

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

148217

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARI:
SAKARYA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Barış AYHAN

148217

Enstitü Ana Bilim Dalı : İKTİSAT

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Adnan DOĞRUYOL

AĞUSTOS-2004


T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

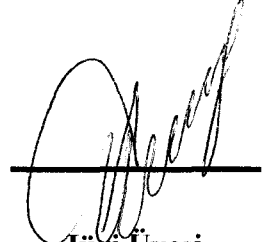
TÜRKİYE'DE SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARI
SAKARYA ÖRNEĞİ

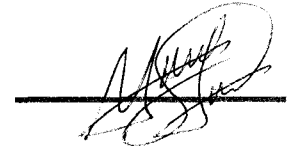
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Barış AYHAN

Enstitü Ana bilim Dalı : İKTİSAT

Bu tez ~~06/08~~2004 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / ~~Oyçokluğu~~ ile kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı
Yard. Doç. Dr.
Polina Doğan


Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr.
Selman Akçıl


Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr.
Mustafa Gelgin

ÖNSÖZ

Sağlık, özellikle, 1950'li yıllardan sonra, çeşitli ekonomik analiz platformlarında incelenmeye başlanmıştır. Ekonomik yapının geneline olan etkileri gittikçe artan ölçüde önemsenen sağlık ve olgusal ağırlığını ekonomik literatüre yerleştiren ve Dünya'da ekonomi biliminin bir alt dalı olarak incelenmeye başlanan bir alt disiplin olmuştur. Sağlığın ekonomik aktivitenin bütünü içinde gelir artırıcı özelliği dikkate alındığında direkt etkilerinin olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda, dolaylı etkilerden bahsedilirken, sağlığın dolaylı ve pozitif açılardan sağladığı faydalar bulunmaktadır.

Dünya'da sağlık düzeyi öncelikle gelir, gelişmişlik düzeyi, kültür düzeyi ve bu faktörlerden türeyen birçok faktörden etkilenmektedir. Dünya'da gelişmiş ülkelerde insanlar ortalama 70 yıl yaşarken, az gelişmiş ülkelerde bazı insanlar 40 yıl yaşayabilmektedir.

Sağlık çalışmalarında bulunanların neden bu konuda çalıştıkları hakkında farklı nedenleri olabilir. Benim sağlık konusunu seçmemin nedeni ise basittir. Sağlık fonksiyonumun tamamen erdirilmesi için vücuduma her gün müdahale etmek zorundayım. Başkaca bir nedeni olduğunu söylemenin gereksiz olduğunu eklemeliyim. İktisat formasyonu ve tip 1 diyabetin oluşturduğu kesişim kümesi.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY.....	x
GİRİŞ.....	1
1. GENEL ÇERÇEVE: SAĞLIK, SAĞLIK KAVRAMI, EKONOMİSİ VE FİNANSMANI.....	4
1.1.Sağlık Kavramı Ve Sağlığın Tanımı.....	4
1.1.1.Sağlığı Etkileyen Etmenler.....	5
1.1.1.1.Çevre ile İlgili Etmenler.....	5
1.1.1.2.Biyolojik Etmenler.....	6
1.2.Sağlık Düzeyini Belirleyen Ölçütler.....	6
1.2.1.Sağlık Düzeyini Sınırlayan Ölçütler: Ortalama Yaşam Düzeyi, Ölüm Oranı.....	7
1.2.2.Hastalık Düzeyini Belirleyen Ölçütler.....	8
1.2.3.Doğurganlık Düzeyini Belirleyen Ölçütler.....	9
1.2.4.Kaliteye Bağlı Olarak Düzenlenmiş Yaşam Süreleri(QALYs).....	9
1.3.Sağlık Hizmetleri.....	11
1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri.....	12
1.3.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	12
1.3.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
1.3.1.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	14
1.4.Sağlık Hizmetinin Ekonomik Değeri.....	15
1.4.1.Sağlık ile Ekonomi İlişkisi.....	18
1.4.1.1.Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi.....	20
1.4.1.1.1.Sağlık Hizmetleri Talebi.....	20
1.4.1.1.2.Sağlık Hizmetleri Arzı.....	21
1.5.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	22
1.5.1.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları.....	22

1.5.1.1.Kamusal yada Yarı Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları.....	22
1.5.1.2.Özel Finansman Kaynakları.....	24
1.5.2.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	25
1.5.2.1.Doğrudan Finansman Yöntemi.....	25
1.5.2.2.Dolaylı Finansman Yöntemleri.....	25
1.5.2.2.1.Devletin Finansmana Katılması.....	27
1.5.2.2.2.Çalışanların Finansmana Katılması.....	28
1.5.2.2.3.İşverenlerin Finansmana Katılması.....	29

2. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK

HARCAMALARI.....	30
2.1.Dünya'da Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....	30
2.1.1.Dünya'da Genel Durum.....	30
2.1.2.Dünya'da Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....	32
2.2.Türkiye'de Sağlık Hizmetleri.....	37
2.2.1.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı.....	37
2.2.1.1.Türkiye'de Genel Durum.....	38
2.2.1.2.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerini Sunan Kurumlar.....	41
2.2.1.2.1.Sağlık Bakanlığı.....	41
2.2.1.2.2.Üniversiteler(Tıp Fakülteleri).....	43
2.2.1.2.3.Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK).....	44
2.3.Türkiye'de Temel Sağlık Sorunları.....	45
2.3.1.Nüfus Sorunları.....	46
2.3.2.Çevre Sağlığı Sorunu.....	47
2.3.3.Kötü Beslenme Sorunu.....	48
2.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Yetersiz Tıbbi Hizmet Sorunu.....	50
2.4.Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....	52
2.4.1.Sağlık Bakanlığı.....	56
2.4.2.Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK).....	57
2.4.3.Emekli Sandığı.....	58
2.4.4.Diğer Kamu Kurumları.....	59
2.4.5.Üniversiteler.....	60

2.4.6.Özel Sektör.....	61
3. SAKARYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK	
HARCAMALARI.....	64
3.1.Sakarya'nın Genel Sağlık Düzeyi.....	64
3.2.Sakarya'da Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu.....	65
3.3.Sakarya'da Sağlık Finansman Boyutu.....	72
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	79
KAYNAKÇA.....	81
EKLER.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	103



KISALTMALAR

DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	:Devlet Planlama Teşkilatı
FAO	:Gıda ve Tarım Teşkilatı
GNP	:Gross National Product, Milli Gelir
GSMH	:Gayri Safi Milli Hasıla
ISEW	:Sürdürülebilir Ekonomik Refah İndeksi
İDT	:İktisadi Devlet Teşekkülleri
MEW	:Measured Economic Welfare, Ölçülen Ekonomik Refah
MSB	:Milli Savunma Bakanlığı
OECD	:Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
QALYS	:Kaliteye Bağlı Olarak Düzenlenmiş Yaşam Süreleri
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
UNDP	:Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNESCO	:Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Organizasyonu
UNICEF	:Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Vakfı
vd	:ve diğerleri
WB	:Dünya Bankası
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1: Sağlık Harcamalarının/Hizmetlerinin Genel Dağılımı.....	15
Tablo 2.1: Dünya’da Bazı Sağlık İstatistikleri.....	30
Tablo 2.2: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Sağlık Düzeyleri.....	32
Tablo 2.3(a): Seçilmiş Bazı Ülkelerin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri.....	33
Tablo 2.3(b): Seçilmiş Bazı Ülkelerin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri.....	34
Tablo 2.4: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Ulusal Sağlık Harcama Göstergeleri ve Finansman Kaynaklarının Göstergeleri.....	35
Tablo 2.5: Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları.....	37
Tablo 2.6: Türkiye’de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kuruluşlar ve Bunların İşlevleri Açısından Sınıflandırılması.....	38
Tablo 2.7: Türkiye’de Hastane ve Yatak Sayılarının Kurumlara Göre Dağılımı.....	39
Tablo 2.8: Kuruluşlara Göre Sağlık Hizmetleri Beşeri Kaynak Dağılımı(2001).....	40
Tablo 2.9: Sağlık Bakanlığı Kuruluşları, 2002.....	41
Tablo 2.10: Sağlık Bakanlığı Bütçesi’nin GSMH İçinde Payı, Milyar TL.....	42
Tablo 2.11: Sağlık Bakanlığı Bütçesi’nin Devlet Bütçesi İçindeki Yeri ve Oranı, (Bin TL).....	42
Tablo 2.12: Üniversite Sağlık Kuruluşlarının Hastane ve Yatak Sayısındaki Gelişmeler.....	43
Tablo 2.13: Türkiye Sağlık Personelinin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı, 2001 Yılı.....	44
Tablo 2.14: SSK Sağlık Kuruluşlarının Hastane ve Yatak Sayısındaki Gelişmeler.....	45
Tablo 2.15: Türkiye’de Demografik Göstergelerdeki Gelişmeler.....	46
Tablo 2.16: Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve VIII.Plan Hedefler.....	50
Tablo 2.17: OECD Ülkelerinde Hastane Yatak Sayıları, Hastanın Kalış Sayısı,1998...51	

Tablo 2.18: Sağlık Bakanlığı'nın Bazı İstatistik Hızları, 1992-2001.....	51
Tablo 2.19: Kamu Sağlık Harcamaları, 1996-2002,(Milyar TL, 2001 Fiy.).....	54
Tablo 2.20: Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 1996-2002.....	55
Tablo 2.21: Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 1994-2003.....	56
Tablo 2.22: SSK Sağlık Giderleri.....	57
Tablo 2.23: SSK İlaç Harcamaları.....	58
Tablo 2.24: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımı, Milyar TL.....	59
Tablo 2.25: Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları.....	60
Tablo 2.26: Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık Harcamalarının Dağılımı, İlaç ve Yatırım Harcamaları.....	61
Tablo 2.27: Türkiye Genelinde Özel Sektör Toplam Sağlık Harcamaları.....	62
Tablo 3.1: Sakarya İline Ait Demografik Göstergeler.....	64
Tablo 3.2: Sakarya'da Sağlık İstatistikleri.....	65
Tablo 3.3: Sakarya İline Ait Sağlık Kurumları, 2002.....	65
Tablo 3.4: Sakarya'da Yıllara Göre Sağlık Personeli Durumu.....	66
Tablo 3.5: Sakarya'da Sağlık Personelinin Yüzdelerle Dağılımı.....	67
Tablo 3.6: Sakarya Devlet Hastanelerindeki Çeşitli İstatistikler.....	68
Tablo 3.7: Sakarya'daki Çeşitli Sağlık İstatistiklerinin Yüzdelerle Artış veya Azalışları.....	68
Tablo 3.8: Sakarya'da Yıllara Göre Bağışıklanma Çalışmaları.....	69
Tablo 3.9: Sakarya'da 1998-2002 Yıllarında Ortalama Hedeflenen Nüfus.....	70
Tablo 3.10: Sakarya'da Bağışıklanma Çalışmalarının 1998-2002 Arasında Artışı/Azalışı.....	70
Tablo 3.11: Marmara Bölgesi'nde İllere Göre Nüfus Başına Sağlık Personeli.....	71
Tablo 3.12: Bölgelere Göre Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla, 1987 Fiyatlarıyla.....	72

Tablo 3.13: Sakarya'nın Gayri Safi Yurt İçi Hâsıladan Aldığı Pay, Cari Fiy.....	73
Tablo 3.14: Sakarya'da Çeşitli Sağlık Yatırımları.....	74
Tablo 3.15: Türkiye'de Yıllar İtibariyle Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarı.....	75
Tablo 3.16: Sakarya'da Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı.....	76
Tablo 3.17: Sakarya İli Kamu Personel Sayısı.....	76
Tablo 3.18: Sosyal Sigortalar Kurumu Sakarya İl Müdürlüğü, 506 ve 2925 Sayılı Kanun'a Göre Aktif-Pasif ve İsteğe Bağlı Sigortalı Sayısı.....	77
Tablo 3.19: Sakarya'da BAĞ-KUR Sigortalı Sayısı.....	77
Tablo 3.20: Sakarya'da BAĞ-KUR Kapsamındaki Sigortalı Sayıları ve Sağlık Güvencesine Sahip Kişi Sayısı.....	78
Tablo EK-2.1: Bir İnsanın Günlük Dengeli Besin İhtiyacı.....	94
Tablo EK-2.2: Diyabetli Hastaların Ana-Baba ve Kardeşlerinde Diyabet Sıklığı.....	94
Tablo EK-2.3: Hastalığın Doğal Gidişinde Uygulanan Koruyucu Önlemler.....	94
Tablo EK-2.4: Erken Tanı Yönünden Özel Çaba Gösterilmesi Gereken Toplum Grupları ve Karşılaşabilecekleri Hastalıklar.....	95
Tablo EK-2.5: Türkiye'de Tarama Yoluyla Erken Tanısı Yapılabilecek Önemli Hastalıklar ve Bu Hastalıklarda Uygulanacak Muayene Yöntemleri.....	96
Tablo EK-2.6: Tanı Amacıyla Kullanılan Testlerin Duyarlılık ve Öznelliği.....	96

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Sağlık Statüsü(Health Status) ile Hayatın Süresi Arasındaki İlişki (a)	
Sağlık Statüsü ve Sağlık Statüsünü QALYs Çevirme (b).....	10
Şekil 1.2: Sağlık Durumunu Değerlendirmek İçin Standart Oyun Metodu.....	11
Şekil 1.3: Sağlık Ekonomisinin Temel Konuları.....	19
Şekil 1.4: Sağlık Hizmetlerinde Dolaylı Finansman Yönteminin İşleyişi.....	27
Şekil 2.1: Türkiye’de Taşra-Kırsal Kesim Sağlık Hizmet Birimlerinin Tarihsel Gelişim Şeması.....	52
Şekil 2.2: Milli Sağlık Planı.....	53

ÖZET

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Statüsü, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Finansmanı

Sağlık, sağlığı ekonomik kayıp ve kazanç şeklinde değerlendirenlerden daha fazla anlama sahiptir. Sağlık insanın doğumundan gelen bir haktır. Sağlık, sağlıklılık ya da her ne ise için, bir mantık oluşturmak için, insan ekonomik yönler yanında insanlık yönüne de bakmalıdır. Ne yazık ki, sağlık problemlerinin ekonomik çözümü orijinindeki nedenlerinin belirlenmesi için mantıklı bir açıklama ve problemlerin çözümünün genel çözüm konsepti ön plana çıkmaktadır.

Bu tez üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık, sağlık hizmetleri, servis tipleri, ekonomik değerlendirme ve sağlık sektörünün finansmanı hakkında genel bilgiler vermektedir. İkinci bölüm, Türkiye’de ve Dünya’da sağlık statüsü üzerinde durmaktadır. Bu bölüm, sağlık temelinde Dünya’daki ülkelerin ve Türkiye’nin olduğunu anlamak ve bir durum tespiti için bazı istatistiki karşılaştırmalar eklemektedir. İkinci bölümün devamında, sağlık sektörünün finansal pozisyonu ve sağlık sektörünün finanslanması, özellikle Türkiye’de görülmeye devam ettiği şekli ile bazı problemler ile birlikte sunulmaya çalışılmaktadır. Türkiye’de ve Dünya’da görülen problemlerin yardımı ile sıkıntılara olası çözümler için bir mantık sunma çabasıdır.

Tezin üçüncü kısmı, Sakarya Şehri ile civarı için sağlık problemlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bunu yaparken, Türkiye’nin sağlık statüsü sonuçları iyi bir yorum yapmak için en uygun bilgiyi vermektedir. Sağlık problemleri nedeni ile oluşan tüm kayıplar için bir değerlendirme ile karşılaştırma yapmak için, Sakarya ve Türkiye’nin sağlık düzeyi bazı açılardan karşılaştırılmaktadır. Bunların bazıları sırasıyla, ekonomik refah, işsizlik oranı, Sakarya’nın milli gelirden aldığı pay, Sakarya’daki sağlık hizmetlerinin durumu vb.

SUMMARY

HEALTH EXPENDITURES AND HEALTH IN TURKEY:SAKARYA EXAMPLE

Keywords: Health, Health Status, Health Services, Financing of Health

Health includes more meaning than those evaluating it in the platform of economic gains and losses. Health is just a right for a human being coming from his/her birth. In order to make a rationale for health, healthiness and whatsoever, one has to pay attention on not only economic aspects but also humanity. However, economic solutions to health problems come to forth to make a reasonable explanation for a determination of the origins of reasons and a general solution concept of eradicating the problems.

This thesis has three main parts. The first part gives general information about health, healthiness, health services, kinds of services, economic evaluation, efficiency on sides of human, community and unity of health services as providers of services, and in the final chapter of the first part, financing the health sector. The second part is stressed on healthy status in World and Turkey. This part appends some statistical comparisons to understand and to make a point of where the countries of World and Turkey stand on the grounds of health. Further of the second part, financial position of health sector and financing the health sector are tried to introduce with some problems keeping on seen especially in Turkey. A rationale is strived to present for probable solutions on troubles being seen in Turkey with the help of both Turkey's problems and the rest of World's countries.

The third part of the thesis aims to recognize the health problems of the city and province of Sakarya. While doing this, the results of Turkey's health status give the most convenient information to make a good interpretation. In order to make a comparison and to make a point about all kind of losses causing by health problems, health level of Sakarya and Turkey are compared with several respects. Some of these are economic welfare, unemployment rate, the share of Sakarya from national income, conditions of all health services in Sakarya etc. respectively.

GİRİŞ

Sağlık ile ilgili ortaya çıkan birçok olguyu bireysel ve toplumsal platformlarda değerlendirmek mümkündür. Sağlıklı bir birey toplum için faydalıdır varsayımını, sağlıklı bireylerin varlığı varsayımı ile toplumsal boyutta genişletmek sonucunda, sağlıklı bir toplumdan bahsedilebilme şansı artmaktadır. Ancak, bu bahsedilme salt olarak doğrulanabilir değildir. Sağlığın topluma olumlu yansımaları olduğu sezgisel olarak ifade edilebilmekte iken, belirli bir ölçütün ortaya koyduğu olumlu kazanımların işaretleri kısıtlı kalmaktadır.

Sağlığın neden önemli olduğu konusu ise, daha karmaşık bir yapı arz etmektedir. Bir toplum olası sağlık problemleri ile karşılaşınca bunları nasıl değerlendirecektir sorusunun cevabı iki ana temelde ele alınabilir. Bunlardan ilki, sağlık problemlerinin üretim gücünden götürdüğü parçaların irdelenmesi, ikincisi olarak ise, topluma yüklenen maliyet büyüklüğüdür. Bu iki eksen de dönen algılamaların boyutu ne olursa olsun, sonuçta sağlık problemlerinin giderilmesinde bazı çözüm yöntemlerinin ve sonuçta hizmetlerin giderilmesi gerekliliği ön plana çıkar.

Sağlık için en önemli önerme belki de bireyin var olması nedeni ile kazandığı bir hak şeklindedir. Bu önerme ile birlikte sağlık problemlerinin giderilmesi çabası, tamamen farklı bir temele oturur. Bu açıdan, sağlık problemlerinin giderilmesi artık herhangi bir öncül değerlendirmeye tabi tutulamaz. Önce sağlık problemi giderilir ve sonra sağlıklılık düzeyi değerlendirmelere tabi tutulur.

Çalışmanın Önemi

Sağlık, tüm ekonomik faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde ve bir ülkenin ilerlemesinde gerekli görülen ve direkt olarak üretime katkı sağlamayan sektörlerden birisidir. Bir diğeri ise, eğitimidir. Sağlık, bu nedenle önemsenmektedir. Sağlık konusunda ikinci bir nokta ise, sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerinin yüklü maliyetleri neden olabileceğidir.

Çalışmanın Amacı

Çalışmanın temel amacı, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının boyutu ile ilgili olarak bilgi sunmaktır. Dünya'da ve Türkiye'de sağlıkla ilgili düzenlemelerin nasıl gerçekleştiği, örgütlenmenin etkisi ve finansmanının nasıl yapıldığı incelenmiştir. Türkiye ve Sakarya ile ilgili olarak, Türkiye ile ilgili bilgiler sunulmuştur. Sakarya kısmında ise, Türkiye ile ilgili karşılaştırmalar verilmiştir.

Metedoloji

Çalışmadaki temel metedoloji, ikincil veri kaynakları kullanılmıştır. Kaynaklar için, Türkiye ve Sakarya için nerede bulunduğu anlaşılması için, Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslar arası kuruluşların sağlık ile ilgili istatistik, değerlendirme ve politika yapma çalışmaları taranmıştır. Özellikle, sağlık finansmanı konusunda, Türkiye ile ilgili olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük çoğunluğunun devlet eli ile yapılması ile gelişmiş ekonomilerde özel sektör kanalıyla sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü çok açık bir şekilde ortaya çıkmıştır. Kaynak tahsisi konusunda Türkiye ile gelişmiş ekonomiler arasında belirgin büyüklük farkları olduğu görülmüştür.

Çalışmanın İçeriği

Bu tez üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık, sağlık hizmetleri, servis tipleri, ekonomik değerlendirme ve sağlık sektörünün finansmanı hakkında genel bilgiler vermektedir. İkinci bölüm, Türkiye'de ve Dünya'da sağlık statüsü üzerinde durmaktadır. Bu bölüm, sağlık temelinde Dünya'daki ülkelerin ve Türkiye'nin olduğunu anlamak ve bir durum tespiti için bazı istatistiki karşılaştırmalar eklemektedir. İkinci bölümün devamında, sağlık sektörünün finansal pozisyonu ve sağlık sektörünün finanslanması, özellikle Türkiye'de görülmeye devam ettiği şekli ile bazı problemler ile birlikte sunulmaya çalışılmaktadır. Türkiye'de ve Dünya'da görülen problemlerin yardımı ile sıkıntılara olası çözümler için bir mantık sunma çabasıdır.

Tezin üçüncü kısmı, Sakarya Şehri ile civarı için sağlık problemlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bunu yaparken, Türkiye'nin sağlık statüsü sonuçları iyi bir yorum

yapmak için en uygun bilgiyi vermektedir. Sağlık problemleri nedeni ile oluşan tüm kayıplar için bir değerlendirme ile karşılaştırma yapmak için, Sakarya ve Türkiye'nin sağlık düzeyi bazı açılardan karşılaştırılmaktadır. Bunların bazıları sırasıyla, ekonomik refah, işsizlik oranı, Sakarya'nın milli gelirden aldığı pay, Sakarya'daki sağlık hizmetlerinin durumu vb.



1.GENEL ÇERÇEVE: SAĞLIK, SAĞLIK KAVRAMI, EKONOMİSİ VE FİNANSMANI

1.1.Sağlık Kavramı ve Sağlığın Tanımı

Bir insanın sağlığı, doğum anından ölüme kadar geçen süre içinde çeşitli faktörlerin etkisi altındadır. Bu faktörlerin başında psikolojik, çevresel ve kişinin kendi bedeninin özellikleri gelmektedir. İnsanın bebeklik sürecinden başlayarak gerçekleşen bedeni gelişmesi ergenlik dönemi ile zirveye ulaşır ve nihayet her geçen gün insan vücudu sadece bedeni olarak değil, zihinsel olarak bir düşünüşe geçer. Burada fiziki ve zihinsel gerileme süreci eşzamanlı değildir. İlk önce bedeni gerileme başlar ve belirli bir süre sonra fiziki gerilemeye paralel olarak zihinsel gerileme başlar. Sağlıklı bir insanda ilerleme ve gerileme süreçleri arasındaki süre ya da bir süreçten diğer sürece geçiş hızlı bir şekilde olmaz. Sağlıklı bir fiziki yapının özellikle zihinsel gerilemesi yavaştır[Phelps, 1992:19-20;Kavuncubaşı, 2000: 19-21].

Her disiplin dalında olduğu gibi bir olgunun kabul görmüş bir tanımı vardır. Uluslararası Sağlık Örgütü (WHO),sağlığı; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır[WHO, 1975:17;WHO, 2002: 47-50]. Bu tanımlamanın tüm bireyler için açıklayıcı olabileceğini düşünmek pek kolay değildir. Çünkü her insanın temel özellikleri olduğu gibi bazı farklı özellikleri de vardır. Tüm bu özelliklerin getirdikleri ile herhangi bir bireyin diğer bir bireyden farklılıkları olabileceği kolayca görülebilir. Burada WHO'nun tanımı biraz askıda kalır ve tümü açıklama konusunda esnekliğe ihtiyaç duyar. Ancak, bir türün temel ortak özelliklerinden hareketle ve belli bir ortalamaya koşut bir durumda belirlenen ölçütler tüm insanları değerlendirmek için kullanılabilir. Böylece, bazı farklılıkların olabileceği şüphe götürmemekle birlikte, istatistik olarak bir türün temel özellikleri olarak görünen özellikler değerlendirmelerde kullanılabilir[Hayran, 1998:3].

İnsanların sağlığının belirli yaş grupları içinde değişkenlik gösterdiği göz önüne alınırsa, sağlıklı bir insanın hangi yaş grubu içindeki ortak özellikleri taşıdığı belirlenmelidir. Yani, yıpranmamış bir metabolizmanın fiziki ve zihni olarak

yapabildiklerini oransal yıpranmış bir metabolizmadan beklemek mantık dışıdır. Dolayısıyla, yaş grubu itibari ile insanların belirli sınırları vardır ve bu sınırlamalar negatif bir bakış açısıyla belirlenmemiştir. Buradaki negatiflik, reel bir değerlendirmeden hareketle yapılır ki bu şekildeki bir tespit metabolizmanın sınırları ve sağlık düzeyinin belirlenmesi için kullanılır[Folland vd., 1997: 142].

1.1.1.Sağlığı Etkileyen Etmenler

Sağlık konusunda etkili olan etmenler, temelde bir olguyu etkileyen birçok faktörün sınıflandırmasında olduğu gibi, iki temel özelliğe sahiptir. Bunlar, çevre ile ilgili etmenler ve insanların biyolojik özelliklerine bağlı etmenlerdir.

1.1.1.1.Çevre ile İlgili Etmenler

Çevre algılamalarında çevre, geniş bir küme oluşturur. Bunlar, biyolojik çevre, fiziki çevre, kültürel çevre ve ekonomik çevredir. Çevre kümesinin bir alt kümesi olarak bu tanımlamalar, birbirinden farklı değildir ve birbirleri ile yakından ilişkilidir. Örneğin, ekonomik çevre, kültürel çevreyi etkiler ve birbirinden bağımsız değildir.

Biyolojik çevre ile ifade edilmek istenen, bireyi biyolojik olarak etkileyen faktörleri belirtmektir. Bu faktörler, insan sağlığını olumsuz etkileyen mikroorganizmalar, parazitler, vektörler, besinler, bitkiler ve hayvanlar vb. gibi kümelerden oluşur. Özellikle, mikroorganizmaların yol açtığı sağlık problemleri ile etkili bir şekilde baş etmenin yolu, gerekli önlemlerin alınması şeklindedir. Örneğin, aşı problemlerinin aşılması ve aşılama bir sürekliliğin sağlanması gerekir.

Fiziki çevre ise, yaşanan alanın ve insanların diğer yaşantı alanları ile kurdukları ilişkileri ifade etmektedir. Fiziki çevreye, sular, barnaklar, atıklar, iklim, gürültü ve kazalar dahil edilebilir. Bireyin sağlığı, bu faktörler tarafından geçici ve kalıcı etkiler altındadır. Bireyin bu olumsuz faktörlerle temas ve teneffüs gibi direkt etkilere maruz kalması, ileri yaşlarda iç hastalıkları açısından problemler oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü(WHO), biyolojik ve fiziki çevre ile ilgili temel noktaları aşağıdaki başlıklar altında sıralamaktadır [www.who.int/phe/health_topics/en]: Yaşantının sürdürüldüğü iç mekânlardaki kirlilik, dış atmosferdeki hava kirliliği, kimyasal kirlilik, çocukların çevre sağlığı, küresel çevre değişikliği, çevresel hastalıkların ağırlığı, elektromanyetik alanlar, çevresel sağlık etkisinin değerlendirilmesi, iyonlaşma, meslek sağlığı, ultraviyole radyasyon, su, altyapı ve sağlıktır.

Kültürel ve ekonomik çevreden kaynaklanan problemler; bireylerin, gelir durumları ile getirmiş oldukları ve o kültür çevresinin de etkisiyle oluşan problemlerdir. Örneğin, yemek yeme kültürü, hem kültürel ve hem de ekonomik çevrenin bir fonksiyonu olarak yılların getirdiği bir alışkanlıktır. Belirleyici ve alışkanlık haline gelmiş bu özellik, sağlık için olumsuzluklar taşıyabilir. Kültür ve ekonomik çevrenin bir de bireyin kendisinin özelinde oluşturduğu problemleri olabilir. Kültürlenme sürecinin ters etkiler yapması ile ekonomik durumun iyileşmesi ve zararlı alışkanlıkların artması vb. gibi örnekler verilebilir(Bkz.EK-4). Skaff, vd[2003:295], tip 2 diyabetin sosyo-kültürel faktörler üzerine olan etkileri ve tip 2 diyabetin topluma etkilerini incelemektedir. Burada, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ile bağlantılı olarak sağlık düzeyin durumu üzerinde doğru orantılı bağlantılar kurulmaktadır.

1.1.1.2.Biyolojik Etmenler

Çevresel faktörlerin haricinde bütünüyle insanların kendi bedenlerinden kaynaklanan problemler vardır. Genetik bozukluklar, metabolizma ve hormonal hastalıklar veya bazı kalıtsal hastalıklar örnekler arasında sayılabilir. Bu nedenler ile oluşan hastalıklar tamamıyla bireyin kendi bedeninden kaynaklanan hastalıklardır. Bu hastalıkların genellikle önüne geçilemez. Önlenebilmeleri için yüksek düzeyde maliyetli ve sürekli harcamalar gerekmektedir.

1.2.Sağlık Düzeyini Belirleyen Ölçütler

Toplumdaki sağlık düzeyinin ölçülmesi ve sıkça rastlanan sağlık problemlerinin tespit edilmesi, sağlık yatırımları ve harcamaları için büyük önem taşımaktadır. Toplumdaki

insanların yaşantıları ile getirdikleri ve sonucunda karşılaştıkları sağlık problemlerinin giderilmesinde, sağlığın hangi kıstaslara bağlı olarak ölçülmesi gerektiği önem taşımaktadır. Bu amaçla belirlenen bazı ölçütler vardır. Bu ölçütlerin temel özelliği, sağlıklı bireyin/toplumun sahip olması gereken sağlık ölçütlerini belirlemeleridir.

1.2.1.Sağlık Düzeyini Sınırlayan Ölçütler: Ortalama Yaşam Düzeyi, Ölüm Oranı

Bir toplumdaki ölüm oranları ve ölümlerdeki dağılım önemli bir ölçüt olarak kabul görmektedir. Toplam ölüm oranlarındaki yaş dağılımları, bebek ölüm oranları ve ortalama yaşam oranı gibi ölçütler, ülkede görülen ölümler hakkında ve ülke üzerindeki etkileri açısından önemlidir. Ölümlerin çeşitli sebepleri olabilir. Ani ölümleri bir kenara bırakırsak, çoğunlukla ölümlerin nedenleri, insanların çevresel faktörlerle kurmuş oldukları ilişkilerin bir sonucudur. Yaşantıları boyunca çevresel faktörlerden olumsuz etkilenen bireylerin karşılaştığı ölümler, bu olumsuzluklara paralel olarak oluşur. Örneğin, ekonomik çevreye bağlı olarak yeterli ve düzenli beslenme sağlayamayan bireylerde beslenmeyle ilgili sağlık problemleri ve sonucunda ölümler oluşabilir. Ölümlerin değerlendirilmesi amacıyla, her yeni doğan bebek için, ölüm beklentisi ve ortalama yaşam süresi belirlenmeye çalışılır. Ortalama yaşam süreleri, gelişmiş ülkelerde yüksektir ki, ortalama olarak 75 yıl üzerindedir. Bu yüksek yaşam yılı ile birlikte, gelişmiş ülkelerde beş yaş altı ölüm oranları ise ortalama olarak binde 6 düzeylerinde seyretmektedir. Buna karşılık, az gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi yıl olarak 40 yıla kadar düşük, beş yaş altı ölüm oranları ise binde 257'ye kadar çıkabilmektedir[WHO, The World Health Report 2003: 146-153].

