.

Komisyon’un kuruluş amacı, Konferans’ta kabul edilen ilke ve hükümlerin hayata geçirilmesinin etkin bir biçimde izlenmesini sağlamak, uluslararası işbirliğini güçlendirmek, çevre ve gelişme konularının bütünleştirilmesine yönelik hükümetler arası karar verme kapasitesini rasyonalize etmek ve Gündem 21’in ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde uygulanmasına yönelik gelişmeleri incelemek olarak belirlenmiştir.³⁶

Sürdürülebilir Kalkınma Komisyonu yoksulluk, tüketim kalıpları, nüfus, maliye, eğitim ve kapasite oluşturma konularında her yıl hükümetlerden gelen

³⁵ Tony Hams, ‘‘Local Environmental Policies and Strategies after Rio’’, *Local Environmental Policies and Strategies*, Julian Agyeman and Bob Evans (ed.), Local Economic and Social Strategy Series, Longman Group Ltd, s. 44-46.

³⁶ Birleşmiş Milletler, *Çevre ve Kalkınma Konferansı: Gündem 21*, (1992)

raporları görüşmektedir. Aynı zamanda, yerel yönetimler de dahil olmak üzere, başlıca toplumsal grupların yeni karar alma yapılarına uyumu ile de ilgilenmektedir. Ulusal hükümetlerin yanı sıra, uluslararası düzeydeki yerel yönetim örgütleri de Sürdürülebilir Kalkınma Komisyonuna rapor sunabilmektedirler.³⁷

1.2.1.6. Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Kahire, 1995)

Birleşmiş Milletler tarafından Mısır'ın başkenti Kahire'de düzenlenen Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, sürdürülebilir kalkınma kavramı en genel kapsamıyla nüfus kavramı ile sıkı bir biçimde ilişkilendirilmiştir. Sözelimi Kahire Bildirgesi'nde bu konuda; “Günümüzde ve gelecekte bütün insanların eşit paylaşacakları refahı sağlayacak bir araç olan sürdürülebilir kalkınma, nüfus, kaynaklar, çevre ve gelişme arasındaki karşılıklı ilişkilerin tam olarak bilinmesini, uygun şekilde düzenlenmesini ve bunlar arasında uyumlu, dinamik bir denge kurulmasını gerektirmektedir. Sürdürülebilir Kalkınmanın ve bütün insanlar için daha yüksek bir yaşam kalitesinin başarılması için Devletler, gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılama olanağını tehlikeye atmadan, şimdiki kuşakların ihtiyacını karşılamak amacıyla nüfusa ilişkin politikalar dâhil olmak üzere, gerekli politikaları uygulamaya koymalı, sürdürülemez üretim ve tüketim biçimlerini azaltmalı veya ortadan kaldırmalıdır”³⁸ hükmü yer almaktadır.

1.2.1.7. Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Konferansı- Habitat II (İstanbul, 1996)

Sürdürülebilir Kalkınma kavramının izlediği tarihsel seyir içerisinde, 1996 yılında Birleşmiş Milletler tarafından İstanbul'da düzenlenen İnsan Yerleşimleri Konferansı-Habitat II önemli bir yer tutmaktadır. Gerek Habitat II'de kabul edilen

³⁷ Tom Bigg, ve Felix Dodds, “The UN Comission on Sustainable Development”, Felix Dodds (ed.) *The Way Forward Beyond Agenda 21*, Earthscan Publication Ltd., London, (1997)s. 16-21

³⁸ Birleşmiş Milletler (1995), *Nüfus ve Kalkınma Konferansı: Kahire Eylem Planı*, s. 8, 10

İstanbul Bildirgesi ve gerekse Habitat Gündemi'nde sürdürülebilir kalkınma kavramı ile insan yerleşimleri arasındaki sıkı ilişkiye oldukça ayrıntılı bir biçimde değinilmiştir.

Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı'nda (Rio de Janeiro 1992), sürdürülebilir kalkınma kavramının kapsamı genişletilerek, kavramın değişik disiplinlerle ilişkisi üzerinde durulmuş ve sürdürülebilir kalkınma kavramı ekonomiden yönetime kadar bir çok çalışma alanı ile ilişkilendirilmiştir. Habitat II Konferansı'nda ise, sürdürülebilir kalkınma kavramı insan yerleşimleri alanına uyarlanmıştır. Konferans'ta kabul edilen her iki metinde (İstanbul Bildirgesi ve Habitat Gündemi'nde) de bu konu üzerinde durulmuştur.

Habitat Gündemi'nin Giriş bölümündeki 4. maddede “demokratik, insan haklarına saygılı, şeffaf, katılımcı ve halka hesap veren yönetimler ile sivil toplumun etkin katılımının, sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleşmesinde temel etmenler” olduğu belirtilmiştir. Amaçlar ve İlkeler bölümünde ise, “sürdürülebilir kalkınma, insan yerleşimlerinin gelişimi için zorunludur ve çevre koruma, toplumsal kalkınma ve ekonomik büyümenin gerekleri ve ihtiyaçlarına gereken önemi verir. İnsan yerleşimleri sürdürülebilir gelişme ilkeleri göz önünde bulundurularak planlanmış, geliştirilmiş ve iyileştirilmiş olmalıdır”³⁹ hükmü yer almaktadır.

Habitat Gündemi'ndeki 2. bölümün “Sürdürülebilir Kalkınma” başlıklı kısmında, sürdürülebilir kalkınma ile ilgili olarak şunlar yer almaktadır: “İnsan yerleşimleri ve sürdürülebilir kalkınma süreci birbirini destekleyici ve karşılıklı bağımlılık içinde olacaktır. Sürdürülebilir kalkınma, insan yerleşimlerinin gelişmesinin temelidir. İnsan yerleşimleri planlı, sürdürülebilir kalkınmanın sorumluluğunu üstlenecek biçimde geliştirilmiş ve iyileştirilmiş olmalıdır”.⁴⁰

³⁹ The United Nations, *The Documents of the United Nations Conference on Human Environment-1972: Declaration on the Human Environment, Declaration of Principles, Recommendations for Action*, Stockholm. (1996) s.29

⁴⁰ Hüner Şencan, “Habitat II Gündemi”, *Habitat II Özel Sayısı*, 1996, Mart-Nisan, s. 25-34.

Habitat II sürecinde, toplumsal açıdan kilit aktörler olarak tanımlanan yerel yönetimler, hükümet dışı kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, özel sektör, parlamenterler, akademisyenler ve sendikaların ağırlıklı olarak yer aldığı ve önemli roller üstlendikleri görülmektedir. Söz konusu aktörlerin Birleşmiş Milletlerin karar alma mekanizmalarında yer almaya başlamaları, Habitat II'yi, Rio Konferansı da dahil olmak üzere, diğer küresel konferanslardan ayrı ve üstün kılmaktadır.⁴¹

1.2.1.8. Rio + 5 Forumu (New York, 1997)

Rio + 5 Forumu, 1992 yılında Brezilya'nın Rio de Janeiro Kenti'nde toplanan Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı'ndan beş yıl sonra, 13-19 Mart 1997 tarihinde yine New York'ta düzenlenmiştir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın desteğiyle gerçekleştirilen Forum'a yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, ulusal sürdürülebilir gelişme kurulları, özel sektör temsilcileri, bilimsel araştırma kuruluşları, finansal kuruluşlar ve eğitim grupları temsilcileri katılmıştır. Forum'un vizyonu, Sürdürülebilir Kalkınmayı "gündem"den "uygulama"ya geçirmek için geniş bir katılımcı grubunu bir araya getirmek olarak belirlenmiştir. Forum'da, Sürdürülebilir Kalkınmayı yerel, ulusal ve küresel düzeylerde hayata geçirecek strateji ve yönetim sistemleri üzerinde durulmuştur. Her bir katılımcının kendi kültürel, tarihsel ve manevi bilgi ve tecrübelerini Forum'a aktarması hedeflenmiştir. Forum'un başlıca amaçları şu biçimde belirlenmiştir.⁴²

i. Sürdürülebilir Kalkınmanın hayata geçirilmesinde önem taşıyan konuları ve başarılı uygulamaları belirlemek.

ii. Sürdürülebilir Kalkınmayı ilerletecek formel ve enformel yönetim ve işletme sistemlerinin kurulması için ortaklıklar sağlamak, gerekli girişimlerde bulunmak ve öneriler geliştirmek.

iii. Sürdürülebilir Kalkınmayı her düzeyde uygulamaya koymak için çok yönlü işbirliği çabalarını desteklemek.

⁴¹ Nuran Talu, "Rio'dan İstanbul'a", *Habitat II Özel Sayısı*, 1996, Mart-Nisan, s. 238

⁴² Asia-Pacific Councils, *Moving Sustainable Development from Agenda to Actio*, Asia-Pacific Council News, (1997) January-March, s. 2.

iv. Sürdürülebilir Kalkınmanın küresel düzeyde yürütülmesi konusunda önerilerde bulunmak.

v. Ekonomik küreselleşmenin olumsuz sonuçlarına karşı yerel ve ulusal sürdürülebilirliği desteklemek.

vi. Sivil toplumun örgütlenmesi, yönetim sistemlerinin ve ekonomik girişimlerin yeniden düzenlenmesine yönelik yapısal reformlar konusunda çeşitli girişimlerde bulunmak.

1.2.1.9. Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı (Johannesburg, 2002)

Birleşmiş Milletler konferanslarının onuncu yıldönümünde “genel değerlendirme” nitelikli bir konferansın düzenlenmesi artık olağan bir uygulama durumuna gelmiştir. Güney Afrika Cumhuriyeti’nin en büyük kenti olan Johannesburg’da 2002 yılında gerçekleştirilen Dünya Sürdürülebilir Gelişme Konferansı da bu nitelikte bir etkinliktir. Konferansın düzenlenmesindeki başlıca amaç, 1992 yılında Brezilya’nın Rio de Janeiro kentinde gerçekleştirilen Çevre ve Kalkınma Konferansı’nda alınan kararların uygulanması sürecinin genel bir değerlendirmesinin yapılması biçiminde nitelenebilir.

Johannesburg Konferansı, Birleşmiş Milletlerin daha önceki konferanslarından daha katılımcı bir etkinlik olmuştur. Konferansa, devlet temsilcilerinin ev yerel yöneticilerin yanı sıra sivil toplum örgütleri ve özel sektör kuruluşlarından da temsilciler katılmıştır. Bu amaçla, ülkelerin, ulusal sürdürülebilir gelişme stratejilerini hazırlama konusundaki son durumlarının değerlendirilmesi, Gündem 21’in uygulanmasında karşılaşılan sorunların tartışılması, edinilen deneyimlerin paylaşılması, öneriler geliştirilmesi, sivil toplum ve özel sektör kuruluşlarının deneyimlerinden daha fazla yararlanılması gibi konular üzerinde durulmuştur.

Sürdürülebilir Gelişme Konferansı'nda iki temel uluslar arası belge kabul edilmiştir. Bunlar, "Eylem Planı" ve "Johannesburg Bildirgesi"dir. Bunların yanı sıra, hükümetlerin özel sektör temsilcileri ve sivil toplum örgütleri ile imzaladığı "ortak girişim" metinlerinden de söz edilebilir. Johannesburg Konferansı'nda alınan kararlar şu biçimde özetlenebilir:

- i. Ülkelerin ulusal sürdürülebilir gelişme stratejilerinin en kısa sürede oluşturulması ve bu konuda uygulamanın 2005 yılından itibaren başlatılması.
- ii. Kamu, sivil toplum ve özel sektörde kurumsal sorumluluk ve duyarlılığın geliştirilmesi.
- iii. Uluslar arası anlaşmaların hükümlerinin uygulanmasını sağlanması.
- iv. Yoksulluğun önlenmesi için Dünya Dayanışma Fonu'nun kurulması ve açlık sınırında yaşayan nüfusun yarı yarıya azaltılması.
- v. Enerji sunumunda fosil kaynaklara olan bağımlılığın azaltılması, kaynak çeşitliliğinin sağlanması.
- vi. Enerji kullanımının küresel ölçekte daha adil ve dengeli bir biçimde dağılımının sağlanması.
- vii. Biyolojik çeşitliliğin korunmasının sağlanması ve biyolojik çeşitlilikteki azalmanın eşik düzeylere çekilmesi.

Johannesburg Konferansı, soyut ve genel nitelikli vaatlerin ötesinde, somut projelerin tartışıldığı ve geliştirildiği bir küresel etkinlik olmuştur. Konferansa özel sektör kuruluşları ve sivil toplum örgütlerinin de etkin bir biçimde katılmasının, sürdürülebilir gelişme yaklaşımının uygulamaya geçirilmesine önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

1.3. SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMANIN AMAÇLARI HEDEFLERİ VE GÖSTERGELERİ

Hiç şüphesiz ki bütün kalkınma ve büyüme anlayışlarının en yüksek amacı insanlara maksimum refahı sağlamaktır. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan

ülkelerdeki yoksulluk, bunlar için büyümeyi daha da önemli kılmakta ve çevre üzerine olan baskıları giderek arttırmaktadır.

1.3.1 . Sürdürülebilir Kalkınmanın Amaçları

Sürdürülebilir kalkınmanın en temel amaçlarından birisi, büyümeyi canlandırmak ve kalitesini değiştirmektir. Ekolojiyi muhafaza edebilmek, gelir dağılımını iyileştirmek ve ekonomik krizlere karşı daha da dirençli olmak için büyümenin kalitesini değiştirmek gerekmektedir. Bu değişim daha az madde-yoğun, daha az enerji-yoğun ve etkilerin daha adil olması gereken bir anlayışı ifade etmektedir⁴³.

Sürdürülebilir kalkınmanın bir diğer önemli amacı da, temel insani ihtiyaç ve beklentileri karşılamanın yollarını aramaktır, özellikle hızlı nüfus artışı yüzünden bu ihtiyaç ve beklentileri karşılamak zorlaşmaktadır. Günümüzde ülkeler arasındaki kavga ve sürtüşmelerin en önemli nedenlerinden birisi açlık, yetersiz beslenme ve bunların giderilebileceği doğal kaynaklar olmaktadır. Diğer taraftan, hızla artan nüfus beraberinde işsizlik sorununu da getirmekte, bu da yoksulluğu körükleyerek insanların tüketim standartlarında azalmaya yol açmaktadır. Bu durumda nüfus düzeyini dengeli ve kontrol altında tutmak, sürdürülebilir kalkınmanın bir başka önemli amacı olmaktadır.⁴⁴

Yaşam standartlarının yüksek olduğu ülkelerde doğan bir çocuk dünya kaynaklarına yoksul ülkede doğan bir çocuktan daha fazla yük teşkil etmektedir. Aynı durum herhangi bir ülke içerisinde de geçerlidir. Bu, problemin sadece global nüfus artışı olmadığını göstermektedir.⁴⁵

⁴³ Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, *Ortak Geleceğimiz*, TÇSV Yayınları, Ankara, Ekim 1991, s.80–81

⁴⁴ İsmet Kaya, *Sürdürülebilir Turizm Kalkınması Ve Ülkemiz Açısından Bir Değerlendirme* (Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Ve Otelcilik Anabilim Dalı, Basılmamış Doktora Tezi), Balıkesir 1997, s.14

⁴⁵ Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, *a.g.e.* s. 85

Bir başka amaç da dünyanın varolan doğal kaynak tabanını korumaya ve zenginleştirmeye yönelik anlayıştır. Özellikle hava ve su kirlenmesini önlemeye yönelik çalışmalar kaynak korumanın en önemli konusu olmakta, zira bunların ikamesi bugünün teknoloji ile mümkün olmamaktadır.⁴⁶

Yukarıda bahsedilen amaçların gerçekleştirilebilmesi büyük ölçüde çevreyle ilgili teknolojilerin geliştirilebilmesine ve kullanılmasına bağlı olacaktır. Kullanılan teknolojinin doğaya zarar vermemesi, kaynakların sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır. Öte yandan teknolojilerin, toplumların devamlı değişen ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilecek bir şekilde, kendilerini yenileyebilir olması, bir süreklilik arz etmesi gerekir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin kullandığı çevreye zarar verebilecek türden teknolojilerin, çevreye zarar vermeyecek olanlarla değiştirilmesine ya da yenilenmesine olanak sağlamak, bu ülkelerdeki sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilmesine yardımcı olacaktır.⁴⁷

1.3.2 . Sürdürülebilir Kalkınmanın Hedefleri

Sürdürülebilir Kalkınma hedeflerinden en önemlisi, toplumun her üyesinin, insan onuruna yaraşır bir yaşam sürmek ve kişiliğini geliştirmek hakkına sahip olduğunu kabul etmek ve ettirmektir. Demokrasi, hukuk güvencesi ve kültürel çeşitliliğin sağlanması önemlidir ve bireysel gelişme olanağının sınırlan bugünkü ve gelecek kuşakların insanlık onuruna saygı göstermektir.⁴⁸

Sürdürülebilir kalkınmanın toplumların refahını arttırmaya yönelik bir anlayış olarak hedeflere ulaşmasındaki en büyük sorunlardan birisi de global yardımlaşma ve işbirliği ihtiyacıdır. Tüm dünya ülkelerinin kalkınma ve büyüme yolunda çevreyi ön plana alarak ortak kararlar alması ve global işbirliğine gidilmesi, sürdürülebilir kalkınmanın hedeflerine ulaşmasında büyük kolaylıklar sağlayacaktır.⁴⁹

⁴⁶ İsmet Kaya *a.g.t.* s.14

⁴⁷ Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, *a.g.e.* s.90

⁴⁸ Ayşegül Mengi, Nesrin Algan, *a.g.e.* s.7

⁴⁹ İsmet Kaya *a.g.t.* s.16-17

Tablo 1.3
Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini Değerlendirmede Kullanılabilecek olan Sosyal Göstergeler

SOSYAL GÖSTERGELER		
Tema	Alt tema	Gösterge
EŞİTLİK	Fakirlik	Fakirlik sınırının altında yaşayan nüfusun oranı
		Gini gelir eşitsizliği endeksi
		İşsizlik oranı
	Cinsiyet eşitliği	Ortalama kadın işçi ücretinin erkek işçi ücretine oranı
SAĞLIK	Beslenme durumu	Çocukların beslenme durumu
	Ölüm oranı	5 yaş altı çocuk ölüm oranı
		Doğumda yaşam beklentisi
	Hijyen koşulları	Yeterli kirli su ve atık hizmeti alan nüfusun oranı
	İçme suyu	Temiz içme suyu bulabilen nüfusun oranı
	Sağlık hizmetleri	Temel sağlık hizmeti alabilen nüfusun oranı
		Bulaşıcı çocuk hastalıklarına karşı aşılama
Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılma oranı		
EĞİTİM	Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu çocuk sayısı
		Lise mezunu yetişkin sayısı
	Okuryazarlık	Yetişkin okur-yazar oranı
BARINMA	Yaşama koşulları	Kişi başına yaşam alanı
GÜVENLİK	Suç	100.000 kişi başına kayıtlı suç oranı
NÜFUS	Nüfusun değişimi	Nüfus artış oranı

Kaynak: Nemli E (2006) Sürdürülebilir Gelişme: Ekonomi İle Çevre Arasındaki Denge. www.kalder.org/genel/Esra%20Nemli%20Oturum%205E%20Windows%20XP.ppt– (Erişim tarihi: 24 Kasım 2006) Aktaran Yusuf Çelik

Yukarıdaki tabloda da açıkça görüleceği üzere sağlık sektörü sosyal göstergeler içinde önemli bir ana tema niteliğindedir ve alt tema olarak sayılan unsurlar ise sağlık sektörü ve diğer ekonomik sektörler arasındaki ayrıntılı ilişkiyi gösteren göstergelerle bazen birebir uyumaktadır. Buradan çıkarılacak sonuç ise

eğer sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılacak isteniyorsa, sağlık sektörü için oldukça önem arz eden göstergelerde de iyileştirmeler yapılmasının zorunlu olduğudur.⁵⁰

Tüm bu bilgiler ışığı altında çevre ve kalkınma politikalarının hedefleri özetle şöyle belirtilebilir:⁵¹

- Büyümenin ve barışın sürmesi,
- Büyümenin kalitatif olarak farklılaştırılması,
- İstihdam, beslenme, enerji, su, sağlık, konut ve çevre sağlığı ile ilgili temel ihtiyaçların karşılanması,
- Nüfus artışının sürdürülebilir bir düzeyde tutulması,
- Teknolojinin çevreyle uyumu ve riskin kontrolü,
- Doğal kaynak temelinin korunması ve geliştirilmesi
- Çevre ve ekonominin kararlara dahil edilmesi.

1.3.3. Sürdürülebilir Kalkınmanın Göstergeleri

Sürdürülebilir gelişme anlayışının gerçekleşip gerçekleşmediğini ya da ne ölçüde gerçekleştiğini belirlemek için kimi ekonomik, sosyal ve çevreyle ilgili göstergeler kullanılmaktadır.⁵²

- Sosyal Güvenlik ve Refah: Hane halkı geliri, gelir paylaşımı, açlık sınırının altındaki kişi sayısı, cinsiyetlerine göre açlık sınırının altındaki kişi sayısı, sosyal güvencenin türü ve finansmanı.
- Sağlık: Ortalama yaşam süresi, bedensel sağlık, uyuşturucu madde tüketimi, sağlık masrafları, sağlık hizmetleri için kişi başına yapılan harcamalar.

⁵⁰ Yusuf Çelik, "Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı Ve Sağlık" *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:9, Sayı:1 (2006) s. 34

⁵¹ Meral Nazhoğlu, "Ekonomik Büyüme ve Çevre Korunması", *Ekonomik Büyüme ve Çevre Korunması-İnceleme Yarışması* IV. Yabancı Sermaye koordinasyon Demeği (YASED), İstanbul, 1991, s. 156

⁵² Ayşegül Mengi, Nesrin Algan, *a.g.e.* s.11-13

- **Öznel Yaşam Koşulları:** Genel olarak yaşamdan memnuniyet, yaşlara göre yaşamdan memnuniyet, yerleşim alanlarına (kent, kır) göre yaşamdan memnuniyet.
- **Konut ve Barınma:** Kişi basma düşen oturma alanı, konutun büyüklüğünden, niteliğinden memnuniyet, kira giderlerinin gelir içindeki payı, konut yatırımları, konutların yenilenmesi için yapılan yatırımlar, kişi başına düşen oda sayısı.
- **Kültür ve Boş Zaman Etkinlikleri:** Kültür etkinlikleri için yapılan harcamalarının toplam kamu harcamaları içindeki payı, yeterli boş zamana sahip kişilerin oranı, düzenli olarak tatile gidenlerin oranı, kültürel etkinlikleri takip edenlerin oranı.
- **Sosyal Dayanışma ve Katılım:** Birlik, ya da öteki örgütlerde aktif üyelik, oy hakkına sahip yurttaşların toplam nüfus içindeki payı, fahri çalışma oranı, karar organlarındaki kadınların oranı, yerel ve bölgesel süreçlere katılım olanakları.
- **Eğitim ve Bilim:** Okur-yazarlık oranı, kişi başına düşen kamusal eğitim harcamaları, genel olarak ve cinsiyete göre okula devam süresi.
- **Bilgi:** İletişim araçlarını kullanma oranı, internet kullanımı, gazete ve dergilerin çeşitliliği.
- **Fiziksel Güvenlik:** Bedensel yaralama olayları, trafik kazaları, doğal afetler, yetişkinlere ve çocuklara karşı fiziksel ve psikolojik şiddet.
- **Uluslararası Ticaret ve Uluslararası Rekabet:** Kişi basma düşen dış borç oranı, kişi başına düşen yatırımlar, anamal stoku, bütçe açığı ve rüşvetin yaygınlığı.
- **İç Piyasa:** Genel fiyat düzeyi, çevre ile ilgili vergiler, piyasaya müdahale oranı, çevreye zarar verecek teşvikler, çevre koruma teşvikleri.
- **İstihdam:** İşsizlik oranı, yeni iş alanlarının yaratılması, cinsler arasında ücret eşitliği.
- **Araştırma, Geliştirme ve Teknoloji:** Patent başvuruları, bilim insanlarının oranı, kişi başına araştırma ve gelişme için yapılan özel ve kamusal harcamalar.

- Üretim: Kişi başına düşen GSYİH.
- Tüketim: Kişi başına tüketim giderleri.
- Hareketlilik: Mal ve yolcu taşıma kapasiteleri ve oranları, kitle iletişim araçlarının taşımacılıktaki payı, demiryolu ağı, karayollarının uzunluğu.
- Zararlı Maddeler, Katı Atıklar: Gürültü kirliliği, radyoaktif atıklar, katı atıkların geri dönüştürülme oranı.
- Toprak: Toprağın ağır metal artıklarıyla kirletilmesi, tarım yapılabilir alanlar, erozyon.
- Su: Su tüketimi, nitrat ve fosfat kirlenmesi, atık suların temizlenmesi için yapılan harcamalar.
- Hava: Ozon yoğunluğu, karbondioksit ve kükürt dioksit oranları.
- İklim: Sera gazı emisyonları, iklim değişiklikleri.
- Alan Kullanımı: Kentsel ve kırsal alanların oranı.
- Biyo çeşitlilik: Türlerin çeşitliliği, ulusal çevre koruma alanları, habitat çeşitliliği.
- Enerji: Kişi başına kullanılan enerji, yenilenebilir enerji kaynakları ve enerji tüketimindeki payı.
- Ormanlar: Toplam orman alanları ve korunması, koruma için ayrılan yardımlar.

1.3.4. Sürdürülebilir Kalkınma Kavramına Yöneltilen

Eleştiriler

Sürdürülebilir kalkınma kavramı kulağa hoş gelmesinin yanında dünya ülkeleri açısından dengeli bir kalkınma modeli gibi görünse de bu kavrama bazı eleştiriler yöneltilmiştir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerin çoğu hem yapısal değişimi gerçekleştirebilen bir ekonomik sistem hem hızlı bir ekonomik gelişme hedefini yakalama hem de çevre kirliliği yaratmadan ve de kazanılan faydayı toplum içinde adil bir şekilde dağıtarak bunu yapmanın mümkün olmadığını söylemektedirler.

Örneğin gelir dağılımında eşitsizliğin azaltılması hedefi ulaşılması zor olan bir hedefdir. Çünkü yüksek gelirli kesimin daha fazla yatırım yaparak ekonomiyi ileriye götürmeleri isteniyorsa, gelir dağılımı adaletsizliğinin olması kaçınılmaz bir gerçektir. Ayrıca, sanayileşmiş ülkelerin gelişme tarihine bakıldığında ilk zamanlarda gelir dağılımı eşitsizliğinin oldukça önemli boyutlarda olduğu görülebilecektir. Ancak bu ülkelerin çoğu belirli bir kalkınma seviyesine eriştikten sonra gelir dağılımı eşitsizliğini azaltmanın çarelerini aramaya başlamışlardır. Bu kavrama yöneltilen bir başka eleştiri ise kalkınma sürecinde sanayileşmiş ülkeler insan haklarına saygı göstermezken, sendikalara izin vermezken ve demokrasi ilkelerine uymazken, şimdi gelişmekte olan ve gelişme çabası içinde olan ülkelerin önüne böyle bir hedefi koymalarıdır.⁵³

Sürdürülebilir kalkınma, bugün yaşayan insanlar arasında dayanışmayı öngörmektedir. Bu dayanışma, toplumdaki türlü gruplar arasında olabileceği gibi yeryüzündeki farklı ülkelerde ve bölgelerde yaşayan insanlar arasında da olabilir. Bu noktada özellikle, az gelişmiş ülkelerle gelişmiş ülkeler arasındaki ekonomik, siyasi, askeri, sosyal, kültürel ve ekolojik ilişkilerin niteliği ve biçimi nedeniyle eleştiriler olmaktadır. Sömürülen ve sömüren ilişkisine dayanan bir sistemde dayanışma sağlamanın olanaksızlığı savunulmakta ve aslında sürdürülebilir kalkınma kavramının, gelişmiş ülkelerin kalkınmakta olan ülkeler için ortaya attıkları bir aldatmaca olduğu iddia edilmektedir. Gelişmiş ülkeler, *sıfır büyüme* % tezini kabul ettiremeyince, kalkınmakta olan ülkelerin kalkınma çabalarını engellemek için bu kez de çevre ile ekonomik kalkınma arasında bir uyum ve denge sağlama kuralını getirdiler denmektedir.⁵⁴

1.4. TÜRKİYE’DE SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA ANLAYIŞININ GELİŞMESİ VE UYGULAMALARI

Türkiye, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde çevre bilincinin geliştirilmesine önem vermektedir. Bu çerçevede, Rio Konferansı’nda imzaya açılan

⁵³ Yusuf Çelik. *a.g.m* s. 22

⁵⁴ Ayşegül Mengi, Nesrin Algan, *a.g.e.* s.14

iki önemli sözleşmeden biri olan Birleşmiş Milletler Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesi Rio Konferansı sırasında imzalanmış ve daha sonra yürürlüğe konmuştur. Ülkemize getirdiği ağır yükümlülüklerle karşın sürece katkıda bulunmak anlayışıyla Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'ne katılım sağlanması için gerekli işlemlere başlanmış, 2001 yılında Türkiye'nin özel koşullarının tanınmasıyla ulusal mevzuat çalışmaları hızlandırılmıştır.⁵⁵

Ayrıca, Türkiye'de ilgili kuruluşlarımızın katılımıyla Gündem 21'in uygulanması amacıyla bir dizi toplantı düzenlenmiş, böylece Türkiye'nin çevre gündemi oluşturulmuş, Rio Kararları Beş Yıllık Kalkınma Planlarına yansıtılmıştır. Bunlara ek olarak, sivil toplum kuruluşları başta olmak üzere, ilgili tüm kuruluşlarımızın katkısıyla hazırlanan "Ulusal Çevre Eylem Planı" kabul edilmiş, bu çerçevede yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, çevre bilinç ve duyarlılığının geliştirilmesi ve sürdürülebilir nitelikte bir ekonomik, toplumsal ve kültürel gelişmenin sağlanmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Çevre olgusunun geniş bir şekilde ele alınıp, ayrı bir bölüm olarak yer aldığı ilk kalkınma planı 1973-1977 yıllarını kapsayan "Beş Yıllık Üçüncü Kalkınma Planı" dır.⁵⁶

Çevre hakkı ve gelecek neslin yaşama hakkını kapsayan politikalar 1973 yılından sonra (1972 Stockholm İnsan ve Çevre Konferansı sonrası) gelişmeye başlamıştır. 1990 ve 2000'li yıllara baktığımızda Türkiye'de çevre konusunda bir bilinçlenme olduğu ve Kalkınma Planlarında, diğer ülkelerle paralel olarak geliştiği söylenebilir.

1992 yılında gerçekleştirilen Rio Zirvesi'nde ağırlıklı biçimde ele alınan sürdürülebilir kalkınmayı hedefleyen bir yaklaşım ise, ilk kez Altıncı Beş Yıllık

⁵⁵ Aylin Marmara, *Sürdürülebilir Kalkınma Çerçevesinde İşletmelerin Sosyal Sorumluluğu*, (Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı /Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset Bilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Sakarya 2006, s.35

⁵⁶ Nesrin Algan , "Devlet Politikaları Bağlamında Çevre ve Çevre Korumanın Tarihine Kısa Bir Bakış", *Türkiye'deki Çevre ve Çevre Korumanın Tarihi Sempozyumu*, 7-8 Nisan, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul , 2000 s.227

Kalkınma Planı ile benimsenmeye başlamış, böylece Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, sürdürülebilir kalkınma kavramını kabul etmiştir.⁵⁷

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2007-2013) ise insan odaklı bir gelişme yönetim anlayışı ile doğal ve kültürel varlıklar ile çevrenin gelecek nesilleri de dikkate alan bir anlayış içinde korunması esasına yer verilmiş. Sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması amacıyla, verimliliği arttıran, çevreye duyarlı üretim süreç ve teknolojilerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ifadesi kullanılmıştır. Gelir dağılımındaki eşitsizlik ve yoksulluğun, sürdürülebilir büyüme ve istihdam, eğitim, sağlık ve çalışma hayatı politikalarıyla birlikte başta özürsümler, yaşlılar, kadınlar, çocuklar ve göç edenler olmak üzere yoksulluk ve sosyal dışlanmaya maruz kalmış kesimlerin ekonomik, sosyal ve siyasal hayata aktif katılımlarını sağlayacak hizmetler sunulması amaçlanmaktadır.⁵⁸

1.4.1 Türkiye'de Yerel Gündem 21 Uygulamaları

1992 yılında Rio'da düzenlenen BM Yeryüzü Zirvesi'nde sürdürülebilir kalkınma, tüm insanlığın 21. yy'daki ortak hedefi olarak benimsenmiş ve bu hedefe ulaşılmasına yönelik ilkeleri ve eylem alanlarını ortaya koyan "Gündem 21" başlıklı eylem planı kabul edilmiştir. Gündem 21'in 28. Bölümünde her bir ülkedeki tüm yerel yönetimlere kendi halkları ile danışma sürecini başlatmaları ve kendi "Yerel Gündem 21"leri üzerinden uzlaşmaya varmaları yönünde çağrı bulunmaktadır.

Türkiye'de Yerel Gündem 21 uygulamaları, 1997 yılı sonunda UNDP desteği ile UCLG – MEWA koordinatörlüğünde yürütülen bir proje olarak başlamıştır. Daha sonraki yıllarda T.C. İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün desteği ve ortaklığı ile proje çerçevesinden çıkartılarak "Yerel Gündem 21 Programı"na dönüştürülmüştür.

⁵⁷ Gülün Egeli, *Avrupa Birliği ve Türkiye'deki Çevre Politikaları*, TÇV Yayınları, Ankara 2002. s,103

⁵⁸ Resmi Gazete, 1 Temmuz 2006 Cumartesi - Mükerrer Resmî Gazete, Sayı : 26215

Yerel Gündem 21 Programı kapsamında uygulamaların yürütülmesinden kısa bir süre sonra, programın kent ölçeğindeki en etkin katılımcı mekanizmaları olan Kent Konseyleri 2005 yılında yürürlüğe giren 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 76. Maddesi ile güçlü bir yasal dayanak kazanmıştır.

Türkiye'deki Yerel Gündem 21 uygulamaları 2001 yılında UNDP tarafından dünyadaki en başarılı uygulamalardan biri olarak seçilmiştir. UNDP tarafından T.C. Başbakanı'na gönderilen 1 Kasım 2001 tarihli mektupta Türkiye Yerel Gündem 21 Programı göstermiş olduğu mükemmel performans sayesinde dünyadaki en başarılı uygulamalardan biri olarak ilan edilmiş ve en iyi uygulama örneklerinden biri olarak BM Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesinde tanıtılacağı bildirilmiştir. Gerçektende Eylül 2002' de Güney Afrika'nın Johannesburg kentinde düzenlenen bu zirve sırasında Türkiye YG-21 Programı, bizzat T.C. Cumhurbaşkanı tarafından devlet ve hükümet başkanlarına en iyi uygulama olarak sunulmuştur.⁵⁹

1.4.2. Ulusal Çevre Eylem Planı (UÇEP)

1992 yılında gerçekleştirilen Rio Zirvesi'de kabul edilen "Gündemde 21" uyarınca, katılımcı ülkeler, sürdürülebilir kalkınma dahil olmak üzere "Gündem21" çerçevesinde belirlenen hedeflere uyum sağlamak amacıyla, bir ulusal çevre programı geliştirmeyi kabul etmişlerdir.

Türkiye, kendi ulusal çevre eylem planını hazırlama çalışmalarına 1995 yılında başlamış ve bu çalışmalar, Mayıs 1998 tarihinde tamamlanarak "Ulusal Çevre Stratejisi ve Eylem Planı (UÇEP)" adlı belge ile ortaya konmuştur.

UÇEP'in hazırlanmasında çok boyutlu katılım sağlanması hedeflenmiştir. Bu çerçevede çevrenin korunması açısından önemli görülen 19 farklı alanda kamu ve özel sektör, üniversiteler, gönüllü kuruluşlar, belediyeler ile meslek kuruluşlarının konularında uzman temsilcilerin çalışma grupları oluşturulmuştur. UÇEP'in hedefi

⁵⁹ Aylin Marmara, *a.g.t.* s,38

yenilenebilir kaynakların sürdürülebilir kullanımının teşvik edilmesi, çevre ile ekonomiyi birlikte sürdürülebilir kılacak politika, proje, program ve önerilerin geliştirilmesidir.⁶⁰

Hedef, sürdürülebilir nitelikte bir ekonomik, toplumsal ve kültürel gelişme sağlanması, sürdürülebilir kaynak kullanımının teşviki, sürdürülebilir çevresel uygulamaların desteklenmesidir.

UÇEP'in uygulama süresi olarak 20 yıllık bir zaman kesiti öngörülmektedir. Genel olarak bakıldığında UÇEP'in sağlayacağı yararlar arasında şunlar yer almaktadır:⁶¹

1-Mevcut kamu kesimi kaynakları ile doğal kaynakların daha etkin kullanımı, doğal eko sistemlerin sürdürülebilirliğinin artması.

