

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ
KALKINMAYA ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

MEHMET VAHİT EREN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim ARSLAN

GAZİANTEP
TEMMUZ 2015

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ KALKINMAYA ETKİSİ

Mehmet Vahit EREN

Tez Savunma Tarihi: 31.07.2015


Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı


(Prof. Dr. Hilmi BAYRAKTAR)
SBE Müdürü

Bu tezin ~~Yüksek Lisans~~/Doktora tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylıyorum.


(Prof. Dr. Arif ÖZSAGIR)
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımca (tarafımızca) okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir ~~Yüksek Lisans~~/Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.


(Prof. Dr. İbrahim ARSLAN)
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir ~~Yüksek Lisans~~/Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:

Prof. Dr. İbrahim ARSLAN






Prof. Dr. Yusuf BAYRAKTUTAN

Doç. Dr. Atilla A. UĞUR

Doç. Dr. Sadettin PAKSOY

Yrd. Doç. Dr. Bilge KÖKSEL

İmzası

ÖZET

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ KALKINMAYA ETKİSİ

EREN, Mehmet Vahit

Doktora Tezi, İktisat ABD

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İbrahim ARSLAN

Temmuz 2015, 179 sayfa

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (2003) kalkınmaya olan etkilerini incelemektir. Ülkelerin kalkınmasında önemli rol oynayan sağlık politikaları açıklanarak yapısal değişikliklerin kalkınma üzerindeki etkileri tartışılmaktadır. Beşeri sermayenin en önemli bileşenlerinden olan sağlık ile kalkınma arasında teorik olarak bilinenilişkinin ekonometrik analizinin yapılması önem arz etmektedir. Bu amaçla 1975-2012 dönemine ait yıllık verilerle Türkiye’deki sağlık alanında görülen gelişmelerin kalkınma üzerindeki etkisi açıklanmaktadır. Kalkınma göstergesi olarak kişi başına düşen gelirdeki artış oranı ve bebek ölüm hızı ele alınarak, iki model kurulmaktadır. Bağımsız değişken olarak da kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, kişi başına düşen yatak sayısı, toplam sağlık kurumu sayısı ve toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ele alınmaktadır.

Analiz kapsamında temel birim kök testlerinden ADF ve PP ile Lee-Strazicich (2003) tarafından geliştirilen yapısal kırılmalı birim kök testi ve Hatemi-J (2012) Asimetrik Nedensellik testi gerçekleştirilmiş; SDP kapsamında uygulanan politikaların sağlık göstergelerinde iyileşmelere yol açarak, kalkınmayı pozitif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Beşeri Sermaye, Kalkınma, Sağlık Hizmetleri, Türkiye’de Sağlık Politikaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

ABSTRACT**THE EFFECTS OF TRANSFORMATION POLICIES IN HEALTH ON
DEVELOPMENT**

EREN, Mehmet Vahit

PhD. Thesis, Department of Economics

Supervisor: Prof. Dr. İbrahim ARSLAN

July 2015, 179 Pages

The main goal of this study is to examine the effects of Transformation Program in Health in Turkey (TPH-2003) on development. Health policies that play an important role in national economic development are explained, along with the effects of structural changes on economic development. One of the most imperative components of human capital, healthcare is theoretically known to have a correlation with development, and yet, it appears to be necessary to carry out the econometric analysis of this relationship. Given that, this work tries to show the effects of improvements in the Turkish healthcare industry on economic development by using the annual data of 1975-2012. In this context, two models have been constructed with two development indicators, the growth rate of per capita income and infant mortality rate. Per capita healthcare costs, per capita hospital beds, the number of healthcare institutions and the share of total healthcare costs in national income have been appointed as independent variables.

The analysis has been conducted with the aid of classical unit root tests ADF and PP, as well as structural break unit root test developed by Lee-Strazicich (2003) and Hatemi-J (2012) asymmetric causality test. The analysis indicates that the policies applied in the scope of TPH lead to improvements in healthcare indicators, consequently affecting development positively.

Keywords: Human Capital, Development, Healthcare, Healthcare Policies in Turkey, Transformation Program in Health.

ÖNSÖZ

Sağlık sektörü, insan hayatını doğrudan etkilemesi nedeniyle önem verilmesi gereken bir alandır. “Her şeyin başı sağlık”, günlük hayatta en çok kullanılan deyimler arasında yer almaktadır. Bu deyim, sağlıklı olmayan bir toplumu oluşturan bireylerin, hem kendi mutluluğu hem de ülke refahı adına faydalı olamayacağını belirtmektedir. Sağlık olmadan, bireylerin nitelikli iş gücü arzı bakımından üretim faaliyetlerinde verim ve etkinlikten yoksun bir şekilde yer alabileceği gerçektir. Bu sebeple, Türkiye’de sağlık ve sağlık ekonomisi ile ilgili çalışmalar, özellikle 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan (SDP) sonra hız kazanmaktadır. SDP sonrasında sağlık göstergeleri açısından iyileşmelerin ortaya çıktığı görülmektedir. Bu gelişmelerin kalkınma üzerindeki etkileri, tez konusu olarak seçilmiş bulunmaktadır.

Bu konuyu öneren ve çalışmaya başlamamda desteklerini esirgemeyen, her aşamada görüşleriyle katkıda bulunan ve çalışmanın sonuçlanmasında büyük emeği olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. İbrahim ARSLAN’a, jüri üyelerim Sayın Prof. Dr. Yusuf BAYRAKTUTAN, Sayın Doç. Dr. Atilla A. UĞUR, Sayın Doç. Dr. Sadettin PAKSOY ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Bilge KÖKSEL’e sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim. Ayrıca, tezimin yöntem ve model aşamasında destek olan aynı kurumda görev yaptığım meslektaşım Arş. Gör. Musa ÖZTÜRK’e, yazım aşamasında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Efdal POLAT ve Öğr. Gör. Dr. Halil İbrahim AYDIN’a teşekkür ederim. Son olarak, bu noktalara gelmemde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, büyük bir sabırla bana yardımcı olan aileme teşekkürü bir borç bilirim.

Temmuz 2015
Mehmet Vahit EREN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
GRAFİK LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. GİRİŞ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI.....	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. SAĞLIK.....	5
2.1.1. Sağlık Kavramı.....	5
2.1.2. Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri.....	7
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	12
2.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	12
2.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	13
2.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	16
2.1.4. Sağlık Ekonomisi.....	16
2.1.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	21
2.1.5.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Türleri.....	22
2.1.5.1.1. Kamu sağlık harcamaları.....	25
2.1.5.1.2. Özel sağlık harcamaları.....	27
2.1.5.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	29
2.1.5.2.1. Gelir seviyesi.....	29

2.1.5.2.2. Eğitim seviyesi	30
2.1.5.2.3. Sağlık güvencesi durumu	31
2.1.5.2.4. Teknolojik gelişmeler	32
2.1.5.2.5. Kentleşme.....	32
2.1.5.2.6. Yaşam süresinin uzaması	33
2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	33
2.1.6.1. Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansman	34
2.1.6.1.1. Zorunlu sosyal sigorta yöntemi ile finansman (Bismarck modeli)	35
2.1.6.1.2. Genel vergiler yöntemi ile finansman (Beveridge modeli).....	37
2.1.6.2. Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansman	39
2.1.6.2.1. Hizmet sırasında bedel ödeme yöntemi (Cepten ödeme).....	39
2.1.6.2.2. Özel sigorta yöntemi ile finansman.....	41
2.1.6.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modelleri (Karma Modeller)	42
2.2. KALKINMA	43
2.2.1. Kalkınma Kavramı	44
2.2.2. Kalkınmanın Geçmişten Günümüze Gelişim Serüveni	46
2.2.3. Kalkınma ile Büyüme Arasındaki İlişki.....	48
2.2.4. Kalkınmanın Çeşitli Göstergeleri.....	49
2.2.4.1. İnsani Gelişme Endeksi.....	51
2.2.4.2. Sosyal Gelişme Endeksi.....	54
2.2.4.3. Sosyal Sağlık Endeksi	55
2.2.4.4. İyi Yaşam Endeksi	56
2.3. BEŞERİ SERMAYE VE KALKINMA	56
2.3.1. Eğitim ve Beşeri Sermaye.....	57
2.3.2. Sağlık ve Beşeri Sermaye.....	58
2.3.2.1. Sağlıklı Bir Toplumun Göstergeleri.....	59
2.3.2.2. Sağlık ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi	61
3. AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI	64
3.1. AVRUPA BİRLİĞİ SAĞLIK POLİTİKALARI	64
3.1.1. Avrupa Birliği Sağlık Politikalarının Amaçları	66
3.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Ulaşılabilirlik	66
3.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	66
3.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Sürdürülebilirlik	67

3.1.2. AB'ye Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	67
3.1.2.1. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları	70
3.1.2.2. Sağlık Hizmeti Sunum Sistemi	73
3.1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynak Tahsisi ve Ödeme Yöntemleri.....	73
3.1.2.4. Sağlık Reformları	75
3.2. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI	76
3.2.1. Türkiye'de Temel Sağlık Sorunları.....	77
3.2.1.1. Nüfus	77
3.2.1.2. Çevre Sağlığı	78
3.2.1.3. Kötü Beslenme	79
3.2.1.4. Yetersiz Tıbbi Hizmet	80
3.2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu	82
3.2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	85
3.2.4. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Gelişimi	88
3.2.4.1. 1920-1945 Dönemi (Refik Saydam Dönemi)	88
3.2.4.2. 1946-1960 Dönemi (Behçet Uz Dönemi)	90
3.2.4.3. 1961-1980 Dönemi (Sosyalleşme Dönemi)	91
3.2.4.4. 1981-2002 Dönemi (Aktif Özelleştirme Dönemi)	92
3.2.5. Sağlık Sisteminde Reform: Sağlıkta Dönüşüm Programı	94
3.2.5.1. Aile Hekimliği Uygulaması	97
3.2.5.2. Genel Sağlık Sigortasına Geçiş.....	100
3.2.5.2.1. GSS'den sağlanacak sağlık hizmetleri	101
3.2.5.2.2. GSS'den yararlanabilme koşulları	103
3.2.5.2.3. Katılım payı.....	104
3.2.5.2.4. Sevk zinciri.....	105
3.2.5.2.5. GSS primleri ve devlet katkısı	106
3.2.5.2.6. Sağlık hizmetlerinin finansmanı	107
3.2.5.3. Sağlık Bakanlığı Kurumsal Yapısının Yeniden Yapılandırılması ..	109
3.2.5.4. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık Kurumları	112
3.2.5.4.1. Kamu hastane birlikleri	113
3.2.5.4.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu	117
3.3. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARININ AB'YE UYUMU.....	118

3.4. KALKINMA PLANLARI ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	119
4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ KALKINMAYA ETKİSİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA	125
4.1. LİTERATÜR, YÖNTEM VE MATERYAL	125
4.1.1. Literatür Taraması	125
4.1.2. Yöntem.....	134
4.1.3. Materyal	135
4.2. BULGULAR VE TARTIŞMA	138
4.2.1. Değişkenlerin Dağılım Grafikleri	138
4.2.2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	142
4.2.3. ADF ve PP Birim Kök Testleri	143
4.2.4. Lee ve Strazicich Birim Kök Testi.....	145
4.2.5. Hatemi-J Asimetrik Nedensellik Testi.....	149
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	157
KAYNAKÇA	163
ÖZGEÇMİŞ.....	179

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Müracaat Sayısı (Adet).....	15
Tablo 2.2: Türkiye’nin Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler.....	23
Tablo 2.3: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı (%).....	24
Tablo 2.4: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%) .	26
Tablo 2.5: Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%) ...	28
Tablo 2.6: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kapsamı.....	36
Tablo 2.7: SGK Mali İstatistikleri (Milyon TL)	36
Tablo 2.8: Kalkınmanın Farklı Zaman Dilimlerinde Anlamları	47
Tablo 2.9: Seçilmiş Ülkelerin İnsani Gelişme Endeksi (2013).....	53
Tablo 2.10: Seçilmiş Ülkelerin Sosyal Gelişme Endeksi (2014).....	55
Tablo 2.11: Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri	60
Tablo 3.1: AB’ye Üye ve Aday Ülkelerin Demografik ve Sosyo-Ekonomik Göstergeleri	69
Tablo 3.2: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modellerine Göre Ülke Grupları ve Ana Tamamlayıcı Finansman Modelleri	71
Tablo 3.3: AB’ye Üye ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları (2012).....	72
Tablo 3.4: AB’ye Üye ve Aday Ülkelerin Hastanelere ve Hekimlere Ödeme Sistemleri	74
Tablo 3.5: Türkiye’nin Genel Demografik Göstergeleri.....	77
Tablo 3.6: Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı (%)	107
Tablo 3.7: Sağlık Harcamalarının Kamu, Özel ve Cepten Yapılan Harcamalara Dağılımı (%).....	108
Tablo 3.8: Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Değişimi.....	108
Tablo 3.9: Karne Başarı Grupları.....	116
Tablo 4.1: Literatür Özeti.....	133
Tablo 4.2: Değişkenler ve Kaynakları	136
Tablo 4.3: Değişkenlere ait Tanımlayıcı İstatistikler	143
Tablo 4.4: ADF (1981) ve PP (1988) Birim Kök Testi Sonuçları	144
Tablo 4.5: Lee-Strazicich Birim Kök Testi Sonuçları	145
Tablo 4.6: Hatemi-J Asimetrik Nedensellik Testi Sonuçları	151
(Model 1).....	151
Tablo 4.7: Hatemi-J Asimetrik Nedensellik Testi Sonuçları	154
(Model 2).....	154

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	9
Şekil 2.2: Sağlık Ekonomisinin Yapısı	20
Şekil 2.3: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli	43
Şekil 2.4: İnsani Gelişme Endeksi Hesaplaması	52
Şekil 2.5: Sağlık ve Kalkınma.....	61
Şekil 3.1: Türk Sağlık Sisteminin Aktörleri.....	84
Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Yeni Teşkilat Şeması	111
Şekil 3.3: Kamu Hastaneleri Birlikleri Teşkilat Şeması	114

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 2.1: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları - 2012	62
(Satın Alma Gücü Paritesine Göre).....	62
Grafik 3.1: 10.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması (2012).....	81
Grafik 3.2: 100.000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması (2013).....	81
Grafik 3.3: Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranının (%) Uluslararası Karşılaştırması (2012).....	82
Grafik 3.4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Finanse Edenlere Göre Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	86
Grafik 4.1: Kişi Başına Düşen Gelirdeki Büyüme Oranı (%).....	139
Grafik 4.2: Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları	139
Grafik 4.3: 100 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı	140
Grafik 4.4: Toplam Sağlık Kurumu Sayısı	140
Grafik 4.5: 100 Canlıda Bebek Ölüm Oranı	141
Grafik 4.6: Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı.....	142

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlanması
ADF	: Augmented Dickey-Fuller (Genişletilmiş Dickey-Fuller)
AHM	: Aile Hekimliği Modeli
ARDL	: Autoregressive Distributed Lag (Oto regresif Dağıtılmış Gecikme)
Ar-Ge	: Araştırma-Geliştirme
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BLI (İYE)	: Better Life Index (İyi Yaşam Endeksi)
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
DB	: Dünya Bankası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GOÜ	: Gelişmekte Olan Ülkeler
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HDI (IGE)	: Human Development Index (İnsani Gelişme Endeksi)
IMF	: International Monetary Fund (Uluslar arası Para Fonu)
ISH (SSE)	: The Index of Social Health (Sosyal Sağlık Endeksi)
KBDKSH	: Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları
KBDTSH	: Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KPSS	: Kwiatkowski-Phillips-Schmidt-Shin
KYTK	: Kamu Yönetimi Temel Kanunu
OECD	: Organization of Economics Cooperation and

	Development(Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
OLS (EKK)	: Ordinary Least Squares(Sıradan En Küçük Kareler)
ÖSH	: Özel Sağlık Harcamaları
PP	: Phillips-Perron
PPP	: Purchasing Power Parity (Satın Alma Gücü Paritesi)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPI (SGE)	: Social Progress Index (Sosyal Gelişmişlik Endeksi)
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSH	: Toplam Sağlık Harcamaları
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	: United Nations Development Programme (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu)
VAR	: Vector Autoregressive Regression (Vektör Otoregresyon)
YK	: Yönetim Kurulu
WHO (DSÖ)	: World Health Organization(Dünya Sağlık Örgütü)

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Çalışmanın bu bölümünde konuya dair giriş yapılarak, araştırmanın önemi ve amacı hakkında bilgi verilmiştir.

1.1. GİRİŞ

İktisadi aktör olarak bireyin, kendi isteği dışında işinden geçici bir süre ya da sürekli olarak ayrı kalmasına yol açan risklerin başında sağlık sorunları gelmektedir. Bu sorunlar çalışmaya engel olduğundan yaşamak için gerekli olan gelir kaybı ve rahatsızlığın tanı, teşhis ve tedavisi için yapılan harcamalar biçiminde iki önemli neticesi bulunmaktadır. Sağlık, insan hayatının her anı için kıymetli olan bir olgu olup, halkın refahının sağlanmasında önemli bir etmendir. Bütün toplumların en önemli amaçlarından biri, bireylerin sağlık düzeylerinin artırılmasıdır. Sağlıklı bireyler, ülke kalkınmasında nitelikli işgücü kaynağıdır.

Politika yapıcıların birincil hedefi, toplumu oluşturan bireylerin refah seviyesini artırmaktır. Nitekim, küreselleşme süreci ile birlikte insana yapılan yatırım (beşeri sermaye) önem kazanmaktadır. Beşeri sermayenin en önemli faktörlerinden olan sağlık ve eğitim, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin önem verdiği konuların başında gelmektedir. Dolayısıyla, beşeri sermaye yatırımındaki artış, ülkelerin kalkınmışlık seviyeleri üzerinde pozitif bir etki oluşturmaktadır. Sağlıklı bireyler daha iyi eğitim alabilmekte ve üretime katkıları artmaktadır. Bireylerin sağlıklı olması, üretimin ve dolayısıyla büyümenin anahtarıdır. Toplumda hastalıkların sık görülmesi, bireylerin verimliliğini düşürmekte ve büyüme önünde bir engel teşkil etmektedir. Aynı zamanda, fertlerin yaptığı sağlık harcamalarının artış göstermesi, yaşam süresi ve kalitesini artırmaktadır. Bu gerekçelerle kalkınmakta olan ülkeler, beşeri sermaye yatırımlarına, özellikle de eğitim ve sağlık yatırımlarına öncelik vermek durumundadır.

Gelişmekte olan ülkelerin temel sorunları arasında, yetersiz beslenme ve barınma başı çekmektedir. Bu temel gereksinimlerin karşılanması halinde bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştiği görülmektedir. Daha iyi sağlık koşulları, işgücü verimliliğinin artmasına yol açarak kalkınmaya katkı sağlamaktadır. Kalkınma, nicel bir kavram olan büyümeyi de içine alan eğitim, sağlık, kültürel, sosyal ve iktisadi yapıdaki dönüşümü de içerisine alan nitel bir olgudur. Bu bağlamda kalkınma, sadece iktisadi değişkenlerde görülen iyileşmeler dışında sosyal faktörlerdeki ilerlemeleri de dikkate almaktadır. Gelecek nesillerin daha sağlıklı olması ve nitelikli işgücünün piyasada yer alması, kalkınma için önem ihtiva etmektedir. Bireylerin sağlık statüsünün gelişmesi, sağlık hizmetlerinin adaletli bir şekilde ülkenin her yöresinde sunulmasına bağlıdır. İnsanların en tabii hakkı olan sağlık hizmetlerinden faydalanma, eşitsizliklerin giderilmesi ve yoksulluğun azaltılması ülke ekonomilerinin en önem verdikleri politikalarlardır. Hükümetler söz konusu politikaları, kaynak dağılımını da göz önünde bulundurarak eşit bir şekilde uygulamakla mükelleftir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık yatırımları ve organizasyonuna dair yapılan çalışmalar, sağlık politikalarının önemli aktörleri arasında yer almaktadır. Bu kapsamda, Türkiye’de cumhuriyetin ilanından itibaren çeşitli sağlık politikaları uygulanmış olup, son olarak 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” ile sağlık alanında önemli bir dönüşümün içine girilmiştir. Bu yeniden yapılanmayı gerektiren sorunun temelinde, sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin hale getirilmesi yatmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi Türkiye’de sağlık hizmetleri farklı kurumlar tarafından yürütülmekte; düzensiz ve karmaşık bir görünüm sergilemektedir. Bu bağlamda, tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler gibi kamu ve özel sektöre ait kurumlarca sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır. SDP ile birlikte atılan en önemli adım, 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlüğe girmesi; farklı finansman kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek çatı altında toplanmasıdır. SGK, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların, sağlık hizmetlerinden bedelsiz olarak faydalanmalarına imkan tanımakta; sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmaktadır.

SDP çerçevesinde SSK’ya ait olan bütün hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve bireylerin bütün sağlık kurumlarından hizmet alımının önündeki

engel kalkmış bulunmaktadır. SGK ile özel sağlık kuruluşları arasında yapılan anlaşmalar sayesinde belirli katılım payı alımı koşuluyla sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Her ülkenin sağlık sistemi, kendi sosyoekonomik, kültürel, siyasi ve hukuki altyapısı ile maliyetlerin finansmanı, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve toplumun sağlık hizmetlerinden beklentilerine cevap verilmesi amacı taşımaktadır. Özellikle devletin sağlık hizmeti sunumunun kaliteden ve verimden yoksun olması, kamu sağlık harcamalarının artış göstererek kamuya yük oluşturması gibi nedenler, Dünya Bankası, IMF gibi uluslararası örgütlerin de yönlendirmesiyle sağlık sistemlerinin piyasa mantığı ile yönetilmesine yönelik dönüşümler yapılmasına yol açmış bulunmaktadır. Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) arkasında bahsi geçen gerekçelerin de etkisi vardır.

Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkiye dair yapılmış olan çalışmaların literatürdeki azlığı, bu konunun tercih edilme nedenidir. Ayrıca, sağlıktaki reform uygulamasının kalkınmaya etkisinin analizi, çalışmayı farklılaştıran en temel özelliklerden biridir. Bu faktörlerden dolayı, diğer çalışmalara yön vermesi beklenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık göstergeleri ile kalkınma arasındaki ilişkiyiSDP kapsamında analiz etmektir. Ülkelerin gelişmesinde önemli yer tutan sağlık politikalarına vurgu yapılarak yapısal değişikliklerin kalkınma üzerindeki etkileri incelenecektir. Sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkinin varlığı teorik olarak bilinse de bu durumun analizi ampirik bir çalışma gerektirmektedir. Bu doğrultuda 1975 ve 2012 yılları arasında yıllık veriler kullanılarak Türkiye’de sağlık alanındaki gelişmelerin kalkınma üzerindeki etkisi incelenmiştir. Kalkınma göstergesi olarak kişi başına düşen gelirdeki artış oranı ve bebek ölüm hızı olmak üzere iki model kurulmuştur. Bağımsız değişken olarak ise kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, kişi başına düşen yatak sayısı, toplam sağlık kurumu sayısı ve toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ele alınmıştır.

Kalkınma ile sağlık değişkenleri arasındaki ilişkinin analiz edildiği bu çalışmanın özel amaçları şu şekilde sayılmaktadır:

- a) Sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında teorik bilginin irdelenmesi

b) Sağlık ekonomisinin genel yapısının irdelenerek sağlık hizmetlerinin finansman modellerinin detaylı olarak incelenmesi

c) Türkiye’de sağlık sektörünün uluslararası ölçekte konumunu inceleyerek ülke karşılaştırmalarının yapılması

d) Sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkinin hem teorik hem de uygulamalı olarak detaylı bir şekilde incelenmesi

e) En iyi tahmin sonuçlarını veren modellerin belirlenmesi

f) Sağlık göstergeleri ile kalkınma arasındaki sonuçların değerlendirilmesi

g) Analiz sonuçlarına göre politika önerilerinde bulunulması

Dört ana bölümden oluşturulan çalışmanın birinci bölümünde, çalışmaya genel bir giriş yapılmakta ve araştırmanın önemi ile amacı açıklanmaktadır. İkinci bölümde, çalışmanın teorik alt yapısı hazırlanmaktadır. Bu kapsamda, sağlık ile kalkınma kavramları hakkında bilgi vererek, beşeri sermaye ve kalkınma arasındaki ilişki açıklanmaktadır. Üçüncü bölümde, Avrupa Birliği sağlık politikaları ile Türkiye sağlık politikalarına değinilmekte, sağlık politikalarının AB’ye uyumu ve kalkınma planları kapsamında analizi yapılmaktadır. Dördüncü bölümde ise, çalışmaya ait modeller ayrıntılı bir biçimde izah edilmektedir. Kullanılan birim kök analizleri ve Hatemi-JAsimetrik Nedensellik Testi sonuçları detaylı olarak bu bölümde yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kalkınma üzerindeki etkileri analiz edilmekte ve ortaya çıkan sonuçlar tartışılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın temelini oluşturan bu bölümde, sağlık ve kalkınma olguları açıklanarak beşeri sermaye ile kalkınma ilişkisi hakkında teorik bilgi verilmiştir.

2.1. SAĞLIK

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin birey ve toplum yaşamında hayati öneme sahip olması sebebiyle sağlık sektörüne ve sağlık alanı üzerine yapılan çalışmalara olan ilgi her geçen gün artış göstermektedir. Kuşkusuz bu ilginin birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlar arasında sağlığın ekonomik boyutu olarak, sağlık harcamalarına bütçeden ayrılan kaynakların artış ve bunun sağlık düzeyine olan etkilerinin araştırılması ihtiyacı öne çıkmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde sağlığa kavramsal bir giriş yapıldıktan sonra sağlık hizmetleri ve genel özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık ekonomisi, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu açıklanmıştır.

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, genel manada hastalığın olmama durumu olarak ifade edilmekte; hekimler ve hastalar tarafından farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Bazı kişiler, kendilerini çok fazla rahatsız etmeyen sorunlarını hastalık olarak nitelendirmemektedir. Bunun aksine, hekimlere göre en basit yakınma yahut normal durumdan sapma hali, hastalık olarak değerlendirilmektedir (Eren ve Mete, 2014:310).

Tıp bilimi ve teknolojisinde yaşanan gelişmeler sonucu hastalıklara ilişkin bir bilgi birikimi sağlanmış olup, bu birikim sayesinde örgütlenen ve verilen sağlık hizmetlerinin ne derece sağlıkla ilgili olduğu, üzerinde durulması gereken bir konudur (Yerebakan, 2000:13).

Sağlık, yaşam hedefi değildir; günlük yaşam için kaynak olarak görülmektedir. Sağlık, fiziksel kapasitenin yanı sıra sosyal ve kişisel kaynakları vurgulayan pozitif bir kavramdır. Bu nedenle, sağlık sektörünün sorumluluğu, sağlıklı bir yaşam sunmak değil, refahın sağlanması için sağlıklı yaşam biçimlerinin ötesine geçmektir (WHO, 1986).

Sağlık olgusu, kültürden kültüre ve dolayısıyla toplumdan topluma değişkenlik göstermektedir. Bir ülkede sağlıklı görülen bir kişi, başka bir ülkenin şartları ve değerlendirmeleri çerçevesinde sağlıklı bulunabilmektedir (Okay, 2009:13). Bu göreceli niteliği nedeniyle tanımı da farklılaşan sağlık, vücudun bütün hücrelerinin optimum kapasitede kullanılması ve birbirleriyle mükemmel uyum içinde çalışma halidir. Sosyal bakış açısıyla sağlık, kişilerin kapasitelerinin, zevkleri ve performanslarının rolü için optimize edildiği durum olarak izah edilmektedir (Işık, 2000:77).

Genel olarak sağlık, hasta ya da sakat olmama hali olarak tanımlansa da, en temel kaynak olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) 1948'deki tanımına göre "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" (WHO, 1948; McGuire et al., 2005:18; Dewar, 2010:5; Okay, 2009:13). Bu tanım sağlıklı olmanın sınırlarını çizerken son zamanlarda buna "sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürdürülebilirlik" de eklenmiştir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006:47). Küreselleşmenin etkisiyle değişen tanım, herkesin kendi sağlığından sorumlu tutulduğunu; bunun için de üretmek, kazanmak ve ödemek zorunda olduğunu ifade etmektedir (TTB, 2007:22). Bireylerin, ancak üretim faaliyetlerinde aktif bir rol alması ve bu rol karşılığında elde ettikleri gelirleri sayesinde sağlıklı yaşayabileceği belirtilmektedir.

Kişilerin sağlıklı olup olmadığının ya da tam iyilik halinin ne anlama geldiğini açıklamak için subjektif ve objektif sağlık ayrımı yapılmıştır. Subjektif sağlık, bireyin kendisini fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyi hissetmesidir. Bu his, bireye ve bireyin yaşadığı topluma, çevre, gelir, beslenme koşulları, eğitim seviyesi, gelenekler gibi faktörlere göre farklılık gösterdiğinden öznedir. Eğitim ve gelir seviyesi yüksek olan birey için hastalığı algılama ve hissetme şekli ile düşük olanlarıki farklılık arz etmesi, örnek olarak verilebilir. Yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip kişiler sağlığına daha fazla dikkat ederken, düşük eğitim ve gelir düzeyindekiler en basit rahatsızlıkları bile ciddiye almamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:9). Objektif sağlık ise muayene, tahlil ve tetkik sonuçlarına göre bir ya da daha

fazla hastalığa sahip olup olmadığının belirlenmesi ile ilgilidir. Böyle bir durumda, bir kişiye sağlıklı diyebilmek için bireyin kendisini subjektif olarak iyi hissetmesi ve objektif olarak doktor tarafından yapılan tetkikler sonucu gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Ertürk Atabey, 2012:6).

Sağlıklı olmakla birlikte sürdürülebilirliğin kazandırılması da oldukça önemlidir. Toplumunu oluşturan bireylerin sağlıklı bir yaşam idame edebilmesi için, ekonomik ve sosyolojik çevreler mutlaka ilişki içerisinde olmalıdır. Ekonomik çevreler, sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak sağlama çalışması yaparken, sosyolojik çevreler, biyolojik ve fiziki çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik tedbirleri almalıdır (Bayram, 2011:3).

Bireylerin sağlıklı olma durumlarının sürdürülebilirliği, her ülkenin temel hedeflerindedir. Bireylerin sağlıklı olması, toplumsal huzurun ve ekonomik kalkınmanın ana faktörüdür. Sağlıksız bireyler, ekonomik olarak işgücü kaybının yanı sıra toplumsal harcamaları artırıcı bir etki oluşturacağından, huzur, sosyal ve iktisadi sorun kaynağıdır (Sevim, 2006:4; Eren ve Mete, 2014:311).

2.1.2. Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli nedenlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu unsurların etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, fiziksel ve zihinsel etkinlikleri azalmış olanların işe adapte edilmesi, başka bir deyişle rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler, sağlık hizmeti kapsamındadır (Başçı vd., 2012:1). Sağlığın korunması, spesifik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi gibi sağlık programlarının dahil olduğu hizmetler, sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir (Wiseman, 2011:8). Sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle bireylerin hali hazırdaki sağlık durumlarının muhafaza edilmesi için sağlık personelleri tarafından yürütülen faaliyetlerden oluşmaktadır (Özalbant, 2010:4).

DSÖ sağlık hizmetlerinin, “insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumlarında bu yeteneklere yeniden kavuşturulmasına yönelik tıbbi bakım çalışmalarının tümü” şeklinde en kapsamlı tanımını yapmıştır (Ertürk Atabey, 2012:11).

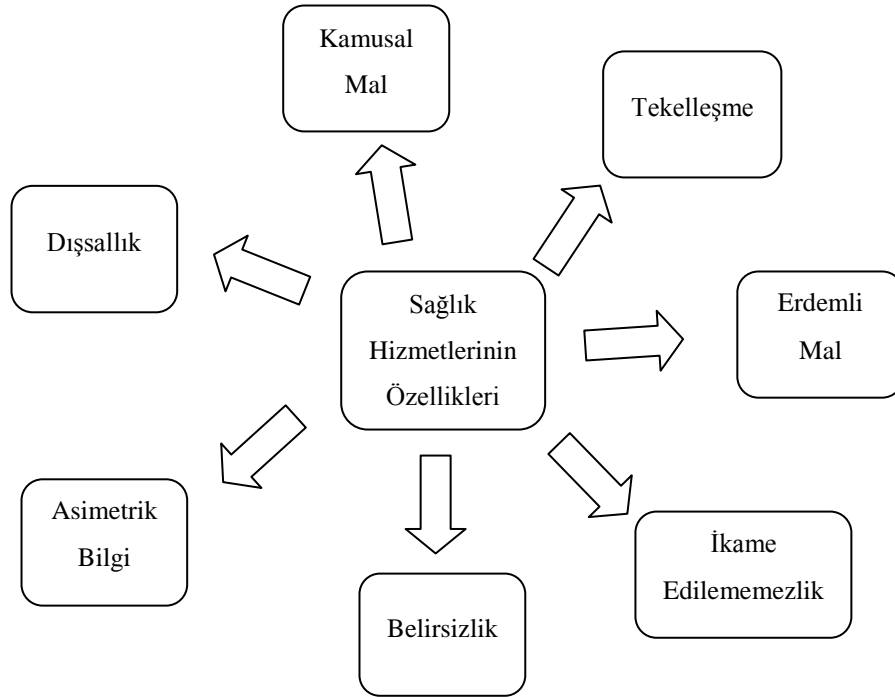
Sağlık hizmetlerine olan talep, sadece iyi hissetme isteği olarak değil, aynı zamanda beşeri sermaye yatırımı olarak görülmektedir (Dewar, 2010:9). Bireylerin

sağlık hizmetlerini kendi çıkarları için talep etmedikleri, sağlık için talep ettikleri iddia edilmektedir (Mooney, 2009:17). Sağlık hizmetleri, sağlığın iyileşmesinde önemli bir girdidir; fakat, yaygın olarak kabul edilen ise, tıbbi bakımın sağlık için önemli bir belirleyici olmadığıdır. Bireyler kendi çıkarları için sağlık hizmeti talep etmemektedir. Sağlık hizmeti tüketiminden alınan fayda, sağlık hizmetinden üretilmemiş; sağlıktaki iyileşmelerden elde edilmiştir. Bu nedenle sağlık hizmeti talebi türetilmiş taleptir (Dewar, 2010:18).Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri talebi, sağlığa olan talep ile ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti arzı ve talebi ağırlıklı olarak tüm ülkelerde düzenlenmektedir. Bunun nedenlerinden ilki, enfeksiyon hastalıklarından gelen belirgin bir dışallıktır ki bu, gelişmekte olan ülkelerde oldukça önemlidir. İkincisi, hastalık bireysel düzeyde sosyal hayattatahmin edilemeyen önemli bir fark oluşturabilir ve sağlık hizmetlerinin pahalı olması sebebiyle bireylerin sigorta isteği olabilmektedir. Fakat asimetrik bilgi, ters seçim ve ahlaki tehlikenin varlığı, sigorta piyasalarının düzgün çalışması için sorun oluşturmaktadır. Üçüncüsü, sağlık hizmetlerinin organizasyonu hükümetler tarafından yapıldığından, sağlık hizmetleri üretiminin bir dereceye kadar yerel doğal tekele tabi olmasıdır. Son olarak düzensiz piyasalar adaletsiz sonuçlar verebilmektedir. Başka bir deyişle, çoğu sağlık sisteminde hükümet müdahalesi yoğundur (Cookson et al., 2005:121).

Sağlık hizmetleri, sahip oldukları özellikler nedeniyle ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınmaktadır;yarı kamusalılık, dışallık, asimetrik bilgi, belirsizlik, ikame edilememelik gibi kendine has özelliklere sahiptir.

Şekil 2.1: Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri



- **Kamusal mal özelliği:** Kamusal mallar, rakip olmama ve dışlanmama özelliklerine sahiptir. Rakip olmama veya rakipsizlik, bir kişinin bir malın tüketimini başka bir kişinin engelleyememesidir. Dışlanamamazlık, mal veya hizmet tüketimine para ödemeyenlerin dışlanmasının mümkün olmamasıdır (Mcpake, 2002:58). Sağlık hizmetleri genellikle yarı kamusal hizmet olarak değerlendirilmektedir. Bu tür hizmetlerin tüketimi topluma dışsal fayda sağlarken bireylere de özel fayda sağlamaktadır. Kamusal hizmet olarak değerlendirilmemesinin nedeni, bölünebilme, pazarlanabilme ve fiyatını ödemeyenlerin hizmetin faydasından dışlanması özelliklerine sahip olmasıdır. Topluma sağladıkları sosyal faydalar bakımından kamusal mallara, bireylere sağladıkları özel faydalar bakımından ise özel mallara benzemektedir (Özkara, 2006:6). Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kamusal hizmet iken, tedavi edici sağlık hizmetleri ise yarı kamusal hizmet özelliği taşımaktadır (Kirmanoğlu, 2012:142).

- **Dışsallık özelliği:** Bir bireyin ya da firmanın, diğer birey ve firmaları etkilediği, bir firmanın diğer firmalar üzerine maliyet yüklediği, fakat onların zararını telafi etmediği veya alternatif olarak, bir firmanın diğerlerine bir fayda sağladığı,

fakat, bu faydanın karşılığını alamadığı vb durumlar, dışsallıkları ifade etmektedir (Stiglitz, 1994:92; Kargı ve Yüksel, 2010:187). Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için elde edilen başarılar ve çabalar, dışsallıklara örnek olarak verilebilmektedir. Bireyler, çocuk felci, grip gibi bulaşıcı hastalığa yakalandıkları zaman sadece kendilerini tehlikeye atmamakta, aynı zamanda aileleri, arkadaşları ve ilişkide buldukları herkes için hastalık riskini artırmaktadır. Bireyler, bu hastalıklardan korunmak için aldığı önlemler sayesinde çevresindekilere fayda sağlar. Örneğin, bir bireyin yaptırdığı grip aşısı, özel fayda sağlaması yanında hem kendisi açısından hem de bulunduğu ortamdaki insanlar hastalık riskinin azalmasıyla sosyal fayda sağlamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:49-50).

- **Asimetrik bilgi özelliği:**İki taraftan biri diğerine göre daha fazla bilgi sahibi ise, taraflar arasındaki bilgi dengesizliği asimetrik bilgiyi ortaya çıkarmaktadır. Bu ilişki, sağlık üretimi ve tüketimi yapanlar arasında gerçekleşirse asimetrik bilgi tüketici (hasta) aleyhine bir durumdur. Sağlık hizmeti verenler (doktor, hemşire vb), hizmeti alanlara (hasta) göre daha fazla bilgi sahibidir (Eren ve Mete, 2014:313). Asimetrik bilgi nedeniyle, örneğin hastanın hastanede yatma süresi, verilecek ilaç ve kullanma süresi ve diğer konulardaki kararların tamamen sağlık hizmeti üretenler tarafından verilmesi, tüketicilerin inisiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Birey, verilecek hizmetin boyutunu tartışmadığı zaman pazarlık yapamamakta ve sağlık hizmetini denetleme imkanı da bulunmamaktadır (Ertürk Atabey, 2012:19).

- **Belirsizlik özelliği:**Sağlık hizmetleri talebi tesadüfi olarak ortaya çıkmaktadır; nerede, ne zaman, ne ölçüde, kimler tarafından oluşacağı belli değildir (Sayım, 2011:25). Örneğin, bulaşıcı hastalıkların görülmesi, beklenmedik şekilde sağlık hizmetleri tüketiminde artışa yol açarken, iktisadi kaynakların kısıtlı olması bu talebi sınırlayan bir etken olabilmektedir. Sağlık mal ve hizmetlerine olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan ziyade, öngörülemez niteliktedir (Aktan ve Işık, 2007a:11-12). Bir kolun kırılması, apandisit ameliyatı, otomobil kazası ya da kalp krizi gibi birçok örnek verilebilir. Bir diğer konu ise kişinin kendini rahatsız hissetmesi ya da muhtemel bir hastalık nedeniyle sağlık kurumu ve personeline başvuru yapmasıdır (Mutlu ve Işık, 2012:55).

- **İkame edilemezlik özelliği:** Sağlık hizmetlerinin ikamesi ve ertelenmesi söz konusu değildir; çünkü talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir gereksinimdir. Zamanında giderilemeyen bir sağlık ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamına tesir etmenin yanı sıra toplumu da ekonomik ve sağlık açısından

etkileyebilmektedir (Filiz, 2010:19). Bir malın fiyatı yükselince tüketiciler, bu mal yerine farklı mallar ikame edebilmektedir; ancak, sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmet konulmamaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hasta doktorun tavsiye ettiği tedaviyi almak zorundadır. Parasal değeri düşük bir hizmet alanı ile değiştirilmesi mümkün değildir; örneğin, bir hastanın omurilik ameliyatı olması gerekirken, maliyeti daha ucuz olduğu için göz ameliyatı olması gibi bir durum söz konusu olamamaktadır. Bu özellik, sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayırmaktadır (Bayram, 2011:4).

- **Erdemli mal olma özelliği:** Sağlık hizmetleri erdemli (merit) mal olma özelliği taşımaktadır. Bir görüşe göre, özel mal ve hizmetlerin belirli bir bölümü piyasa mekanizması tarafından üretilmektedir. Toplumsal yönden önem taşıyan, piyasa ekonomisi tarafından yeterince üretilmeyen erdemli mal ve hizmetlerin kamu tarafından üretilmesi zorunludur, aksi takdirde çok büyük toplumsal problemlerle karşılaşılabilir (Akdoğan, 1999:47). Erdemli mallar, sosyal faydası özel faydasından yüksek olan, bireysel isteklere bakılmadan toplumdaki herkes tarafından tüketilmesinin yararlı olacağı düşünülen, özel mal niteliğindedir (Dürrü, 2012:18). Erdemli mal ve hizmetlere, konut imkanlarının geliştirilmesi ve artırılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, düşünlere, engellilere, yaşlılara düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmetleri sunulması, okullarda bedava süt dağıtılması vb örnek verilebilir (Edizdoğan vd., 2010:33).

- **Tekelleşme özelliği:** Sağlık hizmetlerinin sunulmasının ihtisas gerektirmesi nedeniyle yetkili kuruluşlar tarafından piyasaya girişte sınırlandırmalar getirilmektedir. Bu sınırlamalar, ilgili bakanlıklar ve bağlı kuruluşlar tarafından konulabileceği gibi, meslek örgütleri ve/veya benzeri kurumlar tarafından da konulabilmektedir. Aslında bu sınırlamaların temel sebebi ikamesi olmayan, fiyatlandırılmayan, alıcılar aleyhine bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık hizmetlerinin denetim ve kontrol altında yürütülmesini sağlamaktır (Çoban, 2009:15). Kan üretimi, aşı üretimi ve dağıtımı, sağlığın geliştirilmesi uygulamaları gibi birtakım sağlık hizmetlerinin, özel sektöre bırakılması bazen uygun olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Ayrıca satıcılar, serbest piyasada yaptıkları yatırımlardan maksimum kar elde etmeyi amaçlar; fakat, bazen belli bir hizmeti vermek için yapılacak yatırımlar ve bunun işletilmesi, çok büyük sermayeler gerektirmektedir. Örneğin, Doğu Anadolu'nun ucra ilçe ve mezralarına sağlık kuruluşu kurmak ve işletmek, pahalı ve karlılığın düşük olması nedeniyle özel sektörün yatırım yapması

mümkün görünmemektedir. Böyle birdurumda,buralarda yaşayanların sağlık hizmetlerinden faydalanması için devlet tarafından yatırımların yapılması, kaçınılmaz bir gerçektir (Dürrü, 2012:20).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık, insan hayatının idame ettirilmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasındavekorunmasında kendine özgü bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetinin sunumu, bireylerin yaşamkalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmektedir(Öksüz, 2010:12).Sağlık hizmetleri genel olarak üç sınıfta incelenmektedir; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Ayrıca bu ana sınıflandırma içerisinde de alt sınıflandırma yapılmaktadır.

2.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak da bilinen koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bireylerin hastalanmalarını önlemek, başka bir deyişle sağlığını korumak ve sağlığı iyileştirmek için sunulan hizmetlerden oluşmaktadır. Söz konusu hizmetler, kamu sağlığını ilgilendiren, yararlanabilmek için bireysel başvuruya ihtiyaç duyulmayan türde hizmetlerdir. Bireylerin, birbirlerine rakip olmadan yararlandıkları koruyucu hizmetler, hastalık bulaşma ihtimalini azaltarak toplum için ortak bir fayda ortaya çıkarmaları nedeniyle kamusal hizmet görünümündedir (Orhan, 2006:44). Tedavi edici sağlık hizmetlerine göre, kullanılan emek ve sermaye kaynakları bakımından daha kolay bulunabilir ve düşük maliyetle üretilmektedir. Ayrıca, bu hizmetlerin yerine getirilmesinden, tesiri daha yüksek sonuçlar alınmaktadır. Örneğin, çevre kalitesinde yapılacak bir iyileştirme, sağlık alanında, sürekli yükselen sağlık bakım harcamalarından daha büyük marjinal verimliliğe sahip olacaktır (Ünal, 2013:89).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu oluşan fayda, onu tüketenin haricinde toplumun diğer üyelerine de fayda sağlamaktadır.Dolayısıyla sosyal faydası daha fazla olan koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, dengeli beslenme şartlarının oluşturulması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılması, gıda denetimi ve kontrolü gibi hizmetlerden oluşmakta (Aktan ve Işık, 2007a:14); kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki kısımda incelenmektedir.

- **Kişiye yönelik sağlık hizmetleri:**Kişileri, dolayısıyla toplumu, hastalık ortaya çıkaran unsurlara karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise, erken tanı ile hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi amaçlayan sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, hastalıkların kontrolüne yönelik yapılan harcamalarla tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılacak harcamalarda tasarruf sağlanabilmektedir (Gökçe, 2007:8). Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, kişisel hijyen, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama, yeterli beslenme, ilaçla koruma, sağlık eğitimi ve erken teşhis olarak ifade edilmekte ve hekim, hemşire, ebe gibi sağlık meslek grupları tarafından yerine getirilmektedir (Ertürk Atabey, 2012:12).

- **Çevreye yönelik sağlık hizmetleri:**İnsan sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörlerin ortadan kaldırılarak veya en aza indirgenerek olumsuz çevre faktörlerinin kişileri etkilemesini önlemeye dönük verilen hizmetlerdir (Saçu Barlin, 2010:9). Yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, haşerelerle mücadele, konut sağlığı, hava kirliliğinin önlenmesi, radyasyonla ve gürültü ile savaş gibi hizmetler, çevreye yönelik sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir (Yavuz, 2011:20).

Koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi, toplumun sağlık güvenliğine katkı sağlamasının yanında,tedavisi daha masraflı olan hastalıkların engellenmesinde rol oynamaktadır. Çünkü, koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetleri, hastalıkların görülmesinden sonra katlanılan maliyetlerden düşük kalmakta, sağladığı toplumsal fayda ise, daha yüksek olmaktadır (Orhan, 2006:45).

2.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulan bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla, hastalık ya da sakatlık durumu ortaya çıktığı zaman verilen sağlık hizmetleridir. Uzman doktor nezaretinde, diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışmasıyla sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:38). Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında yer almaktadır. Kendi içinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014:82).

- **Birinci basamak tedavi hizmetleri:**Hastanın ilk başvuru yaptığı doktor tarafından muayene ve tedavi edilmesini içermekte; ilk yardım sağlık hizmetleri, acil

tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetlerden oluşmaktadır (Orhan, 2006:46-47). Sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, özel doktor muayenehaneleri, poliklinikler, dispanserler, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi sağlık kuruluşları bu basamakta hizmet vermektedir (Ünal, 2013:93).

- **İkinci basamak tedavi hizmetleri:**Teşhis ve tedavi hizmetlerine ilişkin süreçlerin, hastaların yataklı tedavi sunan sağlık kurumlarında yatırılarak devam ettiği hizmet türüdür. Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar, sınırlı sayıda uzman doktorun, hemşirenin ve sağlık personelinin bulunduğu, teknik açıdan en ileri teşhis ve tedavi hizmetlerine imkan sağlayan tam teşekküllü hastaneler de olabilmektedir (Çoban, 2009:18). Özel hastaneler, devlet hastaneleri, sağlık merkezleri gibi yataklı sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar, bu kategori için örnek verilebilir (Özkara, 2006:77).

- **Üçüncü basamak sağlık hizmetleri:** Üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri analiz ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014:83). Ayrıca onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, kemik hastalıkları hastaneleri gibi uzmanlık kuruluşları, belirli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmektedir. Doğum ve çocuk bakımevleri, çocuk hastaneleri gibi kuruluşlar da belirli yaş gruplarına hizmet vermektedir (Eren ve Mete, 2014:315).

Türkiye’de 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un uygulanması, dört kademeli bir birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Söz konusu sağlık sisteminde, 2000-2500 arası bir nüfusa hizmet veren ve kırsal kesimdeki insanlar için ilk temas geçilecek belerin görev aldığı sağlık evleri; 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal sağlık ocakları; 10.000-30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin (toplam 16 personel) görev aldığı bölge sağlık ocakları ve 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktadır (OECD, 2009:24).

Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında yer alan birinci basamak tedavi hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde bazı değişikliklere uğramıştır. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinde ise herhangi bir değişiklik olmamıştır (Gemlik ve Ayanoğlu Şişman, 2011:93).

SDP'den önce birinci basamak tedavi birimleri,sağlık ocakları, muayenehaneler ve ana çocuk sağlığı merkezlerinden oluşmaktadır. Sağlık ocaklarının en önemli görevi, toplumun tamamını kapsayanbirinci basamakve koruyucu sağlık hizmeti sunmaktır. Bu fonksiyon, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıklarınengellenmesi ve tedavisi, ana çocuk sağlığı (aşılar ve aile planlaması da dahil),halk sağlığı eğitimi, hasta bakımı, çevre sağlığıve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanmasıgibi hizmetleri de içermektedir. Sağlık ocaklarının bireyler için sağlık sistemindekibirinci temas noktası olarak ve daha üst düzey tıbbi kuruluşlara sevklerin sağlanması için hizmetvermesi beklenmiştir. Birinci basamak tedavi hizmetleri,SDP ile 2005 yılında pilot il olarak seçilen Düzce'de başlatılmış, 2010 Aralık ayı itibariyle tüm Türkiye'yi kapsamış vesağlık ocaklarının yerini Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri almıştır (Gemlik ve Ayanoğlu Şişman, 2011:93).

	Devlet 1. Basamak	Devlet 2. Basamak	Devlet 3. Basamak	Özel	Üniversite	Toplam
2009	200.221.251	122.659.222	39.905.224	66.877.219	16.487.944	446.150.860
2010	202.313.421	138.607.251	44.074.572	72.155.421	21.775.322	478.925.987
2011	244.346.102	155.292.046	50.141.980	86.749.689	25.178.757	561.708.574
2012	235.137.151	201.997.648	65.123.572	89.069.858	30.592.422	621.920.651
2013	220.252.781	220.789.468	73.167.494	92.732.673	34.698.578	641.640.994
Kaynak: www.sgk.gov.tr (04.12.2014) ve Sağlık Bakanlığı, 2014c:97.						

Tablo2.1'de, 2009-2013 döneminde sağlık hizmet sunucularına göre müracaat sayıları verilmektedir. 2010 yılına kadar en önemli birincibasamak sağlık hizmeti sunucusu olan sağlık ocakları kapatılarak 2005 yılında pilot uygulaması başlatılan ve 2010 yılından itibaren tüm Türkiye'de aile hekimliği sistemiuygulanmaya başlanmıştır.Birinci basamak sağlık sunucularına başvuru sayısının toplam başvuru sayısına oranı 2009 yılında %45 iken 2013 yılında %34 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranın düşmesinde 2012'de bir önceki yıla göre ikinci basamak sağlık hizmetine başvuru sayısının %30 oranında artması gösterilebilir.

2.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kaza sonucunda bireylerin belirli ölçüde kaybettiği çalışma gücünün tekrar kazandırılması amacıyla verilen (Kurtulmuş, 1998:91) rehabilitasyon hizmetleri, organize ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık neticesinde sakatlanan bireylere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından verilmektedir. Rehabilitasyon merkezleri, “organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler” olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:39).

İki türlü rehabilitasyon hizmeti vardır; birincisi, fiziksel sakatlıkların protezler, işitme cihazları gibi araçlarla mümkün olduğu kadar düzeltilmesini içeren tıbbi rehabilitasyon; ikincisi de sakatlıkları sebebiyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışmayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yardımcı olacak her türlü hizmeti kapsayan sosyal rehabilitasyondur (Gediz Oral ve Sayın, 2013:401-402).

Birçok bulaşıcı hastalıklar için sağlık hizmeti, tedavi edici ve rehabilite edici nitelikten çok koruyucu niteliktedir. Bu tür önleyici hizmetler sağlık hizmeti verenlerin çok fazla zamanını almamakla birlikte sağlık sektörünün çıktıklarına dahil edilmektedir (Fuchs, 1966:78).

2.1.4. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri açısından bireyler, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hükümetler tarafından karar verme analizleri için ekonomi teorisinin, modellerin ve ampirik tekniklerin uygulamasıdır. Ekonominin bir dalıdır; ancak sadece sağlık ve sağlık hizmetlerine standart iktisat teorisinin uygulanması değildir. Hastalar, doktorlar ve hastanelerin davranışlarını anlamak amacıyla analitik teknikler, sağlık ile ilgili kaynak tahsisi kararlarını kolaylaştırmak için geliştirilmiş; epidemoloji, istatistik, psikoloji, sosyoloji, yönelem araştırması ve matematik gibi disiplinlerden yararlanan son derece uzmanlaşmış bir alana dönüştürülmüştür (Dewar, 2010:10).

Sağlık ekonomisi denilince, iktisat metotları, kapsamı ve teorilerinin sağlık sektörüne uygulanması, yani sağlık sektörüne ayrılan kaynakların artışına

paralelolarak gelişmiş bir bilim dalı ifade edilmektedir (Acar ve Yeğenoğlu, 2006:39). Odak noktaları; sağlık seviyesini artırıcı faaliyetler arasında kaynak dağılımını sağlamak, sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynak miktarı, sağlık hizmeti sunan kurumların organizasyonu ve finansmanı, sağlık amaçlı kullanılan ve tahsis edilen kaynakların verimliliği, bireyler ve toplum üzerinde önleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkileridir (Onyeiwu, 2002:1). Söz konusu hedefler, ekonominin çözüm aradığı temel sorunların sağlık alanında uygulamasını göstermektedir.

İktisatçıların sağlık sektörünün sorunlarıyla ilgilenmeye başlaması ile birlikte yeni bir disiplin olan sağlık ekonomisi ortaya çıkmış bulunmaktadır. Sağlık ekonomisindeki birçok endişe diğer sağlık bilimcilerde de vardır. Sağlık hizmetlerine erişimde nitel ve nicel gelişmelerin, yaşam kalitesine etkilerinin analizinde farklı bakış açıları geliştirmektedir (McPake et al., 2002:3). Hükümetlerin sağlık hedeflerini gerçekleştirmek için daha iyi sağlık politikası oluşturma amacına, ekonomik analizler yardımcı olmaktadır. Sağlıkın ekonomik analizleri, sağlık iyileştirilmesinde girdi ve çıktı arasındaki teknik ilişkilerin bilinmesini gerektirmektedir (McGuire et al., 2005:9).

Ekonomik analizlerin amacı, kıt olan kaynaklarla en iyi sonucu (çıktıyı) sağlamak için yöneticilere alternatif sağlık programlarını verimlilik ve etkinlik gibi kriterler açısından değerlendirerek bilgi sağlamak olduğundan, bu iki kavramı açıklamak yararlı olacaktır (Ağırbaş, 2007:528).

Etkinlik, girdileri çıktıya dönüştürmek için teknik olanakları ifade etmektedir. Verimlilik ise, çıktının değeri ile girdinin maliyetlerini karşılaştırarak alternatifler sunmaktadır. Günlük dilde kullanılan bu terimleri ayırmak, karmaşıklığı önlemek adına önem arz etmektedir (Mills and Gilson, 1988:48).

Verimlilik, teknik verimlilik ve tahsis verimliliği olmak üzere iki kısımda izah edilmektedir. Teknik verimlilik, çıktı ile çıktının üretiminde kullanılan girdiler arasında ilişki kuran bir kavram olup, daha az girdi ile daha fazla çıktı elde etme durumu olarak ifade edilmektedir. Tahsis verimliliği ise, girdi maliyetleri göz önünde bulundurarak en cazip girdi bileşimini seçmedeki başarı olarak tanımlanmaktadır (Ağırbaş, 2007:528-529). Tahsis verimliliği, herhangi bir kişiyi daha iyi bir duruma getirmenin başkasını kötüleştirmeden mümkün olduğu durumlarda gerçekleşmektedir. Bu durumlara Pareto optimal kaynak tahsisi ya da sosyal olarak verimli kaynak tahsisi adı verilmektedir (Özgen ve Tatar, 2007:112).

Etkinlik, faaliyet sonucunun, planlama sonucuna oranlanması sonucu ortaya çıkan amaca uygun ulaşma oranı olarak ifade edilmektedir (Alp, 2003:37). Etkinlik ile verimlilik arasındaki ilişki nedensellik ilişkisi değildir. Başka bir deyişle, verimli bir faaliyetin aynı zamanda etkin bir faaliyet olacağı ya da etkin bir faaliyetin aynı zamanda da verimli bir faaliyet olacağı anlamına gelmemektedir. Eğer bir ayırım yapmak gerekirse verimlilik işin doğru yapılması; etkinlik ise, doğru işin yapılmasıdır (Ağırbaş, 2007:529).

Sağlık, işgücünün üretkenliğini etkileyen önemli bir faktördür. Hastalık, ya devamsızlık ya da zayıflatıcı etkileri yoluyla verimliliği düşürerek genel verimi etkileyebilmektedir (Andargie, 2008:65; Belek, 2009:46). Sağlık ekonomisi, sağlığı geliştirmek için kıt kaynakların tahsisine ilişkin konular ile ilgili olduğundan, hem sağlık sektörünün ekonomi içindeki kaynak dağılımı hem de bireylerin dahil olduğu sağlık sistemi içindeki farklı faaliyetlerle uğraşmaktadır (Andargie, 2008:59).