Yoksul ülkelerdeki sağlık ile ilgili çıktı(outcome) modeli temelde iki nokta üzerinde kurulmaktadır(Wang,2002). Bunlardan birincisi, sağlık düzeyi ve ikincisi ise sağlıktaki eşitsizliktir. Ülkeler arasında sağlık ile ilgili çocuk ölüm oranları karşılaştırıldığında bu karşılaştırmanın, hastalık düzeyini ölçen birçok ölçütün de temel unsuru olduğu ifade edilmektedir. Fakat hastalık düzeyinin ölçülmesinde problemler olduğundan dolayı, karşılaştırma yapılabilmesi için CI(=Concentration Index) kavramının kullanıldığı görülmektedir[Wagstaff,2002:4-5]. 1990-1999 yılları arasında, 60 düşük gelirli ülkedeki gözlemlerden iki dikkat çekici sonuç çıkmıştır. İlki, çocuk ölümleri ile eşitsizlik

arasında negatif yönlü kuvvetli bir ilişkinin varlığıdır. İkincisi ise, şehir ve kırsal alanlardaki çocuk ölümleri arasındaki önemli farktır. Aşağıda ölüm oranlarını tahmin eden denklem görülebilir:

Ölüm Oranları $_{it} = \alpha * \text{Gelir}_{it} + \beta * \text{Sosyal Göstergeler}_{it} + \eta * \text{Politika Araçları}_{it} + \delta * \text{Ülke Spesifik Etkileri}_{it} + \varepsilon_{it}$ [Wang ,a.g.e, s.9]. Burada, değişkenler daha açıkça; Gelir, sosyal göstergeler; çeşitli sosyal ve çevre göstergeleri, kadınların eğitimi, sağlık hizmetlerine erişim, temiz su kullanımı gibi göstergeler; politika araçları; kamu sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı, bağışıklanma vb.; ülke spesifik etkileri; şehirleşme düzeyi, hükümet yönetiminin kalitesi, kültürel etkiler gibi, ε_{it} : Hata terimi. Ölüm oranlarını etkileyen dört ana faktörden oluşan bir tahmin denklemi yazılabilmektedir. Bu denklem, sağlıktaki tüm faktörleri en azından ana gruplar çerçevesinde açıklamaktadır. 1995 yılında gelişen ülkelerdeki çocuk ölüm oranlarının tedavi edilebilir hastalıklardan kaynaklandığını ve ölüm sayısının 9 milyonu geçtiğini Filmer, vd.[1997:2] aktarmaktadır.

1.2.2.Hastalık Düzeyini Belirleyen Ölçütler

Herhangi bir toplumda görülen hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesi için, görülme sıklıklarını kapsayan geniş ölçekli veri çalışmaları yapılmalıdır[Lindelöw, Wagstaff, 2003:1-2]. Hastalıkların görülme sıklıkları ve toplumu ne kadar etkiledikleri dikkate alınarak, gereken önlemler alınabilir. Hastalıkların tespit edilmesi ve belirli ölçütlerle bir sınıflandırmaya gidilmesi, hastalıkların tedavi edilmesinde ve hastalıklara nasıl müdahale edilmesi gerektiğini ve müdahalelerin sonucunda ortaya çıkacak sonuçların tahmin edilmesinde etkili sonuçlar ortaya çıkarabilir (Bkz.EK-1).

Hastalık düzeylerini belirleyen ölçütler çeşitli kümeler biçiminde ifade edilebilir. Bu kümelerden bazıları şu şekilde olabilir:

- Cinsiyet tabanlı olarak hastalanma sıklıkları
- Çevresel etkilere dayalı hastalanma sıklıkları
- Yaşa bağlı olarak hastalanma sıklıkları
- Ekonomik etkenlere bağlı olarak hastalanma sıklıkları vb. gibi

Hastalıkların belirlenmesinde önemli bir sınıflandırmayı maliyet tabanlı yapmak mümkündür.

- Kısa vadede önlenabilir veya müdahale edilebilir hastalıklar,
- Kısa vadede önlemez veya müdahalesinde süreklilik taşıyan hastalıklar,

Sınıflandırmanın amacı, çeşitli hastalıkların getireceği maliyet yüklerini belirlemektir. Çoğu hastalığın önceden kontrol veya daha hastalık ortaya çıkmadan önlenmesi amacıyla koruyucu tedbirlerin alınması, ilk dönemlerde hastalıklarla mücadele etme açısından kolaylık sağlarken, daha sonraki dönemlerde koruyucu tedbirlerin uygulanmasıyla, hastalıkların daha oluşmadan önce ortadan kaldırılması sağlanabilir. İleri (akut) düzeydeki veya tedavisi uzun süren hastalıklarda, genelde maliyet yükü vardır. Bu türden hastalıklar, erken teşhis ve hastalığa neden olan faktörlerin asgari düzeye düşürülmesi ile engellenebilir[Folland vd., 1997: 94-96].

1.2.3.Doğurganlık Düzeyini Belirleyen Ölçütler

Doğurganlık oranları, bir ülkenin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı vb. hakkında bilgi vermektedir. Az gelişmiş ülkelerde, doğurganlık oranları yüksektir. Gelişmiş ülkelerde ise, doğurganlık oranları düşüktür. Gelişmiş ülkelerde nüfusun oransal olarak yaşlandığı görülür. Yaşlı bir nüfus, üretim gücünün yetersizliğine işaret eder. Bu nedenle, geçmişte birçok ülke, ülke dışından işgücü aramıştır. Gelişmemiş veya az gelişmiş ülkelerde ise, genç nüfus fazladır. Bu ülkeler, yurtdışına işgücü gönderir. Yurtdışına işgücü gönderme, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için, farklı anlamlar taşımaktadır. Gelişmiş ülkeler, kendi üretim yapılarının devam etmesi için işgücünü dışardan alırken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, yetersiz istihdam nedeniyle işgücünün dışarıya çıkmasına engel olamamaktadır(Bkz.EK-1).

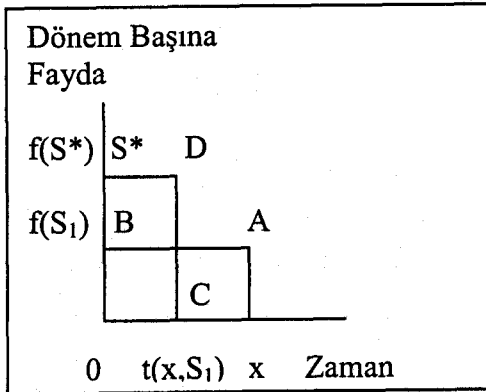
1.2.4.Kaliteye Bağlı Olarak Düzenlenmiş Yaşam Süreleri (QALYs)

Her ne kadar ölüm ve hastalık düzeyleri ile ilgili ölçütler göz önüne alınsa da, sağlıklı bir insanın hayat düzeyinin yaşam kalitesini, ölüm ve hastalık sıklıkları vermemektedir. Bu amaçla, bireyin toplam sağlık düzeyini belirleyen bir ölçüt olarak, OALYs (Quality

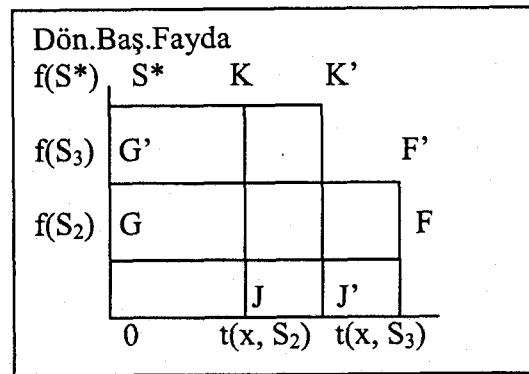
Adjusted Life Years) kaliteye bağılı olarak düzenlenmiş yaşam süreleri önemsenmeye başlanmıştır. QALYs'in iki temel fonksiyonundan bahsedilebilir. İlk fonksiyonu, herhangi bir sağlık sorununa uygulanan bir tedavi yönteminin aynı sağlık sorununa uygulanabilecek başka bir tedavi yöntemi ile etkililiği yönünden karşılaştırmasının yapılmasıdır. Bu durum rasyonel değerlendirme ve daha fazla bilgi sağlamaya olanak sağlayabilir. İkinci fonksiyonda, uygulanan tedavinin ekonomik değerlendirmesinde maliyet-etkililik analizleri yerine maliyet-fayda analizleri kullanılmaktadır. Önemli olan, tüm sağlık harcamalarının ve sağlanan hizmetlerin yürütülmesinde karşılaşılan sorunlar yerine, yapılan harcamaların veya sağlanan hizmetlerin var olan sağlık problemini gidermesindeki etkililik oranıdır[Zweifel, Breyer, 1997: 42-44].

Şekil 1.1 (a)'da, S^* optimal sağlık, $f(S^*)$ ise optimal sağlık faydasıdır. $t(x, S_1)$ zaman kısıtı ile elde edilen toplam fayda ile $x(\text{zaman})$ ile $f(S_1)$ oluşturduğu toplam fayda gözükmektedir. Optimal sağlığı, herhangi bir insanın doğum anından itibaren sahip olduğu ve yaşamı boyunca belirli düzeylerde tutması beklenen sağlık düzeyi olarak tanımlamak mümkündür. Optimal sağlık faydasını ise, optimal sağlık durumunu koruyan herhangi bir insanın, optimal sağlık düzeyinden elde ettiği fayda olarak tanımlamak mümkündür. QALYs'in amacı, tüm bu toplam faydaların artırılmasıdır. Şekil 1.1 (b), optimal sağlığın ve sağlık düzeyinin, QALYs'e çevrilmiş halidir. $f(S_3)$ düzeyinde, zaman ilerledikçe sağlık düzeyinde bir artış vardır. $f(S^*)$ ile $t(x, S_3)$ kesişimi, zaman artarken(yıl), toplam sağlık faydasının da arttığını göstermektedir.

Şekil 1.1: Sağlık Statüsü (Health status) ile Hayatın Süresi Arasındaki İlişki (a), Sağlık Statüsü ve Sağlık Statüsünü QALYs Çevirme (b)



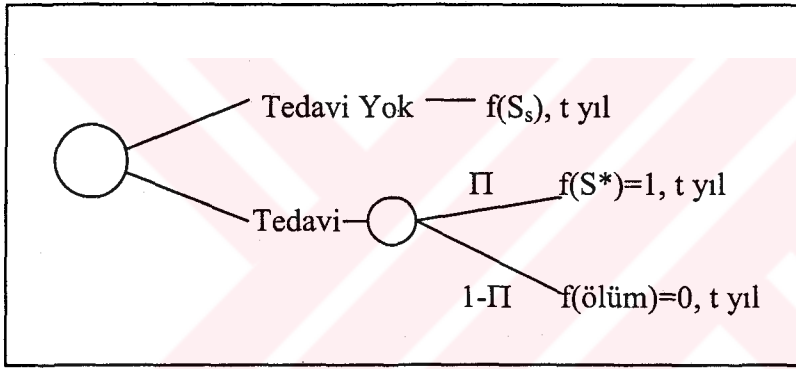
(a)



(b)

Sağlık durumunun değerlendirilmesi, $f(S^*)=1$ ve $f(\text{Ölüm})=0$ gibi iki sonucun, yani tedavi ve tedavinin olmadığı durumlar için ifade edilebilir. Şekil 1.3, bu ifadeleri yansıtmaktadır. Şekil 1.3'te, tedavinin olup olmamasına göre elde edilen sağlık statüsü görülmektedir. Tedavinin olmadığı durumda, sağlığın belirli bir yıl (t) sürebileceği öngörülmektedir. Tedavi durumunda ise, iki olasılık vardır. (II) olasılıkla, sağlık fayda fonksiyonunun, $f(S^*)=1$, tam olabileceği ve $(1-\Pi)$ olasılıkla, sağlık fayda fonksiyonunun sıfır, $f(\text{ölüm})=0$ olabileceğini belirli bir zaman (t yıl) ile ifade etmektedir. Tedavi ile tedavinin olmadığı durumlarda belirli bir olasılık yoğunluğu vardır. Bu olasılığın ortalama değeri, toplumdaki sağlık göstergelerinin yardımı ile hesaplanabilmektedir. Her yapılan sağlık iyileştirmesi (Π)'yi 1'e yakınlaştıracaktır

Şekil 1.2: Sağlık Durumunu Değerlendirmek İçin Standart Oyun Metodu



1.3.Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti; Sağlık hizmeti üretmek için (bir ücret karşılığı, doktor, diş hekimi, hemşireler ve bunlara yardımcı olarak laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni gibi) çalışanlar; çalışanların kullandığı çeşitli araç-gereçler ve hastaneler; ilaç, bandaj, temizlik hizmetleri gibi sağlık hizmetinin üretiminde kullanılan ara girdiler tarafından üretilen bir hizmet olarak tanımlanabilir[Sorkin, 1975:1].

1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri

Sağlık hizmetlerinin özellikleri, hizmetin yapıma amacına göre sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmada sağlık hizmetinin verilmesi anı ile birlikte finansman boyutu da önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde kişilerin bir sağlık hizmetini talep etme konusundaki tavırları genellikle erteleme yönündedir. Böyle bir eğilimin sağlık hizmetinin yapısını ve davranış biçimlerini etkilediği söylenebilir. Fakat sonuçta sağlık hizmetinin beklenen asıl amaç, sağlıklı bireylerin bu durumlarını devam ettirmelerini sağlamaktır.

1.3.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerini betimleyen en temel noktalar, bireylerin sahip oldukları sağlık düzeylerini sabit tutmaları için gerekli çabaların gösterilmesidir. Sonuçta akut düzeydeki sağlık problemlerinden dolayı oluşan maliyet artışlarının önüne geçilmesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak önlemlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetler, maliyetleri düşük olması ve tersine etki düzeyinin yüksek olması sebebiyle bireysel fayda ve kamusal fayda açısından önemli işlev görmektedir[Yıldırım, 1994:12]. Koruyucu sağlık hizmetleri, devlet yöneticileri için fiziksel planlama, konut, sanayi, tarım, ulaştırma, enerji ve çevrenin korunması gibi pek çok alanı kapsamaktadır. Bu hizmetler, Sosyo-ekonomik kalkınma ile insan sağlığının korunması ve güçlendirilmesi yönünde bir yapının kazanılmasına olanak sağlamaktadır[Bulutoğlu,1977:258].

1.3.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin aksine, tedavi edici sağlık hizmetlerinin en temel özelliği, kişilerin sağlıklarında oluşan bir kötüleşme sonucunda talep ettikleri hizmet olmalarıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin karşılaştıkları sağlık problemlerinin boyutlarına koşut olarak maliyet büyüklükleri getirmektedir. Bireylerin dışsal etkenlerden kaynaklanan, yerel ve zaman açısından kısıtlı etkiler gösteren sağlık problemlerinin, maliyet olarak bireye ve topluma yüklenmesi sınırlı kalır. Fakat dışsal faktörlerin birey sağlığını etkileyen içsel faktörleri harekete geçirmesi sonucunda oluşan

ve tedavi süreci içine teknolojinin de girdiği sağlık problemlerinin bireye ve topluma yükleyeceği maliyetin derecesi büyük boyutlara varabilir[Kavuncubaşı, 2000: 39-40].

Akut(ileri) ve bulaşıcı sağlık problemleri karşılaştırılabilir. Kalp ve damar sistemlerinin oluşturduğu problemlerin çözümü için gerekli olan tüm maliyet kümelerini ve toplamda maliyet yükünün boyutu, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkardığı maliyet yükü ile karşılaştırılmayacak düzeyde ileri safhadadır. Ayrıca, tedavi hizmetlerinin etkin olabilmesi için, hizmeti talep edenlerin sağlık problemlerini iyice tanımaları gerekir. Ancak, bu noktada genellikle denge sağlanamaz. Çünkü bireylerin çok iyi sağlık eğitimi aldıkları düşünülse bile, karar verme ve sağlık hizmeti talep etme arasında bir zaman süreci oluşur. Ayrıca, insanların çoğunluğu sağlık problemlerini erteleme yönünde davranış geliştirme eğilimindedir. Bu model ve benzer modelleri etkileyen faktörlerin başında, bireylerin elde ettikleri gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerinin erişilebilirlik ve sağlık hizmetlerinin standardizasyon düzeyi gelir[Cutler, 2002:887]. Gelir düzeyi düşük olan ülkelerde, bireylerin yaptıkları sağlık harcamaları düzeyi ile gelir düzeyi yüksek ülkelerde yapılan sağlık harcamalarının düzeyi fikir verecek bilgiyi verebilir. Düşük gelirli ülkelerin ortalaması, kişi başına (per capita) 21 US\$ iken, bu rakam yüksek gelirli ülkelerde, yine kişi başına 2736 US\$ civarındadır. Kişi başına dünya ortalaması ise 482 US\$'dir[www.devdata.worldbank.org/hnpstats}. Daha ilginç, sağlık harcamalarının yüksek olduğu bir ülkede sağlığın kültürün bir parçası olması ve gelir düzeyi ile olan doğrusal ilişkisini koparabilme eğilimidir. Gelirleri yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlıklarına ilgi göstermeleri bir zorunluluk olmaktan çok bir kültürlenme modelinin otomatlaştırdığı davranış hali olabilir. Bu davranış biçiminin kazandırılabilmesi, sağlığın bozulduğu anlarda bireylere yüklenmez, daha çok koruyucu ya da önleyici sağlık hizmetlerinden elde edilir. Yani, check-up ya da dış kontrolü için doktora veya sağlık hizmeti veren bir kuruluşa sırf hasta olduğunda gidilmez. Sağlıklı iken ileri dönemlerde oluşabilecek olan problemlerin şimdiden öngörülmesi ve tedbir alınması amacı ile gidilir. Bu şekildeki gidişler, daha sonraları, kültür ögesi olur ve davranış modelinin gelişmesine yardımcı olur. Burada, MacLachlan'ın sayesinde iki farklı kültürün bir karşılaştırmasına imkân sağlayabilecek bir doktor-hasta ilişkisini vermek dikkate değer olacaktır. Söz konusu ilişki, İsveç'e göç eden bir Türk ile İsveçli bir doktor arasında geçmektedir[MacLachlan, 1997: 59-61]. Türk Kadını iki çocuğu ile

birlikte büyük çocuğu için doktora gider, büyük çocuğun hasta olduğunu düşünmektedir. Garipçe, büyük çocuk sağlıklı çıkar ve fakat küçük çocuğun muayenesinde, çocuğun menenjit olma ihtimali ortaya çıkar. Doktor çocuğun derhal hastaneye yatmasının gerekli olduğu söyler ama kadın çocuğunu hastaneye götürmez (Bkz.EK-3).

1.3.1.3.Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

İşgücünü kaybedenlere ve sakatlananlara, işgücü ve çalışma olanağı sağlayan bu hizmetler, doktor ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan iyileştirme ile sosyal çalışmalar tarafından yapılan iyileştirme dir[Fişek,1983:6;Hayran, a.g.e.: 19]. Koruyucu ve tedavi edici çabalara karşın bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan insanlar olabilmektedir. Bu kişilerin sosyal bakımdan yeterli hale getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam sürebilmelerinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür. Topluca, sağlık harcamalarının çeşitlerine göre bir kıyaslamayı, parasal olarak mümkün kılan aşadıdaki Tablo 1.1.'den vermek anlamlı olacaktır. Toplam sağlık harcamalarının içinde en yüksek payı, tedavi edici hizmetler almaktadır. Bu oranının ve toplamda maliyet yükünün koruyucu hizmetlerin genişletilmesi ile birlikte büyük oranda azaltılabileceği rahatlıkla söylenilebilir.

Tablo 1.1: Sağlık Harcamalarının/Hizmetlerinin Genel Dağılımı

Hizmet Tipi	Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Pay %	İlave Bir Yaşamı Kurtarmanın Maliyeti (\$ABD)
A.Tedavi Hizmetleri 1.Kamu veya özel kesime ait yataklı tedavi kurumlarında kişilere yönelik tedavi hizmetleri 2.Serbest çalışan doktorun sunduğu tedavi hizmetleri 3.İlaç kullanımı	70-85	Yük.Dz. Maliyet (500\$-5000\$)
B.Koruyucu Hizmetler(Hasta ile Doğrudan İlgili) 1.Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri(aşılama, aile planlaması, anne sütü kullanımını teşvik) 2.Toplum sağlığı hizmetleri(ev ziyaretleri)	10-20	Ort.Dz.Maliyet (100\$-600\$)
C.Koruyucu Hizmetler(Hastayla Doğ. İlgili Olmayan) 1.Hastalık tarama programları(sıtma ilaçlaması vb.) 2.Hijyen(gıda denetimi, kanalizasyon vb.) 3.Sağlık ve hijyen eğitimi ve geliştirme 4.Hayvan hastalıklarının denetimi(evcil ve diğer) 5.Hastalık riski taşıyan çevre etkenlerinin denetimi (hava,su,vb.)	3-10	Düş. Dz Maliyet (250\$'dan az)

Kaynak: Ferranti, s.27, Çilingiroğlu, s.405

Tablo 1.1'deki son sütun dikkate değerdir. Tedavi hizmetlerindeki bu yüksek maliyet, eğer koruyucu hizmetlerin etkililiği arttırılırsa azaltılabileceği rahatlıkla görülebilir. Ayrıca, toplam sağlık harcamalarının büyüklüğü de kısılabileceği gibi, tedavi edici hizmetlerden aktarılan fonlar toplam olarak sağlık harcamalarının diğer kalemlerine aktarılabilir. Her iki şekilde de, tedavi edici hizmetlerdeki maliyet azalması, toplam sağlık harcamalarında bir rahatlık sağlayacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamının çok geniş olduğu düşünüldüğünde, bu hizmetlere aktarılabilecek olan fonların, aslında daha fazla etkiye sahip olabileceği ve bu türden hizmetlerin boyutunun artırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

1.4.Sağlık Hizmetinin Ekonomik Değeri

Sağlık hizmetinin değeri, sağlığı aktarılan kaynakların toplamı kadardır. Sağlık sektörünün değeri, kendisinin ürettiği değer ile değil fakat toplumsal zenginliğin mutlak miktarı ve bu miktarın bölüşümü ile ilişkili olarak belirlenen bir üretim alanı durumundadır. Kişisel temelde ise sağlık hizmetinin değeri, bireyin kendisi için

ayırabileceği kaynakların toplam değeri kadardır. Birey hastalandığında, iyileşmek amacıyla talep etmiş olduğu sağlık hizmetinin değeri kadar bir değer bireyin sağlık için istemiş olduğu veya talep ettiği değer olur[Belek, 1994: 42]. Sağlık hizmetinin değeri ve sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin sağlamış oldukları fayda ekonomik ölçütlerle değerlendirilirken, sağlığın, ekonomik optimizasyondan ayrılan ahlaki bir boyutunun olduğu da eklenmelidir. Bu açıdan, sağlık hizmetinin değerini bir birey için nasıl ölçüleceği bir sorundur. Sağlık fonksiyonunun bir kısmını yitiren bir birey için sağlık hizmetinin değeri sınırsızdır. Bu, daha açıkça aşağıdaki şekilde ifade edilebilir:

$U(x)$: Herhangi bir bireyin sağlık fonksiyonu,

P: Herhangi bir bireyin tedavi için ödeyeceği tüm giderlerin toplam fiyatı,

Q: Herhangi bir bireyin tedavi için karşılaşacağı toplam büyüklükler,

Bu değişkenlere bağlı olarak bireyin toplam fayda fonksiyonu aşağıdaki gibi yazılabilir:

$$U(x)=f(p,q)$$

Burada, x faktörü, sağlık fayda fonksiyonunun bozulmasına, yani hastalık, neden olan faktördür. P ve q sırası ile iyileşmek için hastanın karşılaşacağı maliyet ve bakım büyüklükleridir. Eğer, $U(x)$ fonksiyonunun limiti, p ve q değişkenlerinin boyutu bilinemez ise, sınırsız olur.

$$\lim U(X)=\infty, p \rightarrow \infty \text{ ve } q \rightarrow \infty$$

Sağlık hizmetlerinin birçok anlamda değerinin olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin etkinlik perspektifleri incelenen platforma göre de değişmektedir. Burada daha çok ekonomik göstergeler göz önüne alınırken, başka platformlarca, ekonomik sınıflandırmanın yanında miktarsal ve içeriksel göstergeler de göz önüne alınabilir. Örneğin, bir ekonomide sağlığın ana teması bireydir. Birey doğar, gelişir ve ölür. Bu süreçte insanlar sağlığın ana temasıdır. Bu temanın en önemli göstergeleri ise, toplam nüfus ve nüfusun süreç içinde gelişmesi ve alt kümeler bazında özellikleridir. Bu ölçütler bir tespit ve nerede olduğunun göstergesidir. Daha önemli olan ise, süreç bitiminin yani ölümün ortalama olarak gösterdiği tablodur. Bir insanın karşılaştığı ölümün nasıl gerçekleştiği ve normal ölüm şartlarından sapmanın nasıl olduğu, nasıl önlenebileceğinin irdelenmesidir. Burada asıl sorun bir ülkedeki nüfus sayısının

büyüküğü değildir. Nüfusun sağlık perspektifinden gösterdiği dağılımdır. Bu dağılımlı etkileyen birçok faktörden bahsedilebilir. Fakat en önemli faktörün toplumun ve kişinin elde ettiği gelir olduğu söylenebilir. Geliri sürekli artan bir bireyin ve toplumun talep edeceği sağlık hizmeti miktarı sürekli olarak artacaktır şeklindeki önermenin çok yanıtıcı olmadığını birçok ampirik çalışma rahatlıkla göstermektedir.

Ekonomik göstergeler dikkate alındığında, temelde iki biçimde analiz sınıflandırması rahatlıkla yapılabilir. İlki, fayda tabanlıdır. Burada sağlığın topluma ve bireye yüklediği ekonomik yük göz önüne alınmaz daha ziyade toplumun ve bireyin sağlık hizmetlerinden elde ettiği fayda ölçüt alınır. Böyle bir yaklaşım pozitif bir bakış açısını yansıtmaktadır. İkinci ise, maliyet tabanlıdır. Sağlık hizmetlerinin yapılmasına karşı çıkılmadığı fakat bu hizmetlerin topluma ve bireye yüklediği maliyet göz önüne alınır. Böyle bir yaklaşımın negatif bir bakış açısını yansıttığı söylenebilir. Her iki perspektifte de, yük önemli olmakla birlikte, göz önünden kaçırılmaması gereken husus, toplumun sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi özellikle sağlıklı nüfusun varlığı ve ortalama sağlık düzeyinin sürekli artmasına neden olduğudur. Fayda ve maliyet analizleri bu kriteri göz önünde bulundururken, bazen yapılması gerekli olan sağlık hizmet yatırımlarının karara bağlanması ve yapılması konusunda gecikmelere neden olduğu görülebilir[Uz, Hayran ve Sur içinde, 1998: 85-88].

Örneğin, toplumdaki obezite veya diyabet problemleri ile uğraşmak, fayda ve maliyet temelli düşüncelere göre değişebilir. Söz konusu her iki hastalıkta insan ölümüne yol açması bakımından diğer hastalıklara göre önde gelmez. Fakat toplumun tümünü etkileme açısından ekonomiye yüklediği yük üst boyutlardadır. Diyabetin yaşam boyu sürdüğü, ileri ki yıllarda yüklü sağlık maliyetlerine neden olduğu bir gerçektir. Diyabetin kabaca bir ülke nüfusunun %7-10 arasında olduğu düşünülünce, bu türden hastalıkların toplam maliyeti azımsanamayacak boyutlarda olduğu görülebilir. Bu açıdan, hastalıkları finanse etmenin zorlukları da eklenince, tedavi maliyetleri giderek artacaktır. Yine de, sağlığı insanın doğduğu andan itibaren kazandığı haklar gibi düşünmek ve hayat boyunca doğuştan gelen bir hakmış gibi nitelemek en doğru olarak gözükmektedir. Sonuçta, maliyeti ne olursa olsun bir birey sağlık hizmetlerinden azami ölçülerde faydalanmalıdır (Bkz.EK-2).

Sağlık hizmetlerinin yaygınlığı veya uzmanlığı açısından, sağlık hizmet birimlerinin niteliksel gelişimi ve sayısal gelişimi önemlidir. Bu açıdan hastane sayısı, sağlık personeli sayısı, sağlık hizmetlerindeki uzmanlaşma ve derhal müdahale edebilme oranı vb. gibi niteliksel ve niceliksel ölçütler önem arz etmektedir. İnsanların karşılaştığı sağlık problemlerinin önemli bir bölümü uzun süreli olarak nitelendirilebilen ve fakat biyolojik olarak insan vücudunun dışarıya vurmadığı ve önemsenmeyen rahatsızlıkların hayat süreci içinde vücutta oluşturduğu hastalıklardır. Bu nedenle sağlık problemlerine müdahale konusunda zamanlama ve etkililik en önemli kıstas gibi durmaktadır. Bu şekildeki bir genel görünüm arz eden sağlık problemleri ile ilgili analizlerde, her türlü sağlık biriminin toplam olarak ülke içindeki fazlalığından çok etkililiği, sorun çözebilirliği ön plana çıkmalıdır.

1.4.1.Sağlık ile Ekonomi İlişkisi

Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılmış olan tüm kaynakların maksimum düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla, en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanılacağını ve üretilen bu hizmetin topluma en iyi şekilde nasıl bölüştürülebileceğini amaçlayan bilim dalı olarak tanımlanabilir. Yani, sağlık ekonomisi ayrılan kaynaklarla;

- Hangi sağlık hizmeti ve ne miktarda üretilmeli,
- Bu hizmetler kim tarafından ve nasıl üretilmeli,
- Kim için (toplumu oluşturan çeşitli sosyal grup ve kişiler bu hizmetlerden hangi ölçüde ve nasıl yararlanacak) üretilmeli

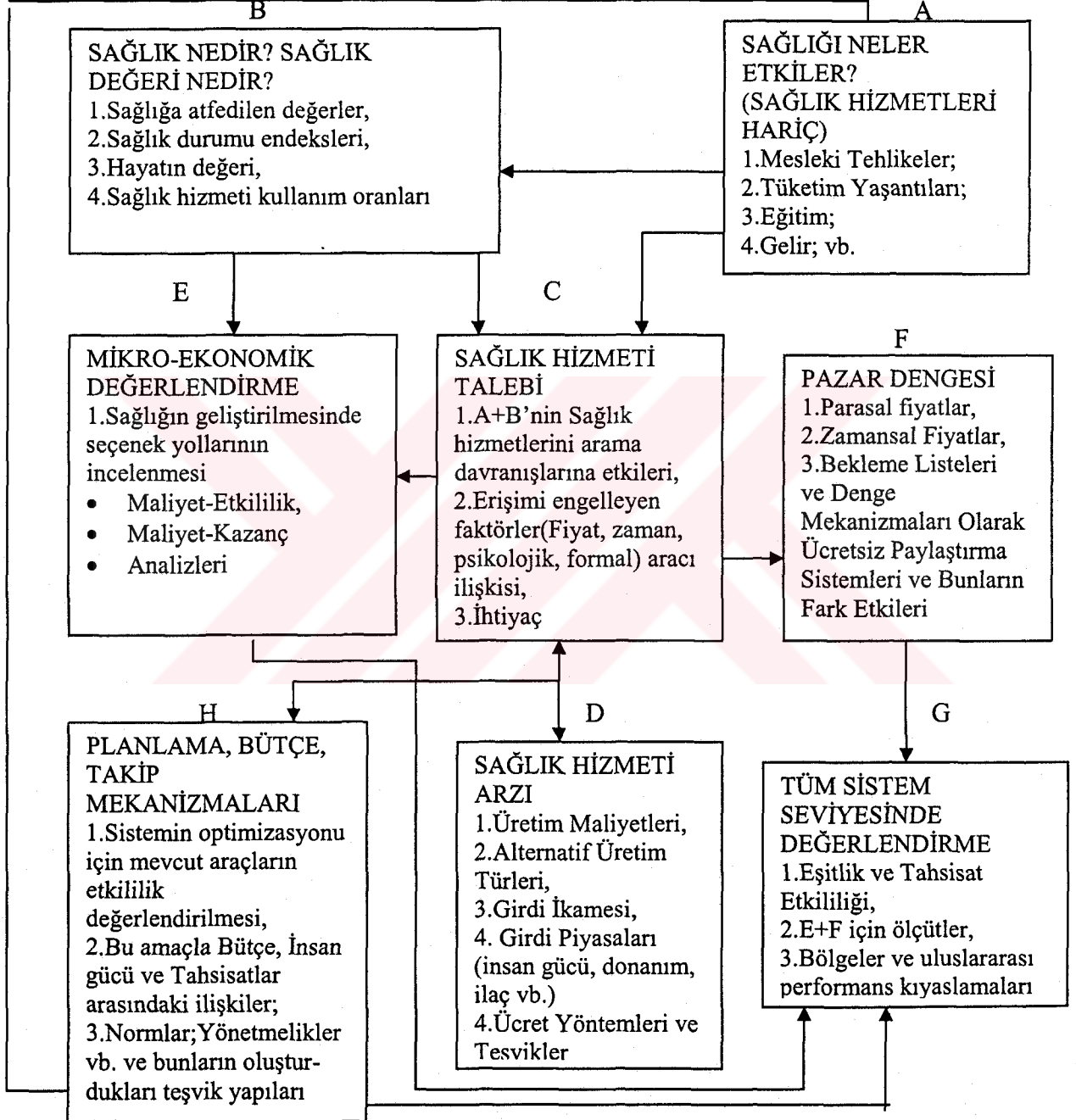
gibi sorulara cevap bulmaya çalışır[Tokat,1996: 2;Çilingiroğlu Bertan ve Güler İçinde, 1995:392;Işık, 2002:45,143].

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında yer alan, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır,
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır,
- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir,
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini doktor belirler,

- Hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir,
- Sağlık hizmeti çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır[Tokat,1996:5].

Şekil 1.3: Sağlık Ekonomisinin Temel Konuları



Kaynak: Çilingiroğlu, Bertan ve Güler içinde, s.393

Sağlık ekonomisi, ekonominin bir alt disiplini olarak kendisini 1960 yıllardan itibaren göstermeye başlamıştır. Burada, sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik açıdan da önemli işlevleri olduğu görülmektedir[Çilingiroğlu, Bertan ve Güler İçinde, 1995:391]. Şekil 1.3'den sağlık ekonomisinin temel konuları görülebilmektedir. Sağlığın temel konuları ile birlikte, sağlıkla ilgili olarak alınabilecek olan önlemler ve her bir ilgili konunun birbiri ile olan ilişkisi ve etkileşimi görülmektedir.