2-Toprak kaynaklarının sürdürülebilir kullanımına yönelik planlar yapılırken, ekilebilir alanların sınırlılığı,

3-Toprak yapısındaki değişkenlikler ve bölgeler arası dağılım dengesizlikleri dikkate alınacağı,

4-Yaylalar, otlaklar ve meraların sürdürülebilir kullanımına duyarlı olunacağı belirtilmiş, ayrıca sürdürülebilir olmayan bir biçimde avlanma yapılmaması gerektiği ifade edilmiştir.

UÇEP'in Türkiye çevre politikası açısından önemi; ilgili tüm kamu kuruluşları yanı sıra, STK'lar, özel sektör ve bilimsel kuruluşlardan çok sayıda temsilcinin katılımı ile hazırlanmış olmasıdır.⁶²

⁶⁰ Türkiye Çevre Vakfı, *Avrupa Birliği ve Türkiye'de Çevre Mevzuatı*, TÇV Yayınları Ankara, 2001, s: 106-107.

⁶¹ Ulusal Çevre Eylem Planı (UÇEP)", <<http://ekutup.dpt.gov.tr>>, (12/12/2010)

⁶² Nesrin ALGAN, *a.g.e.* s:228.

1.4.3. Türkiye’de Sürdürülebilir Kalkınmanın Yasal Yansımaları

Çevre ile ilgili en önemli ve çevre denince akla ilk gelen yasa olan Çevre Yasası’nda “Sürdürülebilir Kalkınma” kavramına yer verilmemiştir. 1. maddede, kalkınmaya öncelik tanıyan anlatımlar yer almıştır. Burada, “ekonomik ve toplumsal kalkınma hedeflerine uyum” dan söz edilmektedir. Sürdürülebilir kalkınma ile ilgili olan 3. maddede, özetle kaynak kullanımı sırasında, kalkınmayı olumsuz etkilememesi gereğine ve alınacak önlemlerin kalkınma çabalarına etkilerinin hesaba katılmasının gereğine değinilmektedir.

1.4.3.1. Anayasa

Anayasa maddelerinde sürdürülebilir kalkınma ile ilgili olarak 169. ve 43. maddeler sayılabilir. Bir ülkede ormanların varlığı, o ülke için temiz hava başta olmak üzere, orman sanayisinin (tahta, odun, kereste v.b. kaynağı) sürdürülmesi anlamındadır. Orman varlığının korunmasının devletin bir görevi olduğunu belirten 169. madde ile, Yine bir ülkede hayat demek olan “Toprağın” verimli olarak işletilmesini, korunmasını ve geliştirilmesini, erozyonla kaybedilmesini önlemenin, ayrıca, tarım arazileri ile çayır ve meraların amaç dışı kullanılmasını önlenmenin devletin bir görevi olduğunu belirten 44. madde, dolaylı olarak “Sürdürülebilir Kalkınma” kavramı ile ilişkilidir. Anılan maddelerde kavramın adı açıkça geçmese de, kavramın içerdiği mana anılan maddelerde bulunmaktadır.

1.4.3.2. Çevre Yasası

Çevreyle doğrudan ilgili bir yasa olan 2872 sayılı Çevre Yasası’nın 1. maddesinde⁶³ üstü kapalı bir şekilde sürdürülebilir kalkınma kavramından (yani kavramın anlamından) bahsedilmiştir. Anılan maddede; “...doğal kaynakların en uygun şekilde kullanılması ve korunması; su, toprak ve hava kirlenmesinin

⁶³ Türkiye Çevre Vakfı, *Türk Çevre Mevzuatı*, 1cilt, TÇV Yayınları, Ankara, 1999, s: 132-133.

önlenmesi; ülkenin bitki ve hayvan ile doğal ve tarihsel zenginliklerin korunarak bugünkü ve gelecek kuşakların sağlık, uygarlık ve yaşam düzeyinin geliştirilmesi...için yapılacak düzenlemeleri ve alınacak önlemleri, ekonomik ve sosyal kalkınma hedefleri ile uyumlu...olarak düzenleneceği” ifadesi yer almaktadır, bu ise; “Sürdürülebilir Kalkınma” kavramının temelinde yatan anlamı vurgulayarak ifade etmektedir.

Aynı şekilde, Çevre Yasasının 3.maddesinde; “.....yetkili kuruluşlar, çevre politikalarını uygularken kalkınma çabalarını olumsuz yönde etkilememeyi hedeflemek zorundadır, ekonomik etkinliklerde çevreyi gözeten teknoloji ve yöntemler seçilmelidir” görüşü belirtirken, çevre ile ekonomi ve çevre ile kalkınma arasında koordinasyon sağlanmaya çalışılacağı belirtilmiştir.

1.4.3.3 Hükümet Programları

Çevre koruma amacıyla yapan yatırımlar ve arıtma teknolojilerinin gerektirdiği harcamaların, ülkenin gelişme hızını yavaşlatacağından endişe ediliyor, boşa giden bir harcama olarak algılanıyor, oysa, çevre sorunları, gelecek yıllarda büyüme hızını yine sınırlayabilir ve daha fazla maliyeti gerektirir.

Çevre kavramına, hükümet programlarında ilk kez 26.01.1974 tarihinde kurulan Ecevit Hükümetinde rastlanır. Ancak burada daha çok “çevre sağlığı” tabiri kullanılmıştır. 21.06.1977 de kurulan, (bu hükümet yerini güven oyu almadığı için Demirel başkanlığında kurulan hükümete bırakmıştır) İkinci Ecevit hükümetinin programında, “çevre” tabiri yalın olarak kullanılmıştır.⁶⁴

1987 sonrası kurulan Hükümetlere “Sürdürülebilir Kalkınma” kavramı açısından bakıldığında, “Sürdürülebilir Kalkınma” kavramı üstü kapalı olarak,

⁶⁴ Refet Erim, “Çevre ile ilgili Hukuksal Düzenlemeler” *Türkiye’de Çevrenin ve Çevre Korumanın Tarihi Sempozyumu 7-8 Nisan 2000*, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul, 2000, s.179-189.

anlamı yönüyle geçiştirilmiş, çevre ile ilgili bir hükümlere yeterince yer verilmemiştir.

Son olarak 60. hükümet programında 2002 yılı itibari ile ekonomik istikrarın sağlandığı, rekabetçi bir piyasa yapısının oluşturulduğu sürdürülebilir bir kalkınma ortamının yakalandığı, bunun nimetlerini de adil bir şekilde dağıtan; yoksulluk ve yolsuzlukla mücadeleyi önceleyen; dünya ile entegre olmuş; itibarlı, güçlü, bölgesinde ve dünyada sözü geçen bir Türkiye'yi inşa etmek için gerekli reformları yapmak, gerekli politikaları planlayarak hayata geçirmek konusundaki kararlılık ifade edilmiştir.

II. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

2.1.SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

“Sağlık Sektörü” sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek, arz ve talep etmek, tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemler ile bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır. Sağlık Hizmeti kavramı, sağlık sektörünün merkezinde yer alan asıl sağlık hizmetleri'nin, daha kısa olan bir başka söyleyiş biçimidir.⁶⁵

2.1.1.Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlığın tanımı farklı yönleri ile yapılabilir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü'nün 1960 yılında yaptığı tanımlamaya göre sağlık; bireyin sadece hasta veya

⁶⁵ A. Erdal SARGUTAN, “Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8, Sayı:3 (2005) s.401

sakat olmama hali değil, beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik içinde bulunması halidir.

Bütün dünya ülkeleri tarafından kabul edilen WHO tarafından yapılan sağlık tanımından da anlaşıldığı gibi kişinin tam olarak sağlıklı olması gerekir. Kişinin tam olarak sağlıklı olması, beden, hasta ya da sakat olmaması demektir. Ayrıca hasta ve sakat olmamanın yanında kişi ruhsal yönden dengeli, sosyal bakımdan da tam bir iyilik halinde olması gerekir.

Yaşadığımız çağa göre ise sağlık; duygusal, ruhsal, zihinsel (entelektüel), toplumsal, mesleki ve fiziksel olarak sağlıklı olma hali olarak tanımlanabilir.⁶⁶

Zamanın bütün zenginliklerine ve Osmanlı İmparatorluğunun tahtına sahip olan Kanuni Sultan Süleyman; sağlığın elde edilen tüm nimet ve zenginliklerden daha üstün olduğu çok anlamlı bir biçimde “Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi / Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi.” şiiriyle dile getirmiştir. Gerçekten de sağlık mutlu bir hayatın parçasıdır.

Sağlığın tanımını yaptıktan sonra hastalığında kısaca tanımını yapalım. Farklı etmenler nedeniyle organ ve sistemlerin görev yapmaz duruma gelmesine **hastalık** denir. Sağlık tanımında geçen "**sakat**" ifadesi ise kişinin her hangi bir duyu veya hareket organını kaybetmesi veya görev yapamaması durumları için kullanılır.

Hastalıklar, çeşidine, tuttukları organ ve sistemlere, toplumda görünüş özelliklerine, görüldükleri yaş gruplarına ve etkenlerine göre sınıflandırılırlar. Örneğin: Enfeksiyon hastalıkları, psikolojik hastalıklar, sosyal ve salgın hastalıklar, dejeneratif hastalıklar ve bebeklik çağı hastalıkları gibi.

⁶⁶ Wikipedia Sözlük: http://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n_tan%C4%B1m%C4%B1 (15/12/2010)

2.1.2. Sağlığın Önemi

Sağlık, insanın en önemli sorunudur. Yaşamak, öğrenmek, iş yapabilmek için sağlıklı olmak gerekir. Sağlığı bozuk olan, hasta olan kişi görevlerini tam olarak yapamaz. Bunun sonucu olarak da kendine, ailesine, çevresine, topluma yararlı olamaz.

İnsanlar çok eski çağlardan beri sağlığın önemini kavramışlardır. İlkçağlarda insan sağlığının bozulması, doğa dışı güçlerin etkisine bağlanıyordu. Hastalığın iyileştirilmesi için büyücüye başvuruyorlardı. Uygarlığın gelişmesi ile tıp bilimi ilerledi. Hastalıkların nedenleri bulundu, iyileşme yöntemleri gelişti. Bugün büyücülük ilkel toplumlarda kalmıştır. Tıp bilimi her gün yeni buluşlarla insanlığa büyük yararlar sağlıyor.

Tıp bilimi yalnız hastalıklarla, hasta olan insanlarla ilgilenmez, insan sağlığının sürekliliği, insanların hasta olmadan yaşamlarını sürdürmeleri için araştırmalar yapar. Yeni yöntemler geliştirir.

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması

İnsanların sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik verilen hizmetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılır.

Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlık hizmetlerini, Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Teşkilatı ise, sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tıp sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında

örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamış ve sağlık hizmetlerini üç grupta incelemiştir. Bunlar: ⁶⁷

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri.

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadaleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir. Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılınması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü vb. hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırabiliriz:

-Çevresel sağlık hizmetleri. Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir.

-Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri. Bağışıklama (aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi

⁶⁷ Nusret H.Fişek, *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi, Yayın No:2, Ankara, 1985. s.4

sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortamları ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkıda bulunur.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ilk basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak sıralanabilir. Bunun dışında ayrıca bireylerin kişisel bakım çabaları da bu kapsamda ele alınmaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri, sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vs. kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları ve kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürülerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır.⁶⁸

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has başka özellikleri de vardır. Bunlar;⁶⁹

1. Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
2. Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
3. Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur, bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
4. Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır. Sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir.

⁶⁸ Coşkun Can Aktan - A. Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Alternatif Yöntemler" s.3 <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (17/12/2010)

⁶⁹ Şahin Kavuncubaşı: *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000. s.52

5. Sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eşgüdümleşme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açar.

6. Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir.

7. Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. İkamesi yoktur.

8. Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.

9. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

Kamusallık: Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır, bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.

Dışsallık: Sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.

Yararlı Mallar: Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlanır.

Devlet Müdahaleleri: Sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir.

Belirsizlik Altında Seçim: Hizmet alan kişiler alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildir veya çok az bilgisi vardır.

Asimetrik Bilgilenme: Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında bilgi açısından büyük fark vardır.

Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir.

Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumunu da etkilemesi: Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir.

Dünyada sağlık sektörü kadın yoğun bir meslek olmakla birlikte daha kazançlı olan doktorluk daha çok erkeklerin, daha düşük maaşlı hemşirelik ise daha çok kadınların çalıştığı alanlardır. İngiltere’de 1990’larda sağlık hizmetlerinde çalışanların %75’i kadın iken doktorların sadece % 23’ü kadındır.⁷⁰

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nda çalışan sağlık personelinin cinsiyet ve unvanlara göre dağılımına bakıldığında Türkiye’de sağlık sektörünün bütün dünyada olduğu gibi kadın yoğun bir meslek olmakla birlikte daha kazançlı olan doktorluk mesleğinin daha çok erkeklerin, daha düşük maaşlı hemşirelik ebeklik sağlık teknisyenliği gibi mesleklerin ise daha çok kadınların çalıştığı alanlar olduğu aşağıda tablo 2.1’de açık bir şekilde görülmektedir.

Eskiden sadece kadın mesleği olan hemşirelik ve ebeklik bölümlerine 2007 yılında hemşirelik kanununda yapılan değişiklik ile erkek öğrencilerinde alınmaya başlaması ile hemşirelik mesleği kadın mesleği olmaktan çıkmıştır.

⁷⁰ Nur Bekata Mardin, “Sağlık Sektöründe Kadın“
http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/saglik_sektorunde_kadin.pdf (17/12/2010)
s.2

Tablo:2.1
Türkiye’de Sağlık Bakanlığında Çalışan Sağlık Personelinin Unvanlara ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Unvan	ERKEK	KADIN	TOPLAM	ERKEK ORANI %	KADIN ORANI %
Baştabip	26	2	28	92,86%	7,14%
Baştabip yardımcısı	191	17	208	91,83%	8,17%
Klinik şefi	562	185	747	75,23%	24,77%
Klinik şef yardımcısı	481	271	752	63,96%	36,04%
Başasistan	706	528	1234	57,21%	42,79%
Uzman (TUTG)	18083	10663	28746	62,91%	37,09%
Asistan	3958	3420	7378	53,65%	46,35%
Tabip	20915	11710	32625	64,11%	35,89%
Diş tabibi	3097	3415	6512	47,56%	52,44%
Eczacı	415	1324	1739	23,86%	76,14%
Biyolog	540	428	968	55,79%	44,21%
Psikolog	318	606	924	34,42%	65,58%
Diyetisyen	68	629	697	9,76%	90,24%
Fizyoterapist	222	550	772	28,76%	71,24%
Veteriner hekim	16	9	25	64,00%	36,00%
Çocuk gelişimcisi	6	219	225	2,67%	97,33%
Sağlık fizikçisi	12	15	27	44,44%	55,56%
Sosyal çalışmacı	280	248	528	53,03%	46,97%
Odyolog	1	1	2	50,00%	50,00%
Tıbbi teknolog	533	704	1237	43,09%	56,91%
Başhemşire	0	343	343	0,00%	100,00%
Hemşire	5566	70932	76498	7,28%	92,72%
Hemşire yardımcısı	0	12	12	0,00%	100,00%
Ebe	0	42740	42740	0,00%	100,00%
Sağlık teknisyeni	1283	879	2162	59,34%	40,66%
Sağlık memuru	33074	19708	52782	62,66%	37,34%
Laborant	933	763	1696	55,01%	44,99%
Sağlık savaş memuru	8	1	9	88,89%	11,11%
Sağlık teknikeri	3383	5174	8557	39,53%	60,47%
Diş protez teknisyeni	197	381	578	34,08%	65,92%
Toplam	94874	175877	270751	35,04%	64,96%

Kaynak: Sağlık Bakanlığından Bilgi Edinme Kanunu Kapsamında Alınan Veriler. (10/12/2010)

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık alanında ulaşılan gelişmeler aslında binlerce yıllık bir birikimin ürünüdür. İlk ve orta çağa ilişkin bazı medeniyetlerine ait belgeler, o devirlerde çeşitli hekimlik işlevlerinin yapıldığını göstermiştir.

Modern bilimsel tıbbın geçmişi iki yüzyıldan daha azdır. Yazılı Tıp tarihinde kayda değer ilk gelişme 1798 yılında Jenner tarafından çiçek aşısının bulunuşudur. 19. yüzyılda laksatiflerin yanısıra, morfin, kinin, striknin, atropin, daha sonra kodein ve kokainin bulunuşu tıbbın gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. 1880'li yıllarda anestezi maddelerinin bulunuşu ile birlikte cerrahi tıp alanında atılımlar olmuşsa da, cerrahi tıp bilimlerinin asıl başarılı çalışmaları aseptik yöntemlerin geliştirilmesinden sonraya dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde aslında çok büyük bir çeşitliliğin olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır.⁷¹

Bilimdeki gelişme sonucunda, yalnızca hastalıkların etken ve oluş mekanizmalarının bulunuşu ile kalınmamış, hastalıkları hazırlayan tüm çevre (fizik, biyolojik, sosyal) faktör ve ilişkileri de bulunmuş ve gösterilmiştir. Çevredeki bazı olumsuzlukları gidererek, hastalıkların önlenebileceği ve hatta yeryüzünden silinebileceği anlaşılmıştır. Ayrıca, toplumun tümünü sağlıklı kılmak veya toplumun sağlık düzeyini yükseltmenin, tek tek hastaları tedavi etmekle mümkün olmadığı anlaşılmış ve görülmüştür. Çünkü etken kaynakları, hazırlayıcı faktör ve ilişkileri

⁷¹ Haydar Sur, "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi" <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (25.12.2010) s.1

çevrede var olduğu sürece, tedavi edildikten sonra, bu ortama tekrar gönderilen kişide, hastalık yinelemekte ve yeni hastaların ortaya çıkması devam etmektedir.⁷²

2.1.4.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türk'lerde tıp ilmi yüzyıllar boyunca çeşitli kaynaklardan ve medeniyetlerden etkilenmiştir. Bunların arasında en önemli yeri Arap, İran ve Yunan tababetleri tutar. Ancak Türk tababetinin önemli bir özelliği bu medeniyetlerin bazılarında tedavi yöntemi olarak uygulanan bazı batıl inançlardan (büyü, sihir, vb.) kendisini koruyup bağımsız bir tıp ekolü olarak ortaya çıkabilmesidir.⁷³

Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri'deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum'da hastaneler kurulmuştur.⁷⁴

1299'dan itibaren Anadolu'da Osmanlı dönemi başlamaktadır. Bu dönemde de Selçuklular dönemindeki sağlık kuruluşları çalışmalarına devam etmiş ve bunlara bazı büyük hastaneler de eklenmiştir. Bunların arasında en önemlileri Bursa, Manisa ve Edirne'deki büyük hastanelerdir.

Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Seretıbbı-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim, sarayın olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden de sorumlu olup bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğeri.⁷⁵

⁷² Recep Akdur: “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması” www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf (24/12/2010) s.3

⁷³ Kerem Karabulut, *Erzurum İlinde Sağlık Sektörünün Ekonomik Analizi* (Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum 1994, s.11

⁷⁴ Haydar Sur: *a.g.e.* s.3

⁷⁵ Haydar Sur: *a.g.e.* s.3

14 Mart 1827 tarihinde Sultan II. Mahmud Avrupadaki hekimlerden de faydalanarak, bilimsel ve sistemli tıp eğitimi veren tıp okulunu açmıştır.⁷⁶ Bugünkü manada tıp fakültelerinin orijini 1827 yılında başlar. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendinin teklifi ile ve orduya hekim yetiştirmek için, Şehzadebaşındaki Tulumbacıbaşı Konağında 14 mart 1827 yılında, Tıbhane ve Cerrahhane-i Amire kurulmuştur.⁷⁷ Günümüz Türkiye'sinde 14 Mart'ın tıp bayramı olarak kutlanmasının sebebi de budur. Tıp Bayramı, ilk kez, 1. Dünya savaşı sonunda, İstanbul'un işgal edildiği günlerde, yabancı işgal kuvvetlerine karşı tıp öğrencilerinin bir tepkisi olarak 1919 yılında kutlandı. Günümüze kadar gelen bu 14 Mart kutlamaları, artık içinde bulunduğu haftayı da kapsayacak şekilde, "Sağlık Haftası" olarak kutlanıyor.

2.1.4.2. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetten önce ülkemizde, özel sağlık hizmetlerinden zengin olanlar yararlanırken, yoksullar ise hayır kuruluşları aracılığıyla sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı bulabilmiştir." 23 Nisan 1920 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kurulmasında sonra, sağlık hizmetleri devletin görevleri arasında sayılmaya başlanmıştır. 3 Mayıs 1920 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı nm bakanlık görevini ilk olarak Dr. Adnan Adıvar üstlenmiştir.⁷⁸ Sağlığa ilişkin düzenli kayıtların bulunmadığı bu dönemde Bakanlık, sağlık ile ilgili yasalar geliştirmek, cepheden gelen yaralıların tedavisini sağlamak ve iç ve dış göçmenlerin yerleştirilme işlemlerini gerçekleştirmekle uğraşmıştır. Cumhuriyetin ilan edildiği 1923 yılından sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur.⁷⁹ 1928 yılında dönemin en önemli gelişmesi sayılan "Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü" kurulmuştur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Yasası" Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ülke genelinde

⁷⁶ TBMM Araştırma Komisyonu, "Türkiye'de Tıp Eğitimi", Cilt 1, Ankara, 1991, s.3

⁷⁷ İlhami Nasuhioğlu, *Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış*, Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayını No. 9., Ayyıldız Matbaası 2. Baskı, Ankara, 1975, s. 132

⁷⁸ Ülgen Akın ve Serap Aksoy: *Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*, MPM Yayını No:332, 1985, Ankara. s.8

⁷⁹ S. Haluk Özarsı, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları", *Hastane-Hospital News Dergisi*. 2001. s. 12.

görev ve yetkilerini belirlemiştir. Bu yasa, devleti sağlığa ilişkin tüm düzenlemelerin temeli olarak görmüştür. Refik Saydam'ın Bakanlığı süresince (1923-1937), hükümetin sağlık hizmetleri ile ilgili ilke ve politikalarını şunlar oluşturmuştur:⁸⁰

"İlkeler: Koruyucu hizmetlere öncelik vermek, önemli hastalıklarla mücadele etmek.

Politikalar: İnsan gücü politikaları, örgütlenme politikaları."

1946–1948 döneminde sağlık bakanı olan Dr. Behçet Uz'un başkanlığı sırasında sağlık yönetiminde büyük değişiklikler yapılmış ve 1947 yılında hazırlanan birinci on yıllık Milli Sağlık Planı'na göre, her kırk köy için (yaklaşık olarak 20000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bu sağlık merkezlerinde ilke olarak iki hekim, acil vakalar için 10 hasta yatağı ve koruyucu hizmetleri yürütebilmek için 11 yardımcı personelin bulunması düşünülmüştür. Ancak plan gereği gibi uygulanamamış, öngörülen merkezlerin bir kısmı yapılmasına rağmen, bunlar sadece etkili olmayan küçük hastaneler olarak görev yapmışlardır.⁸¹

1950'li yıllarda, batı tipi demokrasiye geçişle birlikte, diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi, ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de temel değişiklikler olmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi üstlenmiş, belediye hastanelerinin tümüne yakını kamulaştırılarak, Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri de açılmış, kırsal kesimlerde görev yapan sağlık çalışanları, kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarına daha yüksek ücretler ve özel muayenehane açma izninin verilmesi, kentlere yönelmelerine yol açmıştır. 1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuş, ardından da Ana ve Çocuk Sağlığı Merkez, şube ve istasyonları açılmıştır.⁸²

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık

⁸⁰ Nurcan Turan "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar" *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları*, 2004 s.4

⁸¹ Fazıl Tekin, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Anadolu Ü. İİBF Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, Haziran 1987, s. 267.

⁸² Ayşe Yiğit Sakar, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Ya. No.22, İstanbul, 1999 s.43

örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır.⁸³

Milli Birlik Komitesi diğer birçok konularda olduğu gibi- sağlık konusunda da bir devrim yapma kararında idi. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'na hazırlanan yasa tasarısı komite tarafından 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun adı verilen bu yasanın hazırlanmasında aşağıdaki politika kararları ilke olarak kabul edilmiştir.⁸⁴

a- Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.

b- Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır.

c- Hastalar ücretini ödeme koşulu ile- tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.

d- Hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda hizmet alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.

e- Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi 3 yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.

f- Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.

g- Köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir.

h- Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir.

i- Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Teşkilatın amiri sağlık müdürüdür. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı'nın saptadığı yasalara göre hizmet yürütür.

⁸³ Haydar Sur: "a.g.e" s.6

⁸⁴Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I "Sağlık Yönetimi"
http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html 24/12/2010 s.1

j- Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

k- Personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktır.

l- Sağlık teşkilatı ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

1971 yılında 1479 sayılı Yasa ile Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (BAG-KUR) kurularak, esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlar, sosyal güvenlik kapsamı içerisine dâhil edilmişlerdir. 1978 yılında, tam gün çalışan doktorlara ek ödenekler getiren, 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Yasası kabul edilmiş, ancak bu yasa 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır. 1982 Anayasası ile 1961 Anayasası'na paralel düzenlemeler getirilmiştir.⁸⁵

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56. maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini" düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasaya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir.⁸⁶

1982 Anayasasının 60. Maddesine göre herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.

⁸⁵ Nurcan Turan: "a.g.e" s.5

⁸⁶Kayıhan Pala, "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu"

http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf (24/12/2010) s.13

1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993'de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verilmiştir, 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.⁸⁷

2003 Eylül ayında Devlet Memuru ve Emekli sandığı için sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı getirilmesi sağlık hizmetlerinin alanını genişletmiştir.

2004 Ocak ayında devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarına performansa bağlı ödeme sisteminin yaygınlaştırılması sağlık hizmeti kalitesini yükseltmesine karşın sağlık harcamalarını arttırmıştır.

2004 Mart ayında Reçeteli ilaçlarda KDV'nin % 8'e indirilmesi, (Sağlık hizmetleri ve reçetesiz ilaçlarda KDV Ocak 2005'te % 8'e inmiştir.) sağlık maliyetlerini azalmıştır. Buna karşın vergi alacağı kaybı oluşmuştur.

2004 Nisan ayında İlaç Fiyat Kararnamesi değişikliği ile fiyatların kura ve

⁸⁷ Recep Akdağ, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu* T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749 2008 s. 18

referans ülke fiyatlarına endekslenmesi ile ilaç fiyatlarında dünya ortalaması yakalanmaya çalışılmıştır.

2004 Aralık ayında Kamu İlaç Alımlarında %7,5 ile % 14,5 indirim sağlayan protokolünün imzalanması ile sağlık maliyetleri azaltılmak istenmiştir.

2005 Ocak ayında Yeşil Kartlılara ayaktan tedavilerinde ilaca erişim hakkı verilmesi ile sağlık maliyetlerinin yanında sosyal güvenlik maliyetleri de artmıştır.

2005 Şubat ayında SSK ve Diğer sağlık tesislerinin (TSK hastaneleri hariç) Sağlık Bakanlığına devri ile sağlıkta uygulama birliği sağlanmıştır. Bu uygulamayla birlikte SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alımına başlaması ile ilaç maliyetleri önemli ölçüde artmıştır. Daha önceleri SSK ilaç fabrikalarında üretilen bir kısım ilaç ve serumların yanında SSK hastanelerince merkezi veya kurumsal bazda ihale yolu ile ucuza ilaç temin etmeleri mümkün iken araya serbest eczane karı da girince ilaç maliyetleri artmıştır. Aynı yıl ilaçlarda ortalama %7,5 ile % 14,5 arasında kamu indirimlerinin yapılması için ilaç firmaları ile protokol imzalanmıştır.

2005 Temmuz ayında eşdeğer ilaç uygulamasının ve döviz kuruna paralel olarak ilaç fiyatlarında % 8.83 oranında indirim yapılması ile sağlık maliyetleri azaltılmak istenmiştir.

2006 Temmuz ayında ayaktan tedavide vaka başı ödeme sistemi denenmiş fakat başarılı olunamamıştır.

2007 Haziran ayında tüm kamu sigortalılarının sevsiz üniversite ve özel hastanelere erişimi sağlanmış olup bu uygulama sağlık maliyetlerini arttırmıştır.

2007 Haziran ayında özel tıp merkezlerinden de kamunun hizmet almaya başlaması ile sağlık piyasasında kamu tekeli biraz daha kırılmıştır.

2008 Ocak ayında yatan hastaların tıbbi malzeme ve ilaçlarının tamamının

hastaneden karşılanması sağlanmış, böylece yatan hastaların medikal firmalar ile doğrudan alış veriş yapması engellenmiştir.

2008 Ekim ayında Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasasının yürürlüğe girmesi ile; katkı payı, sevk zinciri, özel hastane farkları yeniden düzenlendi. Özel hastane - Devlet Hastanesi ayrımı yeniden geldi. Fark ödemeleri sınırlandırıldı. Sosyal güvencesi olmayan 18 yaş altı çocuklar GSS kapsamına alındı. Sosyal güvencesi olmayan bütün bayanların gebe takibi doğum ve doğum sonrası 8 haftalık tedavileri GSS kapsamına alındı.

Sağlık hizmeti alan vatandaş tabanının genişletilmesi ile sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı amacı ile 2009 Ocak ayında Sağlık kurumuna müracaatlarda muayene katkı payı alınmaya başlandı. 2009 Ekim ayında Muayene katkı payı arttırıldı.

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak ve sağlık personelinin tam gün hastanede çalışmasını sağlamak için 21.1.2010 günlü, 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” çıkarıldı.

Tamgün yasası olarak bilinen yasanın bazı maddelerinin yürürlüğünü Anayasa Mahkemesi 16.7.2010 tarihinde durdurmuştur.

2.1.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Türkiye'deki sağlık sektörü oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Pek çok resmi-yarı resmi ve özel kuruluşlar sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde rol almaktadır. Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının sunduğu hizmetlerle sınırlı kalmamakta, tıp fakülteleri, üniversite hastaneleri aracılığıyla talep edilen sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü karşılamaktadır.⁸⁸

⁸⁸ Fazıl Tekin, *a.g.e.* s. 268

19.02.2005 tarihine kadar SSK, PTT, TCDD ve diğ er bazı iktisadi kamu teşebbüsleri kendi hastanelerini işletmekte iken 5283 Sayılı bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine dair kanun ile SSK ve Diğ er sağlık tesislerinin (TSK hastaneleri hariç) Sağlık Bakanlığına devri ile sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması sağlanmıştır.

Netice itibari ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün verildiği üç büyük sistem vardır.

1. Sağlık Bakanlığı
2. Üniversite Hastaneleri
3. Özel Hastaneler

2.1.5.1. Sağlık Bakanlığı

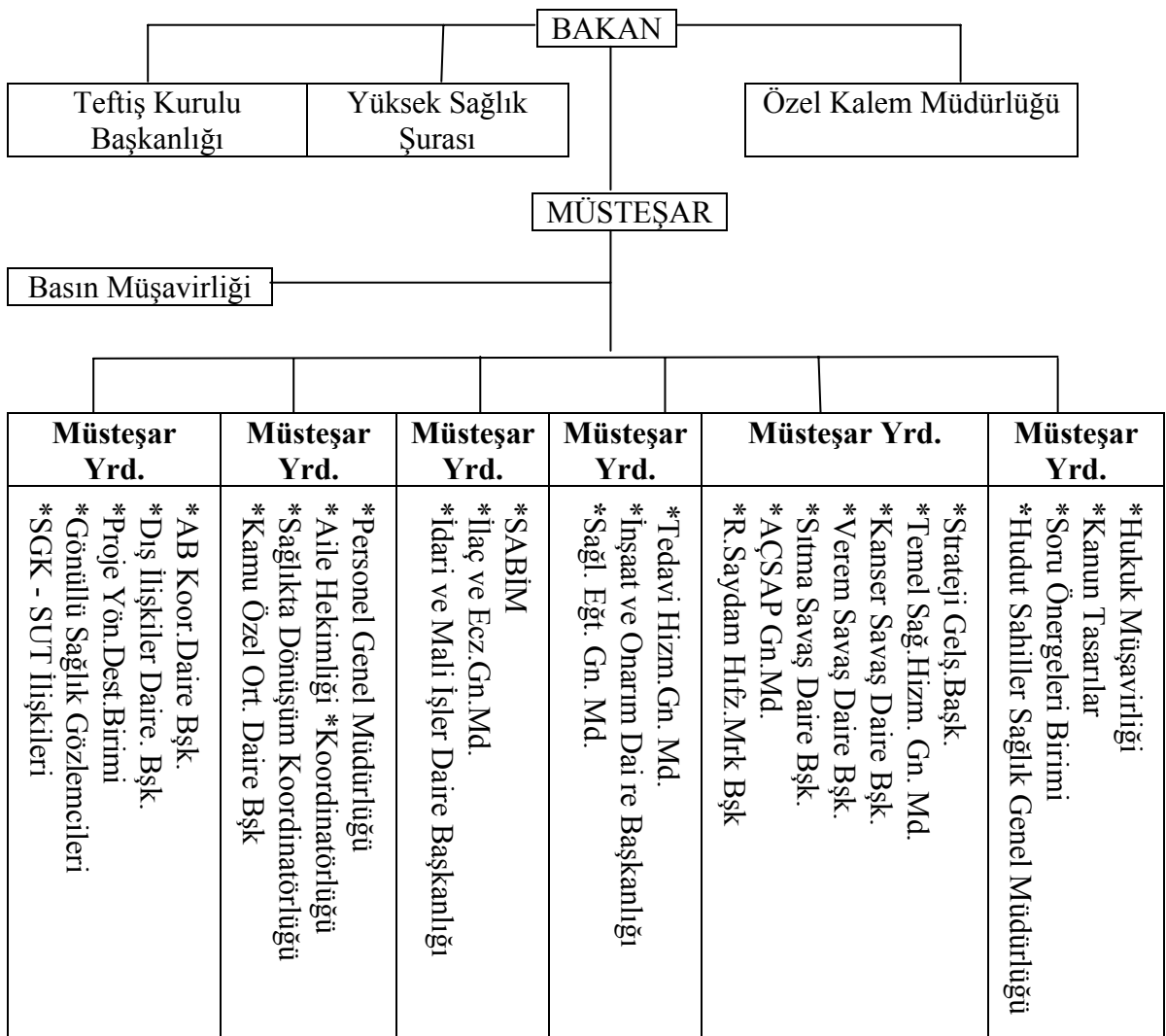
İsmi birçok kere değişikliğ e uğrayan ve bugün için Sağlık Bakanlığı olan kuruluş, Türk sağlık sisteminin örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde ülkenin sağlık politikasını saptayan, yönetim ve denetim sorumluluğu olan bir kuruluştur. Düzenleyici ve politik fonksiyonu bu bakanlık üstlenmiş olup, ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinin yanı sıra, hastaneler, klinikler, sağlık ocakları ve dispanserlerden oluşan Ulusal Sağlık örgütü ile koruyucu hekimlik hizmetlerini vermektedir.⁸⁹

Sağlık Bakanlığı " Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti" adı altında 1920'de Ankara'da Büyük millet Meclisi Hükümeti kurulduğu zaman çıkarılan 15.5.1920 tarih ve 3 sayılı yasayla kurulmuştur. Sonraki yıllarda hizmetlerin gelişmesi karşısında 23.6.1936 tarih ve 3017 sayılı " Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" çıkarılarak Bakanlık teşkilatı zamanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde genişletilmiştir. Bu yasa gereğince Bakanlık, genellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, sağlık personeli

⁸⁹ Kerem KARABULUT: *a.g.t.s.37*

yetiştirmek, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim yapmak, sağlık kurumları kurmak ve işletmek, diğer kamu kuruluşları ile özel kesime sağlık kurumları kurma ve işletme izni vermek ve bunları denetlemekle yükümlüdür. Ayrıca ilaç fiyatlarını düzenlemek, ilaç üretimini ve eczaneleri denetlemek de bakanlığın görevleri arasındadır.⁹⁰

şekil 2.1:
Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı



Kaynak: "T.C. Sağlık Bakanlığı" [http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-70376/h/sema30112010.pdf\(25/12/2010\)](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-70376/h/sema30112010.pdf(25/12/2010))

⁹⁰ DİE Türkiye İstatistik Yıllığı, 1991, s. 114.

Merkezi düzeyde bir bakan, bir müsteşar ve altı müsteşar yardımcısından oluşan Sağlık Bakanlığında yedi genel müdürlük ve dokuz daire başkanlığı bir merkez başkanlığı ve çeşitli koordinatörlük ve birimler vardır. Genel müdürlük ve başkanlıklar birçok şubeye ayrılmaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı yatak sayısı bakımından ülke kapasitesinin yarısından çoğunu kapsamaktadır. Bu durum 2002-2009 yılları arası verileriyle aşağıdaki tabloda diğer kuruluşlarıkiyle birlikte gösterilmektedir.