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti kaynaklarının talebi ve arzı ile nüfus üzerindeki etkilerini incelemektedir (Santerre and Neun, 2010:4). İktisatçılar, sağlığa farklı bir bakış getirmiştir. Onlara göre sağlık, dayanıklı bir mal ya da sermaye türüdür. Sermaye türü olarak sağlık stokundan üretilen hizmetlerin akışı, bir bireyin yaşamı boyunca sürekli bir şekilde tüketilmektedir (Santerre and Neun, 2010:38). Sağlık sistemi, bir toplumun sağlık hizmetleri üretimi, tüketimi ve dağıtımı ile ilgili seçim yapma süreçleri ve kurumsal düzenlemelerden oluşmaktadır (Santerre and Neun, 2010:92).

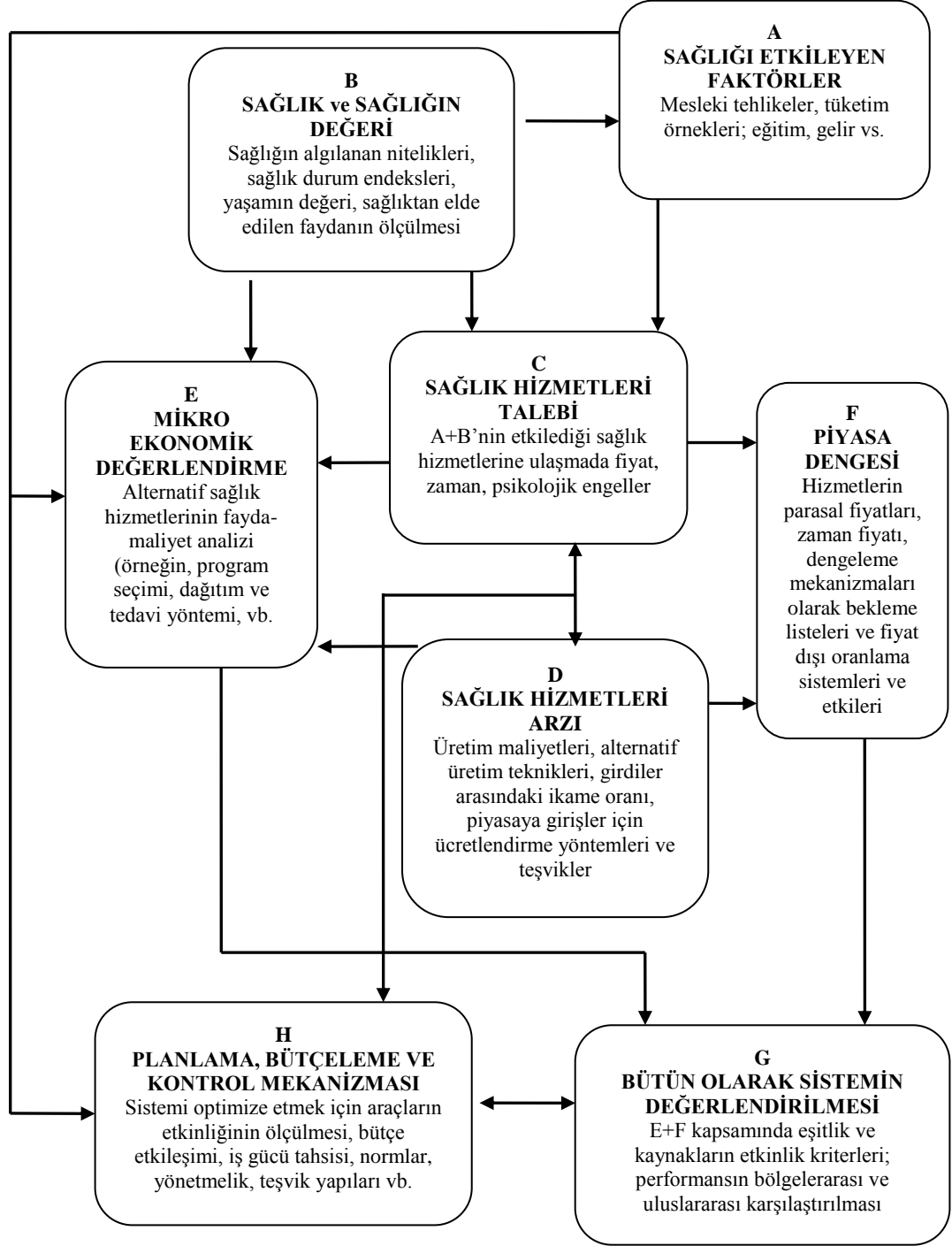
Sağlık ekonomisi, ilgi alanına giren olaylara mikro ve makro açılarından bakmaktadır. Bu alana, sadece sağlık sistemleriyle bir bütün olarak ilgilenen makro bakışlı sağlık yöneticileri değil, mikro ortamda hizmetleri operasyonel anlamda yöneten bireyler de ilgi göstermektedir (Sur, 2011:7). Mikro ekonomik açıdan bakıldığında, sigortalı bir bireyin davranışı, bir doktor, hastane yönetimi ya da ilaç firması tarafından verilen kararlar ile ilgilenmektedir. Makro ekonomik yaklaşımda ise, GSYİH içindeki sağlık harcamalarının payı önemlidir. Kişinin geliri sağlık durumuna bağlıdır. Örneğin, depresyon durumundaki insan hayattan zevk alacağı şeyleri yapamamaktadır. İnsanların sağlıklı olması, işgücü piyasasında gelir elde edebilmesi için ön koşuldur (Zweifel et al., 2009:3-4). Örneğin, yönetici pozisyonunda olan bir bireyin işine konsantre olması için zihinsel açıdan sağlıklı olması ya da bedensel gücü ile gelir elde eden insan için ise fiziksel açıdan sağlıklı olması, çalışma gücü bakımından önem arz etmektedir.

Sağlık ekonomisi, sağlık kaynaklarının adil ve kabul edilebilir dağılımı için sağlık dağılım sisteminin kıt kaynakları toplumun nasıl seçim yaparak kullanacağını belirlemeye çalışmaktadır. Zayıf sağlık ve eğitim koşullarına sahip olan ülkeler için sürdürülebilir büyüme sağlanması oldukça zordur (Gupta and Gupta, 2012:287-288).

Sağlık sektörünün gün geçtikçe daha fazla kullanılan bir sektör olması, sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli rol oynayan unsurların başında gelmektedir. Bunun nedenlerini sağlık bilincinin yükselmesi ile birlikte sağlık hizmeti talebinin artması, ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumun yaşlanması, tıp ve sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, bulaşıcı hastalıkların azalması fakat uzun süreli kronik hastalıkların artması şeklinde sıralamak mümkündür (Tutar ve Kılınc, 2007:34). Yaşam kalitesi beklentisinin özellikle gelişmiş ülkelerde artması, sağlık harcamalarını yükseltirken, finansman kurumları ve politikacılar da yeni önlemler olarak kaynakları daha verimli kullanmaya çalışmaktadır (Özsağır ve Çütücü, 2013:246). Her toplumda sağlık sektörünün kaynaklar üzerindeki baskısının artması ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların büyük bir bölümünün bu sektörde kullanılması, sağlık ekonomisinin gelişmesindeki etkenler arasında gösterilebilmektedir. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve sürekli artış, önemli bir sorun haline gelmiş; bu nedenle kaynakların kullanım alanlarının öncelik sınıflandırılmasının yapılması ile kullanım şekilleri ve sonuçlarının analiz edilmesi önem arz etmektedir (Tıraş, 2013:130).

Sağlık ekonomisi, ekonominin alt disiplini olarak gelişmesine rağmen iktisadın birçok temel alanları ile ilgilenmektedir. Şekil 2.2, sağlık ekonomisi ve bileşenlerini göstermektedir (Mills and Gilson, 1988:2).

Şekil 2.2: Sağlık Ekonomisinin Yapısı



Kaynak:Mills and Gilson, 1988:3; Smith and Laudicella, 2011:2; Maynard, 2007:19; Çalışkan, 2008:33.

A kutusunda, çalışma koşulları nedeniyle meydana gelebilecek riskler, beslenme alışkanlıkları, zararlı alışkanlıkların (içki, sigara vb.) seviyesi toplumun sahip olduğu diğer alışkanlıklar, bireyin sağlığını etkileyen faktörlerdir. B kutusunda,

hastalık durumunu belirleyen faktörler, sağlık hizmetlerini alan bireyin sağladığı faydanın ölçülebilmesi gibi unsurlar ele alınmaktadır. C kutusunun sağlık hizmetlerinin talebini ele alması, sağlık ekonomisinin tüketim yönünü; A ve B kutularının etkilediği sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlar, sağlık hizmetine ulaşmada ortaya çıkan fiyat, zaman, psikolojik faktörler vb. ifade etmektedir. D kutusunda, sağlık ekonomisinin üretim yönü açıklanmakta olup üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, girdiler arasındaki ikame oranı gibi konular irdelenmektedir. E kutusunda, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve optimizasyonun nasıl sağlanacağı yer almaktadır. Optimizasyonun sağlanması için fayda-maliyet analizleri kullanılarak uygun yer, zaman ve miktarın belirlenmesi ile kıt kaynaklardan en fazla faydanın elde edilmesi ve sağlık faaliyetlerinde verimliliğin artırılması amaçlanmaktadır. F kutusunda, sağlık piyasalarında denge fiyat ve miktarı (piyasa dengesi) üzerinde durulmaktadır. Denge fiyatını etkileyen etmenlere bakıldığında, verilen hizmetlerin fiyatları, zaman maliyetleri, piyasayı dengeleme aracı olarak kullanılan bekleme listeleri ele alınmaktadır. H kutusunda, sağlık sisteminin optimize edilmesi için kullanılan araçların etkinliğinin yükseltilmesi ve etkinlik yöntemlerinin araştırılması, sağlık bütçesinin hazırlanması, iş gücünün tahsisi ve yapılan düzenlemeler ile teşvikler bulunmaktadır. Son olarak G kutusunda ise, E ve F kutularının ortaya koyduğu sınırlar dahilinde, eşitlik ve kaynakların kullanımında etkinlik kriterlerinin uygulanması, sistemin ve uluslararası bazda karşılaştırılarak avantaj ve dezavantajlarının ortaya konması, diğer sistemlerin uyguladığı finansman yöntemleri ile olan ilişki ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012:20-23).

Sağlık ekonomisinin genel amacı, sağlığın muhafaza edilmesi ve tedaviler için tasarlanan tüm faaliyetlerin ekonomik yönlerini irdelemektir. Bu faaliyetler, genellikle sağlık hizmetlerinin finansman metotları, ürünlerin üretimi, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve değerlendirilmesi, dağıtımı ve sağlık hizmeti ürünlerinin ve girişimlerinin uygulanması olarak sıralanmaktadır (Cengiz, 2011:25-26).

2.1.5. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık harcamaları, siyasi ve teknik karar vericiler, sağlık finansmanı ve hizmet sunumunda görev alanlar ve sağlık hizmetini kullananlar için sadece Türkiye’de değil, tüm dünya ülkelerinde önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerine

coğrafi ve finansal erişebilirlik ile insan kaynağı ve teknoloji maliyetlerinin artışı, nüfusun yaşlanması, hizmet arzına yönelik nitelik ve çeşitlilik arayışları gibi faktörler, sağlık harcamalarındaki başlıca nedenler arasında yer almaktadır (Özsarı, 2011:68).

2.1.5.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı ve Türleri

Sağlık hizmetlerinin sunulması için yapılan tüm harcamalar, sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sağlığın kaybolması halinde, sadece sağlığı yeniden kazanmak için yapılan harcamalar değil, aynı zamanda aşılama vb koruyucu sağlık harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi sağlık hizmetlerini geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir (Filiz, 2010:24).

Genel olarak belirtmek gerekirse sağlık harcamaları, sağlığı iyileştirmeye ya da muhafaza amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamaların; sağlık olarak tanımlanan ürünlerin nihai tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan ödemelerin toplam piyasa değeridir. Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcama, piyasa üretim ve tüketimi bağlamında ölçüldüğünde, harcama basit anlamda nihai tüketim noktasında bu tür mal ve hizmetlere ödenen toplam para miktarına ilişkin bilginin toplanması anlamına gelmektedir (Erişti vd., 2004:xi).

Sağlık ekonomistlerinin karşılaştığı en önemli problemlerden biri, hangi harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edileceği ile ilgilidir. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin dışında, talebi hızla artan tıbbi bakım ve kozmetik amaçlı harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edilip edilmeyeceği tartışılmaktadır. Saç ektirme, yağ aldırma vb amaçla yapılan harcamalar ile birlikte rekreasyon faaliyetleri, hatta zayıflamak için uygulanan karışımların sağlık harcamalarına ne kadar dahil olduğunu belirlemek zordur (Akın, 2007a:29). Estetik amaçlı harcamalar, her ne kadar insanların mutlu olması adına yapılırsa da hayati açıdan önemi çok da önemli olmaması nedeniyle sağlık harcaması olarak kabul edilmesi noktasında belirsizlik bulunmaktadır.

Tablo 2.2: Türkiye'nin Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler						
	Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	Kamu Sektörü (Milyon TL)	Özel Sektörü (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamaları/ GSYİH (%)	Kamu/Toplam Sağlık Harcamaları (%)	Özel/ Toplam Sağlık Harcamaları (%)
1999	4985	3048	1937	4,8	61,1	38,9
2000	8248	5190	3058	4,9	63,0	37,0
2001	12396	8438	3958	5,2	68,0	32,0
2002	18774	13270	5504	5,4	70,1	29,9
2003	24279	17462	6817	5,3	72,0	28,0
2004	30021	21389	8632	5,4	71,2	28,8
2005	35359	23987	11372	5,4	67,8	32,2
2006	44069	30116	13953	5,8	68,3	31,7
2007	50904	34530	16374	6,0	67,8	32,2
2008	57740	42159	15580	6,1	73,0	27,0
2009	57911	46890	11021	6,1	81,0	19,0
2010	61678	48482	13196	5,6	78,6	21,4
2011	68607	54580	14028	5,3	79,5	20,5
2012	76358	58640	17718	5,4	76,8	23,2
2013	84390	66228	18162	5,4	78,4	21,6

Kaynak: TÜİK verilerinden yararlanılarak yazar tarafından derlenmiştir.

Tablo 2.2'de 1999-2013 yılları arası Türkiye'nin sağlık harcamaları ile ilgili veriler sunulmuştur. Ele alınan dönemde toplam sağlık harcamaları artış eğilimi göstermiştir. Kamu sektörü sağlık harcamaları, söz konusu artış eğilimine eşlik etmiş; özel sağlık harcamaları ise, 2007 yılına kadar artış gösterse de, 2008-2009 yıllarında azalmış ve 2010 yılından itibaren tekrar yükseliş trendine girmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük olduğu yıllar 1999 (%61,1) ve 2000 (%63,0) olup en yüksek olduğu yıllar ise, 2009 (%81,0) ve 2011 (%79,5)'dir. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük olduğu yıllar 2009 (%19,0) ve 2011 (%20,5); en yüksek olduğu yıllar ise, 1999 (%38,9) ve 2000 (%37,0) olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 2.3: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%)											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	8.3	8.6	8.5	8.5	8.5	8.7	9.0	8.9	9.1	..	..
Avusturya	10.3	10.4	10.4	10.2	10.3	10.5	11.2	11.1	10.9	11.1	..
Belçika	9.6	9.7	9.6	9.6	9.6	9.9	10.7	10.6	10.6	10.9	..
Kanada	9.5	9.6	9.6	9.7	9.8	10.0	11.1	11.1	10.9	10.9	..
Şili	7.4	7.0	6.8	6.3	6.5	7.0	7.6	7.1	7.2	7.3	7.4
Çek Cumhuriyeti	7.1	6.9	6.9	6.7	6.5	6.8	7.8	7.4	7.5	7.5	..
Danimarka	9.5	9.7	9.8	9.9	10.0	10.2	11.5	11.1	10.9	11.0	..
Estonya	4.9	5.1	5.0	5.0	5.2	6.1	6.9	6.3	5.8	5.9	..
Finlandiya	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.2	9.0	8.9	9.1	9.4
Fransa	10.8	10.9	10.9	10.9	10.8	10.9	11.6	11.6	11.5	11.6	..
Almanya	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.8	11.6	11.2	11.3	11.3
Yunanistan	9.0	8.8	9.7	9.7	9.8	10.1	10.2	9.5	9.8	9.3	..
Macaristan	8.6	8.2	8.4	8.3	7.7	7.5	7.7	8.1	8.0	8.0	..
İzlanda	10.4	9.9	9.4	9.1	9.1	9.1	9.6	9.3	9.0	9.0	9.1
İrlanda	7.3	7.6	7.6	7.5	7.9	9.0	9.9	9.2	8.7	8.9	..
İsrail	7.6	7.5	7.5	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	..
İtalya	8.2	8.5	8.7	8.8	8.5	8.9	9.4	9.4	9.2	9.2	9.1
Japonya	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	9.6	10.1	10.3	..
Kore	5.2	5.2	5.7	6.1	6.4	6.6	7.2	7.3	7.4	7.6	7.8
Luxemburg	7.7	8.2	7.9	7.7	6.7	7.3	8.1	7.6	7.3	7.1	..
Meksika	5.9	6.0	5.9	5.7	5.8	6.0	6.5	6.3	5.9	6.2	..
Hollanda	9.0	9.1	10.1	10.0	10.0	10.2	11.0	11.2	11.2	11.8	12.0
Yeni Zelanda	7.8	8.0	8.3	8.7	8.4	9.3	9.8	10.0	10.0	..	..
Norveç	10.0	9.6	9.0	8.6	8.7	8.6	9.7	9.4	9.3	9.3	9.6
Polonya	6.2	6.2	6.2	6.2	6.3	6.9	7.2	7.0	6.9	6.8	..
Portekiz	9.2	9.5	9.8	9.4	9.4	9.7	10.2	10.2	9.7	9.5	..
Slovakya	5.8	7.2	7.0	7.3	7.8	8.0	9.2	8.5	8.0	8.1	..
Slovenya	8.8	8.5	8.5	8.4	8.0	8.5	9.4	9.1	9.1	9.4	..
İspanya	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.9	9.6	9.6	9.4	..	..
İsveç	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.5	9.5	9.6	..
İsviçre	10.9	11.0	10.9	10.4	10.2	10.3	11.0	10.9	11.1	11.4	..
Türkiye	5.3	5.4	5.4	5.8	6.0	6.1	6.1	5.6	5.3	5.4	5.4
İngiltere	7.8	7.9	8.1	8.3	8.4	8.8	9.7	9.4	9.2	9.3	..
ABD	15.1	15.2	15.2	15.3	15.6	16.1	17.1	17.0	17.0	16.9	..
OECD Ortalaması	8.5	8.5	8.6	8.5	8.5	8.8	9.5	9.3	9.2	9.3	9.0
Kaynak: OECD ve TÜİK verilerinden yararlanılarak yazar tarafından derlenmiştir.											

Tablo 2.3'te 2003-2013 dönemi için OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payları verilmiştir. 2003 yılında %4.9 ile Estonya payı en düşük olan ülke iken, Kore %5.2 ile ikinci ve %5.3 ile Türkiye en düşük paya

sahip olan üçüncü ülke konumundadır. En yüksek pay %15.1 ile ABD’de olmuştur. Ele alınan dönem itibariyle OECD ortalaması artış göstermiştir. 2009 yılına kadar ülkelerin payları yükselme eğiliminde olsa da, 2008 küresel krizin etkisiyle 2010 yılında paylar ya 2009 yılı ile aynı seyretmiş ya da azalma göstermiştir. Türkiye verisi OECD ortalamasının altındadır.

Sağlık hizmetleri için yapılan ödemeler, kamu ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Yerel yönetim ve merkezi devlet ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar, kamu sektörü sağlık harcamaları içinde yer almaktadır. Özel sektör tarafından yapılan sağlık harcamaları, genellikle bireysel ödemeler, firmaların çalışanları için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve bireylere hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların yaptığı harcamalardan oluşmaktadır (Mollahaliloğlu vd., 2006:2).

2.1.5.1.1. Kamu sağlık harcamaları

Kamu sağlık harcamaları kendi içerisinde cari harcamalar, yatırım harcamaları ve transfer harcamaları olarak üç başlıkta incelenmektedir. Cari harcamalar; hizmet alımları, yolluklar, tüketim ve malzeme alımları, personel giderleri, demirbaş ve sarf malzemeleri alımlarından oluşmaktadır. Yatırım harcamaları kategorisinde, makine-teçhizat ve taşıt alımları, yapı-tesis ve onarım giderleri yer almaktadır. Transfer harcamaları ise proje giderleri, borç ve faiz ödemeleri, yeşil kart uygulaması ve dayanışma fonundan yapılan ödemelerden oluşan giderlerdir (Yıldırım, 1994:52-53).

Tablo 2.4: Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	66.1	66.7	66.9	66.6	67.5	67.9	68.5	67.8	68.4	..	..
Avusturya	74.5	74.7	75.3	75.7	75.8	76.3	76.2	75.5	76.5	75.9	..
Belçika	73.1	73.9	74.0	72.9	72.5	74.6	75.7	75.0	75.7	75.2	..
Kanada	70.2	70.3	70.2	69.8	70.2	70.5	70.9	70.8	..	70.1	..
Şili	37.2	38.6	38.6	41.7	43.0	44.1	48.3	48.6	48.8	49.2	46.0
Çek Cumhuriyeti	89.8	89.2	87.3	86.7	85.2	82.5	83.7	83.8	84.2	84.0	..
Danimarka	84.5	84.3	84.5	84.6	84.4	84.7	85.0	85.1	85.3	85.8	..
Estonya	76.7	75.5	76.7	73.3	75.6	77.8	75.3	78.9	79.3	78.7	..
Finlandiya	72.8	73.3	73.8	74.8	74.4	74.5	74.8	74.2	74.6	75.0	75.3
Fransa	77.9	77.9	78.0	77.6	77.7	77.3	77.5	77.5	77.3	77.4	..
Almanya	78.5	76.8	76.6	76.4	76.4	76.4	76.8	76.7	76.5	76.7	77.1
Yunanistan	59.8	59.1	60.1	62.0	60.3	59.9	68.4	66.7	67.4	67.1	..
Macaristan	71.1	69.6	70.0	69.8	67.3	67.1	65.7	64.8	63.8	62.6	..
İzlanda	81.7	81.2	81.4	82.0	82.5	82.6	82.0	80.4	80.4	80.5	80.5
İrlanda	76.7	76.3	76.0	75.4	75.7	75.4	72.6	69.6	67.8	67.6	..
İsrail	61.7	60.9	59.3	61.5	59.9	60.6	61.3	61.8	60.8	59.8	..
İtalya	76.2	77.4	77.9	78.2	78.3	78.9	78.9	78.9	77.1	77.3	78.0
Japonya	80.4	80.8	81.6	79.4	80.4	81.4	81.5	82.1	82.6	82.1	..
Kore	52.2	52.6	53.0	54.7	54.7	54.5	56.5	56.6	55.5	54.5	53.4
Luxemburg	84.2	84.8	84.9	85.1	85.6	88.5	86.6	85.9	85.3	83.5	..
Meksika	40.9	43.1	42.4	43.1	44.0	44.7	45.9	47.5	49.6	50.6	..
Hollanda	66.5	65.6	69.7	84.4	84.5	85.0	85.9	86.1	85.7	85.8	86.0
Yeni Zelanda	78.3	79.6	79.7	80.1	82.4	82.8	83.0	83.2	82.7	..	..
Norveç	83.7	83.6	83.5	83.8	84.1	84.4	84.6	84.7	84.8	85.0	85.5
Polonya	69.9	68.6	69.3	69.9	70.4	71.8	71.6	71.2	70.3	69.2	..
Portekiz	68.7	68.1	68.0	67.0	66.7	65.3	66.5	65.9	65.0	..	..
Slovakya	88.3	73.8	74.4	68.3	66.8	67.8	65.7	68.1	70.9	69.7	..
Slovenya	72.0	73.5	73.1	72.7	72.3	74.3	73.8	74.2	73.5	71.5	..
İspanya	70.2	70.5	70.9	71.6	71.9	73.0	74.7	74.2	73.0	..	..
İsveç	82.0	81.4	81.2	81.1	81.4	81.5	81.5	81.5	81.7	81.3	..
İsviçre	58.3	58.4	59.5	59.1	59.1	65.2	65.5	65.2	65.4	65.8	..
Türkiye	71.9	71.2	67.8	68.3	67.8	73.0	81.0	78.6	79.6	76.8	78.4
İngiltere	79.3	81.4	81.3	81.7	80.5	81.4	83.2	84.0	83.4	84.0	..
ABD	43.7	44.0	44.2	44.9	44.9	45.8	47.0	47.4	47.5	47.6	..
OECD Ortalaması	71.2	70.8	70.9	71.3	71.3	72.1	72.8	72.7	72.7	72.3	73.4
Kaynak: OECD ve TÜİK verilerinden yararlanılarak yazar tarafından derlenmiştir.											

Tablo 2.4'te OECD ülkelerinin 2003-2013 yılları için kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranları yer almaktadır. 2003 yılında en düşük oranlara, %37.2 ile Şili ve %40.9 ile Meksika;en yüksek orana

%89.8 ile ek Cumhuriyeti sahiptir. 2003 yılı OECD ortalaması %71.2 iken 2013 yılında 72.7'dir. Türkiye'nin 2007 yılına kadar sahip olduğu oran OECD ortalamasının altında kalsa da 2008 yılından itibaren ortalamanın üzerinde seyretmiştir.

2.1.5.1.2. Özel sağlık harcamaları

Özel sağlık harcamalarının kamu harcamalarına görece artışı, piyasa ekonomisine geçişin hız kazandığını; kamu sağlık harcamalarının, koruyucu ve sosyal güvenlik çatısı altında olanların sağlık harcamalarını içerdiğini göstermektedir. Sosyal güvencesi olmayanlar, sağlık harcamalarını kendileri finanse etmektedir. Diğer yandan yemekhane, güvenlik, muhasebe işlemleri ve otelcilik hizmetlerinin özel sektöre devri ile kamunun sektördeki payı azalmaya başlamıştır (Gürbüz, 2010:13).

Tablo 2.5: Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	18.3	18.3	18.6	18.7	18.0	18.2	18.6	19.3	18.3	..	..
Avusturya	..	17.8	17.8	17.4	17.3	16.9	17.0	17.2	16.9	16.7	..
Belçika	21.8	20.9	20.8	21.9	22.3	21.1	20.0	20.8	19.9	20.4	..
Kanada	14.5	14.6	14.6	15.0	14.8	14.6	14.2	14.4	..	15.0	..
Şili	42.0	41.2	41.3	39.2	37.5	35.9	32.9	32.8	32.7	31.9	32.4
Çek Cumhuriyeti	10.0	10.4	10.7	11.3	13.2	15.7	14.6	14.9	14.7	15.0	..
Danimarka	14.0	14.2	14.0	13.8	13.9	13.6	13.2	13.2	12.8	12.4	..
Estonya	20.4	21.3	20.4	25.1	21.9	19.7	20.3	18.6	17.6	18.2	..
Finlandiya	20.9	20.5	20.1	19.1	19.3	19.1	18.9	19.6	19.1	18.7	18.5
Fransa	7.1	7.0	7.1	7.4	7.3	7.6	7.5	7.5	7.5	7.5	..
Almanya	12.1	13.5	13.5	13.7	13.6	13.3	13.1	13.1	13.1	13.0	12.9
Yunanistan	..	..	..	..	..	37.9	28.0	28.9	28.5	28.4	..
Macaristan	25.5	24.9	25.0	24.2	25.4	25.7	25.3	26.3	27.1	28.3	..
İzlanda	17.0	17.4	17.2	16.6	16.0	16.0	16.6	18.2	18.2	18.1	18.1
İrlanda	15.3	15.0	16.0	16.1	14.8	15.3	16.1	18.2	17.7	16.9	..
İsrail	27.6	27.8	29.2	25.9	27.1	25.5	24.8	24.1	26.0	25.9	..
İtalya	20.8	20.1	19.0	18.6	18.8	18.5	17.7	17.5	18.8	18.8	18.0
Japonya	16.4	16.2	15.4	17.0	16.1	15.1	15.0	14.4	14.0	..	..
Kore	38.3	38.3	37.8	36.4	36.0	35.8	34.4	34.0	35.5	35.9	36.6
Luxemburg	12.2	11.6	11.6	11.5	9.4	9.1	9.3	9.6	10.6	11.0	..
Meksika	56.2	54.0	54.4	53.5	52.3	51.6	50.2	48.5	46.2	45.2	..
Hollanda	8.0	7.9	8.1	6.7	6.5	6.6	5.8	5.7	5.9	6.0	5.8
Yeni Zelanda	..	14.1	14.1	13.8	11.5	11.2	10.6	10.5	10.9	..	..
Norveç	16.6	16.8	16.7	16.5	16.1	15.7	15.3	15.0	15.0	..	..
Polonya	26.4	28.1	26.1	25.6	24.6	22.8	22.7	22.1	22.3	22.7	..
Portekiz	23.4	23.4	23.9	25.1	25.5	26.9	25.9	25.8	27.3	..	..
Slovakya	11.7	19.2	22.6	25.9	26.2	25.2	25.6	21.7	22.6	22.4	..
Slovenya	11.7	11.6	12.4	11.6	13.0	11.9	11.9	12.2	11.8	11.9	..
İspanya	23.0	22.7	22.1	21.1	20.4	20.3	18.9	19.8	20.7	..	..
İsveç	15.9	16.3	16.7	16.6	16.5	16.4	16.4	16.3	16.1	16.5	..
İsviçre	31.6	31.9	30.6	30.8	30.7	24.8	24.7	25.1	25.2	26.0	..
Türkiye	28.1	28.8	32.2	22.0	21.8	27.0	14.1	16.3	15.4	15.4	21.6
İngiltere	11.1	10.0	9.6	9.9	10.0	8.9	8.7	8.8	9.3	9.0	..
ABD	13.7	13.5	13.4	13.1	13.0	12.7	12.2	12.0	12.0	12.0	..
OECD Ortalaması	20.4	20.3	20.4	20.0	19.7	19.9	18.8	18.9	19.1	19.3	20.3
Kaynak: OECD ve TÜİK verilerinden yararlanılarak yazar tarafından derlenmiştir.											

Tablo 2.5, OECD ülkelerinin 2003-2013 yılları arası özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payını göstermektedir. 2003 yılında en düşük oran %7.1 ile Fransa'ya, %8 ile en düşük ikinci oran Hollanda'ya

aittir. En yüksek orana %56.2 ile Meksika sahiptir. 2003 yılı OECD ortalaması %20.4 iken 2013 yılında 20.3'dür. Türkiye'nin 2008 yılına kadar sahip olduğu oran OECD ortalamasının üzerindedir de 2009 yılından itibaren ortalamasının altında seyretmiştir.

2.1.5.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere diğer ülkelerde sağlık hizmetlerinin milli gelir içindeki payı giderek artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyeti milli gelirden daha hızlı bir şekilde yükselmektedir. Sağlık hizmeti kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygın hale gelmesi, halkın beklentilerinin artması ve teknolojik gelişmeler gibi etmenlerinsalığ harcamalarını hızlı bir biçimde yükselttiği bir gerçektir. Refah düzeyi yükselen bir toplumun, bütün mal ve hizmetlere karşı olan satın alma isteği artmaktadır. Sağlık hizmetleri ise, taşıdığı önem nedeniyle gün geçtikçe daha fazla talep edilmektedir. Teknolojik gelişmeler, modern tıbbi hizmet ederek bu talebin artmasına yardımcı olmaktadır. Sigorta tarafından sağlanan hizmet kapsamının genişlemesi de sağlık harcamalarını arttıran unsurlardandır (Mutlu ve Işık, 2012:210). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ana başlıklar halinde gelir seviyesi, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi durumu, teknolojik gelişmeler, kentleşme ve yaşam süresinin uzamasıolarak sayılabilmektedir.

2.1.5.2.1. Gelir seviyesi

Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin başında gelir seviyesi gelmektedir.Çeşitli ülkelerin verileriyle gerçekleştirilen istatistiksel analizler kişi başına düşen milli gelirin, milli gelirden sağlığa ayrılan payıve toplam sağlık harcamalarını belirleyen en önemli etken olduğunu göstermektedir. Böylece refah ve sağlık düzeyi daha iyi olan ülkeler, milli gelirlerinin daha büyük bölümünü sağlık hizmetlerine ayırmış olmaktadır (Belek, 2009:44).OECD verilerine göre, sağlık harcamalarının milli gelirden aldığı payın yüksek olması ile gelişmişlik düzeyi arasındaki pozitif ilişkinin olduğuna dair teori desteklenmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü kamu kesimi tarafından sunulan kamusal mallar niteliğindedir. Kamusal mallar, gelir esnekliği yüksek mal grubunda buldukları için talep edilen miktarları gelirdeki artışa bağlı olarak her fiyat düzeyinde artacaktır. Kişisel gelirdeki bir birimlik artış kamu hizmetitalebinde

daha fazla bir artışa, dolayısıyla da sağlık harcamalarının artışına yol açacaktır (Saçu Barlin, 2010:22). Kişisel geliri daha yüksek olan bireylerin sağlıklarına daha fazla dikkat ettikleri vedaha fazla harcama yaptıkları bilinmektedir.

Tedavi edici ve tıbbi rehabilitasyon gerektiren sağlık hizmetleri,sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin en düşük olduğu emek türüdür.Özellikle bireyin çalışmasına engel teşkil edici boyuttaki tedavi edici sağlık hizmetleritalebinin gelir esnekliği, sınıra yakındır. Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri, çoğunlukla kamuotoritesi tarafından ücretsiz olarak sunulduğu için gelirden bağımsız olarakverilen sağlıkhizmetleridir (Çoban, 2009:54).

Bireylerin gelir ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri yükseldikçe sağlık harcamalarında görülen artış, Engel Kanunuile açıklanmaktadır. Buna göre, kişinin geliri yükseldikçe, gelirden yiyecek, içecek gibi birincil üretim sektöründe üretilen mallara ayrılan payın oranı düşecek; giyim ve konut giderleri gibi ikincil üretim maddelerine olan talep sabit kalırken üçüncül üretim kesimlerinde hijyen, kültür, eğitim, sağlık gibi harcamaların oranı artacaktır (Özer, 2010:43).Kişi başına düşen gelirin yükselmesi ile bireylerin kendilerine yaptıkları yatırım (beşeri sermaye) artmaktadır. Refah düzeyi artan insanlar, yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik faaliyetlerde bulunarak tatmin seviyesini artırmak istemektedir.

2.1.5.2.2. Eğitim seviyesi

Sağlık bilincive insan sağlığına verilen önemin artması, bireyler ve toplumlarda sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına yol açmıştır. Gelişmişlik düzeyine paralel olarak hayat standartlarının yükselmesi ve iletişim olanaklarının artması, bireyleri sağlık konusunda daha duyarlı bir hale getirmekte; dolayısıyla sağlık kuruluşlarından daha yaygın ve kaliteli hizmet beklentisi oluşmaktadır. Bu şartlarda sağlık endüstrisi, gelişmiş ülkelerde sürekli büyüyen bir sektördür. Aynı bireylerin sağlık statüleri ve hayat şekilleri arasında önemli bir ilişki olduğu;yaşam tarzlarının sağlık statülerini etkilediği gözlemlenmektedir (Mutlu ve Işık, 2012:214).Eğitim seviyesi yüksek olan, iyi beslenen, kötü alışkanlıkları bulunmayan, olabildiğince stresten uzak duran ve bunu yaşam şekli haline getiren bireylerin daha sağlıklı oldukları bir gerçektir.

Eğitim seviyesinin yükselmesinin sağlık harcamaları üzerindeyükseltici bir etki yarattığı teorik olarak bilinmektedir. Eğitim seviyesi yüksek bireyler tıptaki gelişmelere daha duyarlı olmakta ve dolayısıyla daha fazla sağlık hizmeti talep

etmektedir(Gürbüz, 2010:15). Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık bilinci artmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep yükselmektedir. Başka bir deyişle, birey sağlık bakımından kendisine yatırım yapmaktadır (Özer, 2010:44).

Eğitimli insan, daha iyi birsağlık düzeyinin kendisine sağladığı faydaların farkında olacak; yararlı besinleriyemek ve spor egzersizleri yapmayı ve bunlar sonucunda iyi görünmeyi çok daha fazla tercih edecektir. Bu yatırımlarsonucu, bireylerin sağlıklı yaşam kalitesi yükselecek ve hastalık risklerinin azalması nedeniyle sağlık hizmetleri talebi de azalacaktır. Eğitim düzeyinin sağlikhizmetleri talebini azaltıcı bir diğer etkisi ise, sağlığın hane halkı üretimi ile eğitimarasındaki doğrusal ilişkidir. Eğitimli bireyler sahip oldukları sağlık bilinci ile,sağlığın korunması ve tedavi sürecini çok daha etkin kullanacak vehastalık risklerini ve sağlığın yıpranma düzeyini azaltarak hastalık nedeniyle ortayaçıkması muhtemel sağlık hizmetleri talebini düşürecektir (Çoban, 2009:56).

2.1.5.2.3. Sağlık güvencesi durumu

Sağlık sigortaları, hastalık riski ile karşılaşmanın zaman açısından belirsiz olması ve karşılaşıldığı anda tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri nedeniyle kişileri güvence altına almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden biri olan sigorta, hem kamu hem de özel sektörde bireylerin başvurduğu yöntemlerden biridir (Saçu Barlin, 2010:28).

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında çalışanların elde ettiği gelirin bir bölümüprim kesintisine uğramaktadır. Bu nedenle, çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları bireyler, doğrudan kendileri harcama yapmamaları durumunda sağlık hizmeti talep etmemekte veya erteledikleri sorunları için sağlık hizmeti talep etmekte, dolayısıyla sağlık harcamalarını artırmaktadır (Mazgit, 1998:68).

Tam sigortalılık durumu, sigorta sisteminin ahlaki tehlike etkisi nedeniyle sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ahlaki tehlike, sigorta kapsamında, hastalık öncesinde yapılan ödemeler sebebiyle hizmet kullanımının artış göstermesidir. ABD’de yoksullara ve yaşlılara yönelik sosyal güvenlik sisteminin uygulamaya konulduğu 1950 ve 1970 arasındaki dönemde bir günlük hastane maliyetleri %600 oranında yükselmiştir. Buna karşılık, genel tüketim fiyat endeksinin artışı %100 seviyesinde kalmıştır. Aradaki farka sigorta uygulamasının etkili olduğu belirtilmektedir (Saçu Barlin, 2010:28-29).

2.1.5.2.4. Teknolojik gelişmeler

Sağlık harcamalarının artışına neden olan önemli faktörlerden biri de teknolojik gelişmelerdir. Teknoloji, herhangi bir hastalığın tedavisi için geliştirilen yeni bir ilaç, tanı ve tedavide kullanılan yeni bir cihaz, yeni bir ameliyat metodu ya da tıbbi ve yönetim ile ilgili bir yenilik olabilmektedir. Yeni teknoloji, pahalı olmasına rağmen sağladığı hem bireysel hem toplumsal fayda bu maliyeti katlanmaya değer kılmaktadır (Tatar, 2011a:22).

Sağlık Bakanlığı'nın yürürlüğe koyduğu tıbbi cihaz planlamasına dair yönetmelik, iyiniyetle çıkarılmış olmasına karşın, uygulamada, özel ve kamu hastanelerinin bundan sonra sağlık alanındaki son gelişen teknolojileri alınamamaları olmaktadır. Yönetmelik, özel hastanelerde branş hekimi olmayan hastanelere hekimkontenjanı vermemekte ve tıbbi cihaz alımına da izin vermemektedir. Yeni yönetmelik kapsamında özel hastane açılması zorlaştırılarak, özel sektörün sağlık sistemindeki payının artışına adeta dur denilmiştir. Bir diğer kısıtlayıcı durum ise, SGK'nın teşhis ve tedavi ücretlerindeki fiyat politikası sonucunda kamu ve özel hastanelerin ileri teknoloji içeren tıbbi cihazları satın alabilecek bütçelere sahip olamamalarıdır (Özkan, 2011:120).

2.1.5.2.5. Kentleşme

Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli sayıda olması, gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunması ile altyapı çalışmalarının (temiz ve sağlıklı içme suyu koşullarının sağlanmasına yönelik) mutlaka suretle yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde ortaya çıkması muhtemel salgın, bir hastalık çok sayıda insanı etkileyebilmekte ve büyük kayıplara neden olabilmektedir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Gürbüz, 2010:15).

Kırsal bölgeler ve şehirler arasındaki dengesizlik var olduğu müddetçe, kırsal bölgelerden kentleşmenin olduğu bölgelere doğru sürekli bir göç hareketi olacaktır. Bu göç, ülke içi olabileceği gibi ülkeler arasında da olabilmekte; özellikle sağlık hizmetleri kapasitesi sınırlı olduğu için yeni gelen insanların sağlık hizmetlerinden faydalanması için altyapı, uzman personel, teknoloji, teçhizat açısından ek bir kapasiteye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum, gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:214).

2.1.5.2.6. Yaşam süresinin uzaması

OECD nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının gün geçtikçe yaşlandığı ve bu trendin süreceği öngörülmektedir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda 65 yaş üzerindeki nüfus, toplam nüfusun %20'si civarındadır (OECD). Ortalama hayat beklentisinin sürekli olarak yükselmesi, yaşlılık döneminde karşılaşılabilecek sağlık, iş göremezlik gibi sorunlarla ilgili harcamaları yükseltmektedir. Yaşlıların iyileşme sürelerindeki uzama, daha fazla sağlık kurumlarında kalmalarına yol açarak sağlık harcamalarını artırmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:215).

Türkiye'de 2014 yılında 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %8'dir. 2023 yılında bu oranın %10.2, 2050'de ise %20.8 düzeyine yükseleceği öngörülmektedir. Sağlığa ulaşımın kolaylaşması ve nüfusun yaşlanması ile sağlık harcamalarının maliyetleri artacaktır (TUİK, 2015b).

Yaşam beklentisinin her 5 yılda 1 yıl artacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı insanları aktif hale getirmek ile sağlık ve sosyal yönden destek vermek için toplumun güçlendirilmesi gerekmektedir. Hem yaşlı nüfusun payının artmış olması hem de bu grubun sağlık sorunlarının yoğun olması sebebiyle sağlık hizmetleri içinde yaşlı nüfusa verilecek hizmetlerin payı artış göstermektedir. Bu nedenle de, sağlık sektörünün yaşlı nüfusun sorunlarına cevap verecek nitelikte olması, günümüz sağlık politikalarının vazgeçilmez ilkelerinden biri durumuna gelmiş bulunmaktadır (Akdur, 2006:143).

2.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık sisteminin belirlenmesi ve yönetilmesi aşağıdaki soruların cevaplarına göre şekil almaktadır(Wonderling et al., 2005:8):

- Sağlık hizmeti ücretleri hangi düzeyde olmalıdır?
- Sigara üzerindeki vergiler içme sıklığını azaltarak sağlık için faydalı olmuş mudur?
- Sağlık hizmeti kullanımında artış sağlamak için hangisi daha etkili bir yöntemdir: Fiyat kontrolleri mi sübvansiyonlar mı?
- Doktorlara nasıl ödeme yapılmalıdır?

Sağlık ekonomisinin, iktisadın alt disiplini olması nedeniyle sağlık alanına ayrılan kaynakların dağıtımını için çeşitli ödeme metotları geliştirilmiştir.

Sağlık hizmeti sunucularının ödeme yöntemleri, finansman sistemlerinin geliştirilmesi ile birlikte gelişme göstermiştir. Tıpçılar ile finans kurumları arasındaki tartışmalar şu konular üzerine odaklanır (Wonderling et al., 2005:167):

- Doktorlar bağımsız olarak çalışmalı
- Ödemeler hasta sayısı (ücret için hizmet) ve performansın kalitesine göre maaşa dayalı olmalı
- Hastaların doğrudan sağlık sağlayıcılarına ödeme yapmalı ve ardından hükümetten geri ödeme talebinde bulunmalı ya da ödemeler sigorta şirketleri veya fon sağlayıcılar tarafından sağlık sağlayıcılarına doğrudan yapılmalıdır.

İşsizlik ve yoksulluk hasta sağlığı ile ilişkili olup sağlık maliyetlerine ek yük getirmektedir. Maliyet artışını değerlendirirken enflasyon oranını dikkate alarak göreceli fiyatlar göz önünde bulundurulmalıdır. Artan doktor ve hastane sayısı ya da sağlık çalışanlarına yapılan ödemelerin artması, finansman kurumları üzerinde baskı oluşturmaktadır (Wonderling et al., 2005:170).

Birçok ülkede sağlık hizmeti kamu ve özel sektördeki firmalar tarafından sağlanmaktadır. Piyasa mekanizmasının çalışması beklenirken, kamu sistemi basit ve az teşvik alan bir sistemdir (Ma, 2007:79). Onlarca yıldır, hükümetler giderek kısıtlı kaynaklar ayırdığı sağlık sektörünün artan maliyetlerini finanse etmek için uygun çözümler aramakta; temel sağlık hizmetlerine ekonomik ve evrensel erişimin sağlanması, harcamaların kontrol altında tutulması ve teknik iyileştirmenin yapılması, sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin sağlanması sayılabilmektedir (Paolucci, 2010:1; Schut, 1995:6). Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ekonomisi, piyasa ekonomisi ve karma modeller olmak üzere üç yöntemle yapılmaktadır.

2.1.6.1. Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansman

Sağlık hizmetine 2012’de dünya gelirin yaklaşık %8.6’sı ayrılarak küresel ekonominin en büyük sektörlerinden biri haline gelmiş bulunmaktadır. Kamu harcamalarının ortalama %60’lara ulaşması, ekonomi ve sağlık çıktılarının önemini artırmaktadır (WHO, 2015:134). Hükümetler ayrıca, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını karşılayan özel sağlık piyasasına çeşitli yollarla müdahale etmektedir. Birçok sağlık hizmetinin özel mal olarak kabul edildiğinden beri devlet tarafından finanse edilmesi, düzenlenmesi ve temin edilmesi beklenmemektedir. Ekonominin diğer birçok sektörünün aksine kamunun önemli bir rolü, genelde en çok pazar odaklı

yüksek gelirli ülkelerde belirgin olmaktadır. Yoksul ülkelerde devlet, genellikle sağlık hizmetinin küçük bir kısmını finanse etmektedir (Musgrove, 2004:35-36). Kamu ekonomisi aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında Bismarck ve Beveridge modeli olmak üzere iki yöntem uygulanmaktadır.

2.1.6.1.1. Zorunlu sosyal sigorta yöntemi ile finansman (Bismarck modeli)

Sağlık sistemi modellerinden biri, sosyal sigorta ya da Bismarck modelidir. Organizasyon olarak değişiklikler olmasına rağmen sosyal dayanışma kavramına dayalı ve sosyal güvenlik çerçevesinde evrensel bir sigorta kapsamı ile karakterize edilmiştir. Kural olarak, zorunlu sağlık sigortası, kar amacı gütmeyen sigorta fonları aracılığıyla bireysel işverenlerin katkılarının kombinasyonu ile finanse ve sık sık devlet tarafından sübvansede edilmektedir. Almanya, Japonya ve Hollanda bu sistemin örnekleri olarak gösterilebilir (Dewar, 2010:130).

Kamu tarafından oluşturulan sigortayla kişilerin ve ailelerinin kayıt altına alındığı, prim adı altında aylık ödeme yapılan yöntemdir. Primler sigorta bütçesi fonunda biriktirilmekte ve sağlık harcamaları bu fondan karşılanmaktadır (Akdur, 2001:1575). Sağlık hizmeti sunanlar, tıptaki en ileri teknolojileri kullanma konusunda hem mesleki açıdan hem de hasta memnuniyeti açısından kendilerini baskı altında hissetmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık sigortası, hasta ve doktoru teknolojiye yararlanma konusunda fiyata karşı daha az duyarlı hale getirmektedir (Kılavuz, 2010:175). Bireyler ve doktorlar, söz konusu sağlık olunca, her ne kadar maliyetleri artıran bir unsur olsa da ileri teknolojiyi kullanma konusunda fayda maksimizasyonu ve sigorta kapsamında olması nedeniyle fiyatları göz önünde bulundurmamakta; bu da sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortasının sosyal bir güvenceye dönüştürülerek, toplumu oluşturan bireylerin sosyal sigortası bünyesine katılması amaçlanmaktadır. Bu bakımdan devlet, serbest meslek faaliyeti yürütenler, çalışanlar, işverenler ve fiilen çalışmayan ancak sisteme dahil olmak isteyen bireylerden zorunlu sigorta primi almaktadır. Düşük gelirli ve sosyal güvencesi bulunmayan bireylerin ise sağlık sigortalarını devlet, kendi bütçesinden karşılamaktadır. Bu şekilde zorunlu sağlık sigortası sistemi ile bütün vatandaşlar sağlık güvencesine sahip olmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010:193).

Tablo 2.6: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kapsamı					
	Aktif Çalışanlar	Emekliler	Bağımlılar	Toplam	Nüfusa Oranı (%)
2010	16.196.304	9.518.648	35.470.436	61.185.388	83
2011	17.374.631	10.014.982	36.348.316	63.737.929	85
2012	18.352.859	10.382.419	33.807.725	62.543.003	83
2013	18.886.989	10.607.263	32.944.917	62.439.169	81
2014	19.821.822	10.920.901	33.940.086	65.060.609	83
Kaynak: www.sgk.gov.tr (15.05.2015).					

Tablo 2.6’deki verilere göre, 2014 yılında Türkiye’de toplam nüfusun %83’ü sosyal güvenlik kapsamı altındadır.2010-2014 döneminde aktif çalışan ve emekli sayısı artmış, sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı azalmıştır. Bu duruma sebep olarak son yıllardaki doğum oranlarının geçmiş yıllara göre düşmesi gösterilebilir.

SDP ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi üç ayrı sistemi ve yapılanması olan sosyal güvenlik kurumları tek bir kuruluş olarak örgütlenmesi hedeflenmiş; bu kapsamda 5502 sayılı Kanunla SGK haline gelmiştir (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5502.pdf>). 5510 sayılı sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile farklı sosyal güvenlik kurumlarının farklı sosyal güvenlik sistemleri, tek bir sistem olarak uygulanmaya başlanmıştır (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>).

Tablo 2.7: SGK Mali İstatistikleri (Milyon TL)						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gelirler	78.073	95.273	124.480	142.929	163.014	184.329
Prim Gelirleri	54.579	66.913	89.561	99.359	118.729	133.999
Diğer Gelirler	23.494	28.360	34.919	43.569	44.285	50.330
Giderler	106.775	121.997	140.715	160.223	182.689	204.400
Emekli Aylıkları	68.604	78.957	91.615	105.294	119.162	134.392
Sağlık Giderleri	28.811	32.509	36.500	44.111	49.889	54.551
Diğer Giderler	9.361	10.531	12.599	10.819	13.639	15.458
Açık	-28.703	-26.724	-16.235	-17.295	-19.675	-20.072
Kaynak: www.sgk.gov.tr (15.05.2015).						

Tablo 2.7’de SGK’nın mali istatistiklerine ait veriler mevcuttur. Genel Sağlık Sigortası’nın en temel gelir kaynağı olan primlerin toplam gelire oranı 2009 yılında %69.9 iken, 2014’de %72.7’dir. Toplanan primlerin giderleri karşılama oranı

ise 2009’da %51.1 iken, 2014 yılında %65.5 olarak gerçekleşmiştir. SGK bütçesindeki açık, 2011 yılına kadar düşüş gösterse de sonrasında tekrar yükseliş trendine girmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finanse edilmesinin en önemli avantajlarından biri, bu yöntemin sürekli ve öngörülebilir bir finansman yöntemi olmasıdır. Bir ülkenin istihdam politikaları ve nüfusun gelişimi ile ilgili bilgiler, sosyal sigorta gelir ve harcamaları ile ilgili öngörülerde bulunmayı, sosyal sigorta aracılığı ile toplanacak prim gelirlerinin kısa, orta ve uzun vadede ne olacağını tahminlerini yapmayı mümkün hale getirmektedir. Bu öngörüler sağlık hizmetlerinin hem sunum hem de finansman noktasında sürdürülebilir biçimde geliştirilebilmesine katkıda bulunmaktadır. Sosyal sağlık sigortasının en önemli dezavantajı ise, tarım sektörü ve kayıt dışı çalışanları kapsamada karşılaşılan zorluklar ve maliyet kontrolü ile ilgili yaşanan güçlüklerdir (Tatar, 2011b:116-117).

2.1.6.1.2. Genel vergiler yöntemi ile finansman (Beveridge modeli)

Beveridge modeli olarak adlandırılan vergiye dayalı finansman yöntemi, adını II. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere’de devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini doğrudan üstlenmesi gerektiği yönündeki sosyal politika görüşünü ortaya atan Lord Beveridge’den almaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015:106; Belek, 2009:175; Dinç, 2009:5; Dürrü, 2012:39). Söz konusu sistem ile farklı bir önem kazanan sağlık ve eğitim hizmetlerinin genel bütçe gelirleri ile finanse edilmesi öngörülmektedir. Başka bir deyişle, söz konusu hizmetlerin toplum geneline yayılarak her bireyin bahsi geçen hizmetlerden etkin bir şekilde faydalanmalarını sağlayabilmek, ana amaçtır (Çelikay ve Gümüş, 2010:195).

Sağlık hizmetlerinde vergiler aracılığıyla finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynakların bireylerden genel vergiler yoluyla toplanmasını ve sağlık hizmetlerinin tüm giderlerinin kamu bütçesinden ödenmesini amaçlamaktadır (Özer, 2010:68). Bu yöntemde toplanan gelirlerin belli bir oranı, genel ya da yerel bütçe kanalı ile sağlık sektörüne ayrılmaktadır. Gelirler bir havuzda toplandığı için diğer sektörlerin sağlık sektörü üzerinde baskı oluşturduğu, dolayısıyla aynı havuzda yeterli pay alabilmesi için sağlık sektörünün diğer sektörlerle rekabet halinde olması gerekmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkeler bakımından daha fazla önem kazanmaktadır (Çelik, 2013:175).

Sağlık hizmetinin finansmanı açısından uygulanacak verginin türü de ayrı bir önem arz etmektedir. Tercih edilecek yöntem her ülkenin koşullarına göre farklılık gösterebilmektedir (Ertürk Atabey, 2012:33). Bir vergi sistemi içinde toplanan vergilerin türü, o sistemin ne kadaradaletli olduğu ve farklı gelir gruplarını ne yönde etkilediğininde önemli bir faktördür. Bu açıdan bakıldığında en önemli ayırım, doğrudan vergiler ile dolaylı vergiler arasındaki ayırmadır. Doğrudan vergiler, bireylerin, hanehalklarının ya da firmaların doğrudan doğruya gelirleri ya da karları üzerinden alınan vergilerdir. Bir verginin adaletli olup olmadığının en önemli belirleyicisi, artan oranlı olup olmamasıdır ve bunun sağlanabilmesi için vergi oranının yüksek gelir gruplarında daha yüksek, düşük gelir gruplarında ise daha düşük olması gerekmektedir. Ancak kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ülkelerde kayıt dışı gelirin yüksek oranda olması nedeniyle doğrudan vergilerin toplanmasında sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Tatar, 2011b:112).

Dolaylı vergiler ise mal ve hizmetlerin üretim ve satışı üzerinden alınan vergilerdir. Katma değer vergisi, gümrük vergisi gibi vergiler örnek olarak verilebilir (Kanlı, 2007:46). Bireyin geliri ile değil de tüketimi ile ilişkili olduğu için azalan oranlı olabilmeleri, dolaylı vergilerin en önemli özelliğidir. Bu tür vergiler, şeffaflıkları ve ödemekten kaçınmanın mümkün olmaması nedeniyle özellikle kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ekonomilerde tercih edilmektedir. Toplanan vergilerin içinde dolaylı vergilerin yüksek olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ortaya çıkan önemli sorun, finansal yükü kimin üstlendiği ile ilişkilidir. Bu vergiler, kişilerin gelir düzeyi ile ilgili olmadığı için genel vergi havuzunda gelir düzeyi düşük olanların, yüksek gelir grubundakilere oranla daha çok katkıda bulunması anlamına gelmektedir. Bu tür bir vergi yapısında sağlık hizmetlerinin vergiler yoluyla finanse edilmesi ise, düşük gelir grubundakilerin yüksek gelir grubundakilerin sağlık hizmetlerinin finanse etmesi anlamına gelmektedir (Tatar, 2011b:112-113).

Sağlık hizmetlerinin finansmanının vergilerle karşılandığı yöntemde, para toplamak için genel vergi kanalları dışında ayrı bir kuruma gerek yoktur. Bu nedenle, doğrudan hizmet ve mala dönüştürme imkanı daha fazladır. Bu yöntemin, diğer yöntemlere göre en önemli üstünlüklerinden birisi budur. Kamu veya özel sigorta yöntemlerinde ise, ayrı kurumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların yönetim giderleri de sağlık için elde edilen gelirlerle karşılanmaktadır. Dolayısıyla, vergi kaynaklı paraya

göre doğrudan sağlık hizmetlerine dönüşme oranları daha düşük düzeylerde olmaktadır (Çelik, 2013:178-179).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde toplumun belli bir kesimini hedefleyen programlar da bulunmaktadır. Bu programlardan birisi aktif olarak çalışan devlet memurları için olup, bütün devlet memurlarının bakmakla yükümlü olduğu bireylerin sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Belirli bir gruba yönelik diğer bir program ise Yeşil Kart uygulamasıdır. Bu programın amacı hiçbir sosyal güvencesi olmayan yoksul kişilerin sağlık harcamalarını karşılamaktır (Liu vd., 2005:19).

2.1.6.2. Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansman

Sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan hizmet alımı sırasında bedel ödeyerek ya da bireyler kendi iradeleriyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilmektedir. Bilindiği üzere hastalık, insanların yaşamlarını, gelir düzeyini, iş hayatını etkilemektedir. Özellikle gelir düzeyi yüksek olan bireyler, muayene, teşhis, tedavi, ilaç masrafları gibi giderlerini doğrudan kendileri ödemektedir. Bununla beraber, kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını talep eden bireyler özel sağlık sigortası yaptırmaktadırlar (Orhaner, 2006:9). Piyasa ekonomisi aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı cepten ödeme ve özel sigorta yöntemi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.1.6.2.1. Hizmet sırasında bedel ödeme yöntemi (Cepten ödeme)

Doğrudan finansman yöntemi olarak da bilinen bu yöntemde, sağlık hizmeti talebinde bulunanların, almış oldukları hizmetin bedelini, direkt olarak kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir (Özer, 2010:67, Aktan ve Işık, 2007b:25). Hizmet sırasında bedel ödeme veya cepten ödemeler, gönüllü sağlıksigortalarına ödenen primler, özel hekim ve kurumlara yapılan doğrudan ödemelerle ilaç ve hizmetlere yapılan katkı payları şeklinde olabilmektedir (Liu vd., 2005:23).