1.4.1.1.Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi

Sağlık hizmetlerini piyasada işlem gören ve iktisadi faaliyete konu olan bir mal veya hizmet şeklinde görme olanağımız sınırlıdır. Çünkü bu hizmetin nasıl talep edileceği konusunda bireylerin bilgi düzeyi oldukça yetersizdir. Birey, sağlık problemi ile karşılaştığında bir uzmana başvurur ve uzman bireye herhangi bir sağlık hizmetinden faydalanması gerektiği söyler. Diğer taraftan, sağlık arzını sunan kurumlar, devlet ve özel kurumlar olarak ikiye ayrılır. Bu kurumların hizmetlerini talep eden kişilerin gelir pozisyonları değişiktir ve ayrıca kalite farklılığından söz edilebilme ihtimali olsa bile, ileri düzeydeki (akut) sağlık problemlerinin giderilmesi için gereken sağlık hizmetlerinde problemlerle karşılaşıldığını söylenemez. Özellikle pahada hafif ve buna karşılık toplamda yük getiren hizmetlerde problem görülebilmektedir. Sağlık hizmetini belirleyen faktörlerin başında toplumdaki hastalıkların değerlendirilmesi sonucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırım düzeyi sayılabilir.

1.4.1.1.1.Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmetlerinin bir mal veya hizmet bakış açısından iktisaden bir değer taşıyabilmesi için, sağlık hizmetlerinin talebinin olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, öncelikle sağlık problemi ile karşılaşılması ve sağlık problemi nedeniyle bir uzmana gidilmesine bağlıdır. Hastalık nedeniyle bir uzmana başvurulunca, uzman hastalığın türüne, ileri düzeyde (akut), vb. gibi durumlara göre, hastayı yönlendirecektir. Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği bu konuda etkili olabilir. Özellikle, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın olması yukarıda bahsedilen şekildeki talep yapısı gerektirmeyebilir. Sağlığın genel düzeyini bozucu etkiler gösteren faktörlerin

azaltılması, belli bir miktar finansman gerektirebilir. Fakat fayda-maliyet analizlerine girmeden bile rahatlıkla söylenecek olan husus, bir birimlik sağlık harcamasının özellikle toplumun bütününe yansıtılmış şekli ile sağlayacağı salt maliyet rahatlıklarının yanında sosyal yaşantı ve davranış modelleri üzerinde uzun vadeli boyutlarının olduğudur[Phelps, 1992: 85-116, Feldstein, 1993:74-105].

1.4.1.1.2.Sağlık Hizmetleri Arzı

Bir ekonomide talep ve arz analizinin yapılmasının en temel sebebi, denge paradigmalarının etkisiyledir. Ekonomi tarihinde birçok dönemde gerek talep yönlü ve gerekse de arz yönlü şoklarla karşılaşmıştır. Bu sorunların çözülmesinde talep yönlü ve arz yönlü önlemler alınabilir. Fakat sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için kurulmuş bir piyasadaki talep ve arz yönlü dengesizliklerin önüne nasıl geçilebilir? Sağlık hizmetlerinin arz yönünde karşılaşılan bir dengesizlik nasıl giderilmelidir? sorusu daha anlamlı gelmektedir. Finansal problemler nedeniyle, sağlık hizmetinin arzını kısıtlanmasının düşünülmesi, belki kısa vadeli finansal avantajlar sağlar gibi gözükabilir, fakat bu şekildeki bir politikanın uzun vadeli kontrendikasyonlarının nasıl tahmin edileceğinin sorusuna cevap, projeksiyonel bakılabilirse ve tarihi veriler incelenebilirse rahatlıkla verilebilir. Sosyal içerikli negatif yaşantı (örneğin, hem birey ve hem de toplum açısından, gelir yetersizliği nedeniyle sağlığa yeteri kadar fonun ayrılamaması) yığınlarının birçok kez işaret ettiği gibi, kısa vadeli ve projeksiyonel olmayan çözümler, bir tetikleme mekanizmasının her zaman eşliğindedir. Sağlık hizmetinin arz yönünün kısıtlanması ve yeni yatırımların yapılmaması sonucunda karşılaşılabilecek olan maliyet karşılaşmaları, sonuçta finansmanı ürkütücü boyutlara ulaştırabilir. Birkaç örnek verilirse; işgücü kaybı, insan gücü planlamalarında uzun vadeli faydalanamama gerekliliği, yatırımların kısıtlılık arz etmesi vs. gibi tamamen ekonomik yapıtaşlarını bozucu veya zorlayıcı etkiler oluşturur. Burada örtük(kapalı) bir varsayım belirtilmeden geçilmemelidir, o da insan gücünün homojenliğinin ortalama olarak birbirine yakınsar, eş değer olduğudur. Dolayısı ile bu açıdan sağlık hizmetinin üretilmesi, her ne pahasına olursa olsun zorunluluk arz eder. Tüm sağlık harcamaları ve özelde yatırım harcamaları sadece tüketici boyutu açısından ele alınamayabilir. Önemli olan teknolojik yapı (teknolojinin insanların günlük yaşantısını belirlemesi,

kolaylaştırması ve yeni teknolojik bulguların ve uygulamaların insanları etkilemesi) ve teknolojik yaşantı yapısı (insanların giderek teknolojinin sağladığı olanaklardan yararlanmaya başlaması) ile bağların koparılmamış olmasıdır. Yani, sağlık hizmetlerini finansman açısından etkileyen teknolojik yaşam biçimi ve organizasyon yapısı bir içsel faktör olarak sağlık harcamalarının düzeyini arttırırken, aynı zaman da maliyetleri de azaltmaktadır[Folland vd., 1997: 79-100, Feldstein, a.g.e., 141-147].

Sağlık hizmetlerinin arz esnekliğinin direkt olarak sağlık hizmetlerinin fiyatı ile ilişkilendirilmesinin yersiz olduğu söylenilmelidir. Özellikle, koruyucu sağlık hizmetlerinin arz elastikiyeti, gelir düzeyi ve fiyat ile doğru orantılı iken, tedavi edici sağlık hizmetlerinin arz esnekliğinin fiyat ve gelir oranı ile olan doğrusal ilişkisi zayıflamaya başlar. Toplumdaki sosyal güvencenin yaygınlaşması bu durumu değiştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin birey açısından fiyat zorlamalarının ortadan kaldırılması, sağlık hizmetine olan talebin esnekliğini artırmaktadır.

1.5.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

1.5.1.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin finansmanının büyüklüğü yanında ya da ne kadar olması gerektiği düşüncesi ile birlikte, finansman kaynaklarının da nelerden oluştuğu üstünde durulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları iki alt başlıkta incelenebilir. Bunlar, kamusal veya yarı kamusal nitelikli finansman kaynakları ile özel finansman kaynaklarıdır[Çilingiroğlu, a.g.e.: 402-405]

1.5.1.1.Kamusal veya Yarı Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları

Kamu açısından finansmanın en önemli kaynağı genel vergi gelirleri ile sağlanan kaynaktır. Genel vergi gelirleriyle sağlık hizmetlerinin finansmanı daha çok gelişmekte olan veya gelişmemiş ekonomilerde görülmektedir. Bu yöntemle finansmanın en önemli problemi, vergi gelirlerinde ortaya çıkan dalgalanmalar oluşturur. Vergi gelirlerinin arttığı dönemlerde veya vergilerin tümünün toplanamadığı durumlarda, sağlık için

ayrılan kaynaklarda bir azalma veya artış olabilir. Bunun en temel nedeni, kaynağın devlet eliyle yapılmakta olmasıdır. Genelde de gelişmekte olan veya gelişmemiş ekonomilerde, kamu borç yükü fazladır ve sağlık gibi sosyal sektörlere aktarılan payın büyüklüğü az kalmaktadır.

Diğer bir finansman yöntemi ise, borçlanmadır. Genel vergi gelirlerinin yeterli olmadığı durumlarda, borçlanma yoluna gidilebilir. Borçlanma iç veya dış kaynaklı olabilir. Borçlanma, daha ziyade kısa vadeli dönemler için geçerli olmaktadır. Ancak, özellikle, dış kaynaklı borçlanmada, sağlık gibi sosyal sektörlere yapılacak olan yatırım harcamalarına işaret eden plan ve projelere karşılıksız veya çok düşük faizli ve uzun vadeli ödeme planlarını kapsayan yardım kaynakları sağlanabilmektedir[Aktan, Yeni Türkiye, 2001:1558-1561].

Bir diğer kaynak ise, tahsis edilmiş vergiler yoludur. Burada, özellikle devletin dolaylı vergiler yolu ile toplamış olduğu vergilerin bir kısmı, sağlık harcamaları için ayrılabilir. Bu daha ziyade, devletin vergi gelirlerinin tümünün toplanamadığı zaman uygulanan bir yöntemdir. Örneğin, akaryakıt tüketim vergisinin belli bir kısmı sağlık harcamaları için tahsis edilebilir. Bu kaynakla aynı anlama gelmemekle beraber, devlet eliyle düzenlenen piyango ve bahis oyunları da bir kaynak olarak görülmektedir. Burada toplam brüt hâsılatın belli bir kısmı, genelde %10-30, sağlık harcamalarına aktarılabilir.

Bir diğer finansman kaynağı ise, sosyal sigorta yolu ile yapılmaktadır. Sosyal sigorta yolu ile çalışanlardan hem kendilerinin çalıştıkları süreler içinde ve hem de emeklilik dönemleri için ve ayrıca çalışan kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık ile karşılaşacakları problemlere kaynak oluşturması için kullanılan bir yöntemdir. Ancak, sosyal sigortada en önemli problem, eşitlik ilkesinin sağlanıp sağlanamayacağıdır. Yani, sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanıp yararlanamayacağıdır. Genelde, şehir ve şehir bölgelerine yakın insanların sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanabildiğini gözlemlenebilirken, kırsal bölgelerdeki insanların sağlık hizmetlerinden faydalanma derecesi düşüktür. Sosyal sigorta, özellikle, bireylerin, yüksek maliyetli, hastaneye dayalı, doktor ağırlıklı, tedavi edici doktor hizmetlerini teşvik edici veya arttırıcı etkiler de bulunabilir.

1.5.1.2.Özel Finansman Kaynakları

Toplumda insanların bazıları sağlık harcamaları için, özel sigorta yaptırabilirler. Ancak, özel sigorta, kişilerin gelir durumlarına, yaş kompozisyonlarına ve her türlü garantiyi kapsamadıklarından özellikle gelişmemiş ekonomilerde tercih edilmemektedir. Bu finansman yöntemi daha çok, gelişmiş ekonomilerde uygulanmaktadır. Ancak, gelişmemiş veya gelişen ekonomilerdeki üst gelir grupları özel sigorta yaptırmaktadırlar. Özel sağlık sigortasında, sigortalının sağlık problemleri ödenecek olan primin büyüklüğünü etkilemektedir.

Diğer kaynakları sırasıyla, işverenin finanse ettiği sağlık hizmetleri, bağışlar ve gönüllü katkılar, toplumun katkısı ve hane halkının doğrudan yaptığı harcamalar şeklinde sıralamak mümkündür. İşverenler, işçilerinin daha sağlıklı olmasını, işgücü kaybını önlemek amacı ile isterler. Fakat bu türden davranış sergilemelerinin nedeni, kendilerinin bu istek üzerinde çok ısrarcı olmaları değildir. Daha çok, yasal mevzuat işverenleri bu şekilde davranmaya mecbur etmektedir. Bağışlar ve gönüllü katkılar, toplum içinde hayırsever vatandaşların sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere ortaya koyduğu tüm maddi ve manevi değerler şeklinde görülebilir. Toplumun katkısı, bağışlar ve gönüllü katkılardan daha geniş kapsamlıdır. Toplum, özellikle sağlığa uygunluk gerektiren konularda hassasiyet gösterip, her türlü çevre algılamasına paralel olarak düzenlilik çabaları içinde olabilir. Hane halkının doğrudan yaptığı harcamalar yönteminde ise, sağlık hizmeti genellikle bağımsız çalışan kişilerden veya grup halinde hizmet sunanlardan alınır. Hizmet sunanın sorumluluğu doğrudan hasta ile ilgilidir. Hane halkı geliri çoğu kez sağlık hizmetlerinin finansmanında nihai kaynaktır[Yalçın ve Yıldırım, Yeni Türkiye, 2001: 1642-1655].

1.5.2.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi, finansmanın doğrudan yapılıp yapılmaması bakımından ikiye ayrılmaktadır. Bunlar sırasıyla, doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemleridir[Aktan, a.g.e.1561–1562].

1.5.2.1.Doğrudan Finansman Yöntemi

Doğrudan finansman yönteminde, sağlık hizmetini talep eden sağlık hizmetini elde ettikten sonra hizmet bedelini sağlık hizmetini arz eden kuruma öder. Bu hizmeti özel sağlık sektörü veya kamu sağlayabilir. Böyle bir sistemin var olabilmesinin en temel şartı ise, bireysel anlamda kişilerin tüm sağlık harcamalarını finanse edebilecek düzeyde olmaları gereğidir. Ancak bu şekildeki yapılanmanın çok kolay olamayabileceği açıktır. Çünkü sağlık hizmeti de tıpkı piyasadan alınan bir mal ve hizmet gibi işlev görmekle birlikte büyük ölçekli veya özel donanım gerektiren sağlık hizmetlerinin organizasyonunun yapılmasına engel oluşturabilir. Doğrudan finansman yöntemini sadece sağlık hizmetinin talep edenlerin kendilerinin hizmet bedelini ödediği bir sistem olarak algılamamak gerekir. Kişi veya kişilerin yaptığı sağlık harcamaları toplam olarak da ödenebilir. Burada ödemeyi yapan araç, kurumsal bir nitelik taşıyabilir. Böylelikle kısmen de olsa sağlık hizmetinde bir standart yakalanma şansı olabilir. Bununla birlikte, bu yöntemin sağlık sistemlerinin gelişmediği dönemlerde uygulandığını ve günümüz şartları için geçerli olamayabileceğini vurgulamak gerekir. Çünkü sağlık hizmetlerinin ortalama fiyatları özellikle teknolojik girdiye koşut olarak artmıştır ve ortalama gelirli bir bireyin bu hizmetlerden yararlanma şansı giderek azalmaktadır[Belek,1994:53].

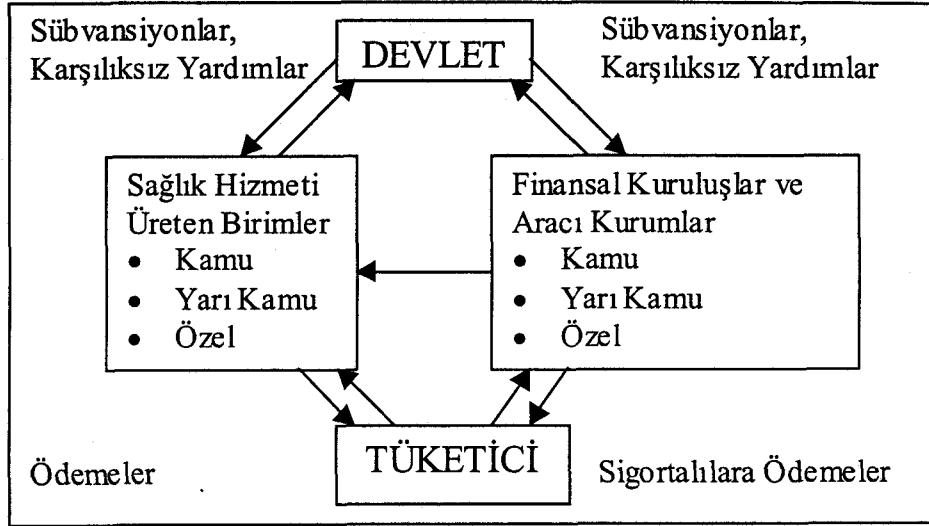
1.5.2.2.Dolaylı Finansman Yöntemleri

Dolaylı finansman yöntemlerinin varolma sebepleri arasındaki en temel iki noktanın gelir düzeyi ve sağlık hizmetlerinin ne şartlarla olursa olsun verilmesi gerekliliği olduğu söylenebilir. Özellikle, ekonomi politiğin sosyal kaygılar taşıdığı, refah düzeyinin artırılacağı paradigmasının neticesinde ve kitle üretim paradigmaları ve tümleştirilmiş pazarlar algılamalarına paralel olarak, bütün bu kavramların birleştirilmiş etkisinde bir çeşit koruyuculuk algılamaya başlandı. Bireysel fayda ile pazar

algılamaları kesmişti. Artık pazar için varolabilmenin yolu, üretim faktörlerinin tümünü özelde bireyi korumanın en asgari düzeyde gerekliliğinin algılanmış olmasıdır. Çünkü pazar üretimi için gerekli bilgi ve tecrübe seviyesini korumak ve teknolojik ilerlemenin ve teknolojik bilgi düzeyinin aktarılması için ortalama düzeyde ve artan ivmede sağlıklı bireylerin varlığı sağlanmalıdır. Özellikle bilgi sistemlerinin artan oranda karmaşıklaşması ve özelleşmesi ile birlikte, devamlılık önemini daha fazla arttırmıştır. Bu açıdan, sağlıklı bir birey demek sadece kendisinin uğraşacağı problemler demek değil ve fakat aynı zamanda aktarım mekanizması için de kusurlu bir parça olarak algılanabilme olasılığı artacaktır. Her şeyiyle bireyin sağlıklı olması, onun bizzat kendisinin bir sistem olarak varlığını sürdürmesi açısından bir avantajı olmayacaktır. Çünkü birey bir sistem içinde, başka bir sistemin parçası olarak algılanacak ve sistem içindeki görevini yerine getirmesi istenecektir. Ne yazık ki, bireyin özgürleşme politikası ve eylemi, aslında var olan sistem içine daha fazla girmesine neden olmaktadır ve sistem, içinde olmamaya çalışanı da itmektedir. Bireyin sağlıklı olmasını bireyin kendisi ile birlikte sistemin kendisinde istemektedir(Gül,2004). Nordhaus[1998:1-2], bunu ulusların gerçek zenginliğinin o ulusun bireylerinin sağlığı olduğu şeklinde ifade etmektedir.

Şekil 1.4'te iki asıl kesim vardır. Bunlar, devlet ve tüketicidir. İki adet, devlet ile tüketici arasında sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlayan ve devlet ile tüketici arasında ilişkiyi kuran kurum vardır. Dört kesimin de kendi menfaatleri paralelinde hareket edeceği söylenebilir. Fakat devletin konumu diğer üç kesimden farklıdır. Devletin menfaati diğer üç kesimin etkinliğinin artırılması ile artmaktadır.

Şekil 1.4: Sağlık Hizmetlerinde Dolaylı Finansman Yönteminin İşleyişi



Kaynak: Ferranti, 1985, s.14

1.5.2.2.1.Devletin Finansmana Katılması

Özellikle, 2.Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde toparlanma çabalarında görülen etkilerin önemli bir bölümünün kaynaklığını Keynesyen politikalara bağlanabilir. Keynes'in politikaları ile o günün şartlarına uygun ekonomi politiğinin oluşturulmasının keşişmesinde zorluklar ile karşılaşılıyor. Ancak, ünlü duvar ile birlikte stagflasyon gibi iki kavramla tanışan dünyanın, tüm parametreleri tekrar gözden geçirdiği görülmektedir. Savaş sonrası toparlanma döneminde, refah düzeyinin artırılması düşüncesi ile birlikte ve 1970'li yıllara kadar ki dönemde artan gelirlerin de pekiştirdiği ve 1960'lı yıllar itibariyle sağlığın ekonomi politiğinin çıkış bulduğu yıllarda, giderek devletin bu türden atılımları yapması veya özendirilmesi gerekliliği ön plana çıkmıştır [Trak, 1984: 50-61; Whynes, eds.Gemmell, 1993: 173-174]. Devletlerin sağlığı finanse etmesinin boyutları çeşitlilik göstermektedir. En temel nokta, kimi sağlık hizmetlerinin bireysel çaba ve örgütlenmelerle yapılamayacağı düşüncesidir. Bu durum özellikle, gelişmekte olan ülkelerde ve az gelişmiş ülkelerde kendisini daha açıkça ifade etmektedir. Devletlerin sağlık finansmanının üstlenmelerinin sebeplerinin arasında önde gelen etken, akut düzeydeki sağlık problem maliyetlerinin çok yüksek olmasıdır. Bu sadece işin maliyet yönüdür. Ancak, işin üretim boyutuna gelince bu sefer ki analizin parçaları giriftleşerek, uzun vadeli etkilere yönelmeye başlamaktadır. Devletin en

önemli görevlerinden ve varlık sebeplerinden birisi, toplumsal anlaşmayı sağlamak ve adaletli bir dağılım mekanizmasını işleme koymaktır. Sağlık, söz konusu adaletli mekanizmanın önemli parçalarından biridir. Bunun böyle olmasının sebebi, sağlığın insan doğasının kaçınılmaz dezavantajı olmasıdır. Dolayısıyla, sağlık hizmetinde adaletli bir dağılım sağlanamaz ise, toplumsal dayanışma mekanizmasının önemli parçalarından bir tanesi göz ardı edilmiş olur. Bu amaçla, devletin finansman konusunda belirli düzeylerde ve gerekliliği yüksek noktalarda inisiyatif alması gerekmektedir.

1.5.2.2.2.Çalışanların Finansmana Katılması

Birçok ülkede bir işte çalışanların gelirlerinden bir kısmı sosyal güvenlik kesintileri adı altında toplanmaktadır. Bu şekildeki bir sistem, eğer devlet sosyal güvenlik sistemini denetliyor ve finanse ediyor ise, sosyal güvenliğin içindeki kaynak dağılımında bir rahatlama ve sosyal fonların devamlılığını sağlayıcı etki gösterir. Kaldı ki, devletin tüm sağlık hizmetlerini finanse edici ve uzun vadeli sürdürücü faaliyetler göstermesi ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte, bir noktada imkânsız hale gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin gelişmediği ekonomilerde özellikle bu hizmetlerin devlet öncülüğünde yapıldığı göz önüne alınırsa ve ayrıca devletlerin gelir konusundaki karşılaştıkları kısıtlılıklar da incelenirse, sağlık hizmetlerinin kısmen de olsa çalışanın desteği ile yapılması gerekliliği ortaya çıkar. Kaldı ki, bazı ülkelerde sadece çalışandan değil işverenden de destek istenmektedir veya en azından yasal mevzuat ve uygulama bu paraleldedir. Çalışanların sosyal güvenliğe katkıları çalıştıkları sürece ortaya çıkabilir. Bu durum çalışanların sisteme yük olmasını engellemekte ve ayrıca sistemin işleme için gerekli olan girdiyi sağlamaktadır. Sisteme dahil olmanın yolu ise, belirli şekillerde prim ödeme ya da katkı payı veya türevleri şeklindeki bir uygulama ile gerçekleştirilir. Destek olma yollarından hangisi belirlenirse belirlensin, çalışan başına düşen yük, ülkenin mali yapısı, gelir durumu, gelir dağılımı, borç stoku, işsizlik oranı vb. gibi benzeri birçok faktöre bağlıdır. Sistem dışına çıkan ve herhangi bir katkıda bulunmayan bireyin, sosyal güvenlik dışlanması da söz konusu olamayacağına göre, fon yönetimine negatif bir yük yükleyeceği açıktır.

1.5.2.2.3.İşverenlerin Finansmana Katılması

İşverenlerin sağlığın finansmanında katkılarının olması, öncelikle kayıt açısından ve çalışanlara karşı sorumluluk vs. gibi birçok açıdan pozitif yansımalar sağlar iken, aynı zamanda özellikle devlet tarafından yönlendirilme ve gerekli tedbirleri almanın yolunu sağlamaktadır. Tüzel kişilik açısından istihdam edilen kişilerin, sosyal güvenlik ve özelde sağlık kayıtlarının ve gereklerinin tüzel kişilik tarafından yerine getirilmesi ve devlet tarafından etkin bir denetimle istenilen düzeye getirilebilir. Bu, özellikle devletin özelde sağlık harcamalarının finansmanındaki sızıntıların önüne geçilmesi için etkin bir şekilde kullanabileceği yöntem olma şansına sahiptir. Fakat sosyal güvenliğe katılmada isteksiz olan işverenlerin bu konuda dikkatlice ve etkilice denetlenmesi gerekir.



2.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

2.1.Dünya'da Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

2.1.1.Dünya'da Genel Durum

Ortalama yaşam süresi gelişen ekonomilerde 1950'de ortalama olarak sadece 40 yıl iken, 1990'a gelindiğinde 63 yıl, 2002'de 65 yıla çıkmıştır. İyi beslenme, daha iyi altyapı, sağlık teknolojisindeki gelişmeler ve kamu sağlık altyapısı gibi faktörler insan yaşam süresini yavaş yavaş arttırmıştır. Bu faktörlerle bağlantılı olarak bu iyileşmeyi sağlayan, ekonomik büyümenin düzeyidir(Deaton,2003). Yaşam beklentisi sıkı şekilde çocuk ölüm oranlarına bağlı olduğundan, fakir ülkelerdeki ante-natal bakım ve aşılama programları gibi düşük maliyetli müdahaleler(iyileştirmeler) yaşam beklentisini arttıran etkili bir faktör olabilir. Daha genel olarak, ekonomik büyüme nüfusun ve sermaye formasyonunun elde etmiş olduğu yeteneklerin seviyesine bağlıdır[Bhargava, vd. :423-424].

Tablo 2.1: Dünya'da Bazı Sağlık İstatistikleri

Dünya Rakamları	1992	2002
Toplam Nüfus(000)		6 213 889
Ortalama Büyüme Oranı (%) (1992-2002)		1,52
Bağımlılık Oranı(100 Kişide)	72,10	65,54
60+ Yaş Üzeri Nüfusun Oranı	8,95	9,77
Toplam Doğurganlık Oranı	3,83	3,26
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)		65,42
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)-Erkek		63,07
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)-Kadın		67,86
Beş Yaş Erkek Ölüm Olasılığı (1000 Kişide)		65,61
Beş Yaş Kadın Ölüm Olasılığı (1000 Kişide)		59,32
15-59 Yaş Kadın Ölüm Olasılığı (1000 Kişide)		283,94
15-59 Yaş Erkek Ölüm Olasılığı (1000 Kişide)		204,75

Kaynak: WHO, The World Health Report, 2003, ss.146-153

Toplam ülke sayısı, 192'dir.

Tablo 2.1, WHO'nun yayınladığı Dünya Sağlık Raporu 2003'ten hesaplanarak aktarılmıştır. 2003 yılında yayınlanan raporda istatistiksel anlamda rapora dahil olan ülke sayısı 192'dir. Bu ülkeler, WHO'nun üyesidirler. Raporda 2002 yılı için 192 ülke için istatistikler verilmektedir. Burada yapılan uygun veriler için ülkelerin ortalamasının alınmasıdır. Ortalama olarak, veriler istenilen düzeylerde gözükmemektedir. Fakat Tablo 2.2'den de daha sonra görüleceği gibi, en iyi oranlara sahip ülkeler ile en kötü oranlara sahip ülkeler arasında önemli farklar vardır. Yaşam beklentilerinin gelişmiş ülkelerde 70 yıl civarı olduğu hatırlanırsa ve ölüm oranlarının da gelişmiş ülkelerde oldukça düşük olduğu eklenirse, Tablo 2.1'deki oranların olumlu gibi gözüktüğü söylenebilir.

Tablo 2.2, Tablo 2.1'in tüm dünya için özetlediği bazı verileri gelişmiş, gelişmekte ve geri kalmış ülkeler arasından seçilmiş ülkeler bağlamında ifade etmektedir. Tablo 2.2., açıkça, gelişmiş ve geri kalmış ülkeler arasındaki farkı gözler önüne sermektedir. Örneğin, seçilmiş gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam beklentisi yaklaşık 72 yıl iken, geri kalmış ülkelerde yaklaşık 43 yıldır. Gelişmekte olan ülkelere seçilmiş ülkeler için bu ortalama yaklaşık 62 yıldır. Tüm seçilmiş ülkeler için kadınların tüm beklenen oranları erkeklere göre daha yüksektir. 60 yaş için sağlıklı yaşam yılları gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek nüfus için ortalama olarak yaklaşık 16 yıl ve 20 yıl iken, bu yıllar geri kalmış ülkeler için kadın ve erkek nüfus için yaklaşık olarak 10 yıldır. Yani, her ne sebeple olursa olsun, sonuç olarak, geri kalmış ülkelerde insanlar yaklaşık olarak gelişmiş ülkelere göre 10 yıl daha az yaşamaktadır. Bu 10 yılı bir de üçüncü(geri kalmış) dünya ülkelerindeki insan sayısı ile çarpıldığı düşünülünce, kaybın boyutu ortaya çıkar. Doğumda sağlıklı yaşam yıllarından kayıplar yaklaşık olarak birbirine eşittir. Fakat toplam olarak hayattan sağlıklı yılların kaybı incelenince, gelişmiş ülkelerin üçüncü dünya ülkelerine ortalama olarak 5 yıl fark attığı rahatlıkla görülür

Tablo 2.2:Seçilmiş Bazı Ülkelerin Sağlık Düzeyleri

Ülkeler	Tüm Nüfus İçin Doğumda	Sağlıklı Yaşam Yılları				Doğumda Bek. Sağlıklı Yıl.Kayıp		Top.Hayatta Ort. Kaybın Or.(%)	
		Erkek Nüfus İçin		Kadın Nüfus İçin		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
		Doğ.	60 Yaş	Doğ.	60 Yaş				
Kanada	72,0	70,1	16,1	74,0	19,3	7,1	8,3	9,2	10,0
Almanya	71,8	69,6	15,9	74,0	19,0	5,9	7,6	7,8	9,3
İngiltere	70,6	69,1	15,7	72,1	18,1	6,7	8,4	8,8	10,4
ABD	69,3	67,2	15,3	71,3	17,9	7,4	8,5	9,9	10,7
Japonya	75,0	72,3	17,5	77,7	21,7	6,1	7,5	7,8	8,8
Avustralya	72,6	70,9	16,9	74,3	19,5	7,0	8,7	9,0	10,4
Ortalama	71,89	69,87	16,22	73,90	19,24	6,71	8,16	8,77	9,95
Türkiye	62,0	61,2	12,8	62,8	14,2	6,7	9,3	9,8	12,9
Hindistan	53,5	53,3	10,8	53,6	11,4	6,8	8,4	11,3	13,6
İsrail	71,4	70,5	16,8	72,3	18,2	6,9	9,0	8,9	11,1
Brezilya	59,8	57,2	11,6	62,4	13,7	8,5	9,8	13,0	13,6
Çin	64,1	63,1	13,1	65,2	14,7	6,5	7,6	9,3	10,4
Mısır	59,0	57,8	9,9	60,2	11,3	7,4	8,8	11,4	12,8
Ortalama	61,6	60,5	12,5	62,7	13,9	7,1	8,8	10,6	12,4
Yemen	49,3	48,0	8,7	50,7	10,4	10,8	11,5	18,4	18,5
Zambiya	34,9	34,8	9,8	35,0	10,4	4,3	5,3	11,0	13,1
Etyopya	41,2	40,7	9,7	41,7	10,2	6,1	7,7	13,0	15,6
Çad	40,7	39,7	9,2	41,7	10,0	6,4	7,6	13,9	15,5
Bangladeş	54,3	55,3	11,1	53,3	11,1	7,3	9,3	11,7	14,8
Afganistan	35,5	35,3	8,6	35,8	9,5	6,6	7,7	15,8	17,7
Ortalama	42,64	42,28	9,53	43,01	10,27	6,91	8,18	13,95	15,87

Kaynak: WHO, The World Health Report, 2003, ss.166-169

2.1.2.Dünya’da Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Tablo 2.3 (a), Dünya’da seçilmiş bazı ülkelerin kişi başına düşen sağlık harcamaları ile ilgili rakamları vermektedir. Yine bu tabloda, gelişmiş, gelişmekte ve nihayet azgelişmiş ülkeleri ifade edecek bir ayırıma gidilmiştir. Ortalama olarak, gelişmiş ülkelerde kişi başına sağlık harcaması 2.600 US\$ civarındadır. Gelişmekte olan ülkeleri temsil açısından seçilen ülkelerde ise bu miktar ortalama olarak 120 US\$’dır. Geri kalmış ülkelerde ise, bu rakam hiçte iç açıcı değildir. Ortalama olarak geri kalmış ülkelerde, 60 US\$’dır. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere göre ortalama olarak 22 kat, az gelişmiş ülkeler ise 43 kat daha fazla kişi başına sağlık harcaması yapmaktadır.