Tablo: 2.2
Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

YILLAR	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Özel sektör	Diğer	Toplam
2009	122.354	30.112	25.178	17.905	195.549
2008	119.310	29.912	20.938	17.905	188.065
2007	120.228	30.978	17.397	17.588	186.191
2006	119.328	31.193	15.416	17.759	183.696
2002	102.589	26.877	13.192	18.561	161.219

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009 s. 54

Not: 1-) 2002 yılı SSK Hastanelerine ait 28.979 Sağlık Bakanlığı yatak sayısına dâhil edilmiştir.

Not: 2-) Diğer; diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır. Diğer hastanelere dahil edilen MSB hastanelerinin sayısı 42 olup yatak sayısı 15.900'dür. Yine diğer hastanelere dahil edilen yerel idarelere ait belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastane sayısı 2002 yılında 19; 2006 yılında 7, 2007 yılında 6 ve 2008 ve 2009 yıllarında ise 4'tür. Bu 4 hastaneden yerel idarelere ait olan hastaneler Ankara ilinde Belediye Hastanesi, İstanbul ilinde Darülaceze Hastanesi, İzmir ilinde Eşrefpaşa Belediye Hastanesidir. Sonuncu hastane ise vakıf hastanesi olup İstanbul ilinde Bezm-i Alem Vakıf Gureba Hastanesidir.

Tabloda 2.2'de görüldüğü gibi ülkemizde toplam 195.549 hasta yatağının 122.354'ü Sağlık Bakanlığının bünyesinde bulunmaktadır. Yani mevcut sağlık kurumları yatak sayısının % 62,57'si Sağlık Bakanlığının bünyesindedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin yarıdan fazla kısmının Sağlık Bakanlığı tarafından verildiğini göstermektedir.

2.1.5.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastaneleri, nitelikli sağlık personelinin yetiştirildiği tıp fakültelerinin eğitim-öğretim faaliyetlerine uygulama alanı oluşturmak ve topluma sağlık hizmeti sunmak temel amaçlarıyla kurulurlar.

Merkezin amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda eğitim-öğretim, araştırma ve uygulama yapma olanağı sağlamak, her düzeyde tıp ve sağlık personeli yetiştirmek amacıyla Tıp Fakültesi başta olmak üzere, Üniversite bünyesindeki diğer fakülte, enstitü, yüksekokullar, araştırma ve eğitim merkezleri ile yurt içinde ve yurt dışındaki diğer kurumlarla işbirliği yaparak sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli düzeyde yürütülmesini sağlamaktır.⁹¹

Ülkemizde özel hastaneleri düzenleyen bir yasa olmasına karşın, devlet hastaneleri ile diğer bir takım hastaneler ve üniversite hastanelerinin, kuruluş ve işleyişini tam olarak düzenleyen özel bir yasa bulunmamaktadır. Devlete bağlı hastanelerin böyle bir yasadan yoksun olmaları, sağlık sisteminde büyük bir eksiklik ve yasal bir boşluk yaratmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu boşluğu doldurmak amacıyla, devlet hastanelerinde ve diğer bazı hastanelerde uygulanmak üzere 1982 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”ni çıkarmıştır. Aynı yöntem birçok üniversite tarafından da uygulanmıştır. Bazı üniversiteler hastanelerinde, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”ni uygularken, bazı üniversitelerde, hiçbir yasal dayanağı olmadığı halde, kendi hastanelerinde uygulamak amacıyla yönetmelikler çıkarmışlardır. Ancak, yasaya dayanmayan yönetmeliklerin uygulamadaki geçerliliği ve yasalılığı ise tartışmalıdır. Tüm bunların sonucunda da, bu hastanelere yönelik özel bir yasanın bulunmaması sebebiyle, üniversite hastanelerinde uygulamalar açısından bir uyum söz konusu olmamakta, her hastane, bir diğerinden farklılık göstermektedir.⁹²

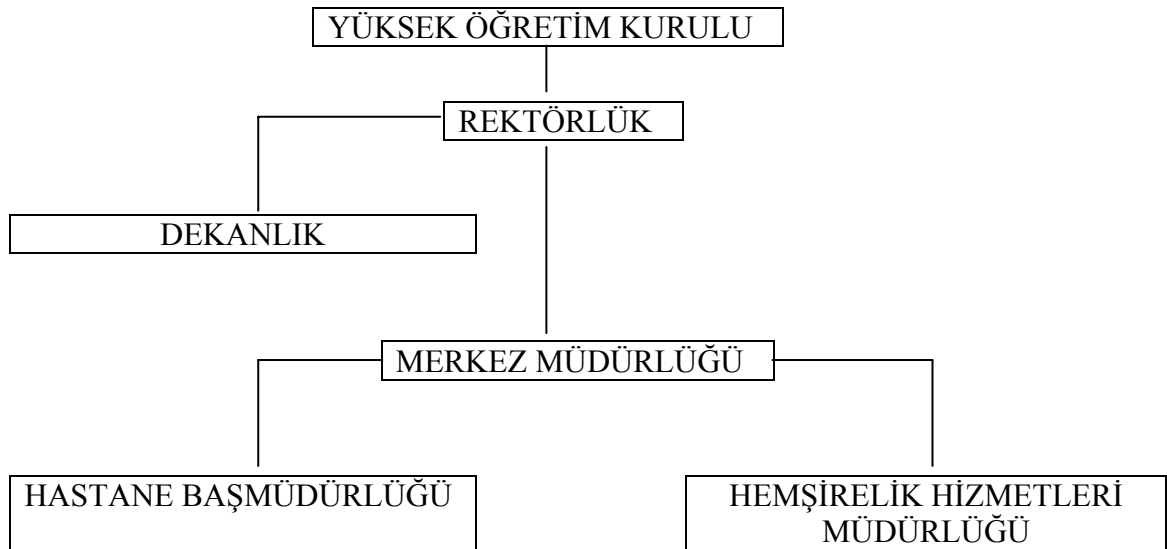
⁹¹ Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği, 5. Md. http://www.trakya.edu.tr/yeni/karar_detay.php?Detay_ID=882 (25.12.2010)

⁹² Yusuf Karakılçık *Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi*, (İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi), Malatya. 1997 s.103

Üniversite hastaneleri tıp fakültelerinden bağımsız değildir. Hastanelerde görev yapan tıp hekimi öğretim üyeleri, öğretim görevlileri ve araştırma görevlisi asistanlar Tıp fakültesinin personeli ve mensuplarıdır. Üniversite hastanelerinin istihdam ettiği kadrolu hekim, son derece azdır. Hastanelerin tepe yönetici durumunda olan merkez müdürü, aynı zamanda tıp fakültesinin bir öğretim üyesidir. Tıp fakültesi dekanları, fakülte kurulu ve fakülte yönetim kurulu aracılığıyla hastane yönetimi ile ilgili kararlar alıp uygulamaya konulmasını sağlar.⁹³

Mevcut sağlık kurumları yatak sayısının % 15,40'ı Üniversite Hastaneleri bünyesinde dir.

Şekil 2.2: Üniversite Hastanelerinin Organizasyon Şeması*



Kaynak:*Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Merkezi Organizasyon Şeması Derlenerek hazırlanmıştır.

http://tuh.trakya.edu.tr/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=14&Itemid=38 (25/12/2010)

⁹³ Mustafa Gümüş, *Üniversite Hastaneleri ve Döner Sermaye Sistemlerinin İşleyişi: Sorunlar Ve Çözüm Önerileri*, (Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta 2006, s. 16

2.1.5. 3.Özel Hastaneler

5.1.1961 tarihinde kabul edilip, 12.1.1961'de de resmi gazetede yayınlanan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun 4. maddesi ile özel sağlık sektörü serbest bırakılmış, isteyen özel sektöre başvurabileceği belirtilmiştir.

1982 Anayasası ile Cumhuriyet tarihinde ilk defa, devletin, sağlık ile ilgili görevlerini, özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü getirildi. 5'inci 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda, özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin kurulmasının teşvik edileceği, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılacağı, herkesin katkıda bulunduğu genel sağlık sigortasının çıkarılacağı belirtildi. Daha sonraki yıllarda, genel bütçeden sağlığa ayrılan pay, yüzde 3'ün altına düşürüldü.

1980 yılından önce de Türkiye'de sağlık alanında özel sağlık kuruluşları vardı. Bunlar özel hastaneler ve muayenehanelerden oluşuyordu. Özel hastanelerin hemen tamamı, çeşitli uluslararası ilişkiler çerçevesinde yabancılar ve azınlıklar tarafından kurulan hastanelerdi. Ancak hâkim olan görüş, sağlığın bir kamu hizmeti olması ve kamu tarafından gerçekleştirilmesiydi. Bu nedenle 1980 öncesi özel sağlık sektörü üzerinde durulmayacak kadar önemsizdir.

1960'lı yılların başında çıkarılan 224 sayılı yasa "Sağlığın Sosyalleştirilmesi" başlığını taşıyordu. 1973 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği iyice belirginleşti Sağlık personelinin 24 saatinin ücretlendirilerek, özel sektörde çalışmalarının yasaklanması, birçok özel sağlık kuruluşunun kapısına kilit vurmasına yol açtı.

24 Ocak 1980, tarihi süreci tersine çeviren bir dönüm noktası olurken, 1980'li yılların sonundan itibaren sağlıkta bir "özel sektör" patlaması gerçekleşti.

Son yıllarda özel hastaneler önemli mesafeler aldı. Yapılan değişimlerle ve gelişmelerle son yılların en gözde sektörleri arasındaki yerini korumuş oldu. Son 10 yıl içinde, özel hastanelerin geçirdiği evrelere bakılacak olursa, evreler katlanarak ilerledi ve özel hastaneler kendi bünyeleri içinde hastane zincirleri meydana getirdi. Özel hastanelerin yaklaşık olarak üçte ikisinin bulunduğu İstanbul'da, merkezi ilçelerde hizmetlerine devam eden özel hastaneler son yılların dünyada kullanılmakta olan teknolojik tüm gelişmelerini Türkiye'ye sunarak, onların bu imkânlardan yararlanmalarını sağladılar. Buna bir de devletin kendi memurlarına ve sigortalılara tanımış olduğu özel hastanelerden yararlanma imkânı da eklendiğinde, hem özel hastaneler hem de halk adına bu uygulamaların son derece memnun edici oldukları gözleniyor.

Özel hastanelerden yararlanmak isteyen devlet memurları ve emekli sandığına bağlı kişiler ya da sigortalılar, tüm ameliyatlarını anlaşmalı özel hastanelerde yaptırabiliyor. Özel hastanelerin yalnızca zengin kesime hizmet sunmaları böylelikle ortadan kalktı. Bu son uygulamaların sosyal devlet anlayışıyla tam olarak bağdaştığı ve hizmetin geniş halk kesimlerine ulaşması açısından da önemli bir gösterge haline geldiği görülüyor.

Mevcut sağlık kurumları yatak sayısının % 12'88'ini bünyesinde barındıran özel hastaneler Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanelerinden sonra üçüncü sırada sağlık hizmeti vermektedirler.

2.2. SAĞLIK VE EKONOMİ İLİŞKİSİ

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimine oldukça yeni girmiş bir alt daldır. Genel olarak 1960'lı yıllardan sonra önem kazandığı söylenebilir. Daha sonraki yıllarda bu ilgi giderek artmış, artan sağlık harcamaları ile sağlık ekonomisi bağımsız bir bilim dalı olmaya aday haline gelmiştir.

2.2.1. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi genel iktisat bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kuralların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan uygulamalı bir alt daldır. Bir başka deyişle, “Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarını en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek” şeklinde tanımlanabilir. Yani iki temel bileşeni vardır: “En İyi Üretim” ve “En İyi Bölüşüm”⁹⁴

Sağlık ekonomisi, eldeki kaynaklar ile elde edilmesi olası en fazla sağlık getirisinin sağlanması yönünde yapılması gereken seçimlere yol göstermeyi amaçlar. Ekonomik değerlendirme yöntemleri, farklı sağlık program ve teknolojilerini maliyet-etkinlik açısından değerlendirip, var olan alternatifleri ile karşılaştırarak, toplum için optimal sağlık getirisini sağlamayı hedeflemektedir.⁹⁵

Sağlık ekonomisi, ampirik araştırmaların hakim olduğu uygulamalı bir sahadır. Teorik yapısını da ekseriyetle ekonominin dört geleneksel alanından almıştır. Bunlar: Maliye ve sigorta, endüstriyel organizasyon, emek ve kamu maliyesidir. Çok önemli bir alan olmasına rağmen, ekonomik kavram ve metodların sağlık alanına sistematik tatbiki nisbeten yenidir. İngilizce kaynaklara dayanan bibliyografyanın büyük bir kısmı 1974'ten sonraya aittir. Yapılan çalışmaların %10'undan daha az bir kısmı 1963'ten önceki tarihlere aittir. 1963 yılında Arrovv tarafından yazılmış yeni ufuklar açan bir makalede ana teorik problemlerin çoğu dile

⁹⁴ Mehmet Tokat, “Sağlık Ekonomisi ” <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (27/12/2010) 2008 s.4

⁹⁵ Doğan Fidan, “Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Sağlık Ekonomisi İçindeki Yeri: Tercihe Dayalı Ölçekler ve Maliyet Yararlanımı”, *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, 8-10 Nisan 2004 İzmir. s.13

getirilmiş ve birkaç yıl sonra da modern ekonometrik metodlara dayanan büyük bir monografi oluşturulmuştur.⁹⁶

Sağlık ekonomisinin ana inceleme alanı sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri olmasından dolayı sağlık ekonomisi de farklı özellik arz etmektedir. Sağlık hizmetinin en temel özelliği önceden öngörülemez oluşudur.

Bir ülkenin sağlık ekonomisini, genel ekonomisinden ayrı düşünmek doğru değildir. Örneğin sağlığın bozulması ekonomik sistem ile birlikte bütün alanları olumsuz etkilemektedir. Çünkü üretimin asli unsuru olan emek unsuru sağlık bozulduğunda iş yapamaz hale gelmektedir. Hastalandığında tedavi olamayan kişi sakat kalıp iş göremez duruma gelir veya ölebilir. Bunun sonucu da ülke ekonomisi zarar görür.

Çok hızlı gelişen teknolojik yenilikler ile artan toplumsal sağlık hizmeti talebi kıt olan milli kaynaklar üzerindeki yükü daha da artırmıştır. Bu durum, sağlıkta var olan kıt kaynakların en yüksek faydayı elde etmek için tüm toplum lehine kullanılmasının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık ekonomisi, hastaların ve hekimlerin davranışlarını, nüfusun sağlık durumunun veya sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkilerini konu aldığından daha çok mikro ekonomik bir bakışa sahiptir. Sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli rol oynayan unsurların başında sağlık sektörünün giderek daha fazla kaynak kullanılan bir sektör olması gelmektedir. Bu olgunun değişik nedenleri vardır. Bunların başlıca nedenleri şunlardır: Sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinin artması, ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması, tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin

⁹⁶ Victor R. Fuchs, *Health Economics*, The New Palgrave A Dictionary Of Economics, The Macmillan Press Limited, London, 1987, s. 614.

gelişmesi ve giderek daha pahalılaşması, bulaşıcı hastalıkların azalması, yerine uzun seyirli kronik hastalıkların artması şeklinde sıralayabiliriz.⁹⁷

Çeşitli faktörlerin ortaya çıkardığı harcama artışları, sağlık maliyetlerini yükseltmiştir. Sağlık maliyetlerin yükselmesiyle sağlık alanında kullanılan kaynakların etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı sorusunun cevabı daha önemli hale gelmiştir.

Sağlık ekonomisinin sağlık sektörü ile ilgisi bulunan kişiler ve karar noktasında bulunan politikacılar arasındaki önemi gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık uygulamalarında, kararların alınma süreci, bu kararların uygulanması ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde temel bir rol almak suretiyle sağlık ekonomisinin önemini artırmaktadır.

2.2.2. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır. Sağlık hizmetine olan ihtiyaç kişilerin bütçelerine bakmadan o hizmete ulaşma ihtiyacını ifade eder. Sağlık hizmeti talebi her ne şart altında olursa olsun giderilmesi gereken taleptir.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal özellik taşıır. Sağlıklı olmayan hasta bireyler hastalığı etrafındaki kişilere yayabilirler. Buda negatif dışsallık olarak ifade edilir. Kişilerin aşı yaptırması pozitif dışsallıktır. Sağlık hizmetleri ihtiyacı önceden öngörülemez. Fakat yinede geçmiş yıl deneyimlerinden yararlanarak kamu idareleri sağlığın planlamasını yapmak zorundadırlar. Sağlık hizmetlerinde çoğu zaman kişinin sağlık ihtiyacını hekim belirler. Bununla birlikte kişilerin daha uzun yaşamak sağlıklı yaşamak gibi gerekçeler ile hastalık dışında da hekime başvurdukları olmaktadır. Sağlık hizmetleri genelde kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Sağlık

⁹⁷ Filiz Tutar - Nurcan Kılınç: "Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi", *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 200,7 s.34

hizmetlerinin çok önemli bir kısmı devlet tarafından sosyal güvenliğe bağlı ya da ücretsiz olarak verilmektedir.

Sağlık harcamalarını kontrol etmek, kamu kaynaklarının maliyet-etkili kullanımını sağlamak, standartların belirlenmesini sağlamak, verimliliği artırmak, hizmete ulaşılabilirliği artırmak, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmak sağlık ekonomisinin gereklilik nedenlerini oluşturmaktadır.

Sağlık plan ve politikalarının belirlenmesi, sağlık harcamalarının kontrol edilmesi, kamu kaynaklarının etkili kullanımının sağlanması, standartların belirlenmesi ve verimliliğin artırılması için sağlık ekonomisi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu piyasalar standart rekabetçi piyasalardan yapısal faktörlerin etkisiyle farklılaşmaktadır. Bu farklılıkları göz önüne alarak bu piyasaya yönelik politikalarını geliştirmesi ve uygulamaya konması gerekmektedir.

Tablo 2.3
Standart Rekabetçi Piyasalar ve Tedavi (Sağlık) Piyasaları⁹⁸

Standart Rekabetçi Piyasalar	Tedavi (Sağlık) Piyasaları
<ul style="list-style-type: none"> *Birçok satıcı vardır *Kar amaçlı firmalar bulunmaktadır *Homojen (benzer) mallardan oluşmaktadır *Tüketiciler İyi bilgilendirilmiştir *Doğrudan tüketiciler ödemeyi yapmaktadır 	<ul style="list-style-type: none"> *Sınırlı sayıda hastane (özellikle belli büyük kentlerde) *Hastanelerin önemli bir bölümü (ihmal edilmeyecek düzeyde olan) kar amaçlı kurulmuş değildir *Mal ve hizmetler birbirinden farklıdır (heterojen) *Tüketiciler hizmeti talep edenlerin bilgilendirme problemi vardır *Hastalar maliyetin belli bir bölümünü karşılamaktadırlar

Kaynak: Stiglitz (1988) (Aktaran Yılmaz, 2009, s.21).

⁹⁸ H. Hakan Yılmaz, "Muhtemel Riskler Belirleyiciliğinde Bir Değerlendirme" TC Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Seminer Sunumu 24 Haziran 2009 http://www.sgb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_docman&Itemid=111 (27.12.2010)

Normal şartlarda fiyat mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi teorik temelde tasarlanan ve tam rekabet koşulları olarak bilinen ortamın varlığına bağlıdır. Sağlık piyasasında durum biraz daha farklıdır

Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı devlet eli ile ücretsiz yada kısmen ücretli verildiğinden çok yönlü bir sağlık piyasasının varlığından da söz edilemez. Son dönemlerde hızla artan özel sağlık kuruluşları olmasına rağmen gerek piyasaya müdahalesi gerekse sağlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğinden dolayı sağlık piyasasının lideri ve yükümlüsü yine devletin kendisidir.

2.2.3.Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep

Sağlık hizmetleri piyasasındaki arz ve talep yapısı, normal piyasalardaki arz ve talep yapısından bazı özellikleri itibari ile ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep ediciler bazı kısıtlama ve zorluklarla karşı karşıya kalırlar.

2.2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Arz; diğer şartların sabit olduğu varsayımı altında üreticilerin veya satıcıların kendileri için uygun olan çeşitli fiyatlardan satmak istedikleri mal veya hizmet miktarıdır.

Sağlık hizmetleri arzının, diğer sektörlerde sunulan mal ve hizmet arzından ayırt edici birtakım özellikleri bulunmaktadır. Esas olarak insanın bulunduğu her yerde, sınırlı düzeyde de olsa, sağlık hizmetleri arzı söz konusudur. Büyük şehirlerden en küçük yerleşim birimlerine kadar, kişiye veya çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta veya yataklı tedavi edici sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kısacası, sağlık hizmetlerinin tür açısından çeşitliliği yanında büyük bir mekansal çeşitliliği de söz konusudur. Böylesine çeşitliliğin olduğu bir sektörde arzın da

kendine özgü birtakım nitelikler göstermesi doğaldır. Bu özellikler aşağıda ele alınmıştır.⁹⁹

1-Sağlık Hizmetleri Arzı Bir Ekip İşidir: Sağlık hizmetleri arzı, hizmet türüne bağlı olarak, çok farklı meslek gruplarının işbirliğini gerektirmektedir.

2-Sağlık Hizmetlerinde Rekabet Çok Sınırlıdır: Tıp biliminin ilkeleri doğrultusunda gelişen sağlık hizmetlerinde, arz birimleri, mesleklerinin gereği olarak birbirleriyle rekabet etmezler. Özellikle hekim bazında rekabet ahlaki nedenlerle hoş karşılanmaz ve birçok ülkede yasalarla sınırlanmıştır.

3-Sağlık Hizmetleri Üretimi Teknoloji Ve Bilgi Yoğundur: Sağlık hizmetleri, genel olarak tıp biliminin gelişimi doğrultusunda sürekli bir değişim içindedir. Tıp bilimlerinde yapılan araştırmalar sürekli olarak yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ortaya çıkarmaktadır.

4-Sağlık Hizmetleri Arz Esnekliği Düşüktür: Sağlık hizmetleri arzının belirleyeni fiyat, sağlık insan gücü, fiziki altyapı, kullanılan teknoloji ve fiili kapasitenin kullanım düzeyidir. Bu belirleyicilerle, sağlık hizmeti arzı arasında, aynı yönlü ilişki söz konusudur. Bunlardan sağlık insan gücünün, fiziki altyapının ve teknolojinin kısa dönemde artırılması mümkün değildir.

5-Sağlık Hizmetleri Arzı, Talebi Artırır: İnsanın olduğu her yerde sağlık sorunlarının bulunması doğaldır. Sağlık sorunu olan bireyler, bu sorunu gidermek için bir sağlık kurumuna başvurarak hastalığının veya yarasının iyileştirilmesi talebinde bulunur.

⁹⁹ İsmail Mazgıt, *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi), İzmir 1998, s. 53-61

6-Sağlık Hizmetleri Arzında Mekânsal Yaygınlık Yüksek: İnsanın olduğu her yerde sağlık sorunları, dolayısıyla potansiyel sağlık hizmeti talebi vardır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri mekânsal olarak oldukça yaygındır. Ülkenin her tarafına asgari sağlık hizmetinin götürülmesi, sosyal devlet ilkesinin doğal sonucudur.

2.2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep

Talep; diğer şartların sabit olduğu varsayımı altında alıcıların kendileri için uygun olan çeşitli fiyatlardan almak istedikleri mal veya hizmet miktarıdır.

Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep yapısı, normal piyasalardaki gibi düzenli ve kesiksiz olmaktan çok öngörülemez ve hesaplanamayacak niteliktedir. Yani bir belirsizlik söz konusudur. İnsanlar ancak hasta olduklarında sağlık hizmetlerini talep ederler. Talebi karşılayacak gelirse sağlığa ulaşmak için yeterli güvence değildir, örneğin, gıda maddeleri ihtiyacı yeterli gelikle karşılanabilir. Oysa sağlıklı olmak için yeterli gelir sahibi olmak belirleyici değildir. Çünkü ne zaman ve ne derecede hasta olunacağı önceden kestirilemez. Böylece hastalık, riskli bir olay olarak kalmamakta, aynı zamanda maliyetli bir risk haline gelmektedir. Bu yüzden hizmet ölçüsünü ve talebini yüzeysel demografik değerlendirmelerle yapamayız.¹⁰⁰

Sağlık hizmeti talebinin özellikleri aşağıda ayrı ayrı ele alınmıştır.¹⁰¹

1-Sağlık Hizmetleri Talebinin Fiyat Esnekliği Düşüktür: Sağlık hizmetleriyle ilgili çalışmaların hepsinin birleştiği ortak kanı, sağlık hizmetlerinin ikamesi olmayan ve tüketimi zorunlu bir hizmet olması nedeniyle fiyat esnekliğinin düşük olduğu yolundadır.

2-Sağlık Hizmetleri Talebinin Gelir Esnekliği Yüksek: Sağlık hizmetleri talep esnekliğinin düşüklüğüne karşın, gelir esnekliği oldukça yüksektir. Belli gelir

¹⁰⁰ Kenan Mortan& Tandoğan Tokgöz; *Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi*, Ankara, 1984, s. 11.

¹⁰¹ İsmail Mazgıt: "a.g.t." s.61-70

eşiğine kadar genellikle, kamu kesimi tarafından ücretsiz veya çok düşük ücretlerle sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanılmaktadır.

3-Sağlık Hizmetinde Paket Talep Söz Konusudur, Kapsamı Hekim Belirler: Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişilerin talebi tek tek sağlık hizmetine yönelik olmayıp, rahatsızlık duyulan konuyla ilgili bir paket sağlık hizmetine yöneliktir.

4-Sağlık Hizmetleri Talebi Rastsaldır: Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağı önceden belirlenemez. Talep tahmin yöntemleriyle bazı öngörülerde bulunabilmesine karşın, bu öngörülerde yanılma payı oldukça yüksektir.

5-Sağlık Hizmetlerinin Ulaşılabilirliği Talebi Artırmaktadır: Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik talep, kişinin kendi sağlığını algılama düzeyine bağlıdır. Kişinin sağlık düzeyinde bir sorun olduğunu düşünmesi, sağlık kurumuna başvurması için önkoşul niteliğindedir.

6-Sosyal Güvenlik Ve Sağlık Sigortası Yaygınlığı Sağlık Hizmetleri Talebini Artırmaktadır: Sağlık harcamaları gelir esnekliğinin yüksek olması, belli bir gelir düzeyine kadar doyurulmamış ya da ertelenmiş bir sağlık hizmeti talebinin de varlığına işaret etmektedir. Ülkede sosyal güvenlik ve sağlık sigortası sistemleri yaygınlaştıkça, söz konusu doyurulmamış ya da ertelenmiş hizmet talebi gündeme gelmektedir. Özellikle, kullanılan sağlık hizmeti miktarıyla ödenen prim arasında bağlantı kurulmamış sigorta sistemlerinde, hizmet talebinin daha fazla arttığı görülmektedir.

7-Sosyo-Ekonomik Gelişme Sağlık Hizmeti Talebini Artırmaktadır: Toplumun sosyo-ekonomik gelişme düzeyi, sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimi ve dolayısıyla talebi artıracaktır. Bireylerin tıbbi bakım konusunda edindikleri önbilgiler, hekime başvurulması gereken durumların daha net olarak ayırt edilmesini sağlayacak, böylece daha yoğun, aynı zamanda daha etkin sağlık hizmeti tüketimi söz konusu olacaktır.

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinde finansman konusu genellikle sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinde finansman sorununun sosyal güvenlik politikalarından bağımsız bir şekilde ele alınması mümkün değildir.

Sosyal güvenlik uygulamalarının başlangıcı, gönüllü kuruluşların ve dini kurumların gelir düzeyi düşük kişilere yaptığı yardımlara dayanmaktadır. Daha sonraki aşamalarda ise, bu alanda çalışan şirketlerin gelişmesiyle konu farklı bir boyut kazanmıştır. Öncelikle, yardım düzeyinde ortaya çıkan bu uygulamalar, daha sonra çeşitli dönemlerde zorunlu ve daha sonraki aşamalarda ise, zorunlu ve isteğe bağlı bir yapıya bürünerek süregelmiştir. Bu süreçte bir takım firmalar ortaya çıkmış. Bu firmalar, istekte bulunanları olası tehlike ve risklere karşı sigortalamışlardır.¹⁰²

Sosyal güvenlik önlemlerinin bir politika düzeyinde ele alınarak yaygınlaştırılması ise, İkinci Dünya Savaşı sonlarında gerçekleşmiştir. Özellikle, herkese sağlık ve işsizlik sigortası ile eğitim güvencesi sağlamayı amaçlayan sosyal refah devleti uygulamaları da bu gelişmeleri hızlandıran bir etken olmuştur. Bunun yanında sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde aşağıdaki faktörler de etkili olmuştur.¹⁰³

- Savaş sonrası kitlelerin daha iyi bir yaşam isteği,
- Sağlanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve bundan dolayı emek gücünün daha iyi eğitim ve sağlık şartlarına gereksinim duyması,
- Emegin niteliğindeki artış gereksinimi,
- Sendikal mücadeleler sonucu elde edilen kazanımlar,

Bir sağlık bakım sistemi hakkında sorulabilecek temel soru söz konusu sektörün nasıl finanse edileceğidir. Bu durumda finansman; bir ülkenin sağlık

¹⁰² Coşkun Can Aktan & A. Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler" <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf> (27/12/2010) s.1

¹⁰³ ILO, *Introduction To Social Security*, Geneva, 1989. s.4-6 (Aktaran C. C. Aktan & A. K. Işık)

sistemini finanse etmesi için gerekli olan fonları elde etme, arttırma ve bunları en iyi şekilde kullanma mekanizmalarıdır. Bu mekanizmalar özel veya kamu kaynaklı olabilir.¹⁰⁴

İster makro, ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların, hakkaniyet ölçüleri ile tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülke sağlık göstergelerini istendik düzeye yükseltecek biçimde kullanılması sağlık hizmetleri finansmanın temel amacıdır.¹⁰⁵

Makro bazda sağlık finansmanının nihai amacı; sağlık statüsünü yükseltmek olmakla beraber fonların harekete geçirilmesi, riske karşı sigorta etme, harcama gücünü zenginden fakire ve sağlıklı olandan hasta olan doğru yeniden dağıtmak, kapsamı genişletme, kaynakların bulunabilirliğini arttırmak da sağlık hizmetleri finansmanın amaçları arasındadır.¹⁰⁶

Çok çeşitli finansman kaynakları -genel vergiler, ithalat ve ihracat vergileri, satış vergileri, piyangolar, sosyal sigortalar, dış yardımlar, kullanıcı katkıları, özel amaçlı vergiler, özel sigortalar- olmasına rağmen bunlar arasında en çok kullanılanları kamu-özel ayırımı çerçevesinde sistematik olarak aşağıdaki gibi belirtilebilir.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Jeffrey C Merrill, , *The Road to Health Care Reform: Designing a System That Works*. New York, 1994. s.129 (Aktaran Yalçın ve Yıldırım)

¹⁰⁵ DPT. *VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı*, (2001-2005) Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu. Finansman ve Maliyet Alt Komisyonu Raporu. 2001, Ankara s.3

¹⁰⁶ Charles Normand, "Using Social Health Insurance to meet Policy Goals." *Social Science and Medicine*. 48 (1999): s.865-869. (Aktaran Yalçın ve Yıldırım)

¹⁰⁷ F.Tatar: "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları." *Toplum ve Hekim*, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan 1996. s.44

1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları

- => Genel Vergi Gelirleri
- => Sosyal Sigorta
- => Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı
- => Özel Amaçlı Vergiler
- => Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

2. Özel Finansman Kaynakları

- => Özel Sağlık Sigortası
- => İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler
- => Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkısı
- => Toplum Finansmanı
- => Doğrudan Hane halkı Harcamaları/kullanıcı katkıları

Tablo: 2.4
Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi

Bin TL

Yıllar	GELİRLER					GİDERLER					Açık (hazineden karşılanan)	Prım gelirlerinin emekli aylıklarının ve sağlık ödemelerini karşılama	Toplam gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı
	Devlet Katkısı Prim Gelirleri Harç	Diğer gelirler	Toplam	Artış oranı (%)	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık ödemeleri	Diğer giderler	Toplam	Artış oranı (%)				
2004	27,423,675	7,265,573	34,689,248	24.3	30,660,700	13,150,129	6,810,793	50,621,622	22.5	-15,932,374	62.6%	68.5%	
2005	30,883,672	10,365,766	41,249,438	18.9	38,537,100	13,607,884	7,796,390	59,941,374	18.4	-18,691,936	59.2%	68.8%	
2006	41,619,875	12,211,011	53,830,886	30.5	45,075,855	17,666,674	9,124,946	71,867,475	19.9	-18,036,589	66.3%	74.9%	
2007	44,051,677	12,823,153	56,874,830	5.7	52,311,728	19,983,613	9,620,060	81,915,401	14.0	-25,040,571	60.9%	69.4%	
2008	54,546,453	12,711,030	67,257,484	18.3	59,136,539	25,345,914	8,677,010	93,159,462	13.7	-25,901,978	64.6%	72.2%	
2009	Ocak	4,308,666	1,771,200	6,079,866	-	5,710,992	2,301,512	568,556	8,581,059	-	-2,501,193	53.8%	70.9%
	Şubat	3,849,659	2,208,764	6,058,422	-0.4	5,263,072	2,227,177	630,285	8,120,534	-5.4	-2,062,112	51.4%	74.6%
	Mart	4,734,263	2,016,422	6,750,685	11.4	5,377,100	2,386,422	1,156,416	8,919,938	9.8	-2,169,253	61.0%	75.7%
	Nisan	4,054,503	2,431,747	6,486,249	-3.9	5,880,996	2,398,590	574,767	8,854,352	-0.7	-2,368,103	49.0%	73.3%
	Mayıs	4,434,188	1,708,518	6,142,706	-5.3	5,238,161	2,358,891	616,264	8,213,317	-7.2	-2,070,611	58.4%	74.8%
	Haziran	4,316,687	1,743,765	6,060,452	-1.3	5,435,237	2,490,977	1,038,035	8,964,249	9.1	-2,903,797	54.5%	67.6%
Toplam	25,697,965	11,880,415	37,578,380		32,905,559	14,163,569	4,584,322	51,653,450		-	54.6%	72.8%	

Kaynak: SGK 2009 Temmuz Bülteni

Sağlık hizmetleri finansmanında birden çok kaynağa başvurmak sağlık politikası belirleme ve uygulamasını güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Her

bir ülke için tam anlamıyla geçerli olabilecek bir finansman kaynağı söz konusu değildir. Finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, ülkenin kendi içinde de zamanla değişen sosyo-ekonomik politikalara paralel olarak değişik finansman yöntemleri ortaya çıkmaktadır.¹⁰⁸

Tablo:2.5
SGK 2009 Yılı Aylık Sağlık ödemeleri

	2008	2009						TOPLAM	AYLIK ORT.
		Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran		
SAĞLIK HARCAMASI	25,404	2,306	2,232	2,391	2,403	2,364	2,495	14,190	2,365
İLAÇ	10,717	975	979	1,047	1,120	1,044	1156.233	6,322	1,054
TEDAVİ	13,953	1,281	1,207	1,283	1,227	1,267	1,294	7,560	1,260
Devlet Hastanesi	7,325	800	650	650	650	650	651	4,051	675
Üniversite Hastanesi	2,247	171	203	201	208	217	225	1,224	204
Özel Hastane	4,381	310	354	432	369	400	419	2,285	381
YOLLUK	58	4	4	4	4	4	4	26	4
DİĞER SAĞLIK	676	45	41	56	51	48	40	282	47
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)		20	17	32	25	23	13	130	22
Optik		25	25	24	27	25	27	153	25

Kaynak: SGK 2009 Temmuz Bülteni

2008 yılı Ekim ayında Genel Sağlık Sigortası yasasının yürürlüğe girmesi etkilerini 2009 yılı başından itibaren göstermeye başlamıştır. Sosyal güvencesi olmayan 18 yaş altı çocukların GSS kapsamına alınması, sosyal güvencesi olmayan bütün bayanların gebe takibi doğum ve doğum sonrası 8 haftalık tedavileri GSS kapsamına alınması gibi sebeplerle SGK Sağlık hizmeti alan vatandaş tabanının genişletilmesi SGK' dan Sağlık hizmetlerine ödenen payı arttırdığı için prim gelirlerinin emekli aylıkların ve sağlık ödemelerini karşılama oranı 2008 yılına göre % 10 civarında düşmüştür.

