



**T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HARCAMALARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ: TÜRKİYE İÇİN ZAMAN SERİLERİ ANALİZİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Merve Demet ÇETİN**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi
Mustafa TORUN**

Çanakkale – 2019

TAAHHÜTNAME

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Demografik Dönüşüm ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Türkiye için Zaman Serileri Analizi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını, özgünlüğünü ve bir başka mecraya sunulmadığını, yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu ve yararlandığım kaynak ve verilerde hiçbir bir çarpıtma yapmadığımı belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

01.02.2019

Merve Demet ÇETİN



Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne



Merve Demet ÇETİN'e ait "Demografik Dönüşüm ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Türkiye İçin Zaman Serileri Analizi" adlı çalışma, jürimiz tarafından İktisat Anabilim Dalı YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Üyeler

İmza

Dr. Öğr. Üyesi
Mustafa TORUN
(Danışman)

Prof. Dr. Levent
AYTEMİZ

Doç. Dr.
Cüneyt KILIÇ

Tez No : 10234069
Tez Savunma Tarihi: 01.02.2019

ONAY

Doç. Dr. Şerif KORKMAZ
Enstitü Müdürü

22/02/2019

ÖZET

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM ve SAĞLIK HARCAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: TÜRKİYE İÇİN ZAMAN SERİLERİ ANALİZİ

İnsanoğlunun varoluşundan beri asıl ve en önemli amacı hayatta kalabilmek için vermiş olduğu mücadele olmuştur. Hayatta kalabilmenin ilk şartı ise sağlıklı bir yaşam sürdürebilmektir. Sağlıklı olmak, sağlık hakkından faydalanmak kuşkusuz her bireyin temel gereksinimidir. Bu nedenle sadece günümüzde değil geçmişte de toplum sağlığı hep gündemde olan bir konu olarak görülmüştür. Geçmişten günümüze toplum sağlığını iyileştirmek için hükümetler bir dizi politikalar yürütmüşlerdir. Sağlık konusunda ülkemizin yaşamış olduğu gelişmelerde 1963 yılından beri yapılan kalkınma planlarının büyük bir katkısı vardır. Bu nedenle tez çalışmasının birinci bölümünde demografik dönüşüm ile sağlık ilişkisi incelenirken ilk olarak kalkınma planlarında sağlık ve nüfus ile ilgili çalışmalara yer verilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlığın geçmişten günümüze geçirmiş olduğu yenilik ve ilerlemelere değinilmiştir. Geçmişte bugün için ufak tefek sayılan hastalıklardan ötürü ölümler gerçekleşebiliyorken günümüzde bu hastalıklar çok basit yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Bu anlamda tıptaki ilerlemeler daha kaliteli bir sağlık hizmetinden faydalanmanın önünü açan bir etken olmuştur. Kaliteli bir sağlık hizmeti ise insan ömrünün uzamasını, ölümlerin azalmasını ve sağ doğumlarda artış görülmesini sağlar. Daha iyi şartlarda sağlıklı bir yaşam sürdürmek aynı zamanda ülkenin yaş yapısını da değiştirerek yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Dünya üzerinde yaşlı nüfusun artması demografik sürecin sonuçlarından olduğu bilinen bir durumdur. Hükümetler yaşlı nüfusun çoğalmasının sağlık harcamalarında ve bütçede bir baskı oluşturacağı konusunda hem fikirdir. Bu çalışmanın amacı, demografik dönüşüm sürecinden etkilenen nüfustaki değişimlerin sağlık harcamaları ile olan ilişkisini ortaya koymaktır. Türkiye’de sağlık harcamalarının demografik sürece katkısını incelerken çalışmada demografik dönüşüm kavramı ve etkilerine yer verilmiştir. Son bölümde ise 1985– 2017 yılları arasında gerçekleşen 32 yıllık süre içinde sağlık harcamalarının, kişi başına düşen GSYİH, ölüm oranı ve nüfus artış hızı arasındaki ilişki üzerine bir takım analizler yapılarak sağlık harcamalarının, doğumlar ve ölümler üzerindeki etkisi incelenerek demografik dönüşüm süreci hakkında çıkarımlar yapılmıştır. Öncelikle nüfus artış hızı, doğum oranları, ölüm oranları, kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcamalarının 32 yıllık süreç için veriler

girilmiş ve zaman serileri oluşturulmuştur. Zaman serilerinin zaman içindeki değişimleri incelenerek durağan olup olmadıklarına bakılmıştır. Bir zaman serisinin varyansı ve kovaryansı zaman içerisinde sabit kalıyorsa o seriye durağandır diyebiliriz. Durağan olmayan veriler daha sağlıklı sonuçlar elde etmek için durağan hale getirilmiştir. Durağanlaştırma işlemi ise fark alma yoluyla yapılmaktadır. Durağanlığın sınılanması için birim kök testi yapılmıştır. Birim kök testi uygulanırken, uygun gecikme sayısı belirlenmiştir. Uygun gecikmeler ADF birim kök testi ise AIC SIC LM testleri yardımıyla belirlenmiştir. Durağanlık analizi sonucunda serilerin birinci farklarında durağan hale geldikleri görülmüştür diğer bir ifade ile seriler birinci dereceden bütünleşiktir. Durağan hale gelen serilerin uzun dönemde ilişkisini ortaya koymak için eşbütünleşme analizi yapılmıştır ve söz konusu dönemde eşbütünleşik olduğu yani uzun dönemde dengede olduğu anlamına gelmektedir. Sonuç olarak Granger nedensellik analizinden elde edilen sonuçlara göre sağlık harcamalarının, nüfus artış hızı ve GSYİH' nin Granger nedeni olduğu , ölüm oranından sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik bulunurken sağlık harcamaları ile doğum hızı arasında doğrudan bir nedensellik olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Temel Sağlık Göstergeleri, Nüfus Artış Hızı, Demografik Dönüşüm

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN DEMOGRAPHIC CHANGE AND HEALTH EXPENDITURE: TIME SERIES ANALYSIS FOR TURKEY

Since the existence of human beings, the main and most important purpose has been the struggle to survive. The first condition to survive is to lead a healthy life. Being healthy, taking advantage of the right to health are undoubtedly the basic requirement of each individual. For this reason, Community health care seen as an issue which is always on the agenda not only today but also in the past. Governments have implemented a number of policies to improve public health from past to present. The development plans which are made since 1963 have a great contribution to health improvements in our country.

Therefore, while the relationship between demographic transformation and health was examined in the first part of thesis study firstly, studies on health and population were included in the development plans. In addition, the innovation and progress in health care from past to present have been mentioned. In the past, although deaths can be realized due to minor diseases, these diseases can be treated with very simple methods today. In this sense, improvements in medicine have been a factor that paves the way for better quality health care. A high quality health service allows for a prolonged lifespan, decline deaths and an increase in right birth. Maintaining a healthy life under better conditions also causes to increase the old age population by changing the age structure of the country. The increase in the elderly population in the world is known to be the result of the demographic process Governments agree that the proliferation of the elderly population will put pressure on health expenditure and the budget. The purpose of this study is to investigate the relationship between changes in population affected by demographic transformation process and health expenditures. Also, the concept of demografic transition and its effects were mentioned while the contribution of health spending in Turkey was being examined. In the last section, some analyzes were made on the relationship between health expenditures, per capita GDP, death rate and population growth rate in 32 years period between 1985 and 2017, and the effects of health expenditures on births and deaths were examined and demographic transition process was made. First of all, data for population growth rate, birth rates, mortality rates, per capita GDP and health expenditures were entered for 32 years and time series were created. The changes in time series over time are

examined to see whether they are static or not. If the variance and covariance of a time series remain constant over time, we can say that the series is stable. Non-stationary data were stabilized to achieve healthier results. Stabilization is carried out by differentiating method. Unit root test was used to test the stasis. When the unit root test was applied, the appropriate number of delay was determined. The appropriate delays were determined by the AIC SIC LM tests. As a result of the analysis of stationarity, it was seen that the series became static in the first differences, in other words the series were integrated into the first order. A cointegration analysis was conducted in order to demonstrate the long-term relationship of the stagnant series and which means that they are cointegrated in the said period and that they are in the long-term equilibrium. As a result, according to the results obtained from Granger causality analysis, it was found that Health expenditures, population growth rate and GDP are Granger cause, there is a one-way causality from death rate to health expenditures and there is no direct causality between health expenditures and birth rate

Keywords: Health expenditures, basic health indicators, population growth rate, demographic transition

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında, demografik geçiş sürecini ve bu süreçte yaşanan önemli değişimlerin ülkemizdeki etkilerini bununla birlikte dönüşümün sağlık ile olan ilişkisi incelenmiştir. Dünya'nın ne zaman tamamlanacağı henüz bilinmeyen demografik bir süreçten geçtiği bilinmektedir. Yaşanan bu süreçle yakından ilgisi olan sağlık konusu ise süreklilik arz eden ve ne zaman nerede ihtiyaç duyulacağı belirsiz bir niteliğe sahiptir. Süreç içerisinde sağlık ve demografik değişkenlik incelenirken Dünya Sağlık Örgütü'nün kullanmış olduğu temel sağlık göstergelerinden olan doğum - ölüm oranı, doğurganlık oranı, doğumda beklenen yaşam ümidi gibi birçok unsur dikkate alınmaktadır. Bu unsurlar dönüşümün hem etkileyeni hem de etkileneni konumundadır. Yaş yapısındaki ve doğum hızındaki değişimler ülkelerin ekonomi politikalarını yakından ilgilendiren bir süreç haline gelmiştir. Bu anlamda çalışmada belirlenen yıllar için zaman serisi verileri kullanılmıştır. Veriler üzerinde birim kök ve eş bütünleşme testleri uygulanmıştır. Türkiye'de sağlık alanında yapılan harcamaların demografik dönüşümün bileşenlerinden olan ölüm/doğum oranlarına ve nüfus artış hızına etkisi incelenerek süreçle ilgili çıkarımlarda bulunulmuştur. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı dahilinde hazırlanmış olan "Demografik Dönüşüm ve Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Türkiye İçin Zaman Serileri Analizi" başlıklı tez çalışması süresince tecrübeleriyle desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Mustafa TORUN' a, katkılarından dolayı, Doç. Dr. Cüneyt KILIÇ' a, Prof. Dr. Levent AYTEMİZ' e, Rıdvan HELVALI' ya ve çalışmamın her aşamasında bana destek olan eşim Engin ÇETİN' e ve sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Merve Demet ÇETİN

Çanakkale, 2019

İÇİNDEKİLER

| | |
|-------------------|-----|
| ÖZET | i |
| ABSTRACT | iii |
| ÖNSÖZ | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| KISALTMALAR | x |
| TABLolar | xi |
| ŞEKİLLER | xii |
| GİRİŞ | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM

DEMOGRAFİK GEÇİŞ SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GÖRÜNÜMÜ

| | |
|--|----|
| 1.1. Demografik Geçiş Sürecinin Sağlık Sektörü İle İlişkisi..... | 2 |
| 1.2. Kalkınma Planlarında Sağlık Kavramı..... | 3 |
| 1.2.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 3 |
| 1.2.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 4 |
| 1.2.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 7 |
| 1.2.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 8 |
| 1.2.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 10 |
| 1.2.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 11 |
| 1.2.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 12 |
| 1.2.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 13 |
| 1.2.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 14 |
| 1.2.10. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı..... | 15 |
| 1.3. Türkiye'nin Nüfus Yapısı..... | 16 |
| 1.3.1. 1927- 1965 Yılları Arasında Uygulanan Nüfus Politikası..... | 20 |
| 1.3.2. 1965 Sonrası Uygulanan Nüfus Politikası..... | 22 |
| 1.4. Demografik Dönüşüm Teorisi ve Dönüşümün Aşamaları..... | 23 |
| 1.4.1. Demografik Dönüşümü Etkileyen Faktörler..... | 26 |
| 1.4.1.1. Doğurganlık Hızı..... | 26 |
| 1.4.1.2. Evlenme Hızı ve Yaşındaki Değişmeler..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 1.4.1.3. Üreme ve Anne Sağlığı..... | 29 |
| 1.4.1.4. Gelir düzeyi..... | 29 |
| 1.4.1.5. Ölüm Oranları..... | 31 |
| 1.4.1.6. Bebek Ölüm Hızı..... | 32 |
| 1.4.1.7. Çocuk Ölüm Hızı..... | 33 |
| 1.4.1.8. Yetişkin Ölüm Oranları..... | 34 |
| 1.5. Demografik Dönüşümün Sonuçları..... | 35 |
| 1.5.1. Yaşam Beklentisinin Artması..... | 35 |
| 1.5.2. Tasarruf Seviyelerine Etkisi..... | 37 |
| 1.5.3. Finansal Piyasalara Etkisi..... | 38 |
| 1.5.4. Sağlık Sistemine Etkisi..... | 38 |
| 1.5.5. Göçlere Etkisi..... | 40 |
| 1.5.6. İş Gücü Piyasalarına Etkisi..... | 41 |
| 1.5.7. Yaşlı Nüfusun Artması... .. | 42 |

İKİNCİ BÖLÜM

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM SÜRECİ ve SAĞLIK İLİŞKİSİ

| | |
|---|-----------|
| 2.1. Kamu Harcamaları, Özellikleri ve Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması..... | 45 |
| 2.1.1. İdari Sınıflandırma..... | 46 |
| 2.1.2. Bilimsel Sınıflandırma..... | 46 |
| 2.1.2.1. Reel Harcamalar..... | 46 |
| 2.1.2.2. Transfer Harcamalar..... | 47 |
| 2.1.3. Fonksiyonel Sınıflandırma..... | 47 |
| 2.2. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramı..... | 49 |
| 2.3. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri..... | 50 |
| 2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri..... | 52 |
| 2.3.1.1. Primer Koruma..... | 53 |
| 2.3.1.2. Sekonder Koruma..... | 54 |
| 2.3.1.3. Tersiyer Koruma..... | 54 |
| 2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri..... | 54 |
| 2.3.2.1. Birinci Basamak..... | 54 |

| | |
|---|----|
| 2.3.2.2. <i>İkinci Basamak</i> | 54 |
| 2.3.2.3. <i>Üçüncü Basamak</i> | 55 |
| 2.3.3. Rehabilite Edici Hizmetler..... | 56 |
| 2.3.3.1. <i>Tıbbi Rehabilitasyon</i> | 56 |
| 2.3.3.2. <i>Sosyal Rehabilitasyon</i> | 56 |
| 2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri..... | 57 |
| 2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Birinci Dönem..... | 57 |
| 2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde İkinci Dönem..... | 58 |
| 2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Üçüncü Dönem..... | 58 |
| 2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Dördüncü Dönem..... | 58 |
| 2.5. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Programı..... | 58 |
| 2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Programı Kapsamında Ulaşılabilirlik ve Kalite..... | 61 |
| 2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Programı Kapsamında Finansal Sürdürülebilirlik..... | 62 |
| 2.6. Türkiye’de Sağlık Harcamaları..... | 63 |
| 2.6.1. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri..... | 65 |
| 2.6.2. Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri..... | 66 |
| 2.6.2.1. <i>Sağlıklı İnsan Gücü</i> | 67 |
| 2.6.2.2. <i>İlaç Fiyatlarının Artması</i> | 68 |
| 2.6.2.3. <i>Hastane Göstergeleri</i> | 69 |
| 2.6.2.4. <i>GSYİH’ da ki Değişim ve Kişi Başına Düşen Gelirin Artması</i> | 69 |
| 2.6.2.5. <i>Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Artması</i> | 71 |
| 2.6.2.6. <i>Teknolojik ve Tıbbi İlerlemeler</i> | 72 |
| 2.6.2.7. <i>Kentleşme</i> | 72 |
| 2.6.2.8. <i>Sosyal Değer Yargılarının Değişiklik Göstermesi</i> | 73 |
| 2.6.2.9. <i>Demografik Göstergeler</i> | 74 |
| 2.7. OECD Ülkeleri’nde Sağlık Harcamaları ve Demografik Dönüşüm..... | 77 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARININ-DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİ: TÜRKİYE İÇİN ZAMAN SERİLERİ ANALİZİ

| | |
|---|------------|
| 3.1. Demografik Değişimler ve Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama..... | 81 |
| 3.1.1. Literatür Araştırması..... | 81 |
| 3.1.2. Ekonometrik Yöntem ve Veri Seti..... | 86 |
| 3.1.3. Zaman Serileri Analizi ve Zaman Serisi Grafikleri..... | 86 |
| 3.1.4. Durağanlık Analizi..... | 89 |
| 3.1.5. Johansen Eşbütünleşme Analizi..... | 92 |
| 3.1.6. Granger Nedensellik Analizi..... | 95 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 98 |
| KAYNAKÇA | 100 |

KISALTMALAR

| | |
|--------------|---|
| AB | :Avrupa Birliği |
| B.M | : Birleşmiş Milletler |
| DALE | : Sakatlık Düzeltilmiş Yaşam Beklentisi |
| D.S.Ö | : Dünya Sağlık Örgütü |
| DPT | : Devlet Planlama Teşkilatı |
| GSMH | : Gayri Safi Milli Hasıla |
| GSS | : Genel Sağlık Sigortası |
| TNSA | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| OECD | : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü |
| WHO | : World Health Organization |

TABLOLAR

| Tablo No | Tablo Adı | Sayfa |
|-------------------|--|--------------|
| Tablo 1.1. | Yıllar İtibari İle Temel Sağlık Göstergeleri..... | 36 |
| Tablo 1.2. | Cinsiyete ve Yaşa Göre Beklenen Yaşam Süreleri (2014- 2016)..... | 37 |
| Tablo 2.1. | Kamu Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması..... | 48 |
| Tablo 2.2. | Kuruma Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları..... | 55 |
| Tablo 2.3. | Türkiye’de 2000-2023 Yıllarına Ait Demografik Göstergeler..... | 75 |
| Tablo 3.1 | Demografik Dönüşüm Süreci ve Sağlık Harcamaları İlişkisini Açıklayan Çalışmalar..... | 82 |
| Tablo 3.2. | Serilerin Tanımlanması..... | 86 |
| Tablo 3.3. | Arttırılmış ADF Birim Kök Test Sonucu | 91 |
| Tablo 3.4. | Philips Perron Kök Testi Sonucu..... | 91 |
| Tablo 3.5. | Uygun Gecikmenin Belirlenmesi | 93 |
| Tablo 3.6. | Pantula İlkesi Çerçevesinde İz İstatistikleri | 94 |
| Tablo 3.7. | Johansen Eşbütünleşme Testi Sonuçları..... | 95 |
| Tablo 3.8. | Granger Nedensellik Testi Sonuçları..... | 96 |

ŞEKİLLER

| Şekil No | Şekil Adı | Sayfa |
|------------|---|-------|
| Şekil 1.1. | Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Türkiye Projeksiyon Nüfusları..... | 17 |
| Şekil 1.2. | Gelişmiş Ülkelerin Nüfus Yapısı / Gelişmekte Olan Ülkelerin Nüfus Yapısı | 18 |
| Şekil 1.3. | Türkiye Nüfusu, (2000- 2023)..... | 19 |
| Şekil 1.4. | Türkiye’de Toplam Doğurganlık Hızı (%) 2001-2017..... | 27 |
| Şekil 1.5. | Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, 2017..... | 30 |
| Şekil 1.6. | Ölüm İstatistikleri / Doğum İstatistikleri..... | 32 |
| Şekil 1.7. | Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri..... | 43 |
| Şekil 2.1. | Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırılması..... | 47 |
| Şekil 2.2. | Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri için Ayrılan Bütçe (milyon TL)..... | 53 |
| Şekil 2.3. | Yoğun Bakım Yatak Sayıları..... | 55 |
| Şekil 2.4. | AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) 2017..... | 62 |
| Şekil 2.5. | Sağlığı Etkileyen Dış ve İç Etkenler..... | 67 |
| Şekil 2.6. | Sağlıkta İnsan Gücü | 68 |
| Şekil 2.7. | Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (2002 – 2016), (%) Milyon TL, Türkiye..... | 70 |
| Şekil 2.8. | Sağlık Düzeyi, Sağlık Sistemi ve Nüfus İlişkisi..... | 76 |
| Şekil 2.9. | OECD ülkeleri Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Karşılaştırması 2017-SGP ABD \$..... | 79 |

| | | |
|--------------------|--|----|
| Şekil 2.10. | OECD Ülkeleri Beklenen Yaşam Süresi Karşılaştırması (2017)..... | 80 |
| Şekil 3.1. | 1985-2015 Yılları Arası Logaritması Alınmış Sağlık Harcamaları... | 87 |
| Şekil 3.2. | 1985-2015 Yılları Arası Yıllık Doğum Hızı..... | 87 |
| Şekil 3.3 | 1985-2015 Yılları Arası Logaritması Alınmış Kişi Başına Düşen GSYİH..... | 88 |
| Şekil 3.4 | 1985-2015 Yılları Arası Ölüm Oranı..... | 88 |
| Şekil 3.5 | 1985-2015 Yılları Arası Nüfus Artış Hızı..... | 89 |



GİRİŞ

Sağlık alanında yenilikler yapmak, sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırmak ve sayısal yönden yeterli duruma getirmek ülkelerin en önemli görevlerindedir. Sağlık hizmetleri üzerine öneri ve politikaların oluşturulmasında sağlık hizmetlerinden faydalanacak ne kadar nüfusun olduğu ise önemli bir sorunsal olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle hükümetler sağlık hizmetlerini yönlendirirken nüfus hareketlerini ve demografik değişimleri göz ardı etmeyerek hareket etmektedirler. Yapılan birçok çalışmada demografik sürecin en önemli kaynağının sağlık harcamaları olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarında görülen artışlar ölüm, doğum, yaşam süresi, anne sağlığı, doğumda hayat beklentisi gibi birçok faktörü etkilemektedir. Bu nedenle Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık harcamalarını arttırmaya yönelik girişimlerin yanında nüfusun yaş aralıklarının değişimi sağlık harcamalarını gelecekte önemli bir harcama kalemi yapacaktır. Nüfusta görülen bu değişiklikler sonucu ve sağlık alanındaki gelişmelerin de katkısı ile yaşam süreleri uzamakta dolayısı ile yaşlı nüfusta artışlar görülmektedir. Demografik dönüşümün en büyük ve etkili sonucu yaşlı oranlarının artmasıdır. Yani doğum ile ölüm arasındaki süre uzamıştır. Yaşlanma olgusunun sosyolojik ve ekonomik bir dizi sonuçları bulunmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan sağlık harcamalarının yaşlı nüfustan kaynaklandığını söylemek mümkündür. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde artan sağlık harcamalarının, nüfusun yoğunluğundan kaynaklanmadığı nüfusun niteliğinin sebep olduğu görülmektedir. Geçtiğimiz yüzyılda doğurganlık hızları hemen hemen her ülkede düşüş göstermiştir. Bu nedenle demografik dönüşüm her ülkenin başından geçen küresel bir süreçtir. Bu süreç içinde doğurganlıktaki azalmalar ve ölümlülükteki azalışlar demografik dönüşüme öncülük eden önemli demografik değişimlerdendir. Türkiye, henüz demografik dönüşümü tamamlayamamış ülkeler sınıfındadır. Buna karşın ileri yıllarda gerçekleşecek nüfus tahminleri ve projeksiyonları dönüşümün nereye doğru gideceği ve dönüşümün ne gibi etkilerinin olacağı konusunda bazı ipuçları vermektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

DEMOGRAFİK GEÇİŞ SÜRECİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GÖRÜNÜMÜ

Demografik geçiş süreci hükümet politika hedeflerine konu olan önemli bir süreçtir. Demografik dönüşümü etkileyen en önemli unsur ise sağlık konusudur.

1.1. Demografik Geçiş Sürecinin Sağlık Sektörü İle İlişkisi

Sağlık hizmetleri, sağlık bakım hizmetleri kavramlarının zaman içinde yaşanan olumlu gelişim ve değişim yaşanması demografik geçiş sürecinde yaşanan gelişmelerle paralellik göstermektedir. Bu nedenle toplumların demografik özellikleri, o toplumun nüfus ve sağlık ilişkisinin hem belirleyicisi hem de sonucu olmaktadır. Modern toplumların yetişmesi ve devamlılığı ile birlikte sağlık bakım hizmetleri de ayrı bir kurum olarak yerini almıştır. Modernleşme ve tıbbi ilerlemeler ışığında artan sağlık önlemleri ile yaşam düzeyinde artışlar yaşanmış ve ölüm hızlarında azalmalar meydana gelmiştir. Bu gelişmelerin yanı sıra doğum hızında artışlar görülmüş ve doğumların uzunca bir süre yüksek seviyelerde gerçekleşmesinden dolayı nüfus miktarı artmıştır. Eğitim seviyesinin yükselmesi, sosyo-ekonomik refahın artması ile doğurganlık düzeyi de kontrol altına alınmıştır. Toplumların sağlık hizmetlerine gereksinim duyması o toplumun demografik yapısı ile birebir ilişkilidir. Örnek vermek gerekirse bebek ölümlerinin hat safhada olduğu, genç bir görünüme sahip bir toplumda sağlık göstergelerinin olumsuz bir niteliğe sahip olduğunun bilinmesi bir tahminin ötesindedir. Böyle bir nüfus yapısına sahip toplumun sağlık ihtiyaçları ve talepleri de etkilenecektir. Nüfusun yaş durumuna göre görülen hastalıklar sağlık hizmetlerinin sunumunu belirleyecektir. Dolayısıyla yüksek bebek ölümleri yaşanan bir ülkenin sağlık hizmetlerine olan talebi ile yaşlı nüfusa sahip olan bir ülkenin sağlık hizmet talepleri farklılık gösterecektir. Yaşlı nüfusa sahip ülkelerin kronik hastalıklar ile mücadelesi önem kazanmaktadır (Akın ve Ersoy, 2012: 22-23).

Yaşlanan nüfus için devletin kamu harcamalarını nasıl ve ne kadarını sağlık harcamalarına ayıracağı ve ne tür tedbirler alacağı dikkat edilmesi gereken bir husustur. Hükümetler ve sağlık yöneticileri ilk defa karşı karşıya oldukları bir demografik değişim süreciyle oluşan yeni düzende toplumun imkanları, beklentileri iyi anlaşılmalı ve ona göre bir politika izlenmelidir. Demografik değişim global çapta tüm ülkeleri ilgilendiren bir olgudur. Hükümetler bu değişimi sorun olarak algılamakta ve sağlık bakım hizmetlerinde

ne gibi tedbirler alacağı, sosyal güvenlik açığını nasıl kapatılacağı ya da emeklilik yaşının yükseltilmesi gibi konuları sık sık gündeminde tutmaktadırlar. Oysa yaşlı nüfusun varlığı ülkenin gelişmişliğini, sağlık ve tıp alanında yaşanan ilerlemeleri göstermektedir (Arun, 2015: 1).

Kamunun sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü yıllar içerisinde geçirdiği değişimlere karşın hala güncelliğini korumaktadır. Bu aşamada önemli bir sorun çalışmamın da konusuna dahil olan sağlık harcamalarının sağlık sonuç göstergelerine etkisi olup olmadığı, dolayısı ile ülkemizin ve dünyanın yaşamış olduğu dönüşme ne denli etkisi olduğunu araştırdık. Sağlık harcamalarına ve sağlık bakım hizmetlerinde görülen iyileşmeler sağlık sonuç göstergelerinde olumlu sonuçlar yarattığı görülmektedir (Yılmaz ve Akdede, 2013: 93).

1.2.1. Kalkınma Planlarında Sağlık kavramı

Son yıllarda sağlık hizmetleri konusunda ülkemizde gözle görülür bir değişim olduğu açıktır. Bu değişimde geçmişten günümüze uygulanan kalkınma planlarının katkısı büyüktür. Kalkınma planları ile kuşkusuz ülke ekonomisi ve gelişmişliği için önemli olan sağlık alanındaki sorunlar çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır.

1.2.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

Bu plan 1963-1967 yılları arasını kapsamaktadır. Planın hedefi ekonomik büyümeyi ve yatırımları arttırmak amaçlı devlet ile özel sektör işbirliğini sağlamaktır. Vergi usulünde verimliliğin artırılması ve adaletin sağlanması bu planının hedefleri arasında yer almaktadır. Dönemin şartlarında ülkenin toplam giderlerinin kamu bütçe gelirleri ile karşılanması %71,5 oranında gerçekleşmiştir. Türkiye’de yapılan yatırımlar artmış buna bağlı olarak yatırım harcamaları artmıştır fakat vergi gelirlerinde beklenen gibi bir artış yaşanmamıştır. Özellikle 1950 yılından itibaren sağlık hizmetlerine yönelik yatırımlar ve teşvikler çoğalmıştır. Birinci kalkınma planında sağlık ile ilgili tüm hedefler genel tedbirler başlığı adı altında maddeler ile açıklanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde olumlu gelişmeler yaşanması ve sağlık hizmetlerinde kalite için alınan bazı tedbirler şunlardır;

a)Sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanması amacıyla yetki ve sorumlulukların alt tabana kadar yayılması sağlanmalıdır.

b) Özel durumu olan alanlarda ya da topluluklarda, içinde bulunan duruma uygun özel sağlık kurumları oluşturulacaktır.

c) Milli Savunma Bakanlığı'nın özel mahiyetteki bazı hizmetleri hariç tutularak kamu sektörü hizmetleri bir elden yürütülecektir.

d) Sosyalleşmenin sağlanması noktasında kanunların uygulanması için sağlık hizmetlerinde gereken tedbirler alınacaktır.

e) Türkiye'de bölgeler arasında sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılımı sağlanmalıdır.

f) Vatandaşların sağlık konusunda eğitilmesi, nüfus planlaması ve çevre sağlığı konularında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili diğer kamu kuruluşları arasında işbirliği sağlanacak şekilde tedbirler alınacaktır.

g) Hıfzıssıhha Okulu, halk sağlığı konusunu ele alan ve bu konuda araştırma yapan bir kurum haline getirilecektir.

h) Milli Savunma, Tarım ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarının aşı, serum üretimi gibi sağlık alanında yaptıkları üretimler bir elde toplanacaktır.