Tablo 2.3 (a): Seçilmiş Bazı Ülkelerdeki Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri

Ülkeler	Ortalama Döviz (US\$) Kuruna Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması				Uluslar arası Dolar (\$) Kuruna Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Yıllar								
Kanada	1.835	1.949	2.102	2.163	2.288	2.433	2.580	2.792
Avustralya	1.709	1.870	1.808	1.741	2.093	2.230	2.363	2.532
İngiltere	1.683	1.792	1.783	1.835	1.573	1.704	1.827	1.989
ABD	4.095	4.287	4.540	4.887	4.095	4.287	4.540	4.887
Almanya	2.773	2.731	2.408	2.412	2.515	2.621	2.766	2.820
Japonya	2.216	2.634	2.890	2.627	1.730	1.852	2.002	2.131
Ortalama	2.385,17	2.543,83	2.588,50	2.610,83	2.382,33	2.521,17	2.679,67	2.858,50
Mısır	48	52	52	46	125	134	139	153
Hindistan	22	23	23	24	65	71	74	80
Türkiye	149	137	148	109	301	291	311	294
Brezilya	348	246	265	222	526	560	556	573
Çin	36	40	45	49	155	176	200	224
Ortalama	60	49,2	51,6	42,6	115,4	117,8	119,8	123,8
Afganistan	0	0	9	8	35	38	40	34
Bangladeş	10	11	13	12	41	47	56	58
Çad	5	5	5	5	14	16	19	17
Etyopya	4	3	3	3	11	11	11	14
Zambiya	20	19	18	19	48	47	47	52
Zimbabve	59	35	42	45	275	192	182	142
Ortalama	16,33	12,17	15	15,33	70,67	58,5	59,17	52,83

Kaynak: WHO, The World Health Report 2003, ss.178-181

Tablo 2.3 (b) de toplam kamu sağlık harcamasının yine kişi başına değerleri vardır. Tablo 2.3 (a)'deki değerleri göz önüne alınca, gelişmiş ülkelerdeki kişi başına kamu sağlık harcamasının ortalama olarak 1700 US\$ civarında olduğu görülür. Kişi başına toplam sağlık harcaması ise, ortalama olarak 2600 US\$'dir. Buradan kişi başına toplam kamu sağlık harcamasından ortalama olarak 900 US\$ daha fazla kişi başına toplam sağlık harcaması yapıldığı ortaya çıkar. Bunu ise, gelişmiş ülkelerdeki özel sağlık sektörüne bağlamak yerinde olur. Gelişmekte olan ülkelerde miktarlar hemen hemen eşit iken, az gelişmiş ülkelerde, kişi başına toplam kamu sağlık harcamasının yaklaşık olarak 2 katı kişi başına sağlık harcaması vardır. Bu durumun kamu sağlık harcamalarının yetersizliği ile açıklamak mümkün olabilir. Çünkü bu ülkeler, kişi başına gelir açısından düşük gelire sahiptir ve sağlığa harcayacaklara ilave birim miktar paranın getireceği yük ağırdır. Bu açıdan oranın 2 kat olması ancak ve ancak kamu sağlık hizmetlerindeki yetersizlikle açıklanabilir.

Tablo 2.3(b) : Seçilmiş Bazı Ülkelerdeki Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri (b)

Ülkeler	Ortalama Döviz Kuruna(US\$) Göre				Uluslararası Dolar Kuruna (US\$) Göre			
	Kamu Sağlık Harcaması				Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması			
Yıllar	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Kanada	1.297	1.372	1.490	1.533	1.617	1.713	1.828	1.978
Avustralya	1.165	1.293	1.246	1.182	1.427	1.542	1.629	1.718
İngiltere	1.349	1.442	1.444	1.508	1.261	1.371	1.479	1.634
ABD	1.824	1.895	2.005	2.168	1.824	1.895	2.005	2.168
Almanya	2.075	2.043	1.807	1.807	1.882	1.961	2.075	2.113
Japonya	1.715	2.056	2.245	2.046	1.339	1.445	1.555	1.660
Ortalama	1.570,83	1.683,50	1.706,17	1.707,33	1.558,33	1.654,50	1.761,83	1.878,50
Mısır	22	24	24	22	57	62	64	75
Hindistan	4	4	4	4	12	13	13	14
Türkiye	107	98	105	77	217	207	222	209
Brezilya	153	105	108	92	231	240	227	238
Çin	14	15	17	18	60	67	73	83
Ortalama	60	49,2	51,6	42,6	115,4	117,8	119,8	123,8
Afganistan	0	0	5	4	19	20	22	18
Bangladeş	4	4	6	5	15	17	26	26
Çad	4	4	4	4	10	12	15	13
Etyopya	1	1	1	1	4	4	4	6
Zambiya	12	11	10	10	28	26	25	27
Zimbabve	33	17	22	20	154	94	92	64
Ortalama	9	6,17	8	7,33	38,33	28,83	30,67	25,67

Kaynak: WHO, The World Health Report 2003, ss.178-181

Batı ekonomilerinde toplam sağlık harcamaları GSMH'nin %8-9'u arasındadır. Sağlık harcamalarının bu düzeyde olmasının sebebi, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilgili olarak problemler oluşturacağı düşüncesidir. Beşeri sermaye(human capital) açısından, sağlıklı bir nüfusun büyümeyi ve toplam refahı arttıracığı düşünülmektedir[Zon ve Muysken, 2001: 169-170].

Bu düşünceleri destekleyen verileri Tablo 2.4'ten gelişmiş ülkeler için görülebilmektedir. Fakat aynı şekilde, gelişmekte olan ülkeler ve az gelişmiş ülkeler için, benzer ifadeleri kullanmak imkânsızdır.

Tablo 2.4: Bazı Ülkelerin Ulusal Sağlık Harcama ve Finansman Kaynaklarının Göstergeleri

Ülkeler	GSMH'nin Yüzdesi Olarak Toplam Sağlık Harcamaları(%)				Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı(%)				Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Özel Sektörün Payı(%)				Toplam Kamu Harcamaları İçinde Sağlığa Ayrılan Pay(%)			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
	ABD	13	13	13,1	13,9	44,5	44,2	44,2	44,4	55,5	55,8	55,8	55,6	16,9	16,9	17,2
Almanya	10,6	10,7	10,6	10,8	74,8	74,8	75	74,9	25,2	25,2	25	25,1	16,3	16,3	17,3	16,6
Avustri.	8,6	8,7	8,9	9,2	68,2	69,1	68,9	67,9	31,8	30,9	31,1	32,1	16,2	16,8	16,5	16,8
Avust.	8,6	8,7	8,9	9,2	68,2	69,1	68,9	67,9	31,8	30,9	31,1	32,1	16,2	16,8	16,5	16,8
İngiltere	6,9	7,2	7,3	7,6	80,2	80,5	80,9	82,2	19,8	19,5	19,1	17,8	13,9	14,8	15	15,4
Japonya	7,1	7,5	7,7	8	77,4	78,1	77,7	77,9	22,6	21,9	22,3	22,1	13,2	15,3	15,5	16,4
Kanada	9,1	9,1	9,1	9,5	70,7	70,4	70,9	70,8	29,3	29,6	29,1	29,2	14,4	15	15,5	16,2
Ort.	9,13	9,27	9,37	9,74	69,1	69,5	69,5	69,4	30,9	30,5	30,5	30,6	15,3	16	16,2	16,5
Brezilya	7,4	7,8	7,6	7,6	44	42,8	40,8	41,6	56	57,2	59,2	58,4	9	9,3	8,4	8,8
Çin	4,8	5,1	5,3	5,5	39	38	36,6	37,2	61	62	63,4	62,8	13,3	11,8	10,8	10,2
Hindst.	5	5,2	5,1	5,1	18,4	17,9	17,6	17,9	81,6	82,1	82,4	82,1	3,5	3,3	3,1	3,1
Mısır	3,9	3,9	3,8	3,9	46	46,4	46,1	48,9	54	53,6	53,9	51,1	6,5	6,2	6,5	7,4
Türkiye	4,8	4,9	5	5	71,9	71,1	71,1	71	28,1	28,9	28,9	29	11,5	9,1	9	9,1
Ort.	5,18	5,2	5,36	5,42	43,86	43,24	42,44	43,32	56,14	56,76	57,56	56,68	8,76	7,94	7,56	7,72
Afganis.	5,5	5,5	5	5,2	52,8	53,1	53,8	52,6	47,2	46,9	46,2	47,4	14,6	14,8	13,5	11,8
B.gladeş	2,9	3,1	3,6	3,5	36	36,9	45,3	44,2	64	63,1	54,7	55,8	5,9	6,3	8,6	8,7
Çad	2,3	2,7	3,1	2,6	72,7	75	78,7	76	27,3	25	21,3	24	10,8	11,2	12,2	15,2
Etyopya	3,6	3,5	3,2	3,6	39,3	37,7	34,5	40,5	60,7	62,3	65,5	59,5	5,9	4,3	3,2	4,9
Yemen	4,4	4	4	4,5	39,5	32,5	34,6	34,1	60,5	67,5	65,4	65,9	4,8	4,8	3,9	4
Zambiya	6	5,7	5,5	5,7	56,9	54,8	52,5	53,1	43,1	45,2	47,5	46,9	12,5	13,7	13,6	13,5
Ort.	4,12	4,08	4,07	4,18	49,53	48,33	49,90	50,08	50,47	51,67	50,10	49,92	9,08	9,18	9,17	9,68
Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamalarındaki Dış Kaynak Oranı(%)				Kamu Sağlık Harc. İçindeki Sos.Güv. Harc.Oranı(%)				Özel Sektör Sağlık Harc.Out-of-pocket Harcama Oranı				Özel Sağlık (%) Harcamalarının Priva-Prepaid Planları			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
ABD	0	0	0	0	33,3	33,3	33,9	32,9	28	27,6	27,2	26,5	61	61,7	62,8	64,1
Almanya	0	0	0	0	91,4	91,5	91,6	91,8	44,5	43,2	42,2	42,4	31,7	32,5	33,3	33,5
Avustri.	0	0	0	0	0	0	0	0	57,6	59,3	60,4	59,6	24	21,3	23,4	24,2
Avust.	0	0	0	0	0	0	0	0	57,6	59,3	60,4	59,6	24	21,3	23,4	24,2
İngiltere	0	0	0	0	0	0	0	0	55,1	54,7	55	55,3	17,2	16,7	16,7	17,2
Japonya	0	0	0	0	84,5	84	83,5	83,6	78,2	77,8	74,5	74,9	2,6	2,6	2,8	1,4
Kanada	0	0	0	0	1,8	1,9	2	2	55,2	55,3	54,3	52,3	38,4	37,6	39,1	39,3
Ort.	0	0	0	0	30,1	30,1	30,1	30	53,7	53,9	53,4	52,9	28,4	27,7	28,8	29,1
Brezilya	0,3	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0	66,9	67,1	64,9	64,1	33,1	32,9	35,1	35,9
Çin	0,2	0,3	0,2	0,2	53	51,4	50,7	50,7	94	94,9	95,2	95,4	0,6	0,4	0,4	0,4
Hindst.	2,4	2,2	2,2	0,4	0	0	0	0	100	100	100	100	0	0	0	0
Mısır	2,1	1,8	1,8	2,0	28,4	29,5	29,5	29,7	91,6	91,9	92	92,2	0,6	0,5	0,5	0,5
Türkiye	0,4	0,1	0,1	0	43,8	28,4	28,4	28,6	99,6	99,8	99,9	98,8	0,2	0,2	0,1	1,2
Ort.	1,08	0,98	0,96	0,62	25,04	21,86	21,72	21,80	90,42	90,74	90,40	90,10	—	—	—	—
Afganis.	3,7	4,4	14,8	11,2	0	0	0	0	100	100	100	100	0	0	0	0
B.gladeş	12,6	11,8	13,8	13,3	0	0	0	0	93	93,2	93,2	93,2	0	0	0	0
Çad	58,7	65,2	59,7	62,9	0	0	0	0	80,6	82	81,6	80,9	0	0	0	0
Etyopya	23,5	27,6	29,6	34,3	0,7	0,8	1	0,8	85,7	85,4	84,6	84,7	0	0	0	0
Yemen	5,2	5,1	4,1	3,7	0	0	0	0	87,9	88,2	87,8	88,7	0	0	0	0
Zambiya	26,1	40,1	33,5	48,7	0	0	0	0	74,1	70,7	71,1	71,8	0	0	0	0
Ort.	21,63	25,70	25,92	29,02	0,12	0,13	0,17	0,13	86,88	86,58	86,38	86,55	0,00	0,00	0,00	0,00

Kaynak: WHO, The World Health Report, 2003, ss.170-177

Tablo 2.4, sağlık harcamalarının boyutu ve finansman kaynakları hakkında geniş bilgi vermektedir. Sağlık harcamaları gelişmiş ekonomilerde ortalama olarak GSMH'in %9-10'u arasındadır. Tablodan elde edilen bu veriyi artıran etken, ABD ve Almanya'nın sağlık harcamalarına yaptığı orandır. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran %5-6 arasında, az gelişmiş ülkelerde ise %4 düzeyindedir. Toplam sağlık harcamaları açısından, gelişmiş ülkelerde kamunun payı %70, gelişmekte olan ülkelerde %43 ve az gelişmiş ülkelerde ise %49 civarındadır. Özel sektörün payı, sırasıyla, %30, %57 ve %51 düzeyindedir. Toplam kamu harcamaları içinde sağlığa ayrılan pay, gelişmiş ülkelerde %16, gelişmekte olan ülkelerde %8 ve az gelişmiş ülkelerde ise %9 civarındadır. Sağlık harcamalarında gelişmekte olan ülkeler dış finansman kaynağı kullanmaz iken, bu oran gelişmekte olan ülkelerde %1-2 arasında ve az gelişmiş ülkelerde ise, dış finansman kaynağı toplam harcamalar içinde %25'lik bir düzeydedir. Kamu sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik harcamalarının oranı, gelişmiş ülkelerde ortalama olarak %30 iken, bu oran gelişmekte olan ülkelerde %21 ve az gelişmiş ülkelerde ise %0,2 düzeyindedir. Buradan, az gelişmiş ülkelerde sağlık sektörünün finansmanı için çok az kaynak toplandığı anlaşılmaktadır. Bu durum az gelişmiş ülkelerin neden sağlık sektörünün finansmanı için dış kaynak kullandığını açıklamaktadır. Özel sektöre yapılan ödemelerde, cepten ödemelerin(out-of-pocket) oranı, gelişmiş ülkelerde %53 düzeylerinde iken, bu oran gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sırasıyla %90 ve %87 düzeylerindedir. Bu istatistik, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemlerinin yetersiz olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir. Son olarak, özel sağlık harcamalarının planlanması oranı gelişmiş ülkelerde %28 düzeylerinde iken, gelişmekte olan ülkelere seçilenler arasında Brezilya hariç hemen hemen yok denecek düzeydedir ve nihayet az gelişmiş ülkelerde bu oran mutlak olarak sıfırdır.

Tablo 2.5, bazı OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının kamu ve özel sektör payları ile sağlık harcamalarının GSMH'ye oranını göstermektedir. Tablo 2.5, Tablo 2.4 ile oldukça benzerlik göstermektedir. Toplam sağlık harcamalarında kamunun payı ortalama olarak %73,50, özel sektörün payı ise %26,50 düzeylerindedir. Sağlık harcamalarının GSMH'den aldığı pay ise %8,70 düzeylerindedir.

Tablo 2.5: Seçilmiş Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Kompozisyonu

Yıllar	Kamu-Özel Kompozisyonu				Sağlığın Payı	
	%Kamu 2000	%Özel 2000	%Kamu 2001	%Özel 2001	%GSMH 2000	%GSMH 2001
Avustralya	68,9	31,1	67,9	32,1	8,9	9,2
Avusturya	69,4	30,6	67,9	32,1	7,7	7,7
Belçika	72,1	27,9	71,7	28,3	8,6	9
Kanada	70,9	29,1	70,8	29,2	9,2	9,7
Çek Cumhuriyeti	91,4	8,6	91,4	8,6	7,1	7,3
Danimarka	82,5	17,5	82,4	17,6	8,3	8,6
Finlandiya	75,1	24,9	75,6	24,4	6,7	7
Fransa	75,8	24,2	76	24	9,3	9,5
Almanya	75	25	74,9	25,1	10,6	10,7
Portekiz	68,5	31,5	69	31	9	9,2
Slovakya	89,4	10,6	89,3	10,7	5,7	5,7
İspanya	71,7	28,3	71,4	28,6	7,5	7,5
İsveç	85	15	85,2	14,8	8,4	8,7
İsviçre	55,6	44,4	57,1	42,9	10,7	11,1
İngiltere	80,9	19,1	82,2	17,8	7,3	7,6
ABD	44,2	55,8	44,4	55,6	13,1	13,9
Ortalama	73,53	26,47	73,57	26,43	8,63	8,90

Kaynak: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/30/2957329.xls>,

<http://www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls>

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

Dünya Bankası’nın Türkiye için Sağlık Reformu çalışmasında, Türkiye’deki hastane etkinliğinin artırılmasına yoğunlaşılması gerektiği söylemektedir. Bunu yaparken, kırsal bölgelerdeki yatak sayılarının azaltılması, kaynak kullanımı, toplam kalite yönetimi ve hesaplanabilirlik gibi iyileştirmelerin de yapılabileceğini söylemektedir. Bunların yapılmasının bir yolu da, Sağlık Bakanlığı ile SSK hastanelerinin, yönetiminin, finansal özerkliğinin ve sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve yönetilmesi için gerekli olan girdilerin tedarikinin yapılmasında özerklik, olduğunu belirtmektedir [World Bank, 2003: s.65].

2.2.1.1. Türkiye'deki Genel Durum

Türkiye'deki sağlık sisteminin yapısının oldukça karmaşık bir yapıya bağlı olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu hizmetlerle sınırlı değildir. Üniversite hastaneleri, Milli savunma Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Kamu İktisadi Teşebbüsleri(KİT), Diğer Bakanlıklar, Belediyeler, Dernekler ve Özel Kuruluşlar sağlık hizmeti sunmaktadır[Aktan, a.g.e.:1562-1564]. Bu durum Tablo 2.6.'dan izlenebilir.

Tablo 2.6. Türkiye'de Sağlık Sektöründe Yer Alan Kuruluşlar ve Bunların İşlevleri Açısından Sınıflandırılması

Politika Oluşturma Açısından	Sağlık Hizmeti Sağlama Açısından	Sağlık Hizmetinin Finansmanı Açısından	İdari Yetki Açısından	Sağlık Konusunda Dolaylı İşlevler Açısından
Sağlık Bak. DPT YÖK Anayasa Mahk. Yüksek Pl.Kurulu TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Kom. TBMM Plan ve Bütçe Kom. TBMM Gn.Kurulu	Kamu Sağlık Bak. Sosyal Sig.Kur. Üniversite Hast. Belediyeler KİT Diğer Bakanlıklar Özel Vakıflar Yerli ve Yabancı Hastaneleri Özel Pratisyenler/ Uzmanlar Eczacılar Özel Klinik ve Laboratuvarlar Sosyal Amaçlı Kızılay Türk Aile Planlama Derneği İnsan Kaynağını Geliştirme Derneği Diğerleri	Kamu Maliye Bak. Sağlık Bak. Hazine ve Dış Ticaret Müst. Sosyal Sig.Kur. Bağ-Kur Özel Vakıflar Özel Sig.Şirkt. Ulus.Kuruluşlar (Dünya Bank., Birl.Miletler vb)	Sağlık Bak. İl Sağ. Müd. İçişleri Bak. Vilayet	Bayındırlık Bak. Belediyeler İçişleri Bak. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Diğerleri

Kaynak: Çilingiroğlu, Bertan ve Güler İçinde, s.407

Türkiye'deki sağlık hizmetini gören kuruluşların hastane sayıları, yatak sayıları ve oranları Tablo 2.7.'de verilmiştir

Tablo 2.7: Hastane ve Yatak Sayılarının Kurumlara Göre Dağılımı

Kurumlar	Hastane Sayısı				Yatak Sayısı			
	2001	%	2002	%	2001	%	2002	%
Sağlık Bakanlığı	751	60,56	654	56,57	87.709	50,07	88.827	49,86
SSK	118	9,52	120	10,38	28.517	16,28	28.979	16,27
Üniversiteler	43	3,47	50	4,33	24.754	14,13	26.024	14,61
MSB	42	3,39	42	3,63	15.900	9,08	15.900	8,93
Diğer Bakanlıklar	2	0,16	2	0,17	680	0,39	680	0,38
Belediyeler	9	0,73	10	0,87	1.341	0,77	1.389	0,78
İDT	8	0,65	8	0,69	1.607	0,92	1.607	0,90
Dernekler	19	1,53	20	1,73	1.488	0,85	1.587	0,89
Yabancı	4	0,32	4	0,35	338	0,19	338	0,19
Azınlık	5	0,40	5	0,43	934	0,53	934	0,52
Özel	239	19,27	241	20,85	11.922	6,81	11.870	6,66
Toplam	1.240	100,00	1.156	100,00	175.190	100,00	178.135	100,00

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu, Sağlık İstatistikleri 2001, s.43 ve 2002, s. 55

http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_050.htm

Tablo 2.7'den, Türkiye'de toplam hastane sayısı içinde, %56,57 ile Sağlık Bakanlığı önde geldiği görülmektedir. Daha sonra %10,38 ve %4,33'lük payları ile SSK ve Üniversite hastaneleri gelmektedir. Dikkat çeken diğer büyüklüğe sahip olan kesim ise Özel sektördür. Özel sektör hastaneleri toplam hastane içinde %20,85 paya sahip iken, tablonun ikinci kısmını inceleyince Özel sektör hastanelerinin toplam yatak sayısı içindeki payının %6,66 olduğu görülür. Bu ise, özel sektörün toplumun bütününe kapsayan bir hizmet sunmadığı şeklinde ifade edilebilir. Yatak sayısı açısından, Sağlık Bakanlığı %49,86'lık payı ile önde gelmektedir. Sonra sırası ile SSK %16,27 ve Üniversite %14,61 payları ile gelmektedir.

Tablo 2.8'den Sağlık Hizmeti sunan kurumların beşeri kaynak dağılımları görülmektedir. Tablo 2.8 iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde mutlak rakamlar, ikinci bölümde ise nispi rakamlar görülmektedir. Tablo 2.8'den, Sağlık Bakanlığı'nın

tüm rakamlarda önde gittiği görülmektedir. 2001 yılı için Sağlık Bakanlığı'nın dikkat çeken tarafı, pratisyen doktor sayısının ve oranının çokluğu ile yardımcı hizmetler şeklinde ifade edilebilecek olan sağlık memuru, hemşire ve ebe sayısının ve oranının büyüklüğüdür. Bu durum, Sağlık Bakanlığını tüm sağlık sektöründe özel bir konuma getirmektedir. Bunun böyle olmasının sebebini, Sağlık Bakanlığı'nın yürütmüş olduğu tüm hizmetlerini Türkiye'nin tüm bölgelerine yansıtacak şekilde yüklenmiş olmasıdır. Diğer önde gelen kurumlar açısından, uzman doktor nispi büyüklüğü bağlamında üniversite hastaneleri ikinci sıradadır. Bu oran, üniversite hastaneleri için anlamlıdır. Özel sektördeki rakamların daha ziyade uzman doktor gibi, eczacı gibi son adım sağlık hizmetlerinde yoğunlaşmaktadır. Uzman doktor sayısı özel sektör için neredeyse SSK ile eşitken, pratisyen doktor sayısı ve oranı özel sektör SSK karşılaştırması bakımından özel sektör çok geride kalmaktadır. Bunun nedenini, özel sektörün sağlık sistemi içinde çok fazla personel eğitimine dönük çalışmadığı şeklinde yorumlamak mümkündür. Özel sektörde çalışan dış doktoru sayısının ve oranının anlamlı olmadığını söylemek gerekmektedir. Dış doktoru oranı bakımından özel sektör neredeyse 5 katı olacak şekilde Sağlık Bakanlığı'ndan fazladır. Buradan, dişçilik hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı, SSK ve Üniversite Hastaneleri ile diğer kurumların hastanelerinde iyi bir şekilde verilmediği sonucuna ulaşılabılır. Sağlık hizmetlerinde beşeri kaynak dağılımı oranını ve yükünü Sağlık Bakanlığı götürmektedir. Birkaç spesifik istatistik ve dağılım haricinde Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin büyük bölümünü yüklenmektedir.

Tablo 2.8: Kuruluşlara Göre Sağlık Hizmetleri Beşeri Kaynak Dağılımı (2001)

Per.Türü	SB	%	SSK	%	Ü.site	%	D.Kamu	%	Özel	%	Toplam
Doktor	44.540	49	10.106	11	18.752	21	5.028	6	12.331	13	90.806
-Uzman	14.748	35	6.188	15	9.422	22	2.116	6	9.433	22	41.942
-Pratisyen	29.792	61	3.918	8	9.330	19	2.912	6	2.898	6	48.911
Diş Dokt.	2.414	15	615	4	884	6	695	4	11.258	71	15.881
Eczacı	760	3	856	4	717	3	222	1	20.367	89	22.925
Sağ.Mem.	33.349	73	2.086	5	3.135	7	2.904	6	4.086	9	45.633
Hemşire	43.346	57	11.700	15	11.156	15	4.778	7	4.899	6	75.936
Ebe	37.709	91	1.813	4	112	1	165	1	1.359	3	41.250

Kaynak: http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_030.htm,

http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_034.htm

*2001 yılı nüfusu 68.529.000

2.2.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerini Sunan Kurumlar

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını sağlayan üç büyük özerk sistem vardır. Bunlar;

- Sağlık Bakanlığı
- Üniversiteler (Tıp Fakülteleri)
- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Dolayısıyla, bu üç büyük sistemdeki gelişmeleri ve değişiklikleri incelemek daha yerinde olacaktır.

2.2.1.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Sistemi içindeki en büyük kuruluştur. Sağlık Bakanlığı, “Sihhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti” adı altında 15.05.1920 tarihinde kurulmuştur. Bakanlığın temel görevi, genellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim yapmak, sağlık kurumlarını kurmak ve işletmek, diğer kamu kuruluşları ile özel kesime sağlık kurumları kurma ve işletme izni ve bunları denetlemekle yükümlüdür. Ayrıca ilaç piyasasını düzenlemek bakanlığın görevleri arasındadır[DİE, Türkiye İstatistik Yıllığı 1996, s.140]. Bu ifadeleri destekleyen Tablo 2.9 aşağıda görülebilir:

Tablo 2.9: Sağlık Bakanlığı Kuruluşları, 2002

SAĞLIK BAKANLIĞI KURULUŞLARI			
KURULUŞUN ADI	SAYI	KURULUŞUN ADI	SAYI
Hastane	654	Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü	7
Sağlık Ocağı	5840	İl Halk Sağ. Laboratuvarı	77
Köy Sağlık Evi	11735	İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı	16
Semt Polikliniği	34	Sıtma Enstitüsü	2
AÇS/ AP Merkezi	280	Sıtma Kontrol Laboratuvarı	6
Verem Savaşı Dispanseri	272	Sıtma Laboratuvarı	80
Bölge Tüberküloz Laboratuvarı	21	Sağlığı Koruma Yeri	2
Deri-Tenasül Hastanesi Dispanseri	12	Liman-Şehir Bakteriyoloji Müessesesi	2
Ruh Sağlığı Dispanseri	2	Ana Donatım İkmal Bölge Müdürlüğü	1
Hava Limanı Sağ. Denetleme Merkezi	17	Donatım Bölge Müdürlüğü	18
Hudut Sağlık Denetim Merkezi	14	Donatım İl Müdürlüğü	1
Sahil Sağlık Denetim Merkezi	47	Sağlık Eğitim Enstitüsü	4
Sağlık Meslek Lisesi	285	Refik Saydam Hıfz. Merkezi Başkanlığı	1

Kaynak: http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_001.htm

Tablo 2.10, Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin mutlak rakamları ile yine Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin GSMH'den aldığı payı göstermektedir.

Tablo 2.10: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSMH İçindeki Payı, Milyar TL

YIL	GSMH (1)	SB BÜTÇE (2)	½	YIL	GSMH (1)	SB BÜTÇE (2)	½
1980	5.303	31,82	0,6	1998	53.518.322	390.891,70	0,73
1985	35.350	137,46	0,39	1999	79.282.967	663.123,50	0,84
1990	397.178	2.633,22	0,66	2000	125.596.129	1.059.825,00	0,84
1995	7.854.887	48.741,55	0,62	2001	179.480.078	1.280.660,00	0,71
1996	14.978.067	98.064,40	0,65	2002	271.406.000	2.345.447,69	0,86
1997	29.393.262	204.499,28	0,7	2003*	354.575.000	3.570.054,00	1,01

(*) GSMH; DPT tahmini 2003 Yılı Programı

http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_021.htm

Tablo 2.11 ise, Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin Devlet Bütçesi içindeki oranını göstermektedir. Bu oran beşer yıllık dönemler itibari ile yaklaşık olarak %3,3 düzeyindedir. Bu oranda son yıllarda bir düşüş gözlenmektedir. Bunun nedenini Türkiye'deki istikrar programlarına bağlamak yerinde olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın Devlet Bütçesi içindeki payı, 1940'lı yıllar itibariyle artış trendine girmiş, fakat 1970'li yıllardan itibaren düzenli hareketler gözlenememiştir.

Tablo 2.11: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesi İçinde Yeri, Oranı (Milyon TL)

Yıllar	D.Bütçesi (1)	SB Bütçesi (2)	½	Yıllar	D.Bütçesi (1)	SB Bütçesi (2)	½
1925	184	4,86	2,6	1970	28.860	888,08	3,1
1930	223	4,5	2	1975	107.681	3.815,16	3,5
1935	190	4,82	2,5	1980	756.687	31.822,61	4,2
1940	269	8,19	3,1	1985	5.412.082	137.462,33	2,5
1945	604	18,81	3,1	1990	63.925.354	2.633.217	4,1
1950	1.487	60,62	4,1	1995	1.335.978.053	49.417.951	3,7
1955	2.941	152,46	5,2	2000	46.327.436.000	1.059.855.000	2,3
1960	7.267	382,76	5,3	2001	48.219.490.000	1.280.660.000	2,7
1965	14.421	590,95	4,1	2002	97.831.000.000	2.355.447.691	2,4

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2001, s.38 ve 2002, s.32,

Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, Mayıs 1999-Mayıs 2002, s.33

2.2.1.2.2. Üniuersiteler (Tıp Fakülteleri)

Üniuersite hastaneleri, yüksek kalitede sağlık hizmeti veren eğitim kuruluşları olduğu için, talep edilen hizmet de yüksek kalitede olmaktadır. Yeni bilgi ve teknolojiyi yakından takip etme imkânlarının olması, donanım ve malzeme için daha çok kaynak sahibi olmaları buna sebep olmaktadır. Bununla birlikte, üniuersite hastaneleri, tıp fakülteleri içinde açıldıkları için kısa zamanda hastane ve yatak sayılarında bir iyileşme beklenmesi hatalı olur. Bunun nedeninin temel sebebi, bir hastane ile birlikte üniuersite içinde çalışacak doktor kadrosunun oluşturulmasıdır.

Tablo 2.12: Üniuersite Sağlık Kuruluşlarının Hastane ve Yatak Sayısındaki Gelişmeler

Yıllar	Hastane S.	Artış O. (%)	Yatak S.	Artış O. (%)
1994	29	-	18.999	-
1995	33	13,79	19.570	3,01
1996	35	6,06	18.942	-3,32
1997	37	5,71	19.766	4,35
1998	40	8,21	21.965	11,13
1999	42	5	22.834	3,81
2000	42	0	23.838	4,4
2001	43	2,38	25.296	6,12
2002	50	16,28		

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, s.56, 2001, s.65, <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/tablo8.htm>

Tablo 2.12'den anlaşılacağı gibi, Türkiye'deki üniuersite hastaneleri yıllık olarak %7,2 düzeyinde artmıştır. Yatak sayısındaki değişim, 1994 yılına göre 2001'de %33 düzeyinde artış göstermiştir. 1994 yılına göre, 2002 yılında toplam olarak hastane sayısındaki değişim %72 düzeyinde gerçekleşmiştir. Oldukça hızlı bir artış görülmektedir. Ancak, hastane sayısı ve yatak sayılarının artması kalitenin arttığını göstermemektedir.

Tablo 2.13, üniuersite hastanelerinin ve yatak sayılarının artışının kalite getirmediğine ilişkin olarak, Türkiye'deki belirli coğrafi bölgelerde yoğunlaşma olduğunu göstermektedir. Bu açıdan Marmara Bölgesi'nde bir yoğunlaşmanın olduğu görülmektedir. Aynı şekilde İç Anadolu Bölgesi'nde ile Ege Bölgesi'nde bir

yoğunlaşmanın olduğu görülmektedir. Bu bölgelerde nüfusun yoğunluğu önemli bir etkidir. Fakat bu bölgelerde Türkiye'nin büyük şehirleri bulunmaktadır ve ayrıca bu şehirlerde üniversite hastaneleri ve ek olarak SSK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı araştırma hastaneleri vardır. Diğer bölgelerde uzmanlık isteyen sağlık hizmetleri verilemediğine göre, bu bölgeler uzmanlık arz eden sağlık problemleri ile yüzleşen bireyler, büyük şehirlerdeki üniversite ve araştırma hastanelerine başvurmaktadır. Tablo 2.13, Marmara, Ege ve İç Anadolu Bölgeleri dışında kalan dört coğrafi bölgedeki sağlık personelindeki nispi azlığını göstermektedir.