Son beş yıllık reform döneminde toplam sağlık harcamaları genel olarak iyi yönetilmiş olmasına rağmen, istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüşün yol açtığı prim geliri kaybı, Genel Sağlık Sigortasının mali sürdürülebilirliğini tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Diğer taraftan kısa vadede gelirler bacağına hızlı bir artış beklemek de gerçekçi değildir. Bu nedenle sağlık harcamalarını radikal olarak baskılayacak önlemlerle

¹⁰⁸ Türkan Yalçın-H. Hüseyin Yıldırım; "Sağlık Hizmetleri Finansmanı" *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayı, No: 40, 2001. s.9

sosyal güvenlik sisteminin bütçeye yükünün azaltılması hedeflenmiştir. Orta Vadeli Programın kredibilitesi açısından bu önlemlerin başarıya ulaşması önem taşımaktadır.¹⁰⁹

3.2.5. Sağlık Harcamaları

Sağlık Harcaması; Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır. Sağlık olarak tanımlanan malların nihai tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan harcamaların değeridir. Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcama piyasa üretim ve tüketiminden ölçüldüğünde, harcama basit anlamda nihai tüketim noktasında bu tür mal ve hizmetlere ödenen toplam para miktarı hakkında bilginin toplanması anlamına gelir.¹¹⁰

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için sağlıklı bir topluma sahip olunması gereklidir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir.

Sağlık harcamaları ile ilgili en önemli problemlerden biri hangi harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edileceğidir. Tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra günden güne hızla artan kişisel bakım amaçlı yapılan harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edilip edilmeyeceği tartışma konusudur. Saç ektirme, yağ aldırma estetik ameliyatları gibi görsel amaçlı ve güzelleşmek için yapılan harcamaların sağlık harcamaları konusuna ne kadar dahil olduğunu belirleyecek kriterleri oluşturmak oldukça zordur.

¹⁰⁹ Tuncay Teksöz “Genel Sağlık Sigortası’nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi“, *Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Politika Notu*, 2009 s.9
http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313500r1067.Saglik_Harcamaları_Genel_Saglik_Sigortasi_nin_Mali_Surdurulebilirlik_Acisindan_Analizi.pdf (28/12/2010)

¹¹⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Bakanlık Yayın No: 691 “*Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*”(2006) s.vii

Tablo: 2.6
OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH' YA Oranları (Yüzde %)

OECD ülkeleri	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Estonya	5,3	4,9	4,8	5,0	5,1	5,0	5,1	5,3	6,1
Türkiye	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1
Kore	4,8	5,3	5,1	5,4	5,4	5,7	6,1	6,3	6,5
Meksika	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,9
Polonya	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0
Şili	6,6	6,8	6,7	6,5	6,3	6,1	5,9	6,2	6,9
Slovak Cumhuriyeti	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7	7,8
Çek Cumhuriyeti	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1
Lüksemburg	5,8	6,4	6,8	7,5	8,1	7,7	7,2		
İrlanda	6,1	6,8	7,1	7,4	7,6	7,5	7,5	7,5	8,7
Macaristan	7,0	7,2	7,5	8,3	8,0	8,3	8,1	7,4	7,3
İsrail	7,5	8,0	7,9	7,8	7,8	7,8	7,6	7,8	7,8
İngiltere	7,0	7,3	7,6	7,8	8,0	8,3	8,5	8,4	8,7
Japonya	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	8,2	8,1	8,1	
İspanya	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,4	9,0
Finlandiya	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,4	8,2	8,4
Avustralya	8,0	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	
Slovenya	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,2	7,8	8,3
Yeni Zelanda	7,7	7,8	8,2	8,0	8,4	8,9	9,3	9,1	9,8
İtalya	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,1
Yunanistan	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,5	9,7	9,7	
Norveç	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9	8,5
İsveç	8,2	9,0	9,3	9,4	9,2	9,2	9,1	9,1	9,4
Danimarka	8,3	8,6	8,8	9,3	9,5	9,5	9,6	9,7	
Hollanda	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9
Portekiz	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9		
İzlanda	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1
Belçika	9,0	9,1	9,3	9,6	10,0	9,8	9,5	10,0	10,2
Kanada	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,9	10,0	10,1	10,4
Avusturya	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,5
Almanya	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4	10,5
Fransa	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,1	11,0	11,2
İsviçre	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7
Amerika Birleşik Devletleri	13,4	14,1	14,8	15,3	15,4	15,4	15,5	15,7	16,0
ORTALAMA	7,7	8,0	8,3	8,5	8,6	8,6	8,6	8,6	8,9

Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2010 Yayımlama sürümü - Haziran 2010

Ülkelerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standartlar oluşturulmuştur. Bu standartlardan en çok kullanılanları; kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payıdır. Bu hesaplamalar ile belirli dönemlerde harcamalarda meydana gelen değişiklikler farklı ülkelerin değerleriyle karşılaştırılabilir.

Sağlık harcamaların dünyada reel olarak arttığı tablo 2.6'da açık bir şekilde görülmektedir. OECD ülkelerinde 2000 yılında GSYH'ya oran olarak ortalama % 7,7 düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları 2008 yılında % 8,9'a çıkmıştır.

Türkiye'de sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın GSMH'ya oranının gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir. OECD ortalaması dahi Türkiye'de ayrılan kaynağın üstündedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında Estonya'dan sonra GSMH'dan sağlığa en az kaynak ayıran ikinci ülke konumundadır.

Burada dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta Türkiye'deki yaşlı nüfusun oranının gelişmiş ülkelere göre az olmasıdır. Nüfus yaşlandıkça sağlık harcamaları artmaktadır.

Türkiye'de 2008 yılında toplam sağlık harcaması, 57 milyar 740 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamasının % 90,6'sını (52 milyar 320 milyon TL) cari sağlık harcaması oluşturmaktadır. Özel sektör sağlık harcamasının % 64,4'ü (10 milyar 36 milyon TL) hane halkları tarafından gerçekleştirilmiştir.¹¹¹

Sağlık ekonomisi dünyada giderek önem kazanmaktadır. Zira sağlığa yapılan harcamalarda önemli bir artış söz konusudur. Sağlık harcamaları ABD GSMH'nın % 16'sına, İngiltere GSMH'nın % 8,7'sine, Fransa GSMH'nın % 10,7'ine ulaşmıştır.

¹¹¹ TÜİK Haber Bülteni Sayı: 34

Genel itibariyle son yıllarda çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarındaki artış, milli gelir artışının üstündedir.¹¹²

OECD ülkelerinde GSYİH artışı ile beraber gelen sağlık harcamalarındaki artışı açıklayan çeşitli görüşler vardır. Bu görüşlerden bir tanesi insanların artan gelirle birlikte daha kaliteli hizmet alabilmek için daha profesyonel sağlık kuruluşlarına müracaat etmeleridir. Alınacak olan hizmetin doğrudan yaşam kalitesini etkilemesinden dolayı bu harcamalar için belirlenen bir üst limit bulunmamaktadır. Bir diğer görüş, diğer tıbbi malzemeler ve özellikle ilaca yapılan harcama miktarının artan alım gücü ile birlikte artmasıdır. Tıbbın, hastalıkları önleme, teşhis-tedavi olanaklarında kaydettiği ilerlemeler satın alınabilecek sağlık hizmetlerine çeşitlilik getirmekte bununla beraber Ar-Ge çalışmaları için daha fazla pay ayrılmakta ve alt yapı yatırımları artmaktadır. Yapılan Ar-Ge çalışmaları sonrasında piyasaya çıkan yeni kuşak ilaçlar yüksek düzeyde alım gücü gerektirmekte ve artan gelir sayesinde bu harcamalar yapılabilmektedir.¹¹³

Sağlık harcamalarının ulusal düzeyde karşılaştırılmasında sağlığa ayrılan kaynağın GSMH'ya oranı oldukça önemlidir. Bununla birlikte diğer önemli bir veri kişi başına düşen sağlık harcamasının miktarıdır.

OECD ülkeleri arasında kişi başı sağlık harcaması en düşük ülke Türkiye, en yüksek ülke ABD'dir. Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması miktarı aşağıda tablo 2.7'de görüldüğü gibi OECD ortalamasının ancak dörtte biri kadardır. Bununla birlikte 2007 yılında 2000 yılına göre iki katına yakın bir oranda Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları artmıştır.

¹¹² Can Buharalı: "Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi" *DELOITTE Türkiye Dergisi*, 2008 s.7

¹¹³ Amartya Sen; "*Standard of Living*", New York: Cambridge University Press. (1987) s.24 (Aktaran C.S. Akın)

Tablo:2.7
OECD Ülkelerinin Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Toplamı (ABD \$)

OECD ülkeleri	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Türkiye	433	424	442	447	520	591	696	767	812
Meksika	508	552	584	629	689	731	761	824	852
Şili	613	654	670	682	709	746	772	865	999
Estonya	522	521	582	669	759	831	938	1094	1263
Polonya	583	642	733	748	807	857	912	1049	1213
Slovak Cumhuriyeti	604	665	730	791	1057	1139	1318	1569	1738
Macaristan	853	970	1114	1283	1304	1411	1450	1395	1437
Kore	824	964	1012	1086	1166	1305	1501	1685	1801
Çek Cumhuriyeti	982	1081	1195	1338	1387	1475	1520	1621	1781
Portekiz	1511	1570	1659	1823	1912	2100	2151		
Slovenya	1453	1583	1706	1768	1862	1978	2047	2077	2329
İsrail	1825	1951	1939	1811	1898	1893	1979	2152	2244
Yeni Zelanda	1607	1708	1841	1847	2043	2202	2418	2471	2683
Yunanistan	1451	1755	1965	2027	2091	2352	2547	2687	
İspanya	1538	1636	1745	2017	2126	2268	2477	2658	2902
Japonya	1969	2080	2137	2224	2336	2474	2580	2729	
Finlandiya	1855	1967	2144	2252	2458	2590	2710	2900	3008
İtalya	2064	2228	2235	2265	2372	2516	2662	2701	2870
İngiltere	1837	2004	2192	2324	2548	2701	2884	2990	3129
İrlanda	1763	2070	2348	2561	2788	2924	3094	3361	3793
Avustralya	2266	2382	2559	2665	2870	2980	3168	3353	
İsveç	2286	2508	2697	2828	2948	2958	3113	3349	3470
Danimarka	2383	2522	2695	2831	3053	3152	3381	3540	
Belçika	2481	2596	2793	2911	3120	3154	3174	3452	3677
Fransa	2553	2726	2931	2992	3121	3306	3425	3593	3696
İzlanda	2740	2844	3156	3194	3334	3304	3193	3320	3359
Almanya	2669	2797	2934	3083	3161	3353	3471	3619	3737
Hollanda	2340	2555	2833	3097	3309	3450	3613	3844	4063
Kanada	2519	2733	2875	3063	3214	3456	3690	3867	4079
Avusturya	2862	2906	3057	3198	3390	3472	3629	3792	3970
Lüksemburg	2557	2736	3081	3578	4078	4021	4210		
İsviçre	3221	3428	3673	3777	3936	4015	4150	4469	4627
Norveç	3043	3265	3628	3834	4077	4301	4501	4791	5003
Amerika Birleşik Devletleri	4703	5052	5453	5852	6196	6563	6931	7285	7538
ORTALAMA	1909	2050	2209	2335	2488	2605	2738	2874	3010

Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2010 Yayımlama Sürümü - Haziran 2010

Tablo:2.8
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)

OECD ülkeleri	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Amerika Birleşik Devletleri	43,2	44,2	44,1	43,9	44,3	44,4	45,3	45,5	46,5
Meksika	46,6	44,8	43,9	44,2	45,2	45,0	45,2	45,4	46,9
Kore	45,5	52,3	51,3	50,4	51,1	52,1	54,7	55,2	55,3
Şili	52,1	53,5	54,5	56,0	55,9	56,6	57,8	58,7	59,4
İsviçre	55,4	56,9	57,7	58,3	58,4	59,5	59,1	59,1	59,1
İsrail	62,1	61,6	62,9	62,2	60,5	58,7	58,4	56,0	57,0
Yunanistan	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3	
Hollanda	63,1	62,8	62,5						
Avustralya	66,8	66,3	66,9	66,1	66,7	66,9	66,6	67,5	
Türkiye	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73
Kanada	70,4	70,0	69,6	70,2	70,3	70,3	69,9	70,3	70,2
Polonya	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	69,9	70,8	72,2
Macaristan	70,7	69,0	70,2	72,8	72,4	72,3	72,6	70,4	71,0
İspanya	71,6	71,2	71,3	70,5	70,6	70,6	71,3	71,8	72,5
Portekiz	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	71,8	71,5		
Slovenya	74,0	73,3	73,4	71,9	72,9	71,9	72,4	72,0	72,3
Finlandiya	71,1	71,8	72,3	72,5	73,0	73,5	74,6	74,5	74,2
Belçika				74,1	74,8	75,4	75,9	73,5	72,6
İtalya	72,5	74,6	74,5	74,5	76,0	76,2	76,6	76,4	77,2
Avusturya	76,8	76,1	75,8	75,5	75,7	76,1	76,0	76,4	76,9
İrlanda	75,3	76,1	76,4	76,4	77,0	76,6	76,3	76,8	76,9
Estonya	77,2	78,6	77,1	77,0	75,5	76,7	73,3	75,6	77,8
Almanya	79,8	79,6	79,3	78,8	76,9	76,8	76,7	76,7	76,8
Yeni Zelanda	78,0	76,4	77,9	78,3	76,9	77,1	77,5	79,8	80,4
Slovak Cumhuriyeti	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	68,3	66,8	69,0
Fransa	79,4	79,4	79,7	79,4	79,3	79,3	78,4	78,3	77,8
İngiltere	79,3	79,9	79,9	80,1	81,4	81,9	81,9	82,0	82,6
Japonya	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	82,7	81,3	81,9	
İzlanda	81,1	81,0	81,9	81,7	81,2	81,4	82,0	82,5	83,2
İsveç	84,9	81,8	82,1	82,5	81,8	81,6	81,6	81,7	81,9
Danimarka	82,4	82,7	82,9	83,9	83,8	83,7	84,1	84,5	
Norveç	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,5	83,8	84,1	84,2
Çek Cumhuriyeti	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5
Lüksemburg	89,3	87,9	90,3	89,8	90,1	90,2	90,9		
ORTALAMA	71,4	71,8	72,0	72,4	71,8	71,9	71,8	71,2	71,4

Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2010 Yayınlama sürümü - Haziran 2010

Yukarıda tablo 2.8’de OECD ülkeleri arasında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı yüzde (%) olarak verilmiştir. Sağlık harcamalarının GSYİH’ YA oranı ve kişi başı sağlık harcamalarının toplamında en yüksek orana sahip olan Amerika Birleşik Devletleri kamu harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı sıralamasında en az paya sahip olan ülkedir. Bu durum ABD’de sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının kişisel harcamalar ile gerçekleştirildiğini göstermektedir. Sağlıkta kişisel harcamalarda ABD’yi Meksika, Kore, Şili, İsviçre, İsrail gibi ülkeler izlemektedir.

OECD ülkeleri arasında kamu harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının en yüksek olduğu ülke Lüksemburg’tur. Lüksemburg’u Çek Cumhuriyeti, Norveç, Danimarka, İsveç, İzlanda gibi ülkeler izlemektedir.

Türkiye’nin sağlık harcamalarında kamunun payı OECD ortalamalarına paralel seyretmektedir.

2.2.6. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamaları; demografik değişimler, sağlık hizmetlerinde teknolojik gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan arz ve talep artışı, kaynakların israfı, toplumun bilinçlenmesine bağlı faktörlerden dolayı artmaktadır.

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığı sorgulamaktadırlar. Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının altında yatan nedenlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır.¹¹⁴

¹¹⁴ Cemil Serhat Akın, *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*, (Çukurova üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.) Adana 2007 s.31

2.2.6.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

Ülkelerin zaman içerisinde üretim tekniklerinde kat ettiği mesafeler sonucu üretimlerinde dolayısıyla gelirlerinde meydana gelen artışlar ülkede yaşayan bireylerin daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetlerin taleplerinde artışları beraberinde getirir. Asgari ihtiyaçların devlet ya da diğer kurumlar tarafından garanti altına alınması, insanların temel gereksinimler dışındaki mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır.¹¹⁵

Artan gelire beraber sağlık harcamasının artmasının nedenlerinden biride kamu sağlık hizmetlerinin dışında özel sağlık hizmetlerine doğru yönelimin artmasıdır. Bireyler yaşam standartlarının yükselmesiyle beraber daha kaliteli hizmet arayışına girmektedirler. Sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarının kişinin geri kalan tüm ömründe kullanılacak olması dolayısıyla yapılan harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemektedir. Kapitalist sistemde özel sektörün gücü kabul edildiğinde, yeterli geliri olan kişilerin daha iyi bir sağlık hizmetini özel sektörden alabilecekleri ve özel sektörün de bunu verebileceği belirtilebilir.¹¹⁶

Netice itibari ile kişi başına düşen gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, hem kamu kesimi, hem de özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır ve bunun sonucu sağlık harcamaları artmaktadır.

2.2.6.2 Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumdaki bireylerin eğitim seviyesinin yükselmesi ve sağlık bilincinin gelişmesinin sağlık harcamalarının üzerinde artırıcı etkisi olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artmasıyla paralel olarak entelektüel seviyesi de artmakta dolayısıyla sağlık sektöründeki gelişmelerden

¹¹⁵ Richard A. Musgrave, *Fiscal Systems*, Yale University Press. 1969 s.12 (Aktaran C.S. Akın)

¹¹⁶ Sevim Görgün, *Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları*, SBF Yayınları, İstanbul, 1993, s.74.

daha çok haberdar olmaktadırlar. Tıptaki gelişmeler ve hastalıklarla mücadelede yöntem çeşitliliğinin artması aynı zamanda farkındalığı yüksek kesimin yeni sağlık hizmetlerine olan talebini de arttırmaktadır.¹¹⁷

Eğitim seviyesinin artışı sağlık bilincini yükselttiği için günümüzde sağlık endüstrisi günden güne gelişmekte ve özel hastane sayısı hızla artmaktadır.

2.2.6.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Tüketim çağının gereği olarak var olan her şey çok kısa bir süre içerisinde tüketilmekte ve yerini yeni oluşumlara bırakmaktadır. Sosyal değer yargıları da bu tüketim çağından payını almaktadır. Geçmişte doğru olarak kabul edilen değerler ve görüşler yerini yeni gelen görüşlere bırakmaktadır. Sağlık harcamaları konusunda da daha önceden genel kabul görmüş düşünceler değişmektedir. Tüketim toplumunda nasıl daha önce araba lüks bir mal olarak görülüyorken günümüzde vazgeçilmez bir araç olarak görülüyorsa daha önceleri lüks olarak görülen özellikle teşhis yöntemleri artık olmazsa olmaz bir nitelik kazanmıştır.¹¹⁸

Sağlık harcamalarındaki önemli artış nedenlerinden biride yaşam şekillerinin ve hayat standartlarının değişmesi sonucu ortaya çıkan sağlık problemleridir. Günümüzde özellikle gelişmiş ve gelişmekte ülkelerin önemli bir sorunu olan dengesiz beslenmeye bağlı olarak ortaya çıkan obezite berebaerinde pek çok sağlık sorununu getirmektedir. Doğal beslenme kültürünün değişmesi katkı maddeli hazır gıda tüketiminin artması gibi günlük alışkanlıkların değişmesi önemli sağlık sorunlarına sebep olmakta ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Özellikle gençler arasında yaygınlaşan sigara, uyuşturucu madde ve alkol kullanımının artması sonucu ortaya çıkan hastalıklar sağlık harcamalarında önemli artışlara neden olmaktadır.

¹¹⁷ Joseph P. Newhouse; *The Economics of Medical Care: A Policy Perspective*, Reading, MA, Addison-Wesley Co., 1978, s.83. (Aktaran C.S. Akın)

¹¹⁸ Abdülkadir Işık, *Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul. (1998) s.79

2.2.6.4. Toplumsal Düzende Meydana Gelen Değişimler

Globalleşme sürecine çerçevesinde demokratik sistemlerde meydana gelen değişimler ve bireysel özgürlükler konusunda kaydedilen ilerlemeler sonucu bireylerin isteklerini açıklama ve talep imkanlarının siyasal organları etkilemesi kişisel özgürlükleri ve hakları artmış, bunun sonucu toplumlar devletten daha çok şey istemeye ve beklemeye başlamışlardır. Toplumsal düzende meydana gelen bu ve benzeri değişimler sağlık harcamalarını arttırmıştır.

3.2.6.5. Teknolojik Gelişmeler

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü de teknoloji alanında kaydedilen gelişmeleri yakından takip etmektedir. Teknolojinin ilerlemesi kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar.

En basit sağlık problemlerinin teşhis ve tedavileri araştırılırken bile insan sağlığının söz konusu olduğu için en gelişmiş ve en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilir.

Günümüzde hastalıkların artması ve çeşitlenmesi ile birlikte artan hastalıkların teşhis ve tedavilerinde kullanılacak teknolojik ekipmanlara olan talepte artmıştır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ekipmanlar insan sağlığını ilgilendirdiği ve özel denetimlere tabi tutuldukları için maliyetleri yükseltmektedir. Teknolojik ekipmanların kullanılması, bakımı, onarımı nitelikli sağlık personeline ve uzman personele olan talebi artırması ayrıca sağlık maliyetlerinde teknolojinin neden olduğu artışlara örnek verilebilir.

2.2.6.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Yaşam süresinin uzaması, bilinçli nüfus artış politikalarının izlenmesi gibi nedenlerle dünya nüfusunda yaşlılık oranı hızla artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki

artışın nedenlerinden biri de nüfus içerisindeki yaşlı oranının özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün yükselmesidir.

Yaşam süresinin uzaması organizmanın yaşlanması anlamına gelmektedir. Yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, kronik hastalıkların da etkisiyle yaşlı bireylerde çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkar. Bu sorunlar yaşlılarda yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler.¹¹⁹

Yaşlanan nüfus, bakım ve tedavi hizmetleri için artan ihtiyaca uygun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sağlık maliyetlerini arttırmaktadır.

2.2.6.7. Şehirleşme

Ekonomik gelişmeyle beraber artan sanayileşmenin getirdiği diğer bir olgu şehirleşmedir. Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha çok rol almaları zaman içerisinde beraber yaşama zorunluluğunu da getirmiştir. Beraber yaşayan insan sayısının artması aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinde artışı gerektirir. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli olması, gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunmasına ve altyapı çalışmalarının mutlak suretle yapılması gerekir. Aksi takdirde ortaya çıkabilecek salgın bir hastalık çok büyük sayıda insanı etkileyebilir ve çok büyük kayıplara sebebiyet verebilir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.¹²⁰

¹¹⁹ DPT; *Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*, http://www.tued.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf (31.12.2010) s.9

¹²⁰ C.S. Akın; "a.g.t" s.34

2.3. SAĞLIK İLE KALKINMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlığın kalkınmanın önemli belirleyicilerinden biri olduğu görüşü, 1960'ların sonlarında ortaya çıkan ve kalkınmanın yeni ölçütlerinin belirlendiği tartışmalarla önem kazanmıştır. Bu döneme kadar kalkınmanın sağlanması açısından, doğrudan milli gelirden artış sağlayacak yatırımlara önem verilmiş ve eğitim, sağlık gibi sosyal sektörler birer tüketim sektörü olarak düşünülmüştür. Bu dönemde kalkınma için daha çok yol, köprü, baraj gibi yatırımlara önem verilmiş ve bu yatırımların yaratacağı ekonomik etkilerin diğer sektörlerle de yansiyarak sosyal sorunların da çözüleceği beklenmiştir. Ancak, büyüme hızlarını artıran birçok Üçüncü Dünya ülkesinde yoksul kesimin bu büyümeden faydalanamadığı görülmüştür.¹²¹

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomiye Katkısı

Sağlık hizmetlerinin ekonomik kalkınmaya olan olumlu katkıları sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma ve sağlık yatırımlarını artırma konusundaki duyarlılığı her geçen gün arttırmaktadır. Her alanda kalkınmayı başarabilmek için sağlıklı ve nitelikli eğitilmiş insan unsuruna ihtiyaç vardır. Eğitim, sağlık ve beslenme harcamaları kısaca "insana yatırım" harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Bu üç harcama türü birbirleri ile bir bütün olup ekonomik ve sosyal kalkınmanın temelini oluşturmaktadır. Eğitim ile verimliliği artan bireyler ancak sağlıklı olduklarında ekonomik büyümeye katkı sağlayabilirler. Bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması nedeniyle ölmesi, işini sürekli olarak yapamaması veya tüm gücüyle çalışamaması halinde bu kişi için yapılan yatırımlardan verim alınamayacaktır.

Bir ülkede sağlık seviyesi ile ilgili göstergeler, o ülkenin gelişmişlik durumunu ortaya çıkaran önemli kriterlerdir. Gelişmişliği sadece kişi başına gelirle ortaya koymak yetersiz bir sınıflandırma olur. Ortalama yaşam süresi, bebek, çocuk ve ana ölüm hızı, bazı hastalıkların görülme sıklığı, kişi başına düşen sağlık personeli sayıları gibi sağlıkla ilgili temel göstergelerin de göz önüne alınması

¹²¹ İsmail Mazgıt; *a.g.t.* s. 83

gerekir. Bu göstergelerle yapılan bir değerlendirmede Türkiye'nin gelişmiş ülkelere göre çok geride olduğu açıkça görülecektir.

Kalkınma ile sağlık arasındaki bağlantının sistemli olarak ortaya konulduğu yaklaşım, 1978 yılında, Alma Ata Bildirisi ile Dünya kamuoyuna duyurulan, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, toplumların sağlık statüleriyle genel yaşam biçimleri arasındaki bağlantıyı ortaya koymuş ve bu bağlantı nedeniyle, toplumların ekonomik ve sosyal kalkınmalarında daha temiz bir çevre, temiz içme suyu, sağlıklı konutlar, yeterli beslenme koruyucu sağlık hizmetleri gibi unsurların önemine dikkat çekmiştir.¹²²

Eğitim seviyesi yükseltilmiş sağlıklı insanlarla işgücüne katılım oranı artar ve kalkınma hızı arttırılabilir.

2.3.2. Kişi Başına Düşen GSYİH İle Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkiler

Bir ülkenin gayri safi yurtiçi hâsılası (GSYİH), ekonomik büyüklüğünün birkaç ölçütünden biridir. GSYİH, bir ülke sınırları içerisinde belli bir zaman içinde, üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeridir. GSYİH'nın ülke nüfusuna bölünmesi ile kişi başına düşen GSYİH elde edilir.

Topluma yeterli sağlık hizmeti veremeyen ülkelerin gelişmiş bir ülke olarak değerlendirilemeyeceği ortadadır. Kalkınmış ülkelerde sağlık hizmetlerine özellikle önem verilmektedir. Sağlık hizmetleri kalkınmışlığın önemli bir göstergesi olduğu gibi, diğer kalkınma göstergeleri üzerinde de doğrudan etkilidir. Her şeyden önce sağlık hizmetlerinin başarısı, bir beşeri sermaye stokunun artması demektir.

¹²² İsmail Mazgit, *a.g.t.* s. 91

Tablo:2.9
OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen GSYİH İle Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki

	Kişi Başına Düşen GSYİH (\$)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (ERKEK)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (KADIN)	1 000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Hızı	100 000 Canlı Doğumda Anne Ölüm Hızı
OECD ÜLKELERİ/YIL	2008	2008	2008	2008	2005
Türkiye	13952	71,4	75,8	17,0	44
Şili	14495	75,6	81,7	7,0	16
Meksika	14501	72,7	77,5	15,2	60
Polonya	17294	71,3	80,0	5,6	8
Macaristan	19732	69,8	77,8	5,6	6
Estonya	20648	68,6	79,2	5,0	25
Slovak Cumhuriyeti	22141	70,9	78,7	5,9	6
Portekiz	23283	76,2	82,4	3,3	11
Çek Cumhuriyeti	24631	74,1	80,5	2,8	4
Yeni Zelanda	27036	78,4	82,4	4,9	9
Kore	27658	76,5	83,3	4,1	14
Slovenya	27865	75,4	82,3	2,1	6
İsrail	27902	79,1	83,0	3,8	4
Yunanistan	28896	77,5	82,5	2,7	3
İtalya	31253	78,7	84,2	3,7	3
İspanya	31455	78,0	84,3	3,5	4
Fransa	33090	77,6	84,3	3,8	8
Japonya	34132	79,3	86,1	2,6	6
Belçika	35288	77,1	82,6	3,4	8
Almanya	35432	77,6	82,7	3,5	4
İngiltere	35631	77,6	81,8	4,7	8
Finlandiya	35918	76,5	83,3	2,6	7
İsveç	36790	79,1	83,2	2,5	3
Danimarka	36808	76,5	81,0	4,0	3
İzlanda	36964	79,6	83,0	2,5	4
Avusturya	37858	77,8	83,3	3,7	4
Avustralya	38637	79,2	83,7	4,1	4
Kanada	38975	78,3	83,0	5,1	7
Hollanda	41063	78,0	82,3	3,8	6
İrlanda	41493	77,5	82,3	3,1	1
İsviçre	42783	79,8	84,6	4,0	5
Amerika Birleşik Devletleri	47186	75,3	80,4	6,7	11
Norveç	58717	78,3	83,0	2,7	7
Lüksemburg	84713	78,1	83,1	1,8	12
ORTALAMA	33065	76	82	5	10

Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2010, WHO Sağlık İstatistikleri 2010 ve OECD Factbook 2010: Çevre Ekonomik ve Sosyal İstatistikleri Derlenerek Hazırlanmıştır.

Kişi başına düşen gelirin yükselmesi ve GSYİH'daki artışlar genelde ekonomik anlamdaki büyümeyi tarif eder. Hakiki manada büyümeden söz edebilmek için ekonomik göstergelerin birçok sosyal gösterge ile beraber değerlendirilmesi gerekir. Bunlar; barınma, beslenme, yaşam süresi, istihdam, eğitim düzeyi ve tüm dünyada önemi günden güne artan sağlık göstergeleri gibi temel insani gereksinimler ile ilgili göstergelerdir. Toplumların sağlık düzeyleri karşılaştırılır iken dünya standartlarında genel kabul görmüş, doğumda yaşam beklentisi, bebek -çocuk ölüm oranları, ana ölüm oranları ile kaba ölüm oranları göstergeleri, kişi başına düşen sağlık personeli gibi sınıflandırmalar kullanılır.

Gelişmiş ülkeler, daha yüksek gelir düzeyleri ile sağlık harcamalarına daha çok kaynak ayırmaktadırlar. Her ne kadar sağlıklı olma isteği, en önemli ihtiyaçlardan biri olsa da, düşük gelirli ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırabilecekleri kaynakları çok sınırlıdır.

OECD ülkelerinde kişi başına düşen GSYİH ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki tablo 2.9'da açık bir şekilde görülmektedir.

2.3.2.1. GSYİH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi

Doğumda beklenen yaşam süresi farklı cinsiyetler veya coğrafyalar için bir canlılığın ortalama ne kadar yaşadığını veya yaşayabileceğini ortaya koyan istatistikî bir ölçüttür. Bu ölçü genelde doğumda bir insanın ortalama ne kadar yaşayabileceğini belirtmek için kullanılır ve bu değer ölüm anındaki yaşa eşittir. Bununla beraber "beklenen yaşam süresi" teknik olarak her yaş için hesaplanabilir ve insanın kalan yaşam süresini verebilir.

Doğumda yaşam beklentisi ülkedeki sağlık hizmetlerinin niteliği ve eşit dağılımı hakkında önemli bilgiler verir. Bu gösterge toplumun sağlık seviyesini tam olarak yansıtamasa da, sağlık hizmetlerinin nihai amacının insan ömrünü uzatmak

olduğu düşünülürken beklenen yaşam süresini sağlık hizmetlerinin başarısının önemli bir ölçüsü sayılabilir.

Doğumda yaşam beklentisi tıpkı kişi başı GSYİH ya da kişi başı sağlık harcaması gibi ortalama bir ölçüm olup toplumun tümü için ortalama bir değer vermektedir. Uzun bir yaşam, sağlıklı olmak anlamına gelmemektedir. Ancak yapılan çalışmalarda uzun bir doğumda yaşam beklentisine sahip ülkelerin diğer sağlık göstergeleri açısından da daha iyi göstergelere sahip olduğu gözlenmektedir.¹²³

Tablo 2.9'da görüldüğü üzere OECD ülkeleri arasında Kişi Başına Düşen GSYİH'SI en düşük olan ülke 13.952 \$ ile Türkiye'dir. Bu miktar OECD ortalamasının neredeyse üçte biridir. Erkek nüfusunda **71,4** yaş ortalaması ile Estonya, Macaristan Slovak Cumhuriyeti ve Polonya'dan sonra en düşük doğumda beklenen yaşam süresine sahip olan Türkiye kadın nüfusunda **75,8** yaş ortalaması ile en düşük doğumda beklenen yaşam süresine sahiptir.

OECD ülkeleri arasında Kişi Başına Düşen GSYİH'SI en yüksek olan ülke 84.713 \$ ile Lüksemburg'dur. Lüksemburg'un doğumda beklenen yaşam süresi kadında 83,1 erkekte ise 78,1'dir. OECD ülkeleri içinde doğumda beklenen yaşam süresi kadında 86,1 ile Japonya erkekte ise 79,8 ile İsviçre'dir.

Dünya genelinde en düşük doğumda beklenen yaşam süresi erkekte 40 yaş ortalaması ile Afganistan'dır. Afganistan'ı 42 yaş ortalaması ile Zimbabwe, 44 yaş ortalaması ile Lesotho, 45 yaş ortalaması ile Angola ve 46 yaş ortalaması ile Çat takip etmektedir. Kadında ise en düşük doğumda beklenen yaşam süresi 42 yaş ortalaması ile Zimbabwe'dir. Zimbabwe'yi 44 yaş ortalaması ile Afganistan, 47 yaş ortalaması ile Çat, 48 yaş ortalaması ile Angola 48 yaş ortalaması ile Swaziland

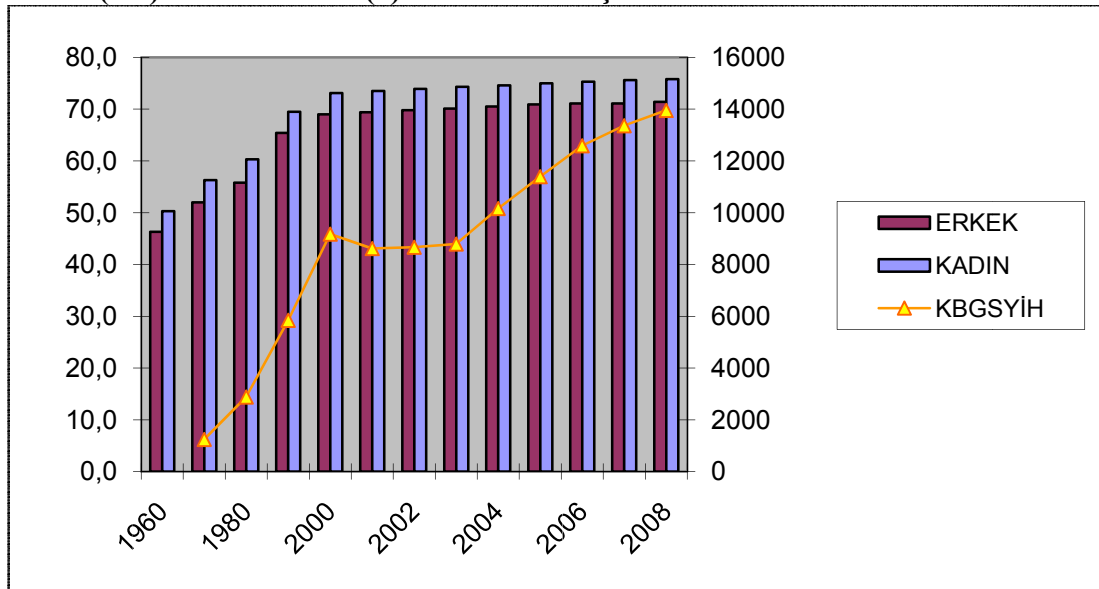
¹²³ Mine Yılmaz, "İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Aydın , (2002) s.92 (Aktaran C.S. Akın)

takip etmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin en düşük olduğu ülkeler geri kalmış Kişi Başına Düşen GSYİH'SI çok düşük üçüncü dünya ülkeleridir.

Kişi Başına Düşen GSYİH ile doğumda beklenen yaşam süresi tam doğrusal bir seyir çizmese de kişi başı gelirin artışı ile birlikte doğumda beklenen yaşam süresinin uzadığı açık bir şekilde görülmektedir.