ı) Türkiye'deki hastanelerin kamu kuruluşları tarafından idaresi tek elden sağlanıncaya kadar devlet hastane açmaya devam edecektir.

i) Kamu kuruluşlarına ait yataklı tedavi noktaları karşılıklı olarak faydalanılmak üzere yatakları daha rasyonel kullanmak üzere gerekli tedbirler alınmalıdır.

j) Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapması, hastane kurmasını teşvik edici yönde destek verilecektir.

k) Yerli ilaç sanayii konusunda özendirici teşvikler yapılacaktır.

l) İlaç sanayiinde ruhsatların kötüye kullanılmasına izin verilmeyecek ve gerekli önlemler mevzuat kanalıyla alınacaktır.

m) Sağlık Bakanlığı denetleme yetkisini kullanarak ilaç fiyatlarını düzenleme konusunda titiz çalışmalar yürütülecektir.

n) İlaç kontrol hizmeti yürütülmesi amacıyla Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü derhal takviye edilecektir.

o) Sağlık sigortasının kurulması için gerekli çalışmalara başlanacaktır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001: 23)

1.2.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

Kalkınmanın finansmanını sorun eden ve bu sorunun üzerinde duran kalkınma planı 1968-1972 yılları arasında yürürlükte kalmıştır. Kalkınmayı finanse etme sorununu iç kaynaklara yönlendirerek ortadan kaldırmak amaçlanmıştır. Sürdürülebilir bir kalkınma için istikrarlı bir ekonomik ortam yaratmak istenmektedir. Ayrıca milli tasarrufların

arttırılması, enflasyon ve deflasyonist eğilimlere karşı önlemler alınması, gelirin adaletli dağıtımını sağlamak ve bütçenin maliyetli yapıdan kurtarılması maksadı ile yapılan bütçe politikaları gözden geçirilmelidir.

Birinci ve İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planlarında, ekonominin her alanında büyüme hedeflenmektedir. Bunun yanında halkın tüm kesimine eşit istihdam koşulları yaratılması öngörülmüştür. Kalkınma planlarının ikincisi olan bu dönemde sağlık alanında yapılmak istenenler sağlık politikaları başlığı altında toplanmıştır. Tek bir sağlık sigortası düzenine geçmeyi kolaylaştırmak amacı ile kamuya ait sağlık tesislerinde koordinasyonun sağlanması hedeflenmiştir. Bu hedefe yönelik ise Tedavi Kurumları Koordinasyon Kurulu kurulacaktır. Kurulacak tesislerin, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından kuruluş yerleri, kapasite durumları, personel kadrosu ve ücretleri, tesisin malzeme, yapı ve bakım tamiratları, kapasite durumları ve tesislerin kurumların uyum içinde görevlerini yerine getirmeleri yakından takip edilecektir. Kamu sektörü kurulan sağlık tesislerinden öncelikli olarak istifade edecektir. Sosyalleştirme çalışmaları yürütülebilmesi için alt yapı hizmetlerinin de sağlık yatırımlarından önce yapılması gerekmektedir. Yatırımların önceliği dikkate alınması ise önemli bir kaidedir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilen ve bu kapsamda verilen halk sağlığı eğitimlerinde, çevre sağlığı konularında, laboratuvar hizmetlerinde, ruh sağlığı ve besin kontrolü hizmetlerinde sorumlu organlar kurulacağı duyurulmuştur. Bu anlamda bu birimlerin ekonomik ve sosyal bakımdan sağlık hizmet taleplerinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Bölge laboratuvarları köylerdeki hastalıkların ortaya çıkabilmesi amacıyla gezici laboratuvar birimleri ile donatılacak ve laboratuvarların çalışmaları belirli standartlara bağlanacaktır. Mevcut ilaç laboratuvarlarının kapasitelerinden faydalanacak bir Devlet İlaç kontrol Enstitüsü kurulması için çalışmalara başlanacaktır.

Sağlık personeline ve halka verilecek olan sağlık esasları tespit edilecek bu hizmete yönelik araştırma yapmak ve eğitim vermek üzere "Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü" kurulacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde ilk önce doğu illerinden başlanacaktır. Sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamayan iller öncelikli ele alınacak ve programda çalışan doktorlara bir rotasyon imkanı sağlanacaktır.

Sağlık ocakları ile yataklı tedavi olanağı olan kurumların iş birliği yapılması sağlanacaktır.

Sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlayacak özel teşebbüsler desteklenecektir. Ancak bu işbirliği yapılırken personel ve hizmet olanakları bakımından genel sağlık programları aksatılmayacak şekilde hareket edilecektir.

Yerli sermaye ile kurulan fabrika ve laboratuvar için az miktarda döviz talep edilerek ilaç temini yapılacaktır.

İlaç sanayii de geliştirilen ilaçların hammadde miktarlarında oynama yapmalarını engellemek ve maliyeti düşürebilmek adına ticari kaygıyla hareket edilmesi önlenecektir.

Aşı kampanyaların yürütülmesi ve aşı üretimi yapılabilmesi için kuruluşlar arası işbirliği yapılacaktır. Bu işbirliğinin asıl amacı ise bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önüne geçebilmek ve çevre sağlığı şartlarını iyileştirmektir.

Mevzuattaki besin maddelerinin kontrolü ve ilgili maddeler günün şartlarına göre ayarlanıp değiştirilecektir. Bu konuda eksik olan ve yeterli olmayan çalışmalar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından desteklenecek ve bu amaç altında birleşerek gerekli kuruluşlarla işbirliği yapılacaktır.

Çalışma Bakanlığı ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı işçi sağlığı konusunda ve koruyucu sağlık hizmetleri eğitimleri konusunda işbirliği yapacaklardır.

Ruh sıhhati kuruluşlarının hem nicelik hem nitelik bakımından yeterli hale getirilmesi hususunda çalışmalar arttırılacaktır.

Bu dönemde hazırlanan kalkınma planında özellikle sağlıklı olmanın öneminin toplumun geneline yayılması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği gibi konulara dikkat çekilmiş ve bu yönde yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu gibi çalışmalar hala günümüzde güncelliğini korumaktadır.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda eğitim, istihdam ve işgücü gibi konularında da bazı maddelere yer verilmiştir. Bunlar:

-Ülkedeki tıp fakültelerinin çalışmaları ve sağlık eğitimi standartlarını takip etmek ve çalışmalar arasında ilişki kurmak üzere Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın katıldığı bir kurul oluşturulacaktır.

-Sağlık öğretimi programını amacına ulaştırmak için gereksinim duyulan hekim sayısı karşılanacak ve bu amaç doğrultusunda insan gücü hedeflerine ilave kapasiteler yaratılacaktır. Kapasitelerin yaratılmasında büyük merkezlerin eğitim potansiyelinden faydalanacaktır ve bu konuda görevlendirilen personelin eğitim alması genç yaşlarda başlatılacaktır.

-Toplum sağlığı konularında sağlık politikası ilkelerine uygun olarak eğitim verilecektir. Bütün kurumların sağlık eğitimi vesilesi ile toplum sağlığı konularında duyarlı olması sağlanacaktır. Sağlık eğitiminde pratisyen hekim ihtiyacının karşılanması için yardım edilecek ve gerekli değişiklikler yapılacaktır. Tıp Fakóltesi mezunlarına mezun olmadan önce ‘‘Intern’’ dönemi zorunlu hale getirilecektir.

-Tıp alanındaki gelişmelere ayak uydurulması ve hekimlerin bilgi kazanımlarını arttırmak amacıyla hekim istihdamı sağlayan kurumların hizmet içi eğitimleri tüm sağlık çalışanlarına sağlaması zorunlu kılınacaktır.

-Sağlık eğitimi veren özel okulların açılması ve bu okulların devlet okulları standardının altına düşmesi engellenecektir.

-Hekimleri istihdam eden hastanelerin farklı ücret uygulamalarını önlemek amacıyla hekimlerin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlayacak bir ücret politikası uygulanacaktır.

-Çevre sağlığı şartlarının daha iyi bir hale getirilmesini sağlamak amacıyla çevre sağlığı teknisyeni ve çevre mühendisi gibi teknik personeller yetiştirilmesine öncelik tanınacaktır.

-Yoksunluk bölgelerinde çalışmak maddi açıdan özendirici hale getirilecek ve bu bölgelerde çalışanlara mesleklerini icra ederken bazı avantajlar ve rotasyon gibi olanaklar sağlanacaktır (Kalkınma Bakanlığı,1968: 215-226).

1.2.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı

1973-1977 yıllarını kapsayan üçüncü kalkınma planı yeterli büyüklükte ve nitelikte değildir. Bu planın sağlık alanındaki amacı sağlık hizmetlerini dağınlık yapısından kurtarılıp yerine bütünleşmiş bir sağlık sistemi içinde sağlık hizmetlerini sunmak olmuştur. Özellikle sağlık personelinin kentlerde yoğunlaşmasından dolayı sağlık ile ilgili yurt genelinde bir başarıya imza atılamamıştır. Kırsal bölgelerde bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla koruyucu hekimlik hizmetleri yaygınlaştırılıp tedavi edici sağlık hizmetlerine olan yığılmaları önlemek mümkün olmamıştır. Bunun yanında çevre sağlığı, çocuk ve anne sağlığı, toplumun sağlık konusunda eğitim alması ve aile planlaması hususunda bilinçlendirme çalışmaları gibi hizmetler bu dönemde sadece belirli bölgelerde etkin olabilmıştır. Yataklı tedavi kurumları sayıca artış göstermesine rağmen yatakların illere dengesizce dağıtılmasından kaynaklanan bir takım sorunlar hala devam etmektedir. Toplam yatak kapasitesinin %44,6’sı İstanbul, Ankara ve İzmir gibi üç büyük ilde toplanmış, diğer yandan personel eksikliği, makine teçhizat eksikliği ve hastane

işletmeciliğinin gelişmemiş olması gibi sebeplerle yatak kapasitelerinden yeterince faydalanılamamaktadır. Yatak kapasitelerinin eksik kalması durumu ise kamu kuruluşlarında ortalama yatak kullanımının %58 gibi düşük oranlarda seyretmesi sonucunu doğurmuştur. Halk sağlığı eğitiminin henüz gelişme göstermemesi bireylerin yetersiz ve dengesiz beslenmesine neden olmaktadır. Bu olumsuzluklar ise özellikle ana-çocuk sağlığı açısından sorun teşkil etmektedir. Ayrıca ülke genelinde çarpık yerleşme, mali açıdan güçsüz durumda olmak, eğitimsizlik, hızlı nüfus artışı gibi sebepler çevre sağlığının nedeni önemli bir konu olduğunun göstergelerindedir.

Sağlık şartlarının iyileştirilmesi ve yaşam sürelerinin uzaması noktasında devletin ülke nüfusunun tümüne ulaşmaya çabalaması kamunun sağladığı en önemli katkılardan biridir. Devletin bu amaca yönelik olarak 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, 3 bin kişiye sağlık evi ve 10 bin kişiye 33 hasta yatağı temin etmesi ve bu noktada bir standarda ulaşılması hedeflenmektedir. Kalkınma planlarının ve ekonomik gelişmişliğin de etkisiyle özellikle kırsal bölgelerde yaşayan insanların giderek artan sağlık taleplerine karşın koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması nedeniyle tedavi edici sağlık hizmetlerine başvuran sayısı artmış ve karşılanamayan fazla bir talep ortaya çıkmıştır. Bu durumla karşı karşıya kalan yörelerde sağlık hizmetlerinin tek bir ekip tarafından yürütülmeye çalışılması ve sağlık hizmetlerinin dağılımındaki dengesizliği giderebilmek amacıyla 1963 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programı uygulanmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarla Türkiye’de 1972 yılına gelindiğinde 25 il ve 3 eğitim bölgesinde 847 köy tipi, 69 şehir tipi sağlık ocağı ve 869’u devlet yapılanması olmak üzere 2271 sağlık hizmet vermektedir. Programın kapsadığı bölgelerde 6 milyon 600 bin kişi kentlerde ve 9 milyon 500 bin kişiye gerekli sağlık hizmeti sunabilecek birimler oluşturulmuştur. Bu programla beraber 1971 yılı sonunda sosyalleştirme çalışmalarının uygulandığı bölgelerde mevcut pratisyen hekim ve uzman hekim kadrolarının yüzde 65’i, hemşire yardımcısı kadrolarının %20’si, sağlık memuru kadrolarının %26’sı, hemşire kadrolarının %71’i ve ebe kadrolarının da %35’i atıl kalmış halde olduğu görülmektedir. Atıl kalan kadroların istenildiği gibi doldurulamamasına karşın sosyalleştirme çalışmalarının uygulanmasıyla sağlık personelinin niteliği incelenecek olunursa programın uygulandığı illerde büyük bir başarı kaydedilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 1973: 73-150).

1.2.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı

1979-1989 Yıllarını Kapsayan bu planda sağlıklı tüketim, sağlıklı kentleşme ve sağlıklı beslenme gibi konulara ağırlık verilmiştir. 1977 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üzeri

grubun yaşlı nüfusa oranı %4.5' tir. Uluslararası göstergelere göre bu grup içinde bulunan 1. 9 milyon kişiden 494.280'inin bakım ve rehabilitasyona ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Üçüncü plan döneminde 65 yaşını dolduran yaşlı ve bakıma muhtaç ve sakatlık geçirenlere maaş bağlanması 1977 yılında çıkarılan yasa ile yürürlüğe girmiş ve bu karar neticesinde 780.000 bireyin maaş alabilme imkanı doğmuştur. Dönem içinde 1970'li yılları öncesinde de olduğu gibi özellikle yetişmiş sağlık personelinde aksaklıklar bulunmaktadır. Bu dönemde plan hedeflenenin üzerinde özellikle yatak sayılarında artış yaşanırken tıp hizmetlerinde uzmanlaşma konusunda ise aynı başarı yakalanamamıştır. Planlı dönemde hedeflenen sağlık ocakları ve sağlık evlerinin yapımı ve gerçekleşen sağlık ocakları yapımında belirgin farklar bulunmaktadır. Yaşanan aksaklıklar yatırımlarda görülen eksikliklerden değil yapımı tamamlanmış birimlerin tıbbi malzemeler, ilaç ve araç-gereç gibi ihtiyaçlar zamanında ulaştırılmamasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca arsa temin edilememesi, inşaat, projelendirme ve personel sağlayamama gibi sebepler dolayısıyla da program hedeflenen zamanda gerçekleşmemiştir.

Türkiye'deki 1970'li yıllarda ilaç ruhsat sayısı 20 binin üzerinde olduğu kaydedilmektedir. Piyasada bulunan ve üretilen ilaç sayısı ise 4.200 civarındadır. Üçüncü plan döneminde gerçekleşen yurt içi talebin tamamına yakın bir kısmı yerli üretim ile karşılanmıştır. Ancak üretimi seyrek olan ilaç türlerinde ise ithal etme yoluna gidilmiştir. Türkiye'de bu dönemde genç nüfusun fazla olması, yeni doğan ve bebek ölümlerin fazlalığı, yetersiz ve yanlış beslenme, çevre sağlığı konusunda kötü koşulların olması gibi sebeplerle ana- çocuk sağlığı hizmetlerinin verimli yürütülememesi önemli bir sorun olarak güncelliğini korumaktadır. Bu gibi aksaklıkların yaşanması nedeniyle bu dönemde aile planlaması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde gelişmenin istenilen hedeflere ulaşamamıştır. Tıptaki ilerlemelerin yanında tıp alanında ithal edilen teknolojiyi kullanabilecek nitelikte personel bulunamaması ve gelişen teknolojiyle ithal edilen tıbbi cihazların kullanımı yeterli değildir. Teknolojinin ithal edilmesi tıp alanında yeniliklerle hastalıkların tedavisinde çözüm kaynağı olsa da ülke için döviz kaybına yol açmaktadır. Program kapsamında değerlendirilen bir diğer konu ise kan alma işlemidir. Kan alma işlemi konusunda program dahilinde kan türevleri kanların ihtiyaç sahibine ulaştırılmasına kadar süre gelen aşamaları denetleyen çalışmalara öncelik verilecektir. Okul ve okul öncesi çocuklara beslenme programları konusunda reçeteler düzenlenecektir. Bunun yanında aileleri tarafından yeterli besin sağlanamaması durumunda yoksul olan ailelere devlet yardım edecektir. Ana sağlığına zarar veren uygulamaların olumsuz etkilerini en aza

indirmek amacıyla köy ebelerinin işlevleri arttırılacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 1979: 143-465).

1.2.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

1980’li yılların ortasından itibaren uygulanması düşünülen bu kalkınma planının da ülkenin ekonomik kalkınmışlığı ile ilgili yeni atılımlar yapılmıştır. Sağlık alanında ise tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden dengeli ve en iyi şekilde yararlanabilmeleri amacıyla düzenlemeler yapılmıştır. Önceki yıllarda istenilen başarı yakalanamayan uygulamalarla ilgili yeni düzenlemeler ve revizyonlar yapılmıştır. Sosyalleştirme uygulaması kapsamında planın son yılında 720 sağlık ocağı ve 4 215 sağlık evi yapımının tamamlanması planlanmıştır. Halkın ruh ve beden sağlığını iyileştirmek ve korumak için sağlık hizmetlerini herkese eşit ve sürekli bir şekilde ulaştırmak esas alınmıştır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve düzenli bir biçimde yürütülmesi için mevcut mevzuatta değişiklikler yapılacaktır.

Bu dönemde halkın kaliteli gıdalarla beslenebilmesi sağlanmıştır. İşçilerin çalışma ortamının tehlikeli olmasından kaynaklanan iş kazaları ve meslek hastalıkları hususunda işçilerin çalışma koşullarında iyileştirmelere gidilmesi için birtakım kararlar alınmaktadır. Sosyal ve ekonomik düzeyleri gereğince ailelere istedikleri ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahip olmaları konusunda aileler bilinçlendirilecek ve etkili bir aile planlaması hizmetlerinin sunulması konusunda çalışmalar başlatılacaktır. Gelişmekte olan ülkelerin genel sorunu olan çocuk ölümlerinin en aza indirilmesi konusunda bir takım düzenlemelere gidilmiştir. Çocuk ölümleri ile ilgili kuruluşların katılmış olduğu bir kurul oluşturulacaktır. Bu kurulun amacı ise çocuk ölümleri oranlarının gelişmiş ülkeler seviyesinde gerçekleştirilmesi için dayanışma ve işbirliği halinde olmaktır.

Tıbbi bakım hizmetlerinde faaliyet gösteren tedavi kurumlarının verimli olması için bütünleşmenin sağlanabilmesi gerekmektedir. Bu amaçla sağlık hizmetlerinin verildiği kurumların tüm kademelerinde nicelikleri bakımından yeterli personel istihdam edilmesinin yanı sıra nitelik olarak da kendini geliştiren kalifiye personel ve yetiştirilmesi gerekmektedir. İlaç üretiminde ise hayati önem taşıyan ilaçların hali hazırda bulundurulması ve ilaçların tüketiminin israfa sebep olmayacak şekilde gerçekleşmesi sağlanmalıdır. Tıbbi cihazların alımı, muhafaza edilmesi, seçilmesi ve bakımı gibi eylemler için gerekli işbirlikleri yapılmalı ve bu eylemleri gerçekleştirecek personelin yetiştirilmesi esas alınmalıdır. Personelin yetiştirilmesine yönelik teknik okullarda programlar başlatılacaktır. Hastane işletmeciliği açısından bakıldığında poliklinik

hizmetlerin düzenlenmesi belli standartlara bağlanacak ve poliklinik idari hizmet binalarının yatan hasta servislerinden ayrılmaları sağlanacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 1985: 150).

1.2.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı

Bu kalkınma planı 1990-1994 yılları arasını kapsamaktadır. Planda kamu harcamalarının azaltılması ve kamu gelirlerinin artırılması yönünde bir maliye politikası hedeflenmiştir. Hedefler arasında bütçe dışı fonların bütçe içinde değerlendirilmesi de vardır.

Temel sağlık hizmetleri içinde ise aile planlaması, ana-çocuk sağlığının göstergelerinden olan doğurganlık, anne ve bebek ölüm oranlarına fazlaca ilgi gösterilmemiş ve sistem dışı bırakılmıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu hizmet açığını kapatmak için sağlık hizmetlerinin devamlılığını, etkin ve verimli olmasını ve hizmetten tüm kesimlerin yararlanması sağlanacaktır. Demografik yapı ile alakalı bio-teknoloji alanındaki yenilikler yakından takip edilerek bu alanda başlatılan uygulamaların olumlu sonuçlanması için gerekenler yapılacaktır. Ailelere çocuk yetiştirme, çocukların sağlıklı besinler tüketmelerinin sağlanması hususunda bilgilendirmeler yapılacaktır. Başta televizyon ve radyo olmak üzere tüm yayın organları ve önemli kuruluşlar gençlerin sağlıklı ortamlarda yetiştirilmesi, beslenmesi ve hastalıklardan korunabilmesi için işbirliği yapacaktır. 1994 yılı sonunda doğuştan yaşam beklentisinin 68 yıla yükselmesi, bebek ölümlerinin binde 50,0'ın altına inmesi, 1011 kişiye bir hekim, 4845 kişiye bir diş hekimi, 736 kişiye bir ebe ve hemşire, 2838 kişiye bir sağlık memuru ve 3655 kişiye eczacı düşmesi hedeflenmiş ve hedefleri gerçekleştirmek için çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmaları destekleyen bir sağlık ana planı hazırlanması öngörülmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinde süreklilik, verimlilik ve yaygınlık kazandırılacaktır. Gereken önem verilmeyen bir alan olan aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri yurt genelinde yaygınlaştırılacak ve etkin hale getirilecektir. Sağlıklı bir yaşam ortamı sunmak amacıyla çevre sağlığının gelişimini destekleyen modern bir kanalizasyon alt yapı yatırımları sürdürülecek ve belediyelerin standartlara uygun umumi tuvalet inşa etmeleri konusunda gereken destek verilecektir. Özellikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik temiz içme suyu gibi risk faktörlerinin iyileştirilmesi yapılarak halka sunulacaktır. İlaç, serum, aşı ve kan gibi ürün üretimlerinin, gıda kontrol hizmetlerinin kalitesini, dağıtımını, kullanımını ve muhafaza edilmesini kapsayan bir düzenleme etkin hale getirilecektir. Sağlık bilincinin oluşabilmesi için eğitim faaliyetlerine yer verilecektir. Sağlık hizmeti

sunan tüm birimler arasında bir koordinasyon sağlanacak, yatak kullanımı da dahil olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinde rasyonel adımlar atılacaktır.

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, yaşlı ve engellilere yönelik tedavi olanakları geliştirilecek ve hizmet sağlamada kapasiteler artırılabilecektir. Sağlık ekonomisinin verimliliği için insan gücü planlaması yapılacak ve sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımı sağlanarak gerekli tedbirlerin alınması için gerekli özen gösterilecektir. Bilimsel araştırmalar ile tıp alanında gelişme gösteren ve yeni tıp teknolojilerini kullanmaya yönelik tüm gelişmelere gereken destek verilmesi esas alınmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 1990: 284-291).

1.2.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

Sağlık göstergelerinden olan doğuştan yaşam beklentisi 1989 yılında 66 yıl iken 1994 yılında 67,7 yıla çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolü hala çok büyüktür. Sağlık alanında kaynakların etkili kullanılabilmesi, hizmette devamlılığın sağlanabilmesi ve tüm yurttaşlara kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak amacı ile sağlık hizmetlerinde yeniden yapılandırma için çalışmalar sürdürülmektedir. Sağlık hizmet politikaları için alınan kararların zamanında uygulamaya geçirilmemesi, sağlık hizmetlerinin gelişimini sekteye uğratabilecek ve uygulanan politikaların başarısız olmasına sebep olacaktır. Sağlık kuruluşları arasında koordinasyon olmamakla birlikte sağlığa ayrılan kaynaklar da yeterli değildir. Bu plan döneminde sağlık için yapılan yatırımlar da rasyonel davranılmamasının yanı sıra ülke geneline orantısız bir kaynak aktarımı görülmektedir. Bazı sağlık kurumlarında yetersiz kapasite görülürken bazı yerlerde ise atıl kalan kapasite mevcuttur. Bu döneme daha az kaynak ayırarak daha sağlıklı bir toplum yaratmak düşüncesi hakim olmuştur. Aile planlaması, çevre sağlığı, aşılama, ana-çocuk sağlığı gibi koruyucu nitelikteki sağlık hizmetlerine daha az kaynak ayrılırken fazla kaynak ayrılmasını gerektiren ve maliyetli bir yapısı olan ayakta teşhis ve tedavi olanağı sunan sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmiştir.

224 Sayılı Kanun'la sağlık ocakları ve sağlık evlerinin donanımı ve insan gücü açısından geliştirmek için çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle kırsal alanlarda sağlık evleri ve ocaklarında yeterli iş gücü olmaması sebebi ile yapılan düzenlemeler teoride kalmış ve uygulanmaya konulamamıştır. Diğer yandan birinci basamakta hizmet sağlamak amacıyla sağlık bakanlığı bünyesinde çok yönlü sağlık birimleri hizmet vermek üzere çalışmalara başlamıştır. Birinci Basamakta dahil olmak üzere referans hastanelerine uzanıp giden ve tüm kademeleri içine alan etkin bir hasta sevk sistemi ile hizmetin organizasyonel

açından kuvvetlendirilmesi amaçlanmış fakat bu proje başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bu başarısızlık, hizmet talep edenlerin yanlış yerlere yönelmelerine, hastaların aşırı yığılmalarına, sağlık insan gücü ile ilgili sıkıntıların artmasına ve birim maliyetlerde artış yaşanmasına sebep olmuştur. Sağlık mevzuatı ile ilgili bir takım sıkıntılar devam etmektedir. Bu sıkıntılar özellikle finansman, personel politikaları, yönetim yapısı, hizmetin sunumu, kaliteli bir hizmet ve toplum sağlığı ile ilgili düzenlemeler konusunda yoğunlaşmaktadır. Bu olumsuzluklar hizmet kademeleri arasında doğru ve eksiksiz bilgi sağlamada aksaklıklar yaşanmasına neden olmuştur. Dönem boyunca dengeli ve yeterli beslenememeye dayalı görülen sağlık sorunlarının devam ettiği görülmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında sorunlar yaşanmaktadır. Her alanda olduğu gibi bazı tıp dallarında uzman hekim açığı bulunmaktadır. Ülke genelinde hekimlerin dağılımı düzensizdir. 1995 yılı itibari ile Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü hizmet biriminde çok sayıda pratisyen hekim, diş hekimi ve uzman hekim kadroları atıl durmaktadır. 1994 yılı itibari ile Kalkınmada Öncelikli 23 İilde Sağlık Projesi uygulanmaya konulması yönünde çalışmalar başlatılmıştır. Sağlık hizmetlerinde entegre bir sistem kurulması amacıyla örgütlenmeye gidilecektir. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu illerde semt polikliniği uygulaması tüm şehirler için yaygın hale getirilecektir. Sağlık grup başkanlıkları kaldırılacak ve ilçe sağlık müdürlükleri kurulacaktır. İllerde ve nüfusun yoğun olduğu ilçelerde eğitim sağlık ocakları oluşturulması ve ana çocuk sağlığı merkezleri gerektiğinde bu amaçla kullanılması sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın sadece yataklı tedavi hizmeti sunumu gerçekleştirmek gibi bir imaj yaratılmasının önüne geçilecek ve Sağlık Bakanlığı toplum sağlığını koruyucu, kural koyucu bir yapıya kavuşturulacaktır. Gıda üretim politikası gereği sağlıklı beslenmeye yönelik sorunlar incelenecek ve bu yönde aşırı tuz tüketimini, suyun florlanması, ekmeğin içindeki malzemelerin zenginleştirilmesi gibi konulara dikkat çekilmiştir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi referans hizmet sağlayan ulusal bir laboratuvar olarak kullanılacaktır. Kan ürünleri, serum ve aşı üretimindeki olumsuzlukların giderilmesi amacıyla düzenleyici politikalara daha fazla önem verilecektir. Biyomedikal hizmetlerin yaygınlaştırılması amacı ile gerekli altyapı çalışmaları başlatılacak ve bu amaca uygun personel yetiştirilmesi öngörülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 1996: 34-41).