Tablo 2.13: Türkiye Sağlık Personelinin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı, 2001 Yılı

Türkiye Sağlık Personelinin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı							
Bölgeler	Uzman Doktor	Pratisyen Doktor	Diş Doktor	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
Marmara	14.101	12.776	6.435	7.655	8.168	18.351	8.692
Ege	5.964	7.511	2.525	3.816	5.668	11.521	6.947
Akdeniz	3.927	5.247	1.537	2.676	5.527	8.793	6.546
İç Anadolu	10.433	11.302	3.303	4.557	11.316	15.735	7.308
Karadeniz	3.186	5.112	1.017	2.027	6.842	10.376	5.845
D.Anadolu	1.565	3.245	362	772	3.378	5.244	3.420
Güneydoğu	1.332	2.521	378	1.256	2.411	3.919	2.322
Toplam	41.907	48.850	15.866	22.922	45.560	75.879	41.158

Kaynak: http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_038.htm

2.2.1.2.3.Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Türkiye'deki en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan SSK, 1945 yılında ilk kurulduğunda "İşçi Sigortaları Kurumu" adıyla mali ve idari özerkliğe sahip olarak kurulmuş, 1964 yılında da şimdiki ismi olan SSK ismini almıştır. SSK, iş kazaları ile meslek hastalıkları dışında hastalanan sigortalıya; sağlık yardım ve bakımı, protez araç ve gereçlerinin sağlanması, yurtdışına tedavi için gönderme, geçici iş görmezlik durumunda günlük ödeme, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık yardımı ve bakımı sağlaması gibi faaliyetleri yerine getirmektedir. SSK, genel itibariyle

çalışanın tüm bakım ve tedavi masraflarını karşılamakta ve ayrıca Türkiye'deki sosyal hayatın düzeltilmesi için gerekli olan düzenlemelerin sağlanmasına yardım etmektedir.

Tablo 2.14: SSK Sağlık Kuruluşlarının Hastane ve Yatak Sayısındaki Gelişmeler

Yıllar	H.S.	A.O.	Y.S.	A.O.	Yıllar	H.S.	A.O.	Y.S.	A.O.
1965	30	-	4.916	-	1965	30	-	4.916	-
1970	56	86,7	10.455	112,7	1970	56	86,7	10.455	112,7
1975	68	21,4	12.756	22,0	1975	68	21,4	12.756	22,0
1980	73	7,4	18.408	44,3	1980	73	7,4	18.408	44,3
1985	77	5,5	17.820	-3,2	1985	77	5,5	17.820	-3,2
1990	93	20,8	21.096	18,4	1990	93	20,8	21.096	18,4
1995	115	23,7	25.397	20,4	1995	115	23,7	25.397	20,4
1996	115	-	26.175	2,97	1996	115	-	26.175	2,97
1997	115	-	27.194	3,89	1997	115	-	27.194	3,89
1998	115	-	26.995	-0,73	1998	115	-	26.995	-0,73
1999	115	-	27.135	0,52	1999	115	-	27.135	0,52
2000	118	2,61	27.245	0,41	2000	118	2,61	27.245	0,41
2001	118	2,61	29.221	7,25	2001	118	2,61	29.221	7,25
2002	120	1,69	-	-	2002	120	1,69	-	-

H.S.: Hastane Sayısı, A.O.: Artış Oranı (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001, s.54

Tablo 2.14'ten, SSK Hastanelerinin ve yatak sayılarının beşer yıllık dönemler itibariyle ortalama olarak %24 ve %30,71 artmıştır. 2002 yılındaki toplam hastane sayısı 1965'e göre %300 artmıştır. 2001 yılındaki toplam yatak sayısı ise, 1965 yılına göre %494'lük bir artışı ifade etmektedir.

2.3. Türkiye'deki Temel Sağlık Sorunları

Türkiye'de görülen temel sağlık problemleri gelişmiş bir ülkenin karşılaştığı sağlık problemlerinden ziyade gelişmemiş bir ülkenin karşılaştığı sağlık problemleri ile koşut gitmektedir. Doğal olarak gelişmiş bir ülkenin sağlık göstergelerindeki istatistik değerlerinin içinde çok kötülerinin olduğu da unutulmamalıdır. Türkiye'de ve birçok gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, sağlık hizmetlerinden daha çok sağlık hizmetine neden olan faktörlerin etkisi temel sağlık sorunları kümesinin ana elemanı durumunda gözükmektedir. Bu küme nüfus sorunları, çevre sağlığı sorunu,

kötü beslenme sorunu ve sağlık hizmetlerinde yetersiz tıbbi hizmet sorunu olarak oluşturulabilir.

2.3.1.Nüfus Sorunları

Türkiye'deki nüfus sorunlarının temelinde toplam nüfusun içinde genç nüfusun fazla olmasıdır. 2001 yılı için, Türkiye'deki 15 yaş altı nüfus 31,2 milyondur [www.denizfeneri.org.tr]. Türkiye'nin nüfusunun yaklaşık 70 milyon dolaylarında olduğu düşünülürse, 15 yaş altı nüfus miktarının toplam nüfus içindeki payının %40-45 bandı arasında olduğu rahatlıkla görülür. Bu şekildeki bir nüfus yapısının Dünya'daki tüm ülkeler için geçerli olmadığını eklemek gerekir. Bazı ülkelerde, nispi oranlar ile birlikte, mutlak olarak nüfusta azalma görülmektedir. Bu ülkelerin önemli bir bölümü Kıta Avrupası içindedir. Türkiye için, bu şekildeki bir nüfus yapısı ile politika yapanlar veya ülkenin geleceğini planlayanların göz önünde bulundurması gereken nokta, genç nüfusun sağlıklı bir nesil olarak yetiştirilmesi için özellikle ileri(akut) düzeydeki hastalıklar ile karşılaşmadan önce gerekli olan sağlık, eğitim ve kültür yatırımlarının toplumun geneline yayılması sağlanmalıdır.

Tablo 2.15: Türkiye'de Demografik Göstergelerdeki Gelişmeler

Dem.Göstergeler	1996	2000	2005	Doğ.Yaş.Bek.(Yıl)	1996	2000	2005
Y.Son.Nüfus(000)	63.221	67.332	70.668	-Toplam	68,2	69,1	70,3
Y.Ort.Nüfus (000)	62.697	66.834	70.222	-Kadın	70,5	71,5	72,7
Nüf.Artış Hz.(000)	16,8	15	13,3	-Erkek	65,9	66,9	68
Kaba Dğ.Hz.(000)	22	20,5	19,9	Top.Doğ.Hızı	2,55	2,33	2,3
Kaba Öl.Hz.(000)	6,5	6,4	6,6	Y.Doğ.Sayısı(000)	1379	1370	-
Bebek Öl.Hz.(000)	42,2	35,3	28,8	Y.Ölüm Sayısı(000)	408	431	-

http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_003.htm,

<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/003.htm>, Rıdvan Karluk;Türkiye Ekonomisi, s.6, Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu, Sağlık İstatistikleri 2001, s.3 ve 2002, s.3

Tablo 2.15, Türkiye sağlık istatistikleri ve 2005 yılı için bir projeksiyon vermektedir. 2005 yılındaki beklentiler olumlu istatistikleri yansıtmaktadır. Nüfus artış hızının düşme beklentisi, ölüm oranlarındaki azalmalar, ortalama yaşam sürelerinin artması gibi

göstergelerdeki gelişmeler; toplumun sağlık yapısının iyileştiği şeklinde yorumlanabilir. Fakat bu iyileşme, Dünya'daki bazı gelişmiş ülkelere göre çok geridedir.

2.3.2.Çevre Sağlığı Sorunu

Türkiye'nin sağlık ile ilgili olarak karşılaştığı en önemli problemlerin içinde çevre sağlığı problemi gelmektedir. Çevre bir sonuç olarak çevre sağlığını etkiler iken, aynı zamanda bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanların yaşadığı bir çevrede, bir insanın yaşayabileceği ortalama çevreden sapmalar şeklinde özde bir tanımlanabilecek olan çevre problemlerinin nasıl oluştuğu veya oluşabileceğinin analizinde önümüze gelen temel aktör ne yazık ki insanın gene bizzat kendisidir.

Günümüzden yüzyıllar önce de önemli hastalıklar veya belki de daha doğru bir ifade ile nedeni bilinmeyen ve dolayısıyla çare bulunamayan hastalıklar bulunuyordu. Günümüzde de bu şekildeki hastalıkların bir kısmı tedavi edilebilmekte, bir kısmı için çözüm yolları aranmaktadır. Ama bir sınıflandırma yaparak hastalıklar incelendiğinde, ana tematik bir şekilde hastalıkların orijininde bir dönüşüm ve yoğunluk açısından bir değişimin olduğu görülmektedir. İnsan doğaya hakim olmaya çalışmadan önce doğa insana gerekeni vermekte idi. Ne zaman ki, insan doğaya sahip olup onu daha iyi bir yaşam alanına çevirme düşüncesi içine girince, bu sefer doğanın insana verdiklerini artık veremediği görülmektedir.

Yapılan çalışmalar, şu anda soluduğumuz havadaki oksijen miktarının 70 milyar/ton olduğunu bu rakamın 2025'te 45 milyar/ton olacağı; dünyadaki ortalama ısının 1800 yılından itibaren (ne ilginçtir ki, bu tarih aşağı yukarı endüstri devrimine rastlar) yılda ortalama 0,05°C derece artmaya başladığını söylemek gerekmektedir[Demirer,1992:16]. Bu şekilde birçok olumsuz istatistik verilebilir. Burada kutuplardaki buz dağlarının eriyip, dünya kültürünün ve toplam hayatının çoğunluğunun geçtiği deniz kenarlarını yutacağı şeklindeki felaket senaryosunu bırakın, kişisel anlamda insanların ne yaptıklarının bir bilançolarını yapmalarına vesile olmalıdır.

Türkiye gelişmekte olan bir ÷lke olarak, çevre ile ilgili problemleri veya endişeleri göz ardı etmek konusunda bir eğilim ile karşı karşıyadır. Yatırım ve işsizlik kavramlarının birlikteliği ve önlenemez yükselişi, çevrenin göz ardı edilebileceği söylemlerini rahatlıkla öne çıkarabilmektedir. Ama, probleme gelir ve maliyet açısından bakılınca gör÷len şudur ki, toplumsal kazanç ve gider de, çevrenin iyileştirilmesi gelir azaltıcı ve gider artırıcı etkilerde bulunur. Bu etki makro etkidir. Bu ifadeleri Samuelson ve Nordhaus'un literat÷re sunduğu "Net Ekonomik Refah"* kavramı içinde bulmak mümkündür. Haris ve Codur'un Batı Almanya için 1985 yılı verilerinde çevrenin korunması için GNP'den alınan payın GNP'nin %10.24 olduğunu aktarmaktadırlar [Haris ve Codur, 1998:7]. Mikro etkileri ise, insanların yaşantılarındaki hayat kalitesinden harcadığı parçalardır. 1999 Marmara Depremi'nden sonra, Sakarya'nın Merkez ilçesi Adapazarı, 4 yıl boyunca toz yuttu. Her ne şekilde olursa olsun, çevredeki tahribat direkt olarak insan hayatını olumsuz yönde etkileyecek problemleri oluşturmada çok cömert davranacaktır. Diyebiliriz ki, doğanın dengesi bozulunca bir daha dengeye getirilebilmesi o kadar da kolay olamayacaktır. Çünkü doğa düşün÷l÷nden daha karmaşık bir varlıktır. Bu ifadeleri negatif anlamda destekleyen, Paskalya Adası olarak bilinen adanın uğradığı çevre felaketi örnek verilebilir[Ponting, Çev.Sander, 2000: 1-6].

2.3.3.Kötü Beslenme Sorunu

Dünya'da beslenme ile ilgili olarak birçok araştırma yapan WHO'un üzüntü verici olmakla birlikte dikkate değer bulduğu ve üzerinde dikkatle durulması gerektiği nokta, toplam olarak Dünya'da tüm insanların beslenme düzenleri içindeki olumsuzluktan en çok çocukların özellikle de üçüncü dünya diye adlandırılan gelişmemiş ekonomilerdeki çocuklar etkilenmektedir. Kwashiorkor(protein eksikliği sonucu oluşan bir hastalık) ve marasmus(protein ve kalori eksikliğinin birlikte gör÷ldüğü hastalık) gibi

* Net Ekonomik Refahı (Net Economic Welfare-) şu şekilde form÷le edilebilir. Net Ekonomik Refaha kısaca NER denilirse, $NER = \text{Üretim} + \text{Boş Zaman} - \text{Çevre Kirliliği}$. İlk olarak Nordhaus ve Samuelson'un 1972 yılında yaptığı çalışmalarda GNP'den farklı bir milli gelir tanımı geliştirildi. Bu tanıma kişilerin evde kendi başlarına yaptıkları ve fakat ekonomik faaliyet olarak sayılmayan aktiviteler, yasal olmayan ya da yetkili otoriteye bildirilmeyen ekonomik aktiviteler ve çevrenin tahribi eklendi. Daha sonra, GNP'nin ölçümü ya da onun yerine iki farklı ölçü literatürde alternatif olarak gör÷ldü. Bunlar, sırası ile MEW (Measured Economic Welfare) ve ISEW (Index of Sustainable Economic Welfare), Ölç÷len Ekonomik Refah ve Sürdürülebilir Ekonomik Refah İndeksi şeklinde ifade edilebilir.

akut düzeydeki beslenme yetersizliği hastalıkları, bu ülkelerde görülebilmektedir [Dirican ve Bilgel, 1993: 262-264; Krawinkel,2003:910-911;Brown, 1985: 357, 368]. Bu açıkça besinler arasından hangisinin tüketilmesinin istendiğinin ötesinde açlıkla karşı karşıya kalınmasının göstergesidir.

Ancak, bu gibi durumlar Dünya nüfusunun çok cüzi bir kısmını etkilemektedir. Buradaki, temel problem gelir düzeylerinin yetersizliği nedeniyle gelir içindeki yiyecek payının büyük olması ve dolayısıyla pahalı yiyeceklere olan payın azalması etkisidir ki genelde de pahalı yiyecekler özellikle çocukların gelişimi için en önemli besin grubunu oluşturmaktadır. Bu besinlerin tüketilmesindeki yetersizlik özellikle bireyin ileride pek çok hastalıkla yüzleşmesi bir yana, ortalama olarak bir insanın taşıması gereken dayanıklılık ve güç değerlerinden aşağıda bir bireyin toplum içinde var olmasına neden olur. Çocukluk yaşlarındaki beslenme rejimi, sağlıklı alakalı birçok temel iskeletin oluşmasına fayda sağlar ve böylelikle yetişkin dönemlerinde ortaya daha az sayıda sağlık problemi çıkar.

Türkiye’de genellikle beslenme problemlerinin iki boyutu vardır. İlki, gelirle alakalı olarak besin çeşitliliğinin sağlanamaması, ikincisi ise yemek rejiminin geleneksel bağlantısı nedeniyle enerji yüklü ve fakat insan bünyesini yıpratıcı bir özellik taşımasıdır. Türkiye’de iyot, demir ve D vitamini eksikliği önde, sonra ise A, B2 ve C vitaminlerinin yetersizliklerinin neden olduğu hastalıkla görülmektedir. Bu hastalıkların önemli bir kısmı açıkça, dengesiz beslenmeye işaret etmektedir.

Sayısal bir değişikliğin olduğunu söylemek zorunluluğumuzun olduğunu düşünsek de, Türkiye için sayısal gelişmenin pozitif trendi yakalayabileceğini düşünmek zordur.

“...Türkiye’de her 100 kişiden 13’ü asgari beslenme standardından uzakta, her 100 kişiden 24’ü asgari tüketim kalıbının altında yaşamaktadır. Her 100 kişiden 47’si ortalama tüketim standardının, her 100 kişiden 30’u ise kişi başına ortalama gelirin yarısının altında yaşamaktadır...”[Dansuk,1997:68].

2.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Yetersiz Tıbbi Hizmet Sorunu

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde yürütülmesini sağlayacak miktarda ve gerekli kararları alabilecek yetişmiş sağlık insan gücü dağılımının ve sağlık hizmet birimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Tanrıtanır[1997: 2-3], Türkiye ile Avrupa Birliği'ni sağlık açısından karşılaştırdığında, Türkiye'de sağlıkta gelişmeler sağladığını fakat bu gelişmenin Avrupa Birliği'nin gerisinde olduğunu söylemektedir.

Tablo 2.16 ile Tablo 2.17, ortalama olarak hastane yatak sayıları açısından bir karşılaştırma imkânı vermektedir. Seçili ülkelerin OECD ülkeleri olmaları ve Türkiye'nin de, bu örgüte üye olması anlamında karşılaştırma yapma mantıklıdır. Tablo 2.16'daki kadar geniş bir bilgi vermese bile, Tablo 2.17, Türkiye'nin de sıralandığı veri setinde hemen hemen tüm ülkelerden geri durumdadır. 1.000 kişi başına yatak sayısı ile ortalama kalış süreleri açısından, bir hastanın hastanede kalma süresi ne kadar uzarsa, iyileşme derecesinin o kadar yüksek olacağı kestirimi yapılabilir. Hasta yatak sayısı ve kalış süresinin birlikte değerlendirilmesi ise, toplumun tümünün yararlanma derecesine ışık tutacak bilgiyi verebilir. Bu fikir düzeyi, Tablo 2.18'den rahatlıkla görülebilir.

Tablo 2.16: Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum ve VIII.Plan Hedefleri

Kriterler	Mevcut Durum		8.Plan Hedefi 2005	Kriterler	Mevcut Durum		8.Plan Hedefi 2005
	2001	2002			2001	2002	
Yatak S.	175.190	178.135	200.000	Eczacı Sayısı	23.966	22.922	-
Yt.Bş.Dş.Nüfus	392	392	351	Ecz.Dş.Nüfus	2.914	2.994	-
Yat.İş.Or. (%)	60,2	61,5	75	Sğ.Mm.Tek.S	46.528	45.560	-
Sağ.İnsan Gücü	2000	2001	2005	Sağ.M.Dş.Nfs.	1.457	1.606	-
Doktor Sayısı	85.117	90.757	89.000	Hemşire S.	71.612	75.879	77.100
Dok.Dş.Nfs.	797	756	789	Hem.Dş.Nfs.	947	904	910
Diş Dok.S.	16.002	15.866	16.000	Ebe Sayısı	41.590	41.158	-
Diş Dok.Dş.Nfs.	4.237	4.325	4.389	Ebeye Dş.Nfs.	1.630	1.667	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, APK, Sağlık İstatistikleri 2001, s.2 ve 2002, s.2

Tablo 2.17: OECD Ülkelerinde Hastane Yatak Sayıları, Hastanın Kalış Sayısı, 1998

Ülke	Yatak Sayısı 1000 Kişi Başına	Hastanın Ort. Kalış Süresi (Gün)	Ülke	Yatak Sayısı 1000 Kişi Başına	Hastanın Ort. Kalış Süresi (Gün)
Avustralya	8,5	15,9	Kore	5,1	13
Avusturya	8,9	9,3	Lüksemburg	8	
Belçika			Meksika	1,1	4,3
Kanada	4,1	8,2	Hollanda	11,3	33,7
Çek Cumh.	8,9	11,4	Y.Zelanda	6,2	7,3
Danimarka	4,5	6,9	Norveç	14,5	9
Finlandiya	7,8	10,9	Polonya	5,3	10,1
Fransa	8,5	10,7	Portekiz	4	9
Almanya	9,3	12,3	Slovakya		
Yunanistan			İspanya		
Macaristan	8,2	9,1	İsveç	3,8	6,6
İzlanda			İsviçre	18,1	13,7
İrlanda		7,6	İngiltere	4,2	
İtalya	5,5	8	ABD	3,7	7,1
Japonya	16,5	40,8	Türkiye	2,5	6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2001, s.118,121

Tablo 2.18: Sağlık Bakanlığı'nın Bazı İstatistik Hızları, 1992-2001

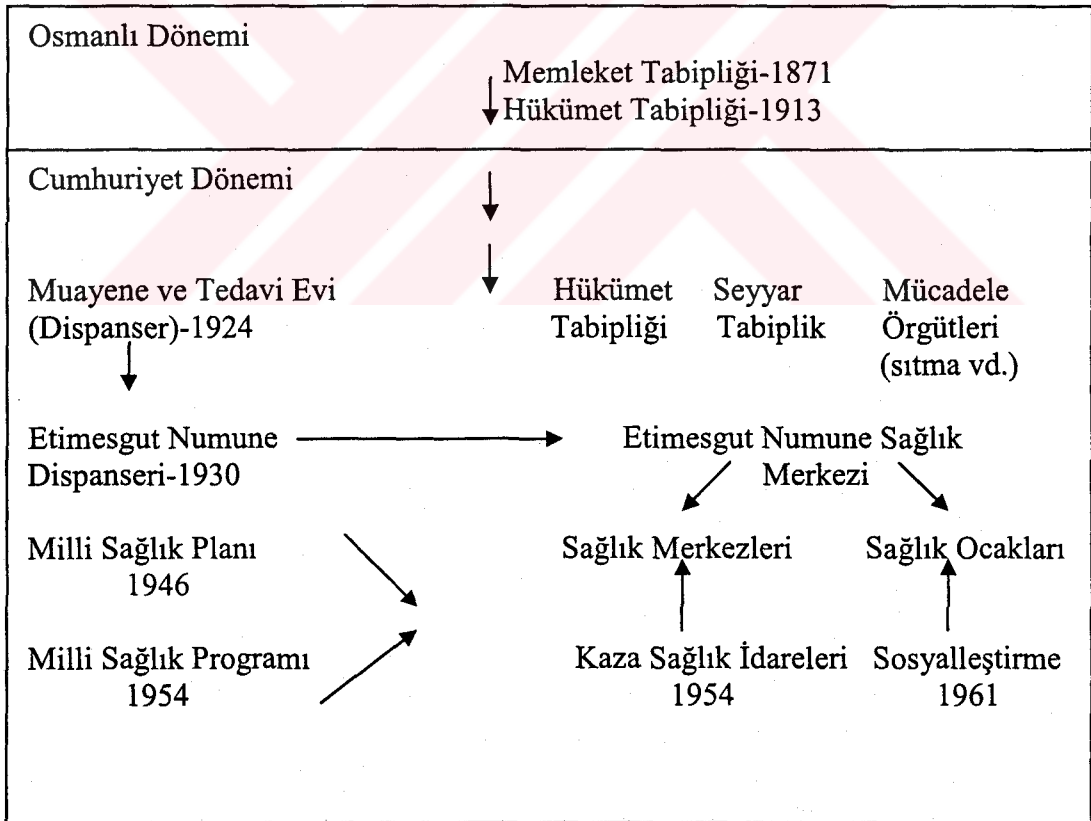
Yıllar	Ort.Kalış Sayısı (Gün)	Yatak İşgal Oranı(%)	Yatak Devir Hızı(%)	Yatak Devir Aralığı(%)
1992	6,2	55,1	32,4	5,1
1993	5,9	54,5	33,5	5
1994	5,8	55,1	34,5	4,7
1995	5,7	55,3	35,1	4,7
1996	5,7	55	35,1	4,7
1997	5,6	55,8	36,2	4,5
1998	5,6	57,3	37,5	4,2
1999	5,4	56,4	37,9	4,2
2000	5,5	58,5	38,7	3,9
2001	5,5	58,1	38,6	4

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2001, s.23-24

2.4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Türkiye’de sağlık harcamaları ve dolayısıyla sağlık harcamalarının finansmanı boyutu incelenince ve daha önce de Tablo 2.4’de görüldüğü üzere, toplam sağlık harcamalarının ortalama olarak %70’i kamu tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle, Türkiye için bir inceleme yapma amacı için gereken, kamunun sağlık ile ilgili olarak karşılaştığı tüm problemler ile birlikte yürüttüğü hizmetlerin boyutunun derinlemesine incelenmesidir. Türkiye’deki toplam sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunun kamu tarafından sağlanmasının nedenlerinin temelinde, Türkiye Cumhuriyeti’nin ekonomik örgütlenmesi içinde ve ekonomik aktiviteler içinde Kamu payının büyük pay almasıdır. Bu durum aslında bir zorunluluk nedeni ile oluşmuştur.

Şekil 2.1: Türkiye’de Taşra-Kırsal Kesim Sağlık Hizmet Birimlerinin Tarihsel Gelişim Şeması



Kaynak: Aydın, Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi, s.25

Sağlık altyapısının hazırlanması için gereken düzenlemelerin özellikle, Dr. Refik Saydam tarafından etkili bir şekilde uygulamaya konduğu görülmektedir. Şekil 2.1,

Türkiye'deki temel sağlık örgütlenmesinin önemli kademelerini göstermektedir. Bu hamleler, Türkiye için yenilik taşıyan atılımlardır. Bu atılımların neden yapıldığını anlayabilmek için, Şekil 2.2'deki ilkeleri incelemek yeterli olacaktır. Bu ilkeler temelde, sağlık örgütlenmesinin boyutu ile birlikte, kapsamının ve niteliğinin ne olması gerektiği hususunda vurgular yapmaktadır. İlk madde ise, dikkate değerliliğini halen korumaktadır.

Şekil 2.2: Milli Sağlık Planı

1. Dünya'da çok büyük bir önem kazanan ve olumlu sonuçları açıkça görülen koruyucu hekimlik örgütünü kurmak ve yaymak,
2. Köy ve köylülerimizi sağlık örgütüne kavuşturmak,
3. Mevcut sağlık personeli ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek,
4. Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık kurumlarını bilimin ve zamanın gereklerine uygun hale getirmek,
5. Bütün illeri içine alacak şekilde ülkenin lüzumlu bölgelerinde personel ve örgütlenme bakımından sağlık tesisleri kurmak,
6. Tüm bu çalışmaları en verimli biçimde gerçekleştirmek için de bir 'Milli Sağlık Bankası' ve 'Sağlık Sandıkları' kurmak.

Kaynak: Aydın, a.g.e., s.54

Sağlık altyapısının bu nitelikte oluşturulması amacı ve planları paralelinde yapılan tüm yatırımların ve Türkiye'nin genel düzeyinde hizmetlerin yürütülmesi gerekliliği nedeni ve bu gerekliliği ancak ve ancak Türkiye Cumhuriyeti'nin kendisinin yapabileceği durumu nedeni ile bu büyüklükteki bir amacın gerçekleştirilmesi için, gereken düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı çatısı altında yürütüldüğü görülmektedir. Bu nedenledir ki, toplam sağlık harcamaları içinde, kamunun payı yüksektir. Bir de sağlığın devlet tarafından finanse edilmesinin en önemli nedeni, kişi başına elde edilen gelirin kompozisyonu içinde sağlığa düşen payın düşüklüğüdür. Kısmen, bu olguyu, bölgeler arasındaki gelir dağılımı etkisine bağlamak yerinde gibi dururken, esas nokta, devletin haricinde sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi ve yatırımın yapılması ve hizmetin götürülmesi için gereken büyüklükteki talep yapısının yokluğu veya yetersizliği önemini korumaktadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının GSMH'den aldığı pay, toplam sağlık harcamalarının kompozisyonu, en büyük sağlık hizmeti gören kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın devlet

bütçesi içinde aldığı pay gibi birçok istatistik bilgi daha önce verilmişti. Burada, bu harcamaların daha genel bir bilgisi verilecektir. Önemli bazı kamu kurumlarının ve diğer kurumların harcama dağılımları da verilmeye çalışılacaktır. Genel görünümü Tablo 2.19 vermektedir.

Tablo 2.19: Kamu Sağlık Harcamaları, 1996-2002, (Milyar TL, 2001 fiyatı.)

Kurum	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Kurum Bütçesi	2.292.347	2.802.336	2.933.116	3.290.082	2.922.020	2.852.006	2.462.724
% Toplam	50,3	49,5	45,1	44,9	38	37,5	33,1
Sağlık Bakanlığı	1.505	1.829.271	1.851.948	2.095.367	1.685.452	1.580.346	1.434.002
%	33,0	32,3	28,5	28,6	21,9	20,8	19,3
Sahil K.Gnl.Müd.	2.433	3.019	3.004	3.238	3.375	9.054	3.181
%	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Üniversiteler	205.504	280.497	257.650	245.257	278.003	230.501	257.184
%	4,5	5,0	4,0	3,3	3,6	3,0	3,5
Diğ.Kamu Kur.	2.610	9.464	7.352	5.981	5.932	3.803	5.348
%	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Sivil Hiz.Harc.	576.269	680.085	813.162	940.240	949.259	1.028.302	763.008
%	12,6	12,0	12,5	12,8	12,3	13,5	10,3
Fonlar	265.159	179.853	151.598	89.571	216.230	233.367	225.954
%	5,8	3,2	2,3	1,2	2,8	3,1	3,0
Sos.Güv.Kur.	1.728.757	2.283.931	3.043.134	3.691.149	4.010.260	4.085.116	3.974.010
%	37,9	40,4	46,8	50,3	52,1	53,7	53,4
Döner Sermaye	205.303	308.181	173.598	43.538	325.038	236.765	576.123
%	4,5	5,4	2,7	0,6	4,2	3,1	7,7
Sağlık Bakanlığı	110.148	129.190	69.753	20.422	188.194	122.533	311.304
%	2,4	2,3	1,1	0,3	2,4	1,6	4,2
Üniversiteler	95.155	178.991	103.845	23.116	136.844	114.232	264.820
%	2,1	3,2	1,6	0,3	1,8	1,5	3,6
Yerel Yönt.	17.506	22.478	129.061	144.017	144.652	93.076	96.790
%	0,4	0,4	2,0	2,0	1,9	1,2	1,3
KİT	52.116	60.559	69.443	77.062	81.324	104.525	103.134
%	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,4	1,4
Toplam	4.561.188	5.657.337	6.499.951	7.335.418	7.699.523	7.604.855	7.438.734
% Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak: Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency(In Two Volumes) Volume II, 2003, s.132

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının büyük kısmını gerçekleştiren kamu sektörünün 1996-2002 yılları arasındaki toplam bütçeleri ve bu bütçelerin toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payları Tablo 2.19’den görülmektedir. Kurum anlamında kamu sektörünün içinde Sağlık Bakanlığı’nın bulunduğu kısmının 1996-2002 arasındaki ortalama olarak aldığı toplam pay, % 42,63 düzeyindedir. Kamunun bu kısmının

aldığı payda ciddi bir azalış görülmektedir. 1998 yılındaki % 4,4, 2000 yılındaki %6,9 ve 2002 yılındaki %4,4 düzeyindeki düşüşler dikkat çekmektedir. Bu yıllar Türkiye'nin ekonomik krizler ile direkt ve dolaylı olarak karşılaştığı yıllardır. Bu kriz yıllarında ortalama olarak en büyük düşüş Sağlık Bakanlığı'ndadır. 1999 yılındaki %28,9'luk payı göz ardı edersek, diğer yılların farklarının ortalaması % 2,76'dır. Yani, Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 1996 yılından itibaren ortalama olarak her yıl, 100 TL'den 97,24 TL'ye düşmüştür. Sağlık Bakanlığı Türkiye için çok önemli görev görmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın taşradaki üstlendiği fonksiyonu kimin üstleneceği sorusu sorulmuş olsa idi, bu sorunun cevabının kolaylıkla verilemeyeceği rahatlıkla söylenebilirdi. Fonların aldığı pay, 1996-2002 yılları için ortalama %3,05'lik bir pay alırken, 1999 yılı fonlar için en düşük seviyede pay alınan yıl olmuştur. Tüm bu olumsuzluklara karşılık Tablo 2,19'un sosyal güvenlik kuruluşlarının aldığı payını gösteren kısmı, iyi işaretler vermektedir. Sosyal güvenlik kurumları, 1996-2002 yılları arasında %47,8'lik bir ortalama yakalamıştır. Döner sermaye dönem için ortalama olarak %4,03'lük bir düzeydedir. Yerel yönetimler ve KİT'ler, sırasıyla, 1996-2002 yılları arasında %1,31 ve %1,18'lik ortalamalara sahiptir.

Kamu kuruluşlarının sağlık harcamalarının dağılımı ise, Tablo 2.20'den görülebilir.

Tablo 2.20: Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 1996-2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cari	75,2	75,4	72,5	71,7	68	67,9	67
Personel	46,7	46	42,9	48,8	46,5	41,4	39,4
Diğer Cari	28,5	29,4	29,5	23	21,4	26,6	27,6
Yatırım	9,7	10,8	8,6	6,9	10,5	8,7	9,5
Transfer	15,1	13,8	18,9	21,4	21,5	23,4	23,5
Toplam	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency(In Two Volumes) Volume II, 2003, s.147

Tablo 2.20, 1996-2002 dönemi için toplam kamu sağlık harcamalarının ortalama olarak %71,1'i cari harcamalara giderken, %9,24'ü yatırım ve %19,66 transfer harcamalarına gitmektedir. Cari harcamalar dönem için, yatırım harcamalarının yaklaşık 7,7 katıdır. Cari harcamalara transfer harcamaları da eklenirse, oran yaklaşık olarak 9,82 kat olmaktadır. Bu durum kamunun 1 TL sağlık yatırımı yaparken, 9,82 TL'lik cari ve transfer harcaması yapmaktadır şeklinde yorumlanabilir.