Türkiye'de ortalama yaşam süresi giderek artmaktadır. Türkiye nüfusunun yüzde 7'si 65 ve üzeri yaşlardadır. Kentsel alanlarda yüzde 6 olan yaşlı nüfus oranı, kırsal alanlarda yüzde 9'dur. Yaşlı nüfusa ilişkin bu oranlar Türkiye'nin demografik tarihindeki en yüksek yaşlı nüfus oranlarıdır. Yaşlı nüfustaki artışın iki sebebi olabilir: Doğurganlığın hızla azalması ve tüm yaş gruplarındaki yaşam beklentisinin artması¹²⁴

Grafik 2.1: Türkiye'de 1960–2008 Yılları İçin Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) ve KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki



Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2010 ve OECD Factbook 2010: Çevre Ekonomik ve Sosyal İstatistikleri Derlenerek Hazırlanmıştır.

¹²⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007* s.15

Türkiye’de 1960’lı yıllarda ortalama 48,3 olan doğumda yaşam beklentisi kişi başına gelirin artması, sosyal devlet anlayışının gelişmesi sağlık reformlarının ardı ardına yapılması, hastalıklarla mücadelenin artması sonucu pek çok hastalığın dünyadan silinmesi gibi sebeplerin varlığına bağlı olarak 2008 yılında ortalama 73,6’ya kadar yükselmiştir.

2.3.2.2. GSYİH ve Bebek Ölüm Hızı İlişkisi

Bebek ölüm hızı bir toplumda bir yılda doğan ve bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı sürede canlı doğan bebek sayısına oranının 1000 ile çarpımı sonucu elde edilen orana denir.

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, her yıl beş yaşını tamamlayamadan ölen on milyondan fazla çocuğun neredeyse tamamı düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde; büyük bir bölümü mevcut girişimlerle önlenebilecek birkaç nedenden dolayı yaşamını kaybetmektedir. Bu nedenler; erken doğum, doğumda nabzın durması ve mikrop ve bakterilerin oluşturduğu enfeksiyonlar olan ve yenidoğan sorunları olarak gruplanan sorunlar, alt solunum yolu iltihabı ve devamlılığı, ishal, sıtma, kızamık, aids hastalığına neden olan HIV virüsü kapma olarak sıralanır.

Bebek ve çocuk ölümleri, dengeli ve yeterli beslenme, temiz besin ve su ile beslenme, bağışıklıma ve gelişmiş alt yapı ile önlenmektedir.

Sorkin’in çalışması, sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini analiz eden ilk çalışmalardandır. Çalışmada, sağlık göstergesi olarak doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı kullanılmıştır. Ona göre bir ülkede bebek ölüm hızındaki düşüş, ekonomik büyümeye olumlu katkı sağlamaktadır. Ancak Sorkin, gelişmiş ülkelerde toplumun sağlık durumlarındaki iyileşmelere rağmen ekonomik büyüme üzerinde çok az olumlu katkı sağladığı sonucuna varmıştır. Analiz

sonuçlarına göre, gelişmekte olan ülkelerde sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi gelişmiş ülkelere kıyasla daha fazladır.¹²⁵

Fielding ve Shields'in Finlandiya, İsveç ve Danimarka'da yaptıkları 1867-1997 yıllarını kapsayan bir araştırmada sağlık göstergeleri ve kişi başı gelir ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda 3 İskandinav ülkesinde kişi başı gelir ve bebek ölümleri arasında dinamik bir etkileşimin olduğu ve bu iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişkinin var olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda ulaşılan önemli sonuçlardan bir tanesi de, sağlık ölçümlerinin ekonomik performansın önemli bir göstergesi olmasıdır.¹²⁶

Tablo 2,9'da görüldüğü üzere OECD ülkeleri arasında Kişi Başına Düşen GSYİH'SI en yüksek ülke olan Lüksemburg'un bebek ölüm hızı binde 1,8'dir. Bu oranı binde 2,1 ile Slovenya, binde 2,5 ile İsveç, binde 2,5 ile İzlanda binde 2,6 ile Finlandiya takip etmektedir. Tabloda en yüksek bebek ölüm hızı binde 17,0 ile en düşük kişi başı gelire sahip olan ülke Türkiye'dir. Türkiye'yi binde 15,2 ile Meksika binde 7,0 ile Şili, binde 6,7 ile Amerika Birleşik Devletleri binde 5,9 ile Slovak Cumhuriyeti takip etmektedir.

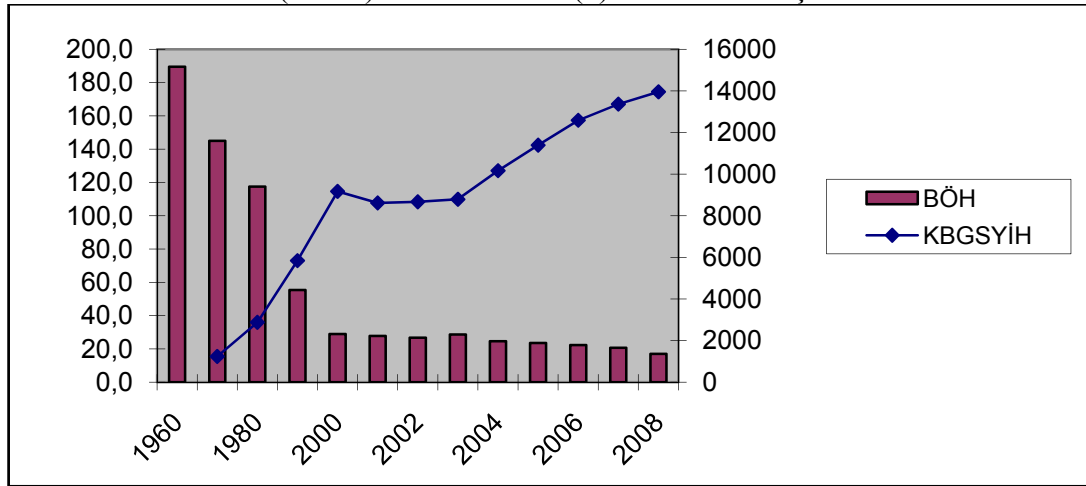
Aşağıda grafik 2.2'de de görüldüğü gibi Türkiye son birkaç yıllık dönemde bebek ölüm hızlarını (BÖH) azaltma konusunda önemli başarılarla ulaşmıştır. BÖH 1960'lı yıllarda 1000 canlı doğumda 190'dan, 2000 yılında 1000 canlı doğumda 29'a ve 2005 yılında 1000 canlı doğumda 24'e düşmüştür. 2008 yılında ise 1000 canlı doğumda 17'ye düşmüştür. BÖH'deki azalma 1990'lı yıllarda daha aşamalı hale gelmiştir. Buna rağmen Türkiye'deki bebek ölüm hızı OECD ortalaması (1000 canlı doğumda 5) ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde yüksektir.

¹²⁵ A.L. Sorkin, *Health Economics In Developing Countries*, Lexington, Ma: Lexington Books. (1977)
Aktaran: Murat Çetin - Eyyup Ecevit "Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi " *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11 (2) 2010, s. 167

¹²⁶ Cemil Serhat Akın; *a.g.t.* s.18

Kişi Başına Düşen GSYİH ile bebek ölüm hızları arasında gelir artışına bağlı olarak negatif bir bağ vardır.

Grafik 2.2: Türkiye’de 1960–2008 Yılları Arası Bebek Ölüm Hızları (Binde) ve KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki



Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2010 ve OECD Factbook 2010: Çevre Ekonomik ve Sosyal İstatistikleri Derlenerek Hazırlanmıştır.

Dünya genelinde en yüksek bebek ölüm hızı binde 165 ile Afganistan’dadır. Afganistan’ı binde 130 Angola, binde 126 ile Kongo Demokratik Cumhuriyeti, binde 124 ile Çad, binde 123 ile Sierra Leone, binde 119 Somali, binde 117 ile Gine-Bissau takip etmektedir. Bebek ölüm oranlarının çok yüksek olduğu ülkeler kişi başı gelirin düşük olduğu üçüncü dünya ülkeleridir.¹²⁷

2.3.2.3. GSYİH ve Ana Ölüm Hızı İlişkisi

Ana ölüm hızı bir toplumdaki bir yılda gebelik döneminde, doğum sırasında ve doğumdan sonraki dönemde doğuma bağlı nedenlerle ölen kadın sayısının aynı toplumdaki aynı süre içinde canlı doğum sayısına oranının yüz bin ile çarpılması sonucu bulunan ölüm hızıdır.

¹²⁷ WHO Sağlık İstatistikleri 2010

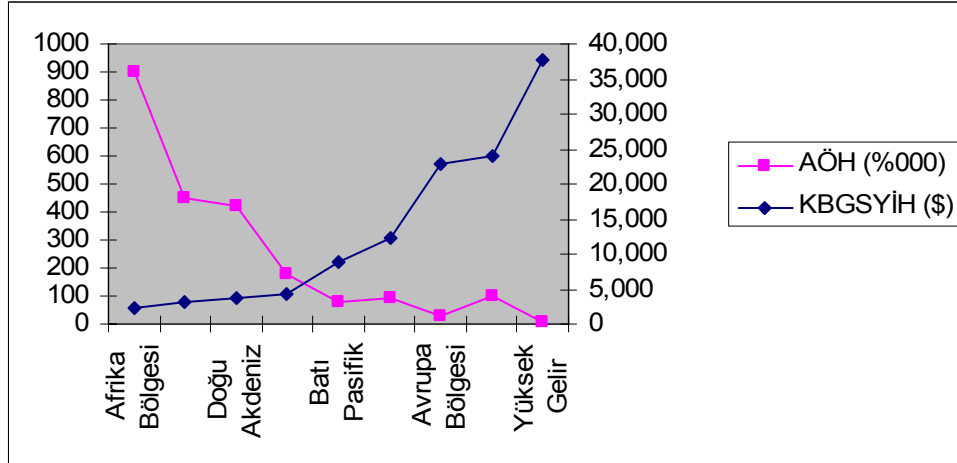
Karşılaşılan gerçek anne ölümlerini ölçmek ve dokümente etmek çok kolay değildir. Üreme çağındaki bir kadının gebeliğe bağlı nedenlerle ölümü çok sık karşılaşılan bir olay değildir. Maternal mortalitenin çok yüksek olduğu ülkelerde bile sayı genelde fazla değildir. Öte yandan özellikle geri kalmış bölgelerde ölümler genelde hastane gibi sağlık merkezlerinde değil evlerde olduğundan bu ölümlerin gebeliğe bağlı olduğunun dokümente edilmesi genelde mümkün olmamaktadır. Son olarak ise yine geri kalmış bölgelerde ölümün gebeliğe veya kendi kendine düşük yapma çabalarına bağlı olduğu, ölen kişinin ailesi tarafından kasıtlı olarak saklanmaktadır. Anne ölümlerinin belki de en trajik yönü, bu ölümlerin neredeyse yarısından fazlasının çok basit önlemler ile engellenebilir olmasıdır. Anne ölümlerinin nedenlerine bakıldığında çok büyük bir kısmının altında enfeksiyonlar, kan kaybı ve uygunsuz şartlarda yapılan doğum ve düşük girişimleri yatmaktadır. Bu faktörlerin tamamına yakını yüksek teknoloji gerektirmeyen ekipman ve komplikasyon ile baş edebilecek ehliyet sahibi kişilerin doğuma katılması ile engellenebilir. Doğum hastane dışında bir yerde yapılırsa bile 30 dakika içinde antibiyotik, kan nakli ve acil sezaryen olanaklarının bulunduğu bir kuruma naklin mümkün olması halinde anne ölümleri çok büyük oranda azalacaktır.¹²⁸

OECD ülkeleri arasında ana ölüm hızı en düşük olan ülke yüz binde 1 oranı ile İrlanda'dır. İrlanda'yı yüz binde 3 ile İsveç, Yunanistan, İtalya, Danimarka, yüz binde 4 ile İzlanda, Çek Cumhuriyeti ve Almanya izlemektedir. OECD ülkeleri arasında ana ölüm hızı en yüksek ülke ise yüz binde 60 oranı ile Meksika'dır. Meksika'yı yüz binde 44 ile Türkiye, yüz binde 25 Estonya, yüz binde 16 ile Şili yüz binde 14 ile Kore takip etmektedir.

Dünya genelinde en yüksek ana ölüm hızı yüz binde 2100 ile Sierra Leone'dadır. Sierra Leone'u yüz binde 1.800 ile Afganistan ve Nijer, yüz binde 1.500 ile Çad, yüz binde 1.400 ile Angola ve Somali, yüz binde 1.300 ile Ruanda takip etmektedir. Burada da görüldüğü gibi ana ölüm hızlarının çok yüksek olduğu ülkeler kişi başı gelirin düşük olduğu üçüncü dünya ülkeleridir.

¹²⁸ Alper Mumcu; "Anne Ölümleri" <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=365> (12/01/2010)

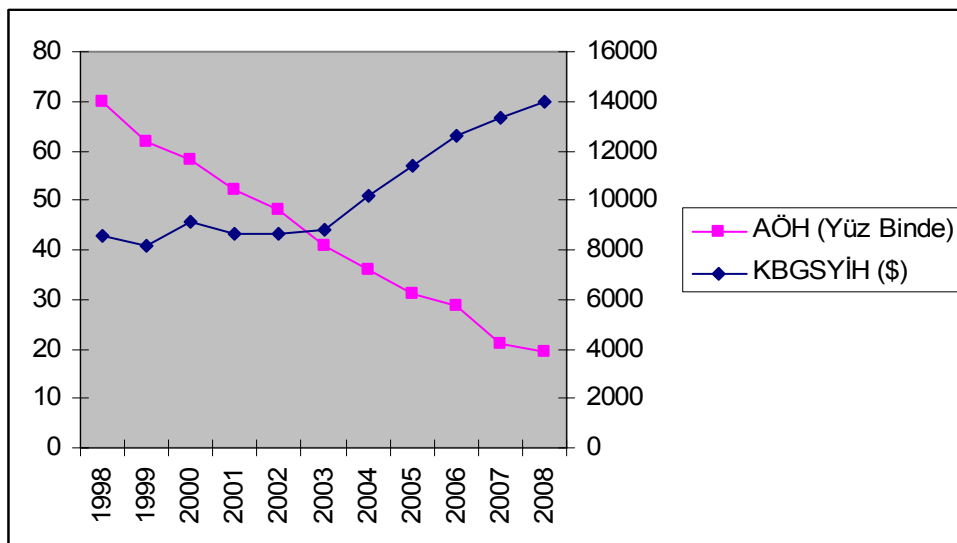
Grafik 2.3: Dünya Geneli Bölgeler Arası Ortalama Ana Ölüm Hızları (AÖH) (Yüz Binde) ve KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki



Kaynak: WHO Sağlık İstatistikleri 2010 Derlenerek Hazırlanmıştır

Kişi Başına Düşen GSYİH artışı ana ölüm oranlarını azaltmaktadır. Grafik 2.3'de bu durum açıkça görülmektedir. Dünya genelinde en düşük KBGSYİH' ya sahip Afrika Bölgesi ülkelerinde ana ölüm hızı ortalama yüz binde 900 civarında iken, en yüksek KBGSYİH'ya sahip ülkelerde bu oran ortalama yüz binde 9 civarındadır.

Grafik 2.4: Türkiye'de 1998–2008 Yılları Arası Ana Ölüm Hızları (AÖH) (Yüz Binde) ile KBGSYİH (\$) Arasındaki İlişki



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008 ve OECD Factbook 2010: Çevre Ekonomik ve Sosyal İstatistikleri Derlenerek Hazırlanmıştır.

Türkiye’de son yıllarda belirgin bir şekilde anne ölüm oranları azalmıştır. 1998 yılında yüz binde 70 olan anne ölüm oranı 2008 yılında yüz binde 19,4’e kadar düşmüştür. Buna rağmen Türkiye’deki ana ölüm hızı OECD ortalaması (2005 yılı için yüz binde 10) ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde yüksektir.

Türkiye’nin kişi başı gelirinin yükselmesi ile ana ölüm oranlarının düştüğü grafik 2.4’de açık bir şekilde görülmektedir. Gelir artışı ile ana ölüm hızı arasında negatif bir ilişki vardır.

2.3.3. Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Kalkınma Arasındaki İlişki

Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için bütün teknolojik ve bilimsel gelişmelere rağmen, sağlık alanındaki en önemli kaynak sağlık insan gücüdür.

Ülkeler sağlık hizmetlerini planlama, sunma ve geliştirme süreçlerinde sağlık sistemlerine uygun ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan gücü yetiştirmek, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarını ihtiyaca uygun yapmak ve bu sayede etkili ve verimli bir sağlık sektörü geliştirmek zorundadırlar.

Bütün dünyada sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çabaları temel ve öncelikli yerini korumaya devam etmektedir. Sağlık alanında gerçek anlamda bir iyileştirmenin sağlanabilmesi için insan faktörüne önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir.

Tablo:2.10
OECD Ülkelerinin İKE Değerleri ile 10 000 Nüfus Başına Düşen Doktor, Ebe ve Hemşire, Diş Hekimi, Eczacı Sayıları Arasındaki İlişkiler

OECD ÜLKELERİ	İKE	10 000 Nüfus Başına Düşen Doktor Sayısı	10 000 Nüfus Başına Düşen Ebe ve Hemşire Sayısı	10 000 Nüfus Başına Düşen Diş Hekimi Sayısı	10 000 Nüfus Başına Düşen Eczacı Sayısı
Norveç	0,938	39	163	9	7
Avustralya	0,937	10	109	15	8
Yeni Zelanda	0,907	21	87	4	10
Amerika Birleşik Devletleri	0,902	27	98	16	9
İrlanda	0,895	31	158	6	10
Hollanda	0,890	39	151	5	2
Kanada	0,888	19	100	12	8
İsveç	0,885	36	116	8	7
Almanya	0,885	35	80	8	6
Japonya	0,884	21	95	7	19
Kore	0,877	17	44	14	11
İsviçre	0,874	40	110	5	6
Fransa	0,872	37	81	7	12
İsrail	0,872	36	61	11	8
Finlandiya	0,871	33	89	9	16
İzlanda	0,869	38	101	10	11
Belçika	0,867	42	5	8	12
Danimarka	0,866	32	98	8	7
İspanya	0,863	38	74	6	9
Yunanistan	0,855	54	35	13	8
İtalya	0,854	37	69	6	8
Lüksemburg	0,852	29	104	8	8
Avusturya	0,851	38	66	5	6
İngiltere	0,849	21	6	4	
Çek Cumhuriyeti	0,841	36	90	7	6
Slovenya	0,828	24	78	6	5
Slovakya	0,818	31	66	5	5
Estonya	0,812	33	70	9	7
Macaristan	0,805	28	92	4	5
Portekiz	0,795	34	48	6	10
Polonya	0,795	20	52	3	6
Şili	0,783	11	6	4	
Meksika	0,750	29	40	14	8
Türkiye	0,679	15	19	2	3
ORTALAMA	0,853	30	78	8	8

Kaynak: WHO Sağlık İstatistikleri 2010 ve İnsani Gelişme Endeksi (UNDP İnsani Gelişme Raporu 2010) İstatistikleri Derlenerek Hazırlanmıştır.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından her yıl yayımlanan İKE Raporu genel olarak refah, eğitim ve sağlık standardı verilerine dayanılarak hesaplanmaktadır. Sağlık standardı hesaplamasının önemli bir bileşeni olup uzun ömür sağlık standardı olarak nitelendirilmekte ve yaşam beklentisi ile ölçülmektedir.

İKE hesaplamalarında sağlık standardı tek başına yeterli bir veri olmamakla birlikte İKE değeri yüksek ülkelerde kişi başına düşen sağlık personelinin yüksek olması dikkat çekmektedir. Sağlık sektörünün asli unsurunun sağlık personeli olduğunu düşündüğümüzde sağlık personelinin yeterli olması ve dengeli dağılımının kalkınmaya sağlayacağı katkılar göz ardı edilemez.

OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen on binde 54 doktor oranı ile Yunanistan, on binde 163 ebe ve hemşire oranı ile Norveç, on binde 16 diş hekimi oranı ile Amerika Birleşik Devletleri, on binde 19 eczacı oranı ile Japonya ilk sırada yer almaktadırlar.

Türkiye OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen on binde 15 doktor oranı ile ortalamanın altında, Avustralya (10) ve Şili'den (11) sonra sondan üçüncü sırada, kişi başına düşen on binde 19 ebe ve hemşire oranı ile ortalamanın altında Belçika (5), Şili (6) İngiltere 'den (6) sonra sondan dördüncü sırada, kişi başına düşen on binde 2 diş hekimi oranı ile ortalamanın altında ve en son sırada, kişi başına düşen on binde 3 eczacı oranı ile ortalamanın altında ve Hollanda'dan (2) sonra sondan ikinci sırada yer almaktadır.

Sağlık sistemimizin en önemli sıkıntısı; başta hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık iş gücü sayısının yetersizliği ve coğrafi açıdan dengesiz dağılımıdır. Bakanlığımız, uygulanan politikalarla bu sıkıntıyı en aza indirmeyi başarsa da hekim ve hemşire eksikliği halen önemli bir sorundur. Sağlık insan gücü dağılımında meslekler arası dengesizlik de sorunun önemli parçalarından biridir. Ülkemizdeki toplam uzman hekim sayısı nispeten yeterli olmasına rağmen uzmanlık branşı olarak dağılımı dengesizdir. Hekim ve yardımcı sağlık personeli oranlarındaki uyumsuzluk, problemin dikkat çeken bir başka önemli unsurudur. Gelecekte sağlık hizmetlerinin

yeterli ve verimli olmasını istiyorsak sağlık personeli açığını kapatmamız gerekmektedir.¹²⁹

III. BÖLÜM

EDİRNE’NİN SAĞLIK SEKTÖRÜ AÇISINDAN EKONOMİK ANALİZİ

3.1.EDİRNE’NİN GENEL YAPISI

Edirne, Marmara Bölgesi'nin Trakya kısmında yer alır. Güneyinde Ege denizi, kuzeyde Bulgaristan, batıda Yunanistan, doğuda Tekirdağ, Kırklareli ve Çanakkale ileri ile çevrilidir.

Yüzölçümü 6.098 km² olan Edirne'nin, deniz seviyesinden ortalama yüksekliği 41 metredir. Edirne, idari olarak, biri merkez ilçe olmak üzere 8 ilçe ve 248 köyden oluşmaktadır.

Türkiye'nin batı sınır topraklarının önemli bir bölümünü içine alan ilin Bulgaristan'la 88 km'lik bir sınırı vardır. Bulgaristan'la olan sınır, Kırklareli il sınırından başlayarak, Tunca Irmağı'nı kesip, güneybatı yönünde uzanarak Meriç Irmağı'nda sona ermektedir. Burada, Türk, Bulgar ve Yunan sınırları birleşmektedir. Meriç Irmağı, ilin Yunanistan'la sınırını oluşturur. Irmağın doğu yakası Edirne, batı yakası Yunanistan'dır. Edirne-Yunanistan sınırının uzunluğu 204 km'dir. Bu sınır, Enez'de sona ermektedir.

¹²⁹ T.C sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi* Yayın No: 720 Ankara 2007 s.vii

Edirne, hem Akdeniz ikliminin hem de Orta Avrupa'ya özgü kara ikliminin etkisi altında kalan bir geçiş bölgesidir. Bölge Karadeniz, Ege ve Marmara denizlerin de etkileriyle zaman zaman ve yer yer farklı iklim özellikleri gösterir. Kışları, Akdeniz iklimi etkisini gösterdiği zamanlarda ılık ve yağışlı, kara iklimi etkisini gösterdiğinde de oldukça sert ve kar yağışlı geçmektedir. Yazlar sıcak ve kurak, bahar dönemi yağışlıdır. İlin bitkisel üretim açısından önem taşıyan Ergene Havzası'nda ise sert bir kara iklimi egemendir. Çevresi dağlara sınırlı olan bu yörenin denizlerden gelen yumuşatıcı etkilere kapalı olması bu iklim yapısını ortaya çıkarmaktadır. Yıllık ortalama sıcaklık 13,4 °C, en yüksek sıcaklık 41,5 °C Temmuz ayında, en düşük sıcaklık -22,2 °C Ocak ayında gerçekleşmiştir. Yıllık ortalama yağış miktarı 585,9 mm ve yıllık ortalama nispi nem % 70'dir.

3.1.1. Tarihçesi

Edirne'nin en eski halkı, Traklar soyundan Odrisler'in yörede, Meriç ve Tunca ırmaklarının birleştiği bugünkü Edirne'nin bulunduğu yerde bir kent kurdukları bilinmektedir. Odrisler'den sonra yöreye egemen olan Makedonyalılar Dönemi'nde kent, büyük bir olasılıkla Odris yada Odrisia adının değişmesi sonucu, Orestia/Orestas olarak anılmaya başlanmıştır.

Osmanlı dönemi başlarında Edrinus/Edrune/Edrinabolu/Endriye diye anıldı. 1476'da yazılan Aşıkpaşazade Tarihi'nde kentin adı Edrene olarak geçer. XVI.yy başlarında kentin Edirne olarak adlandırıldığı görülür. Edirne 1361 yılında I.Murat tarafından fethedilmiş ve İstanbul'un alınışına kadar 88 yıl(1365-1453) boyunca Osmanlı Devleti'nin başkenti olmuştur.

Edirne her zaman kültür olaylarının yoğun yaşandığı bir kent olmuştur. Mimari yenilikler bu kentin yapılarıyla gelmiş; hat ve süsleme sanatının en güzel örnekleri burada verilmiş, çok sayıda medresesi yoğun tartışmalara tanık olmuş, tıp tarihine geçen ilk uygulamalar burada başlamıştır.

Kimliğini asıl Osmanlı döneminde bulan ve imparatorluğun ikinci kenti olan Edirne, kültürel mirasımızın en yoğun hissedildiği bir kenttir. Edirne, camileri, çarşıları, köprüleri, tarihi evleriyle ve özellikle de Muhteşem Selimiye ile ülkemize gelenleri ilk karşılayan ve bir sınır kenti olma özelliğini en iyi yansıtan kentimizdir.

3.1.2. Nüfus, Yerleşim ve Ekonomisi

31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 72.561.312 kişidir. Nüfusun % 50,3'ünü (36.462.470 kişi) erkekler, % 49,7'sini (36.098.842 kişi) ise kadınlar oluşturmaktadır. Edirne'nin nüfusu ise 395.463 kişidir. Edirne Nüfusunun 201.450 'sini erkek (% 50,94), 194.013 ünü (%49,06) ise kadınlar oluşturmaktadır.¹³⁰

2009 yılında Edirne'nin yıllık nüfus artış hızı bir önceki yıla göre binde 2,1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo:3.1
Edirne ve Türkiye’de Nüfusun Sosyal Güvenlik Durumu (2008)

		Sigortalı				Sosyal Güvenlik Kapsamı	
		Aktif Sigortalı	Pasif Sigortalı	Toplam	Nüfusa Oranı (%)	Sayı	Nüfusa Oranı (%)
Edirne	Hizmet Akdi ile Çal.	42.083	25.792	67.875	17,2	128.515	32,6
	Bağımsız Çal.	29.507	24.663	54.170	13,7	136.752	34,7
	Kamu Çal.	23.477	13073	36.550	9,3	76.295	19,3
	TOPLAM	95.067	63.528	158.595	40,2	341.562	86,5
Türkiye	Hizmet Akdi ile Çal.	9.533.683	5.024.696	14.558.379	20,4	33.104.723	46,3
	Bağımsız Çal.	3.260.719	1.965.247	5.225.966	7,3	14.603.926	20,4
	Kamu Çal.	2.464.206	1.756.760	4.220.966	5,9	9.484.111	13,3
	TOPLAM	15.258.608	8.746.703	24.005.311	33,6	57.192.760	80,0

Kaynak: Edirne Valiliği; http://www.edirne.gov.tr/default_B0.aspx?content=225
14.01.2010

Sigortalılara bağımlı olarak sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlananları da kapsayan sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus oranı ise, Edirne’de % 87, Ülkemiz

¹³⁰ TÜİK; *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı Sonuçları*, 2009

genelinde % 80 seviyesindedir. Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında çalışan ve aylık alanlar dışında, 2022 Sayılı Yasa kapsamında aylık alanların sayısı ise 8.165'tir. Bunların nüfusa oranı Edirne'de % 2,1, Türkiye genelinde % 1,8'dir.¹³¹

Devletin kooperatiflere toplu konut kredisi tahsis etmesi sonucu Edirne'de yapı kooperatiflerinin oluşturduğu mahalleler meydana gelmiştir.

Çalışan nüfus, tarım sektörü ile hizmetler sektöründe yoğunlaşmıştır. Günümüzde il tarımında ağırlık bitkisel üretimdedir. Geniş ve verimli düzlüklerin büyük bölümünde buğday, ayçiçeği ve çeltik ekilidir.

Edirne'nin Türkiye toplam ayçiçeği üretimindeki payı yaklaşık % 27'dir. Ayçiçeği alımı, işlenmesi ve pazarlanmasıyla uğraşan 110 bini aşkın üyeli Trakya Yağlı Tohumlar Tarım Satış Kooperatifleri Birliği (Trakya Birlik) nin merkezi Edirne'dedir. Türkiye'nin toplam çeltik üretiminin yaklaşık % 56.8 ini, buğday üretiminin % 3 ünü Edirne karşılar. (1999 Yılı Türkiye üretim miktarına göre hesaplanmıştır.) Şekerpancarı, fasulye, kavun ve karpuz, domates üretimi de önem taşır.¹³²

Edirne'nin sanayileşme sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biri Edirne'nin 1969'da Kalkınmada Öncelikli İller kapsamına alınmasıdır. Bir taraftan Avrupa'yı petrol üreten Ortadoğu'ya bağlayan en kısa yol olan D-100 karayolu üzerinde olması diğer yandan teşvik görmeye başlaması, Edirne dışı özel sermayeden özellikle dokuma alanında yatırımlara girişmesine sebep olmuştur. Yurtiçi ve yurtdışı ulaşım olanaklarının genişliği ve İstanbul gibi büyük bir sanayi ve ticaret kentine yakınlığı, büyük sanayi gruplarının ilgisini çekmiş, yurtdışındaki işçilerin de katılımıyla yeni yatırımlar yapılmıştır.

¹³¹ Edirne Valiliği (www.edirne.gov.tr) 14.01.2010

¹³² Edirne İl Özel İdaresi (www.edirneozelidare.gov.tr) 14.01.2011

Tablo:3.2
Edirne ve Yakın İllerin Yaşam Kalitesi Sıralaması

İller	Genel Sıralama		Eğitim	Sağlık	Kent Hayatı	Güvenlik	Sanat	Ekonomi
	2008	2007						
Edirne	6	5	5	4	44	56	15	14
Kırklareli	10	24	2	46	8	24	12	17
Tekirdağ	39	59	50	48	47	46	25	11

Kaynak: CNBC-E BUSINESS Dergisinin Eylül 2010 Sayısı

CNBC-E BUSINESS dergisinin illerin yaşam kalitesi ile ilgili yapmış olduğu araştırmaya göre Edirne yaşanabilir kentler sıralamasında 2007 yılında Türkiye’de 5. 2008 yılında 6. olmuştur. Listenin en başında 56.58 puan ile Ankara yer alırken listenin son sırasında 18,84 puan ile Ağrı yer almıştır. Edirne’yi endeksin üst sıralarına taşıyan ekonomi, eğitim ve sağlık alanındaki durumudur. Edirne, ekonomik parametrelerde 14. sırada yer alıyor. Kişi başına düşen GSYİH’da ve kamu harcamalarında 11, konut yoğunluğunda 26, araç yoğunluğunda ise 14’üncü sırada. Eğitim alanında 5. sırada yer alan kent, ilk ve orta eğitimde öğretmen ile derslik başına düşen öğrenci sayısı bakımından Türkiye’nin en iyi durumdaki 15’inci ili. Üniversite öğrencisi yoğunluğu bakımından ise 4. sırada. Güvenliğe gelince. Edirne deprem riski açısından orta sıralarda olan bir kent, ancak suç istatistikleri bir hayli yüksek görünüyor. Geçen yılın verilerine göre Türkiye’nin kişi başı suç istatistikleri en kötü durumda olan 11. ili. Sağlık alanında ise kent oldukça iyi bir durumda. Doktor başına düşen kişi sıralamasında en iyi durumdaki ikinci il, yatak başına düşen kişi sayısında ise sekizinci sırada. Kent hava kalitesi açısından vasatın altında, sahip olduğu ormanlık alan bakımından da durum farklı değil, 55’inci sırada... Spora ilgi açısından 37, sanatla meşguliyet bakımından 15’inci sırada bulunuyor. Şehrin suç oranlarını düşürmesi, hava kalitesini yükseltmesi ve orman alanlarını artırması gerekiyor.¹³³

¹³³ CNBC-E BUSINESS Dergisinin Eylül 2010 Sayısı

3.2. EDİRNE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

Edirne, sağlık hizmetlerinin gelişiminde çok önemli bir yere sahiptir. Tarih boyunca Edirne ili hastaneler konusunda birçok önemli hastaneye ev sahipliği yapmıştır. İmaretlerle başlayan, hastaları tedavi etme amacı ile ilimizde birçok hastane kurulmuştur.

15. asır başlarında II. Sultan Murat Edirne'de Kirişhane semtinde lepralıların tecridi için bir Leprozeri yaptırmıştır ki, bu Leprozori iki asırdan fazla açık kalmıştır. Yine II. Murad Edirne'de, cami, medrese ve çifte Tahtakale Hamamını da yaptırmıştır. II. Murat zamanında Fatih'in dostu Ak Şemseddin Edirne Sarayında hasta tedavi etmiştir. Muradiye'deki Çadır Köşkünde Hastalar Odası adıyla anılan bir dispanser bulunuyordu. Edirne'nin II. Murad zamanında kurulmaya başlayan sosyal yardım kurumlarından imaretler, taphaneler ve hamamlar, diğer imar hamleleri ile birlikte Fatih Sultan Mehmet zamanında da devam etmiş. Fatih'in sadrazamı Mahmut Paşa, 1557 yılında Edirne'de, Taşlık semtinde, oğlu Ali Beyin adına bir medrese ile bugün izi bile kalmamış olan bir de hamam yaptırmıştır. Edirne'de halkın temizliğine hizmet için açılan ve birer vakıf olan umumi hamamlardan başka, sarayların konakların ve her evin kendi ihtiyacına göre, ufak veya büyük hacimde yıkanacak yerleri vardı. Sultan II. Bayezid, Edirne'de Yeni İmaret semtinde, Tunca nehri kıyısında kendi ismiyle anılan ve içerisinde tıp medresesi, darüşşifa da yer alan II. Sultan Beyazıt Külliyesini 1486 yılında hizmete açmıştır. 1486 yılında İstanbul'da veba salgını çıkması üzerine, Sultan II. Bayezid Edirne'ye gelerek dört ay burada oturmuştur. İstanbul'da hastalık veya bir hareket olunca Edirne adeta sığınak vazifesi görmüştür.¹³⁴

Yüzyıllar boyunca bu külliye de tıp öğrencileri yetiştirilmiş, hastalara şifa dağıtılmış ve fakir fukara doyurulmuştur. Külliye nin İslam âleminin en saf ve yalın anlatımlı camilerinden biri olarak kabul edilen camisi önemli bir ibadet yeri olmuş, mumhanesinde Edirne'yi aydınlatıcı mumlar dökülmüş ve tabhanelerinde ise

¹³⁴ Ratip Kazancıgil - Nilüfer Gökçe - Ender Bilar; *Edirne'nin Sağlık ve Sosyal Yardım Tarihi 1361–2008* T. C. Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, 2009 s.27

misafirler ağırlandı. Darrüşifa kısmı ise dönemin en önemli sağlık merkezlerinden biridir. Kuruluşunda her türlü hastalara hizmet vermiştir, öyle ki kuruluş vakfiyesinde hastanenin personeli sayılırken 2 cerrah ve 2 göz doktorundan da söz edilir. Demek ki 1500'lü yıllarda bu mekânlarda göz hastalıklarına dahi bakılmaktaydı. Daha sonraki yıllarda şifahane, ruh hastalarına yönelik hizmet vermeye başlar. Hastalar dönemin tıp bilgi ve ilaçlarının yanı sıra, su sesi, musiki, güzel kokular ve çeşitli meşguliyetlerle tedavi edilirler.¹³⁵

XVIII. yüzyılda Edirne'nin Tıp Tarihimiz açısından önemli bir olayı çiçek aşısını Batıya aksettirmede bir köprü görevi yapmasıdır. Türkiye'de çiçek hastalığına karşı aşıcı kadınlar tarafından uygulanan Çiçek Aşısı'nı (Variolation) 1717'de bir sene Edirne'de oturan İngiliz sefiri eşi Lady Montegu mektuplarıyla Avrupa'ya duyurmuş ve Edirne sosyetesinin inceliğini yaşatmıştır.¹³⁶

19. yüzyılda Osmanlı İmparatorluğunda başlayan Batılılaşma hareketleri ile tıp eğitiminde modernleşmeye gidilerek yeni hastaneler açılmaya başlanmıştır. İmparatorluğun bu ikinci başkentinde de, gerek sivil gerekse askeri alanda yeni hastaneler açılmıştır. Sultan II. Bayezid Darüşşifası'ndan sonra, Cumhuriyet dönemine kadar geçen zaman içerisinde Edirne'de kurulan hastaneleri sivil hastaneler ve askeri hastaneler olmak üzere İki gurup altında toplayabiliriz. Bunların dışında, Edirne'de Balkan Savaşı sırasında hastane olarak kullanılmış olan binalar ile karantinahaneler bulunmaktadır.¹³⁷

1-Sivil Hastaneler

Edirne Gureba "Belediye" Hastanesi

Fransız Hastanesi

Cezaevi Hastanesi

Dedeğaç Gureba Hastanesi

Gümölcine Gureba Hastanesi

¹³⁵ <http://www.trakya.edu.tr/kulliye/tarihce.html> (14/01/2010)

¹³⁶ Ratip Kazancıgil&Nilüfer Gökçe - Ender Bilar; *a.g.e* s.29

¹³⁷ Ratip Kazancıgil&Nilüfer Gökçe - Ender Bilar; *a.g.e* s.80

2-Askeri Hastaneler

Karaağaç Asker Hastanesi
 Edirne Merkez Asker Hastanesi
 Kırcaali Asker Hastanesi
 Cısr-i Mustafa Paşa Asker Hastanesi
 Ortaköy Asker Hastanesi
 Dimetoka Asker Hastanesi
 Dedeağaç Asker Hastanesi
 Ahi Çelebi Asker Hastanesi
 Gümölcine Asker Hastanesi
 Kırk Kilise "Kırklareli" Asker Hastanesi
 Tırnova Asker Hastanesi
 Gelibolu Asker Hastanesi
 Eceabat Asker Hastanesi
 Tekfurdağı "Tekirdağ" Asker Hastanesi

3.2.1. İldeki Sağlık Kurum ve Kuruluşları

Edirne’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları, Trakya Üniversitesine bağlı Tıp Fakültesi Hastanesi ile özel hastane ve özel poliklinik merkezleri tarafından verilmektedir.