1.2.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı

2001 – 2005 yılları arasını kapsayan bu dönemde maliye politikası yönünden kamu açıklarının kapatılması, mali bir disiplinin sağlanması, ülke kaynaklarının stratejik

dağılımının sağlanması hedeflenmiştir. Ailelerin sağlık düzeylerini korumak, bireylerin sağlıkla ilgili tutumlarını olumlu yönde değiştirmek ve sağlığın geliştirilmesi yönünde devletin destekleri devam edecektir. Sağlık hizmetleri eğitimi ilköğretimden başlayacak ve sağlık eğitim programları geliştirilerek ilerleme sağlanacaktır. Yaşama sağlıklı başlayan bireyler yetiştirilmesi amacı ile bebek ve çocukların sağlıklarını korumak, özellikle basit hastalıkların tedavi edilebilir olması, yaşam süresinin arttırılması ve yaşlıların ise kimseye ihtiyacı olmadan yaşamlarını sürdürebilmesi oldukça önem taşımaktadır. Sağlık politikasında yeni bir uygulama olan aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar verilmiştir. Mobil sağlık hizmeti uygulamasının yaygınlaşması sağlanacaktır. Ana ve çocuk, ağız ve diş, beslenme, çevre, üreme, sporcu ve yaşlı sağlığı gibi hizmetlerin geliştirilmesi için çalışmalar desteklenecektir. Ayrıca ayakta teşhis ve tedavi imkanı sağlayan ve evde hasta bakımını destekleyecek bir hizmet modeli oluşturulacaktır. Acil sağlık hizmetlerinin gelişmesi için adım atılacaktır. Atıl kalan uzman hekim sayılarının yeterli olması amacı ile tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanları tekrar ele alınacaktır. Gıda güvenirliliği ve sağlığının geliştirilmesi için bir denetim mekanizması oluşturulacaktır. Bu kalkınma planını diğer kalkınma planlarından ayıran nokta ise hastanelerin idari ve mali açıdan özerk olması sağlanması amacıyla hareket edilmesi olmuştur (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001: 85-89).

1.2.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı

2007 – 2013 yılları arasında gerçekleşen bu plan döneminde sağlık alanında, yatak sayıları, yatakların kullanım oranları, sağlık personel sayıları, bebek ölüm hızları ve aşılama gibi birçok sağlık göstergesinde ilerleme kat edilmiştir. Fakat bu ilerleme hala istenilen seviyede gerçekleşmemiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde yüz bin kişiye düşen tıp fakültesinden mezun olan hekim sayısı 8,8 iken Türkiye’de bu rakam çok daha geride 7,5’ten 6,1’e düşmüştür. Bu durum gelişmiş ülkelerle tıp mezuniyeti konusundaki farkın açılmasına sebep olmuştur. Sağlık hizmetlerinin ülke geneline dağılımının dengesiz gerçekleşmesinden kaynaklanan sorunlar devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinde erişim kolaylığı ve sunulan hizmetin kaliteli olmasının sağlanması için denetleme rolünün kuvvetlendirilmesi ve genel sağlık sigorta sisteminin oluşturulmasına yönelik Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır.

Devlet kurumlarında çalışan uzmanların oranı beş kat artmıştır. Bu plan dönemi ile toplam sağlık harcamaları 2000 yılında GSYİH’ nin %6,6’sına denk gelirken 2005 yılında GSYİH’ nin %7,6’sına ulaşmıştır. İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları

içerisindeki payı 2000 yılında yüzde 39 iken 2005 yılında yüzde 34 oranında olduğu görülmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007: 41).

1.2.10. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, sağlık personeli, hastane yatak sayıları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi konularda devrim gibi yenilikler ve gelişmeler kaydedilmiştir. 2014 yılından 2018 yılına kadar uzanan bu plan döneminde sağlık hizmetlerinin kalitesine ve hizmete erişimin kolaylığı noktasında büyük adımlar atılmıştır. Bebek – anne ölümleri ve doğuşta yaşam ümidi gibi temel sağlık göstergelerinde gözle görülür iyileşmeler görülmektedir. Özellikle büyük ölçekteki illerde 2013 yılı Mayıs ayından sonra 30 bin yatak kapasiteli hastane yapımı için çalışmalar başlatılmıştır. Sağlıklı yaşama yönelik fiziksel aktivitenin yaygınlaştırılması, obezite ve tütün kullanımının azaltılması gibi eylem planları uygulanmıştır. Bu planla birlikte yaşlanan nüfusun ve sağlıklı olma konusunda bilinçlenen bireylerin daha fazla sağlık hizmeti taleplerinin artması ile kamunun yapacağı harcamalarda artacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programının en temel amacı yaşam sürelerinin uzaması ve yaşadığı hayatın standartları yükselmiş kaliteli bir yaşam için tüm imkanları sunan bir sağlık hizmeti sürdürülebilmektir. Bu amaçla yapılacak her yatırım kamu sağlık harcamalarını arttıracaktır. Bireylere sağlıklı bir yaşam sunabilmek ve tam bir iyilik içinde hayatlarını sürdürülebilmelerini sağlamak için klinik müdahalelerin etkinliğini arttırmak esas alınmıştır. Yaşanan demografik gelişmelerin de katkısı ile sağlıkta insan gücü yeterliliği sorgulanacak insan gücü sayısının yanında nitelik konusunda iyileştirmeler yapılacaktır. Alternatif tıp kapsamında tedavi olanağı bulunan, bitkisel ürünlerle ilişkisi olan alanlarda kalite ve güvenliğin sağlanması için gerekli denetimler yapılacaktır. Alternatif tıbbın, tıp ilmine entegrasyonu sağlanacak ve tıp bilim dünyasını destekleyici olan bu alandaki çalışmalar tıp literatüründe yer bulacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 33-35).

Demografi, Sosyolojinin ilgi alanı içinde yer alan ve insan topluluklarının sayısal özellikleri olan nüfus ve nüfusun niteliklerini incelemektedir. Bu bölümde Türkiye'nin yıllar içindeki nüfus artış hızı değişimleri, demografik dönüşüm süreci ve bu sürece etki eden faktörler açıklanacaktır. Demografik dönüşüm teorisi ise dünyada ölüm ve doğurganlıkta meydana gelen değişimleri açıklarken sağlık harcamalarının bu göstergelere olan katkısı incelenecektir.

1.3. Türkiye'nin Nüfus Yapısı

Dünyadaki nüfus artışı çeşitli dönemlerde artma ya da azalma göstermiştir. Özellikle savaşlar, salgın hastalıklar sebebiyle Avrupa ülkelerinin nüfusunda belirgin şekilde azalışlar görülmüştür. Nüfusta görülen kayıplar Avrupa ülkelerini ekonomik olarak da etkilemiştir. 1929'da yaşanan büyük buhranın sebepleri arasında nüfustaki düşüşler gösterilmektedir. Nüfus artışlarının düşük seviyelerde olması ülkelerin yatırım kararlarını ve imkanlarını olumsuz etkilemiştir. Yatırımların azalması ise ülkeleri ekonomik durgunluğa doğru sürüklemiştir. Türkiye'de ise Cumhuriyet döneminde uygulanan nüfus politikaları başarılı olmamıştır. Hükümetler planlı dönemde, nüfus miktarını arttırmayı hedeflemişler fakat başarılı olamamışlardır. Planlı dönem sonrasında nüfus artış hızını düşürmek için politikalar izlenmiş, fakat istenilen artış hızına yine ulaşamamıştır (Bacak, 2010: 14) Kurtuluş Savaşı kazanıldıktan sonra Türkiye' de uzun yıllar süren savaşlar sonucunda gerçekleşen kayıplar nüfusun azalmasına sebep olmuştur. Ölümler gibi göçlerde nüfusun azalmasına neden olan sebeplerdendir. Kurtuluş savaşı döneminde savaşlardan dolayı ülkenin yaş ve cinsiyet dağılımında önemli değişimler olduğu görülmektedir. 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı erkeklere oranla daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca ülkede salgın ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle yetişkin ölüm hızlarında artış olduğu da gözlemlenmektedir. Böyle bir ortamda "en sık görülen, en fazla sakat bırakan ve en çok öldüren hastalıklarla mücadele etmek" dönemin sağlık politikası olarak kayıtlara geçmiştir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2011: 28).

Nüfusu arttırmaya yönelik çalışmalarda Türkiye, dünyada yaşanan demografik gelişmelere ayak uydurmuş ve bu değişmelere yakın bir değişim yaşamaktadır. Cumhuriyet'in ilanından sonra 1927 yılında yapılan ilk sayıma göre Türkiye nüfusu 13.6 milyon iken o dönemlerde doğurganlığı teşvik edici politikalar uygulanmış ve sonuç olarak 1960 yılında nüfus oranları artarak iki katına ulaşmıştır. Toplam doğurganlık hızı 6 çocuk civarında iken 1965 yılından itibaren doğurganlık kontrol altına alınmaya çalışılmış ve doğurganlık düşmeye başlamıştır. Ayrıca 1950'li yıllarında kırsal kesimden kentlere göç hareketleri artmaya başlamıştır. Kent yaşamının başlaması ülkede ana-çocuk sağlığı gelişmelerini, eğitim seviyesinin artmasını ve kadının çalışma hayatına katılımını sağlamıştır. Bu gelişmelerle 1980 yılı sonrasında doğurganlık hızı azalmış ve doğurganlık 5 çocuktan 2.16 çocuğa gerilemiştir. Sağlığa ulaşımın kolaylaşması ile Türkiye'de doğuştan yaşam beklentisi yıllar içinde artmıştır. Özellikle erken yaşta ölümlerde bir iyileşme görülmüştür (Tezcan, 2012: 1).

Şekil 1.1. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Türkiye Projeksiyon Nüfusları



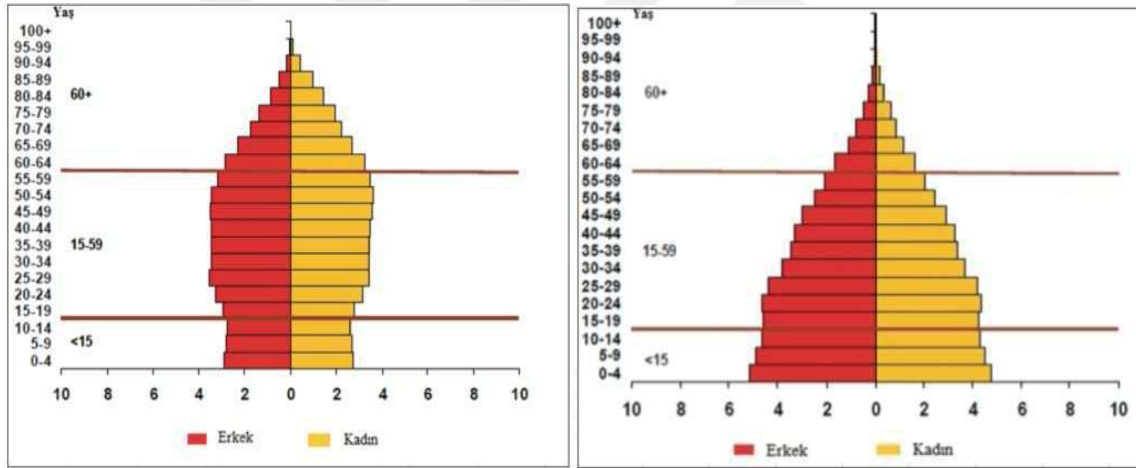
Kaynak: TÜİK(2016) “Demografik Göstergeler”

(<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>) 27. 07. 2018

TÜİK verileri ile elde edilen projeksiyon yardımıyla yapılan yukarıdaki piramitler 2000-2050 yıllarını kapsayan cinsiyet ve yaş grupları ile ilgili bilgiler içermektedir. Nüfus piramitlerin de anlaşılacağı gibi 0-4 yaş grup aralığındaki nüfus gelecekte sürekli bir düşüş içerisine gireceği görülmektedir. 2000’li yıllara bakıldığında 50 yıl içinde 80 yaş üstü nüfustaki artış erkeklerde 6,4 kat kadınlarda ise 6,7 kat olacağı görülmektedir. 2000 yılında 0- 14 yaş nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı %30 oranında gerçekleşirken 2050 yılında bu oran %18 olacağı öngörülmektedir. Dünyada özellikle gelişmiş ülkeler ve bu ülkeleri takip eden gelişmekte olan ülkeler sürekli bir ilerleme kaydetmektedir. Bu gelişmeler ışığında nüfusun yaş yapısı da yıllara göre değişiklik göstermektedir. 2000

yılında 65 yaş üstü nüfusun %6 gibi çok düşük bir oranda olması yaşanan gelişmelerle yaşlı oranının artarak 2050 yılında %17 olacağı tahmin edilmektedir. 2000 yılında %46 olan genç nüfus, doğurganlığın düşmesine bağlı olarak aktif nüfusta düşüş yaşanacak ve 2050 yılına gelindiğinde neredeyse yarısına yani %26,8'e gerileyecektir. Yaşam süresinin uzaması sebebi ile bağımlı nüfus miktarı artacak %9'dan %26,8'e çıkacağı öngörülmektedir. Yaşanan bu nüfus değişimleri ülkemizin bir dönüşüm içerisinde olduğunu göstermektedir. Nüfustaki doğurganlıktan, başlayıp genç nüfusa ve yaşlı nüfusa kadar uzanan bu değişimler elbette ülke ekonomisini etkileyecektir. Bağımlı nüfusun artması yaklaşık 17 milyonluk bir yaşlı nüfusa sahip olan Türkiye'de daha fazla sağlık harcaması ve daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması anlamına gelmektedir (Şekil:1.1).

Şekil 1.2. Gelişmiş Ülkelerin Nüfus Yapısı / Gelişmekte Olan Ülkelerin Nüfus Yapısı



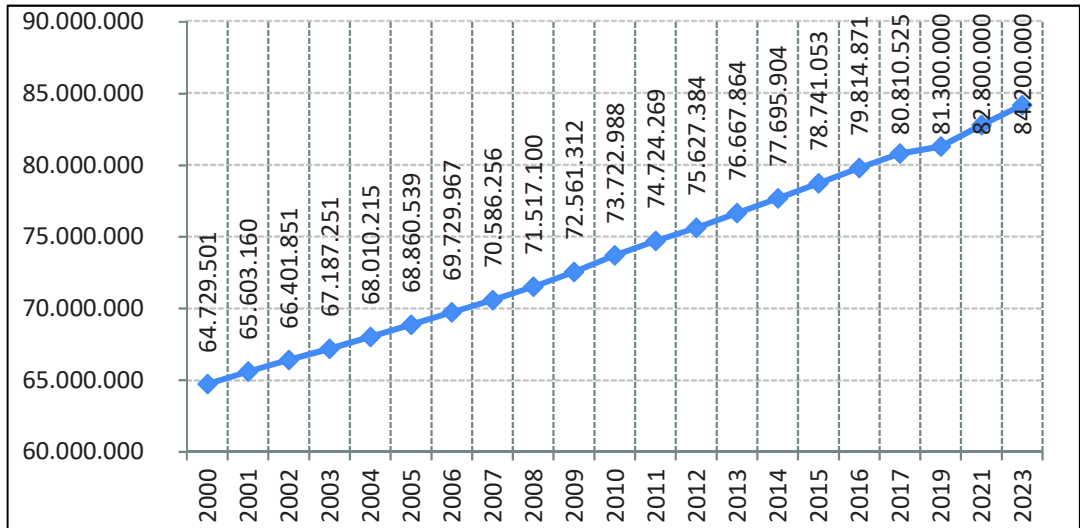
Gelişmiş ülkelerde nüfus yapısı incelediğimizde nüfusun yaşlanma sürecinin gelişmekte olan ülkelere göre çoktan başladığı görülmektedir. Bu durum şekil: 1.2'den de açıkça görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş üstü nüfus sayısı, 15 yaş altı nüfus sayısına ulaşmış 2050 yılında ise iki grup arasındaki farkın açılacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelere nüfusun yaşlanma serüveni çok daha yavaş gerçekleşmektedir. (Güner, 2014: 62).

Demografik hareketler sonucunda yapılan çalışmalara göre dünya nüfusunun yaşlanmaya başladığı görülmektedir. Takvim yaşının ilerlemesi ile insanlarda görülen düzenli değişiklikleri yaşlanmanın genel bir tanımı olarak kabul edebiliriz. Dünya sağlık örgütü 45 – 59 yaş aralığındakileri orta yaş olarak, 60-74 yaş arasını "yaşlılık", ileri

yaşlılığı 75-89 yaştakiler ise 90 yaş üstünü ihtiyarlık olarak değerlendirmektedir. Ülkelerin gelişmişlik sosyal ve kültürel yapısına göre yaşlanma oranları değişiklik gösterse de dünyanın nüfus yapısı ile ilgili genel kanı yaşlı nüfusun giderek artan bir eğilimde olduğu görülmektedir. Bazı ülkelerin yaşlılığa geçiş evreleri çok daha hızlı olduğu bilinmektedir. Örnek vermek gerekirse Japonya'da toplam nüfusun %7 sinin yaşlı olduğu dönem de Türkiye'de daha fazla yaşlı nüfus var iken Japonya'nın 70li yıllarda ki nüfus yapısına ancak 2012 yılında gerçekleşmiştir. Dünyadaki yaşlı nüfusun fazla olduğu ülkeler gelişmiş ülkeler olduğu rahatlıkla söylenebilir (Gökbunar, 2016: 110). Türkiye Cumhuriyeti Devletinin geçmişten günümüze nüfus politikalarını incelemek gerekirse iki dönemden söz etmek gerekmektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarından 1960'lı yıllara kadar çoğalma yani pronalist politikası (nüfus arttırıcı) yürütülürken 1965 yılından itibaren ise nüfus artışını azaltıcı yani antenatalist politikalara geçilmiştir (Doğan, 2011: 297).

Bugün ise Türkiye nüfus hareketliliği bakımından dinamik bir ülke durumundadır. Türkiye nüfusu 31 Aralık 2017'den itibaren 80 milyon 810 bin 525 kişi olmuştur. Toplam nüfusun 40 milyon 275 bin kadarını kadınlar oluşturmaktadır. 80 milyonun %50,2'sini erkekler oluşturmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu)

Şekil 1.3. Türkiye Nüfusu, (2000-2023)



Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu

Nüfus miktar ve kalitesi ile alakalı alınan tedbirler topluluğuna nüfus politikası denilmektedir. Bugüne kadar uygulamada görülmüş olan nüfus politikaları amaçlarına göre şu şekilde ayrıma tabii tutulmuştur.

- Nüfus artışını hızlandırıcı (çoğalma) politikası

- Nüfus artışını yavaşlatıcı politika
- Nüfusun kalitesini iyileştirici politika

Son sıradaki politika şeklini diğer iki politika ile bağdaştırmak mümkündür. Nitekim uygulamada nüfus artışını ya da azalışını iyileştirecek ya da belirli düzeyde kontrol altında tutabilecek bir politika şekline pek rastlanmamaktadır. İnsanlık tarihi boyunca asıl önemli bir paya sahip olan nüfus politikası nüfus hızını yavaşlatıcı politikadır. Nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikanın aksine istisnai (harp gücü, siyasi prestij ile hakimiyet alanını genişletme amacı, iktisadi bazı avantajlardan faydalanma amacı, nüfus artış hızını teşvik eden dini tutumlar) haricinde yaygın olmamakla birlikte nüfus hızını arttırıcı bazı yöntemlere başvurulmuştur (Serper, 1980: 9-10).

1.3.1. 1927- 1965 Yılları Arasında Uygulanan Nüfus Politikası (Çoğalma, Pronataist Politika)

Cumhuriyet'in ilanından önceki yıllarda İzmir, Bursa gibi büyük kentlerde doğurganlık düşük düzeylere inmiştir. Osmanlı devletinin 1885 ve 1907 yıllarında yapılan nüfus sayımlarına göre doğurganlık hızı 3,5 ve 3,8 olarak ölçülmüştür. Bugün Türkiye'de yapılan evliliklerde kadın ve erkek yaşları, 1885 ve 1907 yıllarında yapılan nüfus sayımına göre ilk evlilik yaşlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Cumhuriyet kurulduktan dört yıl sonra yapılan ilk nüfus sayımında Türkiye nüfusu 13,6 milyon olduğu ve kadın erkek cinsiyet oranının dengesiz olduğu 100 kadın başına düşen erkek nüfusun az olduğu kayıtlara geçmiştir. Cumhuriyetin kurulmasını izleyen 20 yılda pronatalist nüfus politikalarına yönelik bir dizi yasa yürürlüğe girmiştir. 1929 yılında beşten fazla çocuğu olan ailelerden yol vergisi alınmamış, 1930 yılında altı ve daha fazla çocuklu ailelere madalya verilmeye başlanmıştır.

Pronatalist politikaların ilk resmi belgesi niteliği taşıyan 1953 sayılı Umumi Hıfssihha Kanunu 6 Mayıs 1930 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının, doğumların kolay olması ve çocuk yaşta ölümlerin azaltılması için tedbir alınması ile yükümlü kılınmıştır. Bu kanunun 152. Maddesine göre çocuk düşürmeye yardımcı olan her türlü ilaç veya araç gerecin satışı dağıtımı ve ithali yasaklanmıştır. 1926 tarihli Türk Ceza Kanunu'nun 468, 469, 470 ve 471. Maddeleri çocuk yapmaya engel olacak uygulamaları ve kürtaj ağır ceza kapsamında değerlendirilmiştir.

Doğurganlık seviyesini arttırıcı bu yasaların yanında nüfusu arttırmak için yurtdışında yaşayan Türkler 'in anavatanlarına göçünü teşvik eden bir takım kanunlarda çıkartılmıştır (Koç, 2008: 46-52).

Cumhuriyetin ilanından önceki dönemlerde yaşanan savaşlardan dolayı nüfus yapısı kısa süreli değişiklik göstermiş ve savaşın etkisi nüfus üzerinde ağır tahribatlar yaratmıştır. Bu nedenle birinci devre yani pronatalist dönemde devlet büyükleri nüfusun atması yönünde bir politika izlemişlerdir. Bu yıllarda ceza kanununa nüfus üzerinde görülen sorunları azaltabilmek amacıyla çocuk düşürmenin yasak olduğu maddesi konulmuştur. 1936 yılında ise "ırkın devamlılığı ve sağlığını tehlikeye düşürmek " suç olarak kabul edilmiş çocuk düşürmenin yasak olduğunu belirten maddeye eklenerek ölümleri azaltmak hedeflenmiştir. Genel olarak savaşlardan dolayı ölümlerin fazla doğumların ise az olması 1940- 1945 döneminde doğurgan çağa gelmiş nüfusun azalmasına neden olmuştur. İkinci dünya savaşına rastlayan bu dönemde baba olabilecek, evlenebilecek yaştaki nüfus silah altında olduğundan doğum oranları artmamıştır. Bununla birlikte hastalık, ilaç temin etmedeki sıkıntılar ve yoksulluk gibi savaşın olası etkileri de ölüm oranlarını arttırmıştır (Doğan, 2011: 297).

1950 yılından sonra Türkiye'ye mübadele yoluyla gelen göçmen sayısının fazlalığı nüfusun artış hızının fiili olarak yüksek olmasına sebep olmuştur. Türkiye 'ye Bulgaristan'dan gelenlerin yerleşmesi ile 154393 göçmen ülkemize gelmiştir.1954 yılından sonra ülkeye gelen göçmen sayısının azalması ve Türkiye'den Avrupa 'ya işçi akımının başlaması gibi olaylarında etkisiyle nüfus artış hızı düşmüştür. Nüfusu arttırmak için uygulanan en belirgin yöntem doğumda yaşam beklentisini arttırıp, salgın hastalıklarla mücadele ederek ölümleri kontrol altına almak olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun hem askeri hem de ekonomik yönden önemli bir güç kaynağı olduğu düşünülerek nüfusu arttırma yönünde politikalar izlenmiştir. 1960lı yıllarda Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulmasından sonra nüfusu arttırıcı politikalar yerine nüfus artış hızını azaltılması konusunda görüşler ortaya atılmıştır. Bu görüşleri destekleyen ve nüfus artışının azaltılmasına yönelik çalışmalar başlatan kurum ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Ekonomik açıdan gelişebilmek için aynı zamanda bugün en önemli sorunlardan olan işsizlikle mücadele ve hızlı kentleşmenin doğurduğu bir takım sorunlarla baş edebilmek için nüfus artış hızını azaltılması ya da kontrol altına alınması gerekliliği yönünde kararlar alınmış ve yavaş yavaş geleneksel nüfus arttırma politikası terk edilmeye başlanmıştır. 1965 yılında nüfus planlaması konusunda kanunun kabul edilmesiyle nüfus

artışı yavaş da olsa artarak devam etmiştir. Böylelikle nüfus politikaları açısından ikinci bir dönem başlamıştır. Nüfus artış hızını etkileyen olayların doğum, ölüm ve göç faktörlerinin olduğu ise bilinmesi gereken önemli bir husustur (Bacak, 2010: 19).

1.3.2. 1965 Sonrası Uygulanan Nüfus Politikası (Anatenalist; Nüfus Artışının Azaltılması Politikası)

Bu dönemden sonra nüfusun çoğalması fazla nüfusun bir güç kaynağı olduğu fikrinin değiştiği görülmektedir. 1965 sonrası nüfus planlaması ile birlikte doğurganlığı kontrol altına alabilmek için özellikle doğurganlığın fazla olduğu yerlerde doğurganlığı azaltıcı tedbirler kanunlar içerisinde yer almaya başlamıştır. Bu kanunlara uyan kesim ise şehirlerde yaşayan belli bir kültür seviyesinin üzerindeki insanlardan oluşmaktadır. Kentleşmenin artması ile birlikte kültür seviyesinin yükselmesi bunun yanında ailelerin gelirlerinin artması gibi etkenler, nüfus artış hızının azalacağı görüşünü desteklemektedir. Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmalarda hızlı nüfus artış hızının milli gelirden azalmalara sebebiyet verdiğine dikkat çekilmiştir. Artan nüfus hızını düşürmek için 1965 yılında Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur (Doğan, 2011: 297). Demografik geçişin üçüncü aşamasını oluşturan (1985 -) ve nüfus politikaları açısından önem arz eden aile planlaması kavramı ilk defa 1980 yılında hazırlanan Anayasa 'da yer bulmuştur. *“Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar”* vurgusu 1982 Anayasa'sının 41. Maddesinin ikinci fıkrasında yapılmıştır. 1982 Anayasası'nda Mayıs 1983 'te antinatalist politikalar içeren birinci nüfus planlaması hakkındaki kanun revize edilmiş ve içeriği daha sağlam olan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Dönemin yüksek olan nüfus artış hızı artık düşmeye başlamış 1985 – 1990 döneminde yurt dışından ülkeye yapılan göçlere rağmen 22 seviyelerinde seyretmiştir (Koç, 2008: 53).

Sağlık alanında hizmetin niteliğini arttırmak, sayısal olarak yeterli duruma getirebilmek ve sağlık hizmetlerinde politika ve önerilerin oluşturulmasında ülkenin nüfus hareketleri ve demografik değişimleri önem arz etmektedir. Ülkenin sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için kaynakların optimum düzeyde kullanılması gerekmektedir (TÜSEB, 2017). Doğumlar ve ölümler konusunda halkı bilinçlendirici ve önleyici tedbirler alınması yönünde çalışmalar yapılmıştır. 1960'lı yılların ikinci yarısına kadar kadın başına 6 – 7 doğum düşerken ortalama doğum sayısı bu yıllarda 2 doğuma kadar düşmüştür. 1940'lı

yıllardan 80'li yıllara kadar bebek ölümlülüğünün düzeyi yüzde binlerin üzerine çıkmıştır yani doğan her bin bebekten 274'ünün bir yaşını tamamlamadan öldüğü kayıtlara geçmiştir. Cumhuriyet' in ilk yıllarında doğumda yaşam beklentişi yaklaşık 35 yıl iken 2000'li yıllarda 74 yıla kadar yükselmiştir. Demografik değişim diye adlandırılan bu süreçte Türkiye nüfusu bu değişimlerle sürecin tamamlanmasına yakın bir aşamada olduğumuzu işaret etmektedir.

Türkiye'de nüfus yapısındaki değişimler cumhuriyetin ilanından önce İstanbul, İzmir gibi büyük kentlerde başladı. Frederic Shorter o yıllarda nüfus yapısındaki bu değişimi ve demografik geçişteki bu ilk hareketlenmeleri gösteren bir tablo hazırladı. Türkiye'de demografik geçişi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan gençlik oranlarının fazla olmasını tartışan Frederic Shorter'dır. 1995 yılında şimdi TÜİK olan Devlet İstatistik Enstitüsü adına İngilizce olarak hazırladığı kitapta ve yayınladığı makalesinde aktif nüfusun fazla olması durumunu olumlu olarak değerlendirmiştir. Türkiye'de 1980 sonrası kalkınma planlarında nüfusun artmasının, genç nüfusun fazla olmasının önemli bir güç olduğunu savunmuştur (Özbay, 2009: 7). Türkiye'nin demografik fırsat penceresi döneminin asıl 2000'li yıllarda başladığı ve yaklaşık 2040 yılına kadar devam edeceği tahmin edilmektedir. Demografideki bu şekillenmenin ekonomik büyümeye olumlu katkı sağlayacağı bir fırsat dönemi olarak görülmektedir. Bu fırsat döneminde yüksek ekonomik büyüme rakamlarına ulaşılacağına bir garantisi yoktur fakat bu süreç içerisinde mevcut demografik yapının doğru politikalarla piyasaya yönlendirilmesi, ekonomik büyümeye büyük katkı sağlayacaktır (Can ve Özer, 2012: 2).