Katkı payları, sağlık sigortası kapsamında yer alan kişilerin aldıkları sağlık hizmeti bedelinin belirli bir miktarı için yapılan ödemeleri ifade etmektedir. Ülkeler sağlık hizmetlerini vergi veya sosyal sigorta katkılarıyla finansmanında güçlüklerle karşılaştıklarında katkı payları, ek gelir imkanı sağlamaktadır. Katkı payı uygulaması iki durumda kullanılmaktadır. Sağlık harcamaları yükselirken katkı payı

uygulamasının yapılmasının sebebi, talebi azaltarak maliyetleri düşürmektir. Bu şekilde toplanacak ek gelir, gelir düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalandırılmasında değerlendirilebilecektir (Yiğiter Kara, 2010:39).

Gelişmiş ülkelerde sağlık sistemi finansmanı, sağlık kaynaklarının adil dağılımını sağlamak için önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Kişi başına ödeme sistemi, sağlık harcamalarının tahsisi için temel faktör olarak kabul edilmektedir. Kişi başına ödeme, her kişi için belirlenen sağlık hizmeti bedelini ifade etmekte ve sağlık hizmetleri sunucularına ve giderlere ödeme yapılmak üzere fon oluşturmaktadır. Bireylerin beklenen sağlık harcamaları yaş, hastalık ve sosyal koşullar gibi kişisel özelliklerine bağlı olarak değişebilmektedir (Hauck et al., 2005:199).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi, sağlık hizmetleri talebi üzerinde etkili olabilmektedir. Doğrudan finansman sisteminin söz konusu olduğu durumlarda talep katsayısının düşük olduğu gözlemlenirken, aracı mali kurumların bulunduğu dolaylı finansman sisteminde ise yükselmektedir (Aktan ve Işık, 2007b:25). Doğrudan finansman yönteminde, özellikle yüksek hastalık tehlikesi altında bulunan alt gelir gruplarının hizmet talebi düşük kalmakta ve sağlık gereksinimleri tam bir talebe (efektif talep) dönüşmemektedir (Özer, 2010:68; Yıldırım, 1994:42-43).

Birçok ülkede sağlık hizmeti talep edenler, hizmetin maliyetine katılmak zorundadır. Bunun altında hizmetin gereksiz ya da aşırı kullanımını önlemek ve ek gelir sağlamak üzere iki neden yatmaktadır. Birincisi, sağlık hizmetinin fiyat esnekliğinin bulunduğu (artan fiyatların hizmet kullanımını azaltacağı) yönündedir. İkincisi ise, sağlık hizmetinde fiyat esnekliğinin bulunmadığı (artan fiyatlara rağmen hizmet kullanımının devam edeceği) varsayımdır (Belek, 2009:124).

Günümüzde sigorta piyasalarının gelişmesi ve refah devletinin topluma sağlamayı amaçladığı hizmetlerin kapsamı içinde sağlık hizmetlerinin önemli bir yer alması, üçüncü ödeme kurumlarının önemini artırmakta ve doğrudan finansman yönteminin önemini azaltmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:283).

Hastalık riskinin neden olduğu mali yükü, tüketici kendisi karşılamakta ve tüketiciler arasında risk paylaşımı olmamaktadır. Hastalık riskinin derecesi, harcamanın düşük mü yoksayüksek mi olacağını belirlemektedir (Sevim, 2006:17). Hastalık riski yüksek olan bireyler, hastalığının hayati tehlikesine göre özel sigorta yaptırarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir.

2.1.6.2.2. Özel sigorta yöntemi ile finansman

Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması durumunda gereksinim duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türü (Çelik, 2013:185) olup, bireylerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altına alınması için serbest iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır. 1950'lerin sonlarında sanayileşmiş ülkelerin çoğu, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almışken hizmet kullanımı, fiyatlar ve enflasyon artışı hükümetleri önceliklerin belirlenmesi ve talebin karşılanması konusunda yoğun bir baskı altına almıştır. Bu dönemde hükümetler, toplumun artan talebini karşılamak ve üzerindeki baskıyı hafifletmek amacı ile hali hazırda faaliyet gösteren özel sektör ve sağlık sigortasını teşvik edici ve geliştirici uygulamalara gitmiştir (Tiryaki ve Tatar, 2000:126-127).

Özel sağlık sigortası kuruluşları, potansiyel hizmet alıcısı durumunda olan bireylerden prim toplamakta; olması muhtemel bir sağlık sorunuyla karşılaşılması durumunda ise, kişilerin sağlık hizmeti sunucusundan aldıkları hizmetin bedelini ödemektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010:189). Hastalık riski ve hizmet kullanım sıklığı, prim düzeyinin belirleyicisi durumunda olup, gelir düzeyi dikkate alınmamaktadır. Yaş ve cinsiyet ise, hastalık riskini etkileyen etmenler olarak prim düzeyinin belirlenmesinde devreye girmektedir. Riski yüksek olanlardan daha fazla prim toplanmakta; eğer hastalık riskinin çok yüksek olması halinde primi toplayamama söz konusu ise birey sigortalanmayabilmektedir. Özellikle kronik hastalıklar için bu tür durumlar görülmektedir (Belek, 2009:125). Bu durum sağlık hizmetlerinin yarı kamusal bir hizmet olduğunun bir göstergesidir.

Piyasa mekanizmasının sağlık hizmetinde ortaya koyduğu sorunlardan biri de, belirsizlik ve öngörülemezlik özelliği nedeniyle ihtiyaç duyulacak harcamanın ne zaman ve ne kadar olacağının tam olarak bilinmesinin mümkün olmamasıdır. Belirli durumlarda gerekli olan sağlık harcaması uzun yılların birikimini kısa sürede tüketebilmekte; birçok kişinin ise ne geliri, ne de birikimi böylesine yüksek bir harcamayı karşılamaya yetmemektedir (Yiğiter Kara, 2010:36). Bu soruna piyasa mekanizmasının verdiği yanıt, gönüllülük esasına dayalı özel sağlık sigortası olup, kar amaçlı bir sistem olması nedeniyle yüksek risk gruplarını dışlama eğilimi taşımaktadır. Risk yükseldikçe, ödenmesi gereken prim de yükseleceğinden, düşük

gelirlilerin dezavantajlı olması kaçınılmaz olmaktadır. Ayrıca sigortaya başvurduğunda kesinlik kazanmış sağlık sorunu olanların, sistem içine alınması ve sistemden faydalanması mümkün değildir. Belirtilen nedenler çerçevesinde, bir ülkenin sağlık sisteminin tamamıyla ve yalnızca özel sağlık sigortasına dayanması, günümüzde egemen eşitlik ve adalet anlayışları bakımından mümkün görünmemektedir (Şenatalar, 2003:26).

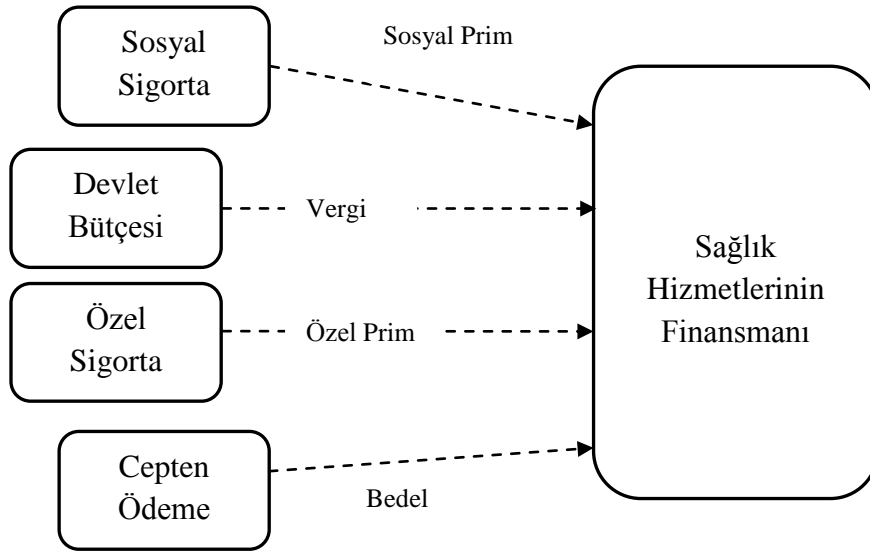
Sosyal ile özel sigorta arasındaki en önemli fark, risklerin havuzlanma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup, sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisinin bulunmamasına karşın, özel sektörde önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilmektedir. Başka bir deyişle, özel sağlık sigortasında herhangi bir hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon gibi) ya da hastalanma riski yüksek olanlar (sigara, alkol kullananlar gibi), diğerlerine göre daha çok prim ödeyebilmektedir. Bu durum, bir sağlık finansman sisteminde olması gereken özellikler arasında sayılan ve önemli bir yer tutan sağlık statüsü iyi olanlardan kötü olana doğru bir finansman akışının tam tersine işlediğini göstermektedir (Tatar, 2011b:114-115).

2.1.6.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modelleri (Karma Modeller)

Karma finansman sistemi olarak da bilinen bu sistem, sağlık hizmetlerinin finansmanında hem piyasa şartlarına göre oluşan sistemlerin hem de kamu ekonomisi çerçevesinde şekillenmiş ve bireysel faydalanmadan çok sosyal refah seviyesini yükseltmeyi amaçlayan finansman sistemlerinin varlığından söz edilmektedir. Bahsi geçen finansman sistemleri, kendi içlerinde birbirlerini tamamlayacak şekilde bir arada uygulanabilmektedir. Burada önemli olan sistemlerin, birbirlerinin olumsuz yönlerini giderecek şekilde ahenk ile bir arada işlevlerini yerine getirebilmeleridir (Çelikay ve Gümüş, 2010:197).

Günümüzde vatandaşların eğitim düzeylerinin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenlerin sayısı da artmaktadır. Sonuç itibarıyla, hizmet maliyetlerinin sürekli olarak artış göstermesi, finansman sistemlerinin zora sokmakta; hizmet sunumunda da zaman zaman hizmet talebinin karşılanmasında yetersizlikler oluşmaktadır. Böyle bir ortamda piyasa şartlarına ya da kamu ekonomisi koşullarına göre tasarlanmış sistemler, hizmetin etkin bir şekilde finansmanına karşılık verememektedir. Bununla birlikte finansman sistemleri, birbirlerini telafi edecek şekilde işbirliği içerisine girmektedir (Ertürk Atabey, 2010:35).

Şekil 2.3: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli



Kaynak: Çelikay ve Gümüş, 2010:198.

Şekil 2.3'te bütünleştirilmiş finansman yönteminin işleyiş biçimi gösterilmektedir. Kamu ekonomisi yönteminde sosyal prim ve vergi toplama yoluyla; piyasa ekonomisi yönteminde özel prim ve bedel alınarak sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaktadır.

2.2. KALKINMA

Kişi başına düşen reel gelirin sürdürülebilir artışını sağlayan ekonomik kalkınma süreci, tipik üretim, ticaret ve faktör kullanımının sektörel kompozisyonuna ilişkin bazı temel ekonomik değişkenler ile ilişkilendirilmiştir (Naqvi, 1995:543). Dolayısıyla ekonomik kalkınma ile makroekonomik ve sektörel yapının gelişmiş ülkeler seviyesine çıkarılması hedeflenmektedir. Buna göre, gelişmekte olan ülkelerin kalkınmalarında, gelişmiş ülkelerin sahip olduğu sosyal, siyasal, kültürel ve ekonomik değerlere ulaşmanın rolü oldukça büyüktür. Başka bir ifadeyle, kişi başına gelirin artmasının dışında hayat standartlarının yükselmesi, üretim faktörlerinin hem miktar hem de etkinlik olarak artması ile sanayinin milli gelir ve ihracat içindeki payının artırılması gibi yapısal değişiklikler, kalkınmanın iktisadi yönden dönüşümünü göstermekte olup, bu dönüşüm; siyasal, kültürel ve sosyal açıdan dönüşümü de içermektedir (Kar ve Taban, 2005:8).

Kalkınma, iktisat literatürüne İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra girmiştir. Bu dönemde tarımsal üretim yapan geleneksel toplumlar büyük oranda geride bırakılmış; birtakım teknolojik yeniliğin iktisadi alanda artan ölçüde kullanıldığı sanayi toplumuna geçiş ile birlikte kendi içinde sürekli gelişip büyüyen bir toplum yapısı ortaya çıkmıştır. Sanayi toplumunun oluşturduğu üretim sürecine paralel olarak dünya ekonomisi sürekli gelişme sürecine girmiştir (Özpolat, 2009:5). Sömürge veya yarı sömürge olan ülkelerin, bağımsızlıklarını elde etmeleri ile gelişme ihtiyacının ortaya çıkması, kalkınma bilincinin oluşması ve ülkelerarası gelir farklılıklarının belirgin hale gelmesi, kalkınma konusunun, günümüzde hala önem taşımaya yol açmıştır (Özgüven, 1988:107). Çalışmanın bu bölümünde kalkınmanın kavramsal çerçevesi, tarihi gelişimi, büyüme ile arasındaki ilişki ve çeşitli göstergeleri hakkında bilgi verilmiştir.

2.2.1. Kalkınma Kavramı

Kalkınma kavramı, toplumların gelişim süreciyle birlikte değişik içerikler kazanmıştır. Kavram, bazen anlam olarak kendine yakın olan sanayileşme, modernleşme, büyüme, ilerleme ve yapısal değişim gibi kavramların yerine kullanılmış ve doğal olarak anlam kaymasına uğramıştır (Yavilioğlu, 2002:59; Ersungur ve Topcuoğlu, 2014:300). Bu durum günümüze de sirayet etmiş ve kalkınma kavramıyla ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmıştır.

Kalkınma, üretim ve kişi başına düşen gelir artışının yanı sıra sosyal, ekonomik ve kültürel yapının da değiştirilmesi ve/veya geliştirilmesini ifade etmektedir. Dolayısıyla sadece ekonomik etmenlerle değil, sosyal, kültürel, siyasi ve psikolojik faktörler de ilişki içerisinde olması, önem ihtiva etmektedir (İldırar, 2004:5; Yazkan, 2008:8; Koçak, 2009:729).

Kalkınma, yatırım oranının kişi başına reel geliri yükseltecek şekilde bir artış gösterdiği süreci ifade etmektedir. Bu artışla birlikte üretim tekniğinde ve gelir akımlarının kullanımında ortaya çıkan köklü değişiklikler, yeni yatırımların devam ettirilmesini sağlamakta, dolayısıyla kişi başına gelirdeki artış trendi yükselmeye devam etmektedir. Kalkınmanın devam ettirilmesi, gelire yapılan ilavelerin yüksek oranının verimli yatırımlara dönüşmesine bağlıdır; verimli girişim imkanlarına toplumun kabul edilebilir bir şekilde tepki göstermeye hazır olması, kalkınma için şarttır (Rostow, 1966:45-46). Burada sermaye stokuna yapılan ilavelerin kişi başına

geliri artırmada önemli bir faktör olduğu, kalkınmanın bu sayede gerçekleşeceği üzerinde durulmaktadır.

Kalkınma, yoksulluğun azaltılması ya da seçimlerin genişletilmesidir (Nafziger, 2006:3; Kirmanoğlu, 2005:26). Kalkınmanın amacı, “insan kişiliğinin gerçekleşmesi”ne dönük yeterli beslenme için gerekli mutlak zorunlulukların yerine getirilmesidir (Bakırtaş, 2014:9). Kalkınma, insanların yaşam standartlarını ve özgürlük düzeyini yükselterek tüm insanların hayat kalitesinin artırılması sürecidir (Todaro and Smith, 2012:5). Yoksulluğun azaltılması ve özgürlüğün artırılması, kalkınma için önemli unsurlardır.

Kalkınma, bir yapı değişikliğini bir başka deyişle bir yapıdan başka bir yapıya geçiş sürecini ifade etmektedir. Kalkınma için yatırım artışı, teknolojik gelişme, reel gelir artışı, verim artışı, eğitim düzeyinin yükselmesinin dışında düşüncenin, zihniyetin, sosyo-ekonomik yapıların da değişmesi lüzum gelmektedir (Özguven, 1988:99). Kalkınma, ekonomik ve sosyal açıdan yapısal bir dönüşümü ifade etmektedir.

R. E. Lucas'ın yaklaşımına göre, kalkınma, ülkelerin belirli bir süreçte kişi başına düşen gelir düzeylerinin ve gelir artış hızlarının yükselmesidir. Bu, çok dar kapsamlı bir tanımlama olabilir ancak gelir artışlarının dikkate alınması ister istemez toplumun diğer özelliklerinin de göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir (Lucas, 1988:3). Değinilen yaklaşım, ekonomik kalkınmanın evrensel özellikleri olan sağlık, hayat beklentisi, eğitim gibi kavramların kişi başına düşen gelir artışının açtığı yoldan ilerlediğinin ifade edilmesidir (Berber, 2011:185). Kalkınmanın temelinde kişi başına düşen gelir düzeyinin yüksek olması yatmaktadır.

Kalkınma kavramının açıklanmasında üzerinde durulması gereken diğer birkavram ise gelişmedir. Gelişme kavramı, büyümeden daha kapsamlı bir şekilde,büyümeyle birlikte nitel ve nicel olarak yapısal değişimleri içine almaktadır. Ancak kalkınmakavramı, çoğunlukla gelişmekte olan ülkeler (GOÜ) için kullanılmakta,gelişme kavramı ise gelişmiş, azgelişmişher ülke için söz konusuolmakta ve bu ülkelerdeki büyüme ile birlikte yapısal değişimleri kapsamaktadır (Aydoğan, 2011:5).

Kalkınma iktisadının kapsamında muhakkak sanayileşme, modernleşme ve politik değişim olmalıdır. Kalkınmanın, sanayileşmeyi doğurması kaçınılmaz bir durumdur. Nitekim, iktisadi kalkınma sürecinin belli başlı özelliklerinden bir tanesi sanayileşmedir. Ekonomik kalkınma ile birlikte işgücü artan oranda tarım

sektöründen imalat, oradan da hizmet sektörüne geçiş yapmaktadır. Sanayileşme nedeniyle sektörler arasındaki bu hareketlilik, yapısal değişimi beraberinde getirmektedir (Dulupçu, 2002:38).

Kalkınmanın temel amacı, sadece maddi anlamda zenginlik sağlamak değil, zenginliği de oluşturacak ve sürdürecektir yüksek nitelikte işgücünü piyasaya arz etmektir. İnsana yatırım, eğitim, sağlık ve beslenme harcamalarının iyileştirilmesi ile gerçekleşmektedir. Söz konusu üç harcama dengeli olarak yapılması ile insan sermayesinden maksimum verim alınabilecektir (Han ve Kaya, 2012:113).

2.2.2. Kalkınmanın Geçmişten Günümüze Gelişim Serüveni

Kalkınma kuramının temelleri Adam Smith (1723-1790) tarafından atılmıştır. Smith, iş bölümü ve sermaye birikimi ekonomik büyümenin belli başlı etmenleri olarak kabul etmiştir. 1776 yılında yayımladığı “Ulusların Zenginliği” eseri, bazı yazarlar tarafından kalkınma konusunda yazılmış ilk kitap olduğu öne sürülse de ilk sistematik çalışmalar 1940’lı yılların sonunda başlamıştır (Taban ve Kar, 2014:5). Bu yıllar, bağımsızlıklarınayeni kavuşmuş ülkelerin Batı tarafından yeni bir sürece sürüklenmeye çalışıldığı bir dönemi temsil etmektedir (Özyakışır, 2011:49).

Gelişmekte olan ülkeler, kalkınmanın bir kader ya da kaçınılmaz bir kavram olduğu düşüncesini iktisadi planlama ile aşmak istemektedir. Bu ülkelerin ulaşmak istediği nihai hedef, uzun dönemde iktisadi ve toplumsal yapılarını büyümeye elverişli bir konuma getirmektir (Taban ve Günay, 2008:353). 1950’lerden 1970’lerin ortalarına kadar, kalkınma iktisadının esas hedefi, bağımsızlığına kavuşan ülkelerin, kapitalizmin kendi kuralları dahilinde kalmak kaydıyla, sanayileşmenin gerçekleştirilmesidir. Bunun için, gerektiğinde devlet, gerektiğinde piyasa, başka bir deyişle hem özel hem de kamu sektörü, ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, birlikte mücadele etmektedir. Bu, ülkenin veya özel sektörün sermaye birikimini sağlaması ve bunu sanayileşmek amacıyla kullanması anlamına gelmektedir. Nitekim Marshall Planı ile başlayan süreç ve ondan önce Sovyetler Birliği’nin ekonomik planlama ile elde ettiği performans, pek çok ülkenin kalkınmasında bir dönem ekonomik planlamanın etkili olmasını sağlamıştır. Başta Latin Amerika olmak üzere, Uzak Doğu Asya ülkeleri ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler planlı kalkınma modelini kabullenmiştir (Doğaner Gönel, 2013:8-9).

Tablo 2.8: Kalkınmanın Farklı Zaman Dilimlerinde Anlamları		
Dönem	Perspektif	Kalkınma Anlamı
1800'ler	Klasik Politik Ekonomi	İlerleme, yakalama
1850-1870 Sonrası	Sömürge Ekonomisi	Sanayileşme, kaynak yönetimi, mutemetlik
1940 - 1950 Sonrası	Kalkınma Ekonomisi Modernleşme Teorisi	Ekonomik büyüme, sanayileşme modernleşme, siyasi ve sosyal modernleşme
1960 Sonrası	Bağımlılık Teorisi	Sermaye birikimi, ulusal, tek-merkezli
1970 Sonrası	Alternatif Kalkınma	İnsani ilerleme
1980 Sonrası	İnsani Kalkınma - Neoliberalizm	Kapasite, İnsanların tercihlerinin genişlemesi, - ekonomik büyüme, yapısal reform, deregülasyon, liberalizasyon, özelleştirme
1990 Sonrası	Post-Kalkınma	Otoriter devlet, başarısızlık
2000	Milenyum Kalkınma Hedefleri	Yapısal reformlar
Kaynak: Pieterse, 2010:7.		

Tablo 2.8'de, kalkınma olgusunun zaman içerisinde çeşitli anlamlarda kullanıldığı görülmektedir. 1800'lü yıllarda kalkınma ifadesi, doğrudan değil de dolaylı bir şekilde, İngiltere'nin zenginleşmesi ve ilerlemeye yönelik iyileşmesi biçiminde kullanılmıştır. Smith, çalışmasında maddi ilerlemeyi sermaye birikimine ve zengin sınıflardaki para artırma eğilimine dayandırmıştır (Yavilioğlu, 2002: 60). Ekonomik kalkınma, üretim ve istihdam yapısındaki tarım sektörünün payının azalması, imalat ve hizmet sektörlerinin payının ise yükseliş göstermesi şeklinde gözlemlenen planlı bir değişim sürecini temsil etmektedir. Bu yüzden, kalkınma stratejileri genel olarak, tarımsal ve kırsal kalkınmanın pahasına hızlı bir sanayileşme sürecinin sağlanmasına odaklanmaktadır (Todaro and Smith, 2012:14).

Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçişin yaşandığı 1970'li yıllarda insanın ön planda olduğu kalkınma tanımları kullanılmakta, 1980 sonrasında ise kalkınma, ekonomik konjonktürdeki gelişmeye bağlı olarak liberalizasyon, yapısal reformlar gibi kavramlarlayeni bir anlam kazanmaktadır (Polat, 2014:18). Kalkınmanın geçmiş dönemlerine ait temel ekonomik göstergeler, ekonomik olmayan çeşitli sosyal göstergeler ile desteklenmektedir. Sözü geçen sosyal ölçütlere örnek olarak, okur-yazarlık oranlarındaki artışlar, sağlık hizmetlerindeki ve barınma imkanlarındaki iyileşmeler gösterilebilmektedir (Özcan, 2011:58). Söz konusu yıllarda "istikrar" olgusu ön plana çıkmıştır. 1990'lı yıllarda, bilgi teknolojisi ve toplumunun süreklilik kazanma eğilimi ile birlikte büyüme ve kalkınmaya olan ilgide yeniden bir toparlanma başlamasına karşın, bu dönemdeki

büyüme ve kalkınmanın, sanayi toplumundakinden farklı bir biçimde gerçekleşmesi beklenmektedir (Özyakışır, 2011:51). Yeni kalkınma sistemleri, üretimi artıran teknolojiye dayalıdır. Teknoloji kullanımının giderek basitleşmesi, teknoloji üretimi ve geliştirilmesi için bilim adamlarına ve ar-ge çalışmalarına olan gereksinimi artırmaktadır. Hem ar-ge çalışmalarında hem de geleneksel ve mevcut teknolojilerin kullanımında insan, önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla kalkınma, insan hakları, topluluk hakları, sağlıklı çevre, refah, adil gelir dağılımı gibi unsurlarla desteklenmemesi durumunda bir anlam ifade etmemektedir (Ergün, 2011:6).2000’li yıllardaki kalkınma literatüründe sosyal unsurların da süreç içerisinde rol almaya başladıkları, özellikle eğitim ve sağlık gibi insan sermayesine yatırım yapılarak sürece hızlı ve pozitif katkılar sağladıkları görülmektedir.

2.2.3. Kalkınma ile Büyüme Arasındaki İlişki

Kalkınma ile büyüme genellikle eş anlamda kullanılmıştır. Ancak kabul edilen tanımlara göre, büyüme milli gelirdeki artış ile ilişkili iken, kalkınma ise yapısal değişimi içeren farklı değişkenlerin dahil olduğu bir süreçtir.

Büyüme sadece niceliksel bir olgu iken, kalkınma niteliksel bir olgudur. Kalkınma, aynı zamanda toplumun yaşam standartlarında, üretilen malların kalitesinde bir artış ortaya çıkması anlamına gelmektedir. Kalkınan bir ülkede kişi başına düşen gelirin artması, üretim faktörlerinde etkinliğin artması ve milli gelir büyürken, sanayi kesiminin payının artış göstermesi beklenmektedir (Sabır, 2010:11).

Büyüme bir miktar artışı (GSMH’nın yıllar arasındaki büyüme hızı) olduğundan, bu miktarı daha fazla yükseltebilmek için ekonomik ve sosyal yapılarda önemli değişiklikler gerekmemektedir. Kalkınma ise ekonomik ve sosyal yapılarda değişmeyi zorunlu görmektedir (Karakayalı ve Dilber, 2010:11; Akçomak, 2014:475). Bunlar arasında bireysel hak ve özgürlükler, okullaşma oranı, kentleşme oranı, nüfus artışı, çevre bilinci, sağlık harcamaları ve kişi başına düşen telefon, bilgisayar gibi etmenler sayılabilmektedir (Gürak, 2006:309).

Büyüme ve kalkınma kavramlarının tanımları arasında en önemli nokta, büyümede mevcut ekonomik yapı esas alınırken, kalkınmada ekonomik yapının değiştirilerek gelişmesi temel alınmaktadır (Kaynak, 2011:85).

Neoklasik ve Keynesyen büyüme teorileri daha çok sanal büyüme sorunlarıyla, kalkınma iktisadı ise gelişmekte olan ülkelerin karmaşık somut büyüme

sorunlarıyla ilgilenmektedir (Gürak, 2006:313). Neoklasik doktrinde büyümenin motoru teknolojik yeniliklerdir ancak yenilikten kasıt, yeni ürünlerin üretilmesi değil, üretilen ürünlerin yeni üretim yöntemleriyle daha fazla üretilmesidir. Bu durum kısa dönem büyüme için olumlu olabilmekte fakat uzun dönem büyüme için yeni ürünlerin de üretilmesi gerektiğinden faydalı değildir (Gürak, 2006:98-99).

Kalkınma büyümeyi kapsamakta ancak büyüme her zaman kalkınma olarak anlaşılmamaktadır. Kısacası kalkınma, sadece üretilen mal ve hizmetlerin miktarları değil, üretilenlerin neler olduğu ve nasıl dağıldığının da önemli olduğunu göstermesi açısından (Doğaner Gönel, 2013:11) ve sosyal dönüşümleri de kapsadığından dolayı (Kutlar ve Doğanoglu, 2007:6) büyümeden farklılık göstermektedir.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, büyüme ve kalkınma kavramları ile ortak bir şekilde ifade edilmek istenilen husus, ülke ekonomisinde sektörler, işgücü, doğal ve beşeri kaynaklar, teknolojik düzey ve diğer faktörlerin bir yıldan diğer bir yıla kişi başına düşen daha fazla reel gelir getirecek şekilde artma ve genişlemesidir (Acar, 2008:10).

Kalkınma ile büyüme arasındaki farklar açıklandıktan sonra iki kavram arasındaki ilişkiyi ifade etmek gerekirse, büyüme ve kalkınma karşılıklı etkileşim içinde olan iki süreçtir. Başka bir deyişle, kalkınmanın asıl amacı ekonomik büyümeden sağlanan kaynakların, daha rahat ve gelişmiş bir yaşam için bireylerin sosyal sorunlarının çözümünde kullanılmasıdır. Kalkınma için büyüme gereklidir; büyüme kalkınmanın temelidir. Sosyal sorunların çözülmesi süreci olarak ifade edilen kalkınma için, ekonomik imkanların da ileri seviyede olması gerekmektedir. Bütün bu anlatılanlardan kalkınmanın büyümeden daha geniş ve kapsamlı olduğu, büyümeyi de içine alan bir kavram olduğu sonucu çıkarmak mümkündür (Ersungur, 2005:20; Doru, 2013:20).

Ekonomistlerin bir kısmı, büyümenin ölçülebileceğini, kalkınmanın da büyümenin ölçme araçlarının kullanımı ile belli bir içerik dahilinde analiz edilebileceğini, bunun da kalkınmanın seviyesi hakkında genel bir bilgi vereceğini savunmaktadır (Akgül, 2004:50).

2.2.4. Kalkınmanın Çeşitli Göstergeleri

Kalkınmanın ekonomik göstergeleri arasında milli gelir düzeyindeki reel artış, kişi başına düşen reel milli gelir artışı, gelir dağılımı; sosyal göstergeler arasında ise okuma-yazma oranı, bebek ölüm oranı, kişi başına doktor sayısı,

okullaşma oranı, nüfus artış oranı, kitap-dergi-gazete okuma oranı sayılabilmektedir (Aktuğ, 2010:11).

İktisadi göstergeler dışında farklı değişkenler kullanan Ahluwalia, kalkınmayı şu değişkenlerle ölçmüştür (Ahluwalia, 1976:316):

- Kişi başına düşen milli gelir
- GSYİH içindeki tarımın oranı
- Kentsel nüfusun toplam nüfus içindeki payı
- Okur-yazar oranı
- Nüfus artış hızı

Hicks ve Streeten ise kalkınmayı ekonomik ve sosyal göstergeler olarak ikiye ayırmıştır. Ekonomik göstergeler olarak, gazete tüketimi, otomobil sayısı, radyo alıcısı sayısı, elektrik ve enerji tüketimi; sosyal göstergeler olarak ise, doğumda beklenen yaşam süresi, kalori tüketimi, bebek ölüm oranı, ilkokulda okullaşma oranı, okur-yazar oranı, oda başına düşen kişi sayısı, içme suyuna sahip olmayan yerleşim yeri sayısı değişkenlerini kullanmıştır (Hicks and Streeten, 1979:573).

Kişi başına enerji tüketimi, kişi başına kalori tüketimi, toplam kalori harcamalarında nişastanın payının düşüklüğü, okur-yazarların nüfusa oranı, şehirleşme düzeyi, doğumda yaşam beklentisi, çocuk ölümleri, kişi başına düşen doktor sayısı, araştırma-geliştirme faaliyetlerinin mili gelirden aldığı pay ve benzeri özellikler kalkınma için birer gösterge olarak kullanılabilir (Dülgeroğlu, 2000:10).

1960'lı yıllara kadar büyüme parametrelerinin kalkınma göstergesi olarak kullanılmasına karşın, 1960'lı yılların sonundan itibaren GSYİH veya GSMH'nin kalkınmışlığın ölçüsü olarak tercih etmenin yanlış olacağı görüşü, iktisadi yaşama egemen olmuştur. Gelir göstergesi ile birlikte birkaç kalkınmışlık göstergesi kullanılarak ülkelerin gelişmişlikleri ölçülmeye ve kalkınmışlık endeksleri kurulmaya çalışılmıştır (Ersungur ve Doru, 2014:227). İnsani Gelişme Endeksi, Sosyal Gelişme Endeksi, Sosyal Sağlık Endeksi ve İyi Yaşam Endeksi göstergeleri açıklanmaya çalışılacaktır.

2.2.4.1. İnsani Gelişme Endeksi

Amartya Sen'in "kapasite yaklaşımı"ndan hareketle Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından İnsani Gelişme Endeksi (Human Development Index-HDI) geliştirilmiştir. Kapasite olgusu eğitimden yoksunluk, sağlıksızlık, sosyal güvenceden yoksunluk gibi durumlardan kaçınabilme durumu olarak ifade edilmektedir (Gökdemir ve Veenhoven, 2014:348).

1990 yılından itibaren hazırlanan İnsani Gelişme Raporları'nda kalkınmayı ölçen yeni bir yöntem olarak, yaşam beklentisi, eğitim ve gelir göstergelerini birleştiren İnsani Gelişme Endeksi (İGE) ile sosyal ve ekonomik kalkınmanın her ikisi için de hizmet verecek ortak bir göstergenin oluşturulması hedeflenmektedir. Bu çerçevede İGE, ülkelerin gelişmişlik sıralamasında bulunduğu yeri göstermekte ve 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır (Bakırtaş, 2014:29).

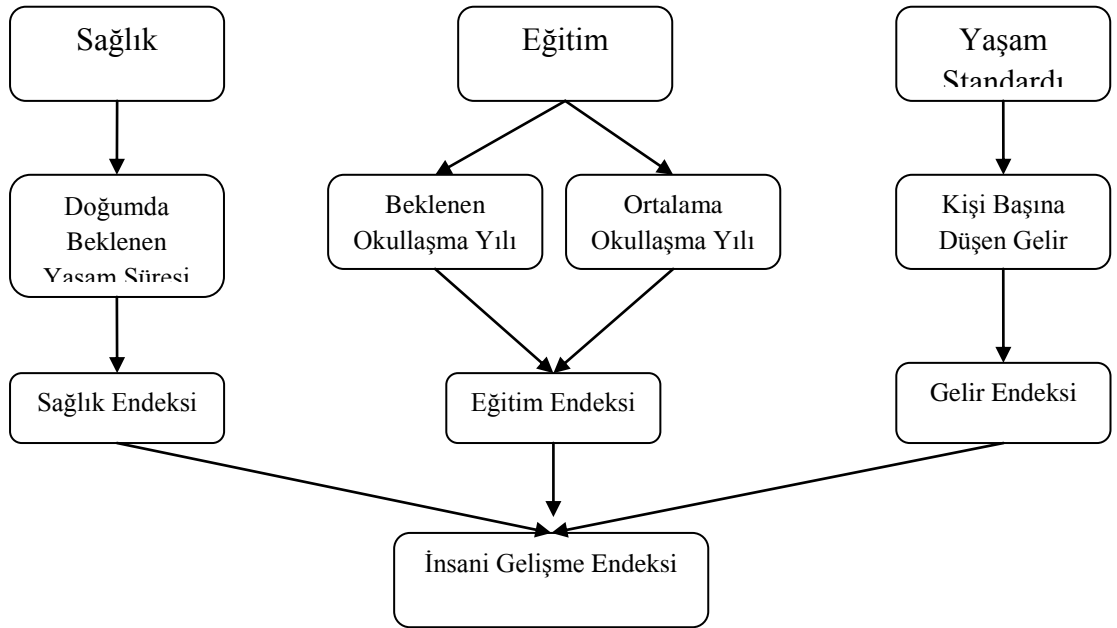
İGE hesaplanmasında doğumda beklenen yaşam beklentisi, yetişkin okur-yazar oranı ve GSYİH değeri dikkate alınmıştır. 1991'de ise eğitim endeksinin hesaplanmasında aynı zamanda insanların okula devam süreleri de ele alınmıştır. 1994 yılına gelindiğinde minimum ve maksimum değerler sabitlenmiştir. 1995 yılında eğitim endeksinde ilk, orta ve lise eğitimlerine katılım oranları kullanılmaya başlanmıştır. Aynı zamanda kişi başı minimum değeri de değiştirilmiştir. 1999 yılında tüm ülkeler için kişi başı GSYİH değerinin logaritması alınmıştır. 2010 yılına kadar 1999 yılındaki hesaplama metodu ile devam edilmiş; insani gelişimi ölçmek için doğumda beklenen ortalama ömür, yetişkinlerde okur-yazar oranı, brüt okullaşma oranı ve satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış gelir düzeyi kullanılmıştır. 2010 yılı itibarıyla eğitim, sağlık ve gelir değişkenleri aynı kalmış; ancak ölçümlerde değişikliğe gidilmiştir (Gökdemir ve Veenhoven, 2014:348-349). Özellikle İGE'de üst sıralarda bulunan gelişmiş ülkelerde okullaşma oranı ve okur-yazar oranı yüksek olduğundan, artık bu ölçüm metodunun ayırım yapma gücü ortadan kalkmıştır. Bu nedenle 2010 yılından itibaren eğitim ve gelirden şu ölçümler kullanılmaya başlanmıştır (Demir Şeker, 2011:7):

- Ortalama okullaşma yılı: 25 yaş ve üzeri bireylerin yaşamı boyunca aldıkları eğitim yıllarının ortalaması
- Beklenen okullaşma yılı: Okula başlama yaşındaki bir çocuğun öğrenim hayatının toplam yıl sayısı

- Kişi başına düşen gelir: Sadece ülke içi gelirden ziyade ülke dışına çıkan karlar ve işçi dövizleri kalemleri de dahil edilerek hesaplamada kişi başı GSYİH yerine GSMH kullanılmaktadır.

Endeks, kalkınmayı temsil eden sağlık, eğitim ve yaşam standardı üzerine odaklanmaktadır. Şekil2.4, endeks hesaplamasında kullanılan değişkenleri göstermektedir.

Şekil 2.4: İnsani Gelişme Endeksi Hesaplaması



Kaynak: UNDP, 2010:13.

UNDP, İnsani Gelişme Endeksi 0.55'ten küçük olan ülkeleri “düşük insani gelişen”, 0.55 ile 0.69 arasında olan ülkeleri “orta insani gelişen” ve 0.70 ile 0.79 arasında olan ülkeleri “yüksek insani gelişen” 0.8'den büyük olan ülkeleri “çok yüksek insani gelişen” ülkeler olarak sınıflandırmaktadır (UNDP, 2014:160-163). Düşük ve orta insani gelişen ülkeler, “az gelişmiş ülkeler”; yüksek insani gelişen ülkeler “gelişmekte olan ülkeler” ve çok yüksek insani gelişmiş ülkeler ise “gelişmiş ülkeler” olarak literatürdeki yerini almaktadır (Meier and Rauch, 2005:2).

İnsani Gelişme Endeksi göstergelerine bakıldığında, toplumun sağlık düzeyi önemli bir kalkınmışlık göstergesi olarak kabul edilmektedir (Can vd., 2009:5).

Tablo 2.9: Seçilmiş Ülkelerin İnsani Gelişme Endeksi (2013)

	İnsani Gelişme Endeksi	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Ortalama Okullaşma Yılı	Beklenen Okullaşma Yılı	Kişi Başına Düşen Gelir (Bin Dolar)
1. Norveç	0,944	81,5	12,6	17,6	63,909
2. Avustralya	0,933	82,5	12,8	19,9	41,524
3. ABD	0,914	78,9	12,9	16,5	52,308
50. Uruguay	0,790	77,2	8,5	15,5	18,108
54. Romanya	0,785	73,8	10,7	14,1	17,433
69. Türkiye	0,759	75,3	7,6	14,4	18,391
76. Azerbaycan	0,747	70,8	11,2	11,8	15,725
83. Ukrayna	0,734	68,5	11,3	15,1	8,125
91. Çin	0,719	75,3	7,5	12,9	11,477
103. Maldivler	0,698	77,9	5,8	12,7	10,074
120. Irak	0,642	69,4	5,6	10,1	14,007
145. Nepal	0,540	68,4	3,2	12,4	2,194
152. Nijerya	0,504	52,5	5,2	9,0	5,353
178. Mozambik	0,393	50,3	3,2	9,5	1,011

Kaynak: UNDP, 2014:160-162.

Tablo2.9’da seçilmiş ülkelerin insani gelişme endeksleri ve bu endeksi oluşturan değişkenlerin değeri verilmektedir. İGE’ye göre Norveç, 0,944 endeks değeri ve 81,5 beklenen yaşam süresi ile dünya ortalaması olan 70,8’den yüksek olup, ilk sırada yer almaktadır. Türkiye’nin endeks değeri 0,759 ve beklenen yaşam süresi 75,3 olup, endeks değeri sıralamasında 69. sırada ve yüksek gelişmekte olan ülkeler grubunda bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkeler grubunda yer alan Nijerya ve Mozambik, hem endeks değeri olarak hem de beklenen yaşam süresi olarak dünya ortalamasının altında yer almakta; endeks değeri sıralamasına göre sırasıyla 152. ve 178. sıradadır. Sağlık düzeyi ile kalkınmışlık düzeyi arasında pozitif bir ilişki görülebilmektedir.

Bir ülkenin insani gelişme sıralaması ve kişi başına düşen gelir sıralaması arasındaki fark, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ekonomik büyümenin faydalarının, nüfusun yaşam kalitesine dönüşümünde ne kadar başarılı olduğunu göstermektedir. Pozitif bir fark, insani gelişme açısından kişi başına düşen gelire göre nispeten daha iyi durumda olduğunu anlamına gelmektedir. Bu sonuç genellikle eski sosyalist ülkelerde ve gelişmiş Avrupa ülkelerinde görülmektedir (Demirel Kazar, 2008:61).

2.2.4.2. Sosyal Gelişme Endeksi

Gelişmişlik olgusunun değerlendirilmesinde sosyal kriterlerin önem ihtiva ettiği Sosyal Gelişme Endeksi (Social Progress Index-SPI) 1989 yılında ortaya çıkmış, 2008 yılında ise gözden geçirilmiştir (Gökdemir ve Veenhoven, 2014:354). SPI'nin değişkenleri ise, beklenen yaşam süresi, 15 yaş üstü yetişkinlerde okuryazar oranı, yüksek öğrenime kayıtlı öğrenci oranı, günlük protein gereksinimi, günlük kalori ihtiyacı, 1000 kişi başına düşen telefon hattı sayısı, 100.000 kişi başına düşen doktor sayısı, kişi başına düşen elektrik kullanımıdır (kilowatt/saat) (Ray, 2008:17).

Kalkınmaya bakışı açısından SPI, HDI ile yapı olarak benzetmekle beraber, daha detaylı ve kapsamlı bir yöntem kullanmaktadır. SPI, Temel İnsani İhtiyaçlar, Refahın Temelleri ve Fırsatlar adı altında üç alt endeksin ortalamasından oluşmaktadır. Temel İnsani İhtiyaçlar, bir ülkede insanların varlıklarını idame ettirebilmeleri için gerekli olan beslenme, barınma, suya erişim ve güvenlik gibi en temel gereksinimlerin ne kadar karşılandığını ölçmektedir. Refahın temelleri, bireylerin ve toplumların refahlarını arttırmalarını sağlayan temel eğitim, bilgiye ve iletişim kanallarına erişim, sağlıklı yaşam ve çevresel sürdürülebilirlik etmenlerini incelemektedir. Fırsatlar alt endeksi ise, insanların kendi potansiyellerini tam olarak değerlendirmelerini sağlayan bireysel ve kolektif haklar, ayrımcılıkla mücadele ve yüksek öğretime erişim faktörlerini değerlendirmektedir (Sökmen, 2014:2-3).

Tablo 2.10: Seçilmiş Ülkelerin Sosyal Gelişme Endeksi (2014)					
Ülke	Sosyal Gelişme Endeksi	Temel İnsani İhtiyaçlar	Refahın Temelleri	Fırsatlar	Kişi Başı GSYİH (Reel)
1. Yeni Zelanda	88.24	91.74	84.97	88.01	25,857
2. İsviçre	88.19	94.87	89.78	79.92	39,293
3. İzlanda	88.07	94.32	88.19	81.71	33,880
4. Hollanda	87.37	93.91	87.56	80.63	36,438
5. Norveç	87.12	93.59	86.94	80.82	47,547
6. İsveç	87.08	94.59	84.71	81.95	34,945
61. Bosna Hersek	64.99	84.52	63.53	46.93	7,356
62. Ukrayna	64.91	77.98	61.42	55.33	6,394
63. El Salvador	64.70	68.98	67.20	57.92	6,125
64. Türkiye	64.62	82.10	64.36	47.41	13,737
65. Suudi Arabistan	64.38	83.12	69.84	40.18	27,346
66. Hırvatistan	63.94	75.11	67.64	49.07	5,086
67. Venezuela	63.78	65.47	75.02	50.86	11,623
68. Dominik Cumhuriyeti	63.03	65.78	71.38	51.93	8,794
69. Güney Afrika	62.96	60.20	67.49	61.19	8,442
127. Angola	39.93	41.67	46.38	31.75	5,262
128. Sudan	38.45	42.27	46.57	26.50	1,894
129. Gine	37.41	36.48	45.02	30.73	921
130. Burundi	37.33	32.84	46.05	33.10	483
131. Orta Afrika Cumhuriyeti	34.17	27.42	47.38	27.70	943
132. Çad	32.60	25.94	42.42	29.45	1,870
Kaynak: Porter et al (2014:86-90).					

Tablo 2.10'da seçilmiş bazı ülkelerin sosyal gelişme endekslerine göre sıralaması verilmektedir. En fazla sosyal gelişmişliğe sahip olan ülkeler sırasıyla Yeni Zelanda, İsviçre ve İzlanda iken, en düşük sosyal gelişmişliğe sahip ülkelerin Burundi, Orta Afrika Cumhuriyeti ve Çad olduğu görülmektedir. Türkiye, dünya sıralamasında 132 ülke içerisinde 64. sırada yer almaktadır.

2.2.4.3. Sosyal Sağlık Endeksi

Sosyal Sağlık Endeksi (The Index of Social Health-ISH), Fordham Enstitüsü tarafından sadece ABD'de yaşayan bireylerin sosyal yönden iyi olma durumunu, 1987 yılından bu yana ölçmektedir. Endeks, bebek ölümleri, çocuk istismarı, çocuk yoksulluğu, gençlerde intihar, gençlerde uyuşturucu kullanımı, liseyi terk etme oranları, işsizlik, haftalık ücretler, sağlık sigortası kapsamı, yaşlılarda yoksulluk, yaşlılar arasında sigorta kapsamına girmeyen sağlık harcamaları, cinayet oranları, trafik kazalarında alkol alma nedeniyle gerçekleşen ölüm oranları, gıda güvensizliği, fiyatı uygun olan evlerin oranı ve gelir eşitsizliği olmak üzere 16 değişkenden oluşmaktadır (Gökdemir ve Veenhoven, 2014:354).

2011 yılı verilerine bakıldığında Sosyal Sağlık Endeksi 100 üzerinden 50,2 puan olarak hesaplanmıştır. Bu puan son 15 yıl içinde 2010 yılında elde edilen 48,5 puandan sonra elde edilen en düşük ikinci puan olduğu gözlemlenmektedir. Genel olarak 1987-2011 yılları arasında 2007 yılında yaşanan durgunluğun etkisiyle 13,8 puan düştüğü görülmektedir (Institute for Innovation in Social Policy, 2011).

2.2.4.4. İyi Yaşam Endeksi

OECD üyesi ülkelerin ekonomik ve sosyal göstergeleri açısından karşılaştırıldıkları İyi Yaşam Endeksi (Better Life Index-BLI) 11 temel değişkenden oluşmaktadır. BLI, yaşam koşulları ve yaşam kalitesi olmak üzere iki olguyu barındırmaktadır. Yaşam koşulları olarak, gelir, iş ve konut irdelenirken, yaşam kalitesinde iş-yaşam dengesi, sağlık, eğitim, toplumsallaştırma, sivil ilişkiler, çevre, güvenlik ve yaşam memnuniyeti kavramları değerlendirilmektedir (Gökdemir ve Veenhoven, 2014:355).

Ülkelerin sıralaması yapılırken iyi oluş göstergesi tek bir sayı ile ifade edilemeyecek kadar karmaşık bir kavram olduğundan ötürü toplam ağırlıklı verilerden oluşan bir sıralama yayınlanmıştır. Ülkelere 11 değişken için 0 ile 10 arasında değişen puanlar verilmiştir. En iyi yaşama sahip ülkeler Avustralya, Norveç ve İsveç olurken, en düşük yaşama sahip ülkelerin ise Meksika, Rusya ve sonuncu olarak Türkiye olduğu görülmüştür (OECD, 2015).

2.3. BEŞERİ SERMAYE VE KALKINMA

Kalkınmada insan faktörünün önemi, kalkınmayı belirleyen ana etmenler ile insan sermayesi ilişkisinin değerlendirilmesini gerektirmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kalkınmayı etkileyen faktörlerdeki gelişmeler büyük ölçüde insan sermayesi ve insana yapılan yatırımlar tarafından belirlenmektedir (Han ve Kaya, 2012:112-113).

Beşeri sermaye (human capital)olgusunun, bir sosyal kavram olarak,üzerinde anlaşılan ortak bir tanımı bulunmamaktadır. En genel ifadeyle tanımlanacak olursa beşeri sermaye, toplumu oluşturan bireylerin, üretim süreciyle ilgili olarak, bir taraftan sahip oldukları bilgileri, yetenekleri, becerileri, işine karşıduygusal bağlılığı, tecrübeleri, davranışlarıve değerlerinin ulaştığı düzeyi, diğertaraftan bedensel ve zihinsel iyilik hali ya da sağlamlığı ifade eden birkavramdır (Keskin, 2011:128).

Bir ülkenin beşeri sermaye açısından zenginliği, işgücünün verimliliğini artıracak eğitim seviyesi, yetenek, sağlık, beslenme gibi faktörlere bağlıdır. İşgücünün daha iyi eğitilmesi, beslenmesi, sağlıklı ve yetenekli olması daha verimli olmasının dışında geniş bir sermaye birikimi oluşturmaktır. Dolayısıyla eğitim ve sağlık beşeri sermayenin niteliksel gelişiminde rol oynayan iki faktördür (Taban ve Kar, 2014:130; Mushkin, 1962:130).

Sağlık kişisel ücretleri doğrudan etkileyen bir unsur iken, eğitim ve fiziksel sermayeyi dolaylı etkileyen bir unsurdur. Bireylerin sağlıklı olması, daha fazla eğitim alması için önemlidir. Çünkü bireyler fazla çalışarak eğitime yaptıkları yatırımı amorti edebilmektedir. Sağlıklı öğrenciler, okulda oldukları her yıl için fazla bilgi öğrenmektedir. İşçi başına yüksek verimlilik sağlayan sağlıklı işgücü, aynı zamanda daha fazla fiziksel sermaye çekmektedir (Weil, 2007:1299). Çalışmanın bu bölümünde kalkınma ekseninde beşeri sermayenin en önemli bileşenlerinden eğitim ve sağlık konuları üzerinde durulmaktadır.

2.3.1. Eğitim ve Beşeri Sermaye

Beşeri sermaye oluşumuna etki eden en önemli faktörlerden birinin eğitim olduğunu söylemek mümkündür. Başka bir ifade ile eğitim beşeri sermaye yatırımdır. Yüksek eğitilmiş bireylerin gelirleri, özellikle de az gelişmiş ülkelerde, neredeyse her zaman ortalama kazancın oldukça üzerine çıkmaktadır (Çelikkaya, 2013:8). Eğitim, kalkınmanın gerekli gördüğükültürel ve sosyal ortamın uygun hale getirilmesini sağlayarak toplumsal örgütlenmenin etkinliğiniartırmaktadır. Aynı zamanda bilimsel çalışmalar artmakta, birçok azgelişmiş ülkede mevcut nitelikli işgücü sıkıntısı aşılmakta ve bilgi stoku yükselmektedir. Teknolojik gelişmeler yaşanmakta ve sonuç olarak iktisadi kalkınma hızlanmaktadır (Çolak, 2010:115).

Ülkelerin kalkınması için sermaye ve teknoloji transferinin yanı sıra yeterli sayıda nitelikli işgücüne de ihtiyaç vardır. Eğitimle sağlanan birçok bilgi ve beceri, toplumun kalkınmasına katkı sağlayabileceği gibi bireyin eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle oluşan olumsuzlukları da azaltacaktır. İşgücünün verim düzeyinin yükseltilmesi, değişimin ve gelişimin anahtarı olan eğitimin görevi olduğu bir gerçektir (Şahin vd., 2014:352-353).

Eğitim, kalkınmada itici bir güç olmakla birlikte Japonya ve Almanya örneğinde olduğu gibi iyi eğitilmiş insan gücüne sahip olan ülkelerin daha hızlı kalkınma sürecine girdiği söylenebilmektedir (Kapu vd., 2012:110-111).Japonya'da

1960'takişi başına düşen milli gelir, dünya ortalaması civarındayken, 1990 yılında dünyaortalamasının yaklaşık %120 üstüne çıkmıştır (Sami, 2003).

Eğitim ile kalkınma ilişkisi açıklanırken, bir ülkeninkalkınmasında üç esasüretimfaktörünün sırasıyla toprak, sermaye ve emek olduğu belirtilmekte, fakat bunların en önemlisinin “emek” olduğu ileri sürülmektedir. Bu konu, yeterlisermaye ve kaynakları olmasına rağmen, kalkınamamış olan Suriye, İran gibibazı komşu ülkelerin geri kalmışlıkları ile örneklendirilmektedir. Bu ülkelerin kalkınamamalarının temel nedeni ise, nüfusun eğitim düzeyinin çok düşük olması ile açıklanmaktadır. Bazı zengin Ortadoğuülkelerinin kalkınmış sayılmamalarının en büyük sebebi de, yine iyi eğitimliyetişmiş işgücünün yeterli düzeyde olmamasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca bu durum, yeterli miktarda sermayesi olan bir ülkenin fabrikakurabileceğini, baraj yaptırabileceğini fakat fabrikayı çalıştıracak, işletecek veelde edilen ürünü pazarlayacak olanın, “insan” unsuru olduğu belirtilerek izah edilmektedir (Çakmak, 2008:37).

Bir ülkenin kalkınmasında eğitime yapılan yatırımların rolü kadar, sağlık sektörüne yapılan yatırımların rolü de önemlidir. Sağlıklı insanların daha iyi eğitim alabilecek olmaları ve daha önemlisi sağlıklı bireylerin eğitilmesi halinde eğitim yatırımlarından daha uzun sürede faydalanma olanağının doğacak olması, eğitim dışında sağlığa da önem verilmesi gerektiği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla, eğitim ve sağlığın birbirini tamamladığı, iktisadi kalkınma bakımından fiziki sermayeye ve eğitime yapılan yatırımların benzerinin sağlığa da yapılması lüzum gelmektedir (Kar ve Taban, 2005:25).

2.3.2. Sağlık ve Beşeri Sermaye

Eğitimin,beşeri sermaye kavramı içerisinde önemli bir ağırlığı olmasına karşın, beşeri sermaye ile ilgili birçok çalışmada sağlık konusuna da yer verilmektedir. Nüfusun sağlıkdüzeyi, diğer beşeri sermaye yatırımlarının etkinlikderecesini ve süresini uzattığı bilinmektedir. Nitelikli işgücünün sağlıknedenleriyle iktisadi faaliyetlerden uzak kalması,verimliliği azaltacaktır. En fazla iş günü kaybı,sağlıksorunları nedeniyle gerçekleşmektedir. Daha fazla sağlık hizmeti alanların daha fazla yaşadığı göz önünealınırsa, ortalama yaşam süresinin uzaması eğitime yapılyatırımların etkinlik süresini de artıracaktır (Yumuşak, 2008:24). Beşeri sermaye kalkınma ilişkisi, çalışmanın ana temasını oluşturduğundan

sağlıklı toplumun göstergeleri açıklandıktan sonra sağlık ile kalkınma arasındaki ilişki irdelenmektedir.

2.3.2.1. Sağlıklı Bir Toplumun Göstergeleri

Bebek ve çocuk ölüm oranları, ortalama beklenen ömür, hastalıkların türü ve miktarı ile sağlık sistemine ilişkin değişkenler, bir toplumun sağlık düzeyini gösteren en önemli unsurları oluşturmaktadır (Taban ve Kar, 2014:138-139).

- **Bebek ve Çocuk Ölüm Oranları:** Doğum sırasında ve doğumdan sonra ilk bir yıl içinde gerçekleşen ölümler, bebek ölümleri olarak kabul edilirken, bir ile beş yaş arasındaki meydana gelen ölümler çocuk ölümleri olarak adlandırılmaktadır. Hem bebek ölüm oranları hem de çocuk ölüm oranları toplumların sağlık düzeyini önemli ölçüde belirlemektedir

- **Ortalama Yaşam Süresi:** Toplumların sağlık düzeyini yansıtan bir diğer değişken ise, ortalama hayat süresidir. Bireylerin ortalama ömür süresi, büyük ölçüde ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bunlardan insanların faydalanabilme imkanlarıyla ilgilidir.

- **Sağlık Sistemine İlişkin Göstergeler:** Bir ülkedeki doktor sayısı, hastanelerdeki yatak sayısının nüfusa oranı, diğer hastane çalışanlarının miktarı, sağlık sistemine ayrılan kaynak miktarı ve bütçedeki payı vb. veriler, ilgili ülkenin sağlık düzeyini yansıtan göstergelerden bazılarıdır.

- **Ölüm Sebepleri ve Hastalık Tipleri:** Toplumlarda sıklıkla görülen hastalıkların türü ve miktarı da ilgili toplumların sağlık düzeyini tespit eden diğer bir faktördür. Özellikle kızamık, kolera, verem ve difteri gibi salgın hastalıkların yaygın oluşu ve ölümlerdeki sebebiyet oranının yüksekliği sağlık düzeyinin yetersizliğini ortaya koymaktadır.