2.4.1.Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık harcamalarının dağılımı Tablo 2.20'den çok farklı değildir. Sağlık Bakanlığı'nın harcama dağılımı tüm kamu sağlık harcamalarına göre daha fazla cari harcama taşımaktadır. Bu durum Tablo 2.21'den izlenebilir. 1994-2003 yılları arasında, Sağlık Bakanlığı'nın harcama dağılımının %91,8'si cari harcamalara gitmektedir. Cari harcamaların yatırım harcamalarına oranı ise, yaklaşık 17,32 kattır. Cari harcamalar ile birlikte transfer harcamalarının yatırım harcamalarına oranı ise yaklaşık 17,86 kattır. Bu oran Sağlık Bakanlığı'nın 1 TL'lik yatırım harcaması ile birlikte 17,86 TL cari harcama yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 2.21: Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 1994-2003

Milyar TL	1994	1995	1996	1997	1998
Personel	25.443	45.117	94.182	201.770	365.132
Diğer Cari	4.267	8.170	15.723	36.932	78.382
Yatırım	1.314	2.640	5.014	14.445	23.967
Transfer	404	1.147	1.975	2.803	3.737
Sağlık Bak.Toplam	31.428	57.074	116.894	255.960	471.218
Genel Bütçe Toplam	890.425	1.704.845	3.916.254	7.993.610	15.466.378
SB'nin Payı Toplam %	4	3	3	3	3
Personel Pay %	81	79	81	79	77
Diğer Cari Pay %	14	14	13	14	17
Yatırım Pay %	4	5	4	6	5
Transfer Pay %	1	2	2	1	1
Milyar TL	1999	2000	2001	2002	2003
Personel	626.592	850.016	1.311.817	2.031.547	2.678.774
Diğer Cari	144.903	220.938	375.489	680.649	155.514
Yatırım	23.308	54.590	113.246	291.232	170.525
Transfer	10.443	13.968	21.029	35.517	667.477
Sağlık Bak.Toplam	805.246	1.139.512	1.821.581	3.038.945	3.672.290
Genel Bütçe Toplam	27.481.439	46.384.290	80.186.248	114.963.019	139.102.081
SB'nin Payı Toplam %	3	2	2	3	3
Personel Pay %	78	75	72	67	73
Diğer Cari Pay %	18	19	21	22	4
Yatırım Pay %	3	5	6	10	5
Transfer Pay %	1	1	1	1	18

Kaynak: www.muhasibat.gov.tr/mbulten/T4-1-6.htm

2.4.2.Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK)

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Sağlık Bakanlığı'ndan sonra Türkiye'deki en büyük sağlık hizmeti sunan kurumdur. Tablo 2.22, SSK'nın sağlık giderlerinin dağılımını vermektedir. Tablo 2.22'e göre, 1995-2003 yılları arasında kurumun sağlık tesislerinin ortalama gideri 1.092.291 milyar TL civarındadır. SSK'nın sağlık tesislerinin toplam giderlerin içindeki oranı ise, ortalama olarak yaklaşık %71,77 düzeyindedir. Sağlık tesislerinin giderleri de dönem içinde yılda ortalama yaklaşık %81,19 artmıştır. Dışarıdan satın alınan hizmet miktarı ise, 1995-2003 döneminde ortalama olarak 468.742 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Dışarıdan satın alınan hizmetin toplam içindeki oranına gelince, bu oran 1995-2003 yılları arasında ortalama olarak %28,23 düzeyinde gerçekleşmiştir. Dışarıdan satın alınan hizmet, 1996-2003 yıllarında ortalama olarak %91,13 artmıştır. Dışarıdan satın alınan hizmet, 2000-2003 arasında %64,49 düzeyindedir. Buna göre, SSK dışarıdan elde ettiği sağlık hizmetini azaltmakta gibi gözükmektedir. Sosyal sigortalar Kurumu'nun 1995-2003 yılları arasındaki toplam gideri ortalama 1.561.033 milyar TL düzeyindedir. 1996-2003 yılları için, toplam hizmetin artışı ortalama % 83,61 düzeyindedir. Tablo 2.22, SSK'nın yıllarda sağlık hizmetlerinde bir azaltma ya da tasarrufa gittiğine dair işaretler vermektedir.

Tablo 2.22 : SSK Sağlık Giderleri

(Milyar TL)	Kurumun Sağlık Tesisleri Giderleri	Kurumun Sağlık Tesisleri Toplam İçindeki Oranı %	Artış %	Dışarıdan Satın Alınan Hizmet	Dışarıdan Satın Alınan Hizmetin Toplam İçindeki Oranı %	Artış %	Toplam	Artış %
1995	34.746,8	77,64		10.007,7	22,36		44.754,5	
1996	66.029,5	75,09	90,03	21.907,7	24,91	118,91	87.937,2	96,49
1997	146.513,7	73,54	121,89	52.716,6	26,46	140,63	199.230,3	126,56
1998	295.013,3	72,63	101,36	111.167,2	27,37	110,88	406.180,5	103,87
1999	525.626,2	70,21	78,17	223.073,3	29,79	100,66	748.699,5	84,33
2000	872.956,2	68,19	66,08	407.232,6	31,81	82,56	1.280.188,8	70,99
2001	1.527.662,8	67,66	75,00	730.294,8	32,34	79,33	2.257.957,6	76,38
2002	2.532.071,1	70,45	65,75	1.062.279,0	29,55	45,46	3.594.350,1	59,19
2003(Revize)	3.830.000,0	70,53	51,26	1.600.000,0	29,47	50,62	5.430.000,0	51,07
2004(Tahmin)	4.337.000,0	68,44	13,24	2.000.000,0	31,56	25,00	6.337.000,0	16,70

Kaynak: www.ssk.gov.tr, Nisan, Mayıs, Haziran 2004 Aylık İstatistik Bültenleri

Tablo 2.23, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun yaptığı sağlık harcamalarını ve ilaç giderlerini göstermektedir. SSK, 1995-2003 yılları arasında ortalama olarak 1.516.033 milyar TL sağlık harcaması yapmıştır. Kurum, 1996-2003 yılları arasında ortalama olarak 808.306 milyar TL ilaç harcaması yapmıştır. Yine, 1996-2003 yılları arasında ilaç harcamalarındaki ortalama artış % 88,34 düzeyindedir. 2000-2003 yılları arasındaki ilaç harcamalarındaki artış ortalaması ise, %70,35 düzeyindedir. SSK, son yıllarda ilaç harcamalarında bir azalarak artma görülmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu'nda, ilaçların büyük çoğunluğu kurum eczanelerinden sağlanmaktadır. 1996-2003 yılları arasında kurumun yaptığı ilaç harcaması, 655.368 milyar TL düzeyindedir. SSK, anlaşmalı eczanelerden ise, yine 1996-2003 yılları arasında 152.937 milyar TL ilaç satın almıştır.

Tablo 2.23: SSK İlaç Harcamaları

Milyar TL Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması I*	İlaç Harcaması I	İlaç Giderleri		Kurum Eczaneleri	Anlaşmalı Eczaneleri
			İlaç Harcaması Artış %	Sağlık Hrc. İçindeki Oranı %		
1995	44.754,5		-	38,3		
1996	87.937,2	32.033,6	86,9	36,4	27.439,3	4.594,3
1997	199.230,4	71.224,4	122,3	35,7	60.064,7	11.159,7
1998	406.180,4	165.584,5	132,5	40,8	138.100,0	27.484,5
1999	748.699,5	304.016,7	83,6	40,6	247.198,1	56.818,6
2000	1.280.188,8	572.409,3	88,3	44,7	445.379,1	127.030,2
2001	2.257.957,6	992.615,6	73,4	44	770.999,4	221.616,2
2002	3.594.350,1	1.878.558,2	89,3	52,3	1.553.767,4	324.790,8
2003(Revize)	5.430.000,0	2.450.000,0	30,4	45,1	2.000.000,0	450.000,0
2004(Tahmin)	6.337.000,0	3.000.000,0	22,4	47,3	2.450.000,0	550.000,0

Kaynak: www.ssk.gov.tr, Nisan, Mayıs, Haziran 2004 Aylık İstatistik Bültenleri

2.4.3.Emekli Sandığı

Tablo 2.24, Emekli Sandığı'nın yapmış olduğu sağlık harcamalarını ve sağlık harcamalarının dağılımını vermektedir. Emekli Sandığı, 2000-2003 yılları arasında ortalama olarak toplam 1.512.719.686 milyar TL sağlık harcaması yapmıştır. Toplam harcamaların yaklaşık %94, hastane harcamaları ile ilaç harcamalarına gitmektedir. 2000-2003 yılları dönemi için, tüm harcama dağılımlarının almış olduğu payın dağılımında yıllar itibariyle aşırı değişimler görülmemektedir.

Tablo 2.24 : Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımı, Milyar TL

Harcama Türleri	2000 Milyon TL	2001 Milyon TL	2002 Milyon TL	2003 Milyon TL	Dönem Ort. Milyon TL
Hastane Harc.	222.152.115	345.171.040	645.117.204	867.045.910	519.871.567
İlaç Harc.	358.184.601	660.134.862	1.099.663.956	1.516.600.601	908.646.005
Tıbbi Araç Hc.	14.008.246	21.129.543	33.374.726	50.858.239	29.842.689
Dış Tedavi Hc.	1.873.346	3.704.854	4.583.478	6.349.592	4.127.818
Diğer Harc.	26.854.292	59.254.891	57.481.866	57.335.382	50.231.608
Toplam	623.072.600	1.089.395.190	1.840.221.230	2.498.189.724	1.512.719.686
Oransal Dağılım	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	Dönem Ort. %
Hastane Harc.	35,7	31,7	35,1	34,7	34,30
İlaç Harc.	57,5	60,7	59,8	60,7	59,68
Tıbbi Araç Hc.	2,2	1,9	1,8	2	1,97
Dış Tedavi Hc.	0,3	0,3	0,2	0,3	0,28
Diğer Harc.	4,3	5,4	3,1	2,3	3,77
Toplam	100	100	100	100	100

Kaynak: www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/mali.htm

2.4.4. Diğer Kamu Kurumları

Diğer kamu kurumlarının kapsamına, Türkiye Cumhuriyeti Bakanlıkları, Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri, Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve Belediyeler girmektedir. Tablo 2.25, yukarıda sayılan kamu kurumlarının sağlık harcamalarını aktarmaktadır. Buna göre, Türkiye Cumhuriyeti Bakanlıkları 1994-1998 döneminde ortalama olarak yaklaşık 351.749 Milyar TL sağlık harcaması yapmıştır. Bakanlıkların toplam sağlık harcaması içinde, hastane harcamalarının payı %19 iken, ilaç ve hastane dışındaki ayakta tedavi hizmetlerinin payı %67 düzeyindedir. Bu oran Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri'nde %50'lik iki paya ayrılmış durumdadır. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin 1994-1998 yılları arasındaki sağlık harcamalarının dağılımı, %30 hastane harcamaları, %45 ilaç harcamaları ve %25 ayakta tedavi hizmetleri şeklinde dağılmıştır. 1994-1998 dönemi için Belediyelerin toplam sağlık harcamalarının %20's, hastane harcamalarına, %80 ise ilaç ve hastane dışı ayakta tedavi hizmetlerine gitmiştir.

Tablo 2.25: Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	1994	1995	1996	1997	1998	
Milyar TL	Türkiye Cumhuriyeti Bakanlıkları					%
Hastane Harcamaları	4.556,6	6.639,3	15.810,9	33.520,7	5.554,3	19
İlaç+Hast.Dışı Aya.T.H.	9.251,3	13.479,7	32.117,1	68.057,3	112.772	67
Toplam	13.807	20.119	47.928	101.578	168.316	86
	Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silah.Kuvvetleri					%
Hastane Harcamaları	3.237,7	6.204,7	13.531,8	29.856	64.303,2	50
İlaç+Hast.Dışı Aya.T.H.	3.507,5	6.721,7	14.659,5	22.344	69.661,8	50
Toplam	6.745,2	12.926,4	28.191,3	52.200	133.965	100
	Kamu İktisadi Teşebbüsleri					%
Hastane Harcamaları	615,4	1.155	4.293,1	9.981	18.439,6	30
İlaç Harcamaları	923,1	1.732,5	6.439,7	14.971,5	27.659,4	45
Ayakta Tedavi Hizm	512,8	962,5	3.577,6	8.317,5	15.366,3	25
Toplam	2051,3	3850	14310,4	33270	61465,3	100
	Belediyeler					%
Hastane Harcamaları	110	198,4	678,1	1.312,4	2.491,6	20
İlaç+Hast.Dışı Aya T.H.	440	793,6	2.712,3	5.249,6	9.966,4	80
Toplam	550	992	3.390,4	6.562	12.458	100

Kaynak: Tokat, Asomedy, 2004, s.76-79,

2.4.5. Üniversiteler

Türkiye’de üniversite sağlık hizmetlerinin en belirleyici özelliği, üst düzeyde sağlık hizmetlerini sunmalarıdır. Üniversite hastaneleri, araştırma hastaneleri işlevleri görmekte ve bu hastanelerden yetişen sağlık uzmanları daha sonra Türkiye’de hizmet etmektedir.

Tablo 2.26, üniversite sağlık hizmetleri hakkında detaylı bilgiyi bir bütün halinde vermektedir. Tablo 2.26, 1994-1998 döneminde ortalama olarak üniversite sağlık harcamalarının kaynağının %35’nin genel bütçeden geldiğini, geri kalan %65’lik kısmın ise katma bütçeden geldiğini göstermektedir. Üniversiteleri sağlık harcamalarının 1994-1998 yıllarında ortalama olarak %17 eğitim harcamalarına, %81 hastane harcamalarına ve %2’lik kısım mediko sosyal hizmetlerine gitmektedir. %81’lik hastane payının %20’si genel bütçeden, %80’i ise katma bütçeden gelmektedir. Üniversitelerin ilaç ve yatırım harcamaları incelenince, 1994-1998 döneminde ilaç ve yatırım için ayrılan kaynağın dönem için ortalama olarak %81’i ilaç için harcanmaktadır. %81’lik ilaç

harcamalarının %5'i genel bütçeden, %76'sı katma bütçeden gelmektedir. Dönem için %19 düzeyinde yatırım harcamalarının tamamı genel bütçe kaynaklıdır.

Tablo 2.26: Türkiye Genelinde Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık Harcamalarının Dağılımı, İlaç ve Yatırım Harcamaları

Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Milyar TL						Dön.
Harcama Kaynağı	1994	1995	1996	1997	1998	Or.%
Genel Bütçe	7.369,4	9.988,2	19.493,3	36.552,6	103.281,8	35
Döner Sermaye	5.496,7	11.701,8	38.363,1	78.491,8	195.412,4	65
Toplam	12.866,1	21.690	57.856,4	115.044,4	298.694,2	100
Üniversite Sağlık Harcamalarının Dağılımı, Milyar TL						
Harcama Kaynağı	1994	1995	1996	1997	1998	%
Eğitim Harcamaları	3.634,8	5.488,7	10.531,5	19.755,2	43.712,6	17
Hastane Harcamalar	8.729,7	15.541,3	46.241,7	93.165,1	248.365,4	81
(Genel Bütçe)	3.233	3.839,5	7.878,6	14.673,3	52.593	(20)
(Katma Bütçe)	3.496,7	11.701,8	38.363,1	78.491,8	195.412,4	(80)
Mediko Sosyal Hizm.	501,7	660	1.083,2	2.421,1	6.616,2	2
Toplam	19.595,9	37.231,3	104.098	208.209,5	547.059,6	100
Üniversitelerin İlaç ve Yatırım Harcamaları						
Harcama Türü	1994	1995	1996	1997	1998	%
İlaç	2.077	4.221,4	12.693,1	25.752,1	60.652,1	81
(Genel Bütçe)	428	710,8	1.184,2	2.204,5	2.028,4	(5)
(Döner Sermaye)	1.649	3.510,6	11.598,9	23.547,6	58.623,7	(76)
Yatırım	778,3	349,3	1.235,7	935,6	20.975,1	19
(Genel Bütçe)	778,3	349,3	1.235,7	935,6	20.975,1	(19)
Toplam	2.855,3	4.570,7	13.928,8	26.687,7	81.627,2	100

Kaynak: Tokat, Asomedy, 2004, s.77-78

2.4.6.Özel Sektör

Tablo 2.27, özel sektör toplam sağlık harcamalarını göstermektedir. Tablo 2.27'in TL olarak ifade edilen bölümünde sağlık harcamalarında artış olduğu görülmektedir. Mutlak rakamlarda 1994-1998 yıllarında özel sektör toplam sağlık harcamalarında ortalama olarak 635.605 milyar TL sağlık harcaması yapılmıştır.

Tablo 2.27: Türkiye Genelinde Özel Sektör Toplam Sağlık Harcamaları

Harcama Şekli (Milyar TL)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Ort.
Toplam Özel Hastane Harc.	1.517	3.483	12.582	18.766	52.692	101.464	37,797,5
Toplam Doktor Harcamaları	8.717	17.434	32.289	110.529	199.145	270.456	125,970,5
Toplam Dış Hekimi Harc.	4.048	6.579	12.780	19.166	43.827	79.439	32,358
Toplam Doğr. Özel İlaç Harc.	10.433	16.000	18.231	12.887	39.824	184.246	54237,8
Toplam	24.714	43.496	75.882	161.348	335.488	635.605	250,363,9
Harcama Şekli (Milyon \$)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Ort.
Toplam Özel Hastane Harc.	138	117	275	226	338,8	383,3	268
Toplam Doktor Harc.	793	587	707	1.332	1.280,6	1.021,8	985,7
Toplam Dış Hekimi Harc.	369	221	280	231	281,8	300,1	262,8
Toplam Doğr. Özel İlaç Harc.	950	539	399	155	256,1	696,1	409
Toplam	2.250	1.464	1.661	1.944	2.157,3	2.401,3	1,925,5
Harcama Şekli Milyar TL (Değişim %)	1994	1995	1996	1997	1998	Ort.	
Toplam Özel Hastane Harc.	129,57	261,22	49,15	180,78	92,56	142,65	
Toplam Doktor Harc.	100,01	85,21	242,31	80,18	35,81	108,7	
Toplam Dış Hekimi Harc.	62,53	94,24	49,97	128,67	81,26	83,33	
Toplam Doğr. Özel İlaç Harc.	53,37	13,95	-29,31	209,02	362,65	121,93	
Toplam	75,99	74,46	112,63	107,93	89,46	92,09	
Harcama Şekli Milyon \$ (Değişim %)	1994	1995	1996	1997	1998	Ort.	
Özel Hastane Harcamaları	-15,22	135,04	-17,82	49,91	13,13	33,01	
Doktor Harcamaları	-25,98	20,44	88,40	-3,86	-20,21	11,76	
Dış Hekimi Harcamaları	-40,11	26,70	-17,50	21,99	6,49	-0,49	
Doğrudan Özel İlaç Harcamaları	-43,26	-25,97	-61,15	65,23	171,81	21,33	
Toplam	-34,93	13,46	17,04	10,97	11,31	3,57	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, s.58, 1997, s.39, 1998, s.41

Özel sektör toplam sağlık harcamalarının 1994-1998 döneminde US\$ bazında ortalaması 1.925,5 milyondur. Özel sektör toplam sağlık harcamaları US\$ bazında 1993 yılındaki 2.250 milyon \$ seviyesini ancak 1998 yılında 2.401,3 milyon \$ ile geçebilmiştir. Bu ara dönemde özel sektör toplam sağlık harcamalarının US\$ bazında düşmesinin nedeni 1994 yılında yaşanan ekonomik kriz olarak ileri sürülebilir. Tablo 2.27'in değişim bölümünde, özel sektör sağlık harcamalarındaki yıllar itibariyle değişim ele alınmıştır. 1994-1998 yılları arasında, özel sektör toplam sağlık harcamalarındaki toplam değişim oranı % 92,09'dur. US\$ bazında ise, 1992-1996 yılları için, ortalama olarak yaklaşık %3,57 olmuştur. Harcama yerleri bazında en büyük değişim, 1994-1998 yılları için özel hastane harcamalarında görülmektedir. Dönem için, özel sektör toplam harcamaları TL bazında ortalama olarak %142,65, US\$ bazında ise ortalama olarak

%33,01 değişmiştir. Özel sektör toplam sağlık harcamalarında harcama yerleri bazında 1994-1998 yılları için, özel hastane harcamalarından sonra toplam olarak en fazla değişen harcama yeri özel ilaç harcamalarıdır. 1994-1998 yılları için değişim oranı TL bazında %121,93 iken, değimin US\$ bazında %21,33 olmuştur. Kriz yılı olan 1994'de, US\$ bazında tüm özel sektör sağlık harcamalarında 1993 yılına göre oldukça yüksek düşüşler görülmüştür.



3.SAKARYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

3.1. Sakarya'nın Genel Sağlık Görünümü

Sakarya ile ilgili sağlık verilerinden önce, Sakarya'nın demografik yapısının verilmesi faydalıdır. Tablo 3.1, Sakarya ile ilgili demografik bilgileri vermektedir. Sakarya'nın nüfusunun %60'ı şehirde, %40'ı köyde yaşamaktadır. Şehrin nüfus yoğunluğu, kilometrede 156 kişidir. Sakarya'nın merkez ilçesi olan Adapazarı, şehir nüfus oranı ve nüfus yoğunluğu açısından önde gelmektedir. Köy nüfusunun en yüksek olduğu ilçeler Kaynarca ve Akyazı ilçeleridir.

Tablo 3.1: Sakarya İline Ait Demografik Göstergeler

İlçeler	Toplam Nüfus	Şehir Nüfusu	% Oran	Köy Nüfusu	% Oran	Yüz Ölçümü	Nüfus Yoğ.(km)
Adapazarı	340.825	283.752	83	57.073	17	546	624
Akyazı	77.536	23.192	30	54.344	70	617	126
Ferizli	24.383	12.379	51	12.004	49	133	183
Geyve	44.907	17.318	39	27.589	61	727	62
Hendek	63.703	28.537	45	35.166	55	585	109
K.Pürçek	11.073	4.186	38	6.887	62	170	65
Karasu	54.630	24.672	45	29.958	55	477	115
Kaynarca	24.339	5.064	21	19.275	79	363	67
Kocaali	30.676	13.793	45	16.883	55	315	97
Pamukova	24.072	13.200	55	10.872	45	360	67
Sapanca	36.496	21.727	60	14.769	40	119	307
Söğütü	14.316	7.858	55	6.458	45	94	152
Taraklı	9.212	4.146	45	5.066	55	332	28
Toplam	756.168	459.824	60	296.344	40	4.838	156

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.3, ayrıca Adapazarı Ticaret ve Sanayi Odası, Sakarya İktisadi Rapor 2002, s.135, 2001, s.141

Tablo 3.2, Sakarya'nın bazı sağlık istatistik hızlarını vermektedir. Türkiye ile bir karşılaştırma yapmak için, Tablo 2.15'e bakmak yeterlidir. Tablo 2.15 ve Tablo 3.2'nin karşılaştırması sonucu, Sakarya'nın kaba ölüm hızı, nüfus artışı, bebek ölüm hızı vb. gibi istatistiklerde, Türkiye ortalamasından daha düşük düzeylerde gerçekleştiği görülür. Türkiye'deki kaba ölüm hızı yaklaşık olarak Sakarya'ya göre 3 kat, bebek ölüm hızı 4,5 kat fazladır. Sakarya'daki genel doğurganlık hızı Türkiye'nin yaklaşık 2 katıdır. Sakarya'daki nüfus artış hızı, Türkiye'nin genel düzeyinden biraz düşük seviyededir.

Tablo 3.2: Sakarya'da Sağlık İstatistik Hızları

İstatistik Hızları	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Doğal Nüfus Artış Hızı (000)	10,2	12,6	11,4	10,3	11,2	16,3	13,3
Gerçek Nüfus Artış Hızı(000)	27,3	2,64	12,3	5,2	67,4	33,7	30,9
Kaba Doğum Hızı (000)	12,5	14,9	13,4	12,3	12,6	18,2	15
Genel Doğurganlık Hızı (000)	45	53,8	48,5	45,4	45,6	66,1	55,12
Kaba Ölüm Hızı (000)	2,26	2,3	2	2	1,4	1,8	1,73
Bebek Ölüm Hızı (000)	22	17,2	14,2	11,4	7,8	10	11,3
Anne Ölüm Hızı (00000)	64,7	18	49,2	43	44,8	22,5	0
Ölü Doğum Hızı (000)	15,5	9,8	7,5	4,2	4,36	5,7	6,1
Düşük Hızı (000)	47	38,9	31,3	24,5	2,6	24,6	30

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.16, 2001,s.17, 2000, s.17

3.2.Sakarya'da Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

Tablo3.3: Sakarya İline Ait Sağlık Kurumları,2002

Sıra	İlçeler	Devlet Hast.	Toyota Hast.	Doğ.ve Ço.Hast.	Açsap Mrk.	Verem Sav.Dis.	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	Sağlık M.Lis.	Halk S.Lab.
1	Adapazarı	1	1	1	2	1	33	194	1	1
2	Akyazı	1				1	13	43		
3	Ferizli						4	12		
4	Geyve	1				1	3	26	1	
5	Hendek	1				1	9	38	1	
6	K.Pürçek						2	7		
7	Karasu	1				1	8	30		
8	Kaynarca						4	19		
9	Kocaali						3	17		
10	Pamukova	1					2	16		
11	Sapanca						4	17	1	
12	Söğütü						1	7		
13	Taraklı						1	10		
	Toplam	6	1	1	2	5	87	436	4	1

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.7

Tablo 3.3, Sakarya kamu sağlık kuruluşlarının ilçeler ölçeğinde genişçe bir dağılımını vermektedir. Tablo 3.3'e göre, Sakarya'da toplam 6 devlet hastanesi, Toyotasa Acil Yardım ve Bakım Hastanesi ve Doğum ve Çocuk hastaneleri mevcuttur. 2 adet Açsap Merkezi, 5 adet Verem Savaş dispanseri mevcuttur. Sağlık ocağı 87 adet, Sağlık Evi 436 adet, Sağlık Meslek Lisesi 3 adet ve Halk Sağlığı Laboratuvarı 1 adettir. Devlet hastaneleri ile birlikte, Sakarya'da SSK Hastanesi ve 3 adet Özel Hastane mevcuttur.

Tablo 3.4: Sakarya'da Yıllara Göre Sağlık Personeli Durumu

Kurumlar	Yıllar	Üz.	Prt.	Diş	Sağ.			Ç.S.T.		Lab.	Rönt.	Anst.	Toplam
		Dok.	Dok.	Dok.	Ec.	Mem.	Hem.	Ebe	Tek.	Tek.	Tek.	Tek.	
Sağlık Müd.	1996	91	201	17	3	122	336	405	63	86	37	16	1377
	1997	116	165	17	2	123	305	422	65	88	37	16	1356
	1998	138	179	17	2	122	315	403	66	86	39	15	1382
	1999	109	162	15	2	103	202	325	54	81	31	12	1096
	2000	123	217	21	3	113	287	332	58	77	36	13	1280
	2001	124	261	20	2	168	457	410	68	103	39	15	1667
	2002	138	263	29	3	178	505	442	65	106	37	19	1785
SSK	1996	37	10	4	3		76	8		3	2	5	148
	1997	35	20	5	6		96	14		5	4	7	192
	1998	42	23	5	4		96	18		6	6	5	205
	1999	31	10	5	3		94	13		7	6	7	176
	2000	32	10	5	3		86	13		7	6	7	169
	2001	54	19	7	6		109	14		10	7	7	233
	2002	51	34	7	6		101	21		14	9	5	248
Diğer Kamu Kur.	1996	6	11	4		4	14			2			41
	1997	9	17	5	1	6	13	1		4	2		58
	1998	12	22	10		11	32				1		88
	1999												
	2000	10	17	3									30
	2001	12	23	1									36
	2002	7	14	2									23
Özel Hast.	1997	22	5		1		25	4		6	6	1	70
	1998	23	1		1	1	32	6		6	6	1	77
	1999												
	2000	61	10		2		33	5		7	7	1	126
	2001	37	5		1		30	7		6	5	2	93
	2002	25	5		1		32	6		5	5	3	82
Diğer Özel Çal.	1997	51	22	105	174	10	5	1					368
	1998	63	20	107	182	10	1	2					385
	1999												
	2000	72	22	116	174	2	8				1		395
	2001	99	25	123	179								426
	2002	70	23	135	186								414
Genel Toplam	1997	236	234	137	183	144	463	441	65	99	48	24	2074
	1998	278	245	139	189	144	476	429	66	98	52	21	2137
	1999	140	172	20	5	103	296	338	54	88	37	19	1272
	2000	298	276	145	182	115	414	350	58	91	50	21	2000
	2001	326	333	151	188	168	596	431	68	119	51	24	2455
	2002	291	339	173	196	178	638	469	65	125	51	27	2552

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.11, 2001, s.12, 2000, s.12

Tablo 3.3 Sakarya'daki kamu sağlık kuruluşlarının dağılımını gösterirken, Tablo 3.4 1996-2002 yılları arasında Sakarya'daki Sağlık Personeli'nin durumunu göstermektedir.

Normal şartlar altında sağlık personeli artışında pozitif bir trendin yakalanması gerekir. Fakat, Tablo 3.4'den durumun böyle olmadığı görülmektedir. 1999 yılında, toplam sağlık personeli 1998 yılına göre %40 azalmıştır. Bunu rahatlıkla 1999 Marmara Depremi'ne bağlamak mümkündür. 1999 yılında sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları ile SSK'a bağlı sağlık kuruluşları faaliyet göstermiştir.

Tablo 3.5: Sakarya'da Sağlık Personelinin Yüzdelerle Dağılımı

Genel Dağılım			Doktorların Dağılımı			Y. Sağlık Pers. Dağılımı					
Yıllar	Dokt.	Y.Prs.	Diğ.	Yıllar	Uzman	Prat.	Diş	Yıllar	S.Mem.	Hem.	Ebe
	%	%	%		%	%	%		%	%	%
1996	28	52	20	1996	35	45	19	1996	14	45	41
1997	29	51	20	1997	39	39	22	1997	14	44	42
1998	31	49	20	1998	42	37	21	1998	14	45	41
1999	26	58	16	1999	42	52	06	1999	14	40	46
2000	36	44	20	2000	41	39	20	2000	13	47	40
2001	33	49	18	2001	40	41	19	2001	14	50	36
2002	31	50	19	2002	36	42	22	2002	14	50	36

Kaynak: Tablo 3.4'den hesaplanmıştır.

Tablo 3.5, Sakarya'da toplam sağlık personelinin içinde sağlık konusunda birincil durumdaki çalışanların oranını vermektedir. Yıllar içinde oranlarda farklılıklar olmakla birlikte, dağılım yıllar içinde uyumludur. Toplam dağılımda doktorların oranı ortalama %31, yardımcı sağlık personelinin %50 ve diğer sağlık personelinin payı %19 düzeyindedir.

Tablo 3.6: Sakarya Devlet Hastanelerindeki Çeşitli İstatistikler

Kurumlar	Kadro			Fiili			Toplam Poliklinik Sayısı		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Sakarya Devlet Hast.	400	400	400	152	152	254	248.859	280.378	294.445
Doğ.ve Çocuk Bakım	160	160	160	69	114	114	84.267	99.825	117.651
Toyotasa Acil Yd.Hast.	100	100	100	100	100	100	38.528	81.430	82.169
Hendek Devlet Hast.	55	55	55	51	45	45	85.094	92.138	92.329
Geyve Devlet Hastanesi	50	50	50	40	40	50	56.661	43.233	37.704
Karasu Devlet Hast.	55	57	55	43	43	56	84.231	55.718	66.548
Akyazı Devlet Hast.	25	50	50	25	50	50	95.460	82.435	86.246
Pamukova Devlet Hast.	50	50	50		33	33		13.626	26.490
S.B.Hastaneleri	895	922	920	480	577	702	693.100	748.783	803.582
SSK Hastanesi				200	200	213	291.422	363.301	498.054
Özel Hastaneler	142	143	98	122	109	81	15.505	11.243	6.442
Genel Toplam	1.037	1.065	1.018	802	886	996	1.000.027	1.123.327	1.308.078
Kurumlar	Yatan Hasta Sayısı			Ort.Kalış Gün S.			Yatak İşgal Oranı		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Sakarya Devlet Hast.	5.461	8.797	11.301	4,1	4,3	3,7	40,5	68,6	45,1
Doğ.ve Çocuk Bakım	10.934	11.699	11.454	2,3	2,6	2,7	99,9	73,8	75,2
Toyotasa Acil Yd. Hast.	4.060	4.545	4.325	5,5	5,6	5,4	61	70	63,6
Hendek Devlet Hast.	2.716	2.437	2.194	3,51	3,7	3,9	50	54,7	50,9
Geyve Devlet Hastanesi	843	790	531	4,2	4,9	4,4	24,8	26,3	12,6
Karasu Devlet Hast.	1.687	2.234	2.641	2,15	2,3	2,4	23,1	32,1	31
Akyazı Devlet Hast.	400	799	1.291	1,76	1,7	1,7	7,7	7,2	12,3
Pamukova Devlet Hast.		268	874		6	4,7		13,2	34,3
S.B.Hastaneleri	26.101	31.569	34.611	3,4	3,65	3,46	49,7	54,6	46,7
SSK Hastanesi	11.787	12.774	13.156	4,4	3,8	4	71	67,3	67,8
Özel Hastaneler	1.039	1.751	2.130	2,05	2,05	2,05	4,8	9	14,8
Genel Toplam	38.927	46.094	49.897	3,65	3,63	3,55	48,2	51,9	48,6

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.69-70, 2001, s.66-67, 2000, s.69-70, Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2001, s.229, 2002, s.81-82

Tablo 3.7: Sakarya'daki Çeşitli Sağlık İstatistiklerinin Yüzdesele Artış veya Azalışları

Kamu ve Özel Hastaneler	Kadro Fiili Or.% 2000	Kadro Fiili Or.% 2001	Kadro Fiili Or.% 2002	Poliklinik Sayısı Artış Ort. %	Yatan Hasta Sayısı Ar.Ort.%	Ort. Kal.Gün Sayısı Ar.Ort.%	Yatak İşgal Oranı Ar.Ort %
S.B.Hastaneleri	54	63	76	8	15	1	-2
SSK Hastanesi	100	100	100	31	6	-4	-2
Özel Hastaneler	86	76	83	-35	45	0	76
Genel Toplam	77	83	92	14	13	-1	1

Kaynak: Tablo 3.6'dan hesaplanmıştır.