1.4. Demografik Dönüşüm Teorisi ve Dönüşümün Aşamaları

Warren Thompson (1929) tarafından ilk defa ortaya çıkarılan bu görüşün daha sonra Kingsley Davis (1945 ve 1963) ve FrankNotestein (1953) in geliştirdikleri 'Demografik Geçiş Teorisi' Demografik geçiş teorisi, tarım toplumundan endüstri toplumuna geçiş yapan Batı Avrupa ülkelerinin demografik değişimine göre baz alınmış ve 18. Yüzyılın sonlarına doğru geliştirilen bir teori olmuştur (Yüceşahin, 2009: 2). Model yaklaşık iki yüzyıl doğum ve ölüm hızlarında görülen değişimlerin yorumlanması amacıyla sürdürülmüştür. Model de doğum-ölüm hızları ile ekonomik gelişme arasında ters yönlü bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Thompson, bu teoriyi ortaya koyarken nüfus bakımından gelişme hızı farklı üç ülke olduğunu varsaymaktadır. İlk grupta, doğum ve ölüm hızları yüksek düzeyde denge halindeyken ülke sanayileşmeye başladıktan sonra

ölüm hızları doğum hızlarından daha hızlı düşmektedir. Sanayileşmenin tamamlanması, doğum hızları düşük, ölüm hızları ise dengede olması dolayısıyla nüfus artış hızının yavaşlamasına sebep olmuştur. Bu ülkelere ABD, Japonya ve Rusya gibi ülkeler örnek verilebilir ve üçüncü grup içinde değerlendirilmektedir (Kaya ve Yalçınkaya, 2014: 174). Demografik Dönüşüm Kuramıyla tüm toplumlar yüksek doğurganlık ve ölümlülüğün yaşandığı bir aşamadan düşük ölüm ve doğumların görüldüğü bir aşamaya geçiş yapacaklardır. Kuram uzun bir dönem Avrupa ülkelerinin ölüm ve doğum hızlarının takip edilmesi ile ortaya çıkmıştır. Dört aşama hatta beş aşamalı türevlerinin bulunmasına rağmen, Notestein (1953) tarafından geliştirilen ve sonrasında yaygınlaşan ve kullanılmaya başlanan demografik dönüşüm üç aşamalıdır.

Dönüşümün ilk aşaması yani sanayi devrimi öncesindeki aşamada hem doğum hem de ölüm hızları yüksek seyretmektedir. Nüfus artış hızı ise asgari düzeydedir. Dönüşümün ikinci aşamasında gerçekleşen sanayi devrimi ile sağlık koşullarında iyileşme görülürken ölüm hızlarında da artık bir düşüş görülmeye başlamış ve bu düşüşü gecikmeli olarak doğumlar takip etmektedir. İkinci aşamada da yine hızlı bir nüfus artışı söz konusudur. Dönüşümün son aşamasında doğum ve ölüm hızlarının düşüşüne tanıklık etmekteyiz. Nüfus artış hızı ilk aşamada olduğu gibi burada da minimal seviyededir (Koç, 2008: 5).

Birleşmiş Milletlerin yaptığı bir çalışmaya göre demografik dönüşümün dört faktörden etkilendiği belirtilmektedir. Bunlardan birincisi sağlık harcamalarının artması ikinci olarak hanelerin gelir düzeylerinde meydana gelen artışlar, üçüncüsü teknolojideki gelişmeler ve son olarak sosyal ve kültürel alandaki gelişmeler, demografik değişim sürecine hız kazandıran etkenler olarak görülmektedir. Demografik dönüşüme katkısı olan bu faktörler ölüm oranlarının düşmesi ve yaşam beklentisinin artmasına katkıda bulunmuştur. Geçmişte ölüm oranlarının azalmasına ekonomide yaşanan gelişmeler, insanların beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve eğitim seviyesinin artması gibi faktörler etkili olurken günümüzde tıp alanındaki ilerlemeler ve sağlık harcamalarındaki artışlar etkili olmaktadır (Seyhun, 2006: 6). Nüfus artışı gün geçtikçe artması beraberinde bağımlı nüfus oranı, yaşlı nüfus, genç işsizlik gibi bir takım demografik problemler getirmektedir. Yaşlanmanın AB 'de on yıl içerisinde mali etkisinin büyük olacağı tahmin edilmektedir. Nüfusun yaş almasının finansmanı ile alakalı ileride büyük sorunlar yaşanacağı tahmin edilmektedir. Demografik geçiş üzerine yapılan bir diğer tahminlere göre ise; yaşlı nüfusun artması sağlık ve bakım harcamalarının artışı anlamına gelmekte ve uzun dönemde ülkelere önemli bir maliyet oluşturmaktadır (Bacak, 2015: 13). 21. yüzyılda Türkiye'nin demografik

eğilimlerine bakıldığında dönüşüm önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir (Mumcu, 2006: 1). Modernleşme sürecinde ekonomik gelişmişlik, kentleşme vb. hareketlere paralel olarak demografide değişimler meydana gelmiştir. Toplumun yüksek doğurganlık ve ölüm oranlarından düşük doğurganlık ve ölüm seviyelerine geçmesi demografik dönüşümün başlaması anlamına gelmektedir. Demografik dönüşümün ilk aşamasında önce yüksek doğurganlık döneminde doğan kuşak yaşlanır son aşamada ise doğum ve ölümler daha düşük seviyelere iner nüfus artış hızı azalmaya başlar. Bugüne dek yapılan çalışmalar dünya nüfusunun hızla yaşlanmayacağı yönünde olmuştur (Özbay, 2009: 2). 1950-2016 yılları arasındaki nüfus değişimleri göz önünde bulundurularak Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan başka bir çalışmanın raporuna göre ise dünyadaki nüfus değişimleri; Doğumda yaşam beklentisinin artması dolayısıyla dünyada yaşlı nüfusun arttığı ve artmaya devam edeceği kanıtlanmıştır. 1950 yılında ortalama yaşam süresi beklentisi 47 iken bu rakamın 2045- 2050 yılları döneminde ise 75 yaşına yükseleceği düşünülmektedir. Dünya nüfusu 2005 yılında 6,5 milyar iken nüfus her yıl 34 milyon kişi artarak 2050 yılında 9.1 dolaylarında olacağı tahmin edilmektedir. Aynı projeksiyonda 60 yaşını geçmiş yaşlı nüfus içindeki kadınların oranının %55 olacağı tahmin edilmektedir (Gökbunar, 2016: 111). Gelecek Yıllarda demografik geçiş sürecinin sonuna geldiğimizde bu değişimin Türkiye açısından oldukça önemli etkiler oluşturacağı açıktır. Değişen nüfus yapısıyla ülkemizde pek çok ülkede olduğu gibi sağlık sektörüne bazı dinamikler getirmiştir. Hükümetler sağlıkla ilgili hedefler belirlerken bu dinamikleri göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Bunlar;

- Uzayan yaşam süreleri,
- Yaşlanan bir nüfus,
- Genç nüfusun öneminin bu süreçle daha da artması,
- Bütçede sağlık harcamalarının baskı oluşturacağı gerçeği,
- Sosyal güvenlik ve sağlık "özel sigorta" sistemlerinin yaygın etki oluşturması
- Kronik rahatsızlıkların görülme sıklığının artması,
- Kronik hastalıkların önlenmesi için başlatılan sağlık bilinci artırma çalışmaları,
- Hasta olmamak ya da hastalıkların süresini en aza indiren koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi için çalışmalar yapılması
- İhtiyacı karşılamaya yönelik nitelikli sağlık personelinin yetiştirilmesi

-Sağlık sisteminin bugün ve geleceğin yaş yapısını şekillendiren sürece uygun olarak yaşlı kronik hastalıklar uyumunun sağlanması

-Yaşlı nüfusun yaşam kalitelerini düşürmeksizin bakım hizmetlerinin en iyi şekilde gerçekleşmesi (Akın ve Ersoy, 2012: 73).

1.4.1.Demografik Dönüşümü Etkileyen Faktörler

Demografik dönüşümü etkileyen doğurganlık hızı, evlenme hızı, üreme ve anne sağlığı, bireylerin gelir düzeyleri, ölüm oranları gibi birçok etmen vardır.

1.4.1.1. Doğurganlık Hızı

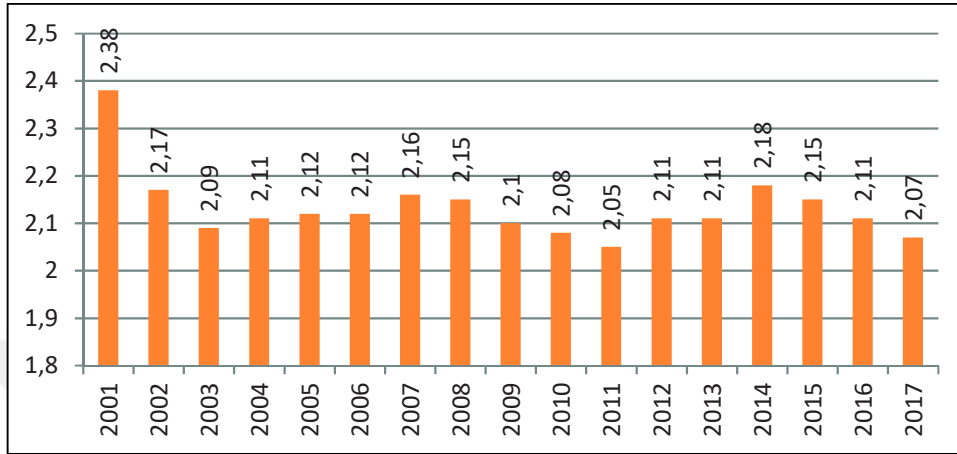
Bir kadının doğurgan olduğu dönem süresince (15-49 yaşları arasında) yaşayacağı süre içerisinde ortalama doğurabileceği canlı çocuk sayısı toplam doğurganlık hızını vermektedir.

Gelişmiş ülkelerde doğumun ilerleyen yıllara ertelenmesi düşük doğurganlığa neden olurken gelişmekte olan ülkelerde gözlenen erken yaşlarda görülen doğumlar ise yüksek doğurganlığa sebebiyet vermektedir (Erol, 2010: 65). Gelişmiş ülkelerde özellikle Avrupa'da doğurganlığı arttırıcı pronatalist nüfus politikaları izlenmiştir. İtalya'da Mussolini, Almanya'da Hitler doğurganlığı arttırmak için çalışmalar yapmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin arttırılıp iyileştirilerek ölümlerin azalması ve Türkiye'ye göçün özendirilmesi çalışmaları, pronatalist nüfus politikalarının temelini oluşturmaktadır (Koç, 2008: 49). Doğurganlık seviyesindeki azalmalar ve ölüm oranlarının azalmasının bir sonucu olarak zaman içerisinde Türkiye nüfusu genç bir nüfus olmaktan çıkarak yaşlı nüfusa sahip bir ülke konumuna gelmektedir. Doğurganlık seviyesinin demografik belirleyicileri olan evlilik yaşı, gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve isteyerek düşük seviyesi, emzirme süresi, doğum sonrası geçici kısırlık gibi etkileri vardır (Koç, 2008: 26). Türkiye'de kadınlar her ne kadar doğurganlığın en fazla olduğu yaşlarını 20 li yaşlarda yaşıyorsa da yaşa özel doğurganlık hızı 25 – 29 yaş grubunda en yüksek düzeyine erişmiştir. Ülkemizde doğurganlığın seviyesinde önemli değişiklikler görülmesi de doğum yapma yaşlarının ileri yaşlara ertelendiği görülmektedir (TNSA, 2013: 19).

Nüfus bilimciler 20. Yüzyılda doğurganlık oranlarının tüm dünyada azalacağını nüfus büyümesinin ise yavaşlayacağını ileri sürmektedirler. Sonuç olarak bu yüzyılda doğurganlık oranlarının tüm dünyada azaldığı istatistiklere yansımıştır ve toplam yaşlı nüfus artmaya başlamıştır (Erol, 2016: 14). Doğurganlık hızı 2,1'in altına düştüğü takdirde bu nüfusun kendini yenilememesi anlamına gelmektedir. Eğer toplam doğurganlık hızı,

2,0'ın üstünde ise toplam nüfusun artacağı eğer 2,0'ın altında kalır ise nüfus kendini yenileyemeyecek ve toplam nüfusun azalacağını söylemek mümkündür (Kaya ve Yalçınkaya, 2014:186).

Şekil 1.4. Türkiye'de Toplam Doğurganlık Hızı (%) 2001-2017



Kaynak: TÜİK, 2017

Yukarıdaki şekilden de görüldüğü gibi Türkiye'de doğurganlık hızı 2001 yılında kendini yenileme hızı 2,1 in üzerinde yani nüfus artış hızı oldukça yüksek olduğu görülmektedir. 2010,2015 ve 2017 yıllarında doğurganlık hızının 2,1 in altında kaldığı yani nüfus artış hızının düştüğü görülmektedir (Şekil:1.4). Bu bağlamda yapılan nüfus projeksiyonlarına göre demografik fırsat penceresinin 2050 yılına kadar nüfus durma noktasına gelecek ve doğurganlık hızı konusunda önlem alınmaz ise geri dönüşü olmayacak bir biçimde nüfus yenileme hızı eksi rakamlarda seyredecektir. Tüm dünyada doğurganlığın azaldığı ve nüfus yapısının şekil değiştirerek bir dönüşüm halinde olduğu görülmektedir. Doğurganlık oranlarındaki değişimin birçok nedeni vardır. Bu sebeplerin arasında bir önceki nesile göre daha iyi eğitim alan daha bilinçli olan kadınların varlığının artması yani eğitimin önemi büyüktür (Kıran, 2009: 26). Türkiye'nin yaşadığı demografik değişim sürecini anlayabilmek için biyolojik etmenlerin yanında sosyal ve ekonomik sınıflandırmayı da göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Doğurganlığı sosyal ve ekonomik koşulları dikkate alarak değerlendirdiğimizde, doğurganlık oranlarındaki azalmayı ekonomik sebeplerden dolayı çiftlerin daha az çocuk yapmaya yönelmesinin sonucu olarak görebiliriz (Akça, 2012: 225). Gelişmiş ülkelerin doğum oranlarına bakıldığında ise nüfus artış hızının korunması amacıyla doğum oranlarının arttırılması yönünde bir yol izlenmiştir. Ancak evliliklerin azaldığı ve kadın başına doğurganlık

sayısının giderek düştüğü bir ortamda doğum oranlarının artması ve dolayısıyla nüfus artış hızının artması pek mümkün olmamıştır. Bu nedenle 2050 yılına kadar doğum oranlarının artması yolunda izlenen politikalar başarılı olması beklenmemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki bir diğer sorun ise bağımlı nüfus oranları giderek artarken aktif yani çalışma çağındaki nüfusun sürekli azalmasıdır (Seyhun, 2006: 37).

1.4.1.2. Evlenme Hızı ve Yaşındaki Değişmeler

Evlenenlerin, evlilik yaşının sosyal, ekonomik ve demografik yönden kuşkusuz büyük bir önemi vardır. Bütün toplumların sosyal yapısı aile ortamında doğmakta ve sosyal ve kültürel değerler yine aile içinde gerçekleşmektedir. Toplumun en küçük birimi olan aileyi bir arada tutan temel etken evlilik kurumudur. Evlilik bireylere gerek hukuki olarak gerekse sosyal olarak bir statü kazandırmaktadır (Bacak, 2010: 131).

Türkiye’de 2002 yılı öncesinde yürürlükte olan Medeni Kanuna’ a göre kadınlar için asgari evlenme yaşı 15’dir. Toplumsal cinsiyet eşitliği kapsamında Medeni Kanun’da yapılan düzenlemelere göre asgari evlenme yaşı 17 olarak değiştirilmiştir. Bu yasaya rağmen kadınların 17 yaşından evvel imam nikahıyla evlenmeleri hala bir suç hükmünde sayılmamıştır. TNSA 1993 yılı verilerine göre 14 yaşın altındaki kadınların yüzde 1,2 sinin evli olduğu kayıtlara yansımıştır. Bu nedenle Türkiye’de evlenme yaşı ile ilgili kayıtlarda imam nikahı gibi faktörleri de dikkate almak gerekiyor (TNSA, 2008: 27-28). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye ‘de evlilik içerisinde doğumların gerçekleşmesi evlenme yaşının önemli bir değişkenidir. Günümüzde evlenme yaşı, ileriki yaşlarda olduğu ve ortanca evlilik yaşı grubundaki evliliklerde önemli artışlar olduğu görülmektedir. Bu durumun nedenleri arasında eğitim düzeyinde gözle görünür büyük farklılıkların olmasıdır. Bulgular, 25–49 yaşlar arasındaki kadınların hiç eğitimi olmayan kadınların ve lise mezunu kadınlar arasında ilk evlenme yaşında yaklaşık altı yıllık bir fark olduğunu göstermektedir (TNSA, 2013: 19). Türkiye’de boşanma hızının yüzde 1’in altında olduğu dikkate alındığında, bir kadın için evliliğin yaşam boyu süren bir kurumsal yapı olduğu çok açık görülmektedir. İlk evlenme yaşı ile ilk doğum yaşının arasındaki farkın senelerden beri değişkenlik göstermemesi 1,6 yıl seviyelerinde seyretmesi Türkiye’de evlilik yaşı ve ilk doğum yaşı anlamında kalıplaşmış bir demografik davranış biçiminin olduğu açıkça görülmektedir. Türkiye ‘de son 40 yılda yapılan araştırmalar kadınların çoğunluğunun üreme çağı içerisinde evlendiklerini göstermektedir (Koç, 2009: 26).

1.4.1.3. Üreme ve Anne Sağlığı

Toplumun devamlılığının sağlanması için, insan olgusunu bize kazandıran gebelik ve doğum gibi olaylar, toplumun sağlık – hastalık çerçevesinde önem arz eden bir olgudur (Türkdoğan, 2006: 18). İnsanlık tarihi boyunca düşük (kürtaj) ya da gebeliği önleyici yöntemler günümüze kadar gelen ve kullanılan iki önemli araçtır. Doğurganlık kontrolünde yöntem kullanımı ve kürtaj kararını almak, toplumsal ve kültürel farklılıklara göre değişkenlik göstermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin kuruluşundan bu yana doğurganlığı dönem dönem sınırlayıcı ya da doğurganlığı teşvik etmeye yönelik devlet politikalar uygulamışlardır (Bozbeyoğlu, 2011: 2).

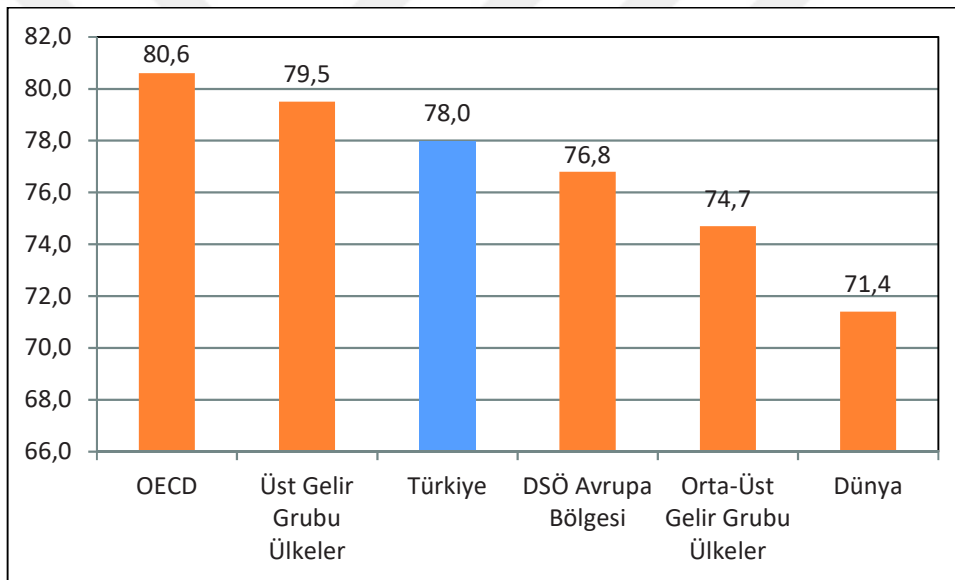
Türkiye'de sık aralıklarla gebelik, erken yaşlarda olan gebelik, çok çocukluluk ve istenmeyen gebelik sonucu kürtajların yaşanması gibi sorunlar iyi bir aile planlaması ile önlenebilecek sorunlardır. Ülkemizde, gebeliklerin %19'u istenmeyen, %11'i ise planlanmamış doğumlar olduğu görülmektedir (Sabri, 1977: 110). Annelikle alakalı sağlık hizmetlerinin temel göstergesidir anne ölümleri; gebeliğe bağlı nedenlerde ötürü her yüz bin canlı doğumda gerçekleşen anne ölüm sayısı bize anne ölüm oranını vermektedir (Turaman, 2012: 169). Özellikle anne ölümleri gelişmekte olan ülkelerin sık sık kullanmış olduğu bir kalkınma göstergelerinden biridir. Anne sağlığının iyileştirilmesi ve ölümlerin önlenmesi maliyeti düşük olmasına rağmen hala gelişmekte olan ülkelerde bu ölümler önemli bir paya sahiptir. Dünyada yarım milyon kadın, gebelikle birlikte ya da doğuma bağlı sebeplerden hayatını kaybetmektedir. Dünyada 2005 yılı için 536 000 anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelere görülmektedir (WHO, 2007). Bu ülkeler arasında en yüksek anne ölüm oranı Afrika ülkelerinde görülmektedir. Afrika'da 100 000 canlı doğumda 920 anne ölümü gerçekleşmiştir (Ergöçmen ve Yüksel, 2007: 29). Türkiye için anne ölümleri değerlendirildiğinde; Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Genel Başkanı Prof. Dr. Ateş Karateke anne ölüm oranlarının 100 binde 14.4 seviyelerinde olduğunu ve önümüzdeki yıllarda bu rakamı 100 binde 10'a düşürme hedefinde olduklarını belirtmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

1.4.1.4. Gelir düzeyi

Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre hane halklarının gelirleri ile doğurganlık arasında ilişki olduğu görülmektedir. Ekonomik gelişmişlik ve doğurganlık ilişkisinde iki yaklaşım mevcuttur. Malthus'a göre bireylerin ya da devletin ekonomik açıdan gelişmişliği bireyleri daha fazla çocuk sahibi olmaya itmektir. Daha fazla çocuk sahibi olmanın çekiciliğinin nedeni ise bireylerin gelir düzeyleri arttıkça daha iyi

standartlara erişen bireyler daha erken evlenecek ve çocuk sahibi olacaklardır. Bir diğer görüş nüfus artış hızını ölüm hızlarındaki düşümlere bağlamaktadır. Ölüm oranlarının düşmesi ile daha uzun yaşayan çiftlerin daha fazla çocuk yapacaklarını savunmaktadırlar (Tuncer ve Cihan, 1972: 180-181). Kentlerde yaşayan kadınların çoğu olumsuz şartlarda ve düşük ücretli işlerde çalışmaktadır. Dolayısıyla kazanılan ücret evde çocuk için ilgilene başka birini tutmanın maliyetini karşılamamaktadır. Bu maliyete ancak yüksek ücret ile çalışan kesim katlanabilmektedir. Bu sebeple kentlerde düşük ücretle çalışan ebeveynlerin çocuk sahibi olması işgücüne katılmayı azaltmaktadır. Bu açıklama ile gelir düzeyinin doğurganlık üzerinde ne denli etkisi olduğu açıkça görülmektedir (Akça, 2012: 226).

Şekil 1.5. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, 2017



TC. Sağlık Bakanlığı 2017 Bütçe Sunumu

Şekil:1.5. de Türkiye, ekonomik anlamda orta- üst gelir grubu ülkeler kategorisinde olmasına karşın, doğumda beklenen ortalama yaşam süresi üst gelir grubu ortalamasına yaklaşmıştır. OECD raporlarına göre 1960 yıllarında ortalama yaşam beklentisi 68,2 iken 2016 yıllarında bu rakam 78 olarak kayda geçmiştir. Türkiye'nin 2018 yılı yaşam süresi ise 2 yıldan fazla artarak 80,7 yıla yükselmiştir. Kaliteli bir sağlık hizmeti almak, yaşam standartlarının iyileştirilmesi, iyi ve nitelikli bir eğitim, nüfus ile ilgili göstergelerin en önemlisi olan doğumda yaşam beklentisinde olumlu sonuçlar doğuracaktır. Dönüşümüne neden olan ve dönüşüm sürecinden en çok etkilenen unsur olan doğumda yaşam

beklentisinin son 50 yıllık dönemde atış halinde olduğu gözlemlenmektedir. Dünya genelinde gerçekleşen bu değişim özellikle gelişmiş bölgelerde nüfusun yaşlanmaya başladığını göstermektedir. 2000’li yılların başlarında %18,7 ye karşılık gelen 60 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı, 2025 yıllarında ise %25,3'lere çıkacağı öngörülmektedir. Doğum oranlarının azalması ve yaşam beklentisinin artması nüfusun yaşlanmasına direkt etki eden faktörlerdendir. Yaşam beklentisinin artması sonucu yaşlanan insanların sağlık hizmetlerine olan gereksinimleri artacak ve daha fazla hizmet talep edecekler dolayısıyla yaşlanan kesim için yapılan sağlık harcamalarının miktarı artacaktır. Sağlık harcamalarının artışına sebep olan en önemli unsur ortalama yaşam beklentisinin artmasıdır. Bundan hareketle nüfusun yaşlanması ile sağlık harcamaları doğru orantılı olduğunu söylemek yanlış bir değerlendirme olmayacaktır (Cura, 2012: 29).

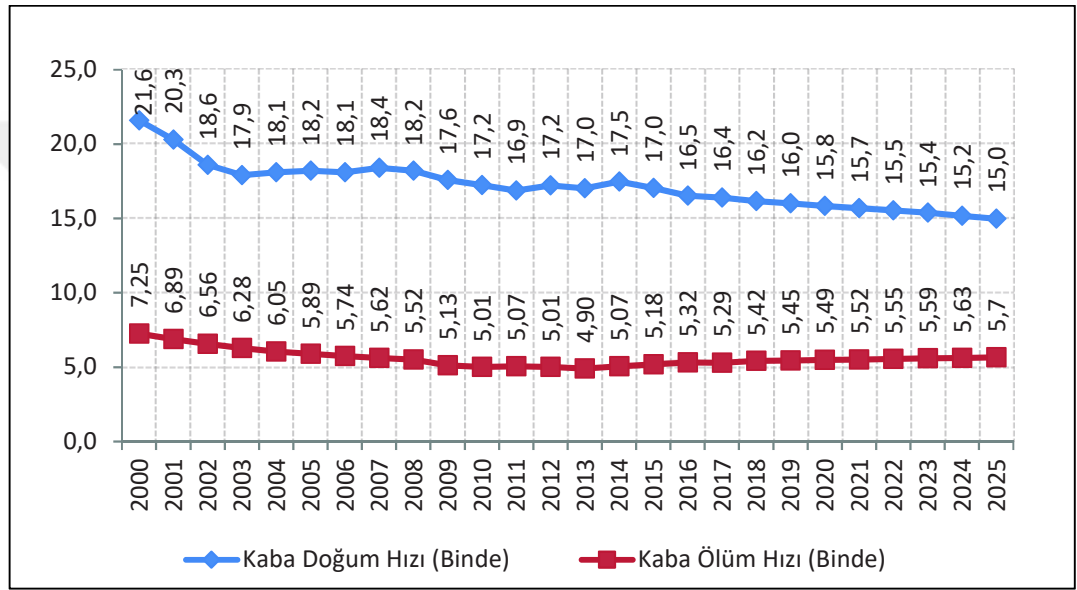
1.4.1.5. Ölüm Oranları

Babil (Babylonian) dönemine kadar uzanan halk sağlığı ve nüfus artışının önemli göstergelerinden olan ölüm oranları, toplumların sağlık statüleri hakkında fikir sahibi olmamamıza yardımcı olmaktadır. Gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olan ölüm oranları nüfus artışını doğrudan etkilemektedir. Kaba ölüm oranları gibi tek bir oran yerine çeşitli yaş gruplarına göre ölüm oranlarının tek tek incelenmesi ve ölüm oranlarının sebep – sonuç ilişkisine de bakılarak değerlendirilmesi doğru sonuçlar almak açısından büyük önem taşımaktadır. Pek çok kaynak, ölüm oranlarının tek bir sağlık ölçütü olarak değerlendirilmesini eleştirmektedir. Bu nedenle kaba ölüm oranlarının yanında bebek, beş yaş altı ölümlerin ve 65 yaş üstü ölüm oranlarının kullanılmasının daha doğru olduğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Bu göstergeler gelişmişlik düzeyinin sadece ekonomik verilerle ölçülmediği, sağlığın betimleyicisi olan ölüm doğum oranlarının da gelişmişlik göstergesi olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde yatırımların ve teknolojinin ilerlemesi bireylerin yaşam sürelerinin uzamasına ve doğal olarak 65 yaş üstü ölümlerin dikkat çekici bir gösterge olmasına etki etmiştir. 65 yaş üstü ölümlerde görülen düşüşler, yaşam beklentisinin artmasını sağlamıştır. Yaşam beklentisinin artması ise sağlığa erişimin artması, beslenmede olumlu gelişmelerin yaşanması ve gelirin seviyesinin artması sonucunu doğurmuştur (Lorcu, 2009: 124).

Dünya Sağlık Örgütü’nün de desteği ile tıp alanında yaşanan gelişmeler ölümlerin azalmasında etkili olmuştur. İnsanların zaman içerisinde yaş almaları fizyolojik bir süreç olmakla beraber 20. yy ikinci yarısında oldukça dikkat çekmiş ve dünya tarihinde dünya nüfusunun dönüm noktası oluşmaya başlamıştır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2011: 34).

Günümüzde insanoğlunun gelişen teknoloji ve iyileşen yaşam koşullarının etkisi ile daha bilinçli olması geçmişte tedavi olanağı bulunmayan bir çok hastalığın artık tedavi edilebiliyor olması gibi bir çok sebep kaba ölüm hızının düşmesini sağlamıştır. Gün geçtikçe azalan ölüm hızları ile birlikte değişen aile yapısı sonucu çok çocuklu bir aileden iki yada tek çocuk istenmesi doğum oranlarında düşmesine sebep olmuştur. Ölüm ve doğurganlık oranlarında görülen bu düşme demografik dönüşümün hızlı bir şekilde gerçekleşmesine neden olmaktadır (Güner, 2014: 59).