3.2.1. 1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren İl Sağlık Müdürlüğü kendisine bağlı 9 Sağlık Grup Başkanlığı, 3 Devlet Hastanesi, 1 Ağız ve Diş sağlığı Merkezi 3 İlçe Hastanesi, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 9 112 Acil Yardım İstasyonu, 3 Verem Savaş Dispanseri ile Edirne ilinde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve yürütülmesini sağlamaktadır.

3.2.1. 1.1. İl Sağlık Müdürlüğü

Sağlık hizmetlerinde il sağlık teşkilatının yapısı ve işleyişi Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan 20.12.2001 tarihli 8597 sayılı “**Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**” ile belirlenmiştir. Yönergenin 6. Maddesine göre;¹³⁸ İl düzeyinde sağlık hizmetlerinden birinci derecede sorumlu yöneticiler, vali ve sağlık müdürüdür. **Vali:** İlde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden, eşgüdümünden ve geliştirilmesinden birinci derecede sorumlu kişidir. Valiler, yetkilerinin bir kısmını yardımcılarında birine ya da sağlık müdürüne devredebilirler. **Sağlık Müdürü:** Her ilde bir sağlık müdürü ile Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği’nde belirtilen sayıda sağlık müdür yardımcısı bulunur. Sağlık müdürü, görevleri müdür yardımcıları arasında dengeli bir şekilde dağıtır. Sağlık müdür yardımcıları, kendilerine verilen görevleri sağlık müdürünün vereceği yetki sınırları içinde yürütürler.

Sağlık müdürlüğünce verilecek hizmetler, müdürlük bünyesindeki şube müdürlükleri aracılığı ile yürütülür.

Devlet hastaneleri ve ilçe hastaneleri dışında diğer kurumların gelir toplama ve gider gerçekleştirme işlemleri İl Sağlık Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmektedir. İl Sağlık Müdürlüğü döner sermayesinin son 3 yıllık gelir ve gider durumu aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo: 3.3

Edirne İl Sağlık Müdürlüğünün Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	1.345.507,53 TL	1.334.290,56 TL	0,99
2009	2.506.230,95 TL	1.702.698,10 TL	0,68
2010	2.439.902,95 TL	1.819.691,05 TL	0,75

Kaynak: Edirne 1 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

¹³⁸ 20.12.2001 tarihli 8597 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” (<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmesiyonergesi.pdf>) (21.01.201)

İl Sağlık Müdürlüğünün en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 61'ini ayaktan yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri oluşturmuştur. Kalan % 39 'luk kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri gibi, diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 71'ini hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan % 29'luk kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah ve yolluk gibi harcamaları oluşturmaktadır.

2008 yılına göre 2009 ve 2010 yıllarında neredeyse iki katına yakın artan gelir göze çarpmaktadır. Sağlık Müdürlüğü yetkilileri ile yapılan görüşmede bunun nedeninin sağlık kurum ve kuruluşlarından yapılan karşılıksız kaynak aktarımları, 2009 yılında Halk Sağlığı Laboratuvarının yasal zorunluluk olarak özellikle içme suyu ile ilgili test ve tahlil çeşitliliğinin artırılması ve aile hekimliğinin yürürlüğe girmesi ile hastanelerden alınan laboratuvar tetkik hizmetlerinin artması bu gelir artışına sebep gösterilmiştir.

Tahakkuk ettirilen gelirlerin cari yıl içinde tahsil edilememesi veya SGK ve Yeşil Kart gibi geri ödeme merkezlerinin yılsonunda bazı ödemeleri tenkis edip ödememesi neticesinde gelir artışı oranında gider gerçekleştirilemediği göze çarpan diğer önemli bir husustur.

İl sağlık müdürlüğü sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın önemli bir kısmını döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır. Döner sermaye gelirleri ile karşılanamayan kısımlar için yıl içinde bakanlık merkez teşkilatı merkezi bütçe ödeneğinden peyderpey ödenek göndermektedir.

3.2.1.1.2. Edirne Devlet Hastanesi

Edirne kale duvarlarıyla burçlarının harap olup tehlikeli hale gelmesi üzerine, şehrin önde gelen kişilerinin 1866 yılında Vali Hurşit Paşa başkanlığında yaptıkları bir toplantıda, kale duvarları ve burçlarının yıktırılarak taş ve arsalarının satılmasına, elde edilecek para ile bir Gureba Hastanesi, fakir ve kimsesiz çocuklar için de bir İslâhane (Yetiştirme Yurdu) yapılmasına karar verilmiştir. Bu iş için belediyede özel bir komisyon kurulmuş ve hemen aynı yıl sonunda Sultan Selim Cami'i yakınında, kırlangıç bayırı ile Taftin Ağa sokağı arasında Gureba Hastanesi adı verilen bina inşa edilmiştir.

1982–1983 yıllarında Edirne Tıp Fakültesi Servislerin olduğu birimde hizmet vermiş, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi binasının tamamlanması ile bina tekrar hastaneye bırakılmıştır. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması olarak yaptırılmış olan şimdiki FTR ve Ortopedi Servisinin bulunduğu bölüm de, 1996 yılında hastaneye devredilmiştir.

Pavyon sisteminden bugünkü modern görünümüne sahip hastaneye, 2004 yılı sonunda Çocuk Kliniği binası eklenerek, daha modern bir hastane olmuştur.

Edirne Devlet Hastanesi, Selimiye Devlet Hastanesi ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi Sağlık Bakanlığı kararı ile 01.08.2009 tarihinden itibaren Edirne Devlet Hastanesi adı altında birleştirilmiştir.¹³⁹

3.2.1.1.2.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 108'i uzman doktor, 23'ü pratisyen doktor olmak üzere toplam 570 kişidir. Geriye dönük olarak 5 yıllık personel sayısı incelendiğinde dalgalı bir personel sayısının olduğu dikkat çekmektedir. 2006 yılında 426 olan personel sayısı 2007 yılında 332, 2008 yılında

¹³⁹ <http://www.edirnedh.gov.tr/> (26.01.2011)

301, 2009 yılında 552, 2010 yılında ise 570 olarak görünmektedir. Hastane yetkilileri ile yapılan görüşmede 2006 yılı ve öncesinde Edirne’de bulunan Trakya Üniversitesini kazanarak okumaya gelen sağlık personelinin kadrolarının hastaneye alınması neticesinde personel sayısının zaman zaman çok arttığı, daha sonradan bakanlık tarafından izlenen düzenli kadro standartları uygulamaları neticesinde kadroların normal standartlara çekildiği öğrenilmiştir. 2009 yılı içinde Edirne Devlet Hastanesi, Selimiye Devlet Hastanesi ile Edirne Göğüs Hastalıkları Hastanesi idari kadrosunun tek başhekimlik altında birleştirilerek hizmetlerin “Edirne Devlet Hastanesi” adı altında birleştirilmesi ile Kurumun personel sayısında diğer hastanelerin personellerinin katılımı ile önemli bir artış gözlenmektedir.

Kuruluştaki ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 375 personel çalıştırılmaktadır.

Tablo: 3.4
Edirne Devlet Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

	2006	2007	2008	2009	2010
Uz. Doktor Sayısı	72	68	63	106	108
Prat. Doktor Sayısı	18	13	9	24	23
Toplam Personel Sayısı	426	332	301	552	570
Yatak Kapasitesi	214	191	188	402	405
Yatak İşgal Oranı (%)	63	82	90	53	68
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	5	5	5	5	5
Acil Servis Poliklinik Sayısı	123.637	119.516	127.392	187.485	227.444
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	585.267	632.745	644.006	753.517	877.756
Servise Yatan Hasta Sayısı	10.789	12.341	13.253	15.403	18.248
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	4.639	5.112	4.923	7.987	15.627
Çekilen Diş Sayısı	8.154	13.948	10.051*		
Yapılan Dolgu Sayısı	2.133	4.199	3.607*		
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	24	374	484*		
Yapılan Hareketli Protez Parça Sayısı	916	2.572	1.262*		
Detertraj-Küretaj Sayısı	5.021	6.897	6.611*		
Diş Üniti Sayısı	5	5	5*		

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

*İlk 8 aylık bilgileri kapsamaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yatak kapasitesi tanımları zaman içinde değişebildiğinden Kurumun yatak kapasitesi 2006 yılına göre 2007 ve 2008 yılında azalmış gibi görünmektedir. Aslında azalma yoktur. Örneğin bazı yıllarda acil servis yatakları veya yoğun bakım servisi yatakları yatak sayısına dahil edilmez iken bazı yıllar dahil edilmektedir. 2009 yılında Edirne’de bulunan hastanelerin birleşmesi ile yatak sayısı belirgin bir biçimde artmış ve kurum şu anda 405 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Hastane ve servislerin hizmet değerlendirmesinde önemli bir kıstas olan yatak işgal oranı; belli bir dönemde (3 ay veya 1 yıl) ve belli bir servisten veya hastanede toplam yatılan gün sayısı x 100 / Aynı dönemdeki gün sayısı x Fiili yatak sayısı formülü ile hesaplanmaktadır. Bu oran hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösterir. Kurumun yatak işgal oranı hastaneye başvuran hastaların niteliği, kurumdaki doktor sayısı ve doktor tercihlerine bağlı olarak yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlemektedir.

Ortalama yatılan gün sayısı; belli bir dönemde hastaneden taburcu olanların (ölenler dâhil) toplam yattıkları gün sayısı, aynı dönemde hastaneden taburcu olanların (ölenler dahil) toplam sayısına bölünmesi ile bulunur. Hastaneden taburcu olan (ölen dâhil) bir hastanın hastanede ortalama kaç gün kaldığını gösteren bir ölçüttür. Kurumda ortalama kalış süresi 5 gün olarak hesaplanmıştır.

Acil servise ve diğer servislere başvuran hasta sayısında yıldan yıla artış görülmektedir. 2006 yılında acil servis başvuru sayısı 123.637 iken 2008 yılında 127.392’ye 2009 yılında hastanelerin birleşmesi ile 187.485’e ve 2010 yılında 227.444’e ulaşmıştır. Acil Servis dışındaki diğer servislere 2006 yılında 585.267 iken 2008 yılında 644.006’ya 2009 yılında hastanelerin birleşmesi ile 753.517’e ve 2010 yılında 877.756’e ulaşmıştır. Edirne’nin merkez nüfusu ile kıyasladığımızda Edirne halkı 2010 yılında ortalama 1,5 kere acil servise 5,5 kere diğer servis polikliniklerine başvurarak tedavi olmak istemiştir.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı yıldan yıla artış göstermekle birlikte başvuru yapan hastaların servise yatış oranı yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlemiştir. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2006 yılında % 1,52'si, 2007 yılında % 1,64'ü, 2008 yılında % 1,72'si 2009 yılında % 1,64'ü ve 2010 yılında % 1,65'i servislere yatırılmıştır.

Servise yatırılan hastaların 2006 yılında % 43'ü 2007 yılında % 41,42'si 2008 yılında % 37,15'i 2009 yılında %51,85'i 2010 yılında ise % 85,64'ü ameliyat olarak tedavi edilmiştir.

2008 yılı Eylül ayı içerisinde Edirne'de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin açılması ile Edirne Devlet Hastanesi ve Selimiye Devlet Hastanesindeki diş hekimleri ve diş tedavi birimlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine taşınması ile kuruma ait 2009 ve 2010 yılı ağız ve diş sağlığı bilgileri gösterilememiştir.

Sağlıkta dönüşüm programının bir gereği olarak Edirne Devlet Hastanesi, Selimiye Devlet Hastanesi ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi Sağlık Bakanlığı kararı ile 01.08.2009 tarihinden itibaren Edirne Devlet Hastanesi adı altında birleştirilmesi ile Edirne üç ayrı binada sağlık hizmeti verilmektedir. Binalar arasındaki bilgi alışverişi teknolojik alt yapı ile sağlansa da fiziki mekânların farklı olması sağlık hizmeti sunumunda zaman zaman aksaklıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca temizlik, ısınma, güvenlik ve teknik anlamda kaynak israfına neden olmaktadır. Üç ayrı hastane yerine ihtiyacı karşılayacak tek bir devlet hastanesi yapılıp sağlık hizmetlerinin bir arada yapılması için fizibilite ve proje hazırlıklarına başlandığı bilinmektedir. Bu hazırlıkların bir an önce tamamlanarak yeni bir devlet hastanesinin yapılması sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi arttıracak ve kaynak israfının da önüne geçecektir.

3.2.1.1.2.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

Edirne Devlet Hastanesinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayakta ve yatarak yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri ile ameliyat gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 89'u bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 11 'lik kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 55'ini hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan % 45'lik kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.5

Edirne Devlet Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

YILLAR	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	24.045.607,96 TL	24.024.918,47 TL	% 99
2009	38.622.044,38 TL	36.104.984,91 TL	% 93
2010	39.483.341,39 TL	38.772.159,89 TL	% 98

Kaynak: Edirne 1 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

2009 yılında Edirne'de hastanelerin birleşmesi sonucu gelir ve giderdeki artışlar göze çarpmaktadır.

Edirne Devlet Hastanesi sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır. Kurum gelirlerinin tamamına yakını geri ödeme kurumlarından tahsil ederek yatırıma dönüştürmeyi başarmış ve dengeli bir bütçe politikası izlemiştir.

3.2.1.1.3. Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 15.09.2008 tarihinde hizmete açılmıştır. Edirne Devlet Hastanesi ve Selimiye Devlet Hastanesindeki diş hekimleri ve diş tedavi birimlerinin, Sağlık Bakanlığının talimatları doğrultusunda birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Yeni bina yapılıncaya kadar geçici olarak Edirne Devlet Hastanesi bahçesindeki ek binası ve 112 Acil Komuta Merkezinin üst katında Başhekimlik Binası olarak iki ayrı binada hizmet verilmektedir. Kurumun yeni binası inşaatı Edirne’de Trakya Birlik İlköğretim Okulu yanında başlatılmış olup 2011 yılı Haziran ayına kadar bitirilip hizmete açılması planlanmaktadır.

3.2.1.1.3.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 1’i uzman doktor, 19’u diş hekimi olmak üzere toplam 32 kişidir. 15.09.2008 tarihinde hizmete açılan Kurumun personel sayısında önemli bir değişiklik olmamıştır. 2010 yılında Kuruma atanan çene cerrahisi uzmanı genelde İstanbul’a sevk edilen bir kısım cerrahi diş ve çene operasyonları artık kurum bünyesinde yapılabilmektedir.

Kurumda ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 29 personel çalıştırılmaktadır.

Kurumda yataklı tedavi hizmeti verilmemektedir. Hastalar ayaktan tedavi edilmektedir. 2008 yılında 8 adet diş üniti ile hizmete başlanan kurumda daha sonra bu sayı 13’e çıkarılmıştır. Gündüz ve akşam olmak üzere çift vardiya şeklinde sağlık hizmeti verilmektedir.

Polikliniklere başvuran hasta sayısı yıldan yıla artış göstermiştir. Polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2008 yılında % 4,72’sinin, 2009 yılında % 10,11’inin, 2010 yılında % 9,72’sinin dişi çekilmiştir. Kurumda ayrıca dolgu, kanal dolgu, protez, detertraj-küretaj hizmetleri ile cerrahi sağlık hizmetleri verilmektedir.

Tablo: 3.6
Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2008*	2009	2010
Uz. Doktor Sayısı			1
Doktor Sayısı	19	19	19
Toplam Personel Sayısı	26	31	32
Poliklinik Sayısı	29.185	169.813	176.856
Çekilen Diş Sayısı	6.095	17.170	17.189
Yapılan Dolgu Sayısı	1.609	6.971	13.530
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	132	476	806
Yapılan Sabit Protez sayısı	0	2.824	14.447
Yapılan Hareketli Protez Parça Sayısı	706	2.924	2.277
Detertraj-Küretaj Sayısı	3.687	13.027	8.218
Diş Üniteleri Sayısı	8	13	13

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

*Son 3,5 Aylık Veriler

3.2.1.1.3.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan yapılan tıbbi uygulama, muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 99'u bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 1'lik kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 39'unu hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan % 61'lik kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.7

Edirne Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

YILAR	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008*	792.506,24 TL	371.173,75 TL	% 47
2009	2.726.466,38 TL	1.717.687,42 TL	% 63
2010	3.164.823,56 TL	2.252.926,01 TL	% 71

Kaynak: Edirne 1 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

*Son 3 Aylık Veriler

Tablo 3.7’de Kurumun döner sermaye gelir ve giderleri görülmektedir. Tabloya bakıldığında gelir artışı oranında gider gerçekleştirilemediği göze çarpmaktadır. Kurum yetkilileri ile yapılan görüşmede aslında Kurumun ihtiyaç duyduğu başta tıbbi cihaz olmak üzere pek çok eksiği olduğu, fiziki mekân sıkıntısı nedeni ile alım yapılamadığı, yeni binaları yapılıncaya ihtiyaç duyulan eksikliklerin satın alınacağı öğrenilmiştir.

3.2.1.1.4. Uzunköprü Devlet Hastanesi

Hastane 1955 yılında faaliyete geçmiştir. Sağlık Bakanlığına tahsisi yapılmış 14.800 m² arsa üzerinde bulunan merkez binaları ve 13.125 m² arsa üzerinde bulunan ek bina ile birlikte, hastane halen toplam 4 ana binada hizmet vermektedir. C Bloкта, 1989 yılında devlet vatandaş işbirliği ile temeli atılmış olan 50 yataklı ek hastane binası yapımı tamamlanmış ve kadro yatak sayısı 2005 yılında 200’e yükselmiştir.

Hastane hemodiyaliz ünitesi, 13 Mart 2002 günü hizmete sunulmuştur. 200 yatak kapasitesi ile hizmete devam ederken, 24.12.2006 tarihinden itibaren hastalar merkez bina hastane servislerinde, Avrupa standartlarında, 2 kişilik, banyo ve tuvaletli hasta odalarında sağlık hizmeti almaya başlamışlardır. Acil Servis 2006 Ekim ayı içerisinde modernize edilmiş olarak yeni yerinde sağlık hizmeti sunmaktadır.

Son 2 sene içerisinde; Sağlık Bakanlığı talimatları doğrultusunda Hekim Seçme Hakkı uygulamasına 2004 Kasım ayı başı itibari ile geçilmiştir. Hastane, Hekim Seçme Hakkı uygulamasına geçen ilk 11 hastanenin içerisinde yer almaktadır. Sağlıkta

Dönüşüm Projesi kapsamında, Hasta Hakları Birimi kurulmuş olup, hastalar ve çalışanlara eğitim verilmektedir.

3.2.1.1.4.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 28'i uzman doktor, 9'u pratisyen doktor olmak üzere toplam 152 kişidir. Geriye dönük olarak 5 yıllık personel sayısı incelendiğinde personel sayısının 2010 yılında azaltıldığı dikkat çekmektedir. Hastane yetkilileri ile yapılan görüşmede 2006 yılından itibaren döner sermaye bütçesi üzerinden alınan sözleşmeli sağlık personelinin kuruşa getirdiği ek mali külfet nedeni ile personel sayısında azaltılmaya gidildiği öğrenilmiştir.

Kurumda ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 110 personel çalıştırılmaktadır.

Tablo: 3.8
Uzunköprü Devlet Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2006	2007	2008	2009	2010
Uz. Doktor Sayısı	29	29	23	33	28
Doktor Sayısı	13	8	9	8	9
Toplam Personel Sayısı	180	171	171	185	152
Yatak Kapasitesi	193	192	196	190	200
Yatak İşgal Oranı (%)	37	36	43	37	43
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	4	4	4	3	4
Acil Servis Poliklinik Sayısı	76.910	85.342	92.249	97.846	90.395
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	310.722	371.283	315.621	310.948	316.284
Servise Yatan Hasta Sayısı	7.122	7.131	8.079	8.173	8.002
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	2.083	2.711	2.761	2.932	3.164
Çekilen Diş Sayısı	5.141	8.950	11.244	9.268	8.361
Yapılan Dolgu Sayısı	109	844	1015	1.405	2.061
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	11	148	320	251	367
Yapılan Hareketli Protez Parça Sayısı	0	0	411	942	1.322
Detertraj-Küretaj Sayısı	58	2.093	1.912	811	1.445
Operasyon (Flep,Gingivektomi vb.) sayısı	0	0	8	0	3
Diş Üniteleri Sayısı	2	5	5	5	4

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

2006 yılında 193 plan yatak kapasitesi 2010 yılında 200'e çıkarılmıştır. Halen 200 yatak kapasitesi ile hizmet verilmektedir.

Kurumun yatak işgal oranı 2006 yılında % 37 iken 2010 yılında % 43'e çıkmıştır. Yatak işgal oranı yıllar itibari ile yükselse de Türkiye ortalamasının altındadır. Bu da Kurumun atıl kapasite ile çalıştığını göstermektedir.

Kurumda ortalama kalış süresi 4 gün olarak hesaplanmıştır.

Acil servise başvuran hasta sayısında yıldan yıla artış görülmele birlikte 2010 yılında düşüş olmuştur. 2006 yılında acil servis başvuru sayısı 79.910 iken 2008 yılında 92.249'a 2009 yılında 97.846'e yükselmiş ve 2010 yılında 90.395'e düşmüştür. Acil Servis dışındaki diğer servislere 2006 yılında 310.722 iken 2008 yılında 315.621'e 2009 yılında 310.948'e ve 2010 yılında 316.284'ya ulaşmıştır. Uzunköprü'nün nüfusu ile kıyasladığımızda Uzunköprü halkı 2010 yılında ortalama 1,3 kere acil servise 4,5 kere diğer servis polikliniklerine başvurarak tedavi olmak istemiştir.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı oranı yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlemiştir. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2006 yılında % 1,82'si, 2007 yılında % 1,56'sı, 2008 yılında % 1,98'i 2009 yılında % 2,00'si ve 2010 yılında % 1,97'si servislere yatırılmıştır.

Servise yatırılan hastaların 2006 yılında % 29,25'i 2007 yılında % 38,02'si 2008 yılında % 34,18'i 2009 yılında % 35,87'si 2010 yılında ise % 39,54'ü ameliyat olarak tedavi edilmiştir.

Uzunköprü'de ayrı bir ağız ve diş sağlığı merkezi olmadığı için ağız ve diş sağlığı hizmetleri hastane bünyesinde bulunan ağız ve diş sağlığı birimi ve diş hekimleri tarafından verilmektedir. Çekilen Diş Sayısı 2006 yılında 5.141 iken 2008 yılında 11.244'e yükselmiş 2010 yılında 8.361'e düşmüştür. Kurumda ayrıca dolgu,

kanal dolgu, hareketli protez detertraj-küretaj ve basit ağız sağlığı operasyonları yapılabilmektedir.

3.2.1.1.4.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

Uzunköprü Devlet Hastanesinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan ve yatarak yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri ile ameliyat gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 93'ü bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 7'lik kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 55'ini hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan % 45'lik kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.9

Uzunköprü Devlet Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

YILLAR	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	10.193.452,50 TL	8.774.980,76 TL	% 86
2009	11.245.153,05 TL	11.344.857,06 TL	% 101
2010	13.104.111,49 TL	12.906.918,89 TL	% 98

Kaynak: Edirne 1 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Kurumun döner sermaye gelir ve giderleri tablo 3,8'de gösterilmiştir. 2009 yılı gelirleri giderlerinden fazla görünmektedir. Bunun sebebi 2008 yılında tahsil edilemeyen gelirlerin 2009 yılında tahsil edilmiş olabileceği gibi, yeni yılda ödemek şartı ile gelirden fazla gider harcaması yapılmış ta olabilir.

Uzunköprü Devlet Hastanesi sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır. Kurum gelirlerinin tamamına yakını geri ödeme kurumlarından tahsil ederek yatırıma dönüştürmeyi başarmış ve dengeli bir bütçe politikası izlemiştir.

3.2.1.1.5. Keşan Devlet Hastanesi

Hastane 1914 yılında 50 yataklı olarak hizmete açılmış, 1984 yılında 100 yatağa çıkarılmıştır. 21.11.2004 tarihinden itibaren 175 yataklı olarak hizmet vermektedir.

2009 yılında; hastane morg ünitesinin yenilenmesi ve revizyonu, hastane A blok bina içi boyanması, çocuk Servisine çocuk oyun odası yapılması, ameliyathaneye hasta yakınları için bekleme odası yapımı, hasta mahremiyeti kapsamında 175 adet hasta yatağı arasında (antibakteriyel) perde yapımı, hastane bahçesini düzenleme kapsamında oturma grupları alımı ve çimlendirme, eski kalorifer dairesinin revize edilerek eczane deposu olarak düzenlenmesi işlemleri ile hastane ihtiyaçlara cevap veren daha modern bir görünüme kavuşturulmuştur.

3.2.1.1.5.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 35'i uzman doktor, 10'u pratisyen doktor olmak üzere toplam 240 kişidir.

Kurumda ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 114 personel çalıştırılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yatak kapasitesi tanımları zaman içinde değişebildiğinden Kurumun yatak kapasitesi bazı yıllarda azalmış gibi görünmektedir. Aslında azalma yoktur. Örneğin bazı yıllarda acil servis yatakları

veya yoğun bakım servisi yatakları yatak sayısına dahil edilmez iken bazı yıllar dahil edilmektedir. Kurum şu anda 175 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Tablo: 3.10
Keşan Devlet Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2006	2007	2008	2009	2010
Uzman Doktor Sayısı	31	30	27	28	35
Pratisyen Doktor Sayısı	12	7	5	9	10
Toplam Personel Sayısı	266	235	221	232	240
Yatak Kapasitesi	146	172	169	165	175
Yatak İşgal Oranı (%)	64	58	63	56	55
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	4	4	3	4	4
Acil Servis Poliklinik Sayısı	90.583	75.763	83.950	110.357	93.813
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	289.310	292.585	254.289	285.861	324.643
Servise Yatan Hasta Sayısı	8.393	8.870	11.243	8.891	8.816
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	2.503	3.710	3.903	4.259	4.350
Çekilen Diş Sayısı	4.186	4.932	6.188	9.821	7.891
Yapılan Dolgu Sayısı	235	444	89	1.014	727
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	24	11	0	37	83
Yapılan Hareketli Protez Parça Sayısı	321	337	314	748	995
Detertraj-Küretaj Sayısı	2.933	3.895	5.489	1.108	2.937
Operasyon (Flep,Gingivektomi vb.) sayısı	1.210	0	0	38	351
Diş Üniti Sayısı	2	3	3	5	5

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Kurumun yatak işgal oranı 2006 yılında % 64 iken 2010 yılında % % 55'e düşmüştür. Yatak işgal oranı bazı yıllarda yükselse de Türkiye ortalamasının altındadır. Bu da Kurumun atıl kapasite ile çalıştığını göstermektedir.

Kurumda ortalama kalış süresi 4 gün olarak hesaplanmıştır.

2006 yılında acil servis başvuru sayısı 90.583 iken 2008 yılında 83.950'ye düşmüş, 2009 yılında 110.357'ye yükselmiş ve 2010 yılında 93.813'e düşmüştür. Acil Servis dışındaki diğer servislere başvuru 2006 yılında 289.310 iken 2008 yılında 257.289'a düşmüş 2009 yılında 285.861'e yükselmiş ve 2010 yılında

324.643'e ulaşmıştır. Keşan'ın nüfusu ile kıyasladığımızda Keşan halkı 2010 yılında ortalama 1,2 kere acil servise 4,2 kere diğer servis polikliniklerine başvurarak tedavi olmak istemiştir.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı oranı yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlemiştir. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2006 yılında % 2,21'i, 2007 yılında % 2,41'i, 2008 yılında % 3,32'si 2009 yılında % 2,24'ü ve 2010 yılında % 2,11'i servislere yatırılmıştır.

Servise yatırılan hastaların 2006 yılında % 24,46'sı 2007 yılında % 41,83'ü 2008 yılında % 34,71'i 2009 yılında % 47,90'si 2010 yılında ise % 49,34'ü ameliyat olarak tedavi edilmiştir.

Keşan'da 'de ayrı bir ağız ve diş sağlığı merkezi olmadığı için ağız ve diş sağlığı hizmetleri hastane bünyesinde bulunan ağız ve diş sağlığı birimi ve diş hekimleri tarafından verilmektedir. Çekilen Diş Sayısı 2006 yılında 4.186 iken 2008 yılında 6.188'e yükselmiş 2010 yılında 7.891'e düşmüştür. Kurumda ayrıca dolgu, kanal dolgu, hareketli protez detertraj-küretaj ve basit ağız sağlığı operasyonları yapılabilmektedir.

3.2.1.1.5.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

Keşan Devlet Hastanesinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan ve yatarak yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri ile ameliyat gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 91'i bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 9'luk kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 47'ini hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan %

53'lük kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.11

Keşan Devlet Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

YILLAR	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	11.635.569,45 TL	11.775.497,65 TL	%101
2009	12.841.543,82 TL	12.161.421,44 TL	%95
2010	14.666.484,19 TL	15.464.714,22 TL	%105

Kaynak: Edirne 2 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Kurumun döner sermaye gelir ve giderleri tablo 3.11'de gösterilmiştir. 2007, 2008, 2010 yılı gelirleri giderlerinden fazla görünmektedir. Bunun sebebi cari yılında tahsil edilemeyen gelirlerin sonraki yıllarda tahsil edilmiş olabileceği gibi, yeni yılda ödemek şartı ile gelirden fazla gider harcaması yapılmış ta olabilir.

Keşan Devlet Hastanesi sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır. Kurum gelirlerinin tamamına yakını geri ödeme kurumlarından tahsil ederek yatırıma dönüştürmeyi başarmış ve dengeli bir bütçe politikası izlemiştir.

3.2.2.1.6. Havsa İlçe Hastanesi

Havsa, 1954 yılında ilçe merkezi olduğunda Hükümet Tabipliği ilçe, Hacıgazi Mahallesi, Kırklareli Caddesinde, bugünkü İlçe Jandarma Komutanlığı'nın yanındaki binada faaliyete geçmiştir.

1961 yılında 10 yataklı Sağlık Merkezi, ilçe, Yeni Mahalle, Edirne – İstanbul yolu üzerinde bulunan bugünkü binada faaliyete geçtikten sonra, Hükümet Tabipliği de bu bina bünyesinde faaliyetine devam etmiştir. 224 Sayılı Kanun

gereğince 01.07.1969 tarihinde, Edirne ilinin Sosyalleştirme kapsamına alınması ile bu sistemde çalışmalar sürdürülmüştür.

Hükümet Tabipliği döneminde ilçeye bağlı beş köyde köy grup ebelikleri mevcutken, entegrasyon dönemindeki çalışmaların halktan büyük destek görmesi ile sosyalizasyon döneminde grup ebelikleri kaldırılarak sağlık evleri oluşmuştur.

Sağlık Hizmetlerinde verimliliğin artırılması kaynak tasarrufunun sağlanması sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunun tek merkezden yapılması sureti ile Koruyucu ve Tedavi edici Sağlık Hizmetlerinin bir arada yürütülmesini imkan tanıyan güçlendirilmiş Entegre İlçe Hastanesi Yönergesi 14.11.2006 Tarih ve 8857 sayılı onay ile yürürlüğe girerek İlçedeki tüm sağlık kurumları personel olarak birleştirilmiştir. Halen Entegre İlçe Hastanesi Sağlık Hizmeti vermeye devam etmektedir. Ayrıca Havsa 112 Acil Yardım İstasyonu kurularak İlçe Hastanesine Entegre olarak faaliyetini sürdürmektedir.

3.2.1.1.6.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 7'si pratisyen doktor olmak üzere toplam 31 kişidir. Kurumda uzman hekim bulunmamaktadır.

Kurumda ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 7 personel çalıştırılmaktadır.

Kurumun acil servis hasta gözlem yatakları dışında hasta yatağı yoktur. Yataklı tedavi hizmeti verilmemektedir.

2007 yılında acil servis başvuru sayısı 25.683 iken 2008 yılında 17.394'e düşmüş, 2009 yılında 19.867'ye yükselmiş ve 2010 yılında 25.522'ye yükselmiştir. Acil Servis dışındaki diğer servislere başvuru 2007 yılında 34.596 iken 2008 yılında 24.183'e düşmüş 2009 yılında 27.894'e yükselmiş ve 2010 yılında 40.784'e yükselmiştir. Havsa'nın nüfusu ile kıyasladığımızda Havsa'lılar 2010 yılında

ortalama 1,2 kere acil servise 1,9 kere diğer servis polikliniklerine başvurarak tedavi olmak istemiştir.

Tablo: 3.12
Havsa İlçe Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2007	2008	2009	2010
Uz. Doktor Sayısı	1	0	1	0
Doktor Sayısı	3	4	6	7
Toplam Personel Sayısı	37	35	39	31
Yatak Kapasitesi	0	0	25	25
Acil Servis Poliklinik Sayısı	25.683	17.394	19.867	25.522
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	34.596	24.183	27.894	40.784
Çekilen Diş Sayısı	995	1.275	1.996	2.169
Yapılan Dolgu Sayısı	183	434	331	566
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	0	0	0	43
Detertraj-Küretaj Sayısı	341	442	380	385
Diş Üniteleri Sayısı	1	1	1	2

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Havsa'da 'de ayrı bir ağız ve diş sağlığı merkezi olmadığı için ağız ve diş sağlığı hizmetleri hastane bünyesinde bulunan ağız ve diş sağlığı birimi ve diş hekimleri tarafından verilmektedir. Çekilen Diş Sayısı 2007 yılında 995 iken 2008 yılında 1.275'e 2010 yılında 2.169'e yükselmiştir. Kurumda ayrıca dolgu, kanal dolgu, hareketli protez detertraj-küretaj ve basit ağız sağlığı operasyonları yapılabilmektedir.

3.2.1.1.6.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

Havsa İlçe Hastanesinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 96'ı bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 4'lük kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 43'ünü hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan % 57'lik kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.13
Havsa İlçe Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	835.491,61 TL	633.100,66 TL	% 76
2009	935.160,17 TL	1.099.187,79 TL	% 118
2010	994.287,84 TL	857.897,78 TL	%86

Kaynak: Edirne 1 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Kurumun döner sermaye gelir ve giderleri tablo 3.13'de gösterilmiştir. 2009 yılı gelirleri giderlerinden fazla görünmektedir. Bunun sebebi cari yılında tahsil edilemeyen gelirlerin sonraki yıllarda yılında tahsil edilmiş olabileceği gibi, yeni yılda ödemek şartı ile gelirden fazla gider harcaması yapılmış ta olabilir.

Havsa İlçe Hastanesi sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır

3.2.1.1.7. İpsala İlçe Hastanesi

İpsala Devlet Hastanesi 1974 yılında hizmete açılmış olup, 575 metrekare çift katlı bina kullanım alanına sahiptir. 1986 yılında yetersiz görülen hizmet binasına ek olarak 525 metrekare çift katlı bina önceleri vatandaş ve Dernek işbirliği ile yapımına başlanarak, 1997 yılında Sağlık Bakanlığına teslim edilmiştir. 2001 yılında 50 yatak kapasiteli olmuştur.