Tablo 2.11: Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri			
	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Beş Yaş Altı Ölümler (Her 1000 Canlı Doğum Başına)	Doktor Sayısı (Her 1000 Kişi Başına)
	2013	2012	2003-2012
1. Norveç	81,5	5	-
2. Avustralya	82,5	9	38,5
3. ABD	78,9	13	24,2
50. Uruguay	77,2	13	37,4
54. Romanya	73,8	23	23,9
69. Türkiye	75,3	26	17,1
76. Azerbaycan	70,8	66	33,8
83. Ukrayna	68,5	20	35,2
91. Çin	75,3	26	14,6
103. Maldivler	77,9	11	16,0
120. Irak	69,4	59	6,1
145. Nepal	68,4	76	2,1
152. Nijerya	52,5	202	4,0
178. Mozambik	50,3	153	0,3
Kaynak: UNDP, 2014:160-162; 184-191.			

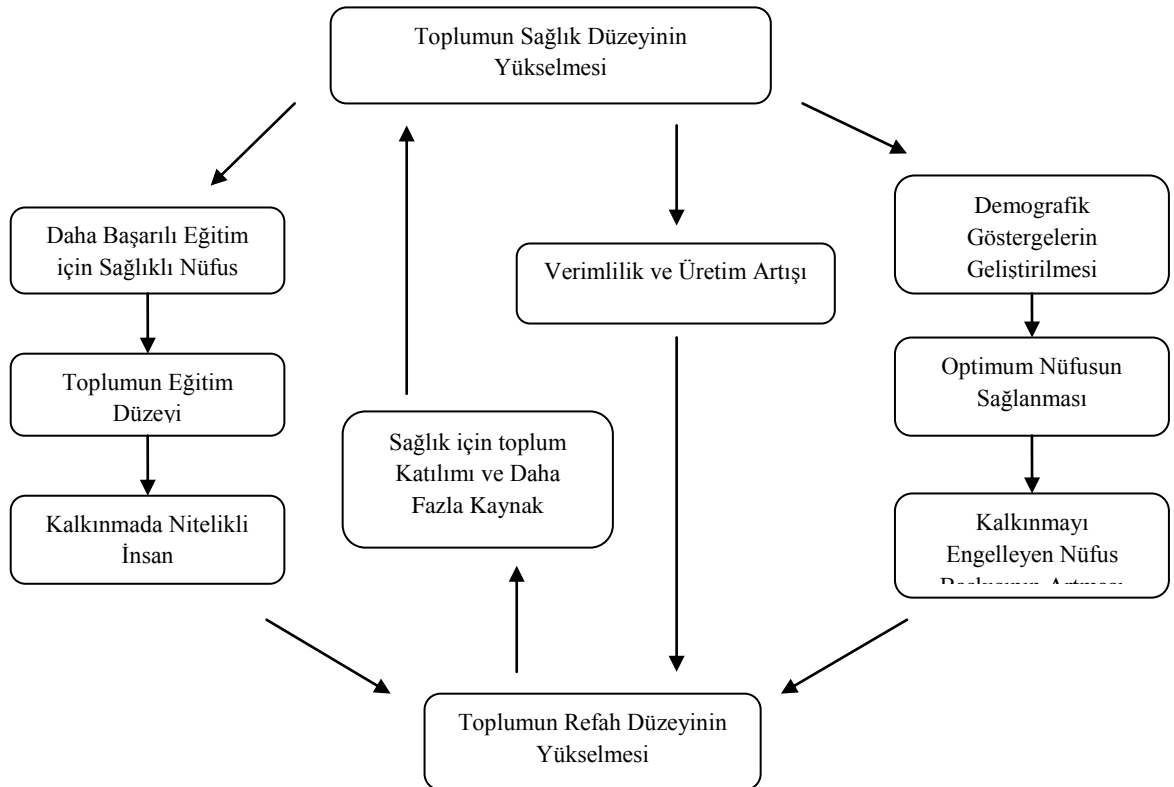
Tablo2.11’de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere dair bazı sağlık göstergelerine yer almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık göstergeleri arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere nazaran hem bebek ölüm oranları hem de doğumda yaşam beklentisi bakımından oldukça iyi durumdadır. Gelişmiş ülkelerde doğumda yaşam beklentisi 80 yıl civarında iken, Nijerya ve Mozambik gibi GOÜ’lerde 50 yıl civarında olduğu görülmektedir. Her bin canlı doğumdaki bebek ölüm oranlarına bakıldığında, gelişmiş ülkelerde ortalama olarak 10’un altında iken, Nijerya ve Mozambik’te sırasıyla 202 ve 153 olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir sağlık göstergesi olan bin kişi başına doktor sayısı GÜ’lerde yaklaşık 30 iken, Nijerya’da 4, Mozambik’te 0,3’tür. Sağlık hizmetlerinde görülen iyileşme ile tüm ülkelerdeki bebek ölüm oranları düşerken ortalama ömür süresinde artış gözlemlenmektedir.

1970 yılından bu yana bebek ve çocuk ölüm oranları ve ortalama yaşam süresi göstergeleri açısından dünya ortalamasının altında kalan Türkiye’de, sağlıkta 2000’li yıllarda yaşanan gelişmelerle sağlık göstergelerinde pozitif yönde gelişmeler gerçekleşmektedir. 2013 yılı itibariyle Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi 75,3 yıldır. Her bin canlı doğum başına bebek ölüm oranı 26 iken her bin kişi başına düşen doktor sayısı 17,1 olarak görülmektedir.

2.3.2.2. Sağlık ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi

Sağlık, kalkınma için beşeri sermaye bileşenlerinden biridir. Artan gelirin birey için somut sonuçları, daha iyi beslenme, daha iyi eğitim, daha iyi sağlıktır. Bireyden başlayarak ailelerin ve toplumların daha üretken olmaları, sağlıkla yakından ilintilidir (Biliker, 2003:27). Sağlık, toplumun gelir ve refahı, işgücü verimliliği, işgücü katılımı, tasarruf ve yatırım oranları, demografik etmenler ile beşeri sermaye etmenleri üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır (Taban ve Kar, 2008:339). Sağlık bir yönden nitelikli işgücünün artırılması yoluyla kalkınma sürecine hizmet ederken, diğer yönden kalkınma sürecinin kendisi toplumsal sağlık üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Başka bir deyişle toplumsal sağlığın kalkınmada araçsal bir rolü vardır (Yaşgül, 2014:131-132). Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinin, eğitim, demografik etmenler ve kalkınma üzerindeki etkileri Şekil 2.5'te gösterilmektedir.

Şekil 2.5: Sağlık ve Kalkınma



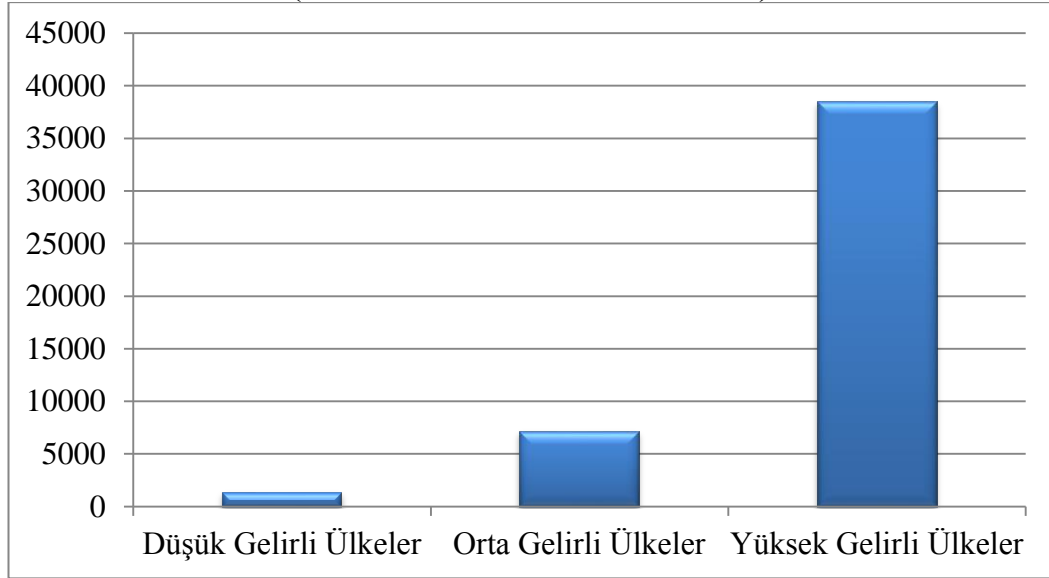
Kaynak: Taban ve Kar, 2014:141.

Şekil 2.5'te görüleceği üzere, toplumun eğitim düzeyinin yükselmesi ile sağlık göstergelerinde iyileşme görülmesi sonucu bireyler üretime nitelikli

elemanolarak pozitif katkı sağlamaktadır. Verimliliğin ve üretimin artması geliri; gelir de tasarrufları artırarak toplumun refah düzeyini yükseltmektedir. Gelişmiş ülkeler, sağlık sektörüne büyük bir pay ayırarak toplumun sağlık düzeyini en yüksek seviyeye ulaşmasını ve bunun sürdürülebilirliğini amaçlamaktadır.

Nüfusun sağlıklı olması, fiziksel ve zihinsel olarak daha dinamik bir yapıyı oluşturmaktadır. GOÜ'lerin çabalarından biri kamu sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesidir. GOÜ'lerde yaşayan çocukların üçte biri kötü beslenme sorunu ile karşı karşıyadır. Özellikle de üretimin büyük bir kısmının teknoloji yerine el imalatına dayalı olması, sağlıklı işgücünün önemini daha iyi ifade etmektedir (Akın, 2007b:85).

**Grafik 2.1: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları -2012
(Satın Alma Gücü Paritesine Göre)**



Kaynak: World Bank, 2014:16.

Grafik2.1'de kişi başına düşen sağlık harcamaları ile gelir düzeyi ilişkisi görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, kişi başına düşen sağlık harcamaları 38000 doların üzerindeyken, orta gelirli ülkelerde 7000 dolar ve düşük gelirli ülkelerde ise 1300 dolar civarında kalmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde ortalama sağlık harcamalarının da yüksek olduğu; doğru orantılı bir ilişki olduğu gözlemlenmektedir.

Beşeri sermaye stoku üzerindeki olumlu etkisinin dışında, sahip olduğu yüksek dışallıklar nedeniyle hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler sağlığa yatırım yaparak, kalkınmasına olumlu katkı sağlamaya çalışmaktadır (Yereli vd., 2011:307). Sağlık harcamaları ve reform tartışmalarının çoğu gelişmiş ülkelere

odaklansa da bu sorunlar daha yüksek hastalık riski olan, ciddi kaynak sıkıntısı çeken gelişmekte olan ülkeler için daha büyük öneme sahiptir (Schieber and Maeda, 1999:193).

Sağlık hizmetlerinde yararlanılan kaynaklar (emek ve ürünler), sağlık yatırımlarının bir kısmını oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları, bireylerin çalışma gücünü muhafaza ederek gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık risklerini azaltarak olası giderlerden tasarruf edilmesini sağlayabilmektedir. Bireylerin sağlık sermayesi stoku, insan sermayesinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ve yatırımları, beşeri sermayenin artmasına doğrudan katkı sağlayarak, ülke kalkınmasında önemli bir fonksiyonu gerçekleştirebilecektir (Mazgit, 2002:2).

Sağlık harcamalarındaki artış, bireylerin yaşam süresini, beklentisini ve kalitesini yükseltmektedir. Yaşam beklentisinin artması, ekonomik gelişmeyi pozitif yönde etkileyebilecektir. Sağlık hizmetleri, insanın çalışma yeteneğini koruyup geliştirerek üretkenliği artırmasından dolayı, insan yatırım olarak değerlendirilmektedir (Karataş ve Çankaya, 2010:42). Gelişmekte olan ülkelerde yaşam beklentisindeki her ek yılın yatırımlarda %7 artış getireceği öngörülmektedir (Mirvis and Bloom, 2008:93).

GOÜ'lerin beşeri sermaye yatırımlarına özellikle de eğitim ve sağlık alanındaki yatırımlara önem vermeleri, üretim faktörleri stokuna pozitif katkı sağlamaları ile nüfus artışı ve bebek ölümleri gibi unsurların olumsuz etkilerini engellemesi açısından öncelik verilmesi gereken hususların başında gelmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Çalışmanın bu bölümünde Avrupa Birliği'nde uygulanan sağlık politikalarının bir değerlendirmesi yapılmış ve Türkiye'deki sağlık politikaları detaylı bir şekilde izah edilmiştir. Ardından Türkiye'deki sağlık politikalarının AB'ye uyumu ve kalkınma planları çerçevesinde değerlendirmesi yapılmıştır.

3.1. AVRUPA BİRLİĞİ SAĞLIK POLİTİKALARI

Avrupa Birliği'nin temelleri, Batı Avrupa'da bulunan altı ülkenin¹ ekonomik çıkarlarını korumak ve geliştirmek amacıyla bir araya gelmesine dayanmaktadır. Zamanla AB, kendine ait bayrağın ve para biriminin oluşturmasının yanı sıra ortak politikalar ve yasalar da geliştirmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:75).

AB, artan bir şekilde, kamusağlığı alanında faaliyetlerini yoğunlaştırarak vatandaşlarının sağlığını koruma yönündeki gayretlerini artırmaktadır (European Commission, 2003:3). Avrupa Gıda Otoritesinin kurulması, hastalıkların önlenmesi, Avrupa Merkezi'nin kurulması sürecinde önemli rol üstlendiği belirtilmektedir. AB'nin bu girişimleri ulusal düzeyde gerçekleştirmesi nedeniyle sağlık politikalarını geliştirme göstergesi olduğu ifade edilmektedir (Eracar, 2013:4).

AB'de sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumu üye ülkelerin sorumluluğuna verilmiştir. AB üyesi ülkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip ya da ülkeler üstü bir sosyal politika uygulanması yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Başka bir ifadeyle, üye ülkelere tek tip bir sağlık politikası uygulatma ya da uygulamaları birbirine benzetme yönünde bir dayatması bulunmamaktadır. Tam aksine üye ülkelerin kendi sağlık politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmektedir (Ekmen, 2006:24). Örnek verilecek olursa;

¹Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, Belçika ve Lüksemburg.

Portekiz, İngiltere ve Finlandiya’da sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden sağlanırken, Almanya, Avusturya ve Hollanda’da ise sağlık sigortalarından yararlanılmaktadır. Hollanda, sağlık sektöründe özel sektörün ağırlıklı olduğu ülke konumundadır. İtalya, İngiltere ve İrlanda’da ise sağlık hizmetleri bütünüyle devletin sorumluluğu altında iken, Belçika, Fransa ve Almanya’da sağlık hizmetlerinde özel sektör ve devlet olmak üzere karma sistem uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010:19; Bor Ekmekçi ve Ekmen, 2008:2).

AB ülkelerinin sağlık sistemlerinin finansman ve örgütlenme şekilleri farklılıklar göstermesine karşın, dayanışma, hakkaniyet ve adil olma ortak değerlerini kapsamaktadır. Sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiğine bakılmadan, tüm AB’ye üye ülke vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişme hakkına özel bir önem verilmektedir. Aynı zamanda herkesi kapsayacak şekilde yaygın bir sağlık güvencesi mevcut olup, dayanışma ilkesi tüm üye ülkelerin ortak değeridir. Dayanışma ilkesi, zenginden fakire, sağlıklıdan hastaya, çalışandan işsize, gençten yaşlıya sağlanan yeniden paylaşım ile ilgilidir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011b:4).

AB gündeminde sağlık politikalarının olmasının nedenlerini Byrne (2003:2-3) şu şekilde açıklamaktadır:

- Sağlık sistemleri ağırlıklı olarak ulusal sınırlar çerçevesinde şekil alırken, eskisine göre birbirine daha da bağımlı hale gelmiştir.
- Hastaların ve sağlık çalışanlarının ülkeden ülkeye hareketi artış göstermiştir. Bu hareketin sebebi her ne olursa olsun sağlık hizmetleri üzerinde etkileri olmakta ve yeni ihtiyaç ile taleplere yol açmaktadır.
- Bilginin her geçen gün artmasıyla ülkeler, sistemler ve vatandaşların sağlık hizmetinden beklentileri de değişmekte ve artış göstermektedir.
- Sağlık çalışanları, tıp teknolojisindeki gelişmeleri daha hızlı ve kolay bir şekilde takip edebilmektedir. Bilginin çok hızlı bir şekilde yayılmasını sağlamaktadır.
- Genellikle AB içerisinde serbest dolaşımın pozitif etkileri üzerinde durulmaktadır. Ancak serbest dolaşım, hastalıkların da serbest dolaşımını beraberinde getirmektedir. Özellikle de bulaşıcı hastalıklar tehlike arz etmektedir.

Sağlık alanında tek tip bir sağlık sistemi oluşturma isteği olmadan sağlık alanı ile ilgili konuların AB düzeyinde ele alınma nedenleri izah edilmiştir. Bu gerekçeleri artırmak mümkündür. Tek bir Avrupa sağlık sistemi arzulanan bir durum

olmamakla birlikte AB'nin sağlık sistemleri üzerine etki ettiği bir gerçektir. Önemli olan bu etkinin sağlık açısından pozitif sonuçlara dönüştürülmesi için AB düzeyinde etkin bir biçimde yönetilmesidir. Bu konuda politika seviyesinde “ortak bir Avrupa vizyonu” oluştugu görülmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:78).

3.1.1. Avrupa Birliği Sağlık Politikalarının Amaçları

AB'nin sağlık politikalarına dair genel amaçları arasında koruyucu sağlık hizmetlerinden olan halk sağlığının geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların engellenmesi ve insan sağlığını tehdit eden faktörlerin ortadan kaldırılması sayılabilmektedir. Hastalıkların ortaya çıkmadan engellenmesi ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi, sağlık harcamalarını oluşturan maliyetleri azaltmakta ve kaynakların daha verimli kullanılmasına neden olmaktadır (Eracar, 2013:5).

AB sağlık politikalarının temel amacı, sağlık sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla sağlık sistemlerinin bütün öğeleri üzerine odaklanarak devamlılığının sağlanması ve yaşam standartlarının korunmasıdır. Bu doğrultuda AB ülkesi olsun olmasın bütün ülkelerin ulaşılır, kaliteli ve verimli hizmet sunan sağlık sistemlerini oluşturmaları hedeflenmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:79).

3.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Ulaşılabilirlik

Herkesin koruyucu sağlık hizmetlerine erişme ve tıbbi tedaviden faydalanma hakkına sahip olması en önemli faktörler arasındadır. Sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde ulaşma hakkı, daha iyi tedavi sağlayabilen yüksek maliyetli yeni teknoloji ve tıbbi ürünler kullanılmaya başlandığında daha da önemli hale gelecektir. Aynı zamanda hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık gibi durumlarda, korumayı sağlayan sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik haklarının dikkate alınacağı ve uyulacağı belirtilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:80).

Bireylerin sahip olduğu sağlık hakkına göre, bireylerin gelir düzeylerine bakılmadan herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanmasının önündeki engellerin kaldırılması veya en aza indirilmesi önem ihtiva etmektedir (Eracar, 2013:6).

3.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite ve standartların sağlanması, AB vatandaşları için önemli bir ihtiyaç ve en temel halk sağlığı amaçlarından biridir. Kaliteli sağlık hizmetlerinden kastedilen, maliyetleri ve yararları arasındaki dengeyi kurma

noktasında kamusal sağlık hedeflerine ulaşabilme düzeyidir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:81). Sağlık hizmetlerinin bütün ülkelerde ağırlıklı olarak kamu tarafından verilen hizmetler olması nedeniyle, devlet bu konuda önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, bireylerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir faktör olarak görülmelidir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin kalkınmışlık düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Asunakutlu, 2015:2-3).

3.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik, bir sağlık sisteminin belirli bir zaman diliminde minimum girdi ile etkili bir biçimde işleyebilmesidir. Bir sağlık sisteminin sürdürülebilir olması, bireysel ve toplumsal gereksinimleri karşılamada üstleneceği ya da gerçekleştireceği faaliyetler için uzun vadede yeterli kaynakları aktif hale getirebilen ve tahsis edebilen bir örgütsel sistem tarafından işletilmesine bağlı olmaktadır. Nüfusun büyük bir kısmının sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğiyle yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulabilirliğini sağlamak için belirli bir finansman düzeyinin oluşturulması gerekmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:81).

Finansal sürdürülebilirlik, hem toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi hem de sağlıktaki teknik gelişme ve araştırmaların yapılabilmesi ile birlikte kaliteli sağlık hizmetinin sunumu için gereklilik arz etmektedir. Bu nedenle, sağlık politikaları Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmakta ve serbest piyasa koşullarına bırakılmamaktadır. Serbest piyasa koşullarına teslim edilen sağlık hizmetlerinin örgütsel bir sistem içerisinde yönetilmesi mümkün olmayacağından uzun vadede bölgesel farklılıkların ortaya çıkmasına ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişebilme noktasında aynı ölçüde yararlanmama durumuyla karşı karşıya getirecektir (Eracar, 2013:7). Başka bir ifade ile, sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirlik, sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi aracılığıyla finanse edilmesine bağlı olmaktadır.

3.1.2. AB'ye Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Her ülke kendi tarihini, kültürünü, kalkınmasını ve ülkesindeki baskın siyasi ideolojiyi yansıtan bir ulusal sağlık sistemini benimsemiştir. Bu ve buna benzer faktörler nedeniyle sağlık sistemleri farklılık göstermektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:321).

AB sağlık sistemlerinde politika yapanların temel konularının başında maliyet sınırlama ya da harcama kontrolü, hakkaniyet ve verimlilik gelmektedir. AB sağlık sistemlerinin amacı, kaynakların etkili ve verimli dağılımı ile birlikte nüfusun sağlığını geliştirmektir. Sağlık sistemlerinin performanslarının ölçümü ve karşılaştırılması sonucu en iyi uygulamaların ortaya çıkarılması önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık seviyesini iyileştirmeye dönük katkılarını değerlendirme ve bu şekilde ülkelerin bu veriyi ya da bilgiyi kullanarak kaynakların tahsisini en uygun biçimde sağlama, en önemli konulardan biridir (Yıldırım, 2011b:94).

Tablo 3.1: AB'ye Üye ve Aday Ülkelerin Demografik ve Sosyo-Ekonomik Göstergeleri					
Ülkeler	Nüfus (Bin) 2013	Kişi Başı Gelir (PPP \$) 2013	Yaşam Beklentisi 2012	Sağlık Harcamaları/ GSYİH 2012	Beşeri Sermaye Endeksi 2013
Eski Üye Ülkeler (15)					
Almanya	82727	44540	80,7	11,3	0,911
Avusturya	8495	43840	81,1	11,5	0,881
Belçika	11104	40280	80,5	10,8	0,881
İngiltere	63136	35760	80,5	9,4	0,892
Danimarka	5619	44460	79,4	11,2	0,900
Finlandiya	5426	38480	80,5	9,2	0,879
Fransa	64291	37580	81,8	11,8	0,884
Hollanda	16759	43210	81,5	12,4	0,915
İrlanda	4627	35090	80,7	8,1	0,899
İspanya	46927	31850	82,1	9,6	0,869
İsveç	9571	44760	81,8	9,6	0,898
İtalya	60990	34100	82,4	9,2	0,872
Lüksemburg	530	59750	80,5	6,9	0,881
Portekiz	10608	25360	79,9	9,5	0,822
Yunanistan	11128	25630	80,8	9,3	0,853
Yeni Katılan Ülkeler (13)					
Çek Cum.	10702	25530	77,7	7,7	0,861
Estonya	1287	24230	74,4	5,9	0,840
Kıbrıs	1141	28830	79,8	7,3	0,845
Letonya	2050	22970	72,2	6,0	0,810
Litvanya	3017	24500	72,1	6,7	0,834
Macaristan	9955	21000	74,6	7,8	0,818
Malta	429	28030	79,8	9,1	0,829
Polonya	38217	22300	76,4	6,7	0,834
Slovakya	5450	25500	75,4	7,8	0,830
Slovenya	2072	28130	79,6	8,8	0,874
Bulgaristan	7,223	15200	73,5	7,4	0,777
Romanya	21699	18060	73,8	5,1	0,785
Hırvatistan	4290	20370	77,0	6,8	0,812
Aday Ülkeler (5)					
Makedonya	2107	11520	75,2	7,1	0,732
Türkiye	74933	18760	75,3	6,3	0,759
İzlanda	330	38870	82,1	9,1	0,895
Karadağ	621	14600	74,8	7,6	0,789
Sırbistan	9511	12020	74,1	10,5	0,745
Kaynak: WHO, www.who.int (09.03.2015) ve UNDP (2014:160-162).					

Tablo3.1’de AB’ye üye ve aday ülkelerin demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri görülmektedir. 2013 yılı verilerine göre nüfusu en yüksek ülke olan Almanya’yı yaklaşık 75 milyonluk nüfusu ile Türkiye takip etmektedir. Satın alma gücü paritesine göre reel milli gelire bakıldığında ülke grupları arasında önemli farklılıklar mevcuttur. AB15 grubunda kişi başına gelir yaklaşık 38979 dolar iken, AB12’de ise 23434 dolar, Türkiye için ise 18760 dolardır. Doğumda yaşam beklentisi, AB15 grubunda, diğer gruplara göre daha yüksektir. AB15 ülkelerinde sağlık harcamalarına milli gelirden ayrılan pay, diğer ülke gruplarından oldukça

fazladır. AB15 ülkelerinin birçoğu çok yüksek kalkınmışlık düzeyine, diğer ülke grupları ise yüksek kalkınmışlık seviyesine sahiptir.

AB'ye üye ve aday ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması; sağlık finansmanı ve harcamaları, sağlık hizmeti sunum sistemi, sağlık sistemlerinde finansal kaynak tahsisi ve ödeme yöntemleri ile sağlık reformları olmak üzere dört başlıkta incelenmiştir.

3.1.2.1. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

AB üyesi her ülke kendi finansman modelini geliştirmesine karşın, belirtilen amaçlar ve tarihsel gelişmelerin ortak yönleri bulunmaktadır. Bütün sistemler finansman kaynaklarının bir karışımını kullanmaktadır; ancak, fonlar ağırlıklı olarak kamu tarafından doğrudan ya da dolaylı bir şekilde kontrol edilmektedir (Jakubowski and Busse, 1998:17).

AB'de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak üç temel sistem benimsenmektedir. İlki, genel vergilere dayanan kamu finansman yöntemi (Beveridge modeli), ikincisi ise zorunlu sosyal sigorta yöntemine dayanan kamu finansmanı (Bismarck modeli) üçüncüsü, gönüllü sigortaya dayanan özel finansman yöntemidir. Bu yöntem az kullanılmasına rağmen özellikle sosyal sigorta için tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:328).

Tablo3.2'de AB'ye üye ve aday ülkelerin finansman modelleri özetlenmektedir.

Tablo 3.2: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modellerine Göre Ülke Grupları ve Ana Tamamlayıcı Finansman Modelleri		
Ülkeler	Ağırlıktaki Finansman Sistemi	Ana Tamamlayıcı Finansman Sistemi
Eski Üye Ülkeler (15)		
Finlandiya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, İsveç, İspanya, İngiltere	Kamu: Vergileme	Gönüllü özel sigorta, doğrudan ödemeler
Danimarka, Portekiz	Kamu: Vergileme	Doğrudan ödemeler
Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg	Kamu: Zorunlu sosyal sigorta	Gönüllü özel sigorta, doğrudan ödemeler, kamu vergileri
Hollanda	Zorunlu sosyal sigorta	Kamu vergileri, doğrudan ödemeler
Yeni Katılan Ülkeler (13)		
Çek Cum., Letonya, Litvanya, Slovakya, Slovenya, Estonya, Macaristan, Polonya, Kıbrıs	Zorunlu sosyal sigorta	Kar amaçsız sigorta, özel sağlık sigortası, cepten yapılan ödemeler
Malta	Kamu: Vergileme	Doğrudan ödemeler
Bulgaristan, Romanya, Hırvatistan	Zorunlu sosyal sigorta	Kar amaçsız sigorta, özel sağlık sigortası, cepten yapılan ödemeler
Aday Ülkeler (5)		
Makedonya	Zorunlu sosyal sigorta	Kar amaçsız sigorta, özel sağlık sigortası, cepten yapılan ödemeler
<i>Türkiye, Sırbistan</i>	<i>Zorunlu sosyal sigorta</i>	<i>Vergiler, doğrudan ödemeler, özel sigortalar</i>
İzlanda	Kamu: Vergileme	Cepten yapılan ödemeler
Karadağ	Zorunlu sosyal sigorta	Vergiler, cepten ödemeler
Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:329-330 ve Sargutan, s.2369.		

AB üyesi ülkeler, maliyet paylaşımı için farklı teknikler kullanmaktadır. Sunulan hizmetler için katkı payları, hastaların karşılayacağı ilaçların fiyatının sabit bir oranı ya da belirli yüzdesi şeklinde sıklıkla uygulanmaktadır. Bazı üye ülkelerde (Avustralya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, İtalya, İrlanda, Portekiz), ayrıca uzman hekim hizmeti alındığında katkı payı sistemi uygulanırken, bazı üye ülkelerde (Avustralya, Belçika, Fransa) ise, pratisyen hekimler tarafından sağlanan hizmetler için katkı payı ödeme yöntemi daha az tercih edilen bir yöntemdir. Yataklı hastanede tedavi gören hastalar için katkı payı Avustralya, Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Portekiz ve İsveç'te; dış sağlığı hizmetleri için ise, tüm üye ülkelerde alınmaktadır (Jakubowski and Busse, 1998:18-19).

Merkezi ve Doğu Avrupa Ülkeleri, 1990'lı yıllardan itibaren, yaşanan yapısal dönüşüm çerçevesinde finansman modelleri değişime uğramış olup, sosyal sigorta modeline geçmiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:331).

Tablo 3.3: AB'ye Üye ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları (2012)				
Ülkeler	KBDTSH (PPP \$)	KBDKSH	ÖSH/TSH	KSH/TSH
Eski Üye Ülkeler (15)				
Almanya	4811,2	3690,1	23,3	76,7
Avusturya	5065,1	3826,4	24,5	75,5
Belçika	4320,1	3279,5	24,1	75,9
İngiltere	3289,2	2644,5	19,6	80,4
Danimarka	4719,8	4037,4	14,5	85,5
Finlandiya	3544,4	2673,3	24,6	75,4
Fransa	4262,6	3278,0	23,1	76,9
Hollanda	5384,6	4297,9	20,2	79,8
İrlanda	3526,2	2274,4	35,5	64,5
İspanya	3144,9	2313,3	26,4	73,6
İsveç	4157,8	3396,7	18,3	81,7
İtalya	3040,1	2376,5	21,8	78,2
Lüksemburg	6337,8	5355,5	15,5	84,5
Portekiz	2399,8	1503,2	37,4	62,6
Yunanistan	2346,5	1583,8	32,5	67,5
Yeni Katılan Ülkeler (13)				
Çek Cum.	2046,0	1735,1	15,2	84,8
Estonya	1385,4	1107,0	20,1	79,9
Kıbrıs	2266,0	977,7	56,9	43,1
Letonya	1188,1	792,5	43,3	56,7
Litvanya	1426,3	1009,9	29,2	70,8
Macaristan	1730,3	1100,5	36,4	63,6
Malta	2547,7	1671,4	34,4	65,6
Polonya	1489,3	1043,5	29,9	70,1
Slovakya	1976,8	1393,6	29,5	70,5
Slovenya	2419,9	1773,6	26,7	73,3
Bulgaristan	1177,1	662,7	43,7	56,3
Romanya	872,9	678,5	22,3	77,7
Hırvatistan	1409,8	1160,5	17,7	82,3
Aday Ülkeler (5)				
Makedonya	834,9	535,2	35,9	64,1
Türkiye	1143,9	845,2	26,1	73,9
İzlanda	3433,9	2771,2	19,3	80,7
Karadağ	-	-	-	-
Sırbistan	-	-	-	-
Not: TSH: Toplam sağlık harcamaları, KBDTSH: Kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, KBDKSH: Kişi başına düşen kamu sağlık harcaması, ÖSH: Özel sağlık harcaması Kaynak: WHO, www.who.int (09.03.2015) ve OECD 2014, www.oecd.org (09.03.2015).				

Tablo3.3'te ülke gruplarına göre sağlık harcamalarına ilişkin veriler bulunmaktadır. Bütün AB ülkelerinde sağlık harcamalarının finansmanında kamunun ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bu ağırlığın en düşük olduğu ülke Kıbrıs (%43,1) iken, en yüksek olduğu ülke Danimarka (%85,5)'dir. Türkiye'de kamunun payı ise %73,9 olarak gerçekleşmiştir.

Tüketicilerin maliyetleri paylaşma oranı, alınan hizmet türüne göre değişebilmektedir. Hastane bakımının maliyetleri genellikle temel sigorta ile karşılanırken, tedavide, dış tedavisinde ve gözlük uygulamalarında maliyetler

genellikle temel sigorta tarafından karşılanmamaktadır. Tüketicilerin sağlık hizmetleri maliyetlerinin belirli bir bölümünü ödemeleri halinde maliyete olan hassasiyetlerinin daha da arttığı öngörülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini sağlayıcı “tamamlayıcı sağlık sigortasını” da teşvik edebilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:333-334).

3.1.2.2. Sağlık Hizmeti Sunum Sistemi

AB ülkelerinden hiçbirinde sağlık hizmetleri tamamen kamu tarafından sunulmamakta; örneğin İtalya ve İngiltere’de sağlık hizmetlerinde kamunun rolü azaltılmaktadır. Ayakta bakım ve dişçilik hizmetleri AB’de ağırlıklı olarak özel doktorlar tarafından verilmektedir. Daha pahalı hastane hizmeti verenlerde durum biraz farklıdır. Danimarka, İtalya ve İrlanda gibi bazı ülkelerde, devlet kontrolündeki hastaneler yoğunlukta iken, Almanya, Fransa ve Belçika gibi bazı ülkelerde ise, hizmet sunumunda özel sektör ağırlığı söz konusudur. Örneğin İngiltere, Portekiz ve İrlanda gibi birçok ülkede özel sektörün ağırlığının artış gösterdiği bir yapıya geçiş süreci yaşanmaktadır. 1990’da İngiltere’de daha önce kamunun kontrolünde olan hastaneler, sağlık reformu ile özerk bir yapıya kavuşmuştur (Jakubowski and Busse, 1998:22).

Sağlık hizmeti sunumunun ve hizmete ulaşılabilirliğinin bir göstergesi olan sağlık çalışanları ve yatak sayıları açısından Türkiye, AB üye ve aday ülkelerin oldukça gerisindedir. Avusturya’da 1000 kişi başına düşen doktor sayısı 4.9 iken Türkiye’de 1.7’dir. Almanya’da 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 8.3 iken Türkiye’de 2.7’dir (OECD, 2014).

3.1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynak Tahsisi ve Ödeme Yöntemleri

AB üyesi ülkelerin sağlık sistemleri arasında, nüfusun kullanımında olan sağlık hizmetleri kaynaklarının dağılımında farklılıklar bulunmaktadır. Her bir sağlık sistemi bu açıdan karmaşık bir yapıya sahiptir. Söz konusu kaynaklar ve imkanlar, çok büyük hastanelerden tek odalı kliniklere, uzman cerrahlardan ayak bakıcılarına kadar geniş bir yelpazenin kullanımındadır. Karşılaştırmalı bir analiz yapabilmek için ana kaynaklar ve imkanlar, hastaneler, birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmeti, sermaye yoğun tıbbi teknoloji ve sağlık çalışanları olarak tespit edilmiştir (Jakubowski and Busse, 1998:10).

Tablo 3.4: AB'ye Üye ve Aday Ülkelerin Hastanelere ve Hekimlere Ödeme Sistemleri			
Ülkeler	Hastaneler	Birinci Basamak (Pratisyenler)	Ayakta (Uzmanlık) Bakım
Eski Üye Ülkeler (15)			
Almanya	İleriye yönelik esnek bütçeleme	Hizmet başı ödeme	Kişi başı ödeme
Avusturya	Sağlık Bakanlığı'nın toplam sübvansiyonu ile yatış süresine dayalı sosyal sigorta finansmanı	Hizmet başı ödeme	Maaş, hizmet başı ödeme
Belçika	Gündelik fiyat ve tıbbi ücretlere göre (yatak kapasitesi, önceki yılın faaliyetleri ve hastaneye özgü özelliklere şekillenen taslak bütçeye göre)	Hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme
İngiltere	Hizmet alıcı ve sunucu arasındaki sözleşmelerle belirlenen faaliyete dayalı ödeme	Kişi başı ödeme (yaşa göre değişen ücret), hizmet başı ödeme, indirim ve hedef ödemeler	Maaş, hizmet başı ödeme
Danimarka	İleriye yönelik genel (global) bütçeleme	%28 kişi başı ödeme, %63 hizmet başı ödeme, %9 ödenek	Hizmet başı ödeme
Finlandiya	Belediye tarafından hizmete dayalı geri ödeme	Maaş, kişi başı ödeme, hizmet başı ödeme	Maaş
Fransa	İleriye yönelik genel bütçeleme	Hizmet başı ödeme, sağlık merkezlerinde maaş	Hizmet başı ödeme
Hollanda	Kısmen faaliyete dayalı ileriye yönelik fonksiyonel bütçeleme	Yüksek gelir olması durumunda hizmet başı ödeme, düşük gelir olması durumunda kişi başı ödeme (yaşa göre değişen ücret)	-
İrlanda	İleriye yönelik genel bütçeleme	Maaş, kişi başı ödeme (yaşa göre değişen ücret)	Maaş
İspanya	İleriye yönelik genel bütçeleme	Maaş, kişi başı ödeme	Maaş
İsveç	Faaliyete dayalı ödemeyle birleştirilmiş ileriye yönelik departman bütçelemesi	Maaş, kişi başı ödeme	Maaş, kişi başı
İtalya	Tanı ilişkili grupları baz alan ve gümrük vergilerini içeren ileriye yönelik genel bütçeleme	Kişi başı ödeme (yaşa göre değişen ücret)	Maaş
Lüksemburg	Sabit bütçeleme	Hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme
Portekiz	Global bütçe, tanı ilişkili gruplama sistemi	Maaş	Maaş
Yunanistan	Global bütçeleme	Maaş	Maaş, hizmet karşılığı
Yeni Katılan Ülkeler (13)			
Çek Cum.	Vaka başına + global bütçe	Kişi başı ödeme + maliyet sınırlama ikramiyesi	Hizmet başı ödeme
Estonya	Gündelik fiyat + vaka başına	Yaşa göre ağırlıklandırılmış kişi başı ödeme + Hizmet başı	Vaka başına ödeme

		ödeme	
Kıbrıs	Global bütçe	Hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme
Letonya	Günelik fiyat + vaka başına	Kişi başına ödeme	Hizmet başı ödeme
Litvanya	Vaka başına	Yaş ağırlıklı kişi başı ödeme + kırsal/kentsel ayarlı	Yaş ağırlıklı kişi başı + kırsal/kentsel ayarlı
Macaristan	Vaka başına	Kişi başına ödeme	Hizmet başı ödeme
Malta	Global bütçe + vaka başına	Kamu: Maaş Özel: Hizmet başı ödeme	Kamu: Maaş Özel: Hizmet başı ödeme
Polonya	Vaka başına	Yaş ağırlıklı kişi başı	Hizmet başı ödeme
Slovakya	Günlük fiyat	Kişi başı	Hizmet başı ödeme
Slovenya	Günlük fiyat	Kişi başı ve hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme
Bulgaristan	Vaka başına + global bütçe	Kişi başı + sağlık önceliklerinin yönetimi ve çekici olmayan koşullar için ek ödeme	Birinci ve ikinci basamak muayeneleri için ziyaret ücreti, teşhis hizmetleri için servis ücreti
Romanya	Vaka başına + global bütçe	Ağırlıklandırılmış kişi başı + Hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme
Hırvatistan	Vaka başına + global bütçe	Kişi başı + sağlık önceliklerinin yönetimi ve çekici olmayan koşullar için ek ödeme	Birinci ve ikinci basamak muayeneleri için ziyaret ücreti, teşhis hizmetleri için servis ücreti
Aday Ülkeler (5)			
Makedonya	Vaka başına + global bütçe	Ağırlıklandırılmış kişi başı + Hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme
<i>Türkiye</i>	<i>Global bütçe</i>	<i>Maaş</i>	<i>Maaş, performansa dayalı ödeme</i>
İzlanda	Sabit bütçe	Maaş	Maaş + hizmet başı
Karadağ	Genel bütçe	Maaş	Maaş
Sırbistan	Genel bütçe	Maaş	Maaş
Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:329-330 ve Gavrilovic and Trmcic, 2013:119-120.			

Tablo3.4'te AB'ye üye ve aday ülkelerin hastane finansmanı ile birinci basamak ve ayakta tedavi hizmeti sunanlara ödenen ücret sistemlerine ait bilgiler verilmektedir. AB15 ülkelerinde hastanelere yapılan ödemeler genellikle genel bütçeden sağlanırken, AB13 ülkelerinde ise, vaka başına günlük fiyattan oluşmaktadır. AB üyesi ülkelerde hekimlere yapılan ödemeler ise kişi başı ya da hizmet başı ödemelerden meydana gelmektedir. Türkiye'de hastanelere yapılan ödemeler genel bütçeden karşılanmakta iken, hekimlere sağlanan ödemeler ise, maaş ve performansa dayalı ödeme yöntemi ile yapılmaktadır.

3.1.2.4. Sağlık Reformları

Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman yöntemlerindeki bazı tatsızlıklar üye ülkelerde görülen bir durumdur. Temel sorunlar, değişen

hastalıklarla mücadele edebilmek için hizmetlerin herkese eşit olarak sunulmaması, sağlık kaynaklarının verimli kullanmak ve yüksek kalitede tıbbi bakım sağlamak için maliyet üzerinde baskı oluşturması sayılabilmektedir. Sosyal istikrarın sağlanabilmesi için bireylere, toplum ve hastane temelli hizmetlerdeki dengenin sağlanması ile yaşlılara yeterli düzeyde hizmet alabilmesi konusuna öncelik verilecektir. Yaşlanan nüfusun, hastalıkları değişiklik gösterecektir. Önleyici sağlık hizmetleri, potansiyel olarak yüksek maliyetli teknolojik tıbbi bakıma maliyet açısından etkin bir alternatif sunmaktadır (Jakubowski and Busse, 1998:26).

Sağlık reformları ile aday ülkelerin ulaşmak istedikleri hedefler; toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık sisteminin verimliliğini artırmak, maliyetleri sınırlandırmak, kaynakların daha adil kullanımını sağlamak, hizmetlerin kalitesi ve hakkaniyetini iyileştirmek olarak belirtilmiştir (Yıldırım, 2011b:49).

Sağlık reformu, sağlık alanındaki “değişim”, “tadilat” ya da “düzeltme” olarak değerlendirildiğinde, AB süreci ile doğrudan bir ilgisi olmasa da uzun bir süreden beri gündemde olan SDP ile Türkiye sağlık sistemindeki aksaklıklar giderilmeye çalışılmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011b:285-286).

3.2. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık sisteminin yeniden gözden geçirilmesi ve yeni politikalar geliştirme süreçlerini kapsayan reform girişimlerini yalnızca ideolojik nedenlerle veya küresel ekonomik dönüşümler gibi dış unsurlara bağlamak yanlış olacaktır. Her hükümet ya da sağlık sistemini dönüştürmeye hazırlanan uzman ekip, öncelikle sağlık sistemlerinin ya da genel olarak sosyal güvenlik sistemlerinin kendine özgü sorunlarından yola çıkarak bu sorunlara çözüm getirmeye çalışmaktadır. Ancak dikkat etmek gerekir ki, bu sorunların nasıl algılandığı ve hangilerinin önem taşıdığı ya da öncelikli olarak ele alınması gerektiğini de yine söz konusu genel ideolojik ve ekonomik çerçeve belirlemektedir (Ağartan, 2013:45).

Bu bağlamda Türkiye'nin sağlık sisteminde reform ihtiyacının gündeme gelmesine yol açan sağlık sorunlarına değinilmiş, ardından sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve finansmanı açıklanmıştır. Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları cumhuriyet sonrası dönem olarak değerlendirilmiş ve sonrasında çalışmanın ana temasını oluşturan SDP irdelenmiştir. Son olarak SDP'nin sağlık sistemi üzerindeki etkilerinden bahsedilmiştir.

3.2.1. Türkiye’de Temel Sağlık Sorunları

Türkiye’de görülen temel sağlık sorunları, nüfus, çevre sağlığı, kötü beslenme ve sağlık hizmetlerinde tıbbi hizmet yetersizlikleri olmak üzere dört ana başlıkta incelenmiştir.

3.2.1.1. Nüfus

İnsan unsuru, mal ve hizmet üretiminin esas argümanı olmakla birlikte, üretilen mal ve hizmetlerin tüketimi açısından da önem arz etmektedir. Bu bağlamda bir ülkenin nüfusu, nüfusun nitelikleri ve yaş gruplarına göre dağılımları o ülkenin gücünü belirleyen önemli bir değişkendir. Nüfusun nicelik olarak yetersiz olması, ekonomik kaynakların atıl kalmasına neden olarak ciddi kayıplara yol açmaktadır (Karluk, 2007:8). Diğer yandan, nüfusun ülkenin ekonomik kaynaklarına göre fazla olması, insan gücünün iş bulamamasına, elde edilen gelirin daha çok sayıda birey tarafından paylaşılmasına, refahın düşmesine ve dolayısıyla da bazı ekonomik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu sebeple ülke nüfusunun, ekonomik kaynaklarıyla dengeli olması gerekmektedir. Ülkenin doğal kaynaklarının mevcut sermaye ile en iyi şekilde kullanabilecek nüfus miktarına “optimal nüfus” denilmektedir (Karabulut, 1998:66-67).

Bir ülkede görülen hızlı nüfus artışı, özellikle eğitim ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Ayrıca nüfus artışının tüketimi artırması ekonomik açıdan olumlu olmakla birlikte, yatırımlara gidecek fonları azaltarak kalkınmayı olumsuz etkilemektedir (Karluk, 2007:8).

Tablo3.5:Türkiye’nin Genel Demografik Göstergeleri					
	2000	2010	2011	2012	2013
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	74.724.269	75.627.384	76.667.864
0-14 Yaş Nüfusun Oranı (%)	29.8	25.6	25.3	24.9	24.6
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	5.7	7.2	7.3	7.5	7.7
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	18.3	15.9	13.5	12.0	13.7
Kaba Doğum Hızı (‰)	21.6	17.2	16.8	17.1	16.9
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7.3	5.0	5.1	5.0	4.9
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2.5	2.1	2.0	2.1	2.1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014c:4.

Tablo3.5’te 2000-2013 arası döneme ait Türkiye’nin demografik göstergelerindeki değişimler verilmektedir. Nüfus artış hızının 2000 yılına göre son

yıllarda azalması, ölüm oranındaki düşme, ortalama yaşam süresinin yükselmesi gibi olumlu gelişmeler; sağlık düzeyinin iyileştiği şeklinde yorumlanabilmektedir.

3.2.1.2. Çevre Sağlığı

Hava, su, toprak, gürültü kirliliği, doğrudan veya dolaylı bir şekilde insansağlığına tesir ederek hayat kalitesini düşürmektedir. Yoğun ve çarpık şehirleşme, motorlu taşıt sayısının artması, kalitesiz yakıt kullanımı, düzensiz sanayileşme, topoğrafik ve meteorolojik şartlar gibi nedenlerden dolayı büyükşehirlerde özellikle kış mevsiminde hava kirliliği yaşanabilmektedir (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2011:34). WHO(2014a and 2014b) verilerine göre 2012 yılında dünyada yaklaşık 3.7 milyon insanın dış mekanlardaki; 4.3 milyon insanın ise iç mekanlardaki hava kirliliğinden dolayı hayatını kaybetmiştir.

Türkiye’de hızlı kentleşme, nüfus artışı ve sanayileşme faaliyetleri neticesinde suya artan talep ile birlikte, su kaynaklarının etkin bir şekilde kullanımı ve korunması büyük önem kazanmıştır (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2011:54). “Belediye İçme ve Kullanma Suyu Temel Göstergeler Sonuçları”na göre; içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilen nüfusun toplam belediye nüfusuna oranı 2012 yılında %98’e yükselmiştir (TUİK, 2015a). Bu oranın oldukça yüksek olmasına karşın, kentsel gelişmenin plansız bir şekilde sürdürülmesi, içme ve kullanma suyunun sağlıklı ve sürekli bir şekilde sağlanmasının önünde engel oluşturmaktadır (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2011:61).

Çevre şartlarının sağlığa uygun olmaması, bazı bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında ve yayılmasında önem arz etmektedir. Özellikle çocuk ishalleri, kolera, tifo, dizanteri, bulaşıcı sarılık gibi hastalıklar, sağlıklı su arzının sağlanamamasından kaynaklanmaktadır. Çevre sağlığı problemleri, özellikle büyük kentlerde daha fazla ortaya çıkmaktadır. Kirliliğin ortaya çıkmasında insan faktörü önemli rol oynamaktadır. Kırsal kesimde yaşayan insan sayısı az olduğundan, daha az kirlilikle karşılaşmaktadır. Kent merkezlerindeki kalorifer bacaları, eksoz dumanları, yiyecek atıkları, gürültü gibi sorunlar, kırsal kesimde pek görülmemektedir. Bu nedendir ki, kırsal kesimde yaşayan bireylerin daha sağlıklı oldukları söylenebilmektedir (Karabulut, 1998:70).

3.2.1.3. Kötü Beslenme

Türkiye, beslenme açısından hem GOÜ hem de GÜ'lerin sorunlarını içermektedir. Toplumun beslenme koşulları, mevsimlere, bölgelere, kentsel-kırsal yerleşim yerlerine ve sosyo-ekonomik duruma göre değişiklikler göstermektedir. Gelir dağılımındaki adaletsizlik, beslenme sorunları üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca bilgisizlik, hatalı besin seçimine, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama metotlarının uygulanmasına yol açmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014a:2). Halkın beslenme durumu incelendiğinde, temel besin maddelerinin ekmek ve diğer tahıl ürünleri olduğu belirtilmektedir. Yıllar içerisinde besin tüketimi eğilimine bakıldığında, ekmek ve diğer tahılların, kırmızı etin, meyve, balık ve katı yağ tüketiminin azaldığı; süt-yoğurt, yumurta ve kümes hayvanları eti tüketiminin ise arttığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013:23).

2013 Nüfus ve Sağlık Araştırması raporu, beş yaşın altındaki her 10 çocuktan birinin bodur (normalden kısa), bu çocukların üçte birinden fazlasının ciddi şekilde bodur olduğunu göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2014:165). Kırsal yerleşim yerlerinde bodurluk, zayıflık ya da düşük kiloluluk, kentsel yerleşim yerlerine göre daha yaygın görülmektedir. Bölgelere göre kronik yetersiz beslenme (%15) ve yaşa göre ağırlıktaki düşüklük (%3) Doğu Anadolu Bölgesi'nde en yaygındır. Bodurluğun en yüksek düzeyde olduğu bölge, %18 ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'dir. Bu bölgede zayıf çocukların oranı da en yüksek olup, çocukların %5'i yaşına göre düşük kiloludur. Ege bölgesi, yaşına göre kısa boylu çocuk oranının en düşük olduğu (%5) bölge özelliği taşımaktadır. Annenin eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, bodur olarak sınıflandırılan çocukların oranında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Annesi lise veya üzeri eğitime sahip olan çocukların oranı (%6), hiç eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş annelerin çocuklarının oranından (%14) ciddi ölçüde düşüktür (Hacettepe Üniversitesi, 2014:166).

Türkiye'de, özellikle kentleşmiş bölgelerde çocuk ve gençler arasında ayaküstü beslenme (fast-food) yoğun olarak tercih edilmektedir. Ayaküstü beslenme, enerjisi yüksek, doymuş yağ asitleri ve tuz içeriği zengin; fakat A ve C vitaminleri, posa içeriği ve kalsiyum yönünden yetersiz olup, sıklıkla dengesiz ve yetersiz beslenmeye yol açmakta; obezite, diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların oluşma tehlikesini artırmaktadır. Obezitenin artmasına sebep olan

önemli unsurlardan biri de, hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşmasıdır. Düzenli spor yapmanın, sağlıklı yaşam tarzının temel faktörü olduğu bilinmekte; fiziksel hareketliliği artmış bir toplumda, sağlık harcamalarının dikkate değer düzeyde azalacağı ve ülke ekonomisine çok büyük faydasının olacağı kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013:24).

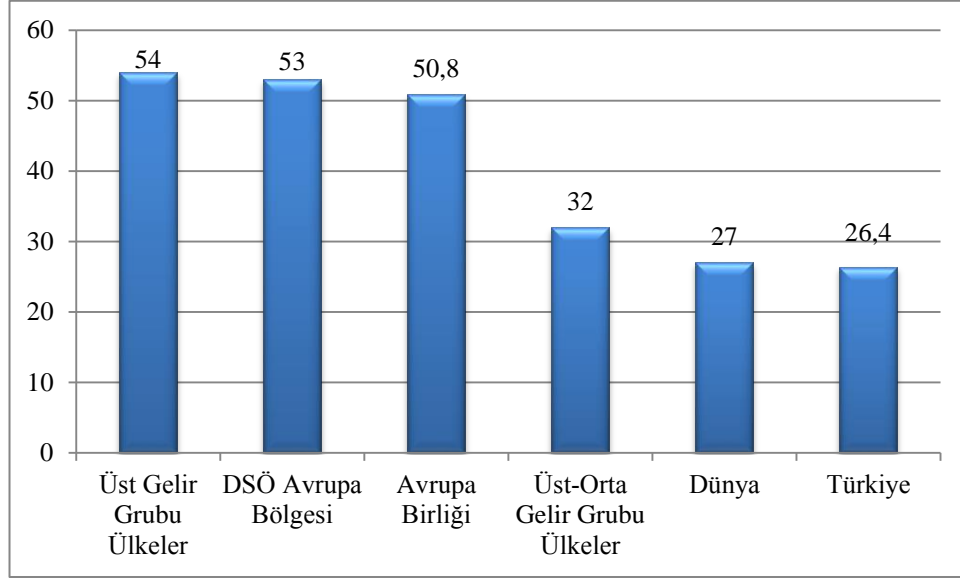
Küçük çocuklarda fazla kiloluluk/şişmanlık kentsel bölgelerde (%12) kırsala (%8) göre;batı bölgelerde (%14) Doğu bölgelerine (%5) göre daha yüksektir. Doğu Marmara'da fazla kilolu çocuk oranı (%18) özellikle yüksektir. Annesi daha eğitilmiş olan çocukların şişman olma eğilimi daha fazladır; annesi ilkokulu tamamlamamış çocukların %8'inde bu sorun varken, annesi lise ve üzeri eğitime sahip çocuklarda bu oran %13'e çıkmaktadır. Refah seviyesi yüksek olan hanelerdeki fazla kilolu çocuk oranı %16'ya kadar yükselmektedir. Genel olarak, Türkiye'de yetersiz beslenme daha düşük sosyo-ekonomik düzeydeki nüfusun bir sorunu iken, şişmanlık daha yüksek sosyo-ekonomik statüdeki nüfusun bir sorunu olarak ön plana çıkmaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 2014:167).

Çocuklarda görülen obeziteeğilimi, dünyada ve Türkiye'de artan bir sorun olarak dikkat çekmektedir.Beslenme şeklinden kaynaklanan sorunların giderilmesi için, sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli,ulaşılabilir bir hak olduğu vurgusuyla sorunun esas kaynağı olan toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi vekoruyucu sağlık hizmetlerineöncelik verilmesinin önemi üzerinde durulması gerekmektedir (ATO, 2012).

3.2.1.4. Yetersiz Tıbbi Hizmet

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayacak yatak sayılarında ve hizmet sunumunda aktif rol alan nitelikli insan gücü dağılımının ve sağlık hizmet birimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bunu çeşitli istatistiklerle görmek mümkündür.

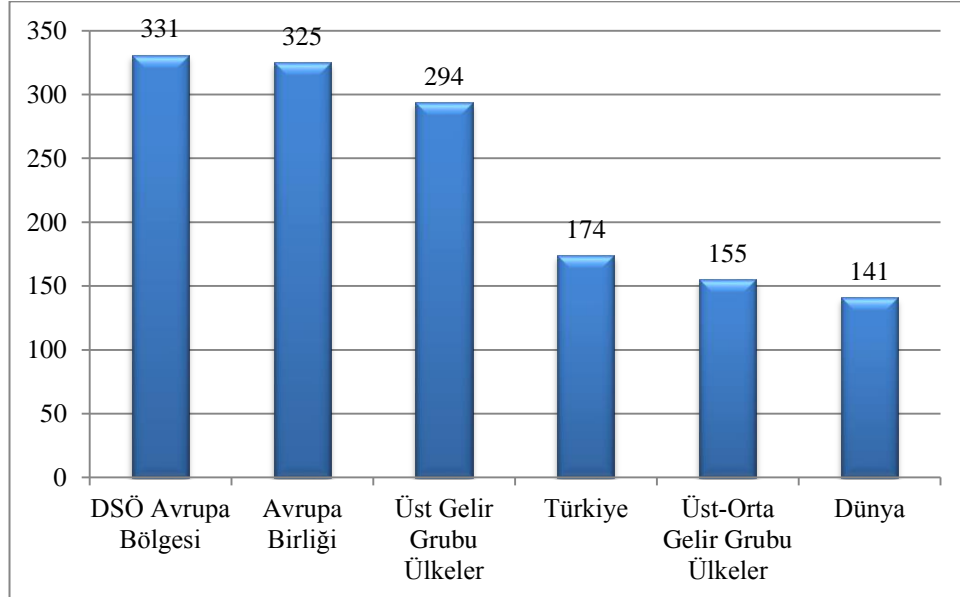
Grafik 3.1: 10.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması (2012)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014c:74.

Grafik3.1’de Türkiye’nin yatak sayıları açısından dünya ve Avrupa Birliği ortalamasının oldukça gerisinde olduğu görülmektedir.