Şekil 1.6. Ölüm İstatistikleri / Doğum İstatistikleri(Kaynak: TÜİK, 2017)



İleriye doğru kaba ölüm hızındaki yükselmenin başlıca nedeni yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Akın ve Ersoy, 2012: 72).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017 yılı ölüm istatistiklerine göre 422 bin iken 2017 yılında yüzde 0,7 artış göstererek 2017 yılında 426 bine yaklaşmıştır. Yukarıdaki şekil.1.5 incelendiğinde ölüm hızları binde olarak verilmiştir. Kaba ölüm hızı binde 5,3 olup bu ise bin kişi başına ölüm sayısını ifade etmektedir (Şekil:1.6).

1.4.1.6. Bebek Ölüm Hızı

Uluslararası sağlık göstergelerinden biri olan bebek ölüm hızı, bebeklik çağlarının ilk yıllarını tamamlayamadan ölen bebeklerin hızının ölçülmesidir. Bebeklerde ölüm hızı , yani bir yaşın altında gerçekleşen ölümler genel olarak ikiye ayrılarak incelenmektedir. Hayatın ilk bir ayında gerçekleşen ölümler yenidoğan (neonatal) ölümleri ; 11 ay içerisinde gerçekleşen ölümler ise (postneonatal) ölümleri olarak adlandırılmaktadır. Neonatal dönemde doğum sırasında meydana gelecek komplikasyonlar, annenin beslenme

yetersizliği ve genetik faktörler gibi içsel nedenlerden etkilenmektedir. Neonatal ölümler, çevresel faktörlerden, bulaşıcı bir takım hastalıklardan daha az etkilenmektedir. Postneonatal dönemde gerçekleşen ölümler ise daha çok bulaşıcı hastalıklardan , tıbbi yardımla önlenilecek ölümler olduğu postneonatal ölümlerin daha çok yoksul hanelerde görüldüğü zengin hanelerde ise neonatal ölümlerin yaşandığı görülmüştür (Eryurt, 2009: 115-116).

Birleşmiş Milletler, bebek ölüm oranlarını bir ülkenin sağlık başarısıyla eş değer tutmaktadır. En önemli sağlık ölçütlerinden biri olan bebek ölüm oranı gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bugün hala yüksek seyretmektedir. Bu oran aynı zamanda sağlık hizmetleri dağılımındaki eşitsizliğin de anlamlı göstergelerindendir (Lorcu, 2009: 126).

Bir çok ülkede bebek ölüm hızları ile sağlık harcamalarının yüksek olması veya düşük olması arasında bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Bazı ülkelerde sağlık harcamalarının yeteri kadar olmamasına karşın bebek ölüm hızları düşük seviyelerde gerçekleşmektedir. Bebek ölüm hızı ülkedeki sağlık sistemi hakkında yorum yapabilme imkanı sağlamaktadır (Daştan, 2015: 125).

1.4.1.7. Çocuk Ölüm Hızı

Yaşam sürelerinin kısa olması, genel olarak 15 yaş altı ölüm oranlarının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Bu yaş grubunda gerçekleşen ölümler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişki bulunduğu kanıtlanmış ve bir varsayım olmaktan çıkmıştır bunun yanında ülkelerin sosyo – ekonomik durumları hakkında fikir sahibi olmamıza da yardımcı olan bir orandır (Lorcu, 2009: 126). Belirli sayıda çocuk sahibi olmayı planlayan aileler yüksek çocuk ölümleri dolayısıyla fazla sayıda çocuk sahibi olmayı tercih etmektedir. Özellikle kentlerde çocuk ölümlerinin daha az görülmesi, ekonomik ve sosyal hayattaki gelişmelerin kentlerde daha iyileştirilmiş olarak sunulması kuvvetli bir sebeptir. Sağlık hizmetlerindeki gelişme çocuk ölümlerindeki azalmayı sağlamakta ve bu gelişme ile belirli sayıda çocuk sahibi olmak isteyen kadınların doğurganlık oranı azalmaktadır. Öte yandan kent yaşamına alışan kadınlar eğitim düzeylerini arttırmaktadır. Eğitim yaşı yükselen kadınlar, eğitim düzeyleri arttıkça evlenme yaşı da bu artışa paralel bir artış göstermektedir. Evlenmenin geç yaşlarda gerçekleştiren kadınların biyolojik olarak doğurganlık oranları düşmektedir (Akça, 2012: 228).

Çocuk ölümlülüğü 2000 yılında düzenlenen Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi'nde beş yaşından önceki çocuk ölümlerinin azaltılması Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında yer almıştır. Bu nedenle çok önemli bir kalkınma göstergesidir. Uzun yıllar Türkiye'de

yaşanan bebek ölümlülüğü ülkenin sosyo-ekonomik düzeyiyle paralel bir görüntü göstermemiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre bebek ölümlülüğü binde 29'a, beş yaş altı çocuk ölümlülüğü binde 37'ye düşmüştür. Yaşanan ölümlerin sosyal ve ekonomik sebeplerden meydana gelebileceğini söylemiştik bunu pekiştiren çalışmalardan biri de TNSA-2003 verisidir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre yoksul hanelerde dünyaya gelen çocukların bir yaşını doldurmadan ölme ihtimalleri zengin hanelerde yaşayan çocuklardan 4.7 kat fazladır. Ayrıca beşinci yaş doğum gününü görmeden ölme ihtimallerinin ise 3.5 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmaya göre fakir bir hanede yaşayan çocukların ebeveynlerinin daha eğitimsiz oldukları, yaşanan konutta olumsuz hijyen koşullarının varlığı ve büyük bir bölümünün sağlık güvencesinden yoksun olduğu, doğum sırasında ve öncesinde sağlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanamadıkları görülmüştür (Eryurt, 2009: 114). Dünyada geçen her dakikada 20 çocuk ölmekte ve ölen çocukların ise 5 yaşından küçük olduğu görülmektedir. Bu da günde 30 bin, yılda 11 milyon çocuğun ölmesi demektir. Çocuk ölümlerinin %70'inden fazlası, yenidoğan (prematürel), zatüre, ishal, kızamık ve sıtma gibi tedavi edilebilen hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bir diğer çocuk ölümlerinin sebebi savaşlardır. Tarihte savaşlardaki ölümler savaş meydanlarında olurken 1990 yılından beri silahlı çatışmalarda ölen 3.6 milyon kişiden %90'ı sivillerden oluşmaktadır. Silahlı çatışmalarda ölenlerden yarıya yakını çocuklardan oluşmaktadır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde yaşayan 5 yaşından küçük çocukların yarısından fazlasında beslenme bozukluğu vardır. Beslenme yetersizliği vücudun direncini düşürerek enfeksiyon hastalıklarının engellenememesine hatta ölümle sonuçlanmasına yol açabilmektedir.

Ülkemizde ise 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre her yıl doğan 1000 bebekten 29'u bir yaşını tamamlayamadan ölmektedir. Çocuk ölümlerinin azaltılmasında sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve eşit dağıtılması kadar toplumun eğitim seviyesinin de artırılması gerekmektedir. Ülkemizdeki çocukların neredeyse yarısı hastalıklardan koruyucu birtakım aşılarla henüz erişememiştir (Yurdakök, 2005: 203-205). TÜİK verilerine göre doğumu takip eden 5 yıl içinde ölme ihtimalini ifade eden beş yaş altı ölüm oranının 2016 yılında binde 12,1 seviyesinde iken 2017 yılında 11,2 ye düşmüştür (TÜİK, 2017).

1.4.1.8. Yetişkin Ölüm Oranları

Bebek ölüm oranları ya da çocuk ölüm oranlarını etkileyen faktörden farklı olarak belirgin olmayan birçok faktör yetişkin ölüm oranlarını etkileyebilmektedir. Teknolojinin

sunmuş olduğu olanakların artması ile 60 yaş üstü ölüm oranlarında göz ile görünür azalmalar meydana gelmiştir. Ülkelerin sağlık düzeylerinin artması, beslenmenin iyileştirilmesi, gelirin artması gibi etkenler yaşam beklentisinin artmasına sebep olmaktadır (Lorcu, 2009: 126).

Özellikle Avrupa'da 19. yüzyılın sonlarından itibaren tanık olunan ölüm hızlarındaki düşüşler ikinci dünya savaşının sonrasında hızlı bir ivme kazanmıştır. 20. Yüzyılın ortalarında enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde etken bir madde olarak kullanılan antibiyotiğin yaygınlaşması ile yüzyıllar boyunca insanların ölümüne sebep olan hastalıkların görülme sıklığını büyük ölçüde azaltmıştır. Sağlıklı beslenme, kaliteli yaşam biçimini benimsemenin bir gereği olarak görülmesi, hastalıklar karşısında insanların bilinçlenmesi ölüm oranlarının azalmasını ve yaşam beklentisinin artmasını da sağlayan bir diğer gelişmedir (Yüceşahin, 2009: 2-3).

1.5. Demografik Dönüşümün Sonuçları

Dünyanın yaşadığı bu değişimden etkilenmektedir. Bu değişimle birlikte ülkenin yaş yapısından tasarruf seviyesine, finansal piyasasına ve sağlık sektörüne kadar birçok alan etkilenmektedir.

1.5.1. Yaşam Beklentisinin Artması

Demografik değişimlere neden olan bir diğer etken doğuştan yaşam süresidir. Sağlık harcamaları yaşam beklentisini arttırmakta yaşam beklentisinin artması ise demografik dönüşümün temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle demografik dönüşümün açıklanması noktasında önemli bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sistemi ile birebir ilişkili olan doğuştan yaşam süresi bir nüfusun (çocuk, yetişkin ve yaşlı tüm nüfusun) doğum anındaki ortalama ömür süresinin hangi düzeyde olduğunu göstermektedir. Doğum anındaki yaşam süresinin artması elbette ülkelerin sağlık arzındaki gelişmelere paralellik göstererek gerçekleşmiştir (Daştan, 2015: 123). Yaşlanmanın etkisi ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve coğrafi bölgelere göre farklılık gösterebilmektedir. Ekonomideki gelişmeler ve sağlıktaki ilerlemeler ile birlikte yaşam standartları yükselmiş ve yaşlıların toplam nüfustaki payı ve doğuştan beklenen yaşam süresi artmaktadır (Erol, 2016: 17).

Özellikle 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren ölüm oranlarındaki düşüşün nüfusun yaşlanması üzerinde etkisi keşfedilmiştir. Anne, çocuk ve bebek ölümlerinde düşüş görülmesi yaşam beklentisinin artmasına ve bireylerin ileri yaşlara ulaşmasına neden

olmaktadır. Nüfusun yaşlanması ile karşı karşıya olan endüstrileşmiş ülkelerde nüfus grubunun sağlık ve sosyal gereksinimleri belirlenmiş ve bu gereksinimlere yönelik önlemler alınmıştır. Yaşlanmanın akabinde açığa çıkan sorunlar ise büyük ölçüde çözülmüştür. Nüfusun yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık ve sosyal politikalarda düzenleme yapılmaz ise önemli sorunlarla karşı karşıya kalınacağı açıktır (Mandıracıoğlu, 2010: 43). Türkiye’de doğuştan yaşam süresi 78 yıl olarak hesaplanmıştır. Genel olarak cinsiyete göre yaşam süreleri farklılık göstermektedir. Kadınlar ve erkeklerin doğumda yaşam beklentilerinin arasındaki fark 5,4 yıldır. Bu durumda Türkiye’de kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır. 15 yaş çocukların yaşam süresi ise 64,2 yıl olarak kaydedilmiştir (Güner, 2014: 63).

Tablo 1.1. Yıllar İtibari İle Temel Sağlık Göstergeleri

| Temel Sağlık Göstergeleri | | | |
|---|----------------|-------------|-------------|
| | 2002 | 2015 | 2016 |
| Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl) | 72,5 | 78 | 78 |
| Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumunda) | 31,5 | 7,5 | 7,3 |
| Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda) | 40 | 9,6 | 9,4 |
| Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda) | 64 | 14,6 | 14,7 |
| Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%) | 19,8 | 16,6 | - |
| Katastrofik (yıkıcı) Sağlık Harcamaları (on binde) | 81 | 30 | 29 |
| Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%) | 39,5 (2003) | 72,3 | 75,4 |

Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu

Doğuştaki beklenen yaşam süresi 2002 yılında 72,5 iken 2017 yılında 78'e ulaşmıştır. 100 yılda gerçekleşen toplam artışın ise 30 yıl olması beklenmektedir (Mandıracıoğlu, 2010: 41).

Tablo 1.2. Cinsiyete ve Yaşa Göre Beklenen Yaşam Süreleri (2014 – 2016)

| Yaş | Toplam | Erkek | Kadın |
|-----|--------|-------|-------|
| 0 | 78 | 75,3 | 80,7 |
| 15 | 64,2 | 61,6 | 66,9 |
| 30 | 49,7 | 47,1 | 52,1 |
| 50 | 30,6 | 28,3 | 32,8 |
| 65 | 17,8 | 16,1 | 19,4 |

Kaynak: TÜİK, (2017)

Günümüzde Türkiye de doğuştaki beklenen yaşam süresi geçmiş yıllara oranla artış göstermiş ve ülke genelinde 78 yıla yükselmiştir. Kadınlarda ise 80,7 yıl ile daha da yüksek olduğu görülmektedir. Erkeklerin yaşama süreleri 75,3 yıldır. Yukarıdaki TÜİK' in verilerinden yardım alınarak hazırlanan tabloda kadınların erkeklerden daha fazla yaşadığı görülmektedir. Ülke ekonomisi için önemli bir yere sahip çalışma çağına başlarını oluşturan 15 yaş nüfusta ise ortalama beklenen yaşam süresi 64,2 yıldır. Özellikle sağlık bakım hizmetlerinin gelişmişlik göstergesi olarak görülen yaşlı nüfusu oluşturan 65 yaşındaki bireylerin kalan hayat süresi 17,8 yıl olarak kaydedilmiştir (Tablo:1.2).

1.5.2. Tasarruf Seviyelerine Etkisi

Demografik geçiş aşaması bir ülkenin tasarruflarının artması ve ekonomik büyüme için gerekli olan birikimin sağlanmasını teşvik edici bir süreçtir. Bu süreçte çalışma çağındaki nüfus yani genç nüfusta artışlar yaşandıkça iş gücüne katılım oranını arttırmaktadır ve ülkenin kalkınmışlık seviyesine katkı sağlamaktadır. Ekonomik büyüme sürecini etkileyen bir diğer faktör olan çocuk nüfusun fazla olmasıdır. Çocuk nüfusunun fazla olması bağımlı nüfusun fazla olması bu da, ülke kaynaklarının önemli bir çoğunluğunu çocuk bakımına ayırmak zorunda olmaları anlamına gelmektedir (Erdönmez, 2008: 62). Hane Halkı Sayısında değişim; Doğumdaki artışlar ve azalışlar hane halkı sayısını dolayısıyla hane halklarının gelir ve tasarruflarına etki etmektedir.

Jenerasyon Etkisi;30'larında olan bireylerin tasarrufları ile 2000 'li yıllarda 30'larında olan insanların birikim seviyeleri aynı değildir. Hane halklarının jenerasyon değiştikçe tasarruf seviyesinde değişikliklere sebep olur. Bu etkiye jenerasyon etkisi denilmektedir.

Yaşam Döngüsüne Etkisi; Yaşlılar ile çalışma çağındaki aktif nüfusun ‘ yatırım ve tasarruf tercihleri ve/veya finansman ihtiyaçları’ farklılık göstermektedir. Bu sebeple bu teoriye göre insanlar genellikle gelirlerini tüketim amacıyla kullanmaktadır. Hatta bu teoriye dayanarak bazı gençler kariyerlerinin başlarında gelecekteki kazançlarına güvenerek kazandıklarından fazlasını tüketim yapma eğilimindedirler. Bu teoriye göre bireyler orta yaşlarına geldiklerinde borç ödemeye başlar ve emeklilik için tasarruf etmeye devam ederler. Kazançlarının yüksek olduğu dönem yani orta yaşlarda bireyler hisse senetleri, tahvillere, bireysel emeklilik fonları gibi yatırımları tercih ederek bu araçlar aracılığı ile paralarını tasarruf ederler. Ancak emeklilik döneminde bireylerin gelirlerinde meydana gelen azalma ile tasarruf miktarı azalmaktadır (Erol, 2016: 18).

1.5.3. Finansal Piyasalara Etkisi

Demografik geçiş sürecinde yaşlı nüfusun artması ve doğurganlık oranlarının azalmasının da etkisiyle finansal piyasalarda da gelecekte bir durgunluk yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Yaşlı nüfusun artması emekli nüfusun da fazla olması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla emeklilik yaşına gelmiş bireylerin gelirleri azalacak ve finansal piyasalardan çekilmek durumunda kalacaklardır. Finansal piyasalarda durgunluk yaratan olgu ile emekli insanların yatırımlarını azaltması beklenen bir durum olacaktır. Diğer taraftan risk algısının zamana bağlı olarak değişmesi yaşlı nüfusu, nispeten daha güvenli riski düşük yatırımlara yöneltecektir (Seyhun, 2006: 29). Tasarruf eğiliminin yaş ile olan bu ilişkisini Amerika, Japonya ve Avrupa’da yaşanan demografik gelişmelerle açıklamak mümkündür. Bu ülkelerde 1980 yılından sonra demografik yapıda görülen değişmelerle gelişmiş ülkelerde menkul kıymetler piyasası büyümeye başlamıştır. II. Dünya Savaşı sonrasında doğum oranlarının artması ve çocuk patlamasının yaşanması 1980’li yıllara kadar olan dönem içerisinde menkul kıymet borsasında ki işlemler 4 kat arttığı görülmektedir (Erol, 2016: 19).

1.5.4. Sağlık Sistemine Etkisi

Demografik faktörlerden olan ölümlülük ve doğurganlık kavramlarının toplumların sağlık şartları ve hijyen bilgisi ile yakın ilişkisi bulunmaktadır. Diğer taraftan aile planlaması ve doğum kontrolünün sağlanması ancak tıp alanındaki önlem ve yöntemlerin yardımıyla gelişen iki kavramdır (Murat ve Bacak, 2010:1).

DSÖ’ ye göre dünyada tüm ölümlerin %60’ı kronik hastalıklar sebebi ile gerçekleşmektedir. Bu ölümler içinde kalp-damar rahatsızlıkları birinci sırada; kanserler

ikinci sırada; solunum yolu hastalıkları üçüncü sırada ve diyabet dördüncü sıradadır (Yardım, 2012: 61).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzerindeki yaşları yaşlı olarak nitelendirmektedir. Toplumun yaşlanmasının önemli bir belirtisi olan doğuştaki yaşam süresinin ortalama değeri geçtiğimiz yüzyıla göre artış gösterdiği görülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinde görülen artışın yaşanması ve yeni tedavi imkanların uygulanmaya başlanması sağlık hizmetlerinin etkinliği ve çıktısının gösteriminde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Bu yüzyıl itibari ile bir sağlık girişiminin başarısı, sadece o hastalığın neden olduğu ağrılar, halsizlik halinin giderilmesi ile değil, aynı zamanda bireylerin psikolojik durumu ile birlikte değerlendirilmesi daha sağlıklı olarak nitelendirilmiştir. Yaşam kalitesinin giderek azaldığı durumlardandır yaşlılık, yaşlıların yaşam kalitesinin düşmesinde başta sağlık durumu olmak üzere, sosyal ve kültürel ortamı, inançları, bireyin kişisel durumu belirleyici rol oynamaktadır. Toplum sağlığının göstergesi olarak yaşam kalitesini baz almak aynı zamanda tıp, psikoloji ve sosyal hizmetler gibi sektörler arasında bir etkileşimin olmasının başlıca sebeplerindedir. Yaşam kalitesinin sağlık göstergelerinden sayılması, yaşlılara yönelik hizmet veren kurumların performanslarını ve sunulan hizmetin kalitesinin ölçümünde de faydalı olmaktadır. Yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerden bazıları; çalışma durumu, kültürel ve ekonomik şartlar, sağlık düzeyi, yaşamdan alınan doyum, yaşanılan mekan, engellilik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, demografik özellikler ve yaşanılan çevre koşullarıdır (Saygun ve Eser, 2012: 68). Nüfusun yaşlanması gelişmiş ve gelişmemiş olan ülkelerin sağlık harcamalarını derinden etkilemesi kaçınılmaz sonuç olacaktır. Tıbbi yardım alınması yaş ile birlikte artacak ve doğal olarak kişi başına düşen sağlık harcamasında da artış görülecektir. Buna göre gelişmiş ülkelerin gelişmekte olan ülkelere nispeten yaşlı nüfus sayısı daha fazla olması nedeniyle sağlık harcamaları artış yönünde bir eğilim göstermektedir. Nüfusun gittikçe yaşlanması ve sağlık maliyetlerinin artması arasındaki doğru yönlü ilişki gelişmekte olan ülkelerin daha az gündeminde yer alan bir konudur (World Health Organization, 2011: 18). Gelişmiş ülkelerin yaş aralıkları gözetilerek yapılan incelemelerde 65 yaş üstü nüfus 65 yaş altı nüfusa göre 3 ile 5 kat arasında daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Gelişmiş ülkelerin ekonomilerinde 2000 – 2050 yılları arasında sağlık harcamaları GSYİH' nin %2-3 'si oranında artış göstereceği tahmin edilmektedir. 1960 yılında başlayan sağlık harcamalarındaki artış nüfusun yaş aralıklarının değişmesi ile gelecekte önemli bir harcama kalemi olacaktır. 1960 yılından beri Dünyada

sağlık harcamaları yaklaşık %2,5 kat artmaktadır hatta bu artış reel GSYİH 'dan daha büyük bir artış göstermesi demektir (Erol, 2016: 21).

Sonuç olarak demografik dönüşümün sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarını artırması ve tasarrufları düşürmesiyle birlikte, bütçe üzerinde olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Bütçe dengesinin bozulmasının yanı sıra ayrıca borçlanmanın artması da beklenen olumsuz gelişmelerden biridir. Avrupa'da borç yükü yüksek olan İtalya ve Belçika'nın yanı sıra bütçe açığı veren ülkeler arasında yer alan Fransa, Almanya, Polonya ve Slovakya'nın bütçe disiplini açısından ciddi finansman sorunları yaşadığı görülmektedir. Bu nedenle özellikle İtalya ve Almanya'nın demografik dönüşümden daha fazla etkilendikleri görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise sosyal güvenlik ve sağlık harcamalarındaki artış demografik dönüşümden değil, yapısal sorunlardan kaynaklanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşanan ölümlerin çoğu kanser ve kalp hastalıklarıdır. Bu hastalıkların ölüm sebepleri içindeki payının gittikçe artması bu tip hastalıkların tedavisine ayrılan bütçenin de artmasına neden olmaktadır. Sağlıklı toplumlar yetiştirilmesi ve genç nüfusun gelecekte daha sağlıklı olmaları için hastalıklara önlemler alınması gerekmektedir. Sağlık için düzenli kontrollerin yapılması, yaşlanma uzmanlarının artırılması, doğru beslenme konularına daha fazla ağırlık verilmesi kanser ve kalp rahatsızlıkları riskini azaltmaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında, maliyetlerin azaltılması için devletin uygulamış olduğu bazı politikalar vardır. Devletin temel sağlık hizmeti görevi olmasından çıkarıp özel sektöre doğru yönlendirmek ve özel hastanelerle ortak hareket etmek bu politikalar arasında yer almaktadır. Alternatif sağlık politikaları üretmek ve kullanıcıları bu politikalara yönlendirmek, pratisyen hekimlerin aşırı talebi karşılayabilmek için etkin kullanılması, maliyetleri düşürmek için yüksek bütçe ayrılan hastaneler yerine polikliniklerin artırılması, sigorta şirketlerinin sağlık için yapılan sigortaların kapsamını arttırmak, şirketler arasında ki rekabetin arttırılmasını sağlamak da benzer politikalarındandır (Seyhun, 2006: 31-37).

1.5.5. Göçlere Etkisi

Demografik vaka olarak adlandırılan göç ;ekonomik, siyasi, bireysel ve ekolojik nedenlerle bir yerden başka bir yere yapılan kısa, orta ve uzun vadede sürekli yerleşim ya da geriye dönüş amacı güden coğrafik, toplumsal veya kültürel yer değiştirme eylemidir (Tezcan, 2013: 8). Demografik geçiş süreci nedeniyle yaş grupları arasındaki denge bozulmaktadır. Dünyada genel olarak doğum oranlarındaki azalma ile genç nüfusun

toplam nüfusa oranı azalmakta ve çalışma çağındaki nüfus azalma eğilimine girmektedir. Gelişmiş ülkelerin azalan doğurganlık oranları ile birlikte bu ülkelerde nüfus oranlarında da azalma görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere olan göçler başlamaktadır. Göçün en önemli sebeplerinden biri azalan iş gücü kaybını telafi etmektir. Bu azalma ile birlikte gelişmiş ülkelerde iş gücünde büyük kayıplar görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşanan bu demografik dönüşümün etkisi olan iş gücü kayıplarını telafi edebilmek için gelişmiş ülkeler geliştirmekte olan ülkelere göçe izin vermektedirler. Dolayısı ile iş gücü talebinin göçe sebep olan çekici bir güç olarak görülmesi geliştirmekte olan ülkeler için avantajlı bir durumdur (Seyhun, 2006: 32). Türkiye’de ise 1950’li yılların başından itibaren büyük bir göç dalgası başlamıştır. Tarımda makineleşme ve endüstriyel kaynakların çoğalması ile birlikte sağlık gibi yaşam kalitesinin yükselmesi en büyük göç nedenlerindedir (Tezcan, 2013: 8)

Türkiye iş gücü açısından oldukça yüksek potansiyele sahip bir ülkedir. Avrupa 2010 yılından sonra nüfusunda önemli düşüşler beklenmesi sonucunda istihdam edilen nüfusta ise azalmalar meydana gelecektir. Avrupa ülkelerinin istihdam kaybını potansiyel iş gücü açısından zengin olan ülkemiz bu açığı telafi edecek konumdadır. Avrupa Birliği’ne 2030 yılına kadar Türkiye’den yapılacak olası göç tahmini 500 bin ile 4 milyon arasında olacağı öngörülmektedir (Avrupa Komisyonu Raporu, Ekim: 2004).

1.5.6. İş Gücü Piyasalarına Etkisi

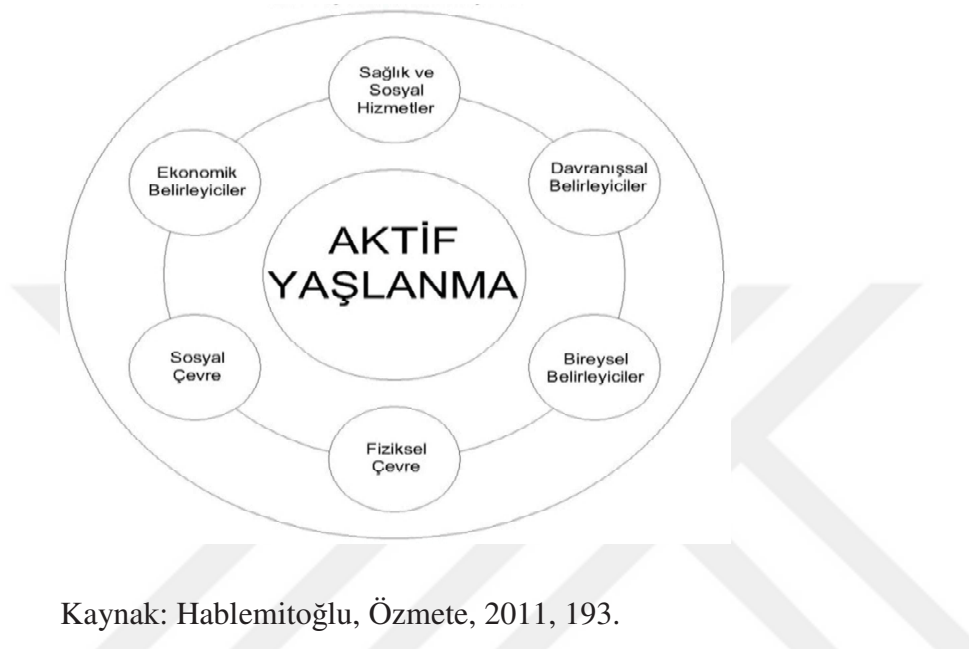
Ülke ekonomileri mal ve hizmet üretimi için kullanılan üretim faktörlerinden olan emek, ülkelerin işgücü kaynağını oluşturmaktadır. Ülkelerin yaş gruplarına göre dağılımı aktif nüfusun ne kadarının iş gücü olarak değerlendirileceğini ortaya koymaktadır. Ülkelerin iş gücü piyasasına katılımları sınırlı olanlar olduğu gibi iş gücü piyasasının dışında kalanlarda vardır. Bu nedenle yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki dağılımı, gerçekte iş gücünün mal ve hizmet üretimine katılımını belirleyen unsurlar arasındadır (Kuzgun, 2002: 1). Demografik geçiş ülkelerin yaş gruplarının dağılımını etkilemektedir. Böylece emekli sayısındaki artış zamanla çalışma çağındaki nüfusun gerilemesine sebep olmaktadır. 2050 yılında Avrupa Birliği’nde 2000 yılına göre çalışma çağındaki nüfusun 40 milyon kadar gerilemesi beklenmektedir. Bu rakam ciddi bir sorun yaratacak bir rakamdır (Seyhun, 2006: 31).