3.2.1.1.7.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 3'ü uzman 3'ü pratisyen doktor ve 2'si diş hekimi olmak üzere toplam 33 kişidir. Kurumda 1 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, 1 genel cerrahi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı hizmet vermektedir.

Kurumda ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 19 personel çalıştırılmaktadır.

Tablo: 3.14
İpsala İlçe Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2006	2007	2008	2009	2010
Uz. Doktor Sayısı	3	2	3	3	3
Doktor Sayısı	2	4	3	2	3
Toplam Personel Sayısı	24	32	33	35	32
Yatak Kapasitesi	50	33	33	31	31
Yatak İşgal Oranı (%)	21	52	43	53	47
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	5	5	4	4	4
Acil Servis Poliklinik Sayısı	40.410	31.683	34.980	41.520	35.765
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	75.558	61.468	59.758	75.328	64.666
Servise Yatan Hasta Sayısı	830	1.334	1.291	1.430	1.222
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	111	163	125	201	168
Çekilen Diş Sayısı	1.243	3.147	5.002	5.812	3.725
Yapılan Dolgu Sayısı	114	173	224	399	83
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	95	25	7	21	0
Yapılan Hareketli Protez Parça Sayısı	0	0	0	401	1.258
Detertraj-Küretaj Sayısı	223	657	908	1.559	1.180
Operasyon (Flep, Gingivektomi vb.) sayısı	1	198	0	0	0
Diş Ünitisi Sayısı	2	2	2	2	2

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Kurum şu anda 31 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Kurumun yatak işgal oranı 2006 yılında % 21 iken 2010 yılında % 47'e çıkmıştır. Yatak işgal oranı bazı yıllarda yükselse de Türkiye ortalamasının altındadır. Bu da Kurumun atıl kapasite ile çalıştığını göstermektedir.

Kurumda ortalama kalış süresi 4 gün olarak hesaplanmıştır.

2006 yılında acil servis başvuru sayısı 40.410 iken 2008 yılında 34.980'ne düşmüş, 2009 yılında 41.520'ye yükselmiş ve 2010 yılında 35.765'e düşmüştür. Acil Servis dışındaki diğer servislere başvuru 2006 yılında 75.558 iken 2008 yılında 59.758'e düşmüş 2009 yılında 75.328'e yükselmiş ve 2010 yılında 64.666'ya düşmüştür. İpsala'nın nüfusu ile kıyasladığımızda İpsala halkı 2010 yılında ortalama 1,2 kere acil servise 2,1 kere diğer servis polikliniklerine başvurarak tedavi olmak istemiştir.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı oranı yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlemiştir. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2006 yılında % 0,72'si, 2007 yılında % 1,43'ü, 2008 yılında % 1,36'sı 2009 yılında % 1,22'si ve 2010 yılında % 1,22'si servislere yatırılmıştır.

Servise yatırılan hastaların 2006 yılında % 13,37'si 2007 yılında % 12,22'si 2008 yılında % 9,68'i 2009 yılında % 14,06'sı 2010 yılında ise % 13,75'ü ameliyat olarak tedavi edilmiştir.

İpsala'da 'de ayrı bir ağız ve diş sağlığı merkezi olmadığı için ağız ve diş sağlığı hizmetleri hastane bünyesinde bulunan ağız ve diş sağlığı birimi ve diş hekimleri tarafından verilmektedir. Çekilen Diş Sayısı 2006 yılında 1.243 iken 2008 yılında 5.002'ye yükselmiş 2010 yılında 3.725'e düşmüştür. Kurumda ayrıca dolgu, kanal dolgu, hareketli protez detertraj-küretaj ve basit ağız sağlığı operasyonları yapılabilmektedir.

3.2.1.1.7.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

İpsala İlçe Hastanesinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan ve yatarak yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri ile ameliyat gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 95'i bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 5'lik kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 36'sını hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan % 64'lük kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.15

İpsala İlçe Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

YILLAR	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	1.563.153,34 TL	1.692.082,88 TL	% 108
2009	2.042.847,94 TL	1.692.082,88 TL	% 83
2010	1.799.575,44 TL	2.262.262,73 TL	% 126

Kaynak: Edirne 2 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Kurumun döner sermaye gelir ve giderleri tablo 3.15'de gösterilmiştir. 2008, 2010 yılı gelirleri giderlerinden fazla görünmektedir. Bunun sebebi cari yılında tahsil edilemeyen gelirlerin sonraki yıllarda yılında tahsil edilmiş olabileceği gibi, yeni yılda ödemek şartı ile gelirden fazla gider harcaması yapılmış ta olabilir.

İpsala İlçe Hastanesi sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır.

3.2.1.1.8. Enez İlçe Hastanesi

Enez İlçe Hastanesi 1956 yılında hizmete açılmış olup, 1450 metrekare çift katlı bina kullanım alanına sahiptir. Sağlık Hizmetlerinde verimliliğin artırılması kaynak tasarrufunun sağlanması sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunun tek merkezden yapılması sureti ile Koruyucu ve Tedavi edici Sağlık Hizmetlerinin bir arada yürütülmesini imkan tanıyan güçlendirilmiş Entegre İlçe Hastanesi Yönergesi 14.11.2006 Tarih ve 8857 sayılı onay ile yürürlüğe girerek İlçedeki tüm sağlık kurumları personel olarak birleştirilmiştir. Halen Entegre İlçe Hastanesi olarak 10 acil servis yatağı ile sağlık Hizmeti vermeye devam etmektedir.

3.2.1.1.8.1.Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 3'ü pratisyen doktor olmak üzere toplam 31 kişidir. Kurumda uzman hekim bulunmamaktadır.

Kurumda ayrıca hizmet alımı yöntemi ve taşeron şirketler aracılığı ile temizlik, güvenlik, bilgi işlem ve teknik hizmetlerde 8 personel çalıştırılmaktadır.

Kurumun 10 adet acil servis hasta gözlem yatağı dışında hasta yatağı yoktur. Yataklı tedavi hizmeti verilmemektedir.

2006 yılında acil servis başvuru sayısı 7.983 iken 2008 yılında 15.210'a 2010 yılında 17.874'e yükselmiştir. Acil Servis dışındaki diğer servislere başvuru 2006 yılında 10.727 iken 2008 yılında 18.702'e 27.894'e yükselmiş ve 2010 yılında 28.348'e yükselmiştir. Enez'in nüfusu ile kıyasladığımızda Enez'liler 2010 yılında ortalama 1,7 kere acil servise 2,6 kere diğer servis polikliniklerine başvurarak tedavi olmak istemiştir.

Tablo: 3.16
Enez İlçe Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2006	2007	2008	2009	2010
Uzman Doktor Sayısı	0	0	0	1	0
Pratisyen Doktor Sayısı	4	5	4	4	3
Toplam Personel Sayısı	31	26	32	36	31
Yatak Kapasitesi	25	25	25	10	10
Acil Servis Poliklinik Sayısı	7.983	10.814	15.210	14.881	17.874
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	10.727	14.250	18.702	18.434	28.348
Çekilen Diş Sayısı	1.687	2.334	2.485	2.609	2.904
Yapılan Dolgu Sayısı	43	84	1	8	1
Yapılan Kanal Dolgu Sayısı	5	5	1	0	0
Detertaj-Küretaj Sayısı	28	8	0	0	0
Diş Ünitisi Sayısı	1	1	1	1	1

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Enez 'de ayrı bir ağız ve diş sağlığı merkezi olmadığı için ağız ve diş sağlığı hizmetleri hastane bünyesinde bulunan ağız ve diş sağlığı birimi ve diş hekimleri tarafından verilmektedir. Çekilen Diş Sayısı 2006 yılında 1.687 iken 2008 yılında 2.485'e 2010 yılında 2.904'e yükselmiştir. Kurumda ayrıca dolgu, kanal dolgu, hareketli protez detertaj-küretaj ve basit ağız sağlığı operasyonları yapılabilmektedir.

3.2.1.1.8.2. Kurumun Döner Sermayesinin Durumu

Enez İlçe Hastanesinin en önemli döner sermaye gelirlerini ayaktan yapılan muayene, rapor, tetkik ve tahlil gelirleri oluşturmaktadır. 2010 yılı döner sermaye gelirlerinin yaklaşık % 91'i bahsedilen bu gelirlerden oluşmaktadır. Kalan % 9'luk kısmını ise şartname satışı, karşılıksız aktarmalar, kurumlar arası bedelsiz mal ve malzeme gelirleri, ilaç gelirleri, tıbbi malzeme gelirleri gibi diğer gelirler oluşturmaktadır.

2010 yılı döner sermaye giderlerinin yaklaşık % 52'ini hizmet üretiminde kullanılan mal, malzeme, tıbbi cihaz, temizlik, giyecek ve gıda malzemeleri vb. alımı ile temizlik, güvenlik, taşıma gibi hizmet alımları oluşturmaktadır. Geri kalan %

48'lik kısım ise genel yönetim giderleri adı altında personele ödenen ek ödemeler, nöbet ücretleri harcırah yolluk gibi harcamalar ile vergi ve yasal kesintiler oluşturmaktadır.

Tablo: 3.17

Enez İlçe Hastanesinin Döner Sermaye Gelir ve Giderleri

YILLAR	GELİR	GİDER	GİDER/GELİR
2008	1.096.342,71 TL	933.399,01 TL	%85
2009	1.038.604,04 TL	1.084.228,55 TL	%104
2010	996.425,54 TL	1.005.403,99 TL	%101

Kaynak: Edirne 2 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Kurumun döner sermaye gelir ve giderleri tablo 3.17'de gösterilmiştir. 2009 ve 2010 yılı gelirleri giderlerinden fazla görünmektedir. Bunun sebebi cari yılında tahsil edilemeyen gelirlerin sonraki yıllarda tahsil edilmiş olabileceği gibi, yeni yılda ödemek şartı ile gelirden fazla gider harcaması yapılmış ta olabilir.

Havsa İlçe Hastanesi sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır

3.2.1.2. Trakya Üniversitesi Hastanesi

1974 yılında İstanbul Üniversitesine bağlı olarak "Edirne Tıp Fakültesi" adı altında kurulan Tıp Fakültesi, daha sonra 1982 yılında kurulan Trakya Üniversitesine bağlanmıştır. Trakya Üniversitesine bağlanmasıyla aynı yıl Edirne Devlet Hastanesi ek binalarında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kurulmuş hem sağlık hizmeti hem de lisans ve lisansüstü eğitim vermeye başlamıştır. 2009 yılında Kurumunun 27. yılını kutlayan Hastane, kurulduğu günden bu yana Edirne ve çevre illerin sağlık sorunlarına cevap vermektedir.

Edirne Devlet Hastanesi ek binalarında 27 yıl önce 18 öğretim üyesiyle başlayan sınırlı sağlık hizmetleri, bugün modern kampüsünde sağlığın her alanında ve modern teknoloji imkânlarıyla hizmet vermektedir.

3.2.1.2.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre 936 yatak kapasiteli üniversite hastanesi, 174 öğretim üyesi, 10 uzman doktor, 363 araştırma görevlisi, 388 hemşire, 10 sağlık memuru, 53 sağlık teknisyeni, 90 hastabakıcı ve 255 diğer çalışanıyla hizmet vermektedir.¹⁴⁰

Tablo: 3.18

Trakya Üniversitesi Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2006	2007	2008	2009	2010
Yatak İşgal Oranı (%)	78,10	77,39	79,00	70,00	68,00
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	10,70	9,63	9,00	9,00	8,00
Acil Servis Poliklinik Sayısı	19.868	35.763	26.072	27.006	31.431
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	214.675	248.728	308.538	300.724	338.931
Servise Yatan Hasta Sayısı	24.130	24.154	25.438	27.658	28.158
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	10.166	11.641	13.136	13.318	12.838

Kaynak: Trakya Üniversitesi Hastanesi Verileri

Hastanenin yatak işgal oranı 2006 yılında 78,10 iken yıldan yıla düşüş göstererek 2010 yılında 68,00'e düşmüştür. Hastanede ortalama yatılan gün süresi 2006 yılında 10,70 iken 2010 yılında 8,00'e düşmüştür. Üniversite hastanesi araştırma ve uygulama hastanesi olması nedeni ile ortalama yatılan gün sayısı ve yatak işgal oranı ildeki diğer sağlık kurumlarından yüksektir.

2006 yılında acil servis başvuru sayısı 19.868 iken 2007 yılında 35.763 yükselmiş 2008 yılında 26.072'ye düşmüş 2010 yılında 31.431 yükselmiştir. Acil

¹⁴⁰http://tuh.trakya.edu.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=1
(25/02/2011)

Servis dışındaki diğer servislere başvuru sayısı 2006 yılında 214.675 iken 2008 yılında 308.538'e 2010 yılında 338.931'e yükselmiştir.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı yıldan yıla artış göstermekle birlikte başvuru yapan hastaların servise yatış oranı yıllar itibari ile düşmüştür. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2006 yılında % 10,29'u, 2007 yılında % 8,49'u, 2008 yılında % 7,60'ı 2009 yılında % 8,44'ü ve 2010 yılında % 7,60'ı servislere yatırılmıştır. Hastaneye başvuran hastaların servise yatış oranları ildeki diğer hastanelerin oranlarından çok yüksektir.

Servise yatırılan hastaların 2006 yılında % 42,13'ü 2007 yılında % 48,19'u 2008 yılında % 51,64'ü 2009 yılında % 48,15'i 2010 yılında ise % 45,59'u ameliyat olarak tedavi edilmiştir.

3.2.1.3. Özel Sağlık Kurumları

Tüm Türkiye'de olduğu gibi Edirne'de de özel sektör sağlık yatırımları günden güne artmaktadır. Edirne merkezde iki özel hastane yanında pek çok özel tanı ve tedavi merkezleri ile özel sağlık hizmetleri verilmektedir.

3.2.1.3.1. Edirne Özel Ekol Hastanesi

Özel Ekol Hastanesi Edirne 'de 7500 m² alan üzerinde 2007 yılı sonunda açılmış olup halen faaliyetlerine devam etmektedir. Birçok ana branşta hizmet veren Ekol Hastanesi; toplam 34 yatağı, 1 doğumhane, 3 ameliyathanesi, Yeni doğan ve Erişkin yoğun bakım üniteleri, Laboratuvar ve Radyoloji hizmetleri ile sadece Edirne' de değil tüm Trakya bölgesindeki ve yurt dışından gelen hastalara da sağlık hizmeti sunmaktadır.¹⁴¹

¹⁴¹ <http://www.ekolhastanesi.com.tr/kurumsal/hastanemiz.html> (25/02/2011)

3.2.1.3.1.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 23'ü uzman 3'ü pratisyen doktor olmak üzere toplam 90 sağlık personeli ve 60 idari ve yardımcı hizmet personeli olmak üzere 150'den fazladır

Tablo: 3.19

Özel Ekol Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

YILLAR	2008	2009	2010
Uzman Doktor Sayısı	26	25	23
Pratisyen Doktor Sayısı	3	3	3
Toplam Personel Sayısı	94	91	90
Yatak Kapasitesi	26	34	34
Acil Servis Poliklinik Sayısı	7.986	14.094	13.423
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	88.793	153.422	106.714
Servise Yatan Hasta Sayısı	3.759	4.305	3.494
Yatak İşgal Oranı (%)	69	59	51
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	2	2	2
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	2.473	3.435	2.689

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Kurum 2007 yılında 26 yatak kapasitesi ile açılmış olup şu anda 34 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Kurumun yatak işgal oranı 2007 yılında % 69 iken 2010 yılında % 51'e düşmüştür.. Yatak işgal oranı ilk yıl yüksek olmasına rağmen sonraki yıllarda düşmüştür. Yatak işgal oranı ile birlikte sonraki yıllarda poliklinik ve ameliyat sayıları da düşmüştür. Alınan bilgilere göre zaman zaman baş gösteren ekonomik sıkıntılar nedeni ile bazı uzman hekimlerin kurumdan ayrılması hizmet sayısında düşüşe neden olmuştur.

Kurumda ortalama kalış süresi 2 gün olarak hesaplanmıştır.

2008 yılında acil servis başvuru sayısı 7.986 iken 2009 yılında 14.094'e yükselmiş ve 2010 yılında 13.423'e düşmüştür. Acil Servis dışındaki diğer servislere başvuru 2008 yılında 88.793 iken 2009 yılında 153.422'e yükselmiş ve 2010 yılında 106.714'e düşmüştür.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı oranı yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlemiştir. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2008 yılında % 3,88'i 2009 yılında % 2,57'i ve 2010 yılında % 2,91'i servislere yatırılmıştır.

Servise yatırılan hastaların 2008 yılında % 65,79'u 2009 yılında % 79,79'u 2010 yılında ise % 76,96'sı ameliyat olarak tedavi edilmiştir. Ameliyat oranlarına bakıldığında hastaların genelde ameliyat için yatırıldığı anlaşılmaktadır.

Kurumda ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmemektedir.

Özel hastanenin muhasebe bilgilerine ticari sır olduğu için ulaşılamamıştır. Bu nedenle gelir ve gider bilgileri ile bunların dağılımı hakkında yorum yapılamamıştır.

3.2.1.3.2. Edirne Özel Trakya Hastanesi

Hastane 1996 hizmete açılmıştır. Tıbbi poliklinik hizmetleri yanında laboratuvar, görüntüleme ve radyoloji merkezi, USG Dopler, Kemik Ölçümü MR, Mamografi, Dijital Röntgen, Panoramik Röntgen gibi hizmetler sunulmaktadır.

3.2.1.3.2.1. Kurumun Personel Yapısı ve Hizmet Kapasitesi

2010 yılı verilerine göre Kurumun personel sayısı 13'ü uzman 2'si pratisyen doktor olmak üzere toplam 32 sağlık personeli ile idari ve yardımcı hizmet personelinde oluşmaktadır.

Kurumun 2006 yılında 21 yatak kapasitesi daha sonra 23'e çıkarılmıştır.

Kurumun yatak işgal oranı 2007 yılında % 81 iken 2010 yılında % 89'a yükselmiştir. Yatak işgal oranındaki sürekli yükseliş dikkat çekmektedir. Kurumun yatak işgal oranı Türkiye ortalamasının üstündedir.

Tablo: 3.20
Özel Trakya Hastanesinin Personel ve Hizmet Kapasitesi Bilgileri

	2006	2007	2008	2009	2010
Uz. Doktor Sayısı			9	10	13
Doktor Sayısı			2	2	2
Toplam Personel Sayısı			28	32	32
Yatak Kapasitesi	21	21	21	23	23
Acil Servis Poliklinik Sayısı	2.687	5.176	8.184	12.322	9.561
Diğer Servisler Poliklinik Sayısı	35.001	46.626	54.541	59.490	74.749
Servise Yatan Hasta Sayısı	1.422	1.992	2.508	4.607	5.730
Yatak İşgal Oranı (%)	81	78	84	90	89
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	4	3	3	2	1
Yapılan Toplam Ameliyat Sayısı	182	368	523	765	831

Kaynak: İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Kurumda ortalama kalış süresi 2006 yılında 4 iken 2010 yılında 1 gün olarak hesaplanmıştır. Ortalama kalış süresinin düşük olması yanında yatak işgal oranının yüksek olması yatan hasta sirkülasyonunun sık olduğu anlamına gelir.

2006 yılında acil servis başvuru sayısı 2.687 iken 2009 yılında 12.322'ye yükselmiş ve 2010 yılında 9.561'e düşmüştür. Acil Servis dışındaki diğer servislere başvuru 2006 yılında 35.001 iken 2009 yılında 59.490'a ve 2010 yılında 74.749'a yükselmiştir.

Polikliniklere başvuru sonucu servise yatan hasta sayısı oranı yıllar itibari ile artmıştır. Acil ve diğer servis polikliniklerine başvuru yapan hastaların 2006 yılında % 3,77'si 2007 yılında %3,85'i 2008 yılında % 4,00'ü 2009 yılında % 5,66'sı ve 2010 yılında % 6,80'i servislere yatırılmıştır.

Servise yatırılan hastaların 2006 yılında % 12,80'i 2007 yılında % 18,47'si 2008 yılında % 20,85'i 2009 yılında % 18,81'i ve 2010 yılında % 14,50'si ameliyat olarak tedavi edilmiştir. Ameliyat oranlarına bakıldığında diğer devlet hastanesi ve özel hastanelere oranla düşük olduğu görülmektedir.

Kurumda ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmemektedir.

Özel hastanenin muhasebe bilgilerine ticari sır olduğu için ulaşılamamıştır. Bu nedenle gelir ve gider bilgileri ile bunların dağılımı hakkında yorum yapılamamıştır.

3.3. EDİRNEDEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Sosyal devlet anlayışının en önemli unsurlarından biri olan sağlık hizmeti sunumu için uygun fiziki mekânlara, yeterli araç ve gerece ihtiyaç olmakla birlikte bu hizmetlerin sunumunda asli unsur insandır. Sağlık hizmeti sunumunun toplumun değişen ihtiyaçlarına göre sürdürülebilmesinde en önemli faktör insan gücü faktörüdür. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de insan gücünden etkili bir şekilde faydalanmanın en önemli yolu iyi bir planlamadan geçmektedir.

3.3.1. Sağlık İnsan Gücü Yönü ile Karşılaştırılması

Sağlık insan gücü, "kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına verilen bir addır. Sağlık insan gücü planlaması ise "*topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesi*" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan hareketle sağlık insan gücü planlaması; toplumun kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkacak gereksinimleri öngörülerek, coğrafi, ekonomik ve sosyokültürel özellikler ile maliyet /etkin sağlık

hizmeti sunumu arasındaki oran dikkate alınarak sağlık hizmeti sunacak insan gücünün planlanması, istihdamı ve yönetimi olarak ifade edilebilir.¹⁴²

Sağlık insan gücünün niteliği ve niceliği sağlık hizmeti sunumunu önemli ölçüde etkilemektedir.

Tablo: 3.21
Türkiye ve Edirne’de 100.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli Sayıları İle Avrupa ve AB Ülkeleri ile Karşılaştırılması (2010 Yılı)

100.000 KİŞİYE DÜŞEN;	EDİRNE	TÜRKİYE	AVRUPA ÜLKELERİ	AB ÜLKELERİ
Pratisyen Hekim Sayısı	51	43	68	97
Uzman Hekim Sayısı	123	79	272	226
Diş Hekimi Sayısı	26	26	52	60
Eczacı Sayısı	43	34	52	71
Hemşire Sayısı	178	139	727	745
Ebe Sayısı	110	65	45	36

Kaynak: TÜİK, Türkiye’de Sağlık Eğitimi Ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Verileri Derlenerek hazırlanmıştır. Nüfus bilgileri olarak 31.12.2010 tarihli adrese dayalı nüfus sayım bilgileri esas alınmıştır.

Yukarıda tablo 3.21’de Türkiye ve Edirne’de 100.000 kişiye düşen sağlık personeli sayıları ile Avrupa ve AB ülkeleri ile karşılaştırılması yapılmıştır.

100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı Türkiye genelinde 43 iken Edirne’de 51 Avrupa ülkelerinde 68 AB ülkelerinde ise 97’dir.

100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı Türkiye genelinde 79 iken Edirne’de 123 Avrupa ülkelerinde 272 AB ülkelerinde ise 226’dır. Edirne uzman hekim sayısında Türkiye ortalamasının 2 katına yakın bir orana sahiptir.

¹⁴² YÖK, Sağlık Bakanlığı, DPT, *Türkiye’de Sağlık Eğitimi Ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu*, YÖK Yayın No: 2010/1 Haziran 2010 s.3

100.000 kişiye düşen dış hekim sayısı Türkiye genelinde 26 iken Edirne’de de 26 Avrupa ülkelerinde 52 AB ülkelerinde ise 60’dır. Edirne dış hekimi sayısında Türkiye ortalaması ile aynı orana sahiptir.

100.000 kişiye düşen eczacı sayısı Türkiye genelinde 34 iken Edirne’de 43 Avrupa ülkelerinde 52 AB ülkelerinde ise 71’dir.

100.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye genelinde 139 iken Edirne’de 178 Avrupa ülkelerinde 727 AB ülkelerinde ise 745’dir. Hemşirelik alanında Avrupa ülkeleri ve AB ülkeleri Türkiye’den 5 kat daha fazla personel istihdam ettikleri görülmektedir.

100.000 kişiye düşen ebe sayısı Türkiye genelinde 65 iken Edirne’de 110 Avrupa ülkelerinde 45 AB ülkelerinde ise 36’dır. Edirne Türkiye ortalamasının 2 katı oranında ebe sayısına sahiptir. Türkiye’nin ebelik alanındaki oranının Avrupa ülkeleri ve AB ülkelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye’nin doğum oranlarının Avrupa ülkeleri ve AB ülkelerinden yüksek olması, özellikle kırsal kesimlerde sağlık evlerinde ebe bulundurulması zorunluluğu Türkiye’deki ebe sayısının fazla olmasında önemli bir faktör olabilir.

Edirne’nin sağlık insan gücü ortalaması genel olarak Türkiye ortalamasının üstünde Avrupa ülkeleri ve AB ülkelerin ise altında kalmaktadır.

Sağlık bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun ile ilk olarak 15.09.2005 tarihinde aile hekimliği pilot uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Edirne 1 Aralık 2006 tarihinde aile hekimliğine geçmiştir.

Aile hekimliğinin amaçları şu alt başlıklarda özetlenebilir:¹⁴³

Erken tanı ve tedaviyi sağlamak,

¹⁴³ <http://www.ailehekimligi.gov.tr/> (15.03.2011)

Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak,
Sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek,
Birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak,

Kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek,

Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak

Tablo: 3.22

Türkiye ve Edirne’de Aile Hekimi Başına Düşen Ortalama Nüfus (2009 Yılı)

	EDİRNE	TÜRKİYE*
Aile Hekimi Başına Düşen Ortalama Nüfus	3,595	3,495

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009 Sağlık Bakanlığı Yayın No : 824

*2009 yılında aile hekimliği uygulaması olan 35 ili temsil etmektedir.

Tablo 3.22’de Edirne’de ve Türkiye’de aile hekimi başına düşen ortalama nüfus gösterilmiştir. 2009 yılında aile hekimliğine geçen 35 ilin aile hekimi başına düşen ortalama nüfusu 3.495 iken Edirne’de 3.595’dir. Aile hekimi başına düşen ortalama nüfusta 4.051 ile Yalova ilk sırada yer alırken 3.113 ile Bayburt son sırada yer almaktadır. ¹⁴⁴

3.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Yönü ile Karşılaştırılması

Sağlık hizmetlerinin kullanımını pek çok faktör etkilemektedir. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, sosyal statü, demografik özellikler, eğitim düzeyi, coğrafi yapı, sağlık sigortası kapsamı, gelir düzeyi, ulaşım gibi faktörler olarak sayılabilir. Bu tür değişkenlerden kaynaklanan kullanım farklılıkları sağlık hizmeti kullanımında doğal karşılanabilecek durumlardır. Bunun etkili sağlık

¹⁴⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009* Sağlık Bakanlığı Yayın No: 824 s.73

politikaları ve sağlık hizmeti yatırımları sağlık hizmeti kullanımının düzeyi değiştirilebilir.

Aşağıda tablo 3.23’de Edirne ve Türkiye’nin sağlık hizmeti kullanımı yönü ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo: 3.23
Edirne ve Türkiye’nin Sağlık Hizmeti Kullanımı Yönü ile Karşılaştırılması

YILLAR	2007		2008		2009		2010
	EDİRNE	TÜRKİYE	EDİRNE	TÜRKİYE	EDİRNE	TÜRKİYE	EDİRNE
10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı	44,90	26,38	45,08	26,30	46,27	26,30	47,74
Kişi Başı Hastaneye Müracaat Sayısı,	6,89	3,53	7,34	3,83	7,46	4,07	7,39
1.000 Kişiye Düşen Ameliyat Sayısı	76,02	72,97	80,46	85,04	89,64	98,5	98,49
Ameliyat Sayısının Yatan Hasta Sayısına Oranı, (%)	49,38	59,06	48,38	62,80	54,95	72,21	59,67
Yatak İşgal Oranı (%)	62,84	61,70	62,70	63,80	53,67	62,90	53,75
Ortalama Yatılan Gün Sayısı	5,6	4,6	5,2	4,2	5,0	4,2	3,8

Kaynak: TÜİK, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü ve T.Ü.T.F Verileri Derlenerek hazırlanmıştır.

10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısında Edirne Türkiye ortalamasının nerede ise 2 katına yakın bir sayıya sahiptir. 2007 yılında Türkiye’de 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 26,38 iken Edirne’de 44,90 olarak hesaplanmıştır. 2009 yılında ise bu sayıyı Edirne’de 46,27 Türkiye’de ise 26,30 olarak hesaplanmıştır. Trakya Üniversitesine bağlı tıp fakültesi hastanesinin bulunması ve bu hastanenin Edirne dışındaki özellikle Trakya bölgesindeki insanlara da hizmet veriyor olması Edirne’deki kişi başı hastane yatağı sayısının yüksek olmasında en önemli etkidir. Üniversite hastanesinin yatak sayısı çıkarıldığında Edirne’de kişi başına düşen yatak sayısı Türkiye ortalamasına yakın çıkacaktır. Sonraki yıllarda Edirne’nin nüfusu

azaldığı için Edirne’de kişi başı hasta yatağı sayısı artar iken Türkiye’nin nüfusu arttığı için Türkiye ortalamasında azalmıştır.

Kişi başı hastaneye müracaat Sayısı 2007 yılında Edirne’de 6,89 Türkiye’de ise 3,53 olarak hesaplanmıştır. Kişi başı hastaneye müracaatlar yıllar itibari ile Edirne’de ve Türkiye’de artmıştır. 2009 yılında Edirne’de kişi başı müracaat sayısı 7,46’ya Türkiye ortalamasında ise 4,07’ye yükselmiştir. Edirne’de Trakya Üniversitesi hastanesinin bulunması kişi başı müracaat sayısının yüksek olmasında yine önemli bir etkidir.

1.000 kişiye düşen ameliyat sayısında Edirne ve Türkiye ortalaması birbirine paralel bir seyir izlemiştir. 2007 yılında 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısı Edirne’de 76,02 Türkiye’de ise 72,97 olarak hesaplanmıştır. Ameliyat sayıları yıllar itibari ile artarak 2009 yılında Edirne’de 89,64 Türkiye’de ise 98,50 olarak hesaplanmıştır.

Ameliyat sayısının yatan hasta sayısına oranı Edirne ve Türkiye’de paralel bir seyir izleyerek yıllar itibari ile artmıştır. 2007 yılında Edirne’de ameliyat sayısının yatan hasta sayısına oranı % 49,38 iken Türkiye’de % 59,06 olarak hesaplanmıştır. 2009 yılında bu oran Edirne’de % 54,95’e Türkiye’de %72,21’e yükselmiştir. Edirne’de ameliyat sayısının yatan hasta sayısına oranının Türkiye ortalamasından düşük olması Edirne’de yatan hastaların daha fazla ameliyatsız tıbbi tedavi ile iyileştirildiğini göstermektedir. Hastalıkların ameliyatsız tıbbi tedavi ile iyileştirilebilmeleri sağlık göstergeleri açısından önemli bir göstergedir.

Yatak işgal oranı yıllar itibari ile Türkiye ortalamasında artar iken Edirne ortalamasında azalmıştır. 2007 yılında Edirne’de % 62,84 olan yatak işgal oranı Türkiye’de % 61,70 olarak hesaplanmıştır. Bu oran 2009 yılında Edirne’de % 53,67’ye düşmüş Türkiye’de ise % 62,90’a yükselmiştir.

Ortalama yatılan gün sayısı Edirne’de ve Türkiye’de paralel bir seyir izlemiş ve yıllar itibari ile azalmıştır. 2007 yılında Edirne’de 5,6 Türkiye’de 4,6

olarak hesaplanan ortalama yatılan gün sayısı 2009 yılında Edirne’de 5,0 Türkiye’de ise 4,2 güne düşmüştür. Ortalama yatılan gün sayısının yıllar itibari ile düşmesi hastaların daha az hastanede kalarak iyileştirilebildiği şeklinde yorumlanabilir.

3.3.3.Sağlık Göstergeleri Yönü ile Karşılaştırılması

Sağlık göstergeleri var olan sağlık durumunun tanımlanmasına yardım etmek ve belirli bir zaman aralığındaki değişiklikleri veya eğilimleri ölçmek için kullanılan sağlık ile ilgili ölçütlerdir.

Sağlık göstergelerinin bazıları niceliksel, bazıları ise daha niteliksel yapıdadır. Sağlık göstergeleri Bir bölgenin sosyo-ekonomik gelişmesi ve temel sağlık hizmetleri için karara bağlanan politikaların analizinde, uygulanan sağlık programlarının gelişiminin izlenmesinde toplumun sağlık düzeyine etkisinin değerlendirilmesi gibi pek çok alanda kullanılabilir.

Sağlık göstergeleri hız diye tabir edilen bir toplum veya grubun belirli bir birimi içinde gözlenen hastalık veya olay sıklığını belirten ölçütler ile ifade edilmektedir.

Sağlık göstergeleri, aynı zamanda kalkınmanın dolaylı, hayat kalitesinin ise dolaysız ölçütüdür.

Aşağıdaki tablo 3.24’de Edirne ve Türkiye’nin sağlık göstergeleri yönü ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Kaba doğum hızı; belli bir yıl içinde meydana gelen toplam canlı doğumların yıl ortası nüfusa oranının binde olarak ifadesidir. Yani belirli bir toplumda yer alan bin kişilik nüfus başına düşen doğum sayısıdır. Edirne’nin kaba doğum hızı Türkiye’nin kaba doğum hızının nerede ise yarısı kadardır. Hem Edirne’nin hem de Türkiye’nin kaba doğum hızı yıllar itibari ile düşmüştür. 2007

yılında Edirne’de %0 11,4 Türkiye’de %0 18,1 olan kaba doğum hızı 2009 yılında Edirne’de %0 9’a Türkiye’de %0 17,7’ye düşmüştür.

Tablo: 3.24
Edirne ve Türkiye’nin Sağlık Göstergeleri Yönü ile Karşılaştırılması

YILLAR	2007		2008		2009		2010
	EDİRNE	TÜRKİYE	EDİRNE	TÜRKİYE	EDİRNE	TÜRKİYE	EDİRNE
Kaba Doğum Hızı %0	11,4	18,1	9	17,9	9	17,7	9,5
Kaba Ölüm Hızı %0	2,8	6,4	2,8	6,4	3,1	6,4	3,4
Nüfus Artış Hızı %0	6,8	11,8	6,3	11,5	5,8	11,3	6
Bebek Ölüm Hızı %0	13	20,7	9,8	17,0	7	13,1	9,6
Anne Ölüm Hızı %000	0	21,2	27,7	19,4	22	18,4	46

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009 ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Verileri Derlenerek hazırlanmıştır.

Kaba ölüm hızı; belli bir yıl içinde meydana gelen toplam ölümlerin yıl ortası nüfusa oranının binde olarak ifadesidir. Yani belirli bir toplumda yer alan bin kişilik nüfus başına düşen ölüm sayısıdır. Edirne’nin kaba ölüm hızı Türkiye’nin kaba ölüm hızının yarısından daha azdır. Türkiye’nin kaba ölüm hızı 3 yıllık periyotta %0 6,4 olarak sabit bir seyir izlemiştir. 2007 yılında Edirne’de %0 2,8 olan kaba ölüm hızı 2010 yılında %0 3,4’e yükselmiştir.

Nüfus artış hızı; nüfusun yıl içinde göstermiş olduğu artış hızına denir.

Yıllık nüfus artış hızı; iki sayım tarihi arasındaki dönemde her bin nüfus için yıllık artan nüfustur. Doğum ve ölüm oranlarında Türkiye’nin yarısı kadar oranlara sahip olan Edirne’nin doğal olarak nüfus artış hızı da Türkiye’nin yarısı kadardır. Hem Edirne’nin hem de Türkiye’nin nüfus artış hızı yıllar itibari ile düşmüştür. 2007 yılında Edirne’de %0 6,8 Türkiye’de %0 11,8 olan nüfus artış hızı 2009 yılında Edirne’de %0 5,8’e Türkiye’de %0 11,3’e düşmüştür.

Bebek ölüm hızında Edirne Türkiye ortalamasının önemli ölçüde altındadır. 2007 yılında Edirne'de ‰0 13 Türkiye'de ‰0 20,7 olan bebek ölüm hızı 2009 yılında Edirne' de ‰0 7'ye Türkiye'de ‰0 13,1'e düşmüştür.