Grafik 3.2: 100.000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayılarının Uluslararası Karşılaştırması (2013)

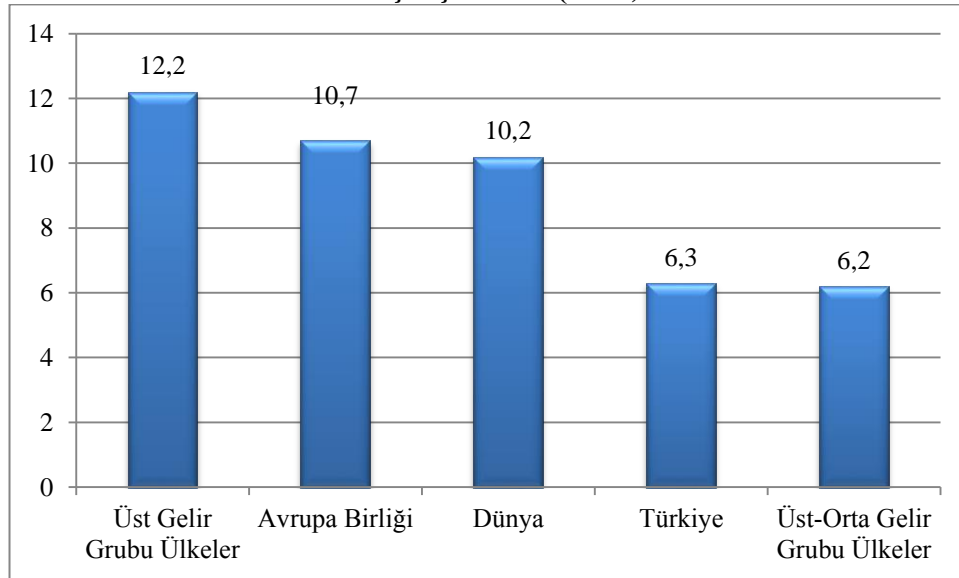


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014c:139.

Grafik3.2’de 100.000 kişiye düşen doktor sayılarının uluslararası karşılaştırması verilmektedir. Türkiye’nin doktor sayıları açısından AB ortalamasının

oldukça gerisinde, dünya ve üst-orta gelir grubu ülkeleri ortalamasının ilerisinde olduğu görülmektedir.

Grafik 3.3: Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranının (%) Uluslararası Karşılaştırması (2012)



Kaynak: www.worldbank.org (07.04.2015).

Grafik3.3'te Türkiye'nin AB ve dünya ortalamasının oldukça gerisinde olduğu gözlemlenmektedir.

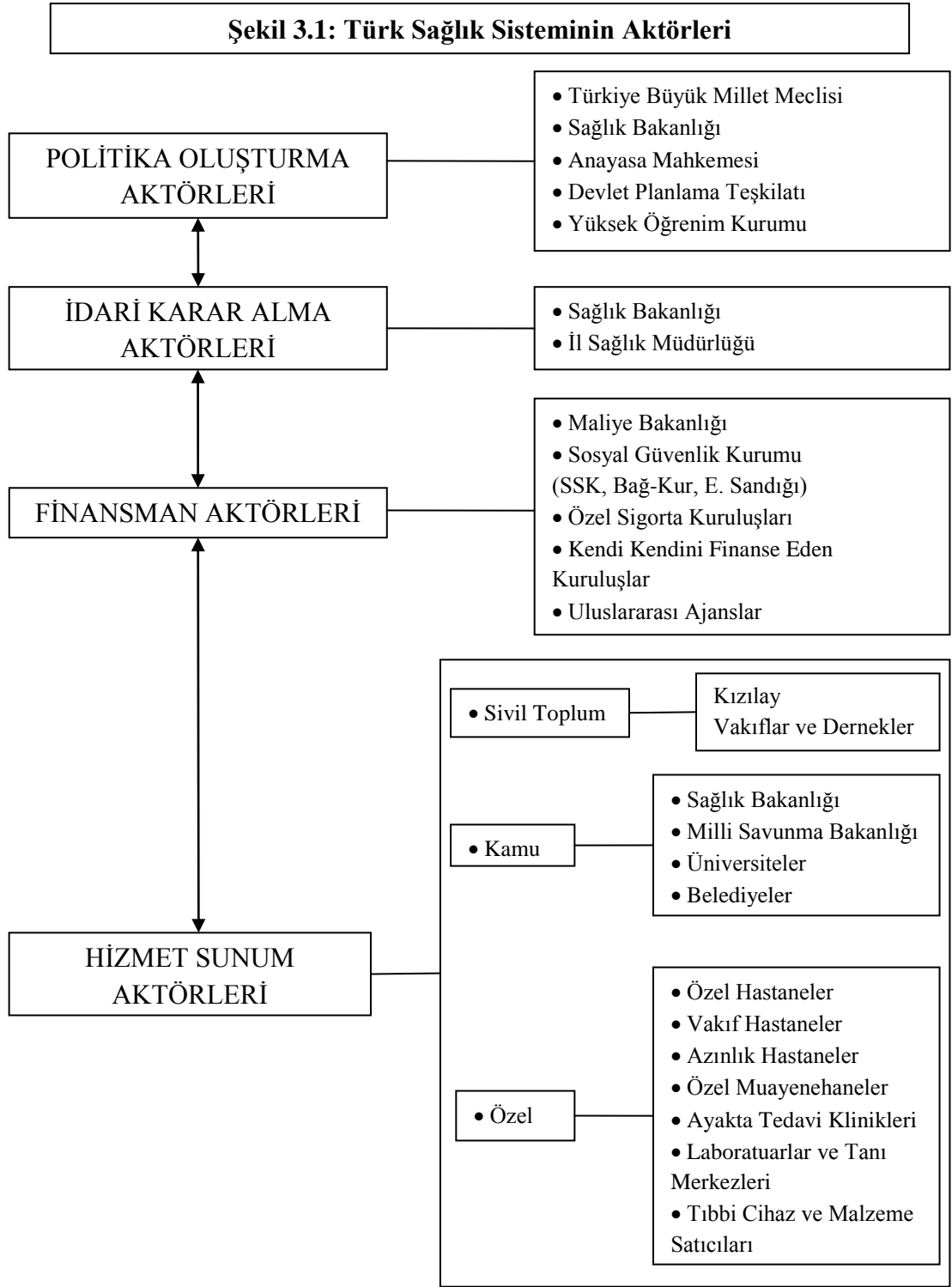
3.2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

Türk sağlık sisteminin temel hedefleri, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek, toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, hakkaniyeti ve verimliliği arttırmak, ulaşılabilirliği ve sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi ise, sağlık sistemlerinin performans kriterlerine dayalı bir politikaya belirlenmesine bağlıdır (Kılıç, 2008:70-71). Sistem, oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık sektöründe önemli rol oynayan faktörlerden bazıları, kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ve özel kurumlar ile dernek ve vakıfların açtığı kuruluşlardır (Sağlık Bakanlığı, 2007:101).

Birçok kamu ve özel kurum, sağlık hizmetlerinin üretim, finansman ve politika oluşturulması aşamalarında ortaya çıkmaktadır. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler sağlık üretimini gerçekleştirmektedir. Ayrıca Kızılay ve vakıflara ait sağlık kurumları da hizmet üretmektedir. Vakıfların sayısı, özellikle vakıf üniversitelerinin kurulması ve

buralarda tıp fakültelerinin açılması ile artış göstermiştir. Türkiye’de hizmet üreten kuruluş sayısının çoğalması, koordinasyon sorununu da beraberinde getirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014:145). Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin tek sunucusu konumundadır (Liu vd., 2005:24).

Sağlık sektöründe en önemli hususlardan biri olansağlık politikasının oluşturulmasında anayasa ile uygulama ve yürütme yetki vesorumluluğunu üzerinde bulunduran Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra uzun dönemli ekonomik vesosyal planlama süreçlerini düzenleyen Devlet Planlama Teşkilatı vesağlık hizmetleri sunumu ve sağlık araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde aktif rol oynayan üniversite hastanelerini düzenleyen Yüksek Öğretim Kurumu arasındaki işbirliği önemli rol oynamaktadır (Çoban, 2009:138-139).



Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2014:146.

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunucularının organizasyon yapısı Şekil 3.1’de görülmektedir.

Sağlık sisteminde, finansman kurumu açısından en önemli unsurdan biri, Sosyal Güvenlik Kurumu’dur. Diğer bir unsur ise sağlık politikalarının

oluşturulmasında Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, sağlık yöneticileri, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları önemli rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007:102).

Sağlık sektörünün Türkiye'deki organizasyonu, merkezi planlama içinde farklı finansman kaynaklarının ve hizmet sunucularının iç içe olduğu bir yapı ortaya koymakta; politika oluşturma, karar alma ve sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı oldukça güçlü ve etkin bir konumda iken, sağlık hizmetlerinin finansmanında Maliye Bakanlığı belirgin bir aktör olarak rol almaktadır (Çoban, 2009:140).

3.2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

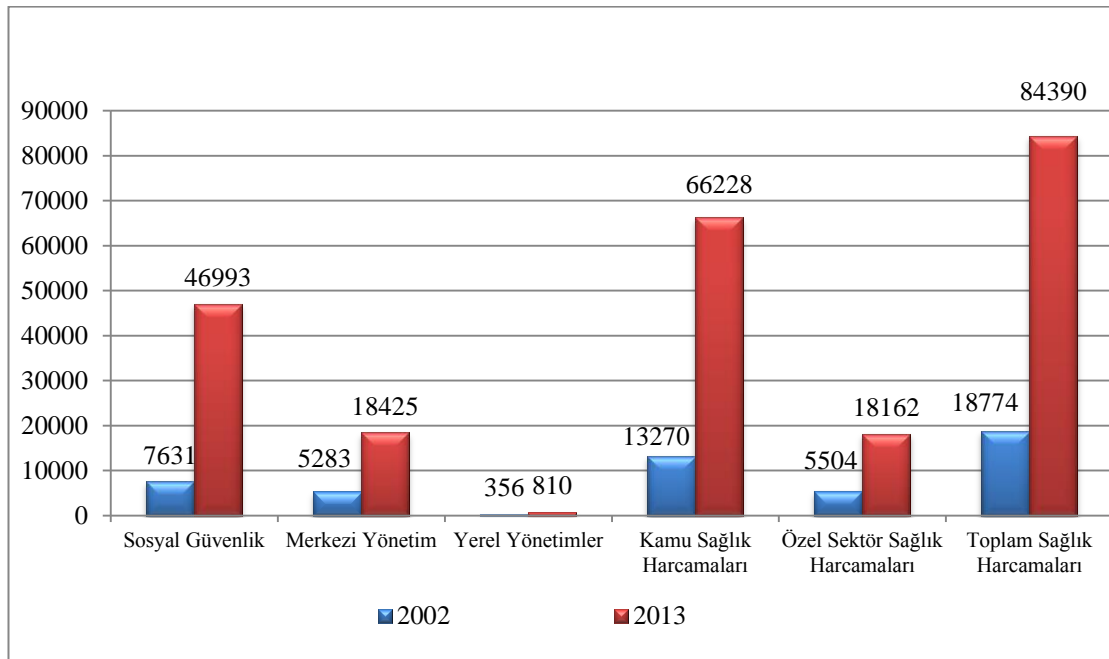
Türkiye'de sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin parçalanmış yapısı, sağlık hizmetlerinin yeniden ele alma çalışmalarının önündeki en önemli engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu yapıya, kaynaklara, fonların akışına ve bu fonların birbirleriyle rekabet eden sağlık ihtiyaçları ve hizmetleri arasında dağılımına yönelik bilgiler, sağlık hizmetleri sistemini yeniden gözden geçirmeyi amaçlayan Türkiye'de en çok gereksinim duyulan bilgiler olarak değerlendirilmektedir (Kılıç, 2008:81).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı üç temel kaynağa sahiptir (Liu vd., 2005:19):

- Vergi gelirleriyle finansmanı sağlanan ve esasen Sağlık Bakanlığı (yeşil kart sahipleri de dahil olmak üzere), üniversite hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe;
- Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı üyelerinin sosyal güvenlik katkıları ve
- Özel doktorlara ve sağlık kurumlarına doğrudan ödemeler, yasal katkı payları ve gönüllü sağlık sigortası için ödenen primler

Türkiye'de sağlık sisteminin finansman yapısı hem sosyal sağlık sigortacılığı (Bismarck Modeli) hem de vergilerle ödeme (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamaların da yer almasından dolayı karma özellik göstermektedir (Atasever, 2014:43).

Grafik 3.4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Finanse Edenlere Göre Sağlık Harcamaları (Milyon TL)



Kaynak: Atasever, 2014:91.

Grafik3.4’te görüldüğü üzere, 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarını finanse edenler açısından en önemli artış SGK’nın harcamalarında yaşanmıştır. 2002 yılına göre 2013 yılında SGK’nın sağlık harcamalarında %516 oranında artış olmuştur. Bu artışın en önemli sebepleri olarak; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri, ilaç ve diğer sağlık hizmetlerinde erişimin kolaylaştırılması, özel hastanelerin SGK’lılara açılması, memurların ve yeşil kartlıların sağlık harcamalarının SGK tarafından karşılanmaya başlaması sayılabilmektedir. Yine ele alınan dönem itibarıyla kamu sağlık harcamalarında %399, özel sektör sağlık harcamalarında %230 ve toplam sağlık harcamalarında ise %350 oranında artış gerçekleşmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, merkezi yönetimin genel bütçe gelirleri ile sağladığı para desteği, zorunlu sigorta primleri, vergi gelirleri ve bireylerin aldığı hizmetin karşılığı olarak doğrudan cepten ödemelerden oluşmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamında olan nüfusun bir bölümü SSK, Bağ-Kur ve özel sigorta örneğinde olduğu gibi çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığında hizmetten faydalanmakta iken, diğer bölümünün sağlık harcamaları emekliler ve aktif devlet memurları örneğinde olduğu gibi devlet tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık güvencesi kapsamında olmayanlar doğrudan cepten ödeme yapmakta iken, ödeme gücü olmayanların sağlık harcamaları ise çeşitli fon gelirlerinden yine devlet tarafından ödenmektedir. Bu fonlara bağlı olan sigortalılar tarafından tüketilen sağlık hizmetlerinin belli bir kısmını (ilaç, gözlük, dişçilik hizmetleri gibi %20 oranında) tüketici katkısı olarak ödemek zorundadır. Bu durum Türk sağlık finansman sistemini karmaşıklığını göstermektedir (Yurdadoğ, 2007:592).

2002-2013 döneminde oldukça parçalı bir yapıya sahip olan sosyal güvenlik kurumları için sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması ve prensip birliğinin sağlanması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında kurulmuştur. Bu reformla birlikte sigorta tarafından sağlanan hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, sağlık sigortası ve mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik sisteminin kurulması öngörülmüştür. Dolayısıyla nüfusun tamamına kolay, eşit, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmet sunumunu amaçlayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedefi belirlenmiştir (Atasever, 2014:105).

Reform kapsamında, 31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu kabul edilmiş, kanunun bazı hükümleri 01.07.2007 tarihinde yürürlüğe girmiş olup, nihayet 5510 sayılı kanun 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete, 2008). 5510 sayılı kanun ile sosyal sigortaların bir çok konuda ilke ve standart birliği sağlanmış ve uygulamaya geçirilmiştir. 2007 yılından itibaren Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı ödemelerinin SGK kapsamına alınmasını, 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kart ödemeleri takip etmiştir. Ancak 2012 yılı itibarıyla sadece yeşil kart sahipleri için uygulama farklıdır. Örneğin, yeşil kart sahibikişiler, sadece aile hekimliğine ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelere serbest olarak başvuru yapabilmelerine karşın, üniversite hastanelerinden bazı istisnalar haricinde yalnızca sevkli olarak hizmet alabilmektedirler. Özel hastanelerden ise ancak bazı özel durumlarda (acil durumlar, devlet hastanelerinde yoğun bakım için yer olmaması gibi) hizmet alabilmektedir (Atasever, 2014:106-107).

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu çerçevesinde, GSS'nin primli ve primsiz iki sistemi bulunmaktadır. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektörde çalışanlar, aktif olarak görev yapan devlet memurları, sözleşmeli personel ve

serbest çalışanların ücretlerinin %12.5'i (%5'i sigortalının, %7.5'i ise işverenin katkısı olarak) toplanmaktadır (Resmi Gazete, 2014). Primsiz sistemden yararlanacakların tespitine dair işlemler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılmaya başlanmıştır. Primsiz sistemden yararlananların neredeyse tamamına yakını, daha önce yeşil kart sistemi aracılığıyla sağlık hizmetinden faydalanan bireylerden oluşmaktadır (Atasever, 2014:107).

3.2.4. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin sunumu, örgütlenmesi ve finansmanındaki gelişme ve değişimleri irdelemek amacıyla Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları; Refik Saydam Dönemi, Behçet Uz dönemi, sosyalleştirme dönemi ve aktif özelleştirme dönemi olmak üzere dört ana başlıkta ele alınmıştır.

3.2.4.1. 1920-1945 Dönemi (Refik Saydam Dönemi)

Türkiye’de Sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kurulmasıyla başlamıştır. TBMM, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 Sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaletini kurarak sağlık hizmetlerinin ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmesini amaçlamıştır (Akdur, 1999:49). Yasanın kabuledilmesi ile birlikte Dr. Adnan Adıvar, TBMM tarafından Sağlık Bakanı olarak seçilmiştir. Cumhuriyetin ilanından sonra seçilen ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam (Yeginboy ve Sayın, 2008:3) sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılmasına çalışmış, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermiş, tedavi edici sağlık hizmetlerini hiçbir zaman devlet görevi olarak görmemiş ve sağlık hizmetlerini genellikle yerel yönetimlere bırakmıştır (Öztürk, 1999:38).

Refik Saydam döneminde sağlık politikaları uygulamaları ile ilgili dört ilke belirlenmiştir (Akdağ, 2008:13-14):

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
3. İnsan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,

4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler kapsamında (Akdağ, 2012:46):

- Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüş,
- Yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş ve her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş,
- Nüfusun yoğun olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış ve hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmış,
- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa, 1946’da Trabzon ve 1970’te Adana Numune Hastaneleri açılmıştır.

Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerinin geliştirilememesinin önündeki en dikkat çekici sorunlardan biri, yeterli sayıda sağlık çalışanının bulunmamasıdır. Bu nedenle, o dönemde tek olan tıp fakültesinin cazibesini artırmak için öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme masraflarını karşılamış; 1923 yılında 554 olan doktor sayısının (19.860 kişiye bir doktor), 1930’da 1.182’ye, 1940’ta 2.387’ye çıkmasına yol açmıştır. Yine elde edilen istatistiklere göre, 1923 yılındaki ebe sayısı 136 (80.880 kişiye bir ebe), 1930’daki hemşire sayısı ise 202’dir (71.520 kişiye bir ebe). Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alacak doktor dışı sağlık personelinin yeterli olmaması ve o dönemin şartlarında kadınların sahada istihdamının zorluğu nedeniyle erkek personel eğitime ağırlık verilmiş, sağlık alanında işgücü yetiştirilmiştir (Yerebakan, 2000:36).

Refik Saydam döneminin önemli başarılarından biri, sağlık ve sosyalyardımla ilgili birtakım yasa ve mevzuatın çıkartılması ile yürürlüğe konulmasıdır. Bu dönemde, Türkiye’de sağlık mevzuatı bakımından önem arz eden hattasağlık mevzuatının anayasaları sayılabilecek nitelikte 51 yasa ve 18 tüzük yürürlüğe girmiştir. Bunların arasında, Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (1927), İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1219 sayılı tıp mensuplarının görevlerini veyetkilerini tanımlayan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun(1928), kamu sağlığı hususundaki en geniş yasal

düzenlemeleri içeren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) ve Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkilerini düzenleyen SSYB Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936) yer almaktadır (Sevim, 2006:24).

3.2.4.2. 1946-1960 Dönemi (Behçet Uz Dönemi)

Refik Saydam döneminden sonra sağlık politikası olarak ilk önemli girişim, 1946-1950 yılları arasında bakanlık görevini ifa eden Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe giren "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır (Tengilimoğlu vd., 2014:132). Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt geneline yaymayı amaçlayan bu plan ile birlikte sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir (Akdur, 2008:3-4). Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre, ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve her bölgenin örgütlenmesinin kendi kendine yeterli hale getirilmesi hedeflenmiştir. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşirenin bulunması öngörülmüştür. İlaveten her 10 köy için bir ebe ve bir sağlık memurunun görev yapması belirtilmiştir. Bu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte yürütülmesi uygun görülmüştür. Bölgelerin kurulumu aşaması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması plan içerisinde yer almıştır (Akdur, 1999:51).

Bu yıllarda sağlık sektörünün en önemli unsurlarından olan nitelikli insan kaynağı yetiştirilmesine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. İnsan kaynakları alt yapısının oluşturulması amacıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulmuş, 1950 yılıyla 1960 yılları karşılaştırıldığında hekimsayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e, ebe sayısı 1.285'ten 3.219'ye yükseltilmiştir (İstanbullu, 2009:22).

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (İşçi Sigortaları Kurumu) kurulmuştur. 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, işletme, hastane kurma ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanarak bu yetkilerin sadece Sağlık Bakanlığı'nın yerine getirmesi gerektiği anlayışının dışına çıkmıştır (Yerebakan, 2000:36-37; Tengilimoğlu vd., 2014:133).

II. Dünya Savaşı'ndan sonra dünyada ortaya çıkan salgın hastalıklar (sıtma, çiçek hastalığı ve tüberküloz gibi) Türkiye'yi de etkilemiş ve Sağlık Bakanlığı bu dönemde artan bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmiştir. Bu noktada, 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır. Ayrıca 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile şehirlerde Verem Savaş Dernekleri kurulmuş; köylerde ise Sağlık Bakanlığı vereme karşı gayret göstermiştir. Şehirlerde yakalanan başarının köylerde yakalanamaması üzerine, 1960 yılında “Verem Savaş Genel Müdürlüğü” kurulmuştur (Filiz, 2010:39). Yine bu dönemde, uluslararası kuruluşlardan WHO ve UNICEF ile işbirliği yapılmasına ve söz konusu kuruluşlardan destek sağlanmasına önem verilmiştir. Özellikle ana-çocuk sağlığı ve tüberkülozla mücadele gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde bu kuruluşların büyük yardımı olmuştur (Sevim, 2006:26).

3.2.4.3. 1961-1980 Dönemi (Sosyalleşme Dönemi)

1961 yılında, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” çıkarılmış; sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamıştır. Yaygın, kademeli, devamlı, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık ocakları, sağlık evleri, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılmış; farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren kurumlar, sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir (Akdağ, 2012:49). Uygulamasına, 1963 yılında başlanan, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmiştir. 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir “Sağlık Ocağı” kurulmasının tamamlanması öngörülmüştür (Tengilimoğlu vd., 2014:134).

224 Sayılı Yasa, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım, doğuştan kazanılmış bir hak olarak gereğinin devlet tarafından ifa edilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin her manada bütünleştirilmesi ve tek elden yurdayayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır (Kılıç, 2008:45).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık yönetiminde temel gayenin halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilerek toplumun sağlık seviyesini yükseltmek olduğu belirtilmiştir. Bu maksada ulaşmak için tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir unsur olarak görülmüş; az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi

sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilatının kurulması öngörülmüştür (DPT, 1963:39).

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış fakat Bakanlar Kurulu'na sevk edilememiştir. 1969'da II. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda GSS'nin kurulması öngörülmüştür. 1971'de GSS Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş; ancak, kabul edilmemiştir (Özkara, 2006:52-53). 1974'de tekrar sunulan taslak görüşülmemiştir. 1978'de "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" çıkmıştır. Kamu çalışanı olan hekimlerin muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir (Akdağ, 2008:17-18).

1980'ler dünyada neoliberal düşünce ve politikaların yükselişe geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına karşın, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da giderek uzaklaşmıştır. Bu gidişatın, Türkiye'de yankı uyandırması uzun zaman almamış ve yönetime bu görüşlere sahip iktidarlar gelmiştir. İktidara gelen hükümetlerin benimsediği neoliberal politikalar ile 224 sayılı yasanın sahip olduğu sağlık politikası çelişmiştir. Bu durumun bir neticesi olarak, sosyalleştirme programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmemesinin yanı sıra sağlık alanı iki ayrı politikanın çekişme/çatışma alanı haline getirilmiştir (Akdur, 2008:5).

Sağlık hizmetlerine devlet tarafından yeterli kaynak ayrılmamış ve verimli kullanılmamıştır. Yönetimde kabiliyet ve kariyer gözetilmez olmuş; çağdaş bir sağlık idaresi kurulamamıştır. Hizmetler, birbiri ile koordinasyonu olmayan onun da ötesinde birbirinden habersiz kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Sektöre egemen olan bu karmaşa sebebiyle sağlık hizmetleri, hem hizmet alanların hem de hizmet verenlerin memnun olmadığı bir alana dönüşmüştür (Akdur, 1999:56).

3.2.4.4.1981-2002 Dönemi (Aktif Özelleştirme Dönemi)

1982 Anayasası, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmaları ile birlikte, bu hakkın gerçekleşmesinin kamunun sorumluluğunda olduğuna dönük maddeler içermektedir. Anayasa'nın 60. maddesinde "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve

teşkilatı kurar” denilmektedir. Ayrıca Anayasa’nın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü getirilmiştir. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm de yer almıştır (Akdağ, 2012:49).

1982 Anayasası ile Cumhuriyet tarihinde ilk kez sağlık alanında özel sektörden bahsedilmiştir. 1983 hükümet programında da sağlık alanındaki en önemli hedef olarak özel sektör kuruluşlarının özendirilmesi ve rekabetin sağlanması gösterilmiştir (Tengilimoğlu vd., 2014:136).

1987 yılında sağlıkta finans yönetiminin artmasıyla Genel Sağlık Sigortası tekrar gündeme gelmiş; ancak konu ile ilgili yasal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir (Akdağ, 2012:50). Aynı yıl 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” yayınlanmıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, piyasaya açılması ve devletin bu alanlardaki sorumluluğuna son verilmesi ile sağlık personeli üzerinde piyasa mantalitesinin oluşturulmasının meşru bir durum olarak bakan bu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış ve devletin, her iki sağlık kuruluşuna da aynı mesafede yaklaşması egemen kılınmıştır (Soyer, 2003: 307). Ayrıca Milli Savunma Bakanlığı tarafından yürütülenler hariç olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı’na planlanması ve denetlenmesine imkan verilmiştir (Filiz, 2010:43).

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve DPT tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması”, bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur (Akdağ, 2012:50). 1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongrelerinin yapılması ile sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı Kanun’la sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan düşük gelirli bireyler için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır (Akdağ, 2008:18).

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 1990 sonrası sağlık reform çalışmalarının birçoğunu hastane reformu oluşturmuştur. Ancak sağlık reformlarının diğer alanlarında olduğu gibi hastane hizmetleri ve yönetimi konularında da beklenen sonuçları vermemiştir (Tengilimoğlu vd., 2014:137).

Türkiye’de 1980’den sonraki yılların esas özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen neoliberal politikaya cazip hale getirme gayret ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu maksatla, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu tartışmaya açılmış; hükümetler tarafından özünde birbirinden farklı olmayan çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliği” modeline geçilmesi; devlet hastanelerinin önce özerk bir yapı haline getirilmesi ve zamanla özelleştirilmesidir (Akdur, 2008:5).

1920’lerden itibaren çeşitli sağlık politikaları uygulansa da istenilen sonuçlar elde edilememiştir. Bu nedenle 2003 yılında açıklanan sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olarak sunulması ve finanse edilmesine yönelik “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanmaya başlamıştır.

3.2.5. Sağlık Sisteminde Reform: Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’nin 2003’te duyurduğu SDP’nin çıkış noktası, Dünya Bankası’nın Türk uzmanlarla birlikte hazırladığı “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu” başlıklı rapora dayanmaktadır (Başol ve Işık, 2015:8).

Reform paketi genel olarak sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılması, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, kamu sektörü haricinde kalan kurumların ve aktörlerin katılımının teşvik edilmesi, piyasa mekanizmasının daha fazla kullanılmaya başlanması ve yerinden yönetime dayalı bir sistemin oluşturulması politikalarını içermektedir (Ağartan, 2013:47).

SDP, “bütün vatandaşların, eşit haklara sahip bireyler olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini amaç edinen ahlaki bir anlayış üzerine inşa edilmiştir” (Köktaş, 2014:102). SDP’nin amaçları, sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir yapıya ulaştırarak eşitlik içerisinde düzenlemek, finanse etmek ve sunumunu gerçekleştirmektir (Bulut, 2013:119). Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde örgütlenmesini, finansmanının sağlanmasını ve sunulmasını amaçlamaktadır (Aktel vd., 2013:40).

SDP kapsamında uygulanacak politikalar neticesinde halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi (etkinlik) amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve doğuştan yaşam süresinin uzatılması gibi sağlanacak ilerlemelerle mümkün olacaktır. Sağlık hizmetleri sunumundaki en büyük hedef, hastaları tedavi etmek yerine vatandaşların hastalanmalarının önüne geçilmesidir. Kaynakları uygun bir biçimde kullanarak maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha çok hizmet üretilmesi (verimlilik); bireylerin sağlık hizmetlerine gereksinimleri ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları (hakkaniyet) gerekmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014:138; Sağlık Bakanlığı, 2004a:50).

SDP'nin temelinde kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan seviyelere ulaşması, mevcut sağlık sisteminin kurumsal yapı, işleyişi personel yapısı ve dağılımı ile kaynak, sağlık personeli ve araç-gereç yetersizliğinin olması, sağlık hizmetlerinin aşırı merkezîyetçi ve yetersiz yönetimi, sağlık hizmetlerinin farklı finansman kaynaklarından sağlanmasının önemli adaletsizliklere neden olması, parçalanmış sağlık sisteminin, mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanımının önüne geçmesi gerekmektedir (Görmüş, 2013:171-172).

SDP ile gerçekleştirilen en önemli proje, tüm farklı sigorta kurumlarını tek çatı altında toplamak ve böylelikle eski sistemin vatandaşlar arasında hizmete ulaşım ve nitelik bakımından oluşturduğu eşitsizlikleri yok etmektir. Devlet, reform ile birlikte primlerini ödeyen ya da fakir olduğu için primleri devlet açısından ödenen bireylerin aynı sevk sistemine bağlı olmalarını, aynı hastanelerde tedavi haklarını ve aynı ayrıcalıklardan faydalanmalarını garanti altına almıştır (Üstündağ ve Yoltar, 2013:81). Sağlık finansmanının tek elde toplanması ile birlikte, özel sektördahil olmak üzere, sağlık hizmeti sunucularının SGK'dan hizmet almaları modeli oluşturulmuştur. Birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine bireysel başvuru yapana hizmet verme anlayışının hakim olduğu Aile Hekimliği uygulaması başlamıştır. Kamu hastanelerinin yarı otonom hale getirilerek piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi süreci başlatılmış, kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur (Çiçeklioğlu, 2011:67-68).

SDP'nin ilkeleri şu şekilde belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003:25):

- **İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten yararlanacak kişiyi, kişinintalep, ihtiyaç ve beklentilerini gözetmeyi ifade

etmektedir. Sađlđın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey, ‐aile sağlığı‐ olgusukapsamında ele alınmaktadır.

- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin Türkiyeşartları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir süreklilik arz etmesi ilkesini belirtmektedir.

- **Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlara sunulan hizmetlerde ve elde edilen neticelerde ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin yanlışlarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.

- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması esnasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin dikkate alınması; yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak alanların oluşturulmasıdır.

- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları dikkate alarak ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerinestandardlar, metotve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

- **Gönüllülük:** Hizmette,talep ya daarz eden birey veya kurum ayırımı yapmaksızın, sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama metodudur. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zorunlu olarak değil, özendirici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin planlamasını yapan, finansmanını sağlayayan, denetimi üstlenen ve hizmeti sunan güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak;daha kaliteli ve daha verimli hizmet sunumu sağlanacaktır.

- **Desantralizasyon:** Kurumlar merkezi idarenin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen ortamlara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler, hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanma olanağına sahip olacaktır.

- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmetlerinin tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının rekabet etmesinin sağlanması

ilkesidir. Böylece sürekli maliyet azalması ve kalite gelişimine yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

SDP'nin genel çerçevesini ve sağlık sisteminin neoliberal dönüşümünün temel dayanaklarını oluşturan düzenlemelerin başlıcaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için etkin sevk sistemi dahilinde işleyen aile hekimliği modeline geçilmesi, desantralizasyon çatısı altında kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak birer işletme haline dönüştürülmeleri, sağlık sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılarak, prim temelli Genel Sağlık Sigortası uygulamasıdır (Elbek ve Adaş, 2009:35). SDP'nin en çok eleştirilen yönü, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması; özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan önemin verilmesi; sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarını sokmasıdır (Yenimahalleli Yaşar, 2007:101).

Çalışmanın bu kısmında, SDP'nin temel bileşenlerinden aile hekimliği modeli, genel sağlık sigortasına geçiş, Sağlık Bakanlığı kurumsal yapısının yeniden yapılandırılması ile idari ve mali açıdan özerkliğe sahip sağlık kurumları irdelenmiştir.

3.2.5.1. Aile Hekimliği Uygulaması

Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi tercih edeceği hekimler tarafından yürütülmesi düşünülmektedir. Bu sayede, hekim ve aile üyeleri daha yakın ilişkiler kurmakta ve sağlık eğitimi, hastalıkların önüne geçilmesi ve tedavi edilmesinde doktor önemli rol oynamaktadır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimleri tarafından alınması; kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli gelişmelere imkan vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007:276).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarındaki malzeme ve personel noksanlığı ile dağılımdaki yetersizlik sebebiyle verimli çalışmamış; sağlık ocakları ücretlendirilmiş, sevk zinciri işletilememiş, sağlık ocaklarının ülke geneline yayılması geciktirilmiştir (Öztek, 2006:1). Bu nedenlerle, sağlık alanında bir reform uygulamasının gerekliliği anlaşılmış ve SDP'ye uygun bir aile hekimliği modeli benimsenmiştir.

SDP kapsamında 24.11.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile birlikte aile hekimliği uygulaması 15.09.2005 tarihinde pilot uygulama olarak Düzce'de başlamış (TTB, 2013:29) ve 2010 yılı sonunda tüm yurttan

aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Görmüş, 2013:177). Aile hekimi, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini cinsiyet, yaşve hastalık ayırımı yapmaksızın her bireye kapsamlı ve sürekli olarak belli bir mekanda vermekle yükümlüdür (Sağlık Bakanlığı, 2004b). Temel tıp eğitimi alındıktan sonra birinci basamak hekimi olabilmek için ek bir eğitim gerekmektedir. Bu eğitimin süresi ve şekli ülkeden ülkeye değişmekle birlikte Türkiye’de en az 3 yıl sürmektedir (Oğuz, 2009:10). Aile hekimliği çerçevesinde yapılan tüm tetkik ve tedaviler ile koruyucu sağlık hizmetlerinden herkes ücretsiz olarak faydalanmakta ve katkı payı da alınmamaktadır (Köktaş, 2014:103). Acil durumlar dışında aile hekimi sevk etmeden hastaneye gidenler, katkı payı ödemek zorunda kalmaktadır. Zorunlu olmadığı müddetçe üç aydan önce hekim değişikliği yapılamamakta, fakat yeni bir bölgeye taşınanlar istedikleri hekime kayıt olabilmektedir. Hekimler hastalara yaptırdıkları testlerin ücretini ancak belgeleyerek teslim alabilmektedir. Sevk oranı arttıa ve hamile takibi gibi uygulamaların oranı azaldıkça hekimlerin ödemelerinden kesinti yapılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014:165). Bu kesinti oranı aile hekimlerinin brüt ücretin %20’sine kadar çıkabilmektedir (Görmüş, 2013:180).

Sağlık Bakanlığı kadrosunda görev yapan hekim ve aile sağlığı elemanları (kadroları korunmak üzere) sözleşmeli çalışmak üzere aile hekimliği merkezlerinde çalışabilmektedir. Aile hekimleri tam gün çalışma esasına göre haftada 40 saat mesai yapmakla yükümlüdür. Aile hekimleri yılda 30 gün izin kullanabilmekte ancak görevini devredeceği bir hekim bulması gerekmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014:165). Aile hekimlerinin ücretleri, sorumlu oldukları başka bir deyişle kendilerine kayıtlı olan nüfus sayısına orantılı olarak belirlenmekte ve sigorta fonu tarafından ödenmektedir (Keyder, 2013:25). Bir aile hekimine en az 1000, en çok ise 4000 kişi kayıt olabilmektedir (Öztek, 2006:2). Aile hekimliği yasasına göre 2000’den az sayıda kayıtlı hastası bulunan hekimlerin lisansı sona ermektedir. Ayıca fazladan hastası olanlara da kişi başına hesaplanan ek ücretler verilmektedir. Bakılan hasta sayısının aile hekimlerinin gelirlerine doğrudan katkısı söz konusudur (Üstündağ ve Yoltar, 2013:87).

Aile hekimliği modelinde, kişilerin hekim seçme özgürlükleri, hekimlerin de hasta seçme özgürlükleri vardır. Yani, bir hekim listesine girmek isteyen bir kişiyi kabul etmeme hakkına sahip olmalıdır. Ancak, ülkemizde bu durum farklıdır. Hekimini değiştirmek isteyen kişi bölgesindeki sağlık grup başkanlığı ya da il sağlık

müdürlüğüne başvurmaktadır. Bu makam, kişinin hekimini tayin etmektedir (Öztek, 2009:9).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlaması, hekim ve hasta seçme özgürlüğü olguları kullanılarak serbest piyasanın temel unsurlarına (rekabet, müşteri memnuniyeti, kişi başına ödeme, performansa göre ödeme) göre özel doktor muayenehanesi esasında yeniden yapılandırılmıştır. Bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği sisteminde, hekimler “kamu görevlisi” olmak yerine ücretini piyasa şartlarında elde eden bir “girişimci”ye dönüştürülürken, aile sağlığı elemanı da kamu görevlisi unvanından aile hekimiyile birlikte bireysel iş akdi temelinde istihdam edilen ve kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri büyük oranda kaybetmiş bir çalışan statüsüne sokulmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014:16). Aile hekimliği sisteminde görev yapan personelin devlet memurluğu statüsünü kaybetmesinin en önemli sonucu iş güvencesinin tehlikeye girmesi ve gelecek belirsizliğidir (Ergun ve Dericioğulları Ergun, 2010:48; Görmüş, 2013:181).

Bireyler, ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadır. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramamakta ve ikinci basamağa sevk oranı %10 civarındadır. Ücret, kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemelerde yapılabilen; (Oğuz, 2009:12) hizmet sunucularının kaynakları heba etmesine ya da gereksiz yere maliyetleri artırmasına yönelik herhangi bir unsur içerisindedir barındırmamaktadır (Çelik, 2013:220). Ancak bu sistem kendine kayıtlı kişi sayısını artırma, buna karşın sorunlu hastaları kabul etmeme, kayıtlı kişilere verdiği hizmeti en aza indirme eğilimi yöntemin en önemli dezavantajlarıdır (Kılıç, 2007:13; Görmüş, 2013:184). Söz konusu yöntemde hastalarını kaybetmemek amacıyla sürekli çalışmak zorunda kalabilecek; hastasının ilaç, rapor gibi her türlü talebini yerine getirmesi gerekebilecektir (Sallan Gül ve Dericioğulları Ergun, 2010:331). Bu bakımdan kişi başına ödeme yöntemi, hem sağlık personeli arasındaki rekabeti ileri sürerek çalışma huzurunu bozmakta hem de kayıtlı kişi sayısı ile ücretlendirme arasında ilişki kurarak sağlık hizmetlerinde etik tartışmalara neden olmaktadır (Görmüş, 2013:185).

3.2.5.2. Genel Sağlık Sigortasına Geçiş

Türkiye’de SDP çerçevesinde yapılan düzenlemelerden biri, nüfusun tamamına sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası”nın (GSS) kabul edilmesidir (Ulutürk ve Dane, 2009:135). Hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık finansmanı alanında köklü değişiklikleri beraberinde getiren yasa, mevcut olan sosyal güvenlik rejimlerini (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) aynı çatı altında birleştirmiş, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını birbirinde ayırmış, ilk defa zorunlu devlet katkısını getirmiş ve tüm nüfusu zorunlu sosyal sigorta kapsamına alan (dolayısıyla sağlık yardımları ve hizmetlerini içeren primsiz rejim uygulamalarını da yeniden düzenleyip yasa kapsamına alan) GSS sistemini uygulamaya koymuştur. Sistemin idari yapılanmasını ise, üç sosyal güvenlik kurumunu bünyesine alıp tek çatı altında toplayan 16.05.2006 tarih ve 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile kurulmuştur (Çelik, 2013:206). 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren zorunlu GSS’nin temeli; sağlık hizmetleri ile finansmanının birbirinden ayrılması, teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetlerini içermesi, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için bütün bireylere prim ödeme şartı getirmesi, sağlık hizmetlerinin sözleşmeli ve kamuya ait sunucularından satın alınması, sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç giderleri için katkı payı ödemesi ve sağlık hizmetlerinden faydalanma esnasında sevk sistemine uyulmasına dayanmaktadır (Görmüş, 2013:187-188).

Reform öncesi SSK, sağlık giderlerini azaltmak amacıyla kendi hastanelerini, ilaç fabrikalarını ve eczanelerini kurmuştur. Sağlık sigortası, sağlık hizmeti ile ilaç üretim ve dağıtımının entegre ettiği bu sistemin, giderlerin düşürülmesini sağladığı varsayılmıştır. Ancak özel sağlık kurumlarını destekleyen yeni sisteme geçiş ile sağlık harcamalarında ciddi artışlar gerçekleşmiştir (Erol ve Özdemir, 2014:13).

GSS, sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama temeline dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilmektedir. GSS’nin öncelikle bir hizmet sunum modeli değil, bir finansman modeli olduğunun bilinmesi önem ihtiva etmektedir. Bu finansman modeli ile nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır (Dağ, 2013:165). Zorunlu genel sağlık sigortasına tabi olmakla birlikte prim ödemek beraberinde gelmektedir (Erdoğan, 2006:230). GSS’nin temel ilkesi, herkesten gücüne göre prim alıp herkesin ihtiyacına

göre hizmet sunmak olduğundan, aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan her birey, her ay prim ödemek zorundadır. Asgari ücretin üçte birinden daha az (01.07.2015-31.12.2015 tarihleri arası 424,50 TL'den az olanlar) gelire sahip olduğunu kanıtlayan bireylerin primleri devlet tarafından ödenmekte ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanması sağlanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014:13).

3.2.5.2.1. GSS'den sağlanacak sağlık hizmetleri

GSS mensubunun ve bakmakla mükellef olduğu bireylerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını tekrar kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbbi olarak gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır (Resmi Gazete, 2006, md.63):

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta ya da yatarak; doktor tarafından yapılacak muayene, doktorun göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhistemelli yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, doku, organ ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların doktorların kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,

c) Analık nedeniyle ayakta ya da yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, doktorun göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhistemelli yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, rahim tahliyesi, hasta takibi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların doktorların kararı üzerine yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta ya da yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı

yöntemleri, konulan teşhis temelli yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekimi, hasta takibi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve fakat yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularından oluşturulan sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularından oluşturulan sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere, yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularından oluşturulansağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri,

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili tanı ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, aşı, kemik iliği, ilaç, protez, ortez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz veiyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

5510 sayılı Kanununun 64. maddesinde; Sağlık Bakanlığı tarafından izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile tıbben kabul edilmeyen sağlık hizmetleri, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, yabancı ülke vatandaşlarının sigortalı ya da bakmakla yükümlü oldukları kişi sayıldığı tarihten önce, mevcut olan kronik hatalıkları ve SGK tarafından

finansmanı karşılanacak sağlık hizmetlerinin çerçevesi dışında kalan, kurum tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri olarak sayılmaktadır (Görmüş, 2013:191).

3.2.5.2.2. GSS'den yararlanabilme koşulları

5510 sayılı Kanunun 67. Maddesinde sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan faydalanabilmesi için (Resmi Gazete, 2006, md.67):

a) Hizmet akdi ile çalışanlar, köy ve mahalle muhtarları, kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar, kamu görevlileri ile sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir ve aylık alan kişiler hariç, sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmetleri sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması,

b) 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanununun 48. Maddesine göre tecil ve taksitlendirilerek tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç, köy ve mahalle muhtarları, kendi hesabına bağımsız çalışanlar ve başka bir ülkede sağlık sigortasından faydalanma hakkı bulunmayan vatandaşlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıda sayılan bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunması,

c) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler ile oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı çerçevesinde sigortalı olmayan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

d) Üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin, (c) bendinde sayılan şartlarla birlikte, bir öğretim dönemine ilişkin GSS primlerinin tamamını öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde ödemeleri,

şartlarını sağlamaları gerekmektedir.

“18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ve meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile analık durumunda sağlanan

sağlık hizmetleri, afet ve savaş ile grev ve lokavt hali” durumlarında yukarıda belirtilen prim ödeme gün sayısı ile prim borcu bulunmama şartlarını taşıması gerekli görülmemiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2007:106-107).

3.2.5.2.3. Katılım payı

Sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları bireylerin GSS tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için prim ödemesi zorunluluk olmasına rağmen yeterli değildir. 5510 sayılı Kanununun 68. maddesinde, sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı azaltma ve katılım payı alınan sağlık hizmetlerinin hayati öneme sahip olmaması gibi sebeplerle, ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden; vücut dışı protez ve ortezlerden; ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan ve SGK tarafından belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden faydalanmak için katılım payı ödemesi koşulu getirilmiştir (Resmi Gazete, 2006, md.68; Görmüş, 2013:193-194).

25.03.2010 tarihli ve 27532 sayılı Sağlık Uygulama Tebliği uyarınca aile hekimliği muayenahanelerinden (birinci basamak) 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları muayenahanelerinden 8 TL, özel sağlık kuruluşları muayenahanelerinden 15 TL katılım payı alınacağı belirtilmiştir. Aile hekimliği uygulamasından alınacak olan katılım payından, 13.05.2010 tarihi itibarıyla vazgeçilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki muayenelerle ilgili olarak 2 TL tutarındaki katılım payı, bireylerin muayene sonrası yazılan ilaçların temini için reçete ile müracaat aşamasında eczanede tahsil edileceği ve muayene sonrasında bireylerin muayeneye ilişkin reçete ile eczaneye gitmemesi halinde katılım payı uygulanmayacağı bildirilmiştir. Sağlık hizmet sunucularında yapılan muayene sonrasında bireylerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 TL indirim yapılmaktadır. (Köktaş, 2014:114).

Sağlık sigortası ile bireyler, sağlıklı oldukları müddette verdikleri prim ve katkılarla, hastalandıklarında veya kaza geçirdiklerinde kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır (Orhaner, 2006:8). GSS'nin sağladığı sağlık hizmetlerinden faydalanmak için, prim ödemenin haricinde, istisnai haller ve bireyler dışında katılım payı da ödenmesi lüzum gelmektedir. Sigortalıların

ve bakmakla yükümlü olduğu bireylerin ödeyeceği katılım payı tutarları, SGK tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde (22.06.2012) belirlenmiştir. Buna göre, birinci basamak sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmazken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinden 5 TL, özel sağlık kurumlarında 12 TL, SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları bireyler için gelir ve aylıklarından, diğer bireyler için hastaların reçeteli ilaç temini için eczanelere başvurmaları aşamasında eczaneler tarafından tahsil edilmektedir (Görmüş, 2013:140). SGK tarafından bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca her bir reçete için 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) alınan ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır (Resmi Gazete, 2013).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla mükellef olduğu kişilerin protez, ortez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin fazla %75'i oranındadır. Yardımcı üreme yöntemi tedavisinde kullanılan ilaçlar için katılım payı, SGK'dan gelir ve aylık alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla mükellef olduğu kişiler için %10, kapsamdaki diğer genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için %20 olarak uygulanmaktadır. Yardımcı üreme yöntemleri için alınacak katılım payı, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen işlem ücretleri üzerinden ilk denemede %30, ikinci denemede %25 oranında alınmaktadır. Yine Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'nin 36. maddesinin son fıkrasına göre, yardımcı üreme yöntemleri işlem ücretleri için ödenecek katılım payında üst sınır bulunmamaktadır. Yani; protez, ortez, iyileştirme araç ve gereçlerinde söz konusu olan, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin %75'ini geçmeme şeklindeki sınır tedavülden kalkmaktadır. Özetle, hesaplanan katkı payı, asgari ücretin %75'ini aşabilecektir ve sigortalı bunu ödemek zorundadır (Ekin, 2012:160).

3.2.5.2.4. Sevk zinciri

5510 sayılı Kanununun 70. Maddesinde kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılmaktadır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; ön tanı, tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate

alınmak şartıyla tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak SGK tarafından belirlenmektedir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer almaktadır. SGK tarafından sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla mükellef olduğu bireyler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır (Pekten, 2006:128-129).

İş kazası ile meslek hastalığı, savaş hali ve afet ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin 72. maddesi gereği belirlenen tutarının %70'i SGK tarafından ödenmektedir. Aradaki fark ise, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından karşılanmaktadır (Resmi Gazete, 2006: md.70).

3.2.5.2.5. GSS primleri ve devlet katkısı

Emeklilerden sağlık hizmetleri için prim alınmamakta ve aylıklarından kesinti yapılmamaktadır. Tüm yoksulların primlerini ise devlet, sosyalyardımlara ayrılan kaynaklardan karşılamaktadır. Düzenlemeye göre Yeşil Kartlılar, ilk 2 yıl boyunca başka bir işleme gerek kalmaksızın GSS kapsamında sayılmakta; sonrasında SGK'nın belirlediği ölçütlere göre, primleri devlet tarafından ödenecek kişiler tespit edilmektedir. Yeşil Kart kapsamında olan fakat SGK kriterlerine göre, GSS'de katkısız sağlık sigortasına hak kazanamayan kesim için indirimli bir prim oranı uygulanmaktadır (Sülkü, 2011:30).

Kayıt dışı istihdamın ve kayıt dışı ekonominin ciddi boyutlarda olduğu ve bordro ile çalışanlar dışında neredeyse hiç kimsenin gelirin tam olarak bilinmediği bir ülkede, GSS primlerinin nasıl hesaplanacağı önemli bir problem olarak ortaya çıkmaktadır (Pala, 2007:22). SGK'nın ay içinde malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortasından elde ettiği toplam primin dörtte biri oranında, devlet katkısı öngörülmektedir. GSS'ye devlet katkısının ilave edilmesi, önemli bir gelişme olmasına rağmen, yetersiz bir düzenlemedir. Aslında devletin işsizlik sigortasında olduğu gibi, üçüncü taraf olarak finansmana katılması ve sigortalıların prim yükünü hafifletmesinin, GSS kapsamının genişletilmesine olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmektedir (Görmüş, 2013:197).

3.2.5.2.6. Sağlık hizmetlerinin finansmanı

SDP'nin uygulamaya konması ile hedeflenen; sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanması ilkesi kapsamında tüm nüfusun sağlık güvencesi altında yaşamlarını idame ettirmesidir.

Yıllar	Cari Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı (%)	Yatırım Harcamalarının Milli Gelire Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı (%)
2002	5.2	0.1	5.3
2003	5.2	0.1	5.3
2004	5.1	0.3	5.4
2005	5.1	0.3	5.4
2006	5.4	0.4	5.8
2007	5.5	0.5	6.0
2008	5.5	0.6	6.1
2009	5.8	0.3	6.1
2010	5.3	0.3	5.6
2011	5.0	0.2	5.3
2012	5.0	0.3	5.3
2013	5.1	0.3	5.4

Kaynak: Atasever, 2014:174-196-212.

Tablo3.6'da 2002-2013 dönemine ait cari, yatırım ve toplam sağlık harcamalarının milli gelirden aldığı paylar verilmektedir. SDP ile birlikte sağlık harcamalarındaki artış göze çarpmaktadır. Öyle ki, toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı 2004 ve 2005 yıllarında %5.4, 2006 yılında %5.8, 2007 yılında %6 ve 2008 ve 2009 yıllarında %6.1 olarak gerçekleşmektedir. 2010 yılında sağlık harcamalarında bir düşüş gözlemlenmekte; buna neden olarak uygulanan katılım payı uygulaması verilebilmektedir. 2011 yılından sonra sağlık sektörüne ayrılan kaynak SDP öncesine döndüğü görülmektedir.

Tablo 3.7: Sağlık Harcamalarının Kamu, Özel ve Cepten Yapılan Harcamalara Dağılımı (%)			
Yıllar	Kamu	Özel	Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Özel Harcamalar İçindeki Oranı (%)
2002	70.7	29.3	19.8
2003	71.9	28.1	18.5
2004	71.2	28.8	19.2
2005	67.8	32.2	22.8
2006	68.3	31.7	22.0
2007	67.8	32.2	21.8
2008	73.0	27.0	17.4
2009	81.0	19.0	16.1
2010	78.6	21.4	16.3
2011	79.6	20.4	15.4
2012	79.2	20.8	15.8
2013	78.5	21.5	16.8

Kaynak: Atasever, 2014:90.

Tablo3.7’de sağlık harcamalarının kamu ve özel dağılımına ilişkin veriler gösterilmektedir. 2002 yılında toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamunun payı %70.7 iken özel kesimin payı ise %29.3’tür. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının oranı 2004 yılına kadar artış göstermiş; 2005’ten itibaren azalışa geçmiştir; 2008’den itibaren artış göstermiştir. Başka bir ifadeyle, SDP’nin uygulanmaya başlaması ile birlikte kamunun sağlık harcamalarından aldığı pay artarken özelin payı azalmıştır. Toplamı oluşturan bireyler tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının özel sağlık harcamaları içindeki payına bakıldığında 2002 yılında %19.8 iken 2005-2007 döneminde artış gösterse de 2008 yılından itibaren azalışa geçerek 2013 yılında %16.8’e düşmüştür.

Tablo 3.8: Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Değişimi						
Yıllar	Kamu	Özel	Nominal	Reel (2013)	USD	SGP (\$)
2002	201	83	284	792	189	466
2003	261	102	363	808	243	472
2004	316	128	444	909	312	548
2005	351	166	517	978	385	622
2006	435	201	636	1098	444	751
2007	492	233	726	1152	557	839
2008	593	219	813	1168	629	913
2009	651	153	804	1088	520	885
2010	663	180	843	1051	562	897
2011	735	189	924	1082	553	937
2012	782	205	987	1061	551	937
2013	871	239	1110	1110	584	1010

Kaynak: Atasever, 2014:83-84.

Türkiye’de 2002-2013 dönemi itibariyle kişi başına yapılan sağlık harcamalarının gelişimi Tablo3.8’de gösterilmektedir. Kamu ve özel kişi başına sağlık harcamaları, nominal ve reel olarak gösterilmekte; ayrıca cari kur üzerinden ve satın alma gücü paritesi dikkate alınarak hesaplanan ABD doları cinsinden verilmektedir. Kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, ele alınan dönem itibariyle 2009 yılı dışında düşen bir artış trendi izlemektedir. 2013 yılı fiyatlarıyla hesaplanan kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında, 2008 yılına kadar artış trendi görülmüş, 2009 yılından itibaren düşüşe geçmiştir. Bu düşüşün nedeni olarak özel kesim harcamalarındaki azalışın ve 2008 yılında herkesin GSS kapsamına alınmasının olduğu belirtilmektedir.

3.2.5.3. Sağlık Bakanlığı Kurumsal Yapısının Yeniden Yapılandırılması

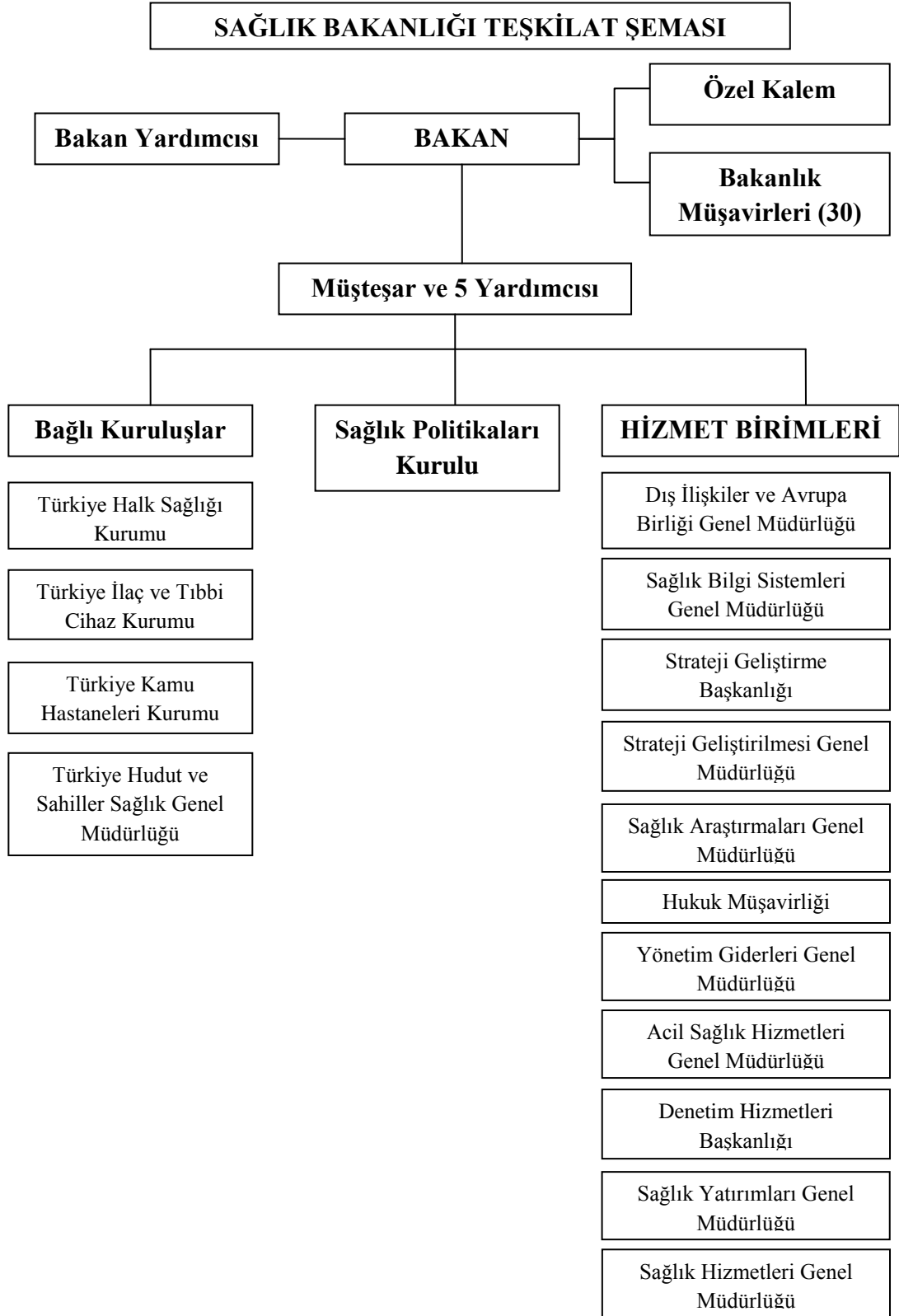
Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı’na (SB) politikalar geliştiren, standartlar getiren, izleyen ve denetleyen bir konumda, Türkiye’nin sağlığa ayırdığı kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlayacak, bu yolda yönlendirmeler yapacak bir vizyon sunmaktadır. Bu düşüncenin bir ürünü olmak üzere, SB’na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri ekseninde yapılandırılmasını önermekte ve bakanlığın planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağını belirtmektedir. Böylece, anayasada tanımladığı şekli ile, devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini daha etkili olarak ifa etmektedir. Programın bu bileşeni, modern kamu yönetimi mantalitesinin bir yansıması olarak etkili ve katılımcı yönetimi gerçekleştirmeyi hedeflemektedir (Akdağ, 2008:105).