1.5.7. Yaşlı Nüfusun Artması

Türkiye’de toplum yaşlanmasına ve halk sağlığına ilgi 1980’lerde başlamıştır. 2000’li yıllarda da ilginin oldukça arttığı görülmektedir. Sağlıklı yaşlanmaya önem artmış olsa da buna yönelik bir yaşlı politikası hala oluşturulamamıştır. Yaşlı sağlığının iyileştirilmesi için yaşlılıkta sağlığın belirleyen faktörlerin neler olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Yaşlılar için yapılacak en önemli girişim sağlık sorunlarını en aza indirmek ve bu sorunların erken tanısını ve düzenli kontrolünü sağlamaktır. Yaşlı sağlığını koruyup gözetmek ile ilgili girişimler sadece yaşlılık dönemine özgü olmamalıdır bu teşebbüsler doğum öncesi dönemden başlamalı ve konforlu bir yaşlılığa kadar sürmelidir. Ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık hizmeti sunmak devletin görevidir ve genel sağlık hizmetleri içinde değerlendirilmektedir. Yaşlıların öncelikli risk grubu olarak değerlendirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerin yürütülmesi noktasında bir yönerge yayınlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlılara yönelik görevi ise öncelikle sağlık ocaklarının yaşlılardan haberdar olması, kronik hastalığa sahip yaşlıların yılda iki kere sağlık kontrolünden geçmesi yaşlı sorununu temel alan görevleri mevcuttur. 2006 yılında Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında “Sağlık Ocağı 65 yaş üstü kişilerin yılda en az iki kez fizik muayeneden geçmelidir ve durumun takibi yetkililerce yapılmalıdır” yönerge yayımlanmıştır. Sağlıkta dönüşümle birlikte birinci basamağa dahil olan ve aile hekimlerinin sorumluluğunda olan yaşlı sağlığı hizmetleri her alanda daha sık yer almaya başlamıştır. Yaşlıların sağlıklı yaşamalarına katkı sağlamak için Toplum Sağlığı Merkezlerine herhangi bir görev verilmemiştir. Bu durum yaşlıların bakımı ve sağlığı konusunun bireysel algılandığını toplumsal bir bakış açısıyla değerlendirilmediğini net bir şekilde göstermiştir. Henüz çok yeni uygulanan olumlu gelişmelerden olan Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü kurularak yaşlı sağlığı ile ilgili tüm hizmet ve uygulamalar bu birimde başlatılmıştır. Yaşlı sağlığını yakından ilgilendiren bir diğer konu evde bakımdır evde bakım hizmetleri 1990 senesinde uygulanmaya başlamış ve o günden bu yana gündemden düşmemiştir (Tezcan, 2012: 9-10). İnsanların yaş alması neticesinde yaşlanarak büyümeleri fizyolojik bir sürecin sonucudur. Özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren yaş yapısı insanlık tarihinde dönüm noktası olmuş ve demografik geçiş kuramını belirgin hale getiren yaşlıların giderek artan varlığı olmuştur (Hablemitoğlu ve Özmete, 2011: 28). Sağlıklı yaşlanma Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1990’ların sonlarına doğru benimsenmeye başlanmıştır. Aktif ve sağlıklı yaşlanmanın birinci önkoşulu sağlık

hizmetlerinde iyileştirmelerle arttığını söylemek mümkündür. Bununla birlikte gelir seviyesi, sosyal ve fiziki çevre, sosyal hizmetlerin gelişmişliği, Bireyin sağlık konusundaki tutumu gibi birçok faktör etkilidir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2011: 193).

Şekil 1.7. Aktif Yaşlanmanın Belirleyicileri



Kaynak: Hablemitoğlu, Özmete, 2011, 193.

Nüfusun yaşlanmasının sürecine etkisi olan birtakım değişkenler vardır. Sağlık nüfus üzerindeki etkisini anlamak için bilinmesi gerek bazı değişkenler vardır. Bunlardan doğuştan beklenen yaşam süresini, doğurganlık hızını açıklamıştık.

Medyan Yaş: Bir ülkede nüfusu oluşturan kişilerin yaş büyüklüğüne göre sıralandığında kişinin yaşı ve diğer iki kişinin yaşlarının aritmetik ortalamasına medyan yaş denir.

Yaşlı Bağımlılık Oranı: Bir ülkede yaşayan 65 yaş üstü nüfusa denmektedir.

Yaşlanma Endeksi: 15 yaş altı her yüz çocuğa düşen 65 yaş üstü kişilerin sayısı bize yaşlanma endeksini vermektedir (Mandrıacioğlu, 2010: 41).

Dünyada yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılar her alanda egemen hale geleceklerdir. Kırsal bölgeler ve geçkondu alanlarında yaşlı bakımı, yaşlılar için çeşitli aktiviteler ve toplu taşıma imkanları arttığı görülmektedir. Gelecek 30 yıl içerisinde özellikle tüm ülkelerde geriatrik tıp ile ilgili çalışmalar yeterli olmaz ise yaşlanma sorun haline gelecek ve “ yaşlanma sorunlu ülkeler” diye bir tabir ortaya çıkacaktır. Yaşlılığın artış göstermesi ile geleneksel olarak evlatları tarafından bakılan yaşlıların çocukları ise orta yaşlı ‘çocuklar’ kendi emekliliklerini beklerken ebeveynlerine bakmak durumunda

kalan bir sınıf ortaya çıkmaktadır. Gençliğe zindeliğe önem verilen çağımızda yaşlılar dünyanın pek çok yerinde parlamentoda yaşlıların oranı fazladır ve önemli bir siyasi güce sahip oldukları inkar edilemez bir gerçektir (Habletmitoğlu ve Özmete, 2011: 35).



İKİNCİ BÖLÜM

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM SÜRECİ ve SAĞLIK İLİŞKİSİ

Sağlıklı yaşlanma DSÖ tarafından artık benimsenmeye başlamış ve sağlıklı yaşlanmaya yönelik öncelikle sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin artırılması gerekliliği Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte kamu harcamaları içerisinde değerlendirilen, sağlık harcamaları ve etkilerine yıllar itibari ile geçirdiği dönüşümden bu bölümde bahsedilecektir.

2.1. Kamu Harcamaları, Özellikleri ve Kamu Harcamalarının Sınıflandırılması

Devletin bir düzen dahilinde, belirli kurallar çerçevesinde hareket etmek üzere, vatandaşlarının gereksinimlerini karşılamak ve ekonomik sosyal yaşamlarını düzenlemek için yaptığı harcamalara kamu harcamaları denilmektedir (Yıldız, 2009: 37). Devletin üstlenmiş olduğu görevleri yerine getirebilmesi için üretim faktörlerinin karşılığını ödemesi gerekir. Üretim faktörlerinin karşılığının yerine getirilmesi için ise kamu harcaması yapması gerekmektedir. Bu durum ise kamu giderleri ve insanların gereksinimleri arasında neden sonuç ilişkisinin olduğu sonucunu doğurur (Şenyüz ve Erdem, 2012: 27).

Devletin kamu harcamalarını yaparken asıl hedefi fayda maksimizasyonunun sağlanmasıdır. Devletin toplum faydasını sağlamak üzere yaptığı harcamaların özel sektörün yaptığı harcamalardan farkı kar maksimizasyonu gözetmemesidir. Kamu sektörünün, üstlenilen görevler doğrultusunda sağladığı hizmetlerle sosyal faydayı üst düzeye taşıması ilk hedefidir. Bu noktada devlet için bir diğer önemli faktör ise politik çıkarlardır. Kamu harcamaları; adalet, güvenlik, milli savunma, eğitim, sağlık hizmetleri, ulaşım, iletişim, çevre sağlığı ve kamu düzenini sağlamaya yönelik olarak yapılmaktadır. (Altay, 2008: 268). Kamu harcamalarının birçok özelliği bulunmaktadır. Bunlardan;

- Belirli bir kamusal gereksinimi karşılaması
- Karşılığında belli bir para ödenmesi
- Görevlendirilmiş kurum ve şahıslarca harcamaların yapılması
- Zaman içinde devamlı ve çoğalarak artma eğilimi içinde olması. Bunların yanında kamu harcamalarını özel harcamalardan ayıran birtakım özellikler de vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Kamu harcamaları gelirden önce belirlenmesi uygun görülmüştür.
- Kamu harcamalarında temel güdü kar olmamıştır.
- Kamu harcamalarının nicelik ve nitelik olarak yarattığı etki oldukça büyüktür.
- Kamu harcamalarının iktisadi özelliklerinin yanı sıra politik özellikleri de vardır (Tuncer ve Cihan, 2011: 215).

2.1.1. İdari Sınıflandırma

İdari birimlerin kamu harcamalarını gerçekleştirirken dikkate alınması koşulu ile yapılan sınıflandırmaya idari sınıflandırma denir. Bu tür sınıflandırmaya aynı zamanda organik sınıflandırma da denilmektedir. Devleti oluşturan üst düzey kuruluşların bünyesinde ayrılan giderler organik sınıflandırmaya girmektedir. Örneğin; Maliye Bakanlığı, Sayıştay, Kalkınma Bakanlığı, Anayasa Mahkemesi vb. bu sınıflandırmaya örnek gösterilebilir (İpek, 2014: 37).

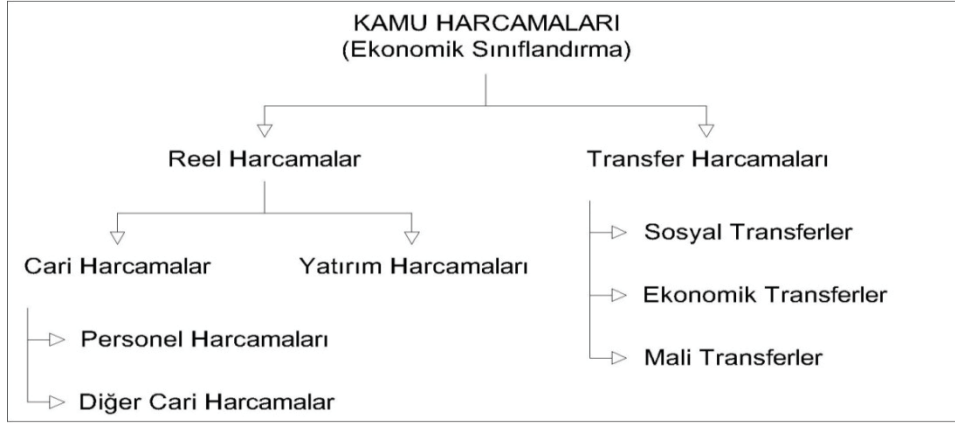
2.1.2. Bilimsel Sınıflandırma

Kamu harcamalarının ekonomik ve sosyal hayatta yaratacağı etkilerde göz önünde bulundurularak yapılan sınıflandırmaya bilimsel sınıflandırma denilmektedir. Bilimsel sınıflandırmanın bir başka adı ekonomik sınıflandırmadır (İpek, 2014: 37).

2.1.2.1. Reel Harcamalar

Reel harcamalar daha çok üretim faktörü alımına yönelik yapılan harcamalardır. Bu tür harcamalar üretim faktörleri ile birlikte mal ve hizmet alımını da içermektedir. Reel harcamaların cari dönem fiyatı ve üretiminin üzerinde de etkisi büyüktür. Bu harcamalar doğrudan mal ve hizmet talebi oluşturmaktadırlar. Reel harcamaların piyasadan doğrudan mal ve hizmet alımını kapsamaması ekonominin çıkmaza girdiği regresyon dönemlerinde etkili bir araç olarak kullanılmasını gerekli hale getirmektedir. Bu tür harcamalar gelir akımında bir artı yaratacağından özel sektörün ürettiği mal ve hizmetlerin tüketimini de teşvik edecektir. Bu tür harcamaların yaygınlaşması kamusal ve yarı kamusal mal ve hizmetlerin sunumunu arttıracaktır (Şenyüz ve Erdem, 2012: 47).

Şekil 2.1. Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırılması



Kaynak: İpek, 2014: 38

2.1.2.2. Transfer Harcamaları

Hükümetin hiçbir üretim faktörü kullanmaksızın yalnız milli gelirin bir kısmını ekonomi içinde yer değiştirmesinden kaynaklanan ve devletin vergi gelirlerinden sağlamış olduğu geliri kişilere adil olarak dağıttığı harcamalara transfer harcaması denir. Bu harcamalar firmalara, kişilere ve bazı durumlarda ülkelere yapılmaktadır. Transfer harcamaları yapıldığında uygulama biçimlerine göre enflasyon oranını etkileyebilmekte ya da enflasyon oranlarından etkilenebilmektedir. Türkiye 'de gerçekleşen, personel giderleri, sosyal sigortalar kurumu giderleri sermaye giderleri ve mal ve hizmet alım giderleri reel harcamalara girerken diğer harcamalar transfer harcamalarına dahil edilmektedir (Bedir, 2001: 22).

2.1.3. Fonksiyonel Sınıflandırma

Bu tür sınıflandırma harcamaların hangi amaçla gerçekleştiğini ve devlet faaliyetlerini takip etmek ve bu faaliyetlere yönelik giderlerin izlenmesini aynı zamanda uluslararası karşılaştırma imkanı sağlayan sınıflandırma fonksiyonel sınıflandırma olarak adlandırılır. Kamu giderlerinin bu sınıflandırmaya tabii tutulması, harcamaların hangi amaca hizmet ettiği ve hizmetler arasındaki dağılımı ve öncelikleri daha net görülmektedir. Bunun yanında bu sınıflandırma türünün, bütçe politikalarının oluşturulmasında sektör ayrımlarını da gözeterek yapılabilmesi gibi bir yararı da vardır (Yıldız, 2009: 49).

Fonksiyonel sınıflandırmanın yukarıda saydığımız yararları dışında birçok yararı vardır. Bunlar;

-Hizmet ayrımı gözetildiğinden hizmet gerçekleştirildiğinde devlete ne kadar maliyetinin olduğunun hesaplanması kolaylaşmıştır.

-Yapılan hizmetlerin maliyeti belli olunca harcama tahminleri de daha doğru, savunulabilir ve reel olarak değerlendirilmektedir.

-Ödenekler fonksiyonlar arasında paylaştırılırken sosyal fayda ilkesi gözetilmesi gerçekçi ve objektif olması için gereklidir.

-Sağlanan fayda ve nakit akışı arasında bir karşılaştırma olanağı sağlamaktadır.

Bu sınıflandırma harcamaların kontrol ve denetimini kolay kılmaktadır. Bunun yanında kalkınma planı ve devlet programlarının devlet bütçesi haline gelmesini sağlayarak yapılan hizmetler neticesinde harcamaları belirgin hale getirmektedir. Fonksiyonel sınıflandırmaya örnek olarak savunma harcamaları, altyapı harcamaları, eğitim harcamaları, adalet ve yargı harcamaları, iktisadi bir takım işler ve hizmetler, kültür ve din hizmetleri, sosyal yardım hizmetleri ve sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar verilebilir (İpek, 2014: 36).

Tablo 2.1. Kamu Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması

| | |
|-----------------------------------|--|
| Genel Kamu Hizmetleri | Yasama, Dışişleri, Dış Ekonomik Yardımlar, Genel Hizmetler, Borç Yönetimi, Temel Araştırmalar. |
| Savunma Hizmetleri | Askeri ve Sivil Savunma İdaresi İle Dış Askeri Yardımlar. (Hastaneler ve Okullar Hariç) |
| Kamu Düzeni ve Güvenlik | Asayiş, İtfaiye, Yargı, Cezaevi Hizmetleri. (Hastaneler, Okullar ve Sivil Savunma Hariç). |
| Ekonomik İşler ve Hizmetler | Ticari ve Sınai Faaliyetlerinin Düzenlenmesi ve Sürdürülmesine İlişkin Kamu Hizmetleri. |
| Çevre Koruma Hizmetleri | Atık Yönetimi, Kirliliğin Azaltılması ve Doğal Ortamın Korunması. |
| İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri | Kişi ve Ailelerin İskanı İle Temel İhtiyaçlara Yönelik Hizmetler. (Otoyollar ve Sulama Sistemleri Hariç) |
| Sağlık Hizmetleri | Bireysel ve Toplumsal Sağlık Hizmetleri ve Yaygın Sağlık Eğitimi. (Askeri Sahra Hastaneleri Hariç) |

| | |
|---|--|
| Dinlenme, Kültür ve Din Hizmetleri | Bireysel ve Toplumsal Moral Hizmetleri. (Genel Nitelikli Eğitim Programları Hariç) |
| Eğitim Hizmetleri | Örgün ve Yaygın Eğitim Hizmetleri. (Hizmet İçi Eğitim Hariç) |
| Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hizmetleri | Genel Olarak Sosyal Güvenlik Hizmetleri İle Sosyal Yardım Programları. (Aile Planlaması Hariç) |

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Analitik Bütçe Sınıflandırılması Eğitim El Kitabı (2004)

2.2. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramı

İnsanlığın varoluşundan itibaren asıl ve öncelikli amacı hayatta kalabilmek adına verdiği mücadele olmuştur. Sağlıklı bir yaşam ise hayatta kalabilmenin en önemli koşulu sayılmaktadır. Sağlık, bireylerin temel ihtiyacıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık , "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal refah açısından da bir bütün olarak iyi olma halidir" DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanım, daha sonra birçok yönden durağan bir tanım olması ve ütopyik bir yapıya sahip olması sebebiyle eleştirilmiştir. Bu tanımdan 40 yıl sonra 1986 yılında Ottawa'da yapılan bir toplantıda Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanım geliştirilmiş ve sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme yönünde politik araçlar belirlenmiştir. Bununla görev ile sağlığı geliştirmek sadece sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkmıştır (Okay, 2007: 13-14).

Sağlık kavramı, birçok yerde olumsuz bir manaya gelen "hasta olmama" şeklinde tanımlanmaktadır. Özellikle son dönemlerde hastalıklara ilişkin çokça bilgi sahibi olunmasının sebebi, kuşkusuz tıp biliminde ve teknolojisindeki ilerlemeden kaynaklanmaktadır. "Sağlık "kavramının "hastalık" kavramına bağımlı olarak tanımlanması, modern batı tıbbi felsefesinin yazarlarına göre yanlış bir değerlendirmedir. Çünkü tıp literatüründe birçok hastalık varken sağlık, sağlıklı olmak tek başına karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle sağlıklı olmanın yollarını aramak ve sağlığı geliştiren çözümler üretmek ile hastalıkların nedenini bulmak ve tedavi etmek aynı şey değildir (Hayran, 1998: 1). Sağlık hakkı, gerek ulusal düzeyde gerekse uluslararası düzeyde ikinci dünya savaşı sonrasında kabul görülen temel insan haklarından biridir. Sağlık hakkını hayata

geçirebilmek için dönemin sosyal refah devletleri ve bazı sosyalist blok ülkeleri yurttaşlarının sağlığı adına önemli atılımlar yapmışlardır (Yılmaz ve Yentürk, 2015: 1).

Sağlıklı yaşam hakkını iki yönden incelemek mümkündür. Birincisi; toplumların sağlık düzeyi ve sağlık durumlarına ilişkin bilgiler ikincisi ise, sağlık düzeyine etki eden değişkenler ile alakalı göstergelerin incelenmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu göstergeler, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm hızı gibi sağlık ile doğrudan ilişkili göstergelerdir. Bu göstergelerin yanında sağlık hizmetlerine ulaşabilme, içme suyuna ve kanalizasyona ulaşabilme iklim koşulları ve toplumun okur-oranı gibi birçok faktör sağlık düzeyini etkilemektedir (Günsoy, 2005: 41).

2.3. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri ne zaman talep edileceği belli olmayıp fakat devamlılığı olan bir özeliğe sahiptir. Teknoloji, alt yapı, personel ve organizasyonel bakımından üst düzeyde donatılmış bir kurumsal kapasiteyi gerekli kılan bir sağlık sistemi anlayışının geliştirilmesi bireylerin yaşam süreleri, yaşam kaliteleri ve hayatta kalma beklentisi üzerinde büyük etkiye sahiptir. Ancak başarılı bir sağlık sisteminin varlığı için kuşkusuz mali açıdan güçlü olması gerekmektedir (Altıntaş, 2014: 4). Devletin en temel görevlerinden biri sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak her yurttaşın temel hakları arasındadır. Sağlıkta nüfusa dayalı, toplum katılımına açık ve herhangi bir ayırım gözetmeksizin, bireylere eşit fayda sağlayan, kısa/orta/uzun vadeli eylem planları belirlenmiş, ileriye yönelik sektörler arası işbirliği yapılmaktadır. Bu planlar doğrultusunda harcamaların finansmanı ise devlet eliyle koyulan vergiler aracılığı ile bütçeden sağlanmakta ve bireylere modern bir sağlık sistemi sunulmaktadır (Kısa, 2012: 1). Sağlık hizmetleri emeğin en yoğun olduğu sosyal hizmetlerdir. Hızla gelişen ve değişen dünya da uzay teknolojisinden sonra en büyük gelişmelerin ve ilerlemelerin kaydedildiği alan sağlık sektörüdür. Fakat buna rağmen sağlık hizmetlerinin sunumu bireysel olduğundan emek yoğun bir hizmet dalıdır. Hastalıkların teşhisinde tanı hizmetleri giderek artarken hastaların bakımında emeğin ağırlığı artmaktadır (Ateş, 2013: 3).

Toplumların sağlıklı bir yaşam ve yaşam devamlılığının sağlanması için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri toplumların gelişmişlik düzeyleri ile paralellik göstermektedir. Toplumun sağlık ve sağlık hizmetlerine dolayısıyla hastalık ve tedavi yöntemlerine de bakış açıları gelişmişlik seviyelerine göre farklılık göstermektedir. Toplumların, yaşadığı kültürel özellikler, tanı ve tıbbi tedavi

süreçlerinde de bazı değişimlere neden olmaktadır. ‘Batı tipi’ sağlık hizmetleri anlayışında genellikle bilimsel ölçütlere göre yöntemler belirlenirken, doğu tıbbı yada’ alternatif tıp ‘diye nitelendirilen şifalı bitkisel ve metafizik kürler geçmişten gelen bilimsel kriterler dışındaki yöntemler ile tedavi olanaklarından faydalanılmaktadır. Toplumların sağlık düzeyi, yaşam kalitesini etkilemektedir. Sağlık hizmetleri anında müdahale edilmesi gereken neredeyse tek önemli insan ihtiyacıdır. Sağlık ve sağlık hizmetleri beslenme, barınma, çevre ve yaşam koşulları ile bağlantılı gelişen ve değişen bir ihtiyaçtır (Kısa, 2012: 18-19). Sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gerekliliği üretken bir toplum meydana getirebilmek noktasında da karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında hastaları tedavi etmek, tam iyileşme göstermeyen ya da sakat kalanları rehabilite etmek, bireyleri ve toplumu hastalıklardan korumak gibi hizmetler de sağlık hizmeti kapsamına giren faaliyetlerden bazılarıdır.

5.1.1961 tarihli ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 2. Maddesine göre sağlık hizmetleri için yapılan tanım şu şekildedir: “ İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” (Karagöz, 2015: 10). Sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıda sıralanmıştır;

-Sağlık hizmetleri, emeğin yoğun kullanıldığı sosyal hizmetler sınıfına dahil edilmektedir.

-Sağlık hizmetleri toplumsal niteliği olup tüm nüfusu ilgilendirmektedir. Toplumdaki hiçbir bireyi sağlık haklarından dışlamak mümkün değildir.

-Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmetin geçmesi olanaksızdır. Dolayısı ile ikame edilemez bir hizmettir.

-Sağlık hizmetine insanların ihtiyaç duyması tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ne zaman nerede ve nasıl ortaya çıkacağı bilinmemektedir dolayısı ile de hastalığın boyutu da tam olarak bilinmemektedir.

-Sağlık hizmetlerini ertelemek, bireyde hastalığın kötüye gitmesi durumuna yol açabilir. Ertelendiğinde ise yerine başka bir hizmet konulamamaktadır. Üretildeği anda tüketilmesi gerekir yani kütleli üretimdir stoklanması mümkün değildir.

-Hizmetin kapsamını ve hangi boyutta olduğunu tedavi eden ve teşhis koyan doktorlar tarafından belirlenmektedir.

-Sağlık hizmetinin piyasa şartlarında üretilmesi tercihi yetersiz miktarda üretim yapılmasını doğurmaktadır. Etkin bir üretim gerçekleşmediğinde ise toplum açısından refah kaybı yaşanması sorunu doğacaktır. Sağlık hizmetleri erdemli mallar sınıfı içerisinde değerlendirilmektedir.

-Sağlık hizmetlerinin gerçek maliyetlerinin ortaya çıkması, sunulan hizmet, dışsalılık ve toplumsal fayda sağlamak gibi nedenlerle engellenmektedir.

-Sağlık hizmetlerinin sunulması sonucunda maddi boyutun hesaplanması hiç kolay değildir. Sağlık hizmetleri sunulmaktadır ve beraberinde sağlık düzeyi de artmaktadır. Örneğin ölümlerin azaltılması durumunu parayla ifade etmek kolay değildir (Cura, 2012: 6).

-Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma üst seviyelerdedir. Sağlık alanında teknolojinin yoğun kullanılması uzmanlaşmayı beraberinde getirmiştir.

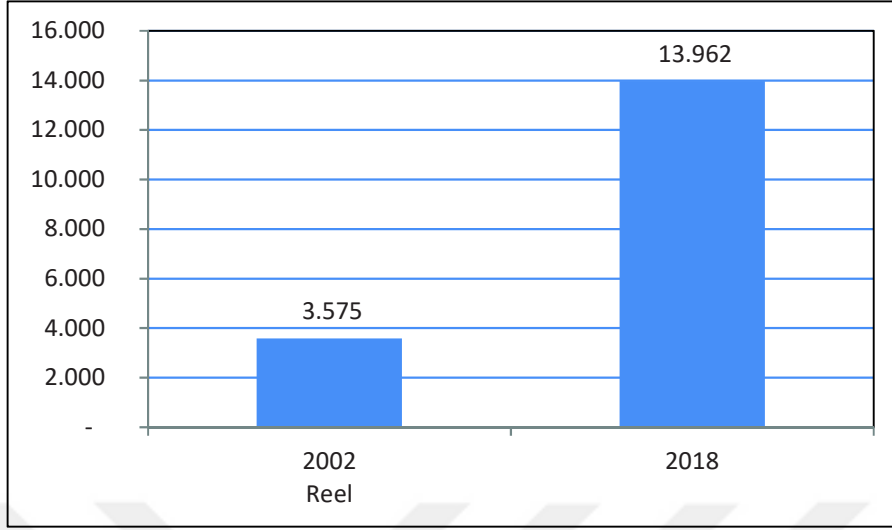
-Sağlık hizmetleri soyuttur. Verilen hizmetin soyut olması dolayısı ile alınan çıktı somut değildir. Bu durum hizmete yönelik çalışmaların zorlaşmasının yanında maliyet hesaplarına da olumsuz yansımaktadır (Ateş, 2013: 3).

-Türkiye'nin sağlık hizmetleri özel, kamusal ve gönüllü örgütlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak hizmetlerini üstlenmekte aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerini de sunmakla görevlidir. Sağlık ocakları, sağlık evleri ve anaçocuk sağlığı merkezileri, aile planlaması hizmetleri, verem dispanserleri ve sıtma merkezleri Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde değerlendirilmektedir (Erençin, 2008: 122).

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde, mevcut sağlığın korunması ve var olan hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla yapılan düzenlemeler, koruyucu sağlık hizmeti kapsamına girmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri üç başlıkta incelenebilir (Hayran, 1998: 15). Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklanma, ilaçla veya serumla korunma, aile planlaması, erken tanı, beslenme düzeyinin iyileştirilmesi, gıda güvenirliliğinin sağlanması gibi biyolojik ve fiziki ya da sosyal çevreden kaynaklanan problemleri önlemek amacıyla yapılan müdahaleler koruyucu sağlık hizmetlerine dahil edilmektedir ((Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 36).

Şekil 2.2. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri için Ayrılan Bütçe (milyon TL)



Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu

Sağlık hizmetlerinde isteyen her vatandaş için sağlık hizmetlerine erişebilmenin yolu artık günümüzde mümkündür. Bu anlamda Türkiye sağlık alanında önemli bir başarı elde etmiştir. Sağlık bakanlığının verilerine göre Türkiye sağlık hizmet sunumunda yakaladığı başarıyı koruyucu sağlık hizmetlerinde de yakalaması gerektiği bu amaçla aile hekimliği ve aile sağlığı merkezlerinin önemini vurgulamakta ve bu alanda çalışmalarını devam ettirilmektedir. Günümüzde artık insanların konforu, yaşam kalitesi en önemli standartlardandır. İnsanların gelecekte rahat yaşama kaygısı içinde oldukları ve sağlıklı yaşam kültürünün yerleştiğini söylemek mümkündür. Bu amaçla koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi gittikçe artmaktadır. 2016 yılı bütçe sunumuna göre 2017 yılında sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe 12 Milyar 706 Milyon TL'dir. Bu rakam 2002 yılı sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe miktarına göre oldukça iyi bir rakamdır. 2018 yılı sağlık bakanlığının bütçe planlarında yer alan tahminlerine göre ise 2018'de 13,962 seviyelerinde gerçekleşeceği önceki yıla oranla artış göstereceği öngörülmektedir. Bu anlamda göstergelere bakılırsa, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlıklı bir gelecek için olumlu geri dönüşümler olduğunu söylemek mümkündür (Şekil 2.2).

2.3.1.1. Primer Koruma

Bireylerin sağlık durumlarının kişisel ve toplumsal düzeyde geliştirilmesi amacıyla dengeli ve sağlıklı beslenme, çevre koşullarının güvenli olması, aşılama, fiziksel ve zihinsel yönden iyi durumda olmak gibi birçok açıdan gereken önlemlerin alınmasıdır primer koruma.