Tablo 3.7’de SSK hastanelerindeki artışın %100 olması kadro verilerinin olmamasıdır. 2000, 2001 yılı ve 2002 yılı kadro/fiili personel oranı SSK Hastanesi dikkate alındığında, sırasıyla %77, %83 ve %92’dir. SSK Hastanesi haricinde 2000, 2001 ve 2002 yılları için kadro/fiili personel oranı sırasıyla, yaklaşık %58, %65 ve %77’dir. Özel hastanelerdeki poliklinik azalışları dışında poliklinikte genel bir artış görülmektedir. Yatan hasta sayısı % 13 düzeyinde artarken, kalınan gün sayısı %1 düşerken, yatak işgal oranı %1 artmıştır.

Tablo 3.8: Sakarya’da Yıllara Göre Bağışıklanma Çalışmaları

Yıllar		1998		1999		2000		2001		2002	
Hedef Nüfus		14.393		14.430		14.417		15.000		15.000	
Aşı Adı	Uyg.	0-11 Ay	Aşı %	0-11 Ay	Aşı %	0-11 Ay	Aşı %	0-11 Ay	Aşı %	0-11 Ay	Aşı %
Boğmaca Difteri Tetanoz	I.Aşı	13.640	91	12.206	81	11.719	78	14.601	97	13.400	87
	II.Aşı	13.506	90	11.896	79	12.032	80	14.662	98	13.720	89
	III.Aşı	13.208	88	11.740	78	11.734	78	14.279	95	13.613	89
Polio (Çocuk Felci)	I.Aşı	13.648	91	12.141	81	11.719	78	14.601	97	13.400	87
	II.Aşı	13.491	90	12.034	80	12.032	80	14.662	98	13.720	89
	III.Aşı	13.186	88	11.393	76	11.734	78	14.279	95	13.613	89
Kızamık	I.Aşı	12.243	83	12.210	81	11.272	75	13.245	88	13.979	91
BCG	I.Aşı	12.882	86	11.550	77	12.298	82	14.594	97	13.532	88
Hep-B Aşısı	I.Aşı	6.511	45	6.286	42	11.617	77	14.191	93	13.064	85
	II.Aşı	4.670	32	5.844	39	11.412	76	14.431	95	13.331	87
	III.Aşı	296	2	5.508	37	10.749	72	13.092	86	13.335	87

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.44, 2001, s.43, 2000, s.44

Tablo 3.8, Sakarya’da yıllar itibariyle yapılan bağışıklanma çalışmaları hakkında bilgi vermektedir. Tablo 3.8’e göre, bağışıklanma çalışmalarında kayıtlara alınan hastalık sayısı 7 adet aşı vardır. 1998-2002 yıllarında aşı yapılması hedeflenen nüfus artar iken, yapılan toplam aşı sayıları hedeflenen nüfusa oranla artmamıştır.

Tablo 3.9, Sakarya’da bağışıklanma çalışmalarında gerçekleşen bağışıklanma ortalamasını vermektedir. Toplam hedeflenen nüfus içinde, çeşitli aşılarda aşılanan nüfusta farklılıklar vardır. Bu açıdan boğmaca, difteri ve tetanoz gibi aşılarda ortalama değerlerine bakmak faydalı olabilir. Çünkü bu aşılarda gerçekleşen ortalamaları, hedeflenen nüfusa oldukça yakındır. Burada, Tablo 3.8’den hedeflenen nüfusun 14.648 olduğu kolaylıkla görülmektedir.

Tablo 3.9: Sakarya'da 1998-2002 Yıllarında Ortalama Hedeflenen Nüfus

Yıllar	Hedef Nüfus	Hedef Nüfus Ortalaması	Hed.Nüfus Gerçekleşen Oranı %
Boğmaca	I.Aşı	13.113,2	0,90
Difteri	II.Aşı	13.163,2	0,90
Tetanoz	III.Aşı	12.914,8	0,88
Polio	I.Aşı	13.101,8	0,89
(Çocuk Felci)	II.Aşı	13.187,8	0,90
	III.Aşı	12.841,0	0,88
Kızamık	I.Aşı	12.589,8	0,86
BCG Aşısı	I.Aşı	12.971,2	0,89
Hepatit-B Aşısı	I.Aşı	10.333,8	0,71
	II.Aşı	9.937,6	0,68
	III.Aşı	8.596,0	0,59
		Ortalama	0,82

Kaynak: Tablo 3.8'den hesaplanmıştır.

Tablo 3.9, aşı hareketlerinin gerçekleşen ile hedeflenen ortalama nüfusa oranını vermektedir. Buna göre, BCG ve Hepatit-b aşılarının da ortalamaya girdiğine dikkat edilirse, Sakarya'da 1998-2002 yıllarında ortalama olarak hedeflenen nüfusun % 82'si aşılanmıştır. Yani, her hedeflenen 100 kişiden 82'si aşılanmıştır. BCG ve Hepatit-B aşılarının ortalamadan çıkarınca, bu sefer oran yaklaşık olarak %89'a ulaşmaktadır. Yani, her hedeflenen 100 kişiden 89'u aşılanmıştır.

Tablo 3.10: Sakarya'da Bağışıklanma Çalışmalarının 1998-2002 Arasında Artışı/Azalışı

Bağışıklanma		1998	1999	2000	2001	2002	Artış (000)
Boğmaca	I.Aşı	0,040	-0,069	-0,106	0,113	0,018	-0,76
Difteri	II.Aşı	0,026	-0,096	-0,086	0,114	0,061	3,77
Tetanoz	III.Aşı	0,023	-0,091	-0,091	0,106	0,040	-2,90
Polio	I.Aşı	0,042	-0,073	-0,106	0,114	0,016	-1,31
(Çocuk Felci)	II.Aşı	0,023	-0,087	-0,088	0,112	0,067	5,26
	III.Aşı	0,027	-0,113	-0,086	0,112	0,080	3,91
Kızamık	I.Aşı	-0,028	-0,030	-0,105	0,052	0,080	-6,06
BCG Aşısı	I.Aşı	-0,007	-0,110	-0,052	0,125	0,247	40,67
Hepatit-B Aşısı	I.Aşı	-0,370	-0,392	0,124	0,373	0,303	7,67
	II.Aşı	-0,530	-0,412	0,148	0,452	0,476	27,00
	III.Aşı	-0,966	-0,359	0,250	0,523	1,551	200,00

Kaynak: Tablo 3.8'den hesaplanmıştır.

Sakarya'daki bağışıklanma artışları, bir önceki yıla göre farkın önceki yıla bölümü elde edilmiştir. Bu hesaplamalar, Tablo 3.10 izlenebilir. Tablo 3.10'a göre, 1998-2002 yılları

arasındaki artış ortalamaları farklılıklar göstermektedir. Bazı aşuların artışları pozitif iken, bazıları negatiftir. 1999 ve 2000 yılları tüm aşulamalarda bir düşüşe işaret etmektedir. Bu durumu, 1999 Marmara Depremi'ne bağlamak mümkündür. Tablo 3.10'dan BCG ve Hepatit-B aşularındaki artışın yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, bu aşularda hedeflenen nüfus ile gerçekleşen aşulama hareketlerinin yüksek miktarlarda artarak, hedeflenen nüfusa yaklaşmaya başlamasıdır.

Bu alt bölümde son olarak Bölgeler arası ve Marmara Bölgesi ile Sakarya arasında yatak ve kurum sayıları karşılaştırılmaya çalışılacaktır. Tablo 3.11, Türkiye'de bölgeler itibariyle genel sağlık kapasite bilgilerini aktarmaktadır. Buna göre, Marmara Bölgesi tüm diğer bölgelere göre kurum, yatak sayısı, nüfus ve 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı bağlamında tüm istatistiklerde önde gelmektedir

Tablo 3.11: Marmara Bölgesi'nde İllere Göre Nüfus Başına Sağlık Personeli, 2002

İller	Doktor Sayısı	Doktor Başına Düşen Ortalama Nüfus	Ebe Sayısı	Ebe Başına Düşen Ortalama Nüfus	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Düşen Ortalama Nüfus	Sağlık Memuru Sayısı	Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus
Balıkesir	262	4.190	645	1.702	291	3.773	120	9.149
Bilecik	54	3.671	67	2.959	49	4.046	10	19.824
Bursa	409	5.498	487	4.617	263	8.549	127	17.705
Çanakkale	88	5.361	313	1.507	124	3.805	63	7.489
Edirne	99	4.063	287	1.401	81	4.966	49	8.208
İstanbul	751	14.238	543	19.692	570	18.759	103	103.813
Kırklareli	56	5.935	121	2.747	44	7.554	37	8.983
Kocaeli	286	4.448	274	4.643	233	5.460	120	10.602
Sakarya	162	4.763	256	3.014	107	7.211	93	8.296
Tekirdağ	153	4.312	237	2.783	120	5.497	73	9.036
Yalova	75	2.348	60	2.936	71	2.481	48	3.669
Bölge	2.395	7.651	3.290	5.569	1.953	9.382	843	21.736

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2002 İkinci 6 Aylık Geri Bildirimi, Ankara, 2003, s.22

Tablo 3.11 ise, Sakarya'nın Marmara Bölgesi'ndeki diğer şehirler ile birlikte sahip olduğu sağlık personelinin sayısını ve ortalama olarak nüfus başına düşen personel sayısını vermektedir. Tablo 3.11'e göre, Sakarya'da doktor başına 4.448 nüfus, ebe

başına 3.014 nüfus, hemşire başına 7.211 nüfus ve sağlık memuru başına 8.296 nüfustur.

3.3.Sakarya Sağlık Finansman Boyutu

Sakarya ile ilgili sağlık harcamaları ve finansmanından önce, Sakarya'nın milli gelirden aldığı payın incelenmesi gerekmektedir. Bu yapılırken, öncelikle Marmara Bölgesi'nin ve Türkiye'nin diğer bölgelerinin milli gelirden aldığı paylar da göz önüne alınacaktır. Tablo 3.12 Türkiye'de bölgelerin elde ettiği gayri safi yurtiçi hasıla toplamalarını vermektedir.

Tablo 3.12:Bölgelere Göre Gayri Safi Yurt İçi Hasıla, 1987 Fiyatlarıyla

	1996		1997		1998	
	Değer Milyar TL	Bölge Payı %	Değer Milyar TL	Bölge Payı %	Değer Milyar TL	Bölge Payı %
Toplam	104.745	100	112.631	100	116.114	100
Akdeniz	12.517	11,9	13.646	12,1	13.964	12,0
Doğu Anadolu	3.503	3,3	3.695	3,3	3.798	3,3
Ege	17.936	17,1	18.868	16,8	19.448	16,7
G.Doğu Anadolu	5.443	5,2	5.992	5,3	6.161	5,3
İç Anadolu	16.417	15,7	17.284	15,3	18.183	15,7
Karadeniz	9.774	9,3	10.184	9,0	10.686	9,2
Marmara	39.155	37,4	42.962	38,1	43.873	37,8
	1999		2000		2001	
	Değer Milyar TL	Bölge Payı %	Değer Milyar TL	Bölge Payı %	Değer Milyar TL	Bölge Payı %
Toplam	110.646	100	118.789	100	109.885	100
Akdeniz	13.424	12,1	13.932	11,7	13.235	12,0
Doğu Anadolu	3.728	3,4	3.890	3,3	3.842	3,5
Ege	18.310	16,5	19.904	16,8	18.351	16,7
G.Doğu Anadolu	5.750	5,2	6.068	5,1	6.076	5,5
İç Anadolu	17.409	15,7	19.088	16,0	17.391	15,8
Karadeniz	10.293	9,3	10.791	9,1	10.075	9,2
Marmara	41.733	37,7	45.117	38,0	40.915	37,2

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2002, s.652-653

Tablo 3.12'den Sakarya'nın Türkiye'nin gayri safi yurt içi hâsılaya en fazla katkıda bulunan Marmara Bölgesi'nde olduğu görülmektedir. Marmara Bölgesi'nin 1987 fiyatlarıyla hesaplanan gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı 1996-2001 döneminde ortalama olarak % 37,7'dir. 1996-2001 yıllarında Marmara Bölgesi ortalama olarak 42.293 milyar TL gayri safi yurt içi hâsılaya katkıda bulunmuştur.

Tablo 3.13:Sakarya'nın Gayri Safi Yurt İçi Hâsıladan Aldığı Pay, Cari Fiyatlarla

Milyar TL	1996		1997		1998	
	Değer	Payı %	Değer	Payı %	Değer	Payı %
Sakarya	178.156	1,2	302.789	1,1	610.201	1,2
Sakarya	1999		2000		2001	
	Değer	Payı %	Değer	Payı %	Değer	Payı %
	847.241	1,1	1.379.777	1,1	1.913.366	1,1

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2002, s.646-647

Tablo 3.13 ise, 1996-2001 yılları için Sakarya'nın cari fiyatlar ile gayri safi yurt içi hâsıladan aldığı miktarı ve Türkiye gayri safi yurt içi hâsılasından aldığı payı göstermektedir. Buna göre, Sakarya Türkiye'nin gayri safi yurt içi hâsılasından ortalama olarak %1,13 pay almaktadır. 1996-2001 yılları için Sakarya ortalama olarak cari fiyatlarla 871.922 milyar TL gayri safi yurt içi hâsılaya katkıda bulunmuştur.

Tablo 3.14, Sakarya'daki Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarına 2000-2002 yıllarında yapılan çeşitli yatırım tutarlarını göstermektedir. Tablo 3.14'e göre, 2000-2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nın ve diğer kuruluşlar ile bağışların Sakarya'da %50'si hastanelere, yaklaşık %44,6'sı diğer sağlık kuruluşlarına ve %5,4'ü onarım ve tamamlamalara gitmiştir. 2000-2002 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının ortalama değeri 3.698.344.000.000 TL'dir. Bu miktarın %36'sı 2000 yılında, %47'si 2001 yılında ve %17'si 2002 yılında harcanmıştır. 2001 yılında 2000 yılına göre, diğer harcamalarda ve onarım ve tamamlamalarda %50'nin üstünde artış gözlenmektedir. 2000-2002 yıllarında hastane harcamaları ortalama olarak yaklaşık %35 düzeyinde azalma göstermiştir.

Tablo 3.14: Sakarya'da Çeşitli Sağlık Yatırımları, Milyon TL

Hastane Adı	2000	2001	2002
Hastaneler	827.000	552.878	351.551
Sakarya Devlet Hastanesi	209.000		
Toyotasa Acil Yardım Hastanesi	164.500		
Doğum ve Çocuk Bakımevi	187.000		
Akyazı Devlet Hastanesi	32.500		
Hendek Devlet Hastanesi	39.000	25.000	
Karasu Devlet Hastanesi	40.000		59.551
Pamukova Devlet Hastanesi	75.000	33.200	
Kaynarca Devlet Hastanesi	60.000	414.678	292.000
Taraklı Devlet Hastanesi	20.000		
Geyve Devlet Hastanesi		80.000	
Diğer	430.662	985.946	287676
Sağlık Müdürlüğü	54.662		
112 Acil Yardım Komuta Merkezi	6.500		
AÇSAP Merkezi	6.500		
Sağlık Ocakları	363.000	790.270	137.676
Halk Sağlığı Laboratuvarı		113.000	150.000
Sağlık Evleri		23.676	
Sağlık Meslek Lisesi		59.000	
Onarımlar ve Tamamlamalar	62.500	200.131	
Sağlık Ocakları	50.500	144.131	
AÇSAP Merkezi	4.000		
Sağlık Evleri	8.000	20.000	
Sağlık Meslek Lisesi		36.000	
Toplam (Milyon TL)	1.320.162	1.738.955	639.227
Hastanelere Yapılan Harcamalar %	63	32	55
Diğer Harcamalar %	33	56	45
Onarımlar ve Tamamlamalar %	4	12	
Toplam %	100	100	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sakarya Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları, 2000, s.35-37, 2001, s.36, 2002, s.37-38

Türkiye'de yeşil kartın uygulanma nedeni, herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan sosyal güvence sağlayamayan bireylerin sosyal güvence kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamaktır. Tablo 3.15, 1992-2002 yılları arasında Türkiye'deki yeşil kart uygulamasının sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.15: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarı

Yıllar	Başvuran Kişi Sayısı	Kart Verilen Kişi Sayısı	Gönderilen Ödenek (Milyon TL)	Harcanan Miktar (Milyon TL)
1992/93	2.971.722	2.211.341	889.625	745.430
1994	1.498.213	1.460.111	1.351.992	2.046.954
1995	1.674.712	1.325.276	3.718.465	5.977.284
1996	970.889	716.338	10.251.763	9.695.274
1997	1.298.526	953.912	18.998.950	23.242.378
1998	1.345.953	1.093.465	30.000.000	53.579.962
1999	1.352.148	961.186	36.970.000	111.880.334
2000	1.610.828	1.404.677	90.000.000	167.091.891
2001	1.674.706	1.372.419	85.634.921	304.471.251
2002	2.137.520	1.502.452	98.253.550	483.780.553
Toplam	16.535.217	13.001.177	376.069.266	1.162.511.311

Kaynak: saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_068.htm

Tablo 3.15’e göre, 1992-2002 yılları arasında Türkiye’de yeşil kart almak için başvuru yapan insan sayısı toplam 16.535.217, yeşil kart almaya hak kazanan kişi sayısı ise toplam 13.001.177 kişidir. 1992-2002 döneminde yıl başına yeşil kart almaya hak kazanan kişi sayısı 1.653.522 kişidir. 1992-2002 yıllarında yeşil kart için ayrılan ödenek 376.069.266 milyon TL’dir. Aynı dönem için yapılan harcama miktarı ise, toplam 1.162.511.311 milyon TL’dir. Kişi başına yeşil kart harcaması ise, yaklaşık olarak dönem için 89.415.853 TL’dir.

Tablo 3.15 Türkiye için yeşil kart hakkında bilgi verirken, Tablo 3.16 Sakarya’daki yeşil kart verilen kişi sayısı hakkında bilgi vermektedir. Buna göre, 2000-2002 yılları arasında 72.671 kişiye yeşil kart verilmiştir. Yeşil kartın en çok verildiği yerler, Adapazarı/Merkez) ilçesi ile Akyazı ilçesidir. 72.671 kişinin yeşil kart sahibi olması, Türkiye verilerinden elde edilen kişi başına harcama miktarı ile çarpılınca ortaya ortalama olarak toplam 6.497.939.453.363 TL’lik bir miktar çıkmaktadır.

Tablo 3.16: Sakarya'da Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı

İlçeler	2000	2001	2002	2000%	2001%	2002%
Merkez	15.253	21.507	31.467	28	30	34
Akyazı	9.085	11.768	14.810	17	18	16
Ferizli	2.600	2.982	3.566	5	4	4
Geyve	2.916	4.010	4.770	5	6	5
Hendek	5.350	7.271	10.071	10	10	11
Kocaali	2.691	3.340	4.206	5	5	5
Karapürçek	2.068	2.370	2.839	4	3	3
Kaynarca	1.880	2.157	2.645	3	3	3
Karasu	5.456	6.425	7.989	10	9	8
Pamukova	3.074	3.843	4.450	6	5	4
Sapanca	1.640	2.236	2.897	3	3	3
Söğütü	1.192	1.345	1.478	2	2	2
Taraklı	1.414	1.423	1.529	3	2	2
Toplam	54.619	70.677	92.717	100	100	100

Kaynak: Sakarya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Yıllığı, 2002, s.61, 2001,s.58, 2000, s.61

Sakarya'da toplam devlet memuru sayısını Tablo 3.17 vermektedir. Tablo 3.18'e göre, Sakarya'da toplam 19.264 devlet memuru görev yapmaktadır. Görev yapan memurların %36'sı genel idari ve yardımcı hizmetlerde, %32'si eğitim hizmetlerinde ve %12'si Sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerinde görev yapmaktadır.

Tablo 3.17: Sakarya İli Kamu Personel Sayısı

Hizmetler Sınıfı	Toplam	%
Genel İdari+ Yardımcı Hizmetler	6.997	36
Eğitim Hizmetleri	6.088	32
Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri	2.242	12
Teknik Hizmetler	1.053	5
Din Hizmetleri	1.319	7
Avukat Hizmetleri	255	1
Emniyet Hizmetleri	1.310	7
Memur	19.264	100

Kaynak: Sakarya Valiliği, Hizmete Özel, s:3.

Tablo 3.18, Sakarya'daki toplam olarak SSK'ya bağlı sigortalı sayısını vermektedir. 1998-2002 yılları için, Sakarya'da ortalama olarak 72.789 kişi sigortalı kapsamındadır. 72.789 kişinin en azından yeşil kart hizmetince karşılanan sağlık harcaması açısından yapılan harcama toplamı, 6.508.490.524.017 TL'dir. 1998-2002 yılları arasında ortalama olarak 56.466 kişi aktif sigortalıdır. Bu miktar toplam sigortalı içinde yaklaşık

% 77'ye denk gelmektedir. Aktif sigortalıların toplam sağlık harcamaları 5.048.955.555.498 TL düzeyindedir.

Tablo 3.18: Sosyal Sigortalar Kurumu Sakarya İl Müdürlüğü, 506 ve 2925 S.K.'na göre Aktif-Pasif ve İsteğe Bağlı Sigortalı Sayısı.

Yıllar	Aktif Sigortalı Sayısı	İsteğe Bağlı Sigortalı Sayısı	Topluluk Sigortalı Sayısı	Tarım Sigortalı Sayısı	Toplam
1998	61.651	11.999	106	3.991	77.747
1999	59.297	11.626	123	4.684	75.730
2000	45.409	10.780	107	5.161	61.457
2001	56.991	11.120	110	5.243	73.464
2002	58.985	11.424	126	5.010	75.545

Kaynak: Sakarya İli, Sosyal Sigortalar Kurumu, 31.12.2002 Tarihi İtibari ile Verileri.

Tablo 3.19, Sakarya'da 2000-2002 yılları arasında BAĞ-KUR sigortalı sayısını vermektedir. Tablo 3.19'a göre, 2000-2002 yıllarında 1479 sayılı kanuna göre ortalama olarak toplam yaklaşık 41.206 kişi güvence altındadır. 2926 sayılı kanun çerçevesinde ise, 2000-2002 yılları arasında ortalama olarak toplam 23.742 kişi güvence altındadır. 1479 ve 2926 sayılı kanunun her ikisi birlikte değerlendirildiğinde, toplam olarak ortalama yaklaşık 48.712 kişi güvence altındadır. 48.712 kişinin en azından yeşil kart hizmetince karşılanan sağlık harcaması açısından yapılan harcama toplamı, 4.355.625.031.336 TL'dir.

Tablo 3.19: Sakarya BAĞ-KUR Sigortalı Sayısı

Yıllar	1479 Sayılı Kanun			2926 Sayılı Kanun		
	İsteğe Bağlı Sigortalılar	Zorunlu Sigortalılar	Toplam	İsteğe Bağlı Sigortalılar	Zorunlu Sigortalılar	Toplam
2000	3.515	41.429	44.944	332	23.338	23.670
2001	3.426	41.381	44.807	289	23.665	23.954
2002	3.262	40.810	44.072	254	23.348	23.602

Kaynak: Sakarya'nın Rekabet Gücünün Belirlenmesi Projesi, Sağlık ve Sosyal Güvenlik(Alt Komisyon Raporu), 2003, s.40

Tablo 3.20 , Sakarya'daki sağlık güvencesine sahip kişiler hakkında bilgi vermektedir. Tablo 3.20'ye göre, 1999-2002 yılları arasında 1479 sayılı kanuna göre, ortalama olarak toplam yaklaşık olarak 52.005 kişi sağlık güvencesi sahiptir. 2926 kanuna göre, 1999-2002 yılları arasında ortalama olarak yaklaşık 18.384 kişi sağlık güvencesine sahiptir. 52.005 kişinin en azından yeşil kart hizmetince karşılanan sağlık harcaması açısından yapılan harcama toplamı, 4.650.071.435.265 TL'dir.

Tablo 3.20: Sakarya'da BAĞ-KUR Kapsamındaki Sigortalı, Sağlık Güvencesine Sahip Kişi Sayısı

1479 Sayılı Kanun					2926 Sayılı Kanun				
Yıllar	Sağlık	Malllk	Yaşlılık	lm	Yıllar	Sağlık	Malllk	Yaşlılık	lm
1999	47.633	645	28.593	13.419	1999	15.238	90	3.234	404
2000	52.926	717	31.770	14.910	2000	16.931	101	3.593	449
2001	53.934	672	29.901	14.193	2001	8.912	40	510	321
2002	53.529	702	30.624	14.581	2002	14.070	66	1.401	622

Kaynak: Sakarya SSK İl Müdürlüğü Verileri

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye, gelişmekte olan bir ülke olarak, sağlık düzeyi(status) ile ilgili olarak, gelişmiş ülkelerden geridedir. Ortalama yaşam süresi, bebek ölüm oranları, sağlık altyapısı vb. gibi sağlık ölçütleri ile birlikte sağlık hizmetleri açısından yeterli düzeyde değildir. Bu açıkça, Türkiye'nin sağlık konusunda bir umursamazlık içinde olduğuna işaret etmemektedir. Fakat, sonuçta Türkiye için gerekli olan yapılanma ve sağlık rakamlarındaki pozisyonun iyi olmadığını söylemek gerekmektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin bir çatı altında toplanması gerekmektedir. Burada vurgu olarak hizmet yapıları ile birlikte eş zamanlı olarak bazı finansmanı zor olan sağlık hizmetlerinin hem Sağlık Bakanlığı çatısı altında ve hem de SSK çatısı altında gerçekleştirildiği işaret edilmelidir. Bu işin organizasyonel boşluğuna işaret etmektedir. Tüm sağlık sistemindeki işleyişi göz önüne alınca, kaynak israfının büyük boyutlarda olduğu söylenebilir. Fakat problemin sadece bir kısmı olan bu durum diğer ayağında fon kaynaklarının sağlanabilirliğinin kriteri yatmaktadır. Sağlık sistemini devlet finanse etmektedir. Bu finansmanı ise, genelde, Sağlık Bakanlığı dahil olan kesimlerden elde edebilmektedir. En önemli sorun burada yatmaktadır. Eğer Türkiye, etkili bir sağlık sisteminin yürüyüşünü görmek istiyorsa, fonlamanın düzgün işlenmesini sağlayacak önlemleri almalıdır.

Türkiye için, sağlık hizmetlerinin verilmesinde bir çeşitlilik olduğu görülmektedir. Var olan sisteme özel sektörün bir bütün olarak önemli bir katkısı vardır. Ancak, bu kesim, daha çok kar amaçlı hedeflere sahip olduğundan tam anlamı ile tüm sistemle örtüşen alternatifliği sağlayamamaktadır.

Türkiye'nin sağlık ile ilgili olarak karşılaştığı en önemli problem, sağlığı finansmanı için GSMH'dan az pay ayrılmasıdır. İşte bu nedenledir ki, sağlığın efektifliğinin artması önem taşımaktadır. Sağlık sistemi içinde hizmet talep ve arzı, efektiflik şartları içinde olması gerekmektedir. Eğer, bir hizmeti coğrafi olarak, herhangi bir büyük sağlık hizmeti sunan kuruluş sağlıyor ise, diğer büyük kuruluş için aynı hizmeti sunmaya gerek yoktur. Bu sadece işin sağlık problemi yönü ile ilgilidir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanındaki harcama kalemlerinin kompozisyonu, cari harcama olarak nitelendirilebilecek olan personel harcamalarına gitmektedir. Yatırım düzeyi ise yetersizdir. Yatırım denilirken, büyük finansman gerektiren alt yapı yatırımları ile birlikte bilgilendirme faaliyetlerini içeren geniş bir küme ifade edilmektedir. Sağlık konusunda önemli olan, tedavi edici hizmetlerin sağlık harcamaları içindeki payının azaltılmasıdır. Türkiye için bu şekildeki bir önerme ve uygulama elzemdir. Çünkü Türkiye’de insanların genel olarak sağlık problemlerini erteleme eğilimi vardır. Bu eğilimin nedeninin kritiğini ararken, nedenin ekonomik kısıtlanmışlık şeklindeki bir cevap olabileceği oldukça anlamlı gelmektedir. Bu nedenle, özellikle, bilgilendirme ve farkındalık düzeyinin artan düzeylerde ivme kazanması Türkiye için önemini korumaktadır.

Türkiye için, etkililik kesimler açısından önemlidir. Özellikle, tedavi edici hizmetlerin göstergeleri öneme ışık tutmaktadır. Son kademe müdahale yeri olan hastanelerde aşırı yoğunlaşma olduğu bir gerçektir. Bunun önlenmesi için, yerel sağlık servislerindeki etkinliğin artırılması gerekmektedir. Bunun için, yerel servislerdeki her anlamda yeterliliğin artması için sadece bir yönünün düzeltilmesine işaret etmektedir. Asıl, belki de daha önemlisi, yerel bölgelerdeki insanların sağlık problemleri ile yüzleşme ve daha önceden önlem alma alışkanlık davranış otomatının bir şekilde yerleştirilmesidir.