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 02.11.2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir. KHK’nin 1. maddesinde KHK’nin amacının, SB ve bağlı kuruluşların teşkilat, yetki, görev ve sorumluluklarını düzenlemektir. Bu amaçla Bakanlık, strateji ve hedefleri belirlemekte, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapmakta; uluslar arası ve sektörler arası işbirliğini sağlamakta; rehberlik, değerlendirme, izleme, teşvik, yönlendirme denetleme yapmakta; acil durum ve afet durumlarında sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme vb görevlerini yerine getirmektedir (Resmi Gazete, 2011, md.2).

Şekil3.2’de 663 sayılı KHK ile yeniden yapılandırılan SB’nın teşkilat yapısı görülmektedir. Bakan, müsteşar ve yardımcıları, Sağlık Politikaları Kurulu, 12 hizmet birimi ve 4 bağlı kuruluştan oluşmakta; Bakan tarafından sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere iki yıllığına görevlendirilen 11 üye ile müsteşar ve yardımcılardan oluşmaktadır (Resmi Gazete, 2011, md.6). SB’nın taşra teşkilatı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşmakta ve il sağlık müdürleri SB’nın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir. İl sağlık müdürlüğü, bağlı kuruluşların il teşkilatının koordinasyonunu yapmakta ve uyumlu çalışmasını gözetmekte; sağlık hizmetleri yönünden ilin durumunu belirlenen aralıklarla SB’na rapor etmektedir (Resmi Gazete, 2011, md.25).

SB’ye bağlı kuruluşlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle; Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle; Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbi cihazlar, vücut dışı tıbbi tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbi ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere ağız ve diş sağlığı merkezlerinin, hastanelerin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, izlenmesi, faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, tedavi, teşhis ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevlendirilmiştir (Resmi Gazete, 2011, md.26:29).

Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Yeni Teşkilat Şeması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2012:6.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun önceki yapıdan Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Verem

Savaş Daire Başkanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı ve Kanser Savaş Daire Başkanlığı birimlerini devralmıştır. Birimlere bağlı taşra teşkilatı ise il düzeyinde kurulan ve Kurumun taşra teşkilatı olan İl Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012:133; Görmüş, 2013:202).

3.2.5.4. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık Kurumları

Türkiye’de sağlık işletmesi modeline ilk adım olarak 1987 tarihli “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile atılmış; ancak Anayasa Mahkemesi’nin iptal kararı nedeniyle geçiş süreci gerçekleştirilememiştir (Erol ve Özdemir, 2014:16-17). Ardından 1993 yılında yayınlanan ulusal sağlık politikası raporunda 2000 yılına kadar uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sistemi kurulması hedeflenmiştir. Bu kapsamda SB’na ait hastanelerin desantralizasyonu, hastanelerin kendi kaynakları hakkında karar veren ve bu kaynakları kullanan işletmeler haline getirilmesi, hastane çalışanlarının katkıları oranında ücretlendirilmesi ve hastanelerin özerkleştirilerek verimlilik esasına dayalı kurumlar olarak çalışması stratejisi belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1993:51-52).

Dünya Bankası’nın 2003 yılında hazırlamış olduğu Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Türkiye Sağlık Sektörü Reformu Raporu’nda kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesi gerektiği savunulmaktadır. SB’na ve SSK’ya bağlı tüm hastanelerin kendi yapılarından ayrılarak, yarı yasal bir organizasyon altında birleştirilmesi ve her iki hastane organizasyonuna da idari ve mali özerklik verilmesi önerilmektedir (World Bank, 2003:65). Bu bağlamda ilk olarak 2003 yılında, önceleri merkezi yönetim tarafından verilen kamu hizmetlerinin önemli bir kısmının yerel yönetimlere devredilmesini amaçlayan ve eğitim araştırma hastaneleri haricindeki bütün hastanelerinin ve diğer kamu sağlık kuruluşlarının il özel idarelerine bağlanmasını ileri süren Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (KYTK) hazırlanmıştır. Söz konusu kanun 15.07.2004 tarihinde TBMM’de kabul edilmesine karşın, Cumhurbaşkanı tarafından tekrar görüşülmek üzere TBMM’ye gönderilmiş; ancak bir daha görüşülmemiştir. KYTK’nın yasalasmamasının ardından DB’nın hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi önerisini uygulamaya geçirmek için 2005 yılında 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin

Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler dışındaki SSK, bazı bakanlıklar ve belediyeler, Devlet Demiryolları ve PTT hastanelerinin tamamının SB'na bağlanması tercih edilmiştir (Görmüş, 2013:203).

5283 sayılı kanunla hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşmasının önü açılmıştır. Pilot hastane özerkliği kanunu (Kamu Hastaneleri Birliği'nin Pilot Uygulaması Konulu Kanun Taslağı) 2007 yılında hazırlanmış ve görüşülmek üzere TBMM'ye sunulmuştur. Kanunda, kamu teşebbüsü modeline dayanan hastane yönetimi ilkeleri açıklanmaktadır. Örneğin, pilot projeye katılan hastaneler, kurullar tarafından yönetilecek; fakat Sağlık Bakanlığı'na bağlı kalmaya devam edecektir. Kanun, bölgesel seviyede ortak bir hastane birliği oluşturulması imkanını da tanımaktadır. Bu birlik, planlama, program, bütçelendirme ve uygulamayı birlikte yüklenen bir hastaneler ağından oluşacaktır. Pilot hastane birlikleri, sağlık elemanı işe alımı ve kaynak dağılımı konularında daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık devlet memuru olmayacak ve sağlık sektöründe ömür boyu istihdam garantisine sahip bulunmayacaktır. SB, hizmet kalitesinin garantisini vermekten ve hastane birliklerinin standartlarına uyumlarını sağlamaktan sorumlu olacaktır (Kol, 2015:159).

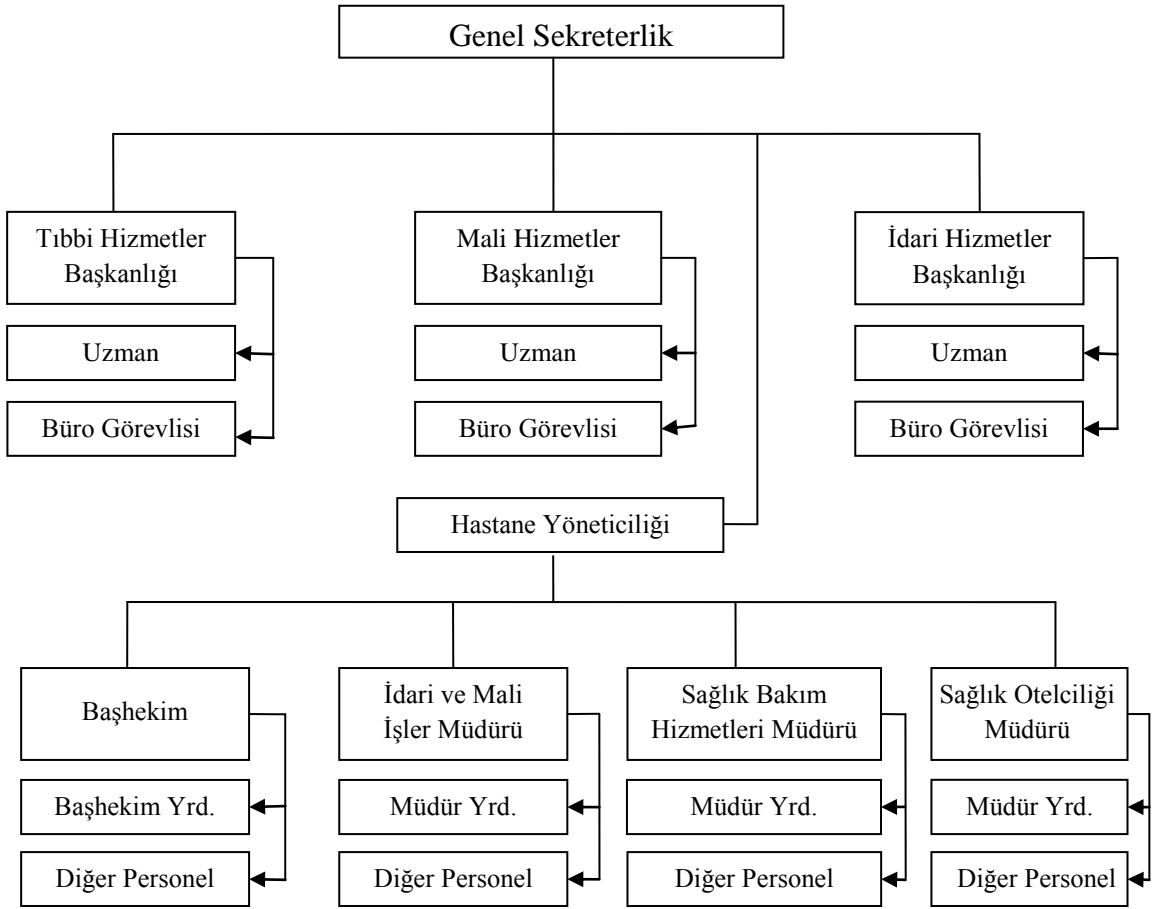
Sağlık reformu çerçevesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali bakımdan özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında toplamayı ve birlikleri de SB'nın ilgili kuruluşu haline getirmeyi gaye edinen Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı, 2010 Mart ayında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda kabul edilmiştir (Görmüş, 2013:203-204).

3.2.5.4.1. Kamu hastane birlikleri

02.11.2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile "Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere, hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu

Hastaneleri Kurumu kurulmuştur”. 663 sayılı KHK’nın “kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir” (Resmi Gazete, 2011, md.29-30) hükmü kapsamında 87 Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuştur (Yıldırım, 2013:71).

Şekil 3.3: Kamu Hastaneleri Birlikleri Teşkilat Şeması



Kaynak:Sağlık Bakanlığı, 2014d:9.

Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır.Genel sekreterlik, birliğin en üst karar ve yürütme organı olup,çatısı altında tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulmaktadır.Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürlükleri oluşturulmaktadır. Kurumca, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen durumlarda, birlik ve

hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilmekte; hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilen ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenmektedir. Kurum tarafından tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulmaktadır (Resmi Gazete, 2014, md.30).

Birliklerin görevi, bulunduğu bölgedeki hizmetlerin etkin, kaliteli, kolay ulaşılabilir, verimli ve halkın ihtiyaçlarına uygun bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Birliğe dönüştürülen kurumlar performans değerlendirmesine tabi tutulmakta; Sağlık Bakanlığı tarafından verimlilik, hizmet altyapısı, kalite ve hasta memnuniyeti gibi konularda puan verilmektedir. SB, başarısızlık halinde hastane yönetimlerine el koyarak, yönetim kurulu üyelerinin görevlerine son verebilmektedir (Sülkü, 2011:12). Buna göre, hastanelerin; tıbbi ve mali kriterler ile kalite, çalışan ve hasta güvenliği ile eğitim kriterleri kapsamında TKHK tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık ya da bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacağı belirtilmektedir. Yapılacak olan değerlendirmenin, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırabileceği ifade edilmekte olup, değerlendirme sonuçlarına göre hastanelerin yukarıdan aşağıya (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılacağı öngörülmektedir (Aktel vd., 2013:52).

Hastaneler, hizmet altyapısı, kalite, organizasyonu, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda SB tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre performans değerlendirmesine tabi tutularak bu değerlendirmenin sonuçlarına göre 1000 üzerinden puanlanmaktadır. Sınıflara ayrılan hastanelerin kapasite ve kaynakları birleştirilerek aralarında görev paylaşımı yapılacak; böylece daha rasyonel çalışmalarını sağlamak için hastane grupları oluşturulacak ve oluşturulan grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecek; (D)'in altına düşenlere ise, eksikliklerini gidermeleri amacıyla bir yıldan az olmamak üzere süre verilecektir. Sürenin sonunda eksikliklerini gideremeyen (D) sınıfındaki Birlikler ile (E) sınıfına düşenlerin YK üyelerinin ve bazı pozisyonlarda bulunan personelin sözleşmeleri sona erdirilerek bu görev ve yetkiler, Birlik tekrar (C) ve üzeri puan alana kadar SB'nın görevlendireceği personel tarafından yürütülecektir (Kol, 2015:160; Yıldırım, 2008:12; Ateş ve Kırılmaz, 2010:229).

Kamu Hastane Birliklerinin kaynak kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğini değerlendirmek amacıyla SB tarafından 26.12.2014 tarihinde

yayınlanan Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge'ye göre, Birliklerin ve hastanelerin değerlendirilmesinde esas veriler gerekli olan dönemlerde Bakanlık ve/veya Kurum tarafından toplanmaktadır. Hastaneler, kapasiteleri, ürettikleri hizmetler ve hizmet çeşitlilikleri açısından benzerliklerine göre hizmet sınıflarına ayrılarak hastanelerin verimlilik değerlendirilmesinde bu sınıflandırmalar dikkate alınmaktadır. Birlikler ve hastaneler, Kurum tarafından belirlenen kriterlere göre altı aylık ve/veya yıllık olarak değerlendirilmekte ve birlikler, hastaneler ve yöneticileri sağlık hizmetleri, mali hizmetler, idari hizmetler yönetimi ve verimlilik yerinde değerlendirme esasları açısından belirlenen puanlardan oluşan karneler düzenlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014b:1-2).

Tablo 3.9: Karne Başarı Grupları	
Puan Aralığı	Başarı Grubu
850<Karne Puanı<1000	A
700< Karne Puanı<850	B
550< Karne Puanı<700	C
400< Karne Puanı<500	D
Karne Puanı<400	E
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014b:5.	

TKHK tarafından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

- a) Başarı grubunun düşürülmesi,
- b) (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- d) Bünyesindeki sağlık tesislerinden birinin ardarda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,
- e) (E) grubu olarak devralınan sağlık tesisinin ikinci değerlendirmede bir üst gruba çıkarılamaması,

durumlarında Kurum tarafından genel sekreterin görevine son verilmekte ve (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin sağlık tesisi ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreter tarafından hastane yöneticisinin görevine son verilmektedir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde birlik başkanlarının ve başarısızlığa neden olan hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona ermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012:5-6).

Kamu Hastaneleri Birliği'nin finansman kaynağının önemli bir bölümü, GSS teminat paketi çerçevesindeki sağlık hizmetleri için, gelirleri prim ve katkı payı olan SGK'dan; teminat paketi kapsamı dışında olan sağlık hizmetleri ise, özel sağlık sigortalarından veya cepten ödemelerden sağlanmaktadır. Ayrıca birliğe ait her çeşit taşınırın satılmasından, kiraya verilmesinden sağlanacak gelirler ile bağışlar, yardımlar ve SB tarafından yapılacak yardımlar, birliğin diğer gelir kaynakları olarak sayılmaktadır. Devlet yardımı dışsal ve olağandışı bir gelir olarak düzenlenmiştir. Bunun dışında kamu hastanelerinin personel ve genel giderlerinin bir kısmı da olsa devlet bütçesinden finanse edilmesine son verilerek birliğin kendi ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirler ile ayakta kalması ve gelir gider dengesini sağlaması öngörülmektedir (Görmüş, 2013:208).

Özetlemek gerekirse, KHK'nın kamu hastane birlikleri ile ilgili maddeleri irdelendiğinde, SB bünyesindeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinin finansal bakımdan özerkleştirilerek, merkezde TKHK'na bağlı, yüksek ücretli, performansa dayalı özel sözleşmeli statüdeki yöneticiler tarafından yönetilen birer sağlık işletmesine dönüştürüldüğü görülmektedir. Reform gereği yenilenen Sağlık Bakanlığı yapısında, sağlık işletmeleri, kar amaçlı olarak çalışmakta ve sağlık hizmeti finansmanın büyük bir bölümü, gelirleri prim ve katkı payları olan GSS'den sağlanmaya devam etmektedir (Görmüş, 2013:209).

3.2.5.4.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu

En çok kabul gören tanıma göre desantralizasyon, “karar verme ve kamuya ait fonksiyonların yönetimi gibi faaliyetler için mevcut yasal ve politik otoritenin merkezi hükümetten ve onun kuruluşlarından bu kuruluşların taşradaki örgütlerine, hükümetin alt birimlerine, yarı özerk kamu birliklerine, bölgesel kalkınma otoritelerine, fonksiyonel otoritelere, özerk yerel yönetimlere ya da hükümet dışı örgütlere devridir” (Tatar, 1993:138; Günaydın, 2012:199). Merkezden bir sağlık sistemini kontrol etmedeki zorluk nedeniyle devletin yetkilerini yerel yönetimlere devrederek potansiyelini ortaya çıkarmak amacıyla birçok sistem oluşmaktadır (Levaggi and Smith, 2005:223).

Kamu hastaneleri, kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali açıdan özerk, SB'nın ilgili kuruluşu haline dönüştürülerek desantralize bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sistemi kurulması amaçlanmasına karşın, 663 sayılı KHK ile,

Bakanlığın bağlı kuruluşu olarak tanımlanan TKHK'na bağlanmıştır. Bu bağlamda, kamu hastane birlikleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin desantralizasyonundan vazgeçilerek karar ve politikaların merkezden belirlendiği merkeziyetçi yapının korunarak devam edildiği görülmektedir. Böylece kanun tasarısı ile yerelde idari ve mali açıdan özerk kamu hastaneleri modeli yerine TKHK'na bağlı mali açıdan özerk kamu hastane birlikleri modeli tercih edilmiştir (Görmüş, 2013:209). Desantralizasyonun, bölgesel sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamada daha rasyonel olduğu, sağlık hizmetlerini geliştirdiği ve tekrarları azalttığı, toplumun farklı kesimleri arasındaki eşitsizliği azalttığı, daha az maliyetli olduğu, sağlık hizmetlerine toplumsal ilgiyi artırdığı, kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki sağlık hizmetleri entegrasyonunu sağladığı ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu artırdığı bilinmektedir (McGregor, 2001:5).

3.3. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARININ AB'YE UYUMU

WHO 2012 verilerine göre, Türkiye'nin AB üyesi 25 ülke ortalamasının gerisinde olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %8.5 iken, Türkiye'de bu oran %6.3'tür. On bin kişiye düşen yatak sayısı AB-25'te 53.6 iken, Türkiye'de 25'tir. On bin kişiye düşen doktor sayısı AB-25'te 31 iken, Türkiye'de söz konusu rakam 17.1'dir. Bin kişide bebek ölüm oranı AB-25'te 0.88; Türkiye'de 18'dir. Doğumda beklenen yaşam beklentisi AB-25'te 78.3 olurken Türkiye'de 75.3'tür ve AB ortalamasına oldukça yaklaşmıştır (WHO, 2014c).

AB'ye uyum sürecinde Türk sağlık sisteminin karşılaştığı veya karşılaştığı muhtemel sorunlar; mevzuat uyumu ve uygulanması, beyin göçü, eğitim, yetişmiş işgücü, kurumsal/idari kapasite geliştirme, kaynak (finansman yetersizliği), AB programlarına ve ajanslarına etkili bir biçimde katılamama (kaynak yetersizliği vs), piyasa gözetimi ve denetiminin iyi bir şekilde yürütülememesi, siyasi irade eksikliği ve isteksizliği, toplumsal bilinçsizlik ve eksik toplum desteği, STK'ların yetersizliği ve etkinsizliği olarak özetlenebilmektedir (Yıldırım, 2004:176).

Türk sağlık sistemi, 2003 yılından bu yana SDP kapsamında 1980'lerden beri tartışılan reform konuları yeni bir anlayışla uygulanmaya çalışılmaktadır. SDP'nin nedenleri genel olarak, maliyetlerin artması, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir bölümünün sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz

kullanılması, uluslar arası çevrelerin (özellikle de Dünya Bankası ve IMF olmak üzere) etkisi ve yönlendirmesi şeklinde belirtilebilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011b:290). Dolayısıyla SDP'nin AB sağlık politikaları çerçevesinde şekillenmiş bir program olarak nitelenmek doğru olmayacaktır.

Türkiye sağlık ve sağlık hizmeti açısından esasında bir “Avrupalı” kimliği sergilememesine karşın bir geçiş dönemi yaşadığı ve “Avrupalı” olma yolunda hızla ilerlediği görülmektedir. SDP çerçevesinde uygulanan reformların beklenen bir şekilde sonuçlanması, sağlık alanında Türkiye'nin Avrupalı olmasına önemli bir katkı sağlayabilecektir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011a:475). Türkiye'nin AB'ye uyum sürecinde sağlık politikası vizyonu, “herkesi kapsayıcı”, “dayanışma” ve “hakkaniyet” ilkeleri çerçevesinde uygulanacak olan politika ve stratejiler olmalıdır. Bunlar uygulanırsa hem yasal düzenlemeler daha hızlı olacak hem de uygulamaya geçişler hızlı ve daha kolay olabilecektir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011b:293).

3.4.KALKINMA PLANLARI ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye'de sağlık alanında yaşanan dönüşümü ana hatlarıyla ortaya koyabilmek adına kalkınma planlarının incelenmesi önem arz etmektedir. Hazırlanan kalkınma planlarında özelleştirmenin etkilerini Dördüncü Kalkınma Planından itibaren görmek mümkündür.

- *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*: Planda sağlık politikalarının ana hedefi toplumun sağlık seviyesini yükseltmek olup, bu hedef doğrultusunda halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında; çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi ve nüfus planlaması gibi konularda faaliyetler yürütülmüştür. Tedavi hekimliği hizmetleri ise, koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir faktör olarak ele alınmıştır. Hasta bakımı hizmetlerinde az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık teşkilatının kurulmasına öncelik verilmiştir (DPT, 1963:406).

Bahsi geçen kalkınma planında sağlık hedefleri, personel yetiştirilmesi, köylere kadar yayılan iyi bir sağlık teşkilatı kurulması çevre sağlık şartlarının

düzeltilmesi, halkın sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş ve bunların yok edilmesi, ana - çocuk sağlığı, ruh sağlığı, sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi, okul sağlığı, nüfus planlaması, beslenme ve tedavi kurumlarının kurulması ve işletilmesi ile sağlık donatım ve gereçlerinin depo, onarım ve bakım işlerinin yürütülmesi olarak belirlenmiştir (DPT, 1963:409).

1963 - 1966 döneminde sağlık teşkilatında gelişme olmuş, sosyalleştirilen bölgelerde sağlık ocakları, bölge laboratuvarları ve hastaneleri, depo ve tamirhaneler yapımına başlanmıştır. Birinci Beş Yıllık Planda kamu sektörüne ait sağlık hizmetlerinin (Milli Savunma Bakanlığının özel nitelikteki hizmetleri hariç) tek elden yürütülmesi öngörülmüşse de bu husus gerçekleşmemiştir. Çeşitli kuruluşlara bağlı sağlık kurumlarında değişik personel ve malzeme standartları ve farklı ücret politikası uygulanmaktadır (DPT, 1968:216).

- *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*: Planın hedefleri arasında, 1972 yılı 10.000 kişiye 25 yatak sayısı düşecek şekilde yıllık yatak sayısının artırılması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde doğu illerinden başlayan uygulamaya devam edilmesi, pratisyen hekim ihtiyacının karşılanmasına yönelik değişikliklerin yapılarak intorn döneminin zorlunlu hale getirilmesi, sağlık hizmetleri düzeyi düşük olan iller bu öncelikle ele alınarak çalışan hekimlere bir rotasyon imkanı sağlamak için yapılan ocakların her yıl %15'i Batı bölgelerine yapılması, tedavi hizmetlerinin genişlemesinde özel girişimin gelişmesi desteklenmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasında önemli rolü olan çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi, hastalıkların kontrolü için aşı kampanyalarının yürütülmesi ve aşı üretimi ile ilgili kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması vb yer almaktadır (DPT, 1968:223-224).

Sosyalleştirme bölgelerinde özellikle hekim ve hemşire istihdamında karşılaşılan sorunlar çözümlenmediğinden program yavaşlatılmıştır. Sağlık personeli sayılarında iyileşmeler olsa da plan hedeflerinden geri kalınmıştır. Sosyalleştirme programının araç, gereç, personel, yönetim ve işbirliği gibi asgari şartlarının yerine getirildiği, kuruluş ve örgütlenmesinin tamamlandığı eğitim bölgelerinde, özellikle Ankara Etimesgut Eğitim Bölgesi'nde halk sağlığı üzerinde etkilerinin olumlu olduğu, halkın sağlık seviyesinin yükseldiği, aşı ile korunabilen salgın hastalıkların asgari seviyeye indiği, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin büyük ölçüde geliştiği, bebek ölüm oranı ve 5 yaşından aşağıdakilerde ölüm oranlarının azaldığı ve doğuştan beklenen yaşama sürelerinin arttığı görülmüştür (DPT, 1973:810).

- *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*:Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi temel ilkedir.Yataklı tedavikurumlarının tek elden yönetilmesiamacıyla yataklı tedavi tesislerinin, Planın ilk ikiyılı içinde tek bir kurum haline getirilmesi, Milli Savunma Bakanlığı'nın özel nitelikteki ve üniversitelerin eğitim amaçları dışında kalandiğer kamu kuruluşlarına bağlı hastanelerbu kuruma devredilmesi,kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuatın hazırlanması aşamasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiğiillerde yataklı tedavi kurumlarına talebi artırmaması göz önünde tutulması ve sigortaninyaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanması esas olmasihedeflenmektedir (DPT, 1973:824-826).

Yatak sayılarındaki önemli gelişmeler (on bin kişiye 25 yatak) yaşanmasına rağmen, tedavi edici (iyileştirici)sağlık hizmetleri yine çok sayıda kurum tarafından, dağınık bir şekilde yürütölmekteve bu kuruluşlara bağlı tedavi kurumlarında birbirinden farklı yapı, malzeme standartları,personel ve ücret politikaları uygulanmaktadır. Üç Plan genel olarak,(MSB ve Üniversiteler dışındaki) yataklı tedavi kurumlarının tek elde toplanmasınıve tek bir sistem içinde yürütölmelerini öngörmüş, ancak uygulama bu yönde olmamıştır.Bu nedenle, yatak kapasitesinden tam olarak yararlanılamamakta ve kamukuruluşlarındaki ortalama yatak kullanımını düşük olmaktadır (DPT, 1979:461).

- *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*: Planda temel ilke; sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırmak, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek olduğundan, sağlık alanındaki uygulamaların ayrı sistemler olduğu kanısından vazgeçilerek tek yönetim uygulamasına geçilmesi, sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli olan finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık ihtiyaçlarıdevlet tarafından sağlanması, hekim yetiştirmede kuruluşların ihtiyacı dikkate alınarak tıp fakülteleri, kurumlar ve mesleki kuruluş temsilcilerinden oluşturulan kurula gerekli yetkinin verilmesi hedeflenmiştir (DPT, 1979:468-469).

- *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*: Sağlık hizmetinin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden zamanla koruyucu sağlık hizmetlerine geçilmesi, koruyucu hizmet anlayışı ile sınıflandırılması ve hizmetlerin büyük şehirlerde toplanmasının engellenmesi, yataklı tedavi kurumlarında var olan

kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımı sağlanarak onbin kişiye 26 yatak kapasitesi sağlanması, özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilerek sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılması, sağlık sigortasına geçişin yeniden ele alınması planlanmaktadır (DPT, 1984:152).

- *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*: Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri etkinleştirilerek yaygınlaştırılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişi ve toplulukların sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi, birinci basamak sağlık hizmet birimleri güçlendirilerek üniversite hastanelerine kadar uzanan etkili bir hasta sevk sistemi kurulması ile ihtiyaçların yerinde karşılanması ve hastanelerdeki lüzumsuz yoğunluğun önlenmesi, tıp eğitimi müfredat programlarında ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemeler yapılarak uzman açığı bulunan tıp dallarında uzmanlaşmanın özendirilmesi, sağlık hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanması hedeflenmektedir (DPT, 1989:289-291).

Temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, gerekli olan altyapı ve insan gücü eksiklikleri giderilememiş ve daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelmiştir. Çağdaş işletmecilik esasına göre yönetilmemesi, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması rekabete açık olmaması nedeniyle hastanelerden beklenen fayda elde edilememiştir. Etkili bir hasta sevk sisteminin kurulamaması hastanelere gereksiz hastayığımlarına yol açmıştır. Sağlık sigortası bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilememiş ve mevcut sigorta uygulamaları arasında norm ve standart birliği sağlanamamıştır (DPT, 1995:14).

- *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*: Plan döneminde, sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesim sigortalanarak uzun vadede sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanarak genel sağlık sigortasına geçişin sağlanması, özel sektöre yönelik özendirici uygulamalara devam edilmesi, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması, aile hekimliği modeline geçiş için çalışmaların yapılması, sağlık kurumlarının ticari işletme niteliğinde yönetilmesi ile idari ve mali özerklik sağlanmasına ve devletin hastanelere olan mali desteği aşamalı olarak azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılması hedeflenmektedir (DPT, 1995:45-48).

Sağlık altyapısı ve insan gücünde önemli gelişmeler sağlanmış olmakla birlikte dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet birimleri arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilmemiş ve yaygın, sürekli ve etkili sunulmamıştır. Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamış, aile hekimliği uygulamasına geçilememiş, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı, hastaneler idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri sağlanamamıştır (DPT, 2000:15).

- *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*: Sağlık hizmetlerinin sunumu, planlanması ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere öncelik verilmesi, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden faydalanma hakkı sağlanması, sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilmesi, hastaneler mali ve idari yönden özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilerek kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmesi, özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetleri özendirilmesi planlanmaktadır (DPT, 2000:86-88).

Plan döneminde sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kent-kır dengesizliği devam etmektedir. Sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmelerine sebep olarak yığılmalar oluşmuş; hizmet kalitesi düşmüştür (DPT, 2006:41).

- *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)*: Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilmesi, başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi; altyapı ve personel niteliğinin geliştirilmesi ile artırılması, 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği modelinin tüm illerde yaygınlaştırılması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleşmesi, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici, planlayıcı ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar özendirilmesi hedeflenmektedir (DPT, 2006:87-88).

Plan döneminde, tüm vatandaşlara daha etkin hizmet sunulması amacıyla, emeklilik ve sağlık sisteminde kapsamlı değişiklikler içeren düzenlemeler

yapılmıştır. Sosyal sigorta kuruluşları tek çatı altında toplanmış, norm ve standart birliğinin sağlanmasına yönelik önemli adımlar atılmış, sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğine katkı sağlayacak parametrik değişiklikler gerçekleştirilmiş ve tüm vatandaşlara aynı standartlarda sağlık hizmeti sunan zorunlu genel sağlık sigortası (GSS) sistemi kurulmuştur. Nüfusun tamamına yakını sağlık sigortası kapsamına alınmış, aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılmış, sağlık personeli ve hastane sayısı ile yatak kapasitesinde artış sağlanmıştır. Sağlık sistemi, Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilat birimleri ile özel sektörün rol ve sorumluluklarını da kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş, doğumda beklenen yaşam süresi yükselmiştir (DPT, 2013:25).

- *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*: Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini; hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayacak sevk zincirinin oluşturulması, sağlıkta işgücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nitelik ve nicelik olarak iyileştirilmesi, alternatif tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına bütünleşmesi sağlanarak yapılacak bilimsel araştırmaların desteklenmesi planlanmaktadır (DPT, 2013:36-37).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM POLİTİKALARININ KALKINMAYA ETKİSİ

ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Çalışmanın amacı doğrultusunda yapılan analiz için gerekli olan daha önce yapılmış çalışmalar, yöntem ve materyal ile uygulamaya dair bulgular ve tartışma açıklanmaya çalışılmıştır.

4.1. LİTERATÜR, YÖNTEM VE MATERYAL

Çalışmanın bu bölümünde analize dair literatür taraması, yöntem ve materyal hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

4.1.1. Literatür Taraması

Kar ve Ağır (2003), Türkiye’de beşeri sermaye ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini 1926-1994 dönemine ilişkin yıllık verilerle logaritmik formda analize dahil edilmiştir. Eğitim harcamalarından ekonomik büyümeye, ekonomik büyümeden sağlık harcamalarına tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Taban (2006), Türkiye’de sağlık göstergeleri ile büyüme arasındaki nedensellik ilişkisini 1968-2003 dönemine ait yıllık verileri kullanarak logaritmik formda analiz etmiştir. Sağlık göstergeleri olarak doğuştan yaşam beklentisi, yatak sayıları, sağlık kurumlarının sayısı ve sağlık personeli başına düşen kişi sayıları kullanılmıştır. Yapılan nedensellik analizi sonuçlarına göre sağlık kurumlarının sayısı ile reel GSYİH arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi görülmemesine rağmen diğer sağlık göstergeleri ile reel GSYİH arasında ise çift yönlü nedensellik ilişkisi bulunmuştur.

Başar (2008), OECD ülkeleri için sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik belirleyicilerini 1980-2001 yıllarını kapsayan seçilmiş 23 ülkeyi yıllık verilerle panel veri analizi yöntemiyle logaritmik formda analiz etmiştir. Kullanılan değişkenler;

kadınlarda yaşam beklentisi, erkeklerde yaşam beklentisi, ortalama yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı, kişi başına düşen gelir, kamu sağlık harcamalarının milli gelire oranı, özel sağlık harcamalarının milli gelire oranı, 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, şehirleşme oranı, kişi başına alınan günlük kalori miktarı, kişi başına tüketilen yağ miktarı, kişi başına tüketilen meyve ve sebze miktarı, kişi başına tüketilen alkol miktarı, bir yaşın altındaki çocuklardan kızamık aşısı olanların payı, eğitim harcamalarının milli gelire oranı, toplam işgücü içindeki kadın işgücünün payıdır. İlk dört değişken bağımlı ve son üç değişken hariç diğer değişkenler bağımsız değişken olmak üzere model kurulmuştur. Bebek ölüm oranı ile son üç değişkenin de dahil olduğu diğer bağımsız değişkenler analiz edilmiştir. Sağlık düzeyi ile gelir, kamu sağlık harcamalarının milli gelire oranı, özel sağlık harcamalarının milli gelire oranı, 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, şehirleşme oranı arasında pozitif; alınan günlük kalori, yağ ve alkol miktarı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Ayrıca toplam işgücü içindeki kadın işgücünün payı hariç eğitim harcamalarının milli gelire oranı ve bir yaşın altındaki çocuklardan kızamık aşısı olanların payı ile sağlık düzeyi arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir.

Erdoğan ve Bozkurt(2008), yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme ilişkisini 1980-2005 dönemine ilişkin yıllık verilerle ARDL modeli ile analiz etmiştir. Çalışmada doğumda yaşam beklentisi, milli gelir ve sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı değişkenleri kullanılmıştır. Analiz üç adımdan oluşmaktadır. İlk önce yaşam beklentisi ile GSMH arasındaki ilişki, ardından yaşam beklentisi ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki ve son olarak GSMH ile sağlık harcamaları arasındaki uzun dönemli ilişki araştırılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, sağlık harcamalarından yaşam beklentisine, yaşam beklentisinden büyümeye ve büyümeden sağlık harcamalarına doğru uzun dönemli ilişki gözlenmiştir.

Sülkü ve Caner (2009), Türkiye’de sağlık harcamaları ile milli gelir arasındaki uzun dönemli ilişkiyi 1984-2006 dönemi için yıllık verilerle logaritmik formda analiz etmiştir. Kişi başına düşen toplam, özel ve kamu sağlık harcamaları, kişi başına milli gelir ve nüfus artış oranı değişkenleri modele dahil edilmiştir. Değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki tespit edilmiştir.

Tüylüoğlu ve Tekin (2009), gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkilerini 176 ülkenin 2003 yılına ait verileriyle çoklu regresyon analizi kullanarak incelemiştir. Kişi başına gelir, kişi başına sağlık harcaması, beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı değişkenleri

modelde kullanılmıştır. Çalışmada iki model kurulmuştur. Kurulan modelin ilkinde, bağımlı değişken olarak doğumda beklenen yaşam süresi; ikincisinde ise, bebek ölüm oranı, her iki model için açıklayıcı değişken olarak kişi başına sağlık harcaması ve kişi başına gelir dikkate alınmıştır. Analiz sonuçlarına göre, beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerinde sağlık harcamalarının gelir düzeyine göre daha fazla etkili olması, sadece gelir düzeyinin artırılmasına güvenilemeyeceğini göstermektedir.

Çoban (2009), Türkiye bazında iktisadi göstergeler ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi 1983-2006 arası dönem için yıllık verilerle korelasyon analizi çerçevesinde tahlil etmiştir. Çalışmada kişi başına düşen gelir, doğumda yaşam beklentisi, kişi başına düşen sağlık harcamaları, bebek ölüm hızı değişkenleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kişi başına düşen gelir ile doğumda yaşam beklentisi, kişi başına sağlık harcaması ile doğumda yaşam beklentisi ve kişi başına düşen gelir ile kişi başına düşen sağlık harcaması arasında pozitif ilişki; bebek ölüm hızı ile kişi başına düşen gelir ve kişi başına düşen sağlık harcaması arasında negatif ilişki bulunmuştur. Milli gelir, kamu, özel ve toplam sağlık harcamaları serilerinin durağanlığına Johansen eş bütünleşme testi sonuçlarına göre milli gelir ile bütün sağlık harcamaları arasında uzun dönemli pozitif bir ilişki vardır. Milli gelir ile özel sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamaları ile milli gelir arasında nedensellik tespit edilmiştir.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki 1980-2005 yıllarını kapsayan yıllık verilerle logaritmik formda incelenmiştir. Analizde kullanılan değişkenler sağlık harcamaları, doğumda yaşam beklentisi ve reel gelirdir. Johansen eş bütünleşme testine göre reel gelir, sağlık harcamaları ve doğumda yaşam beklentisi arasında uzun dönemli bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmaktadır. Türkiye’de 1980-2005 yılları için eş bütünleşme analizi sonucunda sağlık harcamalarının hasıla üzerinde etkisi küçük ve negatif çıkarken doğuştan yaşam beklentisinin etkisi ise yüksek çıkmaktadır. Diğer taraftan doğuştan yaşam beklentisinden milli gelire doğru bir nedenselliğin varlığı tespit edilmiştir.

Erdil ve Yetkiner (2009), 75 ülkenin 1990-2000 yıllarını kapsayan panel veri yöntemi kullanarak yıllık verileriyle analiz etmiştir. Çalışmada kişi başına düşen gelir ve kişi başına sağlık harcamaları değişkenleri kullanılmıştır. Havuzlanmış panel veri yöntemi tek yönlü nedensellik testine göre düşük ve orta gelirli ülkeler için kişi

başına düşen gelirden kişi başına düşen sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Çalışkan (2009), 21 OECD ülkesinde sağlık harcamalarındaki farklılıkları belirleyen etmenleri 1984-2005 yıllarını kapsayan dönem için panel veri yöntemiyle yıllık verilerle logaritmik formda incelenmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenler, toplam, kamu ve özel kişi başına sağlık harcamaları, kişi başına gelir, toplam sağlık harcamaları içindeki kamunun payı, kişi başına ilaç harcaması, 1000 kişi başına doktor sayısı, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı, doğurganlık oranı ve şehirleşme oranıdır. Toplam, kamu ve özel kişi başına sağlık harcamaları bağımlı değişkenler olarak üç farklı model kurulmuştur. Ampirik sonuçlar, kişi başına GSYİH ile diğer değişkenler kişi başına sağlık harcamalarındaki değişiklikleri güçlü bir şekilde açıklamaktadır. Aynı zamanda ampirik sonuçlar OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin teknik olarak lüks değil ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bozkurt(2010), eğitim, sağlık ile büyüme arasındaki ilişki Türkiye özelinde 1980-2005 dönemine ait yıllık verilerle logaritmik formda incelenmiştir. Çalışmada yaşam beklentisi, sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı, ilköğretim, orta öğretim ve yüksek öğretim okullaşma oranı, toplam tasarruflar, kişi başına düşen gelir değişkenleri yer almaktadır. Değişkenler İki Aşamalı Engle-Granger, Johansen Kointegrasyon ve Stock Watson yöntemleri aracılığıyla test edilmiştir. DOLS tahmininden elde edilen sonuçlara göre, doğuştan yaşam beklentisi ile kişi başına gelir arasında uzun dönemli ve pozitif bir ilişki vardır. Yaşam beklentisinde %1'lik artış, kişi başına geliri %8.28 kadar arttıracaktır. Bulgulara göre, uzun dönemli büyüme üzerinde etkili olan birincil faktör, sağlık alanındaki gelişmelerdir. Bu gelişmeler özellikle yaşam beklentisi üzerinde etkilidir.

Keskin (2011), kalkınma ile beşeri sermaye arasındaki ilişki 177 Birleşmiş Milletler üyesi ülke verileri kullanılarak çoklu regresyon modeliyle analiz edilmektedir. Çalışmada kişi başına düşen gelir, ihracatın milli gelire oranı, ar-ge araştırmacı sayısı, kamunun sağlık harcamalarının milli gelire oranı, kamunun eğitim harcamalarının milli gelire oranı, yetişkin okur-yazar oranı, ortalama ömür, beşeri kalkınma endeksi ve gelir dağılımı değişkenleri kullanılmıştır. Elde edilen regresyon sonuçları kalkınmada okuma yazma oranının ve eğitim düzeyinin, kamunun sağlık harcamalarının ve ar-ge harcamalarının önemli etkisinin bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Çukur ve Bekmez(2011), Türkiye’de bölgesel bazda gelir ve gelir eşitsizliğinin sağlık çıktıları üzerindeki etkisini panel yöntemiyle 1975-2001 döneminde yıllık verilerle logaritmik formda tahlil etmişlerdir. Çalışmada bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, gelir eşitsizliği, kişi başına düşen gelir değişkenleri kullanılmıştır. Havuzlanmış EKK regresyon analizi sonuçlarına göre hem bebek hem de beş yaş altı çocuk ölüm hızları ile gelir artışı arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir. Gelirdeki her %1 artış için bebek ölüm hızı % 0.64 azalırken, beş yaş altı çocuk ölüm hızı %0.63 azalmaktadır. Diğer yandan, gelir eşitsizliği bebek ölüm hızıyla pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı iken, beş yaş altı çocuk ölüm hızıyla ilişkisi pozitif fakat istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır. 1975-2001 yılları arasında gelir eşitsizliğindeki her %1 artış için bebek ölüm hızı % 0.07 artmaktadır. Hem bebek hem de beş yaş altı çocuk ölüm hızlarında gelir-gelir eşitsizliğinin etkileşim etkisi anlamlı değildir. Sabit etkili panel veri analizine göre gelir artışı bebek ve beş yaş altı ölüm hızları ile negatif (azaltıcı) ilişkili ve istatistiksel olarak manidardır. Gelir eşitsizliği ile bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları arasındaki ilişki beklenen yöndedir (pozitif) ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Yardımcıoğlu (2012), OECD ülkelerinde sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri yöntemine göre 25 OECD ülkesi için 1975-2008 yıllarını kapsayan yıllık verilerle logaritmik formda incelemiştir. Çalışmada sağlık göstergesi olarak doğumda yaşam beklentisi, büyüme göstergesi olarak da kişi başına düşen gelir verisi kullanılmıştır. Yapılan eş bütünleşme testleri sonuçlarına göre değişkenler arasında uzun dönemde eş bütünleşme ilişkisi tespit edilmiştir. Panel nedensellik sonuçları, sağlık ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemde çift yönlü bir nedensellik ilişkisini göstermektedir.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012), yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ile büyüme arasındaki ilişkiyi 2006:01-2012:03 dönemlerini kapsayan aylık verilerle 2008 dünya ekonomik krizinin etkileri göz önüne alınarak incelenmiştir. Sağlık harcamaları ve GSYİH verileri kullanılmıştır. Lee-Strazicich birim kök testi bir yapısal kırılmaya izin vermekte; sonuçlarda serilerin yapısal kırılmalı birim köklü olduğu ve serilerin birinci farklarında durağan hale geldiği görülmektedir. Uzun dönemli ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan Gregory ve Hansen eş bütünleşme testi yapılmıştır. Analiz sonuçları, sağlık harcamaları ile büyüme üzerinde uzun

dönemli bir eş bütünleşme ilişkisi olduğunu; yani, sağlığın büyüme üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Ay vd(2013), sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki Türkiye ekseninde 1968-2006 arası yılları kapsayan yıllık verilerle logaritmik formda analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan seriler reel gelir, yataklı sağlık kurumu sayısı, sağlık memuru başına düşen kişi sayısı, yataksız sağlık kurumu sayısı serileridir. Sonuçlara göre, sağlık ile büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir.

Çalışkan vd(2013), Türkiye’de sağlık ile ekonomik büyüme ilişkisini 1967-2010 yıllarını kapsayan döneme ait yıllık verilerle logaritmik formda incelenmiştir. Çalışmada doğumda yaşam beklentisi, hastane sayısı, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, sağlık kurumlarına ait yatak sayıları ve GSYİH verileri kullanılmıştır. Johansen eş bütünleşme analizine göre değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan VAR Granger nedensellik testi sonuçlarında, sağlık personeli başına düşen kişi sayısından ve sağlık kuruluşlarına ait yatak sayısından reel GSYH’ye doğru bir nedensellik ilişkisinin olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, hastanesayısından reel GSYH’ye doğru %5 anlamlılık seviyesinde bir nedensellik ilişkisi olmadığı görülmekte; ancak %10 anlamlılık seviyesinde kabul edilebilir bir nedensellik ilişkisinin varlığından söz edilebilmektedir. Doğumda yaşambeklentisinden ise, reel GSYH’ye doğru bir nedensellik söz konusu değildir. Ayrıca tüm değişkenler göz önüne alındığında analizde kullanılan değişkenlerin hep birlikte reel GSYH’in Granger nedeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak söz konusu nedensellik ilişkisinin tek yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Selim vd(2014), büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki 27 AB ülkesi ve Türkiye’ye ait 2001-2011 yılları arası yıllık verilerle incelenmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenler; GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamalarıdır. Westerlund (2007) eşbütünleşme testinin yapılabilmesi için ön şart olan serilerin aynı dereceden durağan olması koşulu sağlanmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcamaları ile büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki tespit edilmiştir.

Bloom vd(2001), 104 ülkeye ait sağlık ve büyüme arasındaki ilişkiyi 1960-1990 dönemi için yıllık verilerle panel veriye dayalı regresyon analizi ile incelemiştir. Çalışma sonucuna göre, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde istatistiki olarak önemli ve pozitif bir etkiye sahip olduğu ve nüfusun yaşam beklentisindeki bir yıllık gelişmenin büyüme oranında %4’lük bir artışa yol açtığı tespit edilmiştir.

Bhargava vd(2001), 92 ülkenin 1965-1990 yıllarını kapsayan yıllık verileriyle büyüme ve sağlık arasındaki panel veriye dayalı regresyon ilişkisini tetkik etmiştir. Çalışma sonucunda düşük gelirli ülkeler için sağlık göstergesi olarak kullanılan yaşam beklentisinin milli gelir (büyüme oranı) üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Rivera ve Currais(2003), sağlık yatırımlarının büyüme üzerine etkisi nedensellik analiziyle 1960-2000 dönemini kapsayan OECD ülkeleri çerçevesinde incelenmiştir. Kişi başına düşen gelir ve sağlık harcamalarının milli gelire oranı değişkenleri kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlık, ekonomik büyüme ve verimlilik üzerine pozitif etkisi vardır.

Bloom vd (2004), sağlık ile büyüme arasındaki ilişki 1960-1990 yıllarını kapsayan verilerle incelemiştir. Kişi başına düşen gelir, doğumda yaşam beklentisi, okullaşma oranı serileri kullanılmıştır. Üretim fonksiyonu yaklaşımına göre yaşam beklentisindeki bir yıllık iyileşme çıktıda %4'lük bir artışa yol açmaktadır. Sağlık, büyüme üzerinde pozitif ve istatistiki olarak anlamlı bir etkiye sahiptir.

Brempong ve Wilson (2004),21 Sahra altı Afrika ve 23 OECD ülkesine için 1975-1994 dönemine ait yıllık verilerle panel veri yöntemiyle sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi test etmiştir. Ekonomik büyüme göstergesi olarak kişi başına düşen gelirin büyüme oranı; sağlık göstergesi olarak da kamu ve toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi kullanılmıştır. Dinamik panel ve sabit etkiler modeli sonuçlarına göre sağlığın büyüme üzerinde istatistiki olarak önemli ve pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşımlardır.

Li vd(2009), 1978-2006 yıllarını kapsayan dönemde Çin'in sağlık harcamalarının belirleyicileri üzerine amprik bir analiz yapmışlardır. Çalışmada kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranı, 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, sağlık harcamalarının mili gelire oranı, 4 yaş ve altı çocuk ölüm oranı değişkenleri kullanılmıştır. Kişi başına düşen gelir, 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranı, sağlık harcamalarının milli gelire oranı serileri sağlık harcamalarını uzun dönemde artıran değişkenlerdir. Sadece kişi başına düşen gelir, sağlık harcamalarının belirleyicisi olursa sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden büyük olduğundan lüks mal; birkaç faktör sağlık harcamalarının belirleyicisi olursa sağlık harcamalarının gelir esnekliği birden küçük olduğundan zorunlu mal olmaktadır.

Uzun dönemde yaşlı nüfusundaki %1'lik artış, sağlık harcamalarını %1.33-1.54 oranında artırmaktadır.

Chaabouni ve Abednnadher (2010), Tunus'da sağlık harcamalarının belirleyicilerini ARDL sınır testi yaklaşımına göre 1961-2008 dönemini kapsayan yıllık verilerle logaritmik formda tahlil etmiştir. Çalışmada kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, tıbbi yoğunluk, nüfusun yaşlanması ve kişi başına azot emisyonunu temsil eden çevresel kalite değişkenleri kullanılmıştır. Yapılan eş bütünleşme testine göre sağlık hizmetleri lüks maldan ziyade zorunlu maldır. 65 yaş ve üstü nüfus ve çevresel kalite uzun dönemde önemlidir. Kısa ve uzun dönemde sağlık harcamalarından gelire doğru nedensellik ilişkisi vardır.

Baltagi ve Moscone (2010), OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişki panel veri yöntemiyle 1971-2004 arasındaki dönemi kapsayan yıllık verilerle logaritmik formda tetkik edilmiştir. Çalışmada kişi başına düşen sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, sağlık harcamalarının milli gelire oranı, 65 yaş ve üstü nüfusun 15-64 yaş nüfusuna bağımlılık oranı kullanılmıştır. Birim kök testi ve hata düzeltme modeli uygulaması yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, sağlık harcamaları ele alınan 20 OECD ülkesinin gelir esnekliği düşük olduğu için lüks maldan ziyade zorunlu maldır.

Tang (2010), Malezya'daki sağlık-gelir ilişkisini 1970-2009 dönemini kapsayan yıllık verilerle logaritmik formda tetkik etmiştir. Analizde, sağlık harcamaları ve milli gelir değişkenleri kullanılmıştır. ARDL eş bütünleşme sonuçlarına göre değişkenler arasında uzun dönemli ilişki bulunmuş ve sağlık harcamaları Malezya'da lüks maldır. Nedensellik testi sonuçlarında ise, milli gelirden sağlık harcamalarına doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Tang ve Ch'ng (2011), Güneydoğu Asya ülkelerinde (Malezya, Filipinler, Endonezya, Singapur ve Tayland) sağlık harcamaları ile gelir arasındaki ilişkiyi 1970-2006 yıllarına ait yıllık verilerle logaritmik formda nedensellik analizi çerçevesinde incelemiştir. Çalışmada kişi başına düşen gelir ve kişi başına düşen sağlık harcamaları kullanılmıştır. Ziwot-Andrews birim kök testi tek yapısal kırılmaya izin vermekte ve Lumsdaine-Papel birim kök testi ise iki yapısal kırılmaya izin vermektedir. Sınır testi yaklaşımına göre Endonezya, Singapur ve Tayland için eş bütünleşme tespit edilmiş; dolayısıyla Malezya ve Filipinler için uzun dönemli ilişki bulunamamıştır. Sağlık harcamaları ile gelir arasında uzun dönem esnekliği

pozitif ve istatistiki olarak anlamlıdır. Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkisinin yönü gelirden sağlık harcamalarına doğru çıkmıştır.

Tablo 4.1: Literatür Özeti

Çalışma	Ülke Sayısı	İncelediği Dönem	Kullandığı Değişkenler	Uyguladığı Ekonometrik Modeller
Kar ve Ağır (2003)	1	1926-1994	Kişi Başına Düşen Gelir, Sağlık Harcamaları/GSYİH, Eğitim Harcamaları/GSYİH	Nedensellik
Taban (2006)	1	1968-2003	Doğumda Yaşam Beklentisi, Sağlık Kurumları Sayısı, Yatak Sayıları, Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayıları	Nedensellik
Başar (2008)	23	1980-2001	Doğumda Yaşam Beklentisi, Bebek Ölüm Oranı, Kişi Başına Düşen Gelir, Sağlık Harcamaları (toplam, özel, kamu), 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, Şehirleşme Oranı, Eğitim Harcamaları/GSYİH	Panel
Erdoğan ve Bozkurt (2008)	1	1980-2005	Doğumda Yaşam Beklentisi, Reel GSMH, Sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı	ARDL
Sülkü ve Caner (2009)	1	1984-2006	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (toplam, özel, kamu), Kişi Başına Düşen GSYİH, Nüfus Artış Oranı	Eşbütünleşme
Tüylüoğlu ve Tekin (2009)	176	2003	Doğumda Yaşam Beklentisi, Bebek Ölüm Oranı, Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir	EKK
Çoban (2009)	1	1983-2006	Doğumda Yaşam Beklentisi, SGP'ye göre Kişi Başına Düşen Gelir, Kişi Başına Düşen SGP'ye göre Sağlık Harcamaları, Bebek Ölüm Oranı,	EKK
Yumuşak ve Yıldırım (2009)	1	1980-2005	Sağlık Harcamaları, Doğumda Yaşam Beklentisi, GSMH	Nedensellik
Erdil ve Yetkiner (2009)	75	1990-2000	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir	Panel
Çalışkan (2009)	21	1984-2005	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir, toplam kamu sağlık harcamaları, kişi başına düşen ilaç harcaması, 65 yaş ve üstü nüfus oranı, 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, doğurganlık oranı, şehirleşme oranı	Panel
Bozkurt (2010)	1	1980-2005	Yaşam Beklentisi, Sağlık Harcamalarının Milli Gelir İçindeki Payı, İlköğretim, Orta Öğretim Ve Yüksek Öğretim Okullaşma Oranı, Toplam Tasarruflar, Kişi Başına Düşen Gelir	Eş Bütünleşme, Nedensellik
Keskin (2011)	177	2002-2004	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir, Kişi Başına Düşen Eğitim Harcamaları, Doğumda Yaşam Beklentisi, Beşeri Kalkınma Endeksi, GINI	EKK
Çukur ve Bekmez	1	1975-2011	Bebek Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı, Gelir Eşitsizliği, Kişi Başına	Panel

(2011)			Düşen Gelir	
Yardımcıoğlu (2012)	25	1975-2008	Doğumda Yaşam Beklentisi, Kişi Başına Düşen Gelir	Panel, Eşbütünleşme, Nedensellik
Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012)	1	2006:01-2012:03	Sağlık Harcamaları, GSYİH	Eşbütünleşme
Ay vd (2013)	1	1968-2006	Reel GSYİH, Yataklı Sağlık Kurumu Sayısı, Yataksız Sağlık Kurumu Sayısı, Sağlık Memuru Başına Düşen Kişi Sayısı	Eşbütünleşme
Çalışkan vd (2013)	1	1967-2010	GSYİH, Doğumda Yaşam Beklentisi, Hastane Sayısı, Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı, Sağlık Kurumlarına Ait Yatak Sayıları	Nedensellik
Selim vd (2014)	28	2011-2011	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, GSYİH	Panel Birim Kök, Panel Eşbütünleşme
Bloom vd (2001)	104	1960-1990	GSYİH, Doğumda Yaşam Beklentisi, Okullaşma Oranı	Panel
Bhargava vd (2001)	92	1965-1990	GSYİH, Doğumda Yaşam Beklentisi	Panel
Rivera ve Currais (2003)	OECD	1960-2000	Kişi Başına Düşen Gelir, Sağlık Harcamaları/GSYİH,	EKK
Bloom vd (2004)	-	1960-1990	Kişi Başına Düşen Gelir, Doğumda Yaşam Beklentisi, Okullaşma Oranı	Panel
Brempong ve Wilson (2004)	44	1975-1994	Doğumda Yaşam Beklentisi, Kişi Başına Düşen Gelir, Sağlık Harcamaları/GSYİH, Okullaşma Oranı	Panel
Li vd (2009)	1	1978-2006	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir, 65 yaş ve üstü nüfus oranı, 1000 kişi başına düşen doktor sayısı, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, Sağlık Harcamaları/GSYİH, Bebek ölüm oranı	EKK, Eşbütünleşme ve Hata Düzeltme Modeli
Chaabouni ve Abednadhher (2010)	1	1961-2008	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir, 65 yaş ve üstü nüfus oranı, tıbbi yoğunluk, çevre kalitesi	ARDL
Baltagi ve Moscone (2010)	20	1971-2004	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir, Bağımlılık oranı, Sağlık Harcamaları/GSYİH	Panel
Tang (2010)	1	1970-2009	Sağlık Harcamaları, Reel GSYİH	EKK, ARDL
Tang ve Ch'ng (2011)	5	1970-2006	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Düşen Gelir	Nedensellik, ARDL

Tablo 4.1’de tez konusu ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmaların özeti verilmektedir. Kullanılan model ve değişkenler, çalışmamıza yön vermesi açısından önem arz etmektedir.