2.3.1.2. Sekonder Koruma

Toplumsal düzeyde, sağlık durumunun bozulması ihtimali karşısında tedavi ve erken teşhis gibi önlemlerin alınmasıdır.

2.3.1.3. Tersiyer Koruma

Bireylerin yaşam kalitesinin artması ve hastalığa dayalı sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirilebilmesi için alınacak önlemlerin tümüne tersiyer koruma denilmektedir. Tersiyer koruma diğer anlamda rehabilite edici hizmetlere de girebilmektedir (Hayran, 1998: 17).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık riskinin ortaya çıkması aşamasında verilen hizmetlerin tümüdür. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri; ayakta, yataklı ve evde bakım olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında en pahalı olan sistem ise yataklı tedavi sistemidir. Diğer faktörlerle kıyaslandığında tedavi edici sağlık sisteminde kişisel fayda ön plandadır. Hizmetten faydalanan kişiler doğrudan özel fayda sağlamaktadır. Özel faydadan yararlanan kişilerin tedavisi sonrasında toplumdaki diğer bireylere hastalık bulaştırma riskini en aza indirmeyi hedeflenmektedir. Bu durumda kişinin özel olarak sağladığı fayda nesnel olarak değerlendirildiğinde toplumsal faydaya dönüşmektedir. Bilgisizlik, tedaviden korkma, tedaviye olan güvensizlik ve gelirin tedaviye yetmemesi gibi unsurlar dikkate alındığında faydanın gerçekte olmemesi ihtimali ortaya çıkar. Bu aşamada devletin sağlık politikalarında aktif rol üstlenmesi toplumsal fayda için oldukça önemlidir (Karagöz, 2015: 12).

2.3.2.1. Birinci Basamak

Tedavilerin içerisinde hastaların en kolay ulaştığı kısmı birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Tedavi hizmetleri evde ya da ayakta yapılabilir. Sağlık ocakları, özel muayeneler, aile hekimliği merkezleri bu basamak içerisinde (Ateş, 2013: 12).

2.3.2.2. İkinci Basamak

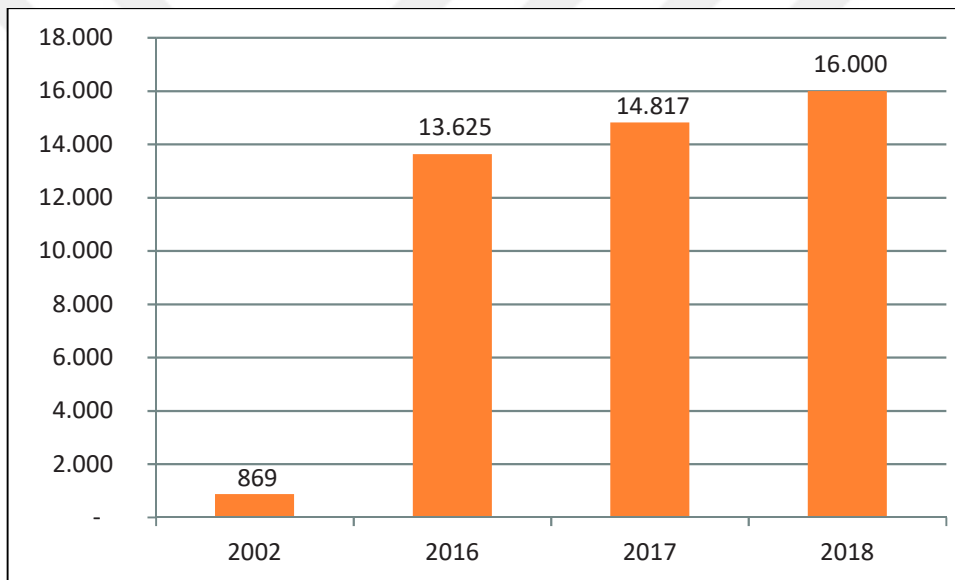
Sağlık hizmetinin yatarak verildiği ve birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapılması İkinci basamak tedavi edici hizmetlerine girmektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri içerisinde hastaneler ve klinikler yer

almaktadır (Ateş, 2013: 12). Birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığı ile tedavi edilemeyen hastalıklar ikinci basamak sağlık hizmetleri ile tedavisi yapılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 41).

2.3.2.3. Üçüncü Basamak

Belirli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin bulunduğu bu yerlerde yüksek teknoloji ile sağlık hizmetleri verilmektedir. Onkoloji hastaneleri, kalp hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları ve üniversite hastaneleri bu basamakta hizmet vermektedirler. Ülkemizde hizmet basamakları arasında sevk sistemi bulunmamaktadır. Her vatandaş dilediği basamaktaki sağlık sunucusuna doğrudan başvurabilmektedir (Yıldırım, 2011: 548).

Şekil 2.3. Yoğun Bakım Yatak Sayıları



Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu

Tablo 2.2. Kuruma Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları

| | Yenidoğan YB | Çocuk YB | Erişkin YB | Toplam YB |
|------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| Sağlık Bakanlığı | 3.910 | 821 | 10.086 | 14.817 |
| Üniversite | 1.355 | 556 | 3.777 | 5.688 |
| Özel | 6.583 | 62 | 8.336 | 14.981 |
| Toplam | 11.848 | 1.439 | 22.199 | 35.486 |

Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu

Türkiye’de, yoğun bakım yatak sayıları çoğu Avrupa ülkesinin üzerinde olduğu görülmektedir. Fakat yoğun bakım yataklarının rasyonel dağıtılamaması konusunda bazı sorunlar yaşanmaktadır. Türk Yoğun Bakım Derneği başkanı Prof. Dr. Mehmet UYGAR, yoğun bakım ünitelerinin hastalara daha fazla fayda sağlaması amacıyla’’ Yoğun Bakım Ünitelerinin Akılcı Kullanımı Sempozyumu ‘’ gerçekleştirmiş ve bu sempozyum da çözüm önerilerini değerlendirmiştir. Giderek artan ve 80 Milyona yaklaşan nüfusu ile Türkiye’ de yoğun bakım yatak ünitelerinin niceliği ve akılcı kullanılması konusunda önerilerde bulunulmuştur. Yukarıdaki tablodan da anlaşılacağı gibi Türkiye’de 22 bin erişkin yoğun bakım yatak sayısı, yaklaşık bin 500 çocuk yoğun bakım yatağı, 12 bine yakın yenidoğan yatağı olmak üzere totalde 35 bin yoğun bakım yatağı mevcut bulunmaktadır. Türkiye’de yoğun bakım yatak sayıları üzerinde yapılan araştırmalar sonucu ulaşılan bir başka istatistik ise her 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısının 2,25 olduğudur (Tablo: 2.2).

2.3.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Toplumda koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin denenmesine karşın bedensel ve zihinsel birtakım kalıcı hasarlar kalabilmektedir. Bu aşamada rehabilitasyon hizmetleri, engelli ve eski çalışma yetisini kaybeden kişilere yönelik çalışma imkanları sunmaktadır. Rehabilitasyon edici hizmetler, insanların sosyal hayata katılabilmeleri ve bir şeyler üretebilmesi yönünden önemli hizmetler arasındadır. Rehabilitasyon edici hizmetlerin iki türü bulunmaktadır (Koca, 2015: 11).

2.3.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi Rehabilitasyon hizmetlerinin öncelikli amacı kişinin kimseye ihtiyacı olmadan kendi başına yaşamını sürdürebilmesi için bedensel kalıcı bozukluk ve engellilik durumunun düzeltilmesi veya en aza indirilmesi bunun yanında kaliteli bir yaşam için standartların iyileştirilmesidir. İşitme ve yada gözdeki hasarların en aza indirilmesi amacıyla yapılan çalışmalar da tıbbi rehabilitasyon içine girmektedir (Koca, 2015: 11).

2.3.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon, bir kişinin başka insanlara bağımlı olmadan yaşayabilmesi için yapılan hizmetlerden oluşmaktadır. Engelli veya özür durumu olan kişiler eskisi gibi sosyal hayata katılamamaktadır bunun yanında eski işgücüne de sahip değillerdir bu gibi durumlarda, herhangi bir engelle sahip vatandaşların yeni durumlarına uygun bir iş

bulabilmesi ve o işe uyum sağlayabilmesi için verilen hizmetler sosyal rehabilitasyon içerisinde yer almaktadır (Koca, 2015: 11).

2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Türkiye, dünyada en fazla nüfusa sahip olan 20 ülke arasında yer almaktadır. Doğurganlık hızı ve büyüme oranlarıyla genç bir nüfusa sahip olan Türkiye, AB’ye aday ülkeler arasında ise ikinci sırada bulunmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde pek çok kuruluş faaliyet göstermekte ve bu kuruluşlar arasında kamu, yarı kamu ve hayırsever dernekler gibi örgütler de bulunmaktadır. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve Savunma Bakanlığı sağlık hizmetlerini sunan başlıca kurumlardandır. Bu kurumlarla birlikte vakıflar, kar ile çalışan özel hekimler, diş doktorları ve eczacılar da sağlık hizmetleri vermektedir (Yıldırım, 2011: 389). Toplumun sağlık hizmetleri talepleri ve beklentileri farklılık göstermektedir. Hastalık semptomlarının giderilmesi, önlenmesi işlev kayıplarının giderilmesi, yaşam süresinin uzatılması gibi beklentilerin yanında çağın gereklerine uyan insanoğlunun sağlık hizmetlerinden beklentilerde de yenilik aramaktadır. İnsanlar artık biyolojik olarak sağlıklı olsalar bile kendilerini iyi hissetmek ve daha estetik gözükmek için sağlık hizmetlerine yönelebilmektedirler. Yaygınlaşan kozmetik cerrahisi ve yaşam süresini uzatmayı vadeden ilaçlar vitaminlerin kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu da sağlık için harcamaları arttırmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 35).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Birinci Dönem

Birinci dönem 1880 yılından 1940’a kadar olan dönemi kapsamaktadır. Bu dönem boyunca değişik iş yerlerinde çalışan işçiler farklı sosyal koruma biçimlerine sahip olmuşlardır. Bu dönemde bazı firmalarda kötü koşullar altında çalışan işçiler, işveren ile mücadele ederek sağlık sigortası hakkına sahip olmuşlardır. Örneğin, Birleşik Krallık ve Almanya gibi birçok ülkede 19. Yüzyılın ikinci yarısında artan bakteriyoloji ile ilgili bilgi ve aşı konusunda hekimler yönlendirilmiş ve bu konuda sağlık önlemleri alınmıştır (Yıldırım, 2011: 389).

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde İkinci Dönem

Devletler, sağlık bakım sistemlerini ve sosyal korumayı oluşturmak için mecburi olarak ikinci dünya savaşı sonrasında beklemişlerdir. Bu dönem 1960'ların sonlarına kadar sürmüştür. İkinci Dünya Savaşından sonra ilaçlar ve tıbbi teknoloji ve cihazlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemde artan sağlık ihtiyaçlarının talebe dönüşmesi ve oluşan bu talebi karşılamak amacıyla eğitim programlarının kurulması ve aynı yıllarda bina yapımı üzerinde durulmuştur (Yıldırım, 2011: 390).

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Üçüncü Dönem

Üçüncü dönem iki dönemden oluşmaktadır. 1960 ile 1989 yılları arasında kapsayan bu dönem de sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri genişlemesi en yüksek noktalara ulaşmıştır. Aynı zamanda GSMH içerisinde sağlık alanında ki harcamaların payı gittikçe arttığından bu alanda izlenen politikalar, alt yapıların kurulumundan çok maliyetlerin azaltılmasına doğru yön değiştirilmiştir. Örnek vermek gerekirse pratisyenler için ödenen ücretlerin düşürülmesi, hastanelerdeki hekim sayılarının düşürülmesi ve yatak sayılarının azaltılması gibi stratejilerle sağlığa ayrılan bütçenin sınırlandırılması uygun görülmüştür (Yıldırım, 2011: 391).

2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Dördüncü Dönem

1989 yılları sonrasında başlayan ve hala süren dördüncü dönemde Avrupa sağlık sistemleri incelendiğinde yapılacak çıkarımlar; sağlık alanında rekabet koşullarını oluşturan sağlık reformları hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Bu yıllarda sağlık harcamalarının maliyet boyutuna ve sağlık maliyetlerinin düşürülmesine odaklanılmıştır (Yıldırım, 2011: 391).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Programı

Sağlıkta dönüşüm programı sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulması için önemli değişiklikler yapılmak suretiyle dönemin mevcut hükümeti tarafından hazırlanmıştır. Bu program mevcut yapıyı tahrip etmeden hedefe yönelik bir dönüşüm yapmayı amaçlamaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının hedefleri öncelikle sağlık hizmetlerinin verimli, etkili ve hakkaniyete uygun bir şekilde hazırlanması konusunu dikkate almaktadır. Programın ana ilkeleri belirlenerek halk ile paylaşılmıştır. Programda;

İnsan merkezilik: Bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini sağlık hizmetlerinin planlamasında ve sunum aşamasında dikkate alınacağı belirtilmiştir.

Sürdürülebilirlik: Hazırlanan programın ülkenin şartları dikkate alınarak kaynaklar açısından da yeterli olması ve kendi kendini idame edebileceği öngörülmektedir

Katılımcılık: Tüm tarafların görüş ve önerileri alınarak yapıcı bir tavırla ortak bir zeminin hazırlanması yönünde çalışmalar yapılacağı belirtilmiştir.

Uzlaşmacılık: Sağlık sektöründe yer edinmiş farklı çıkarların çatışmasını önleyerek uzlaşmanın sağlanması ve ortak yarara ulaşmanın önemi açıklanmıştır.

Güçler Ayrılığı: Kaliteli ve verimli bir hizmete ulaşabilmek amacıyla sağlık hizmetlerini finanse eden, planlayan, kontrol mekanizmasını çalıştıran ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

Desantralizasyon: Merkezi yönetimin getirdiği olumsuzlukları ortadan kaldırmak amacıyla mali ve idari açıdan yerinden yönetim ilkesi ile özerkleştirilen kurumların örgütlenmesidir.

Hizmette Rekabet: Sağlıkta hizmet sunumu sadece devlet tekelinde olmaktan çıkarılarak farklı hizmet sağlayan birimlerin sağlık alanında rekabet halinde olmalarının sağlanmasıdır.

Yukarıda sıraladığımız ilkelerle hareket ederek sağlıkta dönüşüm programı ile belli standartlara erişilecektir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Hasta Hakları Kanunu'nun uluslararası standartlara uyumlu hale getirilmesi için çalışmalar başlatılacaktır. Bu çalışmalar ışığında ilk olarak ulusal izleme sistemi oluşturulacak ve bu sistemin görevi ise sağlık bilgi sistemlerinin otomasyon sistemini sağlamak olacaktır.

Ülkede yaşayan tüm yurttaşları için uygulanacak bir genel sağlık sistemi kurulması ile;

- Tüm sağlık kuruluşları tek çatıda toplanacaktır.
- Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK olmak üzere bu yapıların sosyal sigorta programlarının finansal durumları güçlendirilmesi çalışmalarına başlanacaktır.
- Sağlık sistemi içerisinde Sağlık Bakanlığı düzenleyici bir rol üstlenecektir.
- Hastaneler idari ve mali açıdan özerk bir yapıda olacaktır.
- Anne ve çocuk sağlığına önem verilecektir.
- Koruyucu hekimlerin sayısının artırılması için gerekli çalışmalar yapılacaktır.
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğine bir çözüm bulunacaktır.
- Aile Hekimliği uygulaması her bölgede başlatılacaktır.
- Özel teşebbüsün sağlık alanında yatırım yapması teşvik edilecektir.

-Yeni uygulamaları gerçekleştirmeye yönelik, çıktı ve gösterge sistemlerinin oluşturulması amacıyla kalite ve akreditasyon kurumu kurulacaktır.

İlaç sektörünün regülasyonunu sağlamak için ‘‘Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu ve Ulusal İlaç Kurumu’’nun kurulması kararı verilmiştir (Cura, 2012: 79).

2007 yılında Kabakulak, Kızamık ve Kızamıkçık Aşıları aşılama programları içinde rutin bir düzen sağlanmıştır. Ayrıca yine bu program içinde sosyal güvence kapsamı dışında olan bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmalarının önü açılmalıdır. SGK’ nun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SUT) uygulamaya konması için çalışmalar başlatılmıştır. SUT’ a göre; Bağ - Kur ve SSK için Sağlık Bakanlığı Hastanelerinden Üniversite ve Araştırma Hastanelerine sevk zorunluluğu kaldırılmış ve kronik rahatsızlıkları olan bireyler doktor onayı olmaksızın eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi gibi bir kolaylık sağlanmıştır. Bu kolaylık SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hastalarının ilaç, tıbbi malzemeler gibi ihtiyaçları ücretsiz hale getirilmiştir. SGK ile sözleşmeli hastanelerde yatan hastadan ücret talep edildiğinde ise ücret talep eden kurumlar cezai yaptırıma tabii tutulmuştur. Sağlıkla ilgili alınan diğer bir karar ambulans hizmetlerinin kış döneminde zorlu hava koşulları yaşandığında ulaşması zor olan bölgelere erişebilir hale getirilmesi, Özel ayakta tanı ve Tedavi Merkezleri Konulu Yeni Sağlık Bakanlığı Yönetmeliğinin kabul edilmesi ve ‘‘ihtiyaç Ruhsatı’’ koşulunun konulması gibi yenilikler yapılmıştır (Cura, 2012: 80). Tetanos, Difteri, Boğmaca, Çocuk Felci ve HİB enfeksiyonuna karşı aşıların düzenli bağışıklama programına dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. 2009 yılına gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından 2010-2014 Sağlık Strateji Planı oluşturulmuştur. Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Sistemi Performans Ölçüm Çalışmalarına başlanılmıştır. Ayrıca ayakta tedavi sağlık hizmetleri noktasında yeni uygulamalara başlanmıştır. Kamu personelinin GSS kapsamına alınması için 15.01.2010 tarihinde bir tebliğ yayınlanmıştır (Cura, 2012: 81). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenleri;

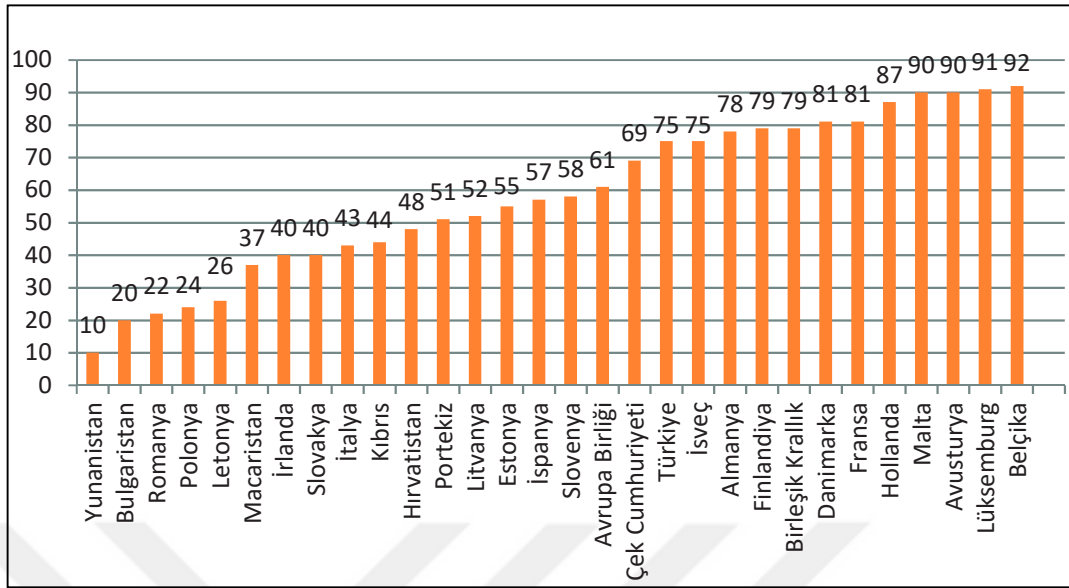
- Tek çatı altında birleşen Genel Sağlık Sigortası
- Denetleyici ve planlayıcı anlayışla faaliyetlerini sürdüren bir Sağlık Bakanlığı
- Erişimi basit, güler yüzlü ve yaygın bir sağlık hizmetleri sistemi,
- Bilgi, beceri ile donanımlı ve yüksek motivasyona sahip sağlık insan gücü,
- Etkili ve nitelikli sağlık hizmetleri için akreditasyon ve yüksek kalite
- Yeni oluşan bu sistemi destekleyecek eğitim ve bilgi kurumları
- İlaç ve tıbbi malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

-Karar alma sürecinde bilgiye erişimin önemi: Sağlık Bilgi Sistemi

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Programı Kapsamında Ulaşılabilirlik ve Kalite

İnsanoğlunun saygınlığının en temel unsuru sağlık hizmetlerine ulaşabilmektir ve bu hak AB Temel Haklar Bildirgesi'nce güvence altına alınmıştır. Güvence altına alınan bu hak, teknolojinin ilerlemesi ve yüksek maliyetli tıbbi cihazların kullanımının yaygınlaşması ile daha da önemli hale gelmiştir (Yıldırım, 2011: 385). Türkiye'de sağlık sistemi 1950'li yıllardan bu yana karma bir yapıya sahiptir. Kurumsal yapılanmanın oluşturulmaya çalışılması hep bir uğraşmayı beraberinde getirmiştir. Sağlık sistemi kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapı görünümündedir. Yabancılarda dahil olmak üzere Türkiye vatandaşı olan herkes istediği sağlık hizmetinden faydalanabilmektedir. Sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen bir müşteri sosyal güvencesi aracılığı ile tedavi olmak istiyorsa doğrudan kamu kurumlarından yararlanabilir. Bu imkanı sağlayan düzenlemeler yapılmış ve bu düzenlemeler ışığında Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur. Sağlık hizmetlerinden faydalanan yaş grupları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında birtakım farklılıklar göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı düşük ve orta gelirli ülkelerde düşük, yüksek gelirli ülkelerde ise bu oran yüksektir. Yani gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus fazla fakat sağlık hizmetlerinden yararlanmaktaki yetersizlik düşük seyretmektedir. Sağlık hizmetleri toplumsal olduğu için kar odaklı olmamalı bu da hastaların müşteri gibi değerlendirilmemesi fayda odaklı olunmasını gerektirmektedir. Ancak bu özel sağlık hizmeti veren kurumlarda kar güden işletme gibi bir yaklaşım izlendiğinden hastalar, müşteri gibi görülmektedir (Altıntaş, 2014: 9).

Şekil 2.4. AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) 2017



Kaynak: Tük:2017

SASAM Türkiye Sağlık Harcamaları Enstitüsüne göre Türkiye'nin sağlık hizmetleri memnuniyet dereceleri incelendiğinde Türkiye'nin 2015 yılı kişi başı sağlık harcaması, 832 dolar iken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2016 yılında %75'dir. AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında ise en yakın yıl verisine göre Türkiye'nin üç katı kişi başı sağlık harcaması 2193 dolar olmasına karşın sağladığı hizmetten memnuniyet oranının %61'de seyrettiği görülmektedir (Örnek, 2017: 17).

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Programı Kapsamında Finansal Sürdürülebilirlik

Sağlık ekonomisi kavramı, sağlık hizmetleri alanına ekonomi biliminin müdahalesi ile doğmuştur. Bir başka deyişle ekonomi biliminin sağlık sektörüne kaynak ayrılması ile ortaya çıkmıştır. Sağlık ekonomisi gelişmiş ülkeler için önemli bir bilim dalıdır. Sağlık alanındaki finansal sürdürülebilirliğin sağlanması yaklaşımı, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların (sağlıklı işgücü, sermaye, bina, tıbbi ekipman vb.) gibi hizmetlerin nasıl üretebileceği ve etkili bir şekilde nasıl topluma sunulacağı ile ilgili bilgiler içermektedir (Acar, 2006: 39). Sağlık hizmetlerinin iyi standartlarda olması hizmetin kalitesini ortaya koymaktadır. Kaliteli bir sağlık sistemi bütün dünya ülkeleri için önemli bir gerekliliktir. Devletin belli bir sağlık hedefine ulaşması aynı zamanda sağlık maliyetleri ve faydaları arasındaki dengenin sağlanması ile kaliteli bir sağlık sisteminin varlığıyla eşanlı gelişen bir olgudur (Yıldırım, 2011: 94). La Fond (1995) sürdürülebilirliği ' bir sağlık sisteminin

zaman içinde minimum girdi ile etkili bir şekilde işleyebilmesi ‘’ olarak tanımlamaktadır. Bilimsel ve tıbbi gelişmelerle beraber, nüfusun büyük bir kısmının sağlık hizmetlerine rahatça erişebilmesi ve kaliteli sağlık hizmetinin var olması için belli bir finansman düzeyinin bulunması gerekmektedir (Hasan Hüseyin ve Türkan Yıldırım, 2011: 95).

Gelişmiş ülkelerin bütçelerinde sağlık için ayrılan pay sürekli artmaktadır. Ülkelerin politik olarak daha fazla sağlık harcaması yapmasının mümkün olmayacağı hadde gelmiştir. Bu durum bütçe konusunda yaygın bir memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Bireyler artık bir hastanede tedavi olup tek bir hekimin tedavi ve kararını kabul etmemekle birlikte yeterliliğini de sorgulamaktadır. Bu durum ise sağlık konusunda bilincin duyarlılığın arttığı anlamına gelmektedir (Ener ve Demircan, 2008: 69).

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden karşılanmaktadır. Fakat devlet eliyle karşılanan bu harcamaların finansman kaynakları yeterli olmamaktadır. Sağlık harcamalarında devlet desteği yanında özel sağlık sigortaları teşvik edilmektedir. Teşhis, ilaç ve tedavi için yapılan harcamalarda bireylerin katkısı arttırılmaktadır. Ekonomik büyümeyi ve verimlilik üzerinde doğrudan etkisi olan sağlık harcamalarının arttırılması ya da kalitesinin artması insanların yaşam süresinin uzamasını sağlamaktadır (Kısa, 2012: 56) .

2.6. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin içerisinde hizmetin kalitesini ve miktarını etkileyen en önemli unsur sağlık harcamalarıdır. Toplumun tüm kesimlerine etkin bir şekilde ulaşarak insanlara sağlık hizmeti vermek için yapılan harcamalara sağlık harcamaları denir. Vatandaşların sağlıkla ilgili sorunlarını çözebilmeleri ve yaşamlarını sağlıklı olarak devam ettirebilmeleri için yapılan tüm harcamalara toplam sağlık harcamaları denir. Sağlık harcamalarının boyutu, dağılımı sektör dışındaki sosyal ve ekonomik gelişmeleri değerlendirmede bilgi kaynağı olabilmektedir. Gelişmiş ülkeler az gelişmiş ülkelere göre sağlık harcamalarına daha fazla kaynak aktarmaktadırlar dolayısıyla verilen sağlık hizmeti daha kaliteli olabilmektedir (Karabulut, 1998: 92). Sağlık harcamalarının temel hedefi temelde sağlık durumunun iyileştirilmesi, korunması ve yükseltilmesi amacıyla yapılan harcama kalemi olmasıdır. Toplumsal ihtiyaçların en önemlisidir. İnsanların ihtiyaçlarından ortaya çıkan devlet unsuru, sağlık hizmetinin yürütülmesi görevini de kamu hizmetleri içerisinde değerlendirmiş ve bu hizmetleri üstlenmiştir. Kamu sağlık harcamalarındaki herhangi bir artış, tüketim mallarının üretimine katkıda bulunarak yatırım mallarının talebinin de

artmasına neden olmuştur. Genel çerçevede kamu harcamaları içinde yer alan ve kendi içerisinde cari, yatırım ve transfer harcaması gibi bir kategoriye dahil edilen sağlık harcamalarını ve sağlık hizmetlerini devlet, topluma üretebilir, ürettiğini satabilir ve topluma sunabilmektedir (Cura, 2012: 29). ABD, İngiltere ve Fransa gibi ülkeler sağlık sektöründe en çok kaynak tüketen sektör konumundadır. Bu durumun en önemli sebebi sağlığa yapılan yatırımın üretken olarak nitelendirilip ekonomik kalkınmaya oldukça katkısı olduğu düşünülmesidir. Türkiye 'de sağlık harcamalarının yaklaşık %80'i kamuya aittir. Kamunun, sağlık alanındaki harcamalarında payının yüksek olması ve sağlık hizmetinin merkezden planlanması gibi sebepler hizmetlerin yürütülmesinde esnek olmayan katı bir yönetim anlayışının hakim olması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum neticesinde sağlık hizmetlerinde koordinasyon ve politize olma konusunda sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Bir diğer olumsuzluk ise ülkenin doğusu ile batısı arasında belirgin farklılıkların bulunmasıdır. Hekimlerin yaklaşık %48'i, uzman hekimlerin ise %56'sı üç büyük il olan İstanbul, Ankara ve İzmir'de yoğunlaşmaktadır. Dolayısıyla kaynakların, ekipmanın ve personelin ülke geneline iyi dağıtılamaması doğu batı arasındaki sağlık hizmetlerinin niteliğinde belirgin farklılıklar gözükmektedir (Yıldırım, 2011: 386).

Sağlık için ayrılan sınırlı kaynakların en etkin biçimde kullanılmasını sağlamak için sağlık güvencesi kapsamında değerlendirilen ilaç listeleri oluşturulmalıdır. İlaçların ekonomik değerlendirmelerinde rolü ve oluşturulan listelerdeki ilaçların geri ödeme koşulları oldukça önem kazanmaktadır. İlaç enstitüsünde çalışmakta olan sağlık ekonomisti sayısının hızla artması ayrıca ekonomik değerlendirmelerdeki sağlık hizmetlerinin öneminin artması gibi olgular birbirleri ile paralel bir seyir izlemektedir (Acar, 2006: 40).