Her ne şekilde olursa olsun, sağlık hizmetlerinin sunulmasında bir program dahilinde ve olası seçeneklerin değerlendirilebileceği aksiyon planları çerçevesinde, özellikle, halkın etkin katılımı ve etkin sorumluluk alma becerileri ve kararlılık düzeyi geliştirilmelidir. Fakat en çetin nokta buradadır; Halkın etkin olması nasıl sağlanacaktır? Sanırım, bu çözülebilirse, önemli bir mesafe kat edilecektir. Bu mesafenin alınmasında önemli bir basamak, eğitim ve öğretim ile davranış kalıplarının yerleştirilmesidir. Özellikle, küçük yaşta, hijyen şartları ve asgari düzeyde temizliğin öğretilip, benimsetilmesi gereken temeli kuracaktır. Burada, sağlığın bir sorun olabileceği unutulmamalı ve neden sağlığın önemli olduğu açıkça anlatılmalıdır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AYDIN, E.; Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi, Naturel Kitap Yayıncılık, Ankara, 2002

BELEK, İ.; Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994

BERTAN, M. ve GÜLER, Ç.; Halk Sağlığı(Temel Bilgiler), Güneş Kitabevi, Ankara, 1995

BROWN, J.A.C.; Geliştiren ve Yeni Basıma Hazırlayan: Aykut Kazancı, Tıp ve Sağlık Ansiklopedisi, Açıklamalı Tıp Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1985

BULUTOĞLU, K.; Kamu Ekonomisine Giriş, Temat Yayınları, İstanbul, 1977

DEMİRER, G.; Çevre Sorunları ve Kapitalizm, Sorun Yayınları, İstanbul, 1992

DİRİCAN, R., BİLGEL, N.; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, II. Baskı, Bursa, 1993

FELDSTEİN, P.J.; Health Care Economics, Delmar Publisher Inc., 4th Edition, New York, 1993

FİŞEK, H.N.; Halk Sağlığına Giriş, H.Ü.Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No:2, Ankara, 1983

FOLLAND, S., GOODMAN, A.C., STANO, M.; The Economics of Health and Health Care, Prentice-Hall Inc., New Jersey, 1997

GEMMELL, N. Ed.; The Growth of The Public Sector: Theories and International Evidence, Edward Elgar Publishing Co., Aldershot, 1993

GÜL, S.S.; Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa! Yeni Liberalizm Kısılcacında Refah Devleti, Etik Yayınları, İstanbul, Şubat 2004

GÜROL, İ.; Halk Sağlığı İdaresi, Bilgi Basımevi, II.Baskı, Ankara, 1971

HAYRAN, O., SUR H.; Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat, Yüce Yayın A.Ş., İstanbul, 1998

ILLICH, I.; Sağlıkın Gaspi, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1995

İŞIK, A.; Sağlık Ekonomisi Terimleri Sözlüğü, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2002

KARLUK, R.; Türkiye Ekonomisi, Beta Yayınları, İstanbul, 2002

KAVUNCUBAŞI, Ş.; Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Şahin Kitabevi, Ankara, Mart 2000

MACLACHLAN, M.; Culture and Health, John Wiley&Sons, Midsomer Norton, Somerset, 1997

PHELPS, E.C.; Health Economics, Harper Collins Publishers Inc., New York, 1992

SORKIN, A.L.; Health Economics; Lexington Books, London, 1975

TOKAT, M.; Sağlık Ekonomisi; Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 793, Eskişehir, Kasım 1996

ZWEIFEL, P., Friedrich BREYER; Health Economics, Oxford University Press,
New York, 1997

PONTING, C., Çev..A.Ş.Başçı; Dünya'nın Yeşil Tarihi: Çevre ve Uygarlıkların
Çöküşü, Sabancı Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 2000

TEZLER

DANSUK, Ercan; Türkiye'de Yoksulluğun Ölçülmesi ve Sosyo-Ekonomik Yapılarla
Ölçülmesi, Uzmanlık Tezi, DPT, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel
Müdürlüğü Ücretler ve Gelirler Dairesi Başkanlığı, Ankara, Mayıs 1997

YILDIRIM, S.; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Uzmanlık Tezi,
DPT Yayın No 2350, Temmuz 1994

MAKALELER

BHARGAVA, A., D.T.JAMISON, J.L.LAWRENCE, C.J.L.MURRAY;
“Modeling The Effects of Health on Economic Growth”, 20(2001), ss.423-440

CUTLER, D.M.; “Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics
of International Medical-Care Reform”, Journal of Economic Literature, Vol.XL
(September 2002), ss.881-906

DEATON, A.; “Health, Inequality, and Economic Development”, Journal of Economic
Literature, Vol.XLI (March 2003), ss.113-158

FERRANTI, D.; Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview
World Bank Staff Working Paper, WPS 721, February 1985

- FILMER, D., HAMMER, J., PRITCHETT, L.;** Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain, The World Bank, Development Research Group, Poverty and Human Resources, Policy Research Working Paper, WPS 1874, January 1998
- HAMMER, J.S.;** Economic Analysis for Health Projects, The World Bank, Development Research Group, Public Economics Division, Policy Research Working Paper, WPS 1611, May 1996
- HARRIS, M.Jonathan; Anne-Marie CODUR;** Macroeconomics and The Environment, Global Development and Environment Institute (G-DAE), Tufts University, 1998
- KRAWINKEL, Michael;** Kwashiorkor Is Still Not Fully Understood, Bulletin of The World Health Organisation, 2003, 81 (12)
- LINDELÖW, M., WAGSTAFF, A.;** Health Facility Surveys: An Introduction; The World Bank, Development Research Group, Public Services, Policy Research Working Paper, WPS 2953, January 2003
- NORDHAUS, W.D.;** The Health of Nations: Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standarts, Cowles Foundation for Research in Economics at Yale Universities, Cowles Foundation Discussion Paper No: 1200, October, 1998
- SKAFF, M.M., MULLAN, J.T., FISHER, L., CHESLA, C.A.,** "A Contextual Model of Control Beliefs, Behavior, and Health: Latino and European Americans with Type 2 Diabetes", Psychology and Health, Vol.18, No.3, June 2003, ss.295-312
- TRAK, A.;** Gelişme İktisadının Gelişmesi, Yapıt, Sayı 5, Haziran-Temmuz 1984

WAGSTAFF, A., Measuring Equity In Health Care Financing: Reflections On And Alternatives To The World Health Organisation's Fairness Of Financing Index, The World Bank, Poverty and Human Resources and Development Research Group and Human Development Network, Health, Nutrition, and Population Team , Policy Research Working Paper, WPS 2550, February 2001

WAGSTAFF, A., Inequality Aversion, Health Inequalities, and Health Achievement The World Bank, Development Research Group, Human Development Network, Washington, January 2002

WANG, L.; Health Outcomes in Low-Income Countries and Policy Implications: Empirical Findings from Demographic and Health Surveys, The World Bank, Development Research Group, Poverty and Human Resources, Policy Research Working Paper, WPS 2831, 30.04.2002

ZEN, V.A, J. MUYSKEN; "Health and Endogenous Growth", Journal of Health Economics, 20 (2001), ss.169-185

RAPORLAR

TANTITANIR, N.; Türkiye ve AB'deki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü; Ankara, 1997

World Bank (WB); Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Main Report Volume I, Report No: 24358-TU, Human Resources Operations Sector Unit, March 2003

World Bank(WB); Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and

Efficiency, Main Report Volume II, Report No: 24358-TU, Human Resources Operations Sector Unit, March 2003

World Health Organisation (WHO); Promoting Health In The Human Environment,
Geneva, 1975

World Health Organisation(WHO); The World Health Report 2003

Adapazarı Ticaret ve Sanayi Odası(ATSO), Sakarya İli 2001 İktisadi Rapor, Ağustos
2002

Adapazarı Ticaret ve Sanayi Odası(ATSO), Sakarya İli 2002 İktisadi Rapor, Ağustos
2003

Sakarya Valiliği, Hizmete Özel, 2002

YILLIKLAR

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE); Türkiye İstatistik Yıllığı 1996

Sağlık Bakanlığı (SB); AB ve Türkiye’de Sağlık Sektöründe araştırma Geliştirme
(AR-GE) Faaliyetleri, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Yayın No:
643, Ankara, 2002

Sağlık Bakanlığı (SB); Sağlık İstatistikleri 2001, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon
Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 649,Ankara, Kasım 2002

Sağlık Bakanlığı (SB); Sağlık İstatistikleri 2002, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon
Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 653,Ankara, Kasım 2003

Sağlık Bakanlığı (SB); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2000 Yılı
Çalışmaları Geribildirimi, Ankara, 2001

Sağlık Bakanlığı (SB); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2001 Yılı
Çalışmaları Geribildirimi, Ankara, 2001

Sağlık Bakanlığı (SB); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı
1996-1999, Ankara, 2001

Sağlık Bakanlığı (SB); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı
2000, Ankara, 2001

Sağlık Bakanlığı (SB); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı
2001, Ankara, 2002

Sağlık Bakanlığı (SB); Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı
2002, Ankara, 2003

Sağlık Bakanlığı (SB); Türkiye Ulusal Sağlık Programına Esas Teşkil Eden
Çalışmalar, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Yayın No: 644,
Ankara, 2002

Sağlık Bakanlığı (SB); Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001, Yayın No:
641, Ankara, 2002

Sağlık Bakanlığı (SB); Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Yayın No:
619, Ankara, 1999

Sağlık Bakanlığı (SB); Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, Mayıs 1999-Mayıs-
2002

Sağlık Bakanlığı (SB); Sakarya Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2000

Sağlık Bakanlığı (SB); Sakarya Sağlık M¼d¼rl¼đ¼, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2001

Sağlık Bakanlığı (SB); Sakarya Sağlık M¼d¼rl¼đ¼, Sağlık İstatistik Yıllığı, 2002

DERGİLER

ASOMEDYA; Ankara Sanayi Odası Aylık Yayın Organı, Şubat 2004

DİABET; T¼rk Diyabet Cemiyeti Yayın Organı, Yıl 2, Sayı 6, İstanbul, Ekim-Kasım-Aralık 1999

Yeni T¼rkiye, Sağlık II, Temmuz-Ağustos, 2001, Ankara

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://www.die.gov.tr>

<http://www.saglik.gov.tr>

<http://www.superkilo.com/turkce/obezite.html#rakamlar>

<http://www.who.int>

<http://worldbank.org>

<http://www.oecd.org>

<http://www.denizfeneri.org.tr/gelismer2003.ppt>, İnsani Gelişme Raporu, UNDP,

Ankara, 8 Temmuz 2003

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/nisan_2004.xls

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/mayis_2004.xls

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/haziran_2004.xls



EKLER

EK 1: Bazı istatistiklerin açıklanması

Halk Toplulukları İçin Hayati İstatistik Adı Altında İncelenen İstatistik Konuları

1-Nüfus İstatistiği

Bu konu tamamen beşeri istatistik bilgisi kapsamında olmakla beraber hayati faaliyetlerle de çok yakından ilgilidir. Beş senede bir yapılan genel nüfus sayımlarından elde edilen bilgilere göre düzenlenir. Beşer senelik dönemler arasındaki nüfus tutarları arasında karşılaştırmalar yapılarak sonuçlar çıkarılır[Gürol, 1971: 167-170, Bertan, 1995:71-76].

2.Doğum İstatistiği

Nüfus hareketi durumunun bilinmesi yönünden canlı doğum oranları ile yeni kuşakları üretme kapasitesinin saptanması çok önemlidir. Bu nedenle canlı doğum istatistiği kayıtlarını gösterir sonuçların doğru olarak saptanması gerekir. Bu nedendir ki doğum istatistiği olarak ifade edilen sonuçlar için:

Kaba doğum oranları ile üretim oranlarının hesaplanması önemli bir yer tutar. Kaba doğum oranının hesaplanmasında esas faktör bir yıllık canlı doğum sayısıdır. Üretim oranının hesaplanmasında ise esas 15-44 yaş grubu kadın nüfusudur.

1.Kaba Doğum Oranı(KDO):

Bir yıldaki canlı doğum sayısı

$$KDO = \frac{\text{Bir yıldaki canlı doğum sayısı}}{\text{O yıl ortası (15-44) yaş grubu kadın sayısı}} * 100$$

O yıl ortası (15-44) yaş grubu kadın sayısı

2.Üretim Oranı(ÜO)

Bir yıldaki canlı doğum sayısı

$$ÜO = \frac{\text{Bir yıldaki canlı doğum sayısı}}{\text{O yıl ortası (15-44) yaş grubu kadın sayısı}} * 1000$$

O yıl ortası (15-44) yaş grubu kadın sayısı

Ölü doğumları saptamak için,

3.Ölü Doğum Oranı(ÖDO)

Bir yıldaki ölü doğum sayısı

$$\text{ÖDO} = \frac{\text{Bir yıldaki ölü doğum sayısı}}{\text{O yılda canlı, ölü, bütün doğumların sayısı}} * 1000$$

O yılda canlı, ölü, bütün doğumların sayısı

Bir ülkenin genel sağlık düzeyinin ne durumda olduğunun en gerçek ölçüsü, o ülkedeki bebek ölümü sayısıdır. Bebek, canlı doğanın (0) dan 12. ay sonuna, (1) yaş arasında bulunan yaş grubundakiler olarak anlatılır. **Neonatal**, canlı doğumdan itibaren 4. hafta sonuna kadar bebekleri, **Postnatal** 5. hafta başından itibaren 12. ayın sonuna kadar bebekleri ifade eder.

4.Neonatal Bebek Ölümleri Oranı(NBÖO)

Bir yılda doğumdan 4.hafta sonuna kadar ölen bebeklerin sayısı

$$\text{NBÖO} = \frac{\text{Bir yılda doğumdan 4.hafta sonuna kadar ölen bebeklerin sayısı}}{\text{O yılda canlı doğumun sayısı}} * 1000$$

O yılda canlı doğumun sayısı

5.Postnatal Bebek Ölümleri Oranı(PBÖO)

Bir yılda doğumun 5.haftasından 13.aya kadar ölen bebeklerin sayısı

$$\text{PBÖO} = \frac{\text{Bir yılda doğumun 5.haftasından 13.aya kadar ölen bebeklerin sayısı}}{\text{O yılda canlı doğumun sayısı}} * 1000$$

O yılda canlı doğumun sayısı

Gerek Neonatal ve gerekse Postnatal bebek ölümleri oranlarının hesaplanması mümkün olmaz ise bu durumda, bebek ölümleri oranları olarak hesaplamaya gidilir.

6.Bebek Ölümleri Oranları(BÖO)

Bir yılda doğumda 12. ayın sonuna kadar ölen bebeklerin sayısı

$$\text{BÖO} = \frac{\text{Bir yılda doğumda 12. ayın sonuna kadar ölen bebeklerin sayısı}}{\text{O yılda canlı doğumun sayısı}} * 1000$$

O yılda canlı doğumun sayısı

Hamilelik ve doğumla ilgili olması bakımından anne ölümlerinin hesaplanması da şöyledir:

7. Anne Ölüm Oranı(AÖÖ)

Bir yılda hamilelik ve doğumla ilgili anne ölümü sayısı

$$AÖÖ = \frac{\text{Bir yılda hamilelik ve doğumla ilgili anne ölümü sayısı}}{\text{Canlı ve ölü bütün doğumların sayısı}} * 1000$$

Canlı ve ölü bütün doğumların sayısı

Özelliklerine göre yukarıda işaret edilen çeşitli ölüm oranları hesaplamaları yanında bir de genel olarak bütün ölümlerin saptanması amacıyla kaba ölüm oranlarının hesaplanması vardır.

8. Kaba Ölüm Oranı(KÖÖ)

Bir yılda sebepleri ve bütün yaş-cins dahil tespit edilen ölüm sayısı

$$KÖÖ = \frac{\text{Bir yılda sebepleri ve bütün yaş-cins dahil tespit edilen ölüm sayısı}}{\text{O yıl ortası genel nüfus sayısı}} * 1000$$

O yıl ortası genel nüfus sayısı

Özellikle bulaşıcı hastalık vakalarının saptanması için yapılacak incelemelerde çok önemli olan bir diğer hesaplama da hastalık oranlarıdır. Hastalık, hastalığa yakalanan kişiler, eski vakalar, yeni vakalar ve hastalığın süresi gibi hususlarda hastalık oranları hesaplanması gerekir. Hastalık oranında birim olarak (1.000), (10.000) ve (100.000) bir karşılaştırma olarak alınabilir. Hastalık vakalarının azlığı veya çokluğu veya ilgi derecesine göre bu oran da kaba bir oran olarak belirtilir.

9. Kaba Hastalık Oranı(KHO)

Hastalık Sayısı

$$KHO = \frac{\text{Hastalık Sayısı}}{\text{O yıl ortası genel nüfus sayısı}} * 1000$$

O yıl ortası genel nüfus sayısı

Ayrıca hastalıkların ölüm oranı olarak;

10. Hastalık Ölüm Oranı(HÖÖ)

Bir yılda belirli bir hastalıktan bütün ölümlerin (yaş-cins dahil) sayısı

$$HÖÖ = \frac{\text{Bir yılda belirli bir hastalıktan bütün ölümlerin (yaş-cins dahil) sayısı}}{\text{O yıl ortası genel nüfus sayısı}} * 1000$$

O yıl ortası genel nüfus sayısı

Ülke nüfusu çoğalmasında doğumlar ile ilgili olması sebebiyle hayati faaliyetler yanında evlenme oranının da saptanması gereklidir.

11.Evlenme Oranı(EO)

O yıldaki evlenme sayısı

$$EO = \frac{\text{O yıldaki evlenme sayısı}}{\text{O yıl ortası genel nüfus sayısı}} * 1000$$

O yıl ortası genel nüfus sayısı

Bir toplumun doğum oranları ile ölüm oranları arasındaki fark, o toplumun doğal artması veya eksilmesini gösterir. Göçmen gelmesi, gitmesi sonucu artırır veya azaltır.



EK-2: Hastalıklarla ilgili bazı açıklamalar

Tablo EK-2.1: Bir İnsanın Günlük Dengeli Besin İhtiyacı

Besin Türü	Gram	Likitler ve Yağ Asitleri	Proteinler	Kalori
Hububat	400	6	40	1500
Yumru Köklüler	300	0,8	4,5	210
Sebzeler	200	0,8	2	60
Meyveler	100	0,2	0,5	25
Şekerliler	40	-	-	160
Yağlar ve yağlılar	80	80	-	720
Süt ve sütüleri	100	3,5	3,5	65
Et,balık, yumurta	180	18	36	216
TOPLAM	1400	109,3	86,5	2956

Kaynak: İbrahim GÜROL, Halk Sağlığı İdaresi, s.115

Tablo EK-2.2:Diyabetli Hastaların Ana-Baba ve Kardeşlerinde Diyabet Sıklığı

Diyabetli Hastaların Ana ve Babasında Diyabet Durumu	Sayı	Diyabetli Hastaların Kardeşleri		
		Toplam Kardeş Sayısı	Diyabetli Olanlar Sayı	%
Her ikisi Diyabetli	22	100	16	16
Sadece Birisi Diyabetli	370	1620	185	11,4
Hiçbirisi Diyabetli Değil	1589	6664	311	4,7
TOPLAM	1981	8384	512	32,1

Kaynak: Rahmi DİRİCAN ve Nazan BİLGEL, Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği), s.83

Tablo EK-2.3:Hastalığın Doğal Gidişinde Uygulanan Koruyucu Önlemler

1.Birincil Korunma Önlemleri Sağlığın Daha İyiye Götürülmesi a.Sağlık eğitimi ve güdüleme b.Olumlu bir çevre sağlamak c.Yeterli ve dengeli beslenmek d.Kişisel hijyen önlemleri almak e.Aile planlaması uygulamak Koruyucu Özel Önlemler Alınması a.Bağışıklık, kemoprofileksi gamaglobulin sağlamak b.Yeterince alınmayan besinleri sağlamak c.Kazalardan, kansinojenlerden korunmak d.Vektör kontrolü yapmak	e.Genetik hastalıkları, şekil bozukluklarını önlemek f.Sosyo-ekonomik önlemlerle yoksulluğu gidermek 2.İkincil Korunma Önlemleri a.Erken Tanı b.Uygun Tedavi ve Sakatlığı Azaltma a.Zamansız ölümleri önleme b.Komplikasyonları önleme 3.Üçüncül Koruma Önlemleri a.Medikal Rehabilitasyon b.Sosyal Rehabilitasyon
--	---

Kaynak: Rahmi DİRİCAN ve Nazan BİLGEL, Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği), s.99

Kemoprofilaksi: Bir enfeksiyonun oluşmasını ya da oluşan bir enfeksiyonun belirgin hastalık şeklinde gelişmesini engelleyerek kişinin sağlığını korumak amacı ile kimyasal maddeler ya da antimikrobik ilaçlar kullanılmasına denir.

Gamaglobulin:Antikorların çoğu, gamma globulini sınıfı proteinlerdir. Globulinler, tuzlu eriyiklerde eriyebilen, saf suda eriyemeyen proteinlerdir.

Vektör Kontrolü:Hastalık yapıcı organizmaları taşıyıcı hayvandır(sıtma etkenini taşıyan sivrisinek bir vektördür).

Fenilketonüri: Fenildonim adlı amino asit metabolizması bozukluğuna bağlı olan bir hastalıktır ve genellikle, zeka geriliği ile görülür.

Tablo EK-2.4: Erken Tanı Yönünden Özel Çaba Gösterilmesi Gereken Toplum Grupları ve Karşılaşabilecekleri Hastalıklar

1.Gebeler -Tüberküloz -Kalp Hastalıkları -Anemi -Frengi -Toksikoz -Diyabet -Böbrek Enfeksiyonu -Rh Uyuşmazlığı	4.Genç Yetişkinler (40 Yaşına Kadar) -Tüberküloz -Meslek Hastalıkları -Meme ve Serviks Kanseri -Anemi -Frengi -Bel Soğukluğu
2.Bebek ve Oyun Çağı -Beslenme -İşitme ve Görme Kusurları -Ruhsal Gelişim -Fenilketonüri -Sistik Fibrosis	5.Yetişkinler(40-59 Yaşına Kadar) -Genç Yetişkinlerin ve Yaşlıların Hastalıkları
3.Okul Çocukları -Beslenme -Tüberküloz -Görme ve İşitme Bozuklukları -Eğitime Uyumsuzluk	6.Yaşlılar -Hipertansiyon -Kanser -Glokom -Diyabet -Kronik Bronşit -Böbrek Hastalıkları -Kalp ve Damar Hastalıkları

Kaynak:Rahmi DİRİCAN ve Nazan BİLGEL, Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği), s.299

Tablo EK-2.5: Türkiye’de Tarama Yoluyla Erken Tanısı Yapılabilecek Önemli Hastalıklar ve Bu Hastalıklarda Uygulanacak Muayene Yöntemleri

Hastalığın Adı	Kullanılacak Yöntemler
Tüberküloz	-Tüberkülin -Radiofluografi(mikrofilm) -Balgam Muayenesi
Beslenme Bozukluğu	Ağırlık ve Boy Ölçümü
Hipertansiyon	Kan Basıncının Ölçülmesi
Diyabet	İdrarda ve Kanda Şeker Tayini
Bağırsak Parazitleri	Dışkıda Parazit Yumurtası Aranması
Sıtma	Kanda Sıtma Paraziti Aranması
Frengi	Seroloji Muayene
Serviks Kanseri	Sitolojik Muayene

Kaynak:Rahmi DİRİCAN ve Nazan BİLGEL, Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği), s.300

Tablo EK-2.6: Tanı Amacıyla Kullanılan Testlerin Duyarlılık ve Öznelliği

Test Sonucu	Doğru Tanı		Toplam
	Hastalık Var	Hastalık Yok	
Pozitif	A	b	a+b
Negatif	C	d	c+d
TOPLAM	a+c	b+d	a+b+c+d

Kaynak: Rahmi DİRİCAN ve Nazan BİLGEL, Halk Sağlığı(Toplum Hekimliği), s.303

Duyarlılık= $a/(a+c)$ Öznellik= $d/(b+d)$

EK-3: Obezite ve Diyabetle İlgili Gerçekler

Obezite ile ilgili bazı gerçekler:

1. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre Dünyada 1.1 milyar obez olduğu Dünya nüfusunun altıda birinin bu hastalıkla savaştığı açıklanmaktadır.
2. Türkiye Obezite vakfı tarafından açıklanan verilere göre vatandaşlarımızın Beşte birinin Aşırı kilolu olduğu, Şişmanlığın 15-16 yaş sınırına kadar dayandığı ve son on yılda şişmanlığın iki katına çıktığı belirtilmiştir.
3. Amerika'da nüfusun üçte birinin obez olduğu, Her yıl yarım milyon Amerikalının şişmanlığın vermiş olduğu hastalıklardan öldüğü ve tıbbi harcamalar ve üretim azalışlarından dolayı da ekonomiye her yıl 100 milyar dolar zarar verdikleri açıklanmaktadır.
4. Amerika'da her yıl 50 milyar dolarlık diyet ürünlerinin satılması ve bu rakamların her geçen gün artması konunun önemini ve ciddiyetini anlamamıza yetecektir.
5. Amerika'da her üç çocuktan biri şişman ve bu durum giderek daha ciddi bir hal alıyor. Yapılan araştırmalar göre 6 milyon çocuk tehlikeli derecede şişman, 5 milyonu ise şişmanlık sınırında bunun anlamı, günümüz çocuklarının 1990'a göre %30 daha şişman olmaları.
6. Türk kadınlarının zayıflama ürünlerine ve merkezlerine her yıl 200-300 milyon dolar harcadıkları ifade edilmektedir.
7. Uzmanlar 2236 yılında tüm dünyada nüfusun aşırı kilolu olacağını hesapladı.
8. Araştırmalara göre, aşırı kilolu insan nüfusu ile aç insan nüfusunun aynı düzeylerde olduğu belirtilmektedir.
9. Dünyada her 2-3 saniyede bir çocuk açlığa bağlı sebeplerle ölmektedir. Bir günde açlıktan ve dengesiz beslenmekten ölen çocuk sayısı 3.800'dür.
10. Diyabete bağlı organ bozuklukları 5-10 yıl sonra başladığından, yakında ergenlik çağındaki gençlerde kalp krizlerinin artması bekleniyor.

Kaynak: <http://www.superkilo.com/turkce/obezite.html#rakamlar>

Dünya'da yapılan epidemiyolojik çalışmalar diabetik nüfusun artmasının insan nüfusu artışının önüne geçtiğini göstermektedir. Diabetik nüfusun hızla artması hastalığın bedellerinin artmasını da birlikte getirmektedir. Bu bedellerin fertlere, ailelerine, sağlık bakım sektörüne, hükümetlere ve bütün toplum yaşamına ağır etkileri vardır.

Diyabetin bedelleri kısaca Şu Şekilde ifade edilebilir:

1.Diabetli kişi ve ailelerin finansal bedelleri

2.Sağlık bakım sektörünün bedelleri

-Hastane ve poliklinik servisleri

-Laboratuar servisleri

-İlaç ve tıbbi ekipmanın direkt bedelleri

3.Toplumun üretim kaybı

4.İŞ zamanı kaybı

5.Sakatlık ve diyabet komplikasyonları sonucu ortaya çıkan erken ölümlerin bedelleri

6.Stres, ağrı ve endişeler gibi psikolojik olayların bedelleri

Ayrıca, diyabet ve diyabetlilerin ekonomik yönü aşağıdaki Şekilde ifade edilebilir:

Dünya'daki tüm sağlık harcamalarının %10'u diyabet için yapılmaktadır. Genel nüfusa göre diyabetliler;

1.Dört misli daha fazla hastaneye yatmakta,

2.Polikliniklerde dört misli daha fazla kontrol olmakta,

3.Üç misli daha fazla reçete edilmektedir.

Diyabetli bir kişi için yapılan yıllık harcama sağlıklı bir erişkinden 40 kat fazladır. İki yıllık sürekli bir eğitimle, bu harcamaların %38,6 oranında düşürüldüğü gözlenmiştir.

(DİABET, 1999: 9-10)

EK-4: Kùltür-Çevre ve Kùltür-Sağlık

Ivan ILLICH'in çevre ile ilgili bazı ifadeleri "Sağlığın Gaspı" adlı eserde 23-24 sayfaları arasındadır.

"...Ama kesin olan iki şey var. Hekimlerin profesyonel çalışmaları, eski zamanda yüksek olan mortalite(ölüm oranı) ve mobilitenin(hastalanma oranı) düşmesinden dolayı yüceltilemeyeceği gibi, artan yaşam beklentisinden dolayı daha uzun, ama yeni hastalıkların dertleriyle dolu bir yaşamdan ötürü de suçlanamaz. Çünkü, bir yüzyıldan daha uzun bir zamandır hastalıkların trend analizi, herhangi bir toplumun genel sağlık durumunu belirleyen en birincil etkin çevre olduğunu göstermiştir. Tıbbi coğrafya, hastalıkların tarihçesi, tıbbi antropoloji ve hastalıklara yönelik yaklaşımın toplumsal tarihi göstermektedir ki yiyecek, su ve hava, sosyo-politik eşitlik düzeyi ve nüfusu sabit tutmayı olanaklı kılan kültürel mekanizmalarla birlikte, yetişkinlerin kendini sağlıklı hissetmesinde ve insanların daha çok hangi yaşlarda ölmeye eğilim gösterdiğinde belirleyici rol oynamaktadır. Eski hastalık nedenleri kaybolurken yeni bir tür kötü beslenme hızla yayılan modern bir salgın halini almaktadır..."

Ayrıca, "Sağlığın Gaspı"nda dipnot 16(s.194-195) dikkate değer gibi durmaktadır.

"...Bir buçuk yüzyıldan beri en birincil ve en önemli, aynı zamanda da en pratik ve kamu yönetiminin bilinen hizmetleri arasında yer alan önlemlerin kanalizasyon, mahallelerden, caddelerden ve yollardan tüm pisliğin uzaklaştırılması ve su dağıtımının düzeltilmesi sonucuna varıyor... yüzyıl önce Münih kentinin sağlık harcamalarını, ortalama ücret kaybına ve ortaya çıkan tıbbi harcamaya dayanarak hesaplıyor. Kamu hizmetinin, özellikle de daha iyi bir su ve kanalizasyon sistemi sağlamasının ölüm ve hastalık oranını, ayrıca mesai kaybını düşüreceğini, harcanan parayı geri kazandıracakını savunuyor. Epidemiyolojik araştırmalar bu insancıl düşünceleri tümü ile doğruluyor..."

Kùltür ve Sağlık

MacLachlan'ın ifadeleri şu şekildedir:

"... 'Doktor, sandalyesinden kalkıp Bayan Mehmet ve Gülay'a doğru ilerlerken, bebeğini de muayene edelim der. Fakat Bayan Mehmet duraklar, endişeli gözükür ve çevirmene burada olmasının nedeninin sadece Yusuf olduğunu söyler. Çevirmen, Bayan Mehmet'e kliniğe her iki çocuğunu da getirdiğinden, doktora bebeğini muayene etmesi

için izin vermesi gerektiğini söyler. Bayan Mehmet istemeyerek doktorun küçük iskelet gibi çıkmış hareketsiz vücutlu bebeğinin elbiselerini çıkarmasına izin verir. Doktor, Gülay'ın nazik başını büyük elleri ile tutar, Gülay'ın boynunu ve kulaklarını kontrol eder ve Gülay'ın çeşitli reflekslerini test ederken, çevirmene sert bir şekilde sorular sormaktadır. Anne, Gülay'ının hep bu şekilde olduğunu ve bebeğine kendisinin baktığını söyler. Doktor, şaşırmış bir şekilde, daha önce çocuğunu neden doktora götürmediğini sorar.

Bayan Mehmet Gülay'ı etrafındaki battaniyeler ile tekrar sarmalarken, çevirmene Gülay'ı doktora götürmemesinin nedenini bebeğinin probleminin ne olduğunu anlayamayacakları için olduğunu açıklar. Bu arada doktor, kronik ishal, sıvı kaybının yanında üst solunum yollarında problem ve menenjitten ürkererek, 'Bu bebeğin derhal hastaneye gitmesi gerektiğini' söyler. Doktor, Bayan Mehmet'e bebeğini bugün derhal hastaneye götürmesi gerektiğini söyler, doktor hastaneye telefon edeceğini ve Bayan Mehmet'i hastane de bekleyeceklerini ekler. Doktor, Bayan Mehmet'e klinikten hastaneye nasıl gidebileceğini gösteren bir kroki çizer ve derhal hastaneye gitmesini tavsiye eder. Bayan Mehmet Yusuf ile birlikte doktorun ofisinden ayrılırken doktora minnetle gülümser ve teşekkür eder. Doğruca eve giderler. Doktorun söylediğini yapmayıp, hastaneye gitmezler." s.60-61.

EK-5: Türkiye İçin Sağlık Reform Stratejisi Önerisi ve Mevcut Durum Tespitleri

1. Türkiye'deki nüfusun sağlık durumu kötüdür. Diğer ölkelerdeki aynı düzeyde bulunulan gelir seviyesi ile karşılaştırma ile birlikte, Türkiye mutlak rakamlarda kötü durumdadır. Özellikle anne ve çocuk ölüm oranları çok yüksektir. Tüm göstergeler açısından, bölgesel ve yerel olarak, sağlık çıktılarında büyük dengesizlikler vardır.
2. Toplumun tümü, hastalıkların tedavisi için gereken tedaviyi alamamaktadır. Yoksullarda bu olasılık, yoksul olmayanlara göre daha yüksektir.
3. Sağlık ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olanlar, bilgi düzeyi daha düşük olanlara göre daha fazla sağlık bakımı talep etmekte veya sağlık bakımlarına dikkat etmektedir.
4. Sağlık sigortasına sahip olmak, sağlık bakımı talep etmekte önemli bir etken durumundadır. Finansal bir korumaya sahip olmayanlar, sağlık bakımı talep edememektedir.
5. Temel sağlık bakımı sistemi, etkisiz ve yetersiz fonlanmıştır. Özellikle, çoğu insan tedavilerini kamu sağlık birimlerinden elde etmeye çalışmaktadır. Eğer finansmanını sağlayabilirlerse, özel sektörden hizmet talep etmektedirler.
6. Önemli sayıdaki sağlık merkezinde personel yetersizdir ve çoğu merkezde doktor bile yoktur. Durum kırsal bölgeler ile Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri'nde daha da kötüdür.
7. Hastanelerin çoğunluğu, Türkiye'de, etkisiz çalışmaktadır ve kaynakların heba edilmesinden sorumludur.
8. Sağlık Bakanlığı'na bağlı oldukça küçük kapasiteli hastaneler etkinsizliğin merkezindedir. Özellikle, kapasitelerin çok az ve sağlık insan gücünden problem hissetmektedir ve eski moda veya kötü çalışan donanımdan da problem duymaktadırlar.
9. Bölgelere göre sağlık personelinin dağılımında büyük dengesizlikler vardır. Özellikle, doktorlar büyük şehirler ve kasabalarda yoğunlaşırken, kırsal alanlar sağlık personeli eksikliği ile yüzleşmektedir.
10. Temel ve uzman bakımı açısından Türkiye'de doktorların tasnifinde önemli bir dengesizlik vardır. Türkiye'deki doktorların neredeyse yarısı uzmandır.

11. Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında, yetersiz bir koordinasyon gözlenmektedir.
12. Koruyucu bakım ve anne ve çocuk sağlığına ayrılan pay azdır. Toplam kamu sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı son 5 yıla artmasına rağmen, koruyucu çalışmalara ayrılan pay yıllar bazında düşmüştür.
13. Nüfusun önemli bir kısmının yeterli sağlık güvencesi ya da finansal bir koruma aracı yoktur. Örneğin, 50 bölgede nüfusun %10 veya daha fazlası herhangi bir sosyal güvenlik programı veya yeşil kart programına dahil değildir.
14. Kamu sağlık harcamalarının dağılımı eşit değildir. Zengin bölgelerde kişi başına daha fazla harcama yapılırken, fakir bölgelerde daha az harcama yapılmaktadır.
15. Gelir eşitsizliği ve sağlık statüsündeki ve faydalanmadaki eşitsizlik Milenyum Kalkınma Hedefleri'ndeki(Millennium Development Goals) sağlık bağlantılı hedeflere aşılama engel oluşturmaktadır.

Türkiye'deki sağlık reform stratejisinin 5 problemlili alanda yoğunlaşması gerekmektedir:

1. Kaynak mobilizasyonu ve kaynak toplanmasında iyileşmeler,
2. Sağlık hizmetlerinde faydalanmak için genişletilmiş faydalanma imkânı,
3. Sağlık hizmetlerinden faydalanma ve sağlık talebindeki artış,
4. Sağlık hizmetlerinin dağıtılmasında ve üretilmesinde etkinlik,
5. Sağlık hizmetlerinin klinik etkinliğindeki iyileşmeler.

Kaynak: World Bank, Report No: 24358 TU, Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency(In Two Volumes) Volume I: Main Report, March 2003:s.43-44

ÖZGEÇMİŞ

30.05.1976 tarihinde Trabzon'da doğdu. İlköğretim ile orta öğretimini Sakarya'da tamamladı. 1994 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi'ne girdi. 1996 yılında ise, eğitimini yarıda bırakıp, Sakarya Üniversitesi İktisat Bölümü'ne girdi ve bu bölümü 2000 yılında bitirdi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı.