4.1.2. Yöntem

Çalışmada serilerin temel istatistiksel özellikleri belirlendikten sonra iktisadi anlamda bir ilişki, nedensellik testi yapılarak açıklanmaya çalışılacaktır. Bunun için öncelikle ADF (Augmented Dickey-Fuller) ve PP (Phillips-Perron) birim kök testleri

ile durağanlık analizleri, ardından yeni nesil birim kök testlerinden iki yapısal kırılmaya izin veren Lee-Strazicich birim kök testi yapılacaktır. Bu bağlamda, söz konusu testler ile serilerdeki kırılmalar, yapısal dönüşüm tarihlerini değerlendirmemize olanak sağlayacaktır. Devamında Hatemi-J (2012) nedensellik analizi ile değişkenler arasındaki etkileşimin yönü tespit edilecektir.

Çalışmadaki değişkenlerin çoğu oran olarak analize dahil edildiğinden, TSKS ve KBDTSH serileri doğal logaritmik formda, diğer tüm değişkenler ise düzey değerleri ele alınarak işlemler yapılmıştır. Çalışmada literatürde sıkça denendiği üzere iki model geliştirilmiş (Çalışkan, 2009; Tüylüoğlu ve Tekin, 2009; Yakışık ve Çetin, 2014) ve sonuçları aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir.

Birinci modelde kişi başına düşen milli gelirdeki büyüme oranı, ikinci modelde ise bebek ölüm oranı bağımlı değişken; her iki model için kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları (KBDTSH), kişi başına düşen yatak sayısı (KBDYS), toplam sağlık kurumu sayısı (TSKS) ve toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı (TSH/GSYİH) açıklayıcı değişken olarak kullanılmıştır. Böylece SDP'nin hem kalkınmaya etkisi hem de sağlık düzeyindeki gelişmeler (etkinlik) test edilmiştir.

Belirli bir dönemde (t), belirli bir ülkede (i) kalkınmaya dair modeller şu şekilde kurulmuştur:

Model 1:

$$KBDGBO_{it} = \beta_1 + \beta_2 KBDTSH_{it} + \beta_3 KBDYS_{it} + \beta_4 TSKS_{it} + \beta_5 TSH / GSYİH_{it} + \varepsilon_t$$

Model 2:

$$BÖO_{it} = \beta_1 + \beta_2 KBDTSH_{it} + \beta_3 KBDYS_{it} + \beta_4 TSKS_{it} + \beta_5 TSH / GSYİH_{it} + \varepsilon_t$$

4.1.3. Materyal

Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına ilişkin olarak kullanılan değişkenlerden kişi başına düşen yatak sayısı, toplam sağlık kurumu sayısı, kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı ile kalkınma göstergesi olarak kullanılan iktisadi açıdan kişi başına düşen gelirdeki büyüme oranı ve sağlık açısından ele alınan bebek ölüm oranı arasındaki etkileşimi, SDP çerçevesinde ortaya koymak, çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, sağlık politika uygulayıcıları için dikkate alınması gereken durumu ortaya koyabilecektir.

Ekonometrik analiz için bu çalışmada, veri mevcudiyetine bağlı olarak 1975-2012 dönemine ait yıllık veriler kullanılmıştır. Kullanılan değişkenler, kişi başına düşen gelirdeki büyüme oranı, kişi başına düşen sağlık harcamaları, 100 kişi başına düşen yatak sayısı, toplam sağlık kurumu sayısı, 100 canlıda bebek ölüm oranı, toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı serileridir.

Tablo 4.2: Değişkenler ve Kaynakları		
Değişkenler	Değişkenlerin Açıklaması	Kaynaklar
KBDGBO	Kişi Başına Düşen Gelirdeki Büyüme Oranı (%)	World Bank
LNKBDTSH	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları (SGP-\$)	OECD
KBDYS	100 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı (Adet)	TUİK
LNTSKS	Toplam Sağlık Kurumu Sayısı (Adet)	TUİK
BÖÖ	100 Canlıda Bebek Ölüm Oranı (%)	OECD
TSH/GSYİH	Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı (%)	OECD

Kişi başına düşen gelirdeki büyüme oranı (%): Bilindiği gibi GSYİH, bir ekonomide bir yıllık bir dönemde ülke içinde üretilen nihai malların ve hizmetlerin değerleri toplamıdır (Bocutoğlu, 2011:23). Kişi başına düşen gelir, toplam milli gelirin ülke nüfusuna bölünmesiyle elde edilir. Nüfusun milli gelirden hızlı artması halinde, toplum fakirleşmekte ve refahın düşmektedir. Bu nedenle, kişi başına gelir rakamları dikkate alınarak gelişme ve refahın ölçülmesi gerekmektedir. Ekonomik gelişme süreci, kişi başına düşen milli geliri devamlı surette arttırabilme çabalarını ifade etmektedir (Erdoğan, 1994:9). Çukurçayır ve Tezcan (2011), Çeken (2008), Berber (2011), Lucas (1988) ve Rostow (1966) yaptıkları çalışmalarda bahsi geçen değişkeni kalkınma göstergesi olarak kabul etmektedir. Keskin (2011) ve Ahluwalia (1976) kişi başına düşen geliri kalkınma göstergesi olarak kabul etmektedir. Yardımcıoğlu (2012), Tang ve Ch'ng (2011), Rivera ve Currais (2003), Brempong ve Wilson (2004), Bloom ve Diğerleri (2004) yaptıkları çalışmalarda kişi başına düşen geliri büyüme göstergesi olarak analizlerine dahil etmekte, ancak kalkınmanın büyümeyi de içine alan bir olgu olduğu gerçeği nedeniyle yapılan çalışmalarda kullanılan değişkenin kalkınma göstergesi olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Kişi başına düşen sağlık harcamaları: Toplam sağlık harcamaları, belirli amaçları gerçekleştirmek üzere tıbbi, paramedikal, hemşirelik hizmetleri ve teknoloji

gibi uygulamalara yapılan toplam harcamalar olarak tanımlanmaktadır. Teknik standartları izleme ve yol güvenliği gibi genel kamu güvenliği önlemleri ile gıda ve sağlığa uygunluk kontrolü, sağlık araştırma ve geliştirmeleri gibi faaliyetler toplam sağlık harcamaları içerisinde yer almamaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009:15). Kişi başına düşen sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının ülke nüfusuna bölünmesiyle elde edilir. Chaabouni ve Abednnadher (2010), Çoban (2009), Sülkü ve Caner (2009), Li ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmalarda söz konusu değişkeni kullanmaktadır.

100 Kişi başına düşen yatak sayısı: Bir yıl içinde incelenen yerleşim birimi (ilçe, il, bölge, ülke) sınırları içerisinde bulunan sağlık kurumlarının toplam hasta yatağı sayısının birimin nüfusuna bölünmesi ile elde edilmektedir. Belli sayıda (genellikle 10,000) kişiye düşen hasta yatak sayısını ifade eder. Planlama yapmak gibi diğer amaçlar yanında yerleşim birimleri arasında kıyaslama yapmak amacıyla da kullanılmaktadır (www.saglik.gov.tr). Taban (2006), Lorcu ve Bolat (2009), Li ve diğerleri (2009), Çalışkan ve diğerleri (2013), yatak sayılarını analizlerinde sağlık göstergesi olarak kullanmaktadır.

Toplam sağlık kurumu sayısı: Askeri hastane dışındaki devlete ve özele ait hastaneler ile sağlık ocağı, aile hekimliği birimi, toplum sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) merkezi, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi sayıları toplamını göstermektedir (TUİK). Ay ve diğerleri (2013) ile Taban (2006) çalışmalarında kullanmaktadır.

100 Canlıda bebek ölüm oranı: Bir yılda, birinci yaş gününü göremeden ölen bebeklerin sayısının aynı yıl içerisinde doğan canlı bebek sayısına bölünüp, 100 ile çarpılmasıyla elde edilmektedir (Bilaloğlu, 2015). Bebek ölümlerinin seviyesi bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren önemli kalkınma göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Koç vd., 2010:43). Barlas ve diğerleri (2014), Lorcu ve Bolat (2009), Tüylüoğlu ve Tekin (2009), Hicks ve Streeten (1979) çalışmalarında sözü geçen değişkeni kalkınma göstergesi olarak; Başar (2008), Çoban (2009), Çukur ve Bekmez (2011), Kar ve Taban (2014) ise sağlık düzeyinin göstergesi olarak kullanmaktadır. Lorcu ve Bolat (2009:129) eserinde bebek ölüm oranının, hizmet kalitesinin, sağlık hizmetlerine erişimin ve toplum sağlığının bir göstergesi olduğunu belirtmektedir.

BÖO serisinin hem sağlıktaki başarının hem de kalkınmışlığın en önemli göstergelerinden biri olması nedeniyle çalışmanın analizine dahil edilmektedir.

Bebek ölümlerinin azaltılması, SDP'nin bileşenlerinden biri olan etkinliğin (toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi) sağlandığının bir göstergesidir.

Toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı; toplam sağlık harcamaları, devlet ve özel sektör tarafından sunulan hastane, ayakta bakım sunanlar, tıbbi malzeme, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık sigortası, özel sosyal sigorta, KİT'ler, vakıf üniversitelerinin yaptığı harcamalardır. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya bölünüp, 100 ile çarpılması sonucu elde edilir. Brempong ve Wilson (2004), Kar ve Ağır (2003), Baltagi ve Moscone (2010), Erdoğan ve Bozkurt (2008) ile Bozkurt (2010) yaptıkları çalışmalarda söz konusu değişkeni kullanmaktadır.

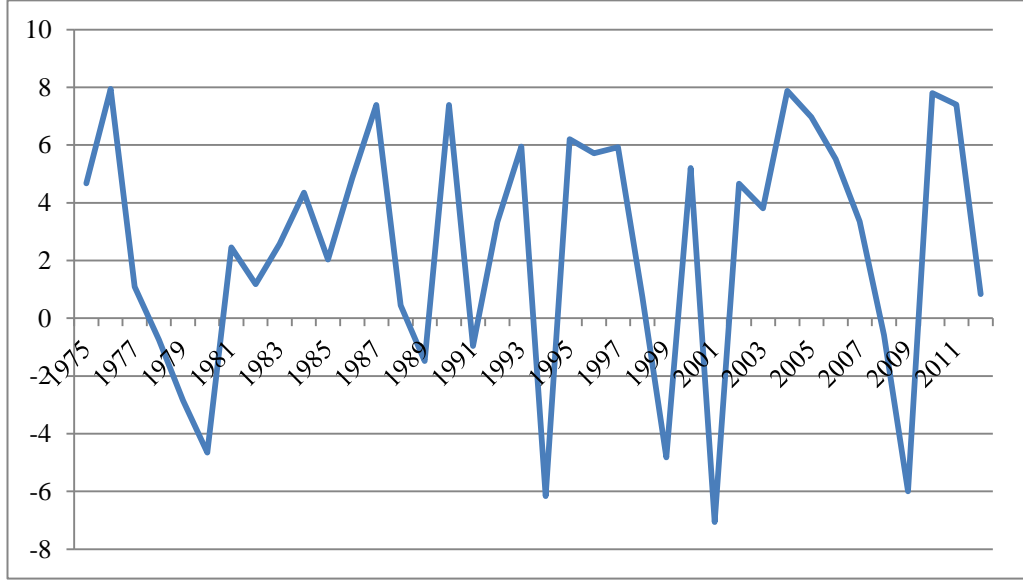
SDP'nin kalkınma üzerine olumlu etkilerini analiz etmek amacıyla sağlık göstergeleri ile kalkınma arasındaki ilişki yapısal kırılmalı birim kök testi ve nedensellik testi aracılığıyla ortaya konmaya çalışılacaktır. Analiz kapsamında kullanılan veriler, OECD Health Data (2014), World Bank World Development Indicators ve TÜİK tarafından yayınlanan sağlık istatistiklerinden elde edilmiştir.

4.2. BULGULAR VE TARTIŞMA

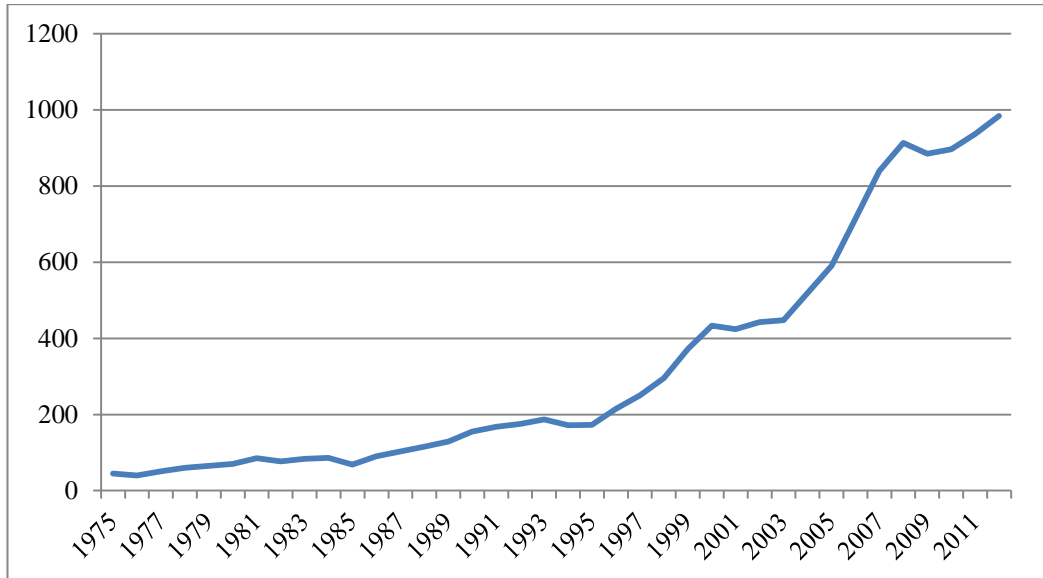
Çalışmanın bu bölümünde, Türkiye ekonomisi verileri kullanılarak ekonometrik tahmin sürecinin gerçekleştirilmesine ayrılmıştır. Serilerin durağanlığını araştıran birim kök ve değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz eden nedensellik testlerinin sonuçları değerlendirilmeye çalışılmıştır.

4.2.1. Değişkenlerin Dağılım Grafikleri

Bu kısımda analiz bulguları ve bunlara dayalı değerlendirmeler sunulmaktadır.

Grafik 4.1: Kişi Başına Düşen Gelirdeki Büyüme Oranı (%)

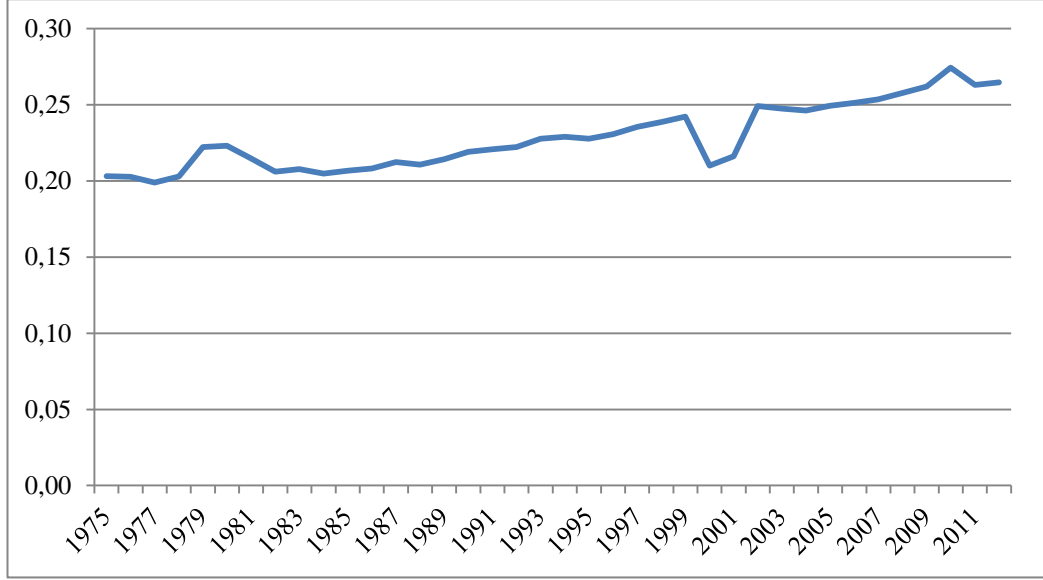
Grafik4.1, kişi başına düşen milli gelirdeki büyüme oranı serisinin 1975-2012 yılları arası dağılımını göstermektedir. Ele alınan dönem itibariyle yıldan yıla değişimler gözlemse de en büyük değişimlerin ulusal ya da küresel kriz dönemine tekabül eden 1980, 1994, 2001 ve 2008 yıllarında olduğu görülmektedir.

Grafik 4.2: Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları

Grafik4.2’de kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının 1975-2012 yılları arası dağılımı verilmiştir. 1975 yılında 45 dolar olan kişi başına düşen toplam

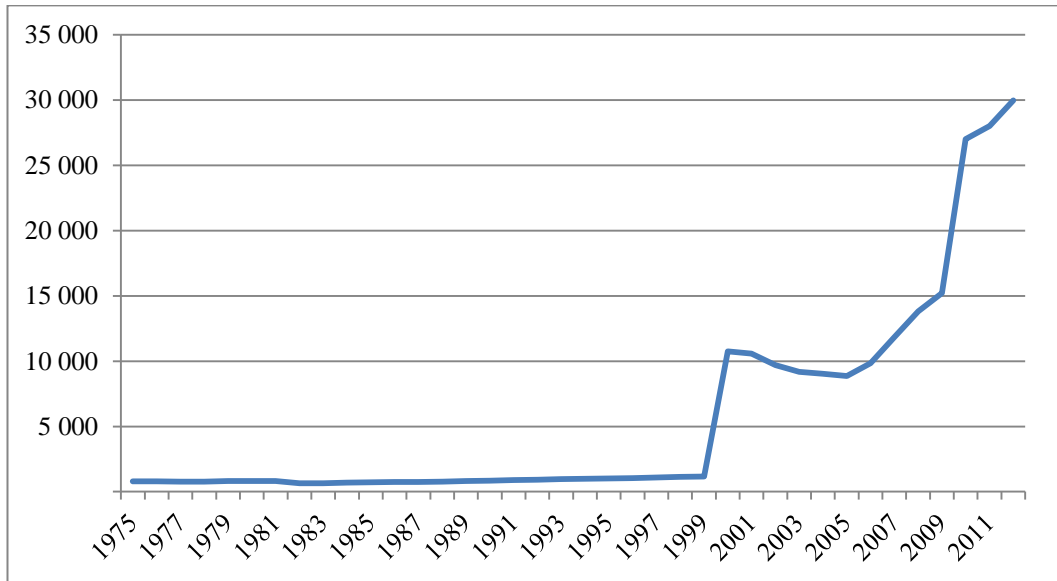
sağlık harcamalarını 2012 yılında yaklaşık 22 katına çıkararak 984 dolara yükseldiği görülmektedir. Kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarının krizlerden (1994, 2001 ve 2008) etkilendiği söylenebilir.

Grafik 4.3: 100 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı



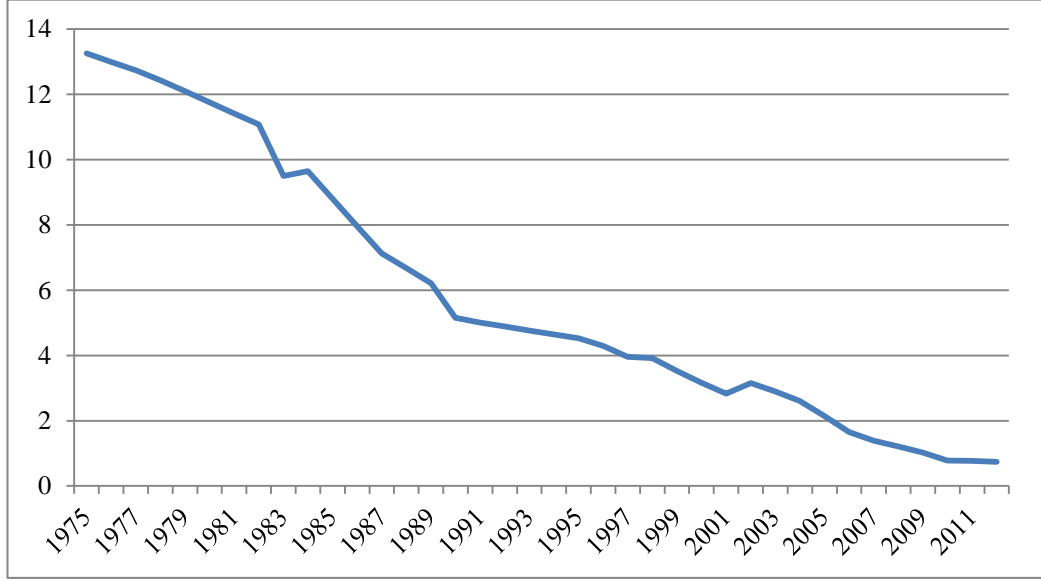
Grafik4.3'te 100 kişi başına düşen yatak sayılarının 1975-2012 yılları arası dağılımı verilmiştir.

Grafik 4.4: Toplam Sağlık Kurumu Sayısı

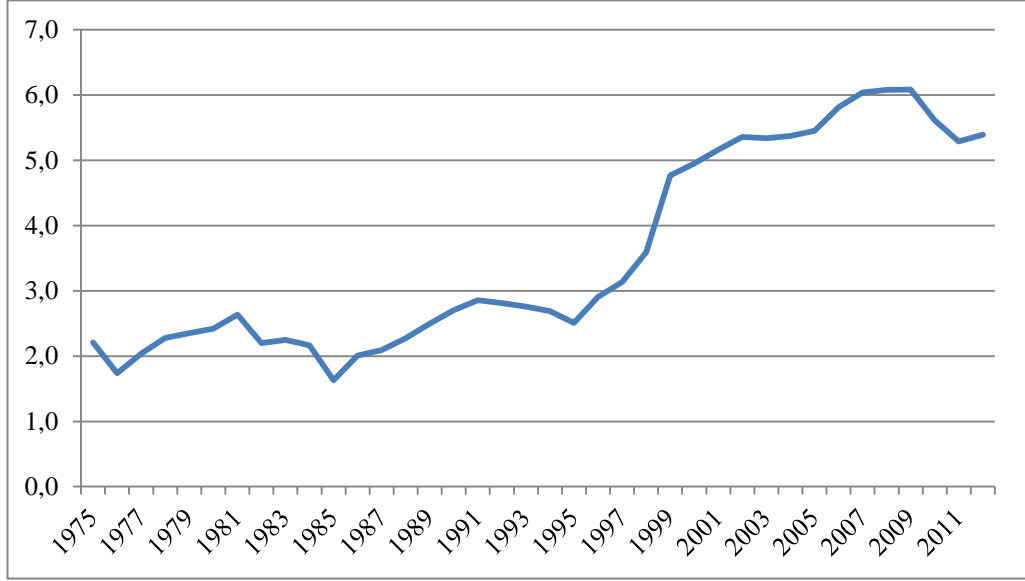


Grafik4.4, toplam sağlık kurumu sayısının 1975-2012 yılları arası dönemi için yıllara göre dağılımını göstermektedir. 1975 yılında 798 olan toplam sağlık kurumu sayısı 2012 yılına kadar %3654 artış göstererek 29.960 olmuştur. Özellikle 2000 yılında bir sıçrama meydana gelmekte, sonraki yıllarda ise dalgalı bir seyir gözlemlenmektedir.

Grafik 4.5: 100 Canlıda Bebek Ölüm Oranı



Grafik4.5, 100 canlıda bebek ölüm oranının 1975-2012 döneminde yıllara göre dağılımını göstermektedir. 1975 yılında %13.25 olan bebek ölüm oranı 2012 yılında %0.74 olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 4.6: Toplam Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Oranı

Grafik4.6, toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranını göstermektedir. 1975 yılında %2.2 olan bu oran 3.2 puan artarak 2012’de %5.4 olarak gerçekleşmiştir. 1980’li yıllardan itibaren başlayan özelleştirme hareketleri ile 1985 yılında söz konusu oran %1.6 ile dip yapmıştır. SDP kapsamında 2003 yılında başlayan toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranındaki artış 2010 yılından itibaren yerini düşüşe bırakmıştır.

4.2.2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Türkiye ekonomisi verilerine dayarak yapılan çalışmada, seçilen değişkenler arasındaki ilişkilerin zaman serisi özellikleri aracılığıyla politika içerikli sonuçlara ulaşılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, serilerin normal dağılıp dağılmadığı ve değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.3: Değişkenlere ait Tanımlayıcı İstatistikler								
	Gözlem Sayısı	Ortalama	Maksimum	Minimum	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık	Jarque-Bera
KBDGBO	38	2.42	7.94	-7.05	4.34	-0.64	2.41	3.17 (0.20)
KBDTSH	38	5.32	6.89	3.69	0.99	0.13	1.72	2.68 (0.26)
100 KBDYS	38	0.22	0.27	0.19	0.02	0.47	2.01	2.93 (0.23)
TSKS	38	7.68	10.30	6.47	1.35	0.75	1.80	5.89 (0.052)
BÖO	38	5.85	13.25	0.74	4.06	0.52	1.93	3.54 (0.17)
TSH/GSYİH	38	3.56	6.07	1.63	1.54	0.47	1.50	4.93 (0.084)

Not: Parantez içindeki değerler olasılık değerlerini göstermektedir.

Tablo 4.3'te serilerin normal dağılıp dağılmadığı; çarpıklık, basıklık ve Jarque-Bera istatistiklerine göre bakılmıştır. İlgili değişkenlerin basıklık değerinin 3'ten büyük olması serinin sivri olduğunu; küçük olması ise serinin basık olduğunu göstermektedir. Çarpıklık değerinin sıfıra eşit olması serinin normal dağılıma sahip olduğunu gösterirken, çarpıklık değerinin sıfırdan büyük olması serinin sola (pozitif yönde) çarpık olduğunu, sıfırdan küçük olması ise serinin sağa (negatif yönde) çarpık olduğunu göstermektedir (Kapusuzoğlu ve Karan, 2010:61-62). Kişi başına düşen gelirdeki büyüme oranı serisinin sağa çarpık, diğer değişkenlerin ise sola çarpık; tüm değişkenlerin basık ve JB istatistiklerine göre, olasılık değerlerinin 0.05'ten büyük olması nedeniyle tüm değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

4.2.3. ADF ve PP Birim Kök Testleri

Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerinin tahmin edilmesinden önce birim kök testlerine başvurulması gerekmektedir. Bu amaçla, özellikle iktisat alanında yapılan çalışmalarda sıklıkla başvuru alan Genişletilmiş Dickey-Fuller (1981) ve Phillips ve Perron (1988) birim kök testleri kullanılmıştır. Tablo 4.4'te sonuçlar görülmektedir.

Tablo 4.4: ADF (1981) ve PP (1988) Birim Kök Testi Sonuçları

		<i>Değişkenler</i>	ADF	PP	<i>Değişkenler</i>	ADF	PP
<i>Dizey</i>	<i>Sabit</i>	KBDGBO	-6.06(0) [0.0000]*	-6.07(3) [0.0000]*	KBDGBO	-6.77(1) [0.0000]*	-14.96(6) [0.0000]*
		KBDTSH	-0.22(0) [0.9269]	-0.22(0) [0.9269]	KBDTSH	-5.27(4) [0.0001]*	-6.15(1) [0.0000]*
		100 KBDYS	-0.16(2) [0.9334]	-0.66(14) [0.8428]	100 KBDYS	-6.99(1) [0.0000]*	-12.26(35) [0.0000]*
		TSKS	0.15(0) [0.9660]	0.31(3) [0.9762]	TSKS	-6.02(0) [0.0000]*	-6.03(3) [0.0000]*
		BÖÖ	-2,13(0) [0.2330]	-2.06(3) [0.2604]	BÖÖ	-5.56(0) [0.0000]*	-5.66(3) [0.0000]*
		TSH/GSYİH	-0.83(1) [0.7959]	-0.53(3) [0.8735]	TSH/GSYİH	-4.91(0) [0.0003]*	-5.01(3) [0.0002]*
	<i>Sabit+Trend</i>	KBDGBO	-6.06(0) [0.0000]*	-6.18(4) [0.0000]*	KBDGBO	-6.67(1) [0.0000]*	-13.40(5) [0.0000]*
		KBDTSH	-3.63(3) [0.0415]**	-2.80(2) [0.2047]	KBDTSH	-5.39(4) [0.0006]*	-6.05(1) [0.0001]*
		100 KBDYS	-3.75(1) [0.0310]**	-3.26(4) [0.0880]***	100 KBDYS	-6.94(1) [0.0000]*	-13.84(28) [0.0000]*
		TSKS	-1.92(0) [0.6227]	-1.89(2) [0.6374]	TSKS	-6.21(0) [0.0000]*	-6.62(6) [0.0000]*
BÖÖ		-0.57(0) [0.9747]	-0.65(3) [0.9693]	BÖÖ	-6.26(0) [0.0000]*	-6.25(3) [0.0000]*	
	TSH/GSYİH	-1.68(1) [0.7378]	-2.06(3) [0.5470]	TSH/GSYİH	-4.81(0) [0.0023]*	-4.93(3) [0.0017]*	

Not: *.** ve *** değerleri sırasıyla %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin durağanlıklarını göstermektedir. Parantez içindeki değerler Schwarz bilgi kriterine göre optimal gecikme uzunluğunu göstermektedir. Gecikme uzunluğunun sıfır olması durumunda Dickey-Fuller testini göstermektedir. Köşeli parantez içindeki değerler olasılık değerlerini göstermektedir. ADF testi için: Mac Kinnon (1996) kritik değerleri sabitte %1, %5 ve %10 değerleri için sırasıyla -3.621, -2.943, -2.610 ve sabit + trend için %1, %5 ve %10 olasılık değerleri için sırasıyla -4.226, -3.536, -3.200. PP testi için: Mac Kinnon (1996) kritik değerleri sabitte %1, %5 ve %10 değerleri için sırasıyla -3.621, -2.943, -2.610 ve sabit + trend için %1, %5 ve %10 olasılık değerleri için sırasıyla -4.226, -3.536, -3.200.

Geliştirilmiş Dickey-Fuller ve Phillips-Perron test sonuçlarına göre sabitli modelde KBDGBO değişkeni dışındakilerin tümünün; sabitli ve trendli modelde ise KBDGBO, KBDYS ve KBDTSH değişkenleri haricindeki diğer değişkenlerin tümünün düzeyde durağan olmadıkları görülmektedir. Analizde kullanılacak bütün

serilerin birinci farkları alındığında [I(1)] sabit ve sabit trendli modellerde her iki birim kök testi için durağan oldukları saptanmıştır.

4.2.4. Lee ve Strazicich Birim Kök Testi

Lee ve Strazicich (2003) serilerde iki yapısal kırılmanın varlığını araştıran birim kök testi geliştirmişlerdir. Model AA, serilerin ortalamasında iki yapısal kırılmanın varlığını, Model CC ise serilerin ortalaması ve trendinde iki yapısal kırılmanın varlığını araştırmakta olup, Tablo 4.5'te bu bağlamda elde edilen test sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Lee-Strazicich Birim Kök Testi Sonuçları						
Değişkenler	Min. t stat.	Model AA		Min. t stat	Model CC	
		Kırılma 1	Kırılma 2		Kırılma 1	Kırılma 2
KBDGBO	-5.73(0)*	2003	2006	-7.30(6)*	1996	2000
KBDTSH	-4.37(3)**	1995	1998	-6.92(3)*	1988	2003
100 KBDYS	-4.04(1)	1987	2007	-8.35(8)*	1997	2000
TSKS	-2.41(2)	1999	2006	-11.03(6)*	1988	2007
BÖÖ	-2.83(7)	1986	1990	-5.40(7)***	2000	2008
TSH/GSYİH	-2.25(3)	2005	2008	-6.73(3)*	1989	2002

Not: *, ** ve *** değerleri sırasıyla %1, %5 ve %10 anlam seviyelerinde serilerin yapısal kırılmayla birlikte durağanlıklarını; parantez içindeki değerler Akaike Bilgi Kriteri tarafından seçilen gecikme sayısını göstermektedir. Kritik değerler Lee-Strazicich (2003) Model AA için %1 ve %5 için kritik değerler sırasıyla -4.54 ve -3.842, Model CC için kritik değerler kırılmanın konumuna göre tespit edildiğinden KBDGBO, KBDYS, BÖÖ ve TSKS için %1, %5 ve %10 için sırasıyla -6.32, -5.73 ve -5.32 iken KBDTSH ve TSH/GSYİH için ise -6.42, -5.65 ve -5.32'dir.

KBDGBO serisinin %1 önem düzeyinde Model AA ve Model CC için test istatistik değerleri, mutlak değerce kritik değerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır.

2000 ve 2001 yılında yaşanan finansal kriz ve sonrasında gerçekleştirilen yapısal dönüşüm ile güçlü ekonomiye geçiş programı, Türkiye ekonomisinde önemli yapısal değişimlerin gerçekleşmesine neden olmuştur. Özellikle merkez bankasının bağımsızlığı ve Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu'nun kurulmasıyla finansal kesim denetim altına alınmış; ilerleyen yıllarda mali ve reel ekonomide

önemli ilerlemeler kaydedilmesinde payı olmuştur. 2002 ve 2003 yılları krizden çıkış yılları olarak nitelendirilebilmektedir. Model AA için birinci kırılma yılı olan 2003 yılı, bahsi geçen krizden etkilenmiş olabilir.

2005 yılında 20 milyar doları aşan özelleştirme performansı gerçekleşmiştir. Türkiye ekonomisinde gözlenen bu etkili toplanma, yabancı sermayenin ilgisinde ciddi artışa yol açarken bunun altında yatan sebeplerden biri de, güven ortamının oluşmasıdır. 2005 yılında büyüme verileri beklentilerin bir hayli üstünde gerçekleşmiş ve Türkiye ekonomisinin %7,6 büyüdüğünü göstermiştir. Son 30 yıldaki nüfus artış verilerine bakıldığında, yıldan yıla bir azalma görülebileceğinden Model AA için kişi başına düşen gelirden gerçekleşen ikinci yapısal kırılma yılı olan 2006 yılında, söz konusu gelişmelerin etkisinin olması muhtemeldir.

5 Nisan 1994 kararları çerçevesinde TL'nin yaklaşık %40 oranında devalüe edilmesiyle spekülasyon sermaye girişinin engellenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda kısa dönemli kamu borçlarını ödeyebilmek amacıyla yüksek faizli borçlanma kağıtları piyasaya sürülmüş, faiz oranlarını düşürme çabasına yönelik politikalar faizlerin çok daha yüksek oranlara sıçramasına yol açmıştır. Dolayısıyla yatırımların azalması milli gelirden bir azalışa (-%6,1) neden olmuştur (http://www.ekodialog.com/Konular/1994_krizi.html). Model CC için birinci kırılma yılı olan 1996, söz konusu kararlardan etkilenmiş olabilmektedir.

1998 yılındaki Asya krizi nedeniyle dünya üretimi ve ticaretinde daralmalar meydana gelmiştir. Bu durum sıcak paranın dışarı kaçmasına neden olmuş, dolayısıyla Türkiye ekonomisini de etkilemiştir. 1999 yılında yaşanan seçim ve deprem ülke ekonomisini etkileyen diğer etkenlerdir. Söz konusu faktörler nedeniyle, 2000 yılında bir önceki yıla göre canlanmadan çok sıçrama yapmıştır. Kişi başına düşen gelir 1999 yılında %4.8 azalmış iken, 2000 yılında %5.2 artış göstermiştir. Model CC için ikinci kırılma yılı olan 2000 yılı, söz konusu etmenlerden etkilenebilmektedir.

KBDTSH serisinin %5 önem düzeyinde Model AA için, test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu; Model CC için ise %1 önem düzeyinde test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır.

Seride Model AA için meydana gelen kırılmalar 1995 ve 1998 yıllarını temsil etmektedir. 1980'li yıllarda başlayan neoliberal değişim sağlık sektöründe de

etkisini göstermiş; 1990'lı yıllarda kamu finansman açığının giderek artması, kaynakların önemli kısmının faiz ödemelerine ayrılmasına yol açmış, dolayısıyla sağlık hizmetlerine ayrılan payın düşmesine yol açmıştır. Bu koşullarda, sağlık hizmetlerinin sunumu daha fazla özel kesim tarafından sağlanmaya başlamıştır. Model CC için birinci yapısal kırılma yılı (1988) için 1980'li yıllarda uygulamaya geçilen serbest piyasa ekonomisiyle daha fazla özel sektöre yönelim olduğunu; serinin de bundan etkilenmiş olduğunu söylemek mümkündür. İkinci yapısal kırılmanın gerçekleştiği 2003 yılı için ise uygulanmaya başlanan SDP ile sevsiz özel hastanelere başvuru imkanı getirilerek özel sektör teşvik edilmiş olup serinin bu uygulamadan etkilendiği belirtilebilmektedir.

KBDYS serisinin %1 önem düzeyinde Model AA için, test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden küçük olduğu için yapısal kırılmanın olduğu ve serilerin birim köklü olduğu; Model CC için ise test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır. Model CC için gerçekleşen yapısal kırılma yıllarında (1997 ve 2000) seri yedinci beş yıllık kalkınma planı hedeflerinin tesiri altında kalmış olabilmektedir. Yedinci beş yıllık kalkınma planında hedeflenen toplam yatak sayısında iyileşmeler kaydedilmiş; özellikle özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesiyle seri, özelleştirme uygulamalarından etkilenmiştir denilebilmektedir.

TSKS serisinin %1 önem düzeyinde Model AA için, test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden küçük olduğu için yapısal kırılmanın olduğu ve serilerin birim köklü olduğu; Model CC için ise test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır. Model CC için 1988 yılı birinci yapısal kırılmanın gerçekleştiği yıl olup, beşinci beş yıllık kalkınma planında özel sağlık kurumlarının teşvik edilmesine yönelik düzenlemeler yapılarak sağlık hizmetleri geliştirilmeye çalışılmıştır. İkinci yapısal kırılmaya (2007) bakıldığında 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP'nin izlerinin görüldüğü söylenebilmektedir. Özellikle de dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında yer alan aile hekimliği modelinin tüm Türkiye'de yaygınlaştırılması hedefi ve yine özel sektörün özendirilmesi toplam sağlık kurumu sayısı serisinde bir yapısal dönüşüm yaşandığına işaret olduğu söylenebilmektedir.

BÖO serisinin %1 önem düzeyinde Model AA için, test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden küçük olduğu için yapısal kırılmanın olduğu ve serilerin birim köklü olduğu; Model CC için ise test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır. Model CC için birinci yapısal kırılmanın yaşandığı 2000 yılından itibaren Türkiye yeni bir demografik rejime girmiştir. Özellikle de anne ve çocuk sağlığında yaşanan olumlu gelişmeler beş yaş altı çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmıştır. Bu rejimle birlikte Türkiye artık yüksek doğurganlık ve yüksek ölüm hızlarına sahip bir ülke olmaktan çok düşük doğurganlık ve düşük ölüm hızlarına sahip bir nüfus özelliği taşımaktadır. İkinci yapısal kırılmaya (2008) bakıldığında 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP'nin etkilerinin olduğu söylenebilmektedir. Aile hekimliği modeline 2005 yılından itibaren başlanması ile anne ve çocuk sağlığı kontrol altında tutulmaya başlanmıştır. Ayrıca yenidoğan merkezi, yenidoğan personeli, yenidoğan yatağı gibi altyapı olanaklarının iyileştirilmesi, doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ile bebek ölüm hızlarının gerilemesine yol açtığı belirtilebilmektedir.

TSH/GSYİH serisinin %1 önem düzeyinde Model AA için, test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden küçük olduğu için yapısal kırılmanın olduğu ve serilerin birim köklü olduğu; Model CC için ise test istatistik değerleri mutlak değerce kritik değerlerden büyük olduğu için yapısal kırılmayla birlikte serinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır. Model CC için birinci yapısal kırılma 1989 da gerçekleşmiş; 24 Ocak kararları sonrasında borçlanmasının etkisiyle kaynakların çoğunun borç ödemeleri ve personel giderlerine ayrılmasıyla eğitim ve sağlık sektörüne ayrılan pay giderek azalmakta olduğundan sağlık harcamalarının milli gelir içinden aldığı pay bu durumdan etkilenmiştir diyebiliriz. Sekizinci kalkınma planında sağlık hizmeti finansmanı ve sunumunun birbirinden ayrılması, sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin özendirilmesi, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının sağlanması, aile hekimliği uygulamasına geçiş için gerekli düzenlemelerin yapılması gibi birçok hedef belirlenmiştir. İkinci yapısal kırılmanın gerçekleştiği 2002 yılı söz konusu adımlardan etkilenmiş olabilmektedir.

4.2.5. Hatemi-J Asimetrik Nedensellik Testi

Yapısal kırılma tarihleri ve bu tarihlere yakın değişkenlerin SDP sonrası kalkınmaya etkisinin test edilmesinde Hatemi-J (2012) testi kullanılmıştır. Söz konusu test, değişkenler arasında pozitif ve negatif şoklara karşı etkileşimi vermesi yönüyle güncel bir analiz yapılmasını sağlamıştır. SDP kapsamında her bir değişken için pozitif ve negatif şoklar şu şekilde açıklanmaktadır:

Güçlü ekonomiye geçiş programı ile özelleştirmenin teşvik edilmesisonucu özel hastanelerin kurulması, 2003 yılında bireylerin de sağlık sigortalarıyla söz konusu hastanelerden ve tıp merkezlerinden hizmet almasının sağlanmasıyla KBDTSH artış göstermektedir. KBDTSH için pozitif şoklar kapsamında söz konusu gelişmeler değerlendirilebilmektedir.

Sağlık harcamalarını belirleyen en önemli etkenlerden biri gelir düzeyidir. 2000-2001 krizleri ve seçim sonrası, canlanan ekonominin etkisiyle gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık harcamalarını artırmaktadır. Özetle 2000 sonrası ekonomik ve siyasi gelişmeler KBDTSH için negatif şoklar kapsamında ele alınabilmektedir.

KBDGBO için negatif şoklar açısından 2002 genel seçimlerinin önemli bir dönüm noktası olduğu düşünülmektedir. Seçim öncesinde 1998 Rusya krizi, 1999 Marmara depremi ardından 2000-2001 krizlerinin yaşanması Türkiye ekonomisini olumsuz etkilemiştir.

KBDGBO için pozitif şoklar açısından 2000-2001 krizleri ve 2002 genel seçimlerinden sonra güçlü ekonomiye geçiş programı ile ekonominin toparlanma sürecine girmesi üretimi artırmakta, dolayısıyla milli gelir artışı ile sonuçlanmaktadır. 2006 yılından itibaren değişkendeki düşme eğilimi hızlanarak devam etmekte; 2008 küresel kriz sonrası negatif büyüme gerçekleşmektedir.

KBDYS için negatif şoklar bakımından 2000 ve 2001 yıllarında yaşanan krizler nedeniyle ekonominin daralması, bütçeden sağlığa ayrılan payın azalması, sağlık yatırımlarının olumsuz etkilenmesi söz konusu değişkeni etkilediği düşünülmektedir.

KBDYS için pozitif şoklar açısından özelleştirmelerin özel sağlık kurumlarının teşvik edilmesiyle yatak sayılarındaki ilerlemeler kaydedilmesi, “Misafir Anne” Projesi, yenidoğan merkezi, personeli, altyapısı alanında gelişmelerin gerçekleştirilmesi serinin etkilendiği sonucunu verebilmektedir.

TSKS için negatif şoklar bakımından aile hekimliği modeline geçiş ile ASM’lerin ticari işletme statüsüne kavuşturulması, 2007 yılında hastanelerin özerklik

sağlayacak kanun taslağı TBMM'ye sunulmuştur. Hastanelerin SB'na bağlı kurullar tarafından yönetilmesi ve çalışanların sözleşmeli olarak görev yapacak olması, değişkenin olumsuz etkilendiği faktörler olarak düşünülmektedir.

TSKS için pozitif şoklar açısından aile hekimliği modeline geçiş ile özelleştirme sonrası sağlık kurumu sayısının artış göstermesi değişkeni etkileyen faktörler olduğu öngörülebilmektedir.

BÖO için negatif şoklar bakımından GSS öncesi yardımcı üreme yöntemi tedavileri, finansman kurumları tarafından ödenmemektedir. Ayrıca aile hekimliği modeli tüm yurda yaygınlaştırılmadığından hamilelerin takibinin iyi yapılamaması, değişkeni etkileyen etmenler olduğu düşünülmektedir.

BÖO için pozitif şoklar açısından GSS sonrasında yardımcı üreme yöntemi tedavileri, SGK tarafından ödenmektedir. Ayrıca aile hekimliği modeli 2010 yılında tüm yurda yaygınlaştırıldığından hamilelerin takibinin iyi yapılması değişkeni etkileyen faktörlerdendir.

TSH/GSYİH için pozitif şoklar açısından 8. BYKP kapsamında sağlık hizmet sunumunda özelleştirmenin teşvik edilmesi, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması, herkese sağlık sigortası çerçevesinde yararlanma hakkının sağlanması gibi hedeflerden bahsi geçen değişkenin etkilendiğini söylemek mümkündür.

TSH/GSYİH için negatif şoklar 2002 yılında yaşanan kriz ve seçimin yol açtığı endişe durumu üretimi de etkilemekte; bütçeden sağlığa ayrılan pay da tesir altında kalmaktadır.

Tablo 4.6: Hatemi-JAsimetrik Nedensellik Testi Sonuçları**(Model 1)**

Nedenselliğin Yönü	MWALD	%1	%5	%10	Nedenselliğin Yönü	MWALD	%1	%5	%10
(KBDGBO) ⁺ ≠ (KBDYS) ⁺	0.374 (0.541)	9.535	5.226	3.111	(KBDYS) ⁺ ≠ (KBDGBO) ⁺	0.157 (0.692)	11.216	4.738	3.235
(KBDGBO) ⁺ ≠ (KBDYS) ⁻	0.612 (0.434)	12.703	5.641	4.016	(KBDYS) ⁺ ≠ (KBDGBO) ⁻	1.750 (0.186)	13.831	5.900	3.844
(KBDGBO) ⁻ ≠ (KBDYS) ⁻	0.965 (0.326)	18.746	6.741	3.756	(KBDYS) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁻	0.119 (0.731)	14.754	6.047	3.833
(KBDGBO) ⁻ ≠ (KBDYS) ⁺	0.455 (0.500)	12.508	5.667	3.409	(KBDYS) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁺	0.358 (0.550)	14.266	5.511	3.270
(KBDGBO) ⁺ ≠ (TSH/GSYİH) ⁺	17.245 (0.002)*	302.254	56.147	28.148	(TSH/GSYİH) ⁺ ≠ (KBDGBO) ⁺	15.130 (0.004)*	249.061	84.571	38.257
(KBDGBO) ⁺ ≠ (TSH/GSYİH) ⁻	3.443 (0.487)	368.122	69.796	30.931	(TSH/GSYİH) ⁺ ≠ (KBDGBO) ⁻	2.275 (0.131)	13.314	6.006	3.351
(KBDGBO) ⁻ ≠ (TSH/GSYİH) ⁻	2.314 (0.678)	307.696	66.756	33.415	(TSH/GSYİH) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁻	38.603 (0.000)*	541.078	81.491	41.276
(KBDGBO) ⁻ ≠ (TSH/GSYİH) ⁺	17.817 (0.001)*	480.663	97.353	36.856	(TSH/GSYİH) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁺	0.045 (0.831)	24.334	6.261	3.314
(KBDGBO) ⁺ ≠ (KBDTSH) ⁺	1.842 (0.175)	10.365	4.912	3.426	(KBDTSH) ⁺ ≠(KB DGO) ⁺	0.610 (0.435)	11.811	6.236	4.200
(KBDGBO) ⁺ ≠ (KBDTSH) ⁻	4.370 (0.358)	368.258	67.285	32.475	(KBDTSH) ⁺ ≠(KB DGO) ⁻	0.987 (0.321)	13.735	5.484	3.484
(KBDGBO) ⁻ ≠ (KBDTSH) ⁻	0.801 (0.938)	297.705	70.896	32.824	(KBDTSH) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁻	117.436 (0.000)*	380.922	72.745	34.505
(KBDGBO) ⁻ ≠ (KBDTSH) ⁺	1857.8 (0.000)*	421.968	68.991	35.245	(KBDTSH) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁺	0.000 (0.999)	17.583	6.891	3.346
(KBDGBO) ⁺ ≠ (TSKS) ⁺	0.352 (0.553)	11.010	5.142	3.438	(TSKS) ⁺ ≠(KBDG BO) ⁺	0.022 (0.882)	14.516	5.509	3.649
(KBDGBO) ⁺ ≠ (TSKS) ⁻	2.531 (0.112)	10.689	4.977	3.398	(TSKS) ⁺ ≠ (KBDGBO) ⁻	6.378 (0.012)**	15.375	5.983	3.677
(KBDGBO) ⁻ ≠ (TSKS) ⁻	0.673 (0.412)	20.127	6.697	3.973	(TSKS) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁻	0.210 (0.647)	22.532	6.561	3.375
(KBDGBO) ⁻ ≠ (TSKS) ⁺	0.001 (0.971)	8.979	4.499	3.028	(TSKS) ⁻ ≠ (KBDGBO) ⁺	0.278 (0.598)	17.143	5.661	3.381

Not:≠ notasyonu nedenselliğin olmadığı sıfır hipotezini göstermektedir. Parantez içindeki değerler asimptotik olarak olasılık değerlerini göstermektedir. *,** ve *** değerleri sırasıyla %1, %5 ve %10

anlam seviyelerinde değişkenler arasında nedensellik ilişkisini göstermektedir. Bootstrap sayısı 1.000'dir.

Tablo4.6'da gösterilen pozitif ve negatif şokları ayırabilme fonksiyonuna sahip Hatemi-J asimetrik nedensellik testi sonuçlarına göre, sağlık göstergelerinden KBDYS değişkeninden kalkınma göstergesi olarak kullanılan KBDGBO değişkenine doğru çift yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilememektedir. Başka bir deyişle, asimptotik olasılık değerleri %10 anlamlılık düzeyinde 0.1'den büyük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmemiştir. Bu bağlamda, söz konusu değişkenler arasında nedensellik ilişkisi yoktur.

Bir diğer sağlık göstergesi olan TSH/GSYİH değişkeni ile kalkınma göstergesi olarak kullanılan KBDGBO değişkeni arasında çift yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişle, asimptotik olasılık değerleri %1 anlamlılık düzeyinde 0.01'den küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında meydana gelen pozitif ve negatif şok durumunda kalkınma sırasıyla pozitif ve negatif bir tepki vermektedir. TSH/GSYİH değişkeninde 2002 yılından itibaren görülen artış trendine KBDGBO göstergesi 2003 ve 2006 yıllarında küçük düşüşler yaşasa da sonuçta kişi başına düşen gelir artma yönünde tepki vermektedir. Başka bir deyişle, sağlık göstergesinden kalkınma göstergesine doğru nedensellik ilişkisi, SDP sürecinde kalkınmayı olumlu manada etkilemektedir.

Sağlık göstergelerinden KBDTSH değişkeni ile kalkınma göstergesi olarak kullanılan KBDGBO değişkeni arasında çift yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişle, asimptotik olasılık değerleri %1 anlamlılık düzeyinde 0.01'den küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarında oluşan negatif bir şok durumunda kalkınma negatif bir tepki vermektedir. KBDTSH değişkeninde 2003 yılında artış yönünde kırılmanın olduğu görülürken, aynı zamanda KBDGBO serisinde de kırılma tespit edilmekte; 2003 ve 2006 yıllarında küçük düşüşler yaşasa da sonuçta kişi başına düşen gelir artmaktadır. Dolayısıyla sağlık göstergesinden

kalkınma göstergesine doğru nedensellik ilişkisi, SDP sürecinde kalkınmayı olumlu manada etkilemektedir.

TSKS değişkeninden KBDGBO değişkenine doğru tek yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişle, asimptotik olasılık değerleri %5 anlamlılık düzeyinde 0.05'den küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, toplam sağlık kurumu sayısında ortaya çıkan pozitif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki vermektedir. TSKS serisinin 2007 yılından itibaren artmaya başladığı görülmektedir. KBDGBO ise 2006 yılından beri düşme eğiminde olup, 2008 finansal krizi sonrası negatif büyüme gerçekleştiği gözlemlenmektedir. Dolayısıyla TSKS göstergesindeki pozitif şoka KBDGBO negatif bir şokla tepki vermektedir. Ancak pozitif şok nedeniyle ortaya çıkan 2007 yılındaki kırılma, kalkınma göstergesindeki kırılmadan sonra gerçekleştiğinden, kriz faktörü etkisiyle ele alınan sağlık değişkeni kalkınmaya istenilen katkıyı sağlayamamaktadır.

Tablo 4.7: Hatemi-JAsimetrik Nedensellik Testi Sonuçları**(Model 2)**

Nedenselliğin Yönü	MWALD	%1	%5	%10	Nedenselliğin Yönü	MWALD	%1	%5	%10
(BOO) ⁺ ≠> (KBDTSH) ⁺	15.383 (0.000)*	19.867	9.024	6.267	(KBDTSH) ⁺ ≠> (BOO) ⁺	1.353 (0.508)	22.705	9.433	5.996
(BOO) ⁺ ≠> (KBDTSH) ⁻	0.614 (0.433)	10.383	5.147	3.490	(KBDTSH) ⁺ ≠> (BOO) ⁻	0.018 (0.999)	3.490	2.061	1.245
(BOO) ⁻ ≠> (KBDTSH) ⁻	0.304 (0.582)	18.531	5.568	3.066	(KBDTSH) ⁻ ≠> (BOO) ⁻	7.852 (0.005)*	16.467	6.143	3.669
(BOO) ⁻ ≠> (KBDTSH) ⁺	2.276 (0.131)	9.371	5.283	3.456	(KBDTSH) ⁻ ≠> (BOO) ⁺	0.057 (0.996)	117.622	31.749	16.546
(BOO) ⁺ ≠> (KBDYS) ⁺	0.018 (0.894)	27.400	6.129	3.748	(KBDYS) ⁺ ≠> (BOO) ⁺	0.000 (0.995)	14.122	5.319	3.175
(BOO) ⁺ ≠> (KBDYS) ⁻	0.086 (0.770)	9.560	5.041	3.165	(KBDYS) ⁺ ≠> (BOO) ⁻	6.119 (0.047)**	18.801	7.528	5.477
(BOO) ⁻ ≠> (KBDYS) ⁻	1.465 (0.226)	10.284	4.709	3.005	(KBDYS) ⁻ ≠> (BOO) ⁻	3.294 (0.070)***	11.730	5.793	3.526
(BOO) ⁻ ≠> (KBDYS) ⁺	0.146 (0.703)	11.148	5.583	3.532	(KBDYS) ⁻ ≠> (BOO) ⁺	8.968 (0.011)**	22.197	12.026	7.913
(BOO) ⁺ ≠> (TSKS) ⁺	1.403 (0.236)	10.175	5.266	3.684	(TSKS) ⁺ ≠> (BOO) ⁺	0.382 (0.536)	11.229	6.041	3.790
(BOO) ⁺ ≠> (TSKS) ⁻	0.375 (0.540)	10.636	4.941	3.344	(TSKS) ⁺ ≠> (BOO) ⁻	0.990 (0.609)	29.139	9.157	5.714
(BOO) ⁻ ≠> (TSKS) ⁻	0.078 (0.779)	13.116	6.380	3.603	(TSKS) ⁻ ≠> (BOO) ⁻	15.907 (0.000)*	11.794	5.352	3.567
(BOO) ⁻ ≠> (TSKS) ⁺	1.171 (0.279)	12.917	5.635	3.630	(TSKS) ⁻ ≠> (BOO) ⁺	2097 (0.000)*	73.602	11.340	7.447
(BOO) ⁺ ≠> (TSH/GSYİH) ⁺	12.105 (0.002)*	18.337	10.587	6.567	(TSH/GSYİH) ⁺ ≠> >(BOO) ⁺	1.484 (0.476)	17.891	8.738	5.629
(BOO) ⁺ ≠> (TSH/GSYİH) ⁻	0.460 (0.498)	10.280	5.242	3.514	(TSH/GSYİH) ⁺ ≠> >(BOO) ⁻	5.699 (0.058)***	30.613	8.926	5.790
(BOO) ⁻ ≠> (TSH/GSYİH) ⁻	0.166 (0.684)	12.694	5.590	3.023	(TSH/GSYİH) ⁻ ≠> >(BOO) ⁻	14.748 (0.000)*	15.866	6.236	3.745
(BOO) ⁻ ≠> (TSH/GSYİH) ⁺	1.103 (0.294)	11.917	5.616	3.649	(TSH/GSYİH) ⁻ ≠> >(BOO) ⁺	3761 (0.000)*	51.445	15.445	8.995

Not:≠> notasyonu nedenselliğin olmadığı sıfır hipotezini göstermektedir. Parantez içindeki değerler asimtotik olarak olasılık değerlerini göstermektedir. *,** ve *** değerleri sırasıyla %1, %5 ve %10

anlam seviyelerinde değişkenler arasında nedensellik ilişkisini göstermektedir. Bootstrap sayısı 1.000'dir.

Tablo4.7'de gösterilen pozitif ve negatif şokları ayırabilme fonksiyonuna sahip Hatemi-J asimetrik nedensellik testi sonuçlarına göre, sağlık göstergelerinden KBDTSH değişkeni ile kalkınma göstergesi olarak kullanılan BÖO değişkeni arasında çift yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişe, asimptotik olasılık değerleri %1 anlamlılık düzeyinde 0.01'den küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, bebek ölüm oranında meydana gelen pozitif bir şok durumunda kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları pozitif bir tepki vermektedir. Aynı zamanda kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarında oluşan negatif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki vermektedir. KBDTSH değişkeninde 2003 yılında artış yönünde kırılmanın olduğu görülürken, BÖO serisinde 2008 yılında kırılma tespit edilmektedir. Sağlık harcamalarının artış göstermesi ile bebek ölüm oranlarının düşmesi sonucunu vermesi teorik olarak bilinmekte ve elde edilen veriler bu teoriyi desteklemektedir. SDP sonrası KBDTSH,kalkınmaya olumlu katkı sağlamaktadır.