Anne ölüm hızı Edirne'de dalgalı bir seyir izlerken Türkiye ortalamasında yıllar itibari ile düşüş göstermiştir. 2007 yılında Edirne'de hiç anne ölümü gerçekleşmez iken Türkiye'de ‰000 21,2 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında anne ölüm hızı Edirne' de ‰000 27,7 Türkiye'de ‰000 19,4 , 2009 yılında ise Edirne' de ‰000 22 Türkiye'de ‰000 18,4 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılında Edirne'nin anne ölüm hızı çok yüksek bir artış göstererek ‰000 46 olarak gerçekleşmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalkınma ve az gelişmişlik kavramları ikinci Dünya Savaşı sonrası dünyanın gündemine girmiş ve pek çok bilim dalını ilgilendirdiği için gelişerek sürekli gündemde kalmayı başarmıştır. Tarihin farklı dönemlerinde kalkınma kavramı ekonomik ilişkiler ve toplumsal yaşam biçimi ile ilgili olarak farklı şekillerde algılanmış ve tanımlanmıştır. Zaman içerisinde kalkınma kavramı ekonomimi biliminin sınırlarını aşarak farklı bilim dalları ile de anılmaya başlamıştır.

Sürdürülebilir kalkınma, insan ile doğal çevre arasındaki dengenin korunarak doğal kaynakların tüketilmeden, bugünün ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarının karşılanması anlamını taşımaktadır. Sürdürülebilir kalkınma sosyal, kültürel çevresel ve ekonomik boyutları olan bir kavramdır.

Sürdürülebilirlik kavramı pek çok yönü ile küresel bir nitelik taşımaktadır. Günümüzde her ülkenin en önemli sorunlarından biri haline gelen çevre sorunları, özellikle küreselleşmenin etkisiyle uluslar arası bir boyut kazanmıştır. Ulusal ekonomiler ve küresel güçlerin çevrenin korunması konusundaki duyarlılıkları arttırmalıdır. Küreselleşmenin olanaklarından zengin ülkeler kadar fakir ve gelişmekte olan ülkelere yararlandırılmalıdır. Küreselleşme süreci ile birlikte dünya çok küçülmüş, dünya coğrafyasında yer alan ekonomiler adeta bir insanın vücut organları gibi birbirine bağımlı ve muhtaç hale gelmiştir. Vücut organları arasındaki dengesizlik bütün vücudu rahatsız edeceği gibi, bazı ekonomilerin bazı ekonomiler aleyhine sürekli gelişir iken bazı ekonomilerin gelişen ekonomilerin lehine sürekli geri kalması yada gerilemesi adil olmamakta ve dünya barışını tehdit etmektedir. Salt gelişme ve sanayileşme uğruna kaynakların bilinçsizce tüketilmesi ve geri kalmış ülkelere yapılan kirlilik ithali nihayetinde dolaylı yada dolaysız olarak dünyanın yapısını ve sosyo- ekonomik dengesini bozmaktadır. Küresel ısınmanın ve küresel çevre kirliliğinin bütün dünya ekonomilerini etkilemesi sürdürülebilir

kalkınmada dünya ekonomilerinin iş birliği yapmalarını ve çevreye duyarlı alternatif sistemler geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır.

Dünya nüfusu sürekli bir değişim içindedir. Bu değişim hem alansal hem de sayısal değişimlerdir. Bu değişimlerin asıl sebebi yaşam koşullarındaki değişimlerdir.

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has başka özellikleri de vardır. Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği önceden öngörülemeyen oluşudur. Sağlık hizmetlerinde dışsallık önemli bir çıktı olduğu için dışsallık sağlık hizmetlerine toplumsal bir boyut katmaktadır.

Sağlık plan ve politikalarının belirlenmesi, sağlık harcamalarının kontrol edilmesi, kamu kaynaklarının etkili kullanımının sağlanması, standartların belirlenmesi ve verimliliğin artırılması için sağlık ekonomisi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık ekonomisi genel iktisat bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kuralların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan uygulamalı bir alt daldır.

Günümüzde bir ülkenin sağlık ekonomisini, genel ekonomisinden ayrı düşünmek nerede ise imkânsız hale gelmiştir. Ekonomik sistemin temel unsuru olan insan sağlığının bozulması ekonomik sistem ile birlikte bütün alanları olumsuz etkilemektedir. Hastalandığında tedavi olamayan kişi iş göremez hale gelmekte sonucu da ülke ekonomisi zarar görmektedir.

Ülkelerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standartlara göre yapılmaktadır. Bu standartlardan en çok kullanılanları; kişi başına düşen sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ve kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranıdır.

Türkiye’de sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın (2008 yılı % 6,1) GSMH’ya oranının gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmüştür. OECD ortalaması (2008 yılı % 8,9) dahi Türkiye’de ayrılan kaynağın üstündedir.

OECD ülkeleri arasında kişi başı sağlık harcaması en düşük ülke Türkiye, en yüksek ülke ABD’dir. Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması miktarı (2008 yılı 812 ABD \$) OECD ortalamasının (2008 yılı 3010 ABD \$) ancak dörtte biri kadardır. Bununla birlikte 2008 yılında 2000 yılına göre (433 ABD \$) iki katına yakın bir oranda Türkiye’nin kişi başı sağlık harcamaları artmıştır.

Türkiye’nin sağlık harcamalarında kamunun payı OECD ortalamalarına paralel seyretmektedir.

Türkiye’de yaşlı nüfusun OECD ülkelerine göre daha az olması sağlık harcamalarının daha az olmasında önemli bir etkidir. Çünkü nüfus arttıkça sağlık harcamaları artmaktadır.

Sağlık hizmetleri çok çeşitli finansman kaynakları -genel vergiler, ithalat ve ihracat vergileri, satış vergileri, piyangolar, sosyal sigortalar, dış yardımlar, kullanıcı katkıları, özel amaçlı vergiler, özel sigortalar- ile finansa edilmektedir.

Sağlık harcamalarının Türkiye’de ve tüm dünyada arttığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik kalkınmaya olan olumlu katkıları sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma ve sağlık yatırımlarını artırma konusundaki duyarlılığı her geçen gün arttırmaktadır.

Bir ülkenin sağlık seviyesi ile ilgili göstergeler, o ülkenin gelişmişlik durumunu ortaya çıkaran önemli kriterlerdir. Gelişmişliği sadece kişi başına gelirle ortaya koymak yetersiz bir sınıflandırma olur. Ortalama yaşam süresi, bebek, çocuk ve ana ölüm hızı, bazı hastalıkların görülme sıklığı, kişi başına düşen sağlık personeli sayıları gibi sağlıkla ilgili temel göstergelerin de göz önüne alınması

gerekir. Bu göstergelerle yapılan bir değerlendirmede Türkiye'nin gelişmiş ülkelere göre çok geride olduğu açıkça görülmektedir.

Topluma yeterli sağlık hizmeti veremeyen ülkelerin gelişmiş bir ülke olarak değerlendirilemeyeceğinden kalkınmış ülkelerde sağlık hizmetlerine özellikle önem verildiği görülmektedir. Sağlık hizmetleri kalkınmışlığın önemli bir göstergesi olduğu gibi, diğer kalkınma göstergeleri üzerinde de doğrudan etkilidir.

OECD ülkeleri arasında en düşük Kişi başı GSYİH sahip olan Türkiye erkek nüfusunda 71,4 yaş ortalaması ile Estonya, Macaristan Slovak Cumhuriyeti ve Polonya'dan sonra en düşük doğumda beklenen yaşam süresine, kadın nüfusunda ise 75,8 yaş ortalaması ile en düşük doğumda beklenen yaşam süresine sahiptir. OECD ülkeleri arasında Kişi Başına Düşen GSYİH'sı en yüksek olan ülke 84.713 \$ ile Lüksemburg'dur. Lüksemburg'un doğumda beklenen yaşam süresi kadında 83,1 erkekte ise 78,1'dir. OECD ülkeleri içinde doğumda beklenen yaşam süresi kadında 86,1 ile Japonya erkekte ise 79,8 ile İsviçre'dir. Kişi başı GSYİH ile sağlık göstergeleri arasında doğrudan bir bağ olduğu görülmüştür.

OECD ülkeleri arasında en yüksek bebek ölüm hızı binde 17,0 ile en düşük kişi başı gelire sahip olan ülke Türkiye'dir. Türkiye'yi binde 15,2 ile Meksika binde 7,0 ile Şili, binde 6,7 ile Amerika Birleşik Devletleri binde 5,9 ile Slovak Cumhuriyeti takip etmektedir. OECD ülkeleri arasında ana ölüm hızı en yüksek ülke ise yüz binde 60 oranı ile Meksika'dır. Meksika'yı yüz binde 44 ile Türkiye, yüz binde 25 Estonya, yüz binde 16 ile Şili yüz binde 14 ile Kore takip etmektedir. Kişi başı GSYİH ile bebek ve anne ölüm hızları arasındaki negatif bir bağ olduğu görülmüştür.

Türkiye'de son yıllarda anne ölüm oranları önemli ölçüde azalmıştır. 1998 yılında yüz binde 70 olan anne ölüm oranı 2009 yılında yüz binde 18,4'e kadar düşmüştür. Buna rağmen Türkiye'deki ana ölüm hızı OECD ortalaması (2005 yılı için yüz binde 10) ile karşılaştırıldığında yüksek kalmaktadır.

OECD Ülkelerinin İKE değerleri ile 10 000 nüfus başına düşen doktor, ebe ve hemşire, diş hekimi, eczacı sayıları arasındaki ilişkiler incelendiğinde OECD Ülkeleri arasında en düşük İKE değerine sahip olan Türkiye kişi başına düşen sağlık personeli sayısında da son sıralarda yer almaktadır. Sağlık sektörünün asli unsurunun sağlık personeli olduğunu düşündüğümüzde sağlık personelinin yeterli olması ve dengeli dağılımının kalkınmaya sağlayacağı katkı İKE değerleri ile de karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri çok yönlü ve geniş kapsamlı olduğundan devlet dışında hiç bir özel sağlık sigorta kuruluşu devlet kadar sağlık hizmeti vermeyi taahhüt edememektedir. Özel sağlık sigorta şirketleri sınırlı bir biçimde sigortaya bağlı sağlık hizmeti vermektedirler. Durum böyle olunca devletin sağlık hizmeti vermek için yaptığı harcamalar gün geçtikçe atmaktadır. Artan ihtiyaçlar sağlık hizmetine daha fazla kaynağın ayrılması yanında kaynakların verimli kullanılmasını da gerektirmektedir. Sağlık plan ve programlarının sağlık verilerinden yararlanılarak gerçekçi bir şekilde yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç grupta verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetinin tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine göre daha ucuz olduğu gerçeğinden yola çıkılarak hastalıktan önce gerekli önlemler alınıp sağlık maliyetleri azaltılmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumların idari mali ve teknik yapıları güçlendirilerek sağlık kaynaklarının en verimli şekilde kullanılması sağlanmalıdır.

Hastaneler çağın gereklerine uygun bir yönetim anlayışına kavuşturulmalıdır. Bunun için başhekimlik uygulaması kaldırılarak onun yerine sağlık ekonomisi ve yönetimi eğitimi almış uzman yöneticiler yetiştirilerek profesyonel hastane yönetimine bir an önce geçilmelidir. Bugün kamu hastanelerinin sahip olduğu bütçeler taşradaki pek çok kurum ve kuruluşun bütçesinden daha fazladır.

Bugün gelinen noktada sağlık harcamalarının büyüklüğü önemli ölçüde bütçe açıklarına neden olduğundan devlet bu açığı muayene olan vatandaşın muayene ve ilaca katkı almak sureti ile kapatmak ve sağlıkta sürdürülebilirliği

sağlamaya çalışmaktadır. Vatandaşın sağlık harcamalarına olan katkısı pek çok kesimin tepkisini çekse de kaynak ayrılmadan yapılan sosyal güvenlik ve sağlık reformlarının uygulamaya geçirilmesi mümkün görülmemektedir.

BM Genel Kurulunun 10 Aralık 1948'de yayınladığı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi;

"1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar" diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde sağlık hakkı'na yer vermiştir. Sağlık hakkı kapsamında sağlık hizmetlerinin plan ve organizasyonunu yapmak günümüz sosyal devletlerinin en önemli asli görevleri arasındadır.

Türkiye İnsan Hakları Evrensel Bildirgesini 27 Mayıs 1949 tarih 7217 sayılı Resmi Gazete'de yayımlayarak yürürlüğe koymuştur. Bu beyannameye göre: Tüm insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar. Herkesin yaşama, kişi özgürlüğüne ve güvenliğine hakkı vardır. Hiç kimseye işkence ya da zalimce, insanlık dışı ya da onur kırıcı davranış ve ceza uygulanamaz. Hiç kimse keyfi olarak yakalanamaz, tutuklanamaz ve sürgün edilemez.

Devletler kendi devamlılıklarını sağlamak için sağlık politikaları ile birlikte nüfus ve eğitim politikalarını da çok iyi bir şekilde planlamalıdır. Devleti oluşturan en önemli öge nüfustur. Günümüzde gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızı durma noktasının da ötesinde artık gerilemektedir. Devletlerin nüfus artışı için önerdiği teşvikler bile yetersiz kalmaktadır. Mevcut nüfusun azalması ve yaşlanmış olması Japonya örneğinde olduğu gibi ekonomik durgunluğu da beraberinde getirmektedir. Ekonomik durgunluk kısa sürede ekonomik sistemin üretim, tüketim, istihdam vergi gibi bütün dengelerini bozabilmektedir. Sürdürülebilir kalkınma için sayısal nüfus yeterli olmamakta nitelikli nüfusa ihtiyaç duyulmaktadır.

Devletler aile planlaması hizmetleri aracılığı ile kişilerin bakabilecekleri ve sevebilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarına yardımcı olmalıdır. Sağlıklı neslin ancak sağlıklı ailelerde yetişebildiği görüldüğünden toplumun temeli sayılan aile yapısı korunmalı, teşvik edilmeli ve güçlendirilmelidir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Silahlı Kuvvetler, vakıflara ait sağlık kuruluşları ve diğer kamu sağlık kurumları ile özel sektör tarafından verilmektedir. Özel sektörün sağlık sektöründeki payı hastane yatağı kapasitesi bazında 2002 yılında % 8,18 iken 2009 yılında 12,88 yükselmiştir. Özel sektörün payı yıldan yıla sağlık sektörü içinde artmakla birlikte ülkemizde sağlık sektöründe ağırlık devletin elindedir. Bugün dünyanın çeşitli ülkelerinde, sağlık sektöründe özel sektörün payı değişik oranlarda olsa da devletin rolü daha çoktur.

Türkiye’de 2008 yılı Ekim ayında Genel Sağlık Sigortası yasaının yürürlüğe girmesi ile birlikte sosyal güvencesi olmayan 18 yaş altı çocukların GSS kapsamına alınması, sosyal güvencesi olmayan bütün bayanların gebe takibi doğum ve doğum sonrası 8 haftalık tedavileri GSS kapsamına alınması katkı payı, sevk zinciri, özel hastane farkları yeniden düzenlenmesi gibi sağlık reformları ile 2011 yılı başında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan evde sağlık hizmetleri ve günübirlik bakıma muhtaç hastaların hastaneye ücretsiz olarak taşınması uygulamaları sosyal devlet anlayışı kapsamında çok önemli mesafeler olarak görülebilir. Bununla birlikte bu tür uygulamalar sağlık harcamalarını da arttırmıştır.

Son zamanlarda Türkiye’de sağlık sektörü için sık sık gündeme getirilen özelleştirme söylentileri sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve eşit dağılımının sağlanması için çözüm değildir. Çünkü sağlık hizmeti ve bu hizmetin büyük bir bölümünü üreten hastanelerin diğer sektör ve işletmelerden farklılıkları bulunmaktadır. Sağlık hizmeti üretiminin ekonomik ve sosyal yönünün yanında, psikolojik ve etik yönü de bulunmaktadır. Temelinde kar amacı anlayışı yatan özelleştirme uygulamaları toplum kesimlerinin eşit sağlık hizmeti almalarını

engelleyebilir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi devlet dışında hiçbir özel sigorta yada sağlık fonu devlet kadar sağlık hizmeti güvencesi verememektedir. Sağlık hizmetlerinin sadece ticari faaliyet olarak görülmesi doğru değildir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı her geçen gün artsa da sağlık piyasasının denetimi ve yönlendirmesi yine devletin elindedir. Devlet özel hastanelerin fiziki mekânları, sağlık personelinin nitelikleri ve özelliklede sağlık hizmeti fiyatlarına kadar pek çok konuda standartları belirleyerek sağlık hizmeti sunumunun vatandaş aleyhine suiistimal edilmesini engellemeye çalışmaktadır. Türkiye’de her geçen gün yeni sağlık tesisleri yapılsa da GSS kapsamında toplumun çok büyük bir kesiminin sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınması özel hastaneler de dahil acil servislerde ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi gibi uygulamalar sağlık hizmeti talebine olan ihtiyacı karşılamakta zaman zaman yetersiz kalmaktadır. Bunun için özel sektör sağlık hizmeti yatırımlarının desteklenmesi sosyal devletin sağlık hizmeti sunma görevini hafifletecektir. Neticede sosyal güvencesi olan vatandaş özel hastaneye de gitse devlet hastanesine de gitse tedavi masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır.

Bugün gelinen noktada devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sektör hastaneleri sağlık hizmeti sunma noktasında nerede ise birbirleri ile tatlı bir yarış halindedirler. Özel sektörde ticari bir faaliyet olarak kar amacı ile sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları daha fazla hizmet vermelerinin karşılığını kar olarak almalarına karşılık, üniversite ve devlet hastanelerinde sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları kapsamında uygulamaya konulan performansa dayalı döner sermaye ek ödeme sistemi ile tercih edilen ve daha fazla sağlık hizmeti sunan hekimler verdiği hizmetin karşılığını daha fazla ek ödeme olarak görmektedir. Performansa dayalı döner sermaye ek ödeme sistemi zaman zaman bazı yönleri ile eleştirilse de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde ve tabana yayılmasında çok önemli katkılar sağlamaktadır.

Edirne’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları, Üniversite hastanesi ve özel hastaneler tarafından verilmektedir.

Edirne’de sağlık kurum ve kuruluşları sağlık hizmeti üretimi için ihtiyaç duyduğu kaynağın personele ödenen maaş ve giyim yardımı ödenekleri hariç döner sermaye gelirlerinden karşılayarak sağlık hizmeti vermektedirler. İhtiyaç duyulduğunda genel bütçeden ve Sağlık Bakanlığı döner sermaye merkez payı fonundan da katkı yapılmaktadır.

Edirne’deki sağlık sektörü Türkiye’deki sağlık sektörüyle karşılaştırıldığında Edirne’deki sağlık sektörünün Türkiye’deki sağlık sektöründen daha iyi olduğu fakat OECD, AB ve Avrupa ülkelerine göre daha geri olduğu görölmektedir.

Sağlık hizmetlerin sunumunda asli unsur olan sağlık insan gücü yönü ile karşılaştırdığımızda yüz bin kişiye düşen pratisyen hekim, uzman hekim, diş hekim, eczacı, ebe ve hemşire sayısında Edirne’nin Türkiye ortalamasının önemli ölçüde üstünde olduğu fakat ebe sayısı dışında AB ve Avrupa birliği ülkelerinin gerisinde olduğu görölmektedir.

2006 yılı sonunda aile hekimliğine geçen Edirne’de Türkiye’de 2009 yılında aile hekimliği uygulaması olan 35 il ile kıyaslandığında aile hekimi başına düşen nüfusta Türkiye ortalamasının üstündedir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, sosyal statü, demografik özellikler, eğitim düzeyi, coğrafi yapı, sağlık sigortası kapsamı, gelir düzeyi, ulaşım gibi pek çok faktör etkilediği sağlık hizmetlerinin kullanımı yönü ile Edirne ve Türkiye karşılaştırıldığında 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı ve kişi başı hastaneye müracaat sayısı ortalamalarında Edirne’nin Türkiye ortalamasının iki katına yakın oranda olduğu görölmektedir. Edirne’de Trakya Üniversitesine bağlı tıp fakültesi hastanesinin bulunması ve bu hastanenin Edirne dışındaki özellikle Trakya bölgesindeki insanlara da hizmet veriyor olması Edirne’deki kişi başı hastane yatağı sayısı ve kişi başı hastaneye müracaat sayısının yüksek olmasında en önemli etkendir.

1.000 kişiye düşen ameliyat sayısında Edirne ve Türkiye ortalaması birbirine paralel bir seyir izlemiştir.

Edirne’de ameliyat sayısının yatan hasta sayısına oranı Türkiye ortalamasından düşüktür. Bu durum Edirne’de yatan hastaların daha fazla ameliyatsız tıbbi tedavi ile iyileştirildiğini göstermektedir. Hastalıkların ameliyatsız tıbbi tedavi ile iyileştirilebilmeleri sağlık göstergeleri açısından önemli bir göstergedir.

Yatak işgal oranı yıllar itibari ile Türkiye ortalamasında artar iken Edirne ortalamasında azalmıştır. Edirne ameliyat sayısının yatan hasta sayısına oranının düşük olması yatak işgal oranı düşük çıkmasında önemli bir etken olarak görülebilir.

Kalkınmanın dolaylı, hayat kalitesinin ise dolaysız ölçütü olan sağlık göstergelerinde Edirne ve Türkiye ortalaması karşılaştırıldığında Edirne’nin kaba doğum hızı Türkiye’nin kaba doğum hızının neredeyse yarısı kadar olduğu kaba ölüm hızının ise yarısından daha az olduğu görülmektedir. Doğum ve ölüm oranlarında Türkiye’nin yarısı kadar oranlara sahip olan Edirne’nin doğal olarak nüfus artış hızı da Türkiye’nin yarısı kadar çıktığı görülmüştür. Bununla birlikte Edirne ve Türkiye’nin nüfus artış hızı yıllar itibari ile düşmektedir.

Çok önemli gelişmişlik göstergelerinden olan bebek ölüm hızında Edirne Türkiye ortalamasının altındadır. Hem Türkiye hem de Edirne ortalamasında bebek ölüm hızı yıllar itibari ile düşmektedir.

Bir başka çok önemli gelişmişlik göstergelerinden olan anne ölüm hızı Edirne’de yıllar itibari ile dalgalı bir seyir izlerken Türkiye ortalamasında düşüş göstermiştir. 2007 yılında Edirne’de hiç anne ölümü gerçekleşmez iken 2010 yılında Edirne’nin anne ölüm hızı çok yüksek bir artış göstererek %000 46 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılında Edirne’de bebek ölüm hızının Türkiye ortalamasının iki katından daha yüksek çıkması üzerinde düşünülüp araştırılması gereken önemli bir konudur.

Edirne sağlık insan gücü, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık göstergelerinde Türkiye ortalamasının üstünde olsa da OECD, AB ve Avrupa lkelerinin altındadır. Sağlık göstergelerinde dünya standartlarının yakalanabilmesi için hem Türkiye hem de Edirne için sağlık yatırımlarının daha da arttırılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

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

Akın, Cemil Serhat: Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları. (Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.) Adana 2007

Akın, Ülgen – Aksoy, Serap: Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayını No:332, 1985, Ankara.

Algan, Nesrin: Devlet Politikaları Bağlamında Çevre ve Çevre Korumanın Tarihine Kısa Bir Bakış,Türkiye’deki Çevre ve Çevre Korumanın Tarihi Sempozyumu, 7-8 Nisan,Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul , 2000

Altıntaş, Mustafa: Türkiye’de Plânlı Kalkınma ve Uygulama Sonuçları, Muğla İşletmecilik Yüksek Okulu Yayınları: 2, Kalite Matbaası, Ankara, 1978

Aronsson, Lars: Sustainable Tourism Systems: The Example of Sustainable Rural Tourism in Sweden,Journal of Sustainable Tourism. Channel View Books-Multilingual Matters Ltd., Vol.2, Nu.1-2,London,1994,

Asia-Pasific Councils, Moving Sustainable Development from Agenda to Action, Asia-Pasific Council News, (1997) January-March,

Ataç, Beyhan Maliye Politikası, Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, No: 86, Eskişehir, 1990

Ay, Hakkı Mümin: Ekonomik Kalkınmanın Finansmanında Sermaye Piyasasının Rolü Ve Türkiye Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı /İktisat Politikası Bilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas 1997

Bird, Richard M. - Oldman Oliver: Readings On Taxation in Developing Contries, The Johns Hopkins Universty Press, Baltimore and London 1975

Bigg, Tom - Dodds, Felix: The UN Comission on Sustainable Development, Felix Dodds (ed.) The Way Forward Beyond Agenda 21, Earthscan Publication Ltd., London, (1997)

Birleşmiş Milletler, Çevre ve Kalkınma Konferansı: Rio Bildirgesi, (1992),

Birleşmiş Milletler (1995), Nüfus ve Kalkınma Konferansı: Kahire Eylem Planı,

Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi Raporu 2010

Birleşmiş Milletler, Çevre ve Kalkınma Konferansı: Gündem 21, (1992)

Boyacıoğlu, Ebru Z.: Gelişmiş Ve Gelişmekte Olan Ülkelerin Kalkınma Kriterleri Açısından Karşılaştırılması ve Türkiye İçin Öneriler (Trakya Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Doktora Tezi), Tekirdağ 2007,

Buharalı, Can: Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi DELOITTE Türkiye Dergisi 2008

Clark, John: Kalkınmanın Demokratikleşmesi, 1996 s.34 (Çev: Serpil Ural) TÇV, Yayınları, Ankara.

CNBC-E BUSINESS Dergisinin Eylül 2010 Sayısı

Çeken, Hüseyin: Turizmin Bölgesel Kalkınmaya Etkisi Üzerine Teorik Bir İnceleme Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi (C.X ,S II, 2008)

Çelik, Yusuf: Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı Ve Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, Sayı:1

DİE Türkiye İstatistik Yıllığı, 1991

DPT. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu. Finansman ve Maliyet Alt Komisyonu Raporu. 2001, Ankara

DPT; Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı

Dülgeroğlu, Ercan:Kalkınma Ekonomisi, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2.Baskı, Bursa. (1991)

Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, Ortak Geleceğimiz, TÇSV Yayınları, Ankara, Ekim 1991

Edirne 1 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Edirne 2 Nolu Döner Sermaye Saymanlığı Verileri

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Verileri

Egeli, Gülün: Avrupa Birliği ve Türkiye'deki Çevre Politikaları TÇV Yayınları, Ankara 2002.

Erim, Refet: Çevre ile ilgili Hukuksal Düzenlemeler Türkiye’de Çevrenin ve Çevre Korumanın Tarihi Sempozyumu 7-8 Nisan 2000, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul, 2000,

Fidan, Doğan: Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Sağlık Ekonomisi İçindeki Yeri: Tercihe Dayalı Ölçekler ve Maliyet Yararlanımı, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004 İzmir.

Fişek,Nusret H.: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi, Yayın No:2, Ankara, 1985

Fuchs,Victor R.; Health Economics, The New Palgrave A Dictionary Of Economics, The Macmillan Press Limited, London, 1987

Görgün,Sevim: Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları, SBF Yayınları, İstanbul, 1993

Hams, Tony: Local Environmental Policies and Strategies after Rio, Local Environmental Policies and Strategies, Julian Agyeman and Bob Evans (ed.), Local Economic and Social Strategy Series, 1994, Longman Group Ltd,

Han, Ergül: Azgelişmişlik ve Kalkınma Ekonomisi, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1994

Hill, Hermann: Die Neue Verwaltung Nachhaltige Entwickeln, Die Öffentliche Verwaltung, Heft 2, Januar, Aktaran Ayşegül Kaplan (1997), Küresel Çevre Sorunları ve Politikaları, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları Tezler Dizisi, No. 18, Ankara.

ILO: Introduction To Social Security, Geneva, 1989. s.4-6 (Aktaran C. C. Aktan - A. K. Işık)

Işık, Abdülkadir: Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. (1998)

Iula, Emme Yerel Gündem 21, Türkiye’de Yerel Gündem 21’lerin Teşviki ve Geliştirilmesi Projesi Bülteni, İstanbul, Kasım 1997

İnsani Gelişme Endeksi (UNDP İnsani Gelişme Raporu

Karabulut, Kerem: Erzurum İlinde Sağlık Sektörünün Ekonomik Analizi Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 1994

Karakılçık, Yusuf: Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Malatya. 1997

Kavuncubaşı, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000

Kaya, İsmet: Sürdürülebilir Turizm Kalkınması Ve Ülkemiz Açısından Bir Değerlendirme (Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Ve Otelcilik Anabilim Dalı, Basılmamış Doktora Tezi), Balıkesir 1997

Kazancıgil, Ratip – Gökçe, Nilüfer - Bilar, Ender: Edirne'nin Sağlık ve Sosyal Yardım Tarihi 1361–2008 T. C. Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, 2009

Kula, Erhun: History of Environmental Economic Thought, Routledge, London. (1998)

Marmara, Aylin: Sürdürülebilir Kalkınma Çerçevesinde İşletmelerin Sosyal Sorumluluğu Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı /Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset Bilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya 2006,

Mazgit, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması (Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi), İzmir 1998

Mengi, Ayşegül - Algan, Nesrin: Küreselleşme ve Yerelleşme Çağında Bölgesel Sürdürülebilir Gelişme, Ankara Siyasal Kitabevi, 2003

Merrill, Jeffrey C.: The Road to Health Care Reform: Designing a System That Works. New York, 1994.

Mortan, Kenan - Tokgöz, Tandoğan: Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi, Ankara, 1984
Musgrave, Richard A.: Fiscal Systems, Yale University Press. 1969

Nasuhioğlu, İlhami Tıp: Tarihine Kısa Bir Bakış, Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayını No. 9., Ayyıldız Matbaası 2. Baskı, Ankara, 1975,

Newhouse, Joseph P.: The Economics of Medical Care: A Policy Perspective, Reading, MA, Addison-Wesley Co., 1978

Normand, Charles: Using Social Health Insurance to meet Policy Goals. Social Science and Medicine. 48 (1999): s.865-869. (Aktaran Yalçın ve Yıldırım)

OECD Factbook 2010

OECD Sağlık Verileri 2010 Yayımlama sürümü - Haziran 2010

Özsarı, S. Haluk: 'Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. Hastane-Hospital News Dergisi. 2001.

Öztürk, Ahmet - ASLANOĞLU, Mehmet: Ekonomik Plânlama, Ekin Kitabevi, Bursa, 1995

Pearce, A. David – Markyanda, William ve Barbier, E.: Sustainable Development: Economics and the Environment in the Third World, 1990, Edgar, Aldershot'tan aktaran Erhun Kula; History of Environmental Economic Thought, Routledge, London, 1998.

Pigou, A.: Income, Macmillan, 1920, London'dan aktaran Erhun Kula (1998), History of Environmental Economic Thought, Routledge, London.

Pigou, A.: Wealth and Welfare, Macmillan, 1912 London'dan aktaran Erhun Kula (1998), History of Environmental Economic Thought, Routledge, London.

Resmi Gazete; 1 Temmuz 2006 Cumartesi - Mükerrer Resmî Gazete, Sayı : 26215

Sakar, Ayşe Yiğit: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Ya. No.22, İstanbul, 1999

Sen, Amartya; Standard of Living, New York: Cambridge University Press. (1987)

Sargutan, A. Erdal: Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:3 (2005)

SGK 2009 Temmuz Bülteni

Sorkin, A.L.: Health Economics İn Developing Countries, Lexington, Ma: Lexington Books. (1977) Aktaran: Murat Çetin - Eyyup Ecevit Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi Doğuş Üniversitesi Dergisi, 11 (2) 2010

Soussan, J. G.: Sustainable Development, Environmental Issues in the 1990's, A. M. Mannion and S. R. Bowlby (ed.), John Wiley & Sons, West Sussex, England, (1992)

Şencan, Hüner: (çev.) Habitat II Gündemi, Yeni Türkiye, S. 8 (Habitat II Özel Sayısı), (1996), Mart-Nisan,

T.C Sağlık Bakanlığı; Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi Yayın No: 720 Ankara 2007

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Bakanlık Yayın No: 691 Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 (2006)

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 824 s.73

T.C. Sağlık Bakanlığı: Sağlık İstatistikleri 2008

T.C. Sağlık Bakanlığı: Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007

Talu, Nuran: Rio'dan İstanbul'a, Yeni Türkiye, S. 8 (Habitat II Özel Sayısı), (1996) Mart-Nisan,

Tatar, F.: Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. Toplum ve Hekim. Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan 1996

TBMM Araştırma Komisyonu, Türkiye'de Tıp Eğitimi, Cilt 1, Ankara, 1991

TÇSV: Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu, Ortak Geleceğimiz

Tekeli, İlhan: Habitat II Konferansı Yazıları, T.C. Toplu Konut İdaresi Başkanlığı, Ankara. 1996

Tekin, Fazıl: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, Anadolu Ü. İİBF Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Haziran 1987

Teksöz, Tuncay: Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Politika Notu 2009

The United Nations, The Documents of the United Nations Conference on Human Environment-1972: Declaration on the Human Environment, Declaration of Principles, Recommendations for Action, Stockholm. (1996)

TÜİK; Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı Sonuçları, 2009

Turan, Nurcan: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları 2004

Tutar, Filiz – Kılınç, Nurcan: Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi C.IX ,S.1, 2007

TÜİK Haber Bülteni Sayı: 34

Türk, İsmail: Maliye Politikası, S Yayınları, 8. Bası, Ankara, 1989,

Türkiye Çevre Vakfı, Türk Çevre Mevzuatı, 1cilt, TÇV Yayınları, Ankara, 1999,

Ülken, Yüksel: 20. Yüzyılda Dünya Ekonomisi, İstanbul Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Yayın No:3114, İstanbul, 1984

WHO Sağlık İstatistikleri 2010

World Bank Entering the 21th Century World Development Report 1999/2000, Oxford University Press, Oxford. 2000

Yalçın, Türkan - Yıldırım H. Hüseyin: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Yeni Türkiye Dergisi. Sağlık Özel Sayı, No: 40, 2001

Yavilioğlu, Cengiz: Kalkınmanın Anlambilimsel Tarihi ve Kavramsal Kökenleri, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:3, Sayı:1, 2002

Yılmaz, Mine: İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

YÖK, Sağlık Bakanlığı, DPT: Türkiye’de Sağlık Eğitimi Ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, YÖK Yayın No: 2010/1 Haziran 2010

İnternet Kaynakları

Akdur, Recep: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf (24/12/2010)

Aktan ,Coşkun Can – Işık, A. Kadir: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf> (27/12/2010)

Aktan, Coşkun Can – Işık, A. Kadir: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Alternatif Yöntemler <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (17/12/2010)

Edirne İl Özel İdaresi (www.edirneozelidare.gov.tr) 14.01.2011

Edirne Valiliği; http://www.edirne.gov.tr/default_B0.aspx?content=225 14.01.2010

http://tuh.trakya.edu.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=1 (25/02/2011)

<http://www.ailehekimligi.gov.tr/> (15.03.2011)

<http://www.edirnedh.gov.tr/> (26.01.2011)

http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313500r1067.Saglik_Harcamaları_Genel_Saglik_Sigortasının_Mali_Surdurulebilirlik_Acisindan_Analizi.pdf (28/12/2010)

<http://www.trakya.edu.tr/kulliye/tarihce.html> (14/01/2010)

http://www.tued.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf (31.12.2010)

Karpat, Gaye - Açıköz Şenay: Ülkelerin Kalkınmışlık Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi <http://idari.cu.edu.tr/sempozyum/bil16.htm> (01/12/2010)

Mardin,Nur Bekata: Sağlık Sektöründe Kadın http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/saglik_sektorunde_kadin.

pdf (17/12/2010)

Mumcu,Alper: Anne Ölümleri <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=365>
(12/01/2010)

Nemli, E.: Sürdürülebilir Gelişme: Ekonomi İle Çevre Arasındaki Denge. 2006
www.kalder.org/genel/Esra%20Nemli%20Oturum%205E%20Windows%20XP.
ppt – (erişim tarihi: 24 Kasım 2006) Aktaran Yusuf Çelik

Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I Sağlık Yönetimi
http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html 24/12/2010

Pala ,Kayıhan: Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu
http://saglik.nilufer.bel.tr/pdf_doc/saglik_reformu.pdf (24/12/2010)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında 20.12.2001 tarihli 8597 sayılı Yönerge
(<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/mevzuat/saghizyurutulmesiyonergesi.pdf>)

Sur, Haydar: Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (25.12.2010)

T.C. Sağlık Bakanlığı <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-70376/h/sema30112010.pdf>(25/12/2010)

Tokat, Mehmet: Sağlık Ekonomisi
<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf>
(27/12/2010)

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği
http://www.trakya.edu.tr/yeni/karar_detay.php?Detay_ID=882 (25.12.2010)

Ulusal Çevre Eylem Planı (UÇEP), <<http://ekutup.dpt.gov.tr>>,

Wikipedia Sözlük:

<http://tr.wikipedia.org/wiki/S%C3%BCrd%C3%BCr%C3%BClebilir> (15/12/2010)

Wikipedia Sözlük: http://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n_tan%C4%B1m%C4%B1 (15/12/2010)

Yılmaz, H. Hakan: Muhtemel Riskler Belirleyiciliğinde Bir DeğerlendirmeTC Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Seminer Sunumu 24 Haziran 2009 http://www.sgb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_docman&Itemid=111 (27.12.2010)