Bir başka sağlık göstergesi olan KBDYS değişkeninden kalkınma göstergesi olarak kullanılan BÖO değişkenine doğru tek yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişe, asimptotik olasılık değerleri %5 ve %10 anlamlılık düzeyinde sırasıyla 0.05 ve 0.10'dan küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kişi başına düşen yatak sayısında meydana gelen pozitif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki ve kişi başına düşen yatak sayısında meydana gelen negatif bir şok halinde kalkınma pozitif bir tepki vermektedir. Ayrıca, %10 anlamlılık düzeyinde kişi başına düşen yatak sayısında meydana gelen negatif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki vermektedir. KBDYS değişkeninde görülen 2000 yılındaki kırılmadan sonra seri, artış trendine girmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunun niteliğindeki artışın, sağlık düzeyine yansması yıllar sonra gerçekleşebilmektedir. Nitekim, BÖO 2003 yılından sonra düşme eğilimi göstermiş olup, yapısal kırılma tarihi 2008'dir. Sağlık alanındaki yatırımların yapılıp, faaliyete girmesi, bireylerin bilinçlenmesi, sağlık teknolojilerinin gelişmesi gibi nedenler, sağlık çıktılarına etkilerini uzun vadede

göstermektedir. Bu nedenlerle, SDP öncesi başlayan ve sonrasında devam eden çalışmalar, neticesini er geç vermiş bulunmaktadır. Dolayısıyla, KBDYS değişkenindeki kırılma, kalkınmaya olumlu katkı sağlamaktadır.

TSKS değişkeninden BÖÖ değişkenine doğru tek yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişle, asimptotik olasılık değerleri %1 anlamlılık düzeyinde 0.01'den küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında tek yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, toplam sağlık kurumu sayısında ortaya çıkan negatif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki ve toplam sağlık kurumu sayısında ortaya çıkan negatif bir şok halinde kalkınma pozitif bir tepki vermektedir. TSKS göstergesinde görülen 2007 yılındaki kırılmadan sonra artış trendine girmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde kaydedilen ilerlemelerin neticesi, 2008 yılında sağlık düzeyindeki gelişmelerle alınmaktadır. SDP ile birlikte TSKS değişkeni, kalkınmaya olumlu katkı sağlamaktadır.

TSH/GSYİH ile BÖÖ değişkeni arasında çift yönlü pozitif ve negatif şoklarda nedensellik ilişkisinin olmadığı hipotezi reddedilmektedir. Başka bir deyişle, asimptotik olasılık değerleri %1 ve %10 anlamlılık düzeyinde sırasıyla 0.01 ve 0.1'den küçük olduğundan bahsi geçen değişkenler arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bu bağlamda, toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında oluşan negatif bir şok durumunda kalkınma negatif bir tepki ve toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında oluşan negatif bir şok durumunda kalkınma pozitif bir tepki vermekte; kalkınmada meydana gelen pozitif bir şok halinde ise toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı pozitif bir tepki vermektedir. Ayrıca, %10 anlamlılık düzeyinde toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında oluşan pozitif bir şok durumunda kalkınma negatif bir tepki vermektedir. TSH/GSYİH göstergesindeki 2002 yılından itibaren görülen artış, kırılma tarihi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanındaki ve ekonomideki gelişmeler, toplumun sağlık düzeyini geç de olsa olumlu etkilemektedir. Dolayısıyla, SDP sonrasında TSH/GSYİH değişkenindeki kırılma, kalkınmaya olumlu katkı sağlamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireylerin hayatlarını sürdürebilmesi için sağlıklı olmaları gerekmektedir. Hükümetlerin temel görevi, bireylerin sağlık düzeyini geliştirerek kalkınmanın sağlanmasına yönelik çalışmalar yapmaktır. Sağlık hizmetlerine olan talep, insana yapılan yatırım olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık ekonomistlerinin amacı, sağlık hizmetlerine ulaşmada adaletin ve yaşam kalitesinin artırılmasının sağlanmasıdır. Söz konusu ekonomistlerin yaptığı analizler, sağlık hedeflerini gerçekleştirmede politikacılara yardımcı olmaktadır.

Sağlık, işgücünün reel ekonomideki üretkenliği üzerinde önemli etki oluşturmaktadır. Bireyin hasta olması ve çalışmaması ya da hastalığın üretkenlik üzerindeki zayıflatıcı etkileri nedeniyle verimlilik düşüşüne yol açabilmektedir. Sağlığın, ekonomi için öneminin gün geçtikçe artması; sağlık bilincinin gelişmesi ile sağlık hizmetine olan talebin artması, sağlık alanında teknolojik gelişmelerin yaşanması, ortalama yaşam süresinin artması ile toplumun yaşlanması, bulaşıcı hastalıklarda görülen azalma ile açıklanabilmektedir.

Sağlık harcamaları, hizmet sunumunda çalışanlar ve talep edenler için Türkiye dahil bütün dünya ülkelerinin önemseydiği konuların başında gelmektedir. Toplum sağlığının iyi düzeyde olabilmesi için ekonomik yapısının da güçlü olması gerekmektedir.

Cumhuriyetin ilanından 2000'li yıllara kadar sağlık hizmetini sunan ve finanse eden kurumlar (Sağlık Bakanlığı, SSK gibi) bir arada yer almaktadır. Organizasyon yapısı oldukça karmaşıktır. SSK gibi birçok kamu kurumu sağlık hizmeti sunmanın yanında hastane işletmektedir. Sağlık hizmetleri organizasyonu kırsal kesimi tam olarak kapsamamaktadır. Köylerin çoğunda sağlık personeli bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlar arasında sevk zinciri işlememektedir. Hastanelere doğrudan başvurunun önünde bir engelin olmaması, yoğunluğu artırıp verimliliği düşürmektedir. Yatak kapasiteleri yetersizdir. Merkezi otorite tarafından yapılan personel atamaları, gerçek ihtiyaçların göz ardı edilmesine

yol açmaktadır. Başhekimin başarısı, yöneticilikte de başarılı olacağı anlamına gelmemektedir. İşletme becerinse sahip yönetici noksanlığı mevcuttur. Sağlık personeli açığı bulunmaktadır. Sağlık için kaynakları yetersiz oluşu, finansmanının farklı kurumlarca yapılması, ilaç, aşı ve medikal malzemelerin ithal edilmesi, sosyal güvenceye sahip olmayan bireylerin olması finansman sorunlarını oluşturmaktadır. Ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi gibi sağlık göstergeleri Türkiye'nin kalkınmışlık seviyesi ile uyumsuzdur. Sağlık ocakları verimsiz çalışmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda pratisyen doktorların görev alması, hastalar tarafından uzman hekimlerin tercih edilmesi nedeniyle talep edilmemekte; dolayısıyla hasta tatmini düşüktür.

Türkiye'de yukarıda bahsi geçen sorunların çözümüne yönelik olarak reform arayışı içerisinde olunmuştur. Bu nedenle 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında reform paketi açıklanmış; herkese uygulanabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin sunulması üzerine odaklanmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkili, hakkaniyete uygun ve verimli bir şekilde örgütlenmesi, sunulması ve finanse edilmesi amaçlanmaktadır. SDP ile atılan en önemli adım, farklı sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha verimli işlemesi amacıyla aile hekimliği modeline geçilmiştir. 2005 yılında pilot uygulama ile Düzce'de başlayan aile hekimliği modeli, 2010 yılında tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesi öngörülmüştür. Bu kapsamda herkes ücretsiz olarak hizmet alabilmekte, hastalar doktor, doktor da hasta seçebilmektedir. Aile Sağlığı Merkezi, ticari bir kurum gibi işletilmekte, aile doktorunun hastanelere sevk oranı arttıkça ve aile doktorlarına kayıtlı hasta sayısı belirli bir sayının altına düştükçe ücretlerinde kesinti yapılabilmektedir. Performansa göre ödeme sistemi uygulanmakta; aile doktorunun takip ettiği hasta sayısı arttıkça ek ödeme almaktadır.

SDP kapsamında finansman noktasındaki en önemli gelişme 2006 yılında Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı kurumlarının tek çatı birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulmasıdır. Söz konusu reform kapsamında 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. GSS, bir finansman modeli olup, toplumun tümüne adaletli, eşit tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması amaçlanmaktadır.

Çalışmada sağlık göstergelerinin kalkınmaya etkisinin incelenmesi safhasında ve bir model önerisi yapılırken, çalışmanın aşırı genişleme ihtimali

olduğundan sadece kişi başına düşen reel gelirdeki artış oranı ve bebek ölüm oranı, kalkınma göstergesi olarak kullanılmıştır.

Bu çalışma kapsamında veri mevcudiyetine bağlı olarak 1975-2012 yıllarını kapsayan, kalkınma göstergesi olarak ele alınan kişi başına düşen gelirdeki büyüme oranı ve bebek ölüm oranı ile sağlık göstergesi olarak modellere dahil edilen kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, kişi başına düşen yatak sayıları, toplam sağlık kurumu sayısı ve toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı arasındaki ilişkiler ekonometrik açıdan izah edilmeye çalışılmıştır. Analiz için birim kök testleri ve nedensellik testi uygulanmıştır.

Serilerin durağanlık analizleri için ADF ve PP birim kök testleri uygulanmıştır. ADF ve PP birim kök testleri sonuçlarına göre sabitli modelde KBDGBO değişkeni dışındakiserilerin tümünün;sabitli ve trendli modelde ise, KBDGBO, KBDYS ve KBDTSH değişkenleri haricindeki diğer değişkenlerin düzeyde durağan olmadıkları;analizde kullanılacak bütün serilerin birinci farkları alındığında [I(1)] sabit ve sabit trendli modellerde her iki birim kök testi için durağan oldukları görülmektedir.

Lee ve Strazicich (2003) birim kök testi ile serilerde iki yapısal kırılmanın varlığı araştırılmıştır. KBDGBO serisine dair Model AA için 2003-2006, Model CC için 1996-2000; KBDTSH serisine dair Model AA için 1995-1998, Model CC için 1988-2003; 100 KBDYS değişkenine dair Model CC için 1997-2000; TSKS değişkenine dair Model CC için 1988-2007; BÖO serisine dair Model CC için 2000-2008 ve TSH/GSYİH serisine dair Model CC için 1989-2002 yılları yapısal kırılma tarihleri olarak tespit edilmiştir. Sağlık ve kalkınma göstergelerindeki kırılma tarihlerine bakıldığında SDP'nin uygulanmaya konulduğu 2003 yılı yakını ve/veya sonrasında gerçekleştiği görülmüştür.

SDP'nin değişkenlerde tespit edilen yapısal kırılma tarihleri ile kalkınmaya etkisinin test edilmesinde Hatemi-J (2012) testi kullanılmıştır. Söz konusu test, değişkenler arasında pozitif ve negatif şoklara karşı etkileşimi vermesi yönüyle güncel bir analiz yapılmasını sağlamaktadır.

Model 1 sonuçlarına göre, SDP çerçevesinde KBDYS değişkeninden kalkınma göstergesine doğru nedensellik ilişkisi tespit edilememiştir. Toplam sağlık kurumu sayısında ortaya çıkan pozitif bir şok halinde kalkınma(KBDGBO) negatif bir tepki vermektedir. Bu bağlamda, TSKS serisinden kalkınmaya doğru nedensellik ilişkisi bulunmasına rağmen, söz konusu değişkendeki kırılma,

kalkınmadakikırılmadan sonra gerçekleştiğinden sağlıktaki gelişmeler kalkınmaya beklenen düzeyde yarar sağlayamamıştır. Kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarında oluşan negatif bir şok durumunda, kalkınma negatif bir tepki vermektedir. Başka bir deyişle, KBDTSH değişkeninden kalkınmaya doğru nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında meydana gelen pozitif ve negatif şok durumunda kalkınma sırasıyla pozitif ve negatif bir tepki vermektedir. Dolayısıyla, TSH/GSYİH değişkenlerinden kalkınmaya doğru nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir.

Model 2 sonuçlarına göre, SDP çerçevesinde kişi başına düşen yatak sayısında meydana gelen pozitif bir şok halinde kalkınma (BÖO) negatif bir tepki ve kişi başına düşen yatak sayısında meydana gelen negatif bir şok halinde kalkınma pozitif bir tepki vermektedir. Ayrıca, %10 anlamlılık düzeyinde kişi başına düşen yatak sayısında meydana gelen negatif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki vermektedir. Bu bağlamda, KBDYS değişkeninden kalkınma göstergesine doğru nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Bebek ölüm oranında meydana gelen pozitif bir şok durumunda kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları pozitif bir tepki vermektedir. Aynı zamanda kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarında oluşan negatif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki vermektedir. Başka bir deyişle, KBDTSH değişkeninden kalkınmaya doğru nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Toplam sağlık kurumu sayısında ortaya çıkan negatif bir şok halinde kalkınma negatif bir tepki ve toplam sağlık kurumu sayısında ortaya çıkan negatif bir şok halinde kalkınma pozitif bir tepki vermektedir. Dolayısıyla, TSKS serisinden kalkınmaya doğru nedensellik ilişkisi ortaya çıkmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında oluşan negatif bir şok durumunda kalkınma negatif bir tepki ve toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında oluşan negatif bir şok durumunda kalkınma pozitif bir tepki vermekte; kalkınmada meydana gelen pozitif bir şok halinde ise toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı pozitif bir tepki vermektedir. Ayrıca, %10 anlamlılık düzeyinde toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranında oluşan pozitif bir şok durumunda kalkınma negatif bir tepki vermektedir. Başka bir ifade ile, TSH/GSYİH değişkeninden kalkınmaya doğru nedensellik ilişkisi tespit edilmektedir.

Özetle, Model 1'e göre KBDTSH ve TSH/GSYİH'den ile Model 2'ye göre ele alınan tüm sağlık göstergelerinden kalkınma göstergesine doğru tespit edilen

nedensellik ilişkileri ve yapısal kırılma tarihleri, SDP'nin kalkınmayı olumlu manada etkilediğini göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre toplumun sağlık düzeyinin artırılmasına yönelik yapılan öneriler:

- Sağlığa ayrılan kaynakların iyileştirilmesi, yataklı ve yataksız sağlık kurum yetersizliğinin giderilmesi, eğitim ve uzmanlaşmanın sağlanarak ülke geneline yaygınlaştırılması

- Özel sağlık kuruluşlarından alınan katkı paylarının, hastaları mağdur etmeyecek şekilde yeniden düzenlenmesi

- Özel sağlık kurumlarında çalışan uzman doktorların ücretlerinde tavan ücret politikası uygulamasına gidilerek, kamu hastanelerinde çalışanların memnuniyetsizliği ve özel kurumlara geçmelerinin önüne geçilmesi, başka bir deyişle ücret dengesizliğinin giderilmesi

- Sağlık personeli eksikliğinin giderilmesine yönelik nitelikli eleman istihdamının sağlanması

- Tıbbi cihaz yetersizliği sorununun çözüme kavuşturulması

- Hastanelerdeki yoğunluğun önlenmesi amacıyla sevk zinciri sisteminin daha aktif hale getirilmesi

- Sağlık kurumu yöneticilerinin işletme-organizasyon bilgi ve yeteneklerinin geliştirilmesi adına gerekli eğitimleri alması

- Sağlık kurumu yöneticilerinin hekimlerden oluşması teknik açıdan faydalı ancak idare açıdan sorunlar doğurabilmektedir. Bu soruna çözüm olarak, üniversitelerin "Sağlık İdaresi", "Sağlık Yönetimi", "Sağlık Kurumları İşletmeciliği" gibi bölümlerin açılması ya da aktif hale gelmesi

- Sağlık hizmeti verilen kurumların, hastaların ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde donatılması

- Bebek ve beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılması/yok edilmesi için anne ve çocuk sağlığının takibinin aile hekimleri tarafından daha iyi yapılması

- Özel hastanelerde gereksiz tahlil ve tetkikler sağlık harcamalarını artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin asimetrik bilgi özelliğinden dolayı hastanelerin mağdur olmaması için denetim mekanizmasının işlemesi

- arpık kentleşme, yetersiz beslenme, çevre sağlığı gibi sorunlar halk sağlığını etkilemekte; gelecek nesillerin sağlıklı olarak yaşamlarına devam edebilmeleri için bu sorunlara çözüm getirecek politikalar geliştirilmesi
- ASM'lerin ticari işletme modeli ile değil de kamu statüsünde hizmet vermesi

SDP'nin kalkınmaya olan etkilerinin devamlılığının sağlanabilmesi adına söz konusu önerilerin değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünölmektedir.

Yapılan bu çalışma ile elde edilen sonuçlar, bundan sonra yapılacak olan sağlık ile kalkınma arasındaki ilişki ve yapısal dönüşümün etkisini araştırmakonusunda yol göstereceğinden önem arz etmektedir. Uygulama bölümünde kullanılan yapısal kırılmalı birim kök ve nedensellik testi oldukça güncel bir test olduğundan, bundan sonraki çalışmalara ışık tutması beklenmektedir. Ancak Türkiye'de yıllık bazda veri sorunu olduğundan gözlem sayıları düşük olmakta ve ekonometrik çalışmaların önünde engel teşkil etmektedir. Bu durum, analizin bazı kısıtlar altında yapılmasına yol açmıştır.

KAYNAKÇA

- Acar, A. ve Yeğenoğlu, S. (2006). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmakoekonomi.*Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*,26(1):39-55.
- Acar, Y. (2008).*İktisadi Büyüme ve Büyüme Modelleri*. Dora Yayıncılık, Bursa.
- Ağartan, T. (2013). Sağlıkta Reform Salgını.*Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, Keyder, Ç.,Üstündağ N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (Der.). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Ağırbaş, İ. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme.*Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*,Aktan C. C. ve Saran, U. (Ed.). Aura Kitapları, İstanbul.
- Ahluwalia, M. S. (1976). Inequality, Poverty and Development.*Journal of Development Economics* 3, pp.307-342.
- Akçomak, İ. S. (2014). Teknoloji, İnovasyon ve Ekonomik Büyüme.*Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar*, Aysan, A. F. ve Uludağ, D. (Haz.). İmge Kitabevi, Ankara.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı.*Sağlık Bakanlığı*, Ankara.
- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011).*Sağlık Bakanlığı*, Ankara.
- Akdoğan, A. (1999).*Kamu Maliyesi*. 7. Baskı. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Akdur, R. (1999). Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları.*Türkiye Bilimler Akademisi*, Ankara, ss.47-60.
- Akdur, R. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi.*Yeni Türkiye Dergisi*, 7(40):1571-1585.
- Akdur, R. (2006).*Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu*. 2. Baskı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, R. (2008).Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık. *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21-25 Ekim, Ankara.
- Akgül, B. (2004).*Elektronik Ticaretin Kalkınma Üzerine Etkileri*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Konya.
- Akın, C. S. (2007a).*Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Harcamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Adana.
- Akın, M. Ş. (2007b).*Kalkınma Ekonomisi*, Mephisto Kitabevi, İstanbul.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2007a). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler.*Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*,Aktan C. C. ve Saran, U. (Ed.). Aura Kitapları, İstanbul.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2007b). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler.Aktan C. C. ve Saran, U. (Ed.). Aura Kitapları, İstanbul.
- Aktel, M.,Altan, Y., Kerman ,U., ve Eke,E.(2013). Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı’nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir

- Analiz.*Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, XV(2):33-62, DOI:10.5578/jss.6834.
- Aktuğ, S. (2010). Kavramsal Açıdan Ekonomik Büyüme Ekonomik Kalkınma ve Bölüşüm İlişkileri. ss.1-28, <https://sosyalpolitikainfo.files.wordpress.com/2010/06/bolusum.pdf> (27.02.2015).
- Alp, M. (2003).*Verimlilik Kavramının Tarihçesi ve Günümüz Yönetim Model ve Uygulamalarındaki Yeri*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD, Ankara.
- Andargie, G. (2008).*Introduction to Health Economics*. USAID.
- Ankara Ticaret Odası (2012). Dünya’da ve Türkiye’de Beslenme.<http://ato.org.tr/bilgi/hekimler-icin-guncel-tibbi-bilgiler/detay/12> (06.04.2015).
- Asunakutlu, T. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> (10.03.2015).
- Atasever, M. (2014).*Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002-2013 Dönemi*, Ankara.
- Ateş, H. ve Kırılmaz, H.(2010). Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği.*Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi ve Hizmeti*, Aydın, A. H., Taş, İ. E., Kılıç, M. ve Gül, Z.), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, Kahramanmaraş, ss.229-250.
- Ay, A.,Kızılkaya, O. ve Koçak, E.(2013). Sağlık Göstergeleri ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği.*Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(1):163-172.
- Aydoğan, B. (2011).*Bölgesel Ekonomik Kalkınmanın Yeni Pusulası: Bölgesel İnovasyon Stratejileri (RIS) Mersin Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Niğde.
- Bakırtaş, T. (2014).*Dünya’da ve Türkiye’de Ekonomik Kalkınma Küresel Kalkınma Odaklı Sorunlar Yeni Model Arayışları*. Nobel Yayınevi, Ankara.
- Baltagi, B. H. and Moscone, F (2010). Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data.*IZA Discussion Paper*,(4851):1-22.
- Barlas, E., Şantaş, F. ve Kar, A.(2014). Türkiye’de Bölgesel Bebek Ölüm Hızlarının Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Karşılaştırmalı Analizi.*Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı*, ss.1-10.
- Başar, D. (2008).*Sağlık Düzeyinin Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: OECD Ülkeleri İçin Sağlık Üretim Fonksiyonuna Dayanan Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Ankara.
- Başcı, S.,Karaca, S. ve Ekşi, H. İ.(2012).*Özel Sağlık Sektörü 2000-2010 Mali Tablolardan Performans Ölçümü*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Başol, E. ve Işık, A.(2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler.*International Anatolia Academic Online Journal*, 2(2):1-26.
- Bayram, Y. (2011).*1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Ankara.
- Belek, İ. (2009).*Sağlığın Politik Ekonomisi*. 3. Baskı. Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Berber, M. (2011).*İktisadi Büyüme ve Kalkınma*, Derya Kitabevi, Trabzon.
- Bhargava, A.,Jamison, D. T.,Lau, L. J. and Murray, C. J. L. (2001). Modeling the Effects of Health on Economic Growth, *Journal of Health Economics*, (20):423-440.

- Bilaloğlu, E. (2015). Yeni Bir Sıfırlama Çabası Mı: Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı.<http://www.bianet.org/bianet/saglik/161881-yeni-bir-sifirlama-cabasi-mi-turkiye-de-bebek-olum-hizi> (30.04.2015).
- Biliker, M. A. (2003). Sağlık ve Kalkınma.*Türkiye’nin Nüfus ve Kalkınma Yazını Eleştirel Bir Değerlendirme*,Atauz A. vd. (Der.). Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, Ankara.
- Bloom, D. E.,Canning D. and Sevilla J.(2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence.*NBER Working Paper*, (858):1-26.
- Bloom, D. E., Canning D. and Sevilla J. (2004). The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach.*World Development*, 32(1):1-13.
- Bocutoğlu, E. (2011).*Makro İktisat*. 8. Baskı. Murathan Yayınevi, Trabzon.
- Bor Ekmekçi, P. E. ve Ekmen, A.(2008). Avrupa Birliği Sağlık Politikası ve Sağlık Alanında Bakanlığımızın Avrupa Birliği’ne Uyum Çalışmaları.*Hastane Dergisi*, (55):1-7, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/abkdb1.pdf> (10.03.2015).
- Bozkurt, H.I (2010). Eğitim, Sağlık ve İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkiler: Türkiye İçin Bir Analiz.*Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 5(1):7-27.
- Brempong, K. G. and Wilson, M.(2004). Health Human Capital and Economic Growth in Sub-Saharan African and Oecd Countries.*The Quarterly Review of Economics and Finance*, (44):296-320.
- Bulut, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi.*Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, Keyder, Ç., Üstündağ N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (Der.). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Byrne, D. (2003)The European Role in Patient Mobility.*HOPE Conference on Free Movement and Cross-border Cooperation in Europe - The Role of Hospitals*, Lüksemburg, pp.1-6.
- Can, A.,Taş, S. ve Bal, T.(2009). Kalkınma ve Sağlık İlişkisi, *Internatinal Davras Congress on Social and Economic Issues Shapping in the World’s Future: New Global Dialogue*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Cengiz, A. U. (2011).*Sağlık Geri Ödemesinde Farmaekonomik Analizlerin Rolü: QALY Yaklaşımı*, Uzmanlık Tezi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Ankara.
- Chaabouni, S. and Abednnadher, C.(2010). The Determinants of Health Expenditures in Tunisia: An ARDL Bounds Testing Approach.http://iut-caen.unicaen.fr/recherche/mrsh/sites/default/files/public/tepp2012/B7_3_Chaabouni_ABEDNNADHER_def.pdf (05.07.2014).
- Cookson, R.,Goddard, M. and Gravelle, H.(2005). Regulating Health Care Markets.*Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges*,Smith, P. C., Ginnelly, L. and Schulpher, M. (Ed.). Open University Press, England.
- Çakmak, Ö. (2008). Eğitimin Ekonomiye ve Kalkınmaya Etkisi.*Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (11):33-41.
- Çalışkan, Ş., Karabacak, M. ve Meçik, O.(2013). Türkiye’de Sağlık-Ekonomik Büyüme İlişkisi.*Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (37):123-130.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım.*Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2):29-50.
- Çalışkan, Z. (2009). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi.*Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (34):117-137.

- Çeken, H. (2008). Turizmin Bölgesel Kalkınmaya Etkisi Üzerine Teorik Bir İnceleme.*Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, X(II):293-306.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. 2. Baskı. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çelikkaya, F. ve Gümüş, E.(2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı.*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1):177-216.
- Çelikkaya, A. (2013).*Beşeri Sermaye Yatırımlarının Teşviki: OECD Ülkeleri Üzerine Bir İnceleme*, Dora Yayıncılık, Bursa.
- Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (2011).Türkiye Çevre Durum Raporu 2011. Yayın No:11, Ankara.
- Çiçeklioğlu, M. (2011). Türkiye’de Sağlık Reformları.*Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı*, 28 Eylül-02 Ekim, Ankara.
- Çoban, H. (2009).*Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD, İzmir.
- Çolak, M. (2010). Eğitim ve Beşeri Sermayenin Kalkınma Üzerine Etkisi.*Kamu-İş Dergisi*, 11(3):109-125.
- Çukur, A. ve Bekmez, S.(2011). Türkiye’de Gelir, Gelir Eşitsizliği ve Sağlık İlişkisi: Panel Veri Analizi Bulguları.*Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1):21-40.
- Çukurçayır, S. ve Tezcan, K.(2011). Demokratikleşme ve Ekonomik Kalkınma: Etkileşim Analizi.*Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, VI(II):48-76.
- Dağ, C. (2013).*Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Seçilmiş Bazı Ülke Sistemleri ile Karşılaştırmalı Analizi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, İstanbul.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması.*Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1):104-134.
- Demir Şeker, S. (2011). Türkiye’nin İnsani Gelişme Endeksi ve Endeks Sıralamasının Analizi, *Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü*, Ankara, ss.1-39.
- Demirel Kazar, G. (2008).*The Relationship Between Inequality and Development: The Case of Turkey*. Çukurova University The Institute of Social Sciences Department of Economics, Adana.
- Dewar, D. M. (2010).*Essential of Health Economics*, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Dickey, D. A. and Fuller, W. A. (1981). Likelihood Ratio statistics For Autoregressive Time Series with A Unit Root.*Econometrica*, 49(4):1057-1072.
- Dinç, G. (2009).*Birleşik Krallık Sağlık Sistemi*, Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, Manisa.
- Doğaner Gönel, F. (2013).*Kalkınma Ekonomisi*, 2. Baskı. Efil Yayınevi, Ankara.
- Doru, Ö. (2013).*Dış Ticaret ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi: Türkiye Örneği (1980-2010)*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Erzurum.
- DPT (1963). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967.
- DPT (1968). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972.
- DPT (1973). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977.
- DPT (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983.

- DPT (1984). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989.
- DPT (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994.
- DPT (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000.
- DPT (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005.
- DPT (2006). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 2007-2013.
- DPT (2013). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı 2014-2018.
- Dulupçu, M. A. (2002). Kalkınma İktisadı Üzerine Bazı Düşünceler. *G. Ü. İİBF Dergisi*, (1):31-52.
- Dülgeroğlu, E. (2000). *Kalkınma Ekonomisi*, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Yayın No:148, VİPAŞ A.Ş. Yayın No:24, Bursa.
- Dürrü, Z. (2012). *OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Gaziantep.
- Edizdoğan, N., Çetinkaya, Ö. ve Gümüş, E.(2010). *Kamu Maliyesi*.11. Baskı. Ekin Yayınevi, Bursa.
- Ekin, A. (2012). Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (100):151-166.
- Ekmen, A. (2006). *Avrupa Birliği'ne Tam Üyelik Sürecinde Sağlık Sektöründeki Mevzuat Uyumunda Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Beşinci Genişleme Sürecindeki Ülkelerle Karşılaştırmalı İnceleme*. AB Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B.(2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1):33-43.
- Eracar, R. (2013). *Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ABD, Ankara.
- Erdil, E. ve Yetkiner, İ. H.(2009). The Granger Causality Between Health Care Expenditure and Output: A Panel Data Approach. *Applied Economics*, 41(4):511-518.
- Erdoğan, S. (1994). 1980 Sonrası Türkiye Milli Gelirindeki Değişmeler. http://webftp.gazi.edu.tr/hukuk/dergi/1_2_16.pdf (30.04.2015).
- Erdoğan, S. ve Bozkurt, H.(2008). Türkiye'de Yaşam Beklentisi-Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Modeli ile Bir Analiz. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 3(1):25-38.
- Erdoğan, S. (2006). Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu. *Mülkiye Dergisi*, XXX(252):211-236.
- Eren, M. V. ve Mete, M.(2014). Bölgesel Kalkınmada Sağlık Politikaları. *Bölgesel Kalkınma Üzerine Yazılar*, Berber, M., Özyakışır, D. ve Aydın, H. İ. (Ed.). Savaş Yayınevi, Ankara.
- Ergun, C. ve Dericioğulları Ergun, A. (2010). Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma. *Toplum ve Demokrasi*, 4(8-9-10):33-54.
- Ergün, M. (2011). Eğitim ve Kalkınma.3. *Sosyal Bilimler Sempozyumu*, "Bölgesel Kalkınmada Eğitimin Rolü", Dicle Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Merkezi, Diyarbakır, ss.1-15.
- Erişti, H. E. ve Diğerleri (2004). OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. *Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü*, Ankara.

- Erol, H. ve Özdemir, A.(2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi.*Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1):9-34.
- Ersungur, M. (2005).*Bölgesel İktisat*, Atatürk Üniversitesi İİBF Yayınları, Yayın No:219, Erzurum.
- Ersungur, M. ve Doru, Ö.(2014). Türkiye’de Dış Ticaret ve Ekonomik Kalkınma İlişkisinin Ekonometrik Analizi:1980-2010.*Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 28(3):225-240.
- Ersungur, Ş. M. ve Topcuoğlu, A.(2014). Kalkınma Planlarının Yoksulluğu Azaltmadaki Etkisi Üzerine Bir Analiz.*Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2):299-317.
- Ertürk Atabey, S. (2012).*Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- European Commission (2003). The Health Status of the European Union. Narrowing The Health Gap, Office for Official Publications of the European Communities, Lüksemburg.
- Filiz, Y. (2010). *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman ABD, Ankara.
- Fuchs, V. R. (1966). The Contribution of Health Services to the American Economy.*The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(4), Part 2: Health Services Research II. A Series of Papers Commissioned by the Health Services Research Study Section of the United States Public Health Service.
- Gavrilovic, A. and Trmcic, S.(2013). Health Insurance System in Serbia-Quality, Reform, Financial Sustainability.*Mest Journal*, 1(2):114-126.
- Gediz Oral, B. ve Sayın, F.(2013). Bölgesel Eşitsizliklerin Sağlık Göstergeleri İle Analizi: Manisa İlinin Sağlık Statüsü.*Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(3):395-411.
- Gemlik, N. ve Ayanoğlu Şişman, F.(2011). Sağlık Kurumlarında Yönetim.*Sağlık Yönetimi*, Yıldırım Kaptanoğlu, A. (Ed.). Beşir Kitabevi, İstanbul.
- Gökçe, H. (2007).*Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Maliye Politikalarının Etkinliği*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD, Sakarya.
- Gökdemir, Ö. ve Veenhoven, R. (2014). Kalkınmaya Farklı Bir Bakış: İyi oluş.*Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar*, Aysan, A. F. ve Uludağ, D. (Haz.). İmge Kitabevi, Ankara.
- Görmüş, A. (2013).*Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Gupta, R. and Gupta, Y.(2012). Health Economics - Past, Present and Future.*Development Macroeconomics - Global Issues and Human Development*, Wisdom House Publications, UK.
- Günaydın, D. (2012). Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar ve Krizi Aşma Yaklaşımları.*Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, XXXI(2):195-227.
- Gürak, H. (2006).*Ekonomik Büyüme ve Küresel Kalkınma*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Gürbüz, M. M. (2010).*Sağlık-Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisi İçin Ekonometrik Bir Analiz*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD İktisat Politikası Bilim Dalı, Kocaeli.
- Hacettepe Üniversitesi (2014). Nüfus ve Sağlık Araştırması Türkiye 2013. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

- Han, E. ve Kaya, A. A.(2012).*Kalkınma Ekonomisi*, 7. Basım. Nobel Yayınevi, Ankara.
- Hatemi-J, A.(2012). Asymmetric Causality Tests with An Application.*Empirical Economics*, (43):447-456.
- Hauck, K., Shaw, R. and Smith. P. C. (2005). Formula Funding of Health Purchasers: Towards a Fairer Distribution?.*Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges*,Smith, P. C., Ginnelly, L. and Schulpher, M. (Ed.). Open University Press, England.
- Hicks, N. and Streeten, P.(1979). Indicators of Development: The Search For a Basic Needs Yardstick.*World Development*, 7:567-580.
- Ildırar, M. (2004).*Bölgesel Gelişme ve Kalkınma Stratejileri*, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Institute for Innovation in Social Policy (2011). The Index of Social Health.<http://iisp.vassar.edu/ish.html> (03.03.2015).
- Işık, A. (2000). Sağlık Ekonomisi Nedir?.*İktisat, İşletme ve Finans Dergisi*, 15(170):75-90.
- İstanbulu, İ. T. (2009).*Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarının Kamu Hastanelerine Yansımaları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Jakubowski E. and Busse, R.(1998). Health Care Systems In The EU A Comparative Study.*European Parliament*, Luxembourg.
- Kanlı, M. (2007).*Dolaylı Vergiler ve Kayıt Dışı Ekonomi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD, Maliye Teorisi Bölümü, İstanbul.
- Kapu, H., Tutar, H. ve Özyakışır, D.(2012).*Sivil Toplum, Girişimcilik ve Ekonomik Kalkınma*, Savaş Yayınevi, Ankara.
- Kapusuzoğlu, A. ve Karan, M. B.(2010). Gelişmekte Olan Ülkelerde Elektrik Tüketimi ile Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) Arasındaki Eş-Bütünleşme ve Nedensellik İlişkinin Analizi: Türkiye Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, (3):57-68.
- Kar, M. ve Ağır, H. (2003). Türkiye'de Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme: Nedensellik Testi (Neo-Klasik Büyüme Teorisi.2.*Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı, Kocaeli Üniversitesi*,http://www.elelebizbize.com/e-kutuphane/muhsinkar/turkiyede_beserisermaye.pdf (05.06.2014).
- Kar, M. ve Taban, S.(2005). İktisadi Gelişmenin Temel Dinamikleri ve Kaynakları.*İktisadi Kalkınmada Sosyal, Kültürel ve Siyasal Faktörlerin Rolü*, Kar, M. ve Taban, S. (Ed.). Ekin Yayınevi, Bursa.
- Karabulut, K. (1998).*Türkiye'de Sağlık Sektörü Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Erzurum.
- Karakayalı, H. ve Dilber, İ.(2010).*Kuramlarda Büyüme ve Kalkınma*, Emek Yayıncılık, Manisa.
- Karataş, M. ve Çankaya, E.(2010). İktisadi Kalkınma Sürecinde Beşeri Sermayeye İlişkin Bir İnceleme.*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(3):29-55.
- Kargı, V. ve Yüksel, C.(2010). Çevresel Dışsallıklarda Kamu Ekonomisi Çözümleri.*Maliye Dergisi*, (159):183-202.

- Karlık, R. (2007).*Cumhuriyet'in İlanından Günümüze Türkiye Ekonomisi'nde Yapısal Dönüşüm*. 11. Baskı. Beta Yayınevi, İstanbul.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S.(2012).*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 3. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaynak, M. (2011).*Kalkınma İktisadı*. 4. Baskı. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A.(2006). Sağlıkın Tanımı; Başaçıkma.*Journal of İstanbul Kültür University*, (3):47-49.
- Keskin, A. (2011). Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü ve Türkiye.*Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(3-4):125-153.
- Keyder, Ç. (2013). Giriş.*Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, Keyder, Ç., Üstündağ N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (Der.). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri.*Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(2):173-192.
- Kılıç, B. (2007). Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri).*5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu*, 10-11 Mayıs, Manisa.
- Kılıç, E. (2008).*Türkiye'de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz*, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Niğde.
- Kirmanoglu, H. (2005). Amartya Sen'in Özgürlük ve Kalkınma Üzerine Düşüncelerine Bir Bakış.*İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, İstanbul, ss.21-30.
- Kirmanoglu, H. (2012).*Kamu Ekonomisi Analizi*. 4. Baskı. Beta Yayınları, İstanbul.
- Koç, İ., Eryurt, M. A., Adalı, T. ve Seçkiner, P.(2010). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Koçak, H. (2009). Yerel Kalkınmaya Katkısı Bağlamında Yerel ve Bölgesel Kalkınma Kuruluşlarının İşlevleri (Avrupa Örnekleri ve Türkiye).*Ulusal Kalkınma ve Yerel Yönetimler Sempozyumu*, TODAİE 19-20 Ekim, ss.727-733.
- Kol, E. (2015). Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Açısından Değerlendirilmesi.*Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1):135-164.
- Köktaş, A. M. (2014).*Sağlık Ekonomisi*, 657 Yayınevi, Ankara.
- Kurtulmuş, S. (1998).*Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Kutlar, A. ve Doğanoglu, F. (2007).*Kalkınma Sorunu*, Orion Yayınevi, Ankara.
- Lee, J. and Strazizich, M. C. (2003). Minimum Lagrange Multiplier Unit Root Test with Two Structural Breaks.*The Review of Economics and Statistics*, 85(4):1082-1089.
- Levaggi, R. and Smith, P. C. (2005). Decentralization in Health Care: Lessons From Public Economics.*Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges*, Smith, P. C., Ginnelly, L. and Schulpher, M. (Ed.). Open University Press, England.
- Li, J., Zhao, M. and Jiang, K.(2009). Empirical Analysis of the Determinants of Health Care Expenditure in China Based on Co-integration and Error-correction Model.*Proceedings of 2009 IEEE International Conference on Grey systems and Intelligent Services*, pp.1710-1714, China.
- Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B.(2005). Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları.*Sağlıkta Umud Vakfı*, ss.1-109.

- Lorcu, F. ve Bolat, B. A.(2009). Yaşlara Göre Ölüm Oranları ile Sosyo-ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 38(2):124-133.
- Lucas, R. E. (1988). On The Mechanics of Economic Development.*Journal of Monetary Economics*, (22):3-42.
- Ma, C. A. (2007). Altruism and Incentives in Public and Private Health Care.*Finance and Incentives of The Health Care System*, Suvanto, A.and Vartiainen, H. (Ed.).*Government Institute for Economic Research*, Helsinki.
- Maynard, A. (2007), Health Economics in the Past, the Present and the Future. *Finance and Incentives of The Health Care System*, Suvanto, A. and Vartiainen, H. (Ed.). Government Institute for Economic Research, Helsinki.
- Mazgit, İ. (1998).*Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, İzmir.
- Mazgit, İ. (2002). Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi.*I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 10-11 Mayıs, Kocaeli, ss.1-5, https://www.academia.edu/2136517/Bilgi_toplumu_ve_sa%C4%9Fl%C4%B1n_artan_%C3%B6nemi (04.03.2015).
- Mcgregor, S. L. T. (2001). Neoliberalism and Health Care.*International Journal of Consumer Studies-Special Edition on Consumers and Health*, 25(2):1-11.
- Mcguire, A,Henderson, J. and Mooney, G.(2005).*The Economics of Health Care*. Taylor&Francis, USA.
- Mcpake, B., Kumaranayake, L. and Normand, C.(2002).*Health Economics: An International Perspective*.Taylor&Francis, USA.
- Meier, G. M. and Rauch, J. E. (2005).*Leading Issues in Economic Development*. 8. Edition. Oxford University Press, New York.
- Mills, A. and Gilson, L.(1988).Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit.*HEFP Workin Paper 01/88, EPC Publication*, (17):1-130.
- Mirvis, D. M. and Bloom, D. E. (2008). Population Health and Economic Development in the United States.*American Medical Assication*, pp.93-95.
- Mollahaliloğlu, S. ve Diğerleri (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları: 2002-2003.*Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü*, Ankara.
- Mooney, G. (2009).*Challenging Health Economics*. Oxford University Press, New York.
- Musgrove, P. (2004).*Health Economics in Development*, The World Bank, Washington.
- Mushkin, S. J. (1962). Health As An Invesment.*Journal of Political Economy*, 70(5):129-157.
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2012).*Sağlık Ekonomisine Giriş*, 3. Basım, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Nafziger, E. W. (2006). The Meaning of Economic Development.*UNU-WIDER*, Research Paper No:2006/20, pp.1-15.
- Naqvi, S. N. H. (1995). The Nature of Economic Development.*World Development*, 23(4):543-556.
- OECD (2014). Health Statistics 2014, www.oecd.org (09.03.2015).
- OECD (2015). Better Life Index, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/> (03.03.2015).
- OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri Türkiye (2009). OECD and World Bank.
- Oğuz, D. (2009). Aile Hekimliği.*Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 13(1):8-14.

- Okay, A. (2009).*Sağlık İletişimi*, MediaCat Kitapları, İstanbul.
- Onyeiwu, S. (2002). Health Economics in Developing Countries. Economics Interactions with Other Disciplines, 1:1-4.
- Orhan, Ö. (2006).*Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ABD Kamu Yönetimi Programı, İzmir.
- Orhaner, E. (2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası.*Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1):1-22.
- Öksüz, A. S.(2010).*Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ABD, Ankara.
- Özcan, B. (2011).*Sosyal Sermaye ve Ekonomik Kalkınma*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, İstanbul.
- Özer, B. (2010).*Türkiye’de Sağlık Politikaları Göstergeleri ve Makro Ekonomik Büyüklükler ile Olan Etkileşimi*. Doktora Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Manisa.
- Özgen, H. ve Tatar, M.(2007). Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum.*Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2):109-137.
- Özgüven, A. (1988).*İktisadi Büyüme İktisadi Kalkınma Sosyal Kalkınma Planlama ve Japon Kalkınması*, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Özkan, M. A. (2011). Türkiye’de Sağlık Teknolojilerinin Kullanımı ve Sağlık Sektörünün Sorunları.*Çerçeve Dergisi*, MUSİAD, İstanbul, 19(55):120-131.
- Özkara, Y. (2006).*Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Antalya.
- Özhalbant, Z. (2010).*Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü*, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını No:77, Afyon.
- Özpolat, A. (2009).*Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadın Eğitimi ile Büyüme ve Kalkınma Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Gaziantep.
- Özsağır, A. ve Çütcü, İ.(2013). Bölgesel Kalkınma Açısından Özel Sağlık Sektörünün Yeri ve Önemi.2. *Uluslararası Bölgesel Kalkınma Sempozyumu*, 16-17 Mayıs, Elazığ, ss.240-257.
- Özsarı, S. H. (2011). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları.*Çerçeve Dergisi*, MUSİAD, İstanbul, 19(55):68-73.
- Öztek, Z. (2006). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği.*Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(2):1-6.
- Öztek, Z. (2009). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği.*Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(1):6-12.
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri.*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1):37-41.
- Özyakışır, D. (2011). Beşeri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü.*Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 6(1):46-71.
- Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?. Bursa.
- Paolucci, F. (2010).*Health Care Financing and Insurance*, Springer Heidelberg Dordrecht, London.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler.*Sayıştay Dergisi*, (61):119-138.

- Phillips, P. C.B. and Perron, P.(1988). Testing for A Unit Root in time Series Regression.*Biometrika*, 75(2):335-346.
- Pieterse, J. N. (2010).*Development Theory*.Second Edition, SAGE Publications Ltd., London.
- Polat, E. (2014).*Türkiye’de Düzey-2 Bölgeleri Kamu Yatırımları Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi ile Ölçülmesi*, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD, Malatya.
- Porter, M. E.,Stern, S. and Green, M.(2014). The Social Progress Index 2014. Social Progress Imperative, <http://www.socialprogressimperative.org/> (02.03.2015).
- Ray, A. K. (2008). Measurement of Social Development: An International Comparison.*Social Indicators Research*, 86(1):1-46.
- Resmi Gazete (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Kanun No: 5510, 31.05.2006.
- Resmi Gazete (2008). 5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ. Sayı:27011, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080928-14.htm> (08.04.2015).
- Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 02.11.2011, Sayı:28103, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (16.04.2015).
- Resmi Gazete (2013). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24 Mart, Sayı: 28597, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf> (10.04.2015).
- Resmi Gazete (2014). Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim Ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği. Sayı:28976, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140418-15.htm> (08.04.2015).
- Rivera, B. and Currais, L. (2003). The Effect of Health Investment on Growth: A Causality Analysis.*International Advances in Economics Research*, 9(4):312-323.
- Rostow, W.W. (1966). Kendini Besleyen Gelişmeye Götüren Kalkış.Demirgil Y., (Çev.), *İktisadi Kalkınma*,Berk, M., Görün, F. ve İlkin, S.), ODTU İdari Bilimler Fakültesi Yayın No:6, Ankara.
- Sabır, H. (2010).*Az gelişmiş Ülkelerde Rekabet ve Kalkınma*, Derin Yayınları, İstanbul.
- Saçu Barlin, F. (2010).*Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Kalkınma Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye ABD, Balıkesir.
- Sağlık Bakanlığı (1993). Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2004a). Aile Hekimliği Türkiye Modeli, *Mavi Ofset*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2004b).5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun.<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html>(13.04.2015).
- Sağlık Bakanlığı (2007). Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007.*Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı*, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı (2010). Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları.*Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı*, Ankara, ss.1-33.
- Sağlık Bakanlığı (2012). Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017).*Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014a). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014b). Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014c).*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014d). Kamu Hastane Birlikleri 2014, Ankara.
- Sallan Gül, S. ve Dericioğulları Ergun, A.(2010). Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Olası Kayıplar.*Sosyal Haklar Sempozyumu*, 4-6 Kasım, ss.317-337.
- Sami, Z. (2003). Eğitimin Bir İşlevinin Kalkınma Olduğu Unutuluyor Mu?.*Milli Eğitim Dergisi*, (159), http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/159/sami.htm (03.03.2015).
- Santerre, R. E. and Neun, S. P. (2010).*Health Economics: Theory, Insights and Industry*, 5. Edition. South-Western Cengage Learning, USA.
- Sargutan, A. E. Sırbistan Karadağ Sağlık Sistemi. ss. 2351-2382, <http://www.sargutan.com/SIRBISTAN%20KARADAG%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> (10.03.2015).
- Sayım, F. (2011).*Sağlık Piyasası ve Etik*. MKM Yayınları, Bursa.
- Schieber, G. and Maeda, A. (1999). Health Care Financing and Delivery in Developing Countries, *Health Affairs*, 18(3):193-205.
- Schut, F. T. (1995), *Competition in the Dutch Health Care Sector*, Ridderprint, Ridderkerk.
- Selim, S., Uysal, D. ve Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi.*Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdair Bİimler Fakültesi Dergisi*, 7(3):13-24.
- Sevim, İ. (2006).*1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, İstanbul.
- Smith, P. and Laudicella, M.(2011). An Overview of Health Economics Data and Expertise in Cancer.*Imperial Collage London Business School*.
- Soyer, A. (2003). 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları.*Praksis Dergisi*, (9):301-319.
- Sökmen, A. (2014). Sosyal Gelişme Endeksi Türkiye İçin Ne İfade Ediyor?. *TEPAV*, ss.1-11.
- Stiglitz, J. E. (1994).*Kamu Kesimi Ekonomisi*, Batırel, Ö. F. (Çev.). 2. Baskı. Marmara Üniversitesi Yayın No:549, İstanbul.
- Sur, H. (2011). Sağlık ve Sağlık Ekonomisi.*Çerçeve Dergisi*, MUSİAD, İstanbul, 19(55):6-10.

- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları.*Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*, Yayın No:2011/414, Ankara.
- sülkü, S. N. and Caner, A.(2009). Health Care Expenditure and Gross Domestic Product: The Turkish Case.*TOBB University of Economics and Technology Department of Economics Working Papers*, (09-03):1-18.
- Şahin, G.,Yıldırım, H. ve Aydın, H. İ.(2014). Bölgesel Kalkınmada Eğitim: Doğu Karadeniz Projesi İllerinde Yer Alan Devlet Üniversitelerinin Performans Ölçümü.*Bölgesel Kalkınma Üzerine Yazılar*, Berber, M., Özyakışır, D. ve Aydın, H. İ. (Ed.). Savaş Yayınevi, Ankara, ss.351-393.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış.*Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4):25-30.
- Taban, S. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi.*Sosyo Ekonomi Dergisi*, (2):31-46.
- Taban, S. ve Günay, E.(2008). Planlama ve Kalkınma.*Kalkınma Ekonomisi*, Taban, S. ve Kar, M. (Ed.). 2. Baskı. Ekin Yayınevi, Bursa.
- Taban, S. ve Kar, M. (2008). Beşeri Sermaye ve Kalkınma.*Kalkınma Ekonomisi Seçme Konular*, Taban, S. ve Kar, M. (Ed.). 2. Baskı. Ekin Yayınevi, Bursa.
- Taban, S. ve Kar, M. (2014).*Kalkınma Ekonomisi*, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Tang, C. F. (2010). Revisiting the Health-Income Nexus in Malaysia: ARDL Cointegration and Rao’s F-Test for Causality.*MPRA*, Paper No:27287, pp.1-9.
- Tang, C. F. and Ch’ng, K. S.(2011). The Granger Causality Between Health Expenditure and Income in Southeast Asia Economies.*African Journal of Business Management*, 5(16):6814-6824.
- Tatar, M. (1993). Desantralizasyon ve Sağlık Reformları.*Amme İdare Dergisi*, 26(4):137-151.
- Tatar, M. (2011a).Sağlık Hizmeti Uygulamalarının Ekonomik Perspektiften Değerlendirilmesi.*Çerçeve Dergisi*, MUSİAD, İstanbul, 19(55):18-24.
- Tatar, M. (2011b). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi.*Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11(1):103-133.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 6. Baskı. Nobel Yayınevi, Ankara.
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme.*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, 3(2):125-152.
- Tıraşoğlu, M. ve Yıldırım, B.(2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine bir Uygulama.*Elektronik Meslek Yüksekokulları Dergisi*, 2(2):111-117.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M.(2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama.*Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4):123-138.
- Todaro, M. P. and Smith, S. C. (2012).*Economic Development*. 11. Edition. Addison-Wesley, USA.
- TUIK (2015a). Belediye Su İstatistikleri Veri Tabanı.www.tuik.gov.tr (28.03.2015).
- TUIK (2015b). İstatistiklerle Yaşlılar 2014. Haber Bülteni, Sayı:18620, 18.03.2015, www.tuik.gov.tr (11.05.2015).
- Tutar, F. ve Kılınç, N.(2007). Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi.*Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(1):31-54.
- Türk Tabipleri Birliği (2007). Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Bir Yaklaşım.*Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara.

- Türk Tabipleri Birliği (2013). Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara.
- Tüylüoğlu, Ş. ve Tekin, M.(2009). Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(1):1-31.
- Ulutürk, S. ve Dane, K.(2009). Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm ve Türkiye Uygulaması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(29):114-142.
- UNDP (2010). Human Developmet Report 2010.
- UNDP (2014). Human Developmet Report 2014.
- Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Üstündağ, N. ve Yoltar, Ç.(2013). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi. *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, Keyder, Ç., Üstündağ N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (Der.). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Weil, D. N. (2007). Accounting For The Effect of Health on Economic Growth. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(3):1265-1306.
- WHO (1948). WHO Definition of Health, International Health Conference. New York, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (06.11.2014).
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (06.11.2014).
- WHO (2014a). Indoor Air Pollution. <http://www.who.int/features/qa/indoor-air-pollution/en/> (28.03.2015).
- WHO (2014b). Ambient (Outdoor) Air Quality and Health. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/en/> (28.03.2015).
- WHO (2014c). *World Health Statistic 2014*. Switzerland.
- WHO (2015). *World Health Statistic 2015*. Switzerland.
- Wiseman, V. (2011). Key Concepts in Health Economics. *Introduction to Health Economics*, Guinness, L. and Wiseman, V. (Ed.). Second Edition. Open University Press, USA.
- Wonderling, D., Gruen, R. and Black, N.(2005). *Introduction to Health Economics*, Open University Press, USA.
- World Bank (2003). Turkey Reforming The Health Sector for Improved Access and Efficency. (In Two Volmes), Volume I: Main Report.
- World Bank (2014). *World Development Indicators 2014*.
- Yakışık, H. ve Çetin, A.(2014). Eğitim, Sağlık ve Teknoloji Düzeyinin Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı. *Sosyo Ekonomi Dergisi*, 10(21):167-186.
- Yardımcıoğlu, F. (2012). OECD Ülkelerinde Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Ekonometrik Bir İncelemesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2):27-47.
- Yaşgöl, Y. S. (2014). Yeni Kalkınmacı Devlet ve Sosyal Politika: Etkin Bir Sağlık Politikası. *Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar*, Aysan, A. F. ve Uludağ, D. (Haz.). İmge Kitabevi, Ankara.
- Yavilioğlu, C. (2002). Kalkınmanın Anlambilimsel Tarihi ve Kavramsal Kökenleri. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1):59-77.
- Yavuz, N. (2011). *Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*. Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD, Isparta.

- Yazkan, E. (2008).*Bölgesel Gelişme Politikalarının Başarısında Kalkınma Ajanslarının Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ABD, Yönetim Bilimleri BD, Kocaeli.
- Yeginboy, Y. ve Sayın, K. Ş.(2008). Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları.2. *Ulusal İktisat Kongresi*, 20-22 Şubat, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2007).*Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Ankara.
- Yerebakan, M. (2000). Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri.*İstanbul Ticaret Odası*, Yayın No:2000-26.
- Yereli, A. B.,Kobal, İ. ve Köktaş, A. M.(2011). Türkiye’de Kamusal Sağlık Harcamalarının ve Birim Hasta Maliyetlerinin Bölgesel Dağılımı Üzerine Bir Değerlendirme.26. *Türkiye Maliye Sempozyumu*, 2-5 Mayıs, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, ss.306-325.
- Yıldırım, E. A. (2008). Psikiyatrinin Penceresinden Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı ve Geleceğe Yönelik Öngörüler.*Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(3):8-24.
- Yıldırım, H. H. (2004).*Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Ankara.
- Yıldırım, H. H. (2011b). Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Performans Analizi: Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama.*Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Türkiye Sağlık Sektörü*,Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T.), Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, İmaj Yayınevi, Ankara, ss.83-150.
- Yıldırım, H. H. (2013).*Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Birinci Baskı. SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T.(2011a).*Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı. İmaj Yayınevi, Ankara.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011b). “Avrupa Birliği Yolunda Türkiye’nin Sağlığı: Avrupa Birliği’ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları”, *Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Türkiye Sağlık Sektörü*,Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T.), Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, İmaj Yayınevi, Ankara, ss.285-294.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011b). “Avrupa Birliği, Sağlık, Sağlık Politikaları”, *Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Türkiye Sağlık Sektörü*,Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T.), Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, İmaj Yayınevi, Ankara, ss.1-21.
- Yıldırım, S. (1994).*Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*. Uzmanlık Tezi, DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No: DPT: 2350.
- Yıldırım, T. (2011b). Avrupa Birliği’ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türkiye Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Sorunlar ve Bu Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri.*Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Türkiye Sağlık Sektörü*,Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T.), Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, İmaj Yayınevi, Ankara,, ss.43-68.

- Yiğiter Kara, F. (2010).*Türkiye’de Hanehalkı Sağlık Harcamalarını Belirleyen Etmeler*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri ABD, Ankara.
- Yumuşak, İ. G. (2008). Beşeri Sermayenin İktisadi Önemi ve Türkiye’nin Beşeri Sermaye Potansiyeli.*Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (55):3-48.
- Yumuşak, İ. ve Yıldırım, D. Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme.*Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1):57-70.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi.*Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1):591-610.
- Zweifel, P., Breyer, F. and Kifmann, M. (2009), *Health Economics*. 2. Edition. Oxford University Press, London.
- www.sgk.gov.tr (15.05.2014).
- www.sgk.gov.tr (04.12.2014).
- www.tuik.gov.tr (12.12.2014).
- WHO, www.who.int (09.03.2015).
- www.worldbank.org (07.04.2015).
- http://www.ekodialog.com/Konular/1994_krizi.html (15.04.2015).
- www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-40212/h/ek.pdf (30.04.2015).
- <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (04.08.2015).
- <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5502.pdf> (04.08.2015).

ÖZGEÇMİŞ

Mehmet Vahit EREN 1986 yılında Gaziantep’te doğdu. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü’nden 2008 yılında mezun oldu. Yüksek lisans derecesini 2011 yılında “Post Otistik İktisat Çerçevesinde 2008 Global Ekonomik Krizi ve Türkiye” konulu tezi ile Gaziantep Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Ana Bilim Dalı’ndan aldı. Mehmet Vahit EREN’in ulusal ve uluslar arası dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sempozyumlarda sunulmuş bildirileri bulunmaktadır. Mehmet Vahit EREN orta derecede İngilizce bilmektedir. 2010 yılından beri Şırnak Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü İktisat Politikası Ana Bilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.

VITAE

Mehmet Vahit EREN was born in Gaziantep in 1986. He graduated from the Department of Economics, Faculty of Economics and Administration Sciences at Niğde University in 2008. He holds his Master’s of Economics degree on “2008 Global Economic Crisis In The Context Of Post Autistic Economics and Turkey” in the Department of Economics at Niğde University Social Sciences in 2011. He has a few article published in the journal of national an international and presentations submitted in the conferences. He knows English in medium degree. He has been working as Research Assistant since 2010 in the The Main Science of Economics Policy, Department of Economics, Faculty of Economics and Administration Sciences at Sırnak University.