Türkiye, kişi başı sağlık harcamaları miktarında önemli aşama kaydetmiş ve sağlık harcamalarında önemli boyutlara ulaşmasına rağmen OECD ülkelerinin gerisinde olduğu görülmektedir. Gerek demografik yapı olarak gerekse nüfus piramidi olarak avantajlı bir konumda olan Türkiye'de sağlık harcamaları yıllar içinde artış göstermektedir. 1980 'li yıllardan beri ülkede oluşan toplumsal beklentiler ve yaşanan teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarını arttıran bazı faktörlerdendir. Sekizinci beş Yıllık Kalkınma Planı 2000 – 2005 yılları itibari ile hız kazanan sağlıkta dönüşüm Projesinin etkisiyle de sağlık harcamalarında artış görülmektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 110-111). 2008 yılı sonrasında sağlık alanında yaşanan gelişmelerin olumlu etkisi ile sağlık hizmetlerine ayrılan pay artmıştır. Özellikle tıp ve eczacılık alanındaki yenilikler, nüfusun

yaşlanmamasına yönelik farmasötik ürünlerin kullanımını ve ilaç harcamalarını arttırmış, bu artış ise toplam sağlık harcamalarını arttırmıştır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 122-123).

2.6.1. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Genel olarak bakıldığında sağlık harcamalarının artmasının iki nedeni vardır bunlardan birincisi, tıbbi mal ve hizmetlere uygulanan fiyatlarda artış yaşanması diğeri ise bu hizmetlere verilen önemin artmasıdır. Fiyatların artması ile tıbbi harcamaların artması arasında doğru yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Fiyatlarda artış yaşanması halinde sağlık harcamalarında artış gözlenecektir (Karabulut, 1998: 92-93).

Kamu kesiminin birtakım görevleri ve faaliyet alanları sosyal devlet anlayışı ile birlikte genişlemiştir. Çağdaş devlet yaklaşımının gereklerinden olan bu durum, devletin ekonomik ve sosyal alanlarda daha etkin olmasını beraberinde getirmiştir. Devletin her alanda aktif bir konumda olması kamu harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla içerisindeki payının artırılması sonucunu doğurmuştur. Sosyal refahın geliştirilmesinde öncü unsur olan sağlık hizmetlerinin gelişimi ve kamunun refahı için yapılan harcamalardan en önemlisi olan sağlık harcamalarının katkısı oldukça büyüktür (Cura, 2012: 29). Ülkeler yıllık ya da gelecek için kalkınma planları yaparken kaynakların etkin bir şekilde kullanılabilmesi amacıyla bir takım harcamalar yapmaktadır. Harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığını kontrol edebilmek için ekonomik analizler yapmaktadırlar. Kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamaları, dünya genelinde hızla yükseldiği bir gerçektir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin maliyeti milli gelirden daha fazla artış göstermiştir. Bu durumun nedeni genel olarak, sağlık hizmeti kullanımının artması, halkın beklentilerinin artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması ve teknoloji alanında olumlu gelişmelerin yaşanması gösterilmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışın yaşanması ile birlikte halkın refah düzeyi yükselmiş ve refahı yükselen halk, mal ve hizmetlere karşı olan taleplerini de arttırmaktadır. Diğer mal ve hizmetleri içerisinde sağlık hizmeti nispeten daha önemli bir yer tuttuğu için daha fazla talep görmektedir. Sağlık harcamalarının artmasına neden olan sigorta gibi maliyetlerin artması devletin sağlık hizmetleri için ayırmış olduğu bütçelerde önemli yer tutmaktadır. Sağlık harcamaları ve sağlık hizmeti talebi ortalama yaşam beklentilerinin giderek artması, modernleşme ile literatüre giren hastalıklar gibi unsurlar sebebiyle artmıştır. Geleceğinden endişeli kaygısız insanlar yerine bilinçli, geleceğini ve yaşam kalitesini önemseyen bir

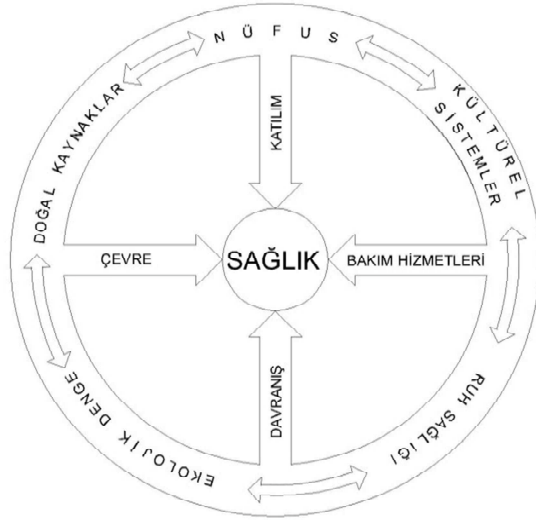
nesil oluşmuştur. Bu bilinçlenme ile insanlar daha fazla sağlık hizmetleri tüketimine yönelmişlerdir (Gök, 2012: 16-17).

Sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılan sağlık harcamaları, devletin bütçesinde önemli bir yer edinmektedir. Hem sağlık için yapılan harcamalar hem de bu alanda araştırma geliştirme çalışmaları için yapılan harcamalar kamu harcamaları içinde önemli bir paya sahiptir. Dünya nüfusunun sürekli artması sebebiyle sağlık hizmetine olan talebin artması akabinde maliyetlerde de artış yaşanması ülkeleri önemli bir sorunla karşılaşmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetleri ertelenemeyen yegane hizmetlerdendir. İnsan sağlığını ilgilendiren bir hizmetin etkin bir şekilde sunulamaması, bütün ülkeler için büyük bir tehdittir. OECD ülkelerinde ki harcama kalemlerine bakıldığında sağlık harcamalarının ve maliyetlerinin ekonomik büyümeden daha fazla artış gösterdiği görülmektedir. Tıbbi cihazların ve ilaç sektörünün gelişimi hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi imkanlarını artırmak gibi olumlu sonuçlarının yanında giderlerin artması gibi olumsuz bir sonuç da ortaya çıkmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlı ve aktif olmayan bir boyuta dönüşmesi de sağlık harcamalarını arttıran bir diğer ve önemli bir etkidir (Ener ve Demircan, 2008: 66-71).

2.6.2. Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri

Sağlıklı yaşama hedeflerine ulaşmada bireylerin veya toplumun nasıl bir yaşam biçimi olduğu önemli bir sorudur. Toplumun sağlıklı yaşama hedefi için beslenme düzeni, alkol ve sigara gibi bağımlılıkları, güneşten faydalanma alışkanlıkları, uyku süresi ve düzeni, sosyal etkinliklere ilgi ve katılımı gibi birçok unsur etkilidir. Ancak bozulan bir sağlığın nedenini araştırmaların çoğu sigara alışkanlığı, hareketsiz yaşam tarzı ve alkol tüketimine bağlanmış ve bu nedenle dünya sağlık teşkilatı kronik hastalıkların nedenini bu üç unsurun sonucu olduğunu bildirmektedir (Altıntaş, 2006: 44).

Şekil 2.5. Sağlığı Etkileyen Dış ve İç Etkenler



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 19

Bugün artık dünya genelinde gelişmekte olan ya da gelişmiş ülkelerde, sağlık harcamaları incelendiğinde harcamalarda artış yaşandığı bilinen bir durumdur. Ülkelerde yapılan harcamaların artış nedenleri büyük oranda benzerlik göstermektedir. Bu benzerlikler; Kişi başına düşen gelirin artması, teknolojik ve tıbbi dünyasında yaşanan yenilik ve gelişmeler, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin artırılması, kentleşme, nüfus ve yaşlanma gibi faktörler sağlık alanındaki harcamaların belirleyicileri arasında yer almaktadır (Cura, 2012: 29-30).

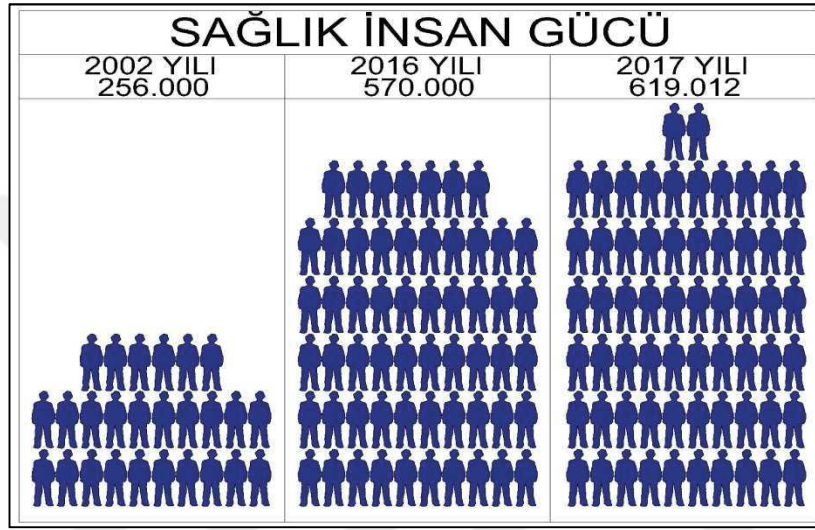
2.6.2.1. Sağlıklı İnsan Gücü

Sağlıklı insan gücü, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti üreten gerek kamu gerekse özel de çalışanlara verilen addır. Sağlık alanında sağlıklı bir personele sahip olmak için kamunun yapmış olduğu, sağlık insan gücü planlamaları vardır. Sağlık sektörünün önemli rekabet unsurlarından olan insan gücü doğru bir şekilde planlandığında ve eğitimlerle desteklendiğinde bu güç anlam bulmaktadır (Solak, 2014: 3). Sağlık sektöründe çalışanların sayısı ve niteliği sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerin donanımları kadar önemlidir. Ülke nüfusunun ihtiyacı olan teknik elemanın yetiştirilmesi, sağlık personelinin ücreti ve gelecek projeksiyonların yapılması gibi eylemlerin yerine getirilmesi sağlık insan gücünün belirleyici unsurlarındandır (Karabulut, 1998: 24-25).

Sürekli değişen ve gelişen dünyamızda, gelişme isteğinin olumlu yansımaları için insan gücüne daha da fazla ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç doğrultusunda insan gücü kaynaklarının rasyonel kullanılması günümüzün en önemli konularındandır. Her alanda

olduğu gibi gelişen bir sektör olan sağlık sektöründe de daha iyi hizmet vermek için insan gücüne gereksinim artmaktadır. Teknolojinin hızlı gelişmesi olayı beraberinde insanların tıp alanındaki beklentilerini de arttırmıştır. Türkiye ise gelişmekte olan ülkeler arasında değerlendirilmekte ve sağlık hizmetlerini sunabilecek kalifiye sağlık personeline ihtiyaç duyan bir ülke konumundadır (Altıntaş, 2006: 6).

Şekil 2.6. Sağlıkta İnsan Gücü



Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı 2018 Bütçe Sunumu

Sağlık kurumlarında insan gücü planlamasını zorunlu kılınması ve sağlık insan gücü planlamasına dair çalışmalar Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık İnsan Gücü Geliştirme Bölümü tarafından 1992 yılında düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi ile başlatılmıştır. Kongrede insan gücünün maliyeti, personelin sayısal ve nitelik olarak yeterliliği ve tıp alanındaki ilerlemelerin, sağlık insan gücüne etkisi sorgulanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının olumlu bir hal alması sağlık insan gücü verilerinde ki artışlarla da kendisini göstermektedir (Santaş, 2012: 50). Şekil 2.6. Sağlık Bakanlığı 2018 bütçe sunumuna göre 2002 yılı, 2006 yılı ve 2018 yılları arasındaki sağlıkta insan gücünü göstermektedir. Sağlık sektöründe çalışan 2002 yılında 256 bin insan gücüne sahipken 2017 yılında yaklaşık 3 kat artış göstererek 619 bin'e yükselmiştir (Şekil: 2.6).

2.6.2.2. İlaç Fiyatlarının Artması

Geçmişte ilaçla tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için ilaç geliştirilmesi, birbirinin muadili yapıdaki ilaçların piyasaya yeni bir ilaçmış gibi çıkması ve reklamının yapıp pazarlanması, piyasadaki ilaçların endikasyonlarını ortaya çıkarmanın maliyetlerinin yüksek olması, patent hakkı sebebi ile patent sahibine ödenmesi istenen

lisans ücreti gibi etmenler ilaç fiyatlarındaki artışların en önemli sebeplerindendir (Acar, 2006: 41).

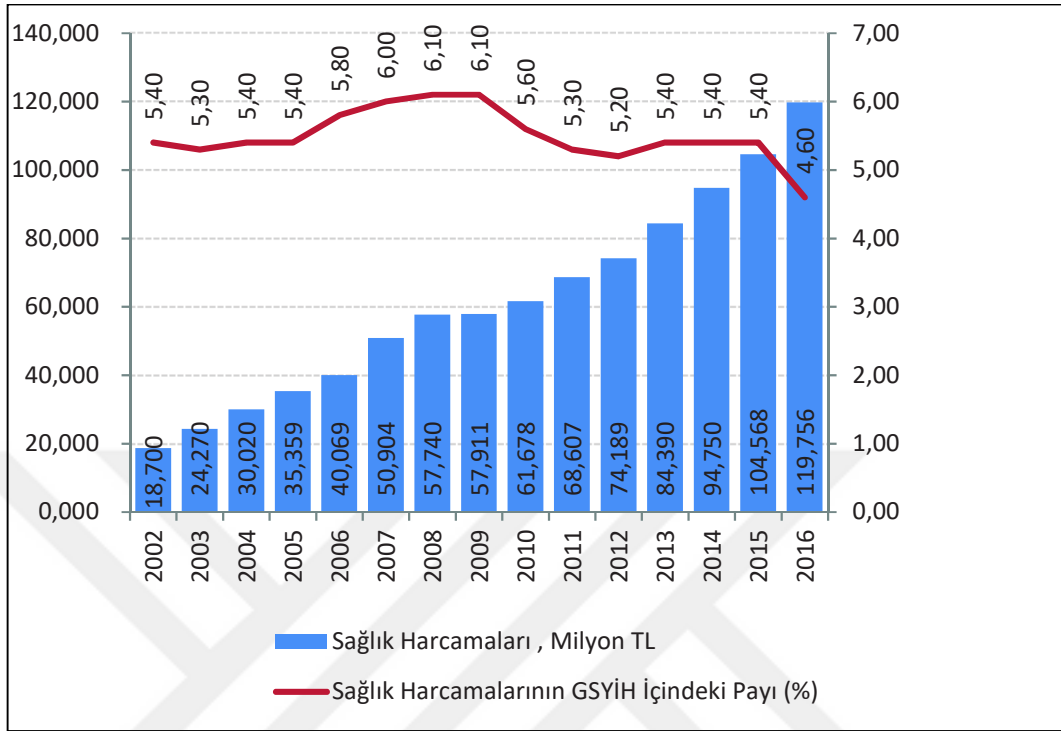
2.6.2.3. Hastane Göstergeleri

Sağlık hizmetlerine daha fazla gelir ayrılması gereken tedavi yöntemi, yataklı tedavinin mümkün olduğu hastanelerde gerçekleşen tedavilerdir. Sağlık harcamalarının niteliği ve niceliği açısından yüksek maliyetlerin sebebinin araştırılması hastanelerden elde edilecek bilgiler mümkün olmaktadır. Hastanedeki bilgilerin belirlenmesi; teknolojideki yenilikler, maliyet, hasılat hesabında ve hastane çalışanlarının etkin çalışıp çalışmadıklarının ortaya çıkarılması, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve buna benzer konularda sağlık planlamacılarına yardımcı olmaktadır. Teknolojideki ilerlemelerin ve yeniliklerin en yaygın olarak kullanıldığı yerlerden biridir hastaneler. Sağlık için ayrılan bütçeye birde yeni gelen teknoloji eklenince maliyetler hızla artmaktadır. Hastanelerdeki verilerin sistematik ve doğru olması, hastaneye yüksek teknolojinin gelmesiyle hastalığa olumlu ya da olumsuz bırakacağı etki yani kazandırdığı getirinin boyutlarını maliyet fayda analizi ile öğrenmek mümkündür (Karabulut, 1998: 23).

2.6.2.4. GSYİH' da ki Değişim ve Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Ülkelerin ekonomik gelişmişlikleri ve sağlık göstergeleri arasında sıkı sıkıya bir ilişki vardır. Zengin bir ekonomiye sahip bir ülke, sağlık harcamalarına ülke gelirlerinden daha fazla pay ayırması ile daha sağlıklı bireyler yetiştirilebilir. Ekonomik göstergeler ile sağlık politikalarının belirlenmesindeki amaç kamu harcamaları içerisinde sağlık için yapılan harcamaların payı ve ülke refahı ile ilişkisinin incelenmesini kapsamaktadır.. Sağlık giderleri ve genel sağlık sigortası için sosyo-ekonomik bir değerlendirme açısından ülkenin ekonomik göstergeleri önem arz etmektedir (Karabulut, 1998: 23).

Şekil 2.7. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (2002 – 2016), (%) Milyon TL, Türkiye



Kaynak: TÜİK,2017

Erişim Tarihi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24574>

2002 – 2016 yılları arasında sağlık hizmetlerinde yaşanan olumlu gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYİH’deki payı değişmemiş %5,4 olarak gerçekleşmiştir. Bu durumun sebepleri arasında bağımlı nüfus artış ya da azalış göstermesi önemli bir faktördür. Bu nedenle Türkiye’nin yaşlı nüfus oranı ve çocuk nüfusunun artışı yani bağımlı nüfus gibi faktörler dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Örnek, 2017: 11).

Yukarıdaki şekilden’de anlaşılacağı üzere Türkiye ‘de sağlık harcamalarında her geçen yıl büyük artışlar yaşanmıştır.2002 yılında 18,700 milyon TL olan toplam sağlık harcamaları 2015 yılına gelindiğinde 104.568 bin TL’ye kadar çıkmıştır. Bu rakamın yaklaşık 73.382 bin TL’si kamuya geri kalan 21.368 bin TL’si özel sektöre aittir. Özel sektörde gerçekleşen sağlık harcamaları, devlette gerçekleştirilen sağlık harcamaları arasında 3 kat fark vardır. Sağlık harcamalarının toplamının, GSYİH’ye oranı 2000 yılında 4.9 iken,2013 yılında %5,4 seviyelerine çıkmıştır. 2015 yılında ise 5,4 seyrinde kalmaya devam etmiştir 2016 yılında dünyada görülen ekonomik krizden birçok ülke etkilenmiş ve başka alanlara harcamalarını yönlendirebilmek için sağlık harcamalarını azaltmayı uygun görmüşlerdir. Bu harcamalar, halk sağlığı çalışanlarının maaşları üzerindeki değişiklikler,

sağlık işgücündeki azalmalar, sağlık kuruluşlarına yapılacak ödemelerde görülen kesintiler ve gereksiz ilaç harcamalarının sınırlandırılması gibi harcamalarda politika değiştirmişlerdir. 2016 yılındaki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının düşmesinin sebebi olarak görülmektedir (Şekil: 2.7.)

GSYİH 'da ki değişimler sağlık harcamalarındaki artış veya azalışlara neden olarak gösterilmektedir. Özellikle bireylerin gelirindeki bir miktar artış sağlık harcamalarında da yükselmeye sebep olmaktadır. Bireylerin gelir seviyelerindeki iyileşme tüketim kalıplarını değiştirmiş ve yaşam koşullarını daha iyi şartlarda sürdüren bireyler zamanla daha kaliteli hizmetlere yönelmişlerdir. Gerek kamu gerekse özel kesimler tarafından verilen hizmetler içinde sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilginin yoğun olması kamu harcamalarının içindeki sağlığa ayrılan harcama tutarını arttırmaktadır. Sen (2005) tarafından yapılan çalışmaların sonucuna göre, 1990 – 1998 yılları arasında yapılan bir çalışmada on beş OECD ülkesi seçilmiş ve bu ülkelerin sağlık harcamalarında artış yaşanmasının gelirin üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Cura, 2012: 30-31).

2.6.2.5. Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Artması

Eğitilmiş bir bireyin sağlıklı olma konusunda da bilinçli hareket ettiğini varsayarsak bu durum bize eğitimin sağlık harcamalarını arttırdığını göstermektedir. Sağlıklı bir toplum ile eğitilmiş toplum arasında doğru orantılı bir bağlantı olduğu kuşkusuz ortadadır. Eğitilmiş insanların varlığı sağlıklı yaşam koşulları içerisinde yaşamak istediğinde olan bireylerin sayısını arttırmaktadır. Bu nedenle eğitilmiş insanlar sağlıklı yaşam için gerekli tüm fiziksel ve besinsel faaliyetlerini artırma yoluna gitmektedirler. Eğitim seviyesi yüksek olan kesim sağlık alanındaki gelişmeleri yakından takip eder ve mevcut hastalıkların yeni tedavi yöntemlerinden haberdardır. Tedavi yöntemlerinden haberdar olan halk, tedavi yöntemlerini talep ederek sağlık harcamalarındaki artışlara dolaylı olarak etki etmektedir. (Cura, 2012: 31). Eğitimle birlikte artan sağlıklı olma farkındalığı, sağlık endüstrisi sektörünü geliştirmekte ve bu sektörü karlı bir hale getirmektedir. Ülkelerin ekonomik kalkınmışlığına bağlı olarak bireylerin yaşam standartlarının yükselmesi ve teknolojik gelişmelerin yaşanması bireylerin sağlık konularına daha duyarlı hale gelmelerini sağlamıştır (Gök, 2012: 21).

2.6.2.6. Teknolojik ve Tıbbi İlerlemeler

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yaşanan teknolojik ilerlemeler yakından takip edilerek sağlık sektörünün gelişmesine katkı sağlanabilir. Sağlık hizmetleri yerine getirilirken yüksek maliyetlere katlanmak gerekebilir. Sağlık teknolojisinde ki gelişmelerin yakından takip edilmesi ve en yeni teknolojinin ülkemizde uygulanması, modern tıbbi uygun makine ve ekipmanların temin edilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık alanında AR-GE faaliyetlerine ayrılan kaynakların artması, bilim adamlarının yeni araştırmalar ortaya çıkarmasına, yeni araştırmalarla geline teknoloji düzeyi ise hastalıkların teşhisini kolaylaştırmakta ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu ekipmanların oldukça pahalı olması ise sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde maliyeti arttıran en önemli etken olarak kabul edilmektedir. Sağlık sorunlarının çözümü için ihtiyaç duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren araştırmalara dayanması da bir diğer maliyetleri yükselten nedendir. Özetle açıklamak gerekirse, sağlık sektörünün gelişmesi teknolojik ilerlemelere, teknolojik gelişmeler ise harcamaların artmasına neden olmaktadır (Gök, 2012: 20).

Ancak ileri teknoloji (MR, Tomografi vs. gibi) , kullanımı ise günümüzde bir hastane için olmazsa olmaz demektir. Günümüzde artık insanlara basit gelen bu cihazların dahi edinimi oldukça pahalıdır ve bu cihazları temin etmek için yüksek maliyetlere katlanmak gerekmektedir. Aynı zamanda ileri teknolojiyle çalışan cihazları kullanacak uzman personel yetiştirilmesi de ekstra bir maliyet oluşturmakta ve sağlık harcamalarını arttırdığı sonucuna varılmaktadır (Cura, 2012: 31).

2.6.2.7. Kentleşme

Ekonomik gelişmişliklerinin ve sanayileşmenin artması sonucunda kentleşmenin de arttığı görülmektedir. Nüfusun yoğun olduğu, sanayi ve hizmet yoğun olduğu tarıma dayalı bir ekonominin ise yok denecek kadar az olduğu teknolojik çevre etrafında şekillenen bir şehir, kentleşmenin tam olarak gerçekleştiği şehir tanımına girmektedir. Kentleşmenin olduğu bölgelerde sağlık hizmetleri hem nitelik hem de nicelik olarak kırsal kesime göre daha iyi bir durumdadır. Kentlerin bu tür imkan ve fırsatlarının olması bu kentleri cazip hale getirmekte ve nitekim kentlere göçü arttırmaktadır. Kırsal kesimden kentlere göç durumu sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde kırsal kesimde sağlık hizmetlerinin alt yapısının yeterli düzeyde olmaması, sağlık personeli ve uzman hekimlerin yetersizliği, gerekli donanımların ve cihazların tam olmaması, ilaç vb. malzemelere

erişimin kolay olmaması kırsal kesimin sağlık hizmetleri açısından yetersiz olması, bunun yanında büyük şehirlerin olanaklarının fazla olması bu imkanlardan faydalanmak için göç etme isteğini tetiklemektedir. Kentleşmenin sorun olarak görüldüğü ülkemizde, kırsal kesimde sağlık kapsamındaki yukarıda saydığımız faaliyetlerin geliştirilmesi için yapılacak çalışmalar sağlık harcamalarını arttıracaktır (Cura, 2012: 32).

2.6.2.8. Sosyal Değer Yargılarının Değişiklik Göstermesi

Halkın sağlığa karşı tutumu henüz bir sorun haline gelmiş sayılmaz. Fakat başta köyler olmak üzere Kaderci görüş ve halk tababeti bu bölgelerde yaşayan kesimin inanç ve değerlerine hakim vaziyettedir. Kaderci görüşün hakim olduğu bölgelerde hastalıkların tedavisinde; hoca, kırıkçı, çıkıkçı ve bunlarla beraber koca karı ilaçları ile tedavi yaygındır. Beslenme alışkanlıkları da gelenekselci ortamdan kurtulmuş değildir. Ülkemizde bazı bölgelere içme suyu bile 1960 lı yıllardan sonra temin edilmiş ve o zamana kadar geçen sürelerde insanlar ihtiyaçlarını kuyu ve gözelerden karşılamışlardır (Türkdoğan, 2006: 32). Sosyal değer yargılarının değişmesi ile ortaya çıkan yeni durumlar farklı çözümler ortaya çıkarmaktadır. Sosyal değer yargılarının değişimiyle oluşan bir harcamaya başka örnek vermek gerekirse, gençlerde bağımlılığın artması sonucu da yine bağımlılığa yönelik sağlık harcamalarının artışı da bir değer yargısının değişimi ve yozlaşma ile artan harcamalar sınıfına dahil edilebilir (Cura, 2012: 32). Toplumsal sorunlar ve sosyal değerlerin değişmesi aile yapısında da farklılıklara yol açmaktadır. Yaşlı nüfusta artış, kronik rahatsızlıklar ve engellilik gibi durumların artması ile bakıma muhtaç olmayı beraberinde getirmektedir. Endüstrileşme, ekonomik kaygılar ve kentlerde yaşama güdüsü toplu yaşamdan çekirdek aileye dönüşmeye yol açmış ve eskiden toplumsal sorun olarak görülmeyen muhtaç kişilere bakmak artık toplumsal sorun olarak görülmeye başlamıştır. Bunun yanında kadının iş hayatına katılımı, boşanmalardaki artış, yaşlıların evlatları ile yaşama süresinin uzaması temel bakım gereksinimlerini artıran faktör olarak görülmektedir (Oğlak, 2007: 41).

Sağlık konusunda bireyler kendileri ve yakınları için özellikle günümüzde oldukça fedakar davranmaktadır. Bu nedenle sağlık harcaması yaparken fazla bir talep ortaya çıkmaktadır. Fakat bu talep azalmamakla beraber çok basit rahatsızlıklarda bile bireyler sağlık harcaması yapmaktan kaçmamaktadır. Hastaların sağlık konusundaki bilgisizlikleri artacak ve akılcı olmayan bazı davranışlarda bulunacaklardır. Özellikle sigortalı bireyler sigortalı olmanın ayrıcalıklarından faydalanmak isteği ile hekime başvurumaktadırlar. Özel

sağlık hizmeti veren kurumlar da, hastane yönetimi ve doktorlar hastaların tedavilerini gereksiz olarak uzatmaktadırlar bunun nedeni daha fazla gelir elde etme isteğinde olmalarıdır. Bu duruma en iyi örnek bademcik ameliyatıdır. Bademcik ameliyatı basit çok fazla komplikasyon olmamasına karşın bu tür ameliyatlarda Türkiye’de hastanede yatış ortalaması 2-4 gün iken ABD’de ise 7-10 gün Almanya’da ise bu 20 günü bulmaktadır (Karagöz, 2015: 28).

2.6.2.9. Demografik Göstergeler

Bir toplumda nüfus hareketleri, sosyal kuruluşlara ve yaşayış tarzlarına büyük ölçüde tesir eder. Halkın yaşadığı alanda nüfus ne kadar yoğun ise o kadar sosyal hareketlilik ve uzmanlaşma meydana gelir. Bu da halkın hastalık ve sağlık düzeyine tesir eder. Artmakta olan nüfusun yeterli seviyede beslenememesi durumunda bir takım hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Türkdoğan, 2006: 36). Sağlık politikalarının geleceğe dönük olarak yönlendirilebilmesinde ve bugünkü etkinliklerinin ölçülmesinde demografik değişimlerin iki önemli unsuru olan nüfus ve yaşamaya ilişkin göstergelere dikkat edilmelidir. Ülkelerin nüfus göstergeleri ve yaşam standartları, değişim halinde olan ve gelişen ekonomik şartlara bağlı önemli unsurlardır. Ülkelerin ekonomik durumları, gelişmişliği, kişi başına düşen geliri ile yaşam kalitesi arasında yakın bir ilişki vardır. Gelişmiş ülkelerde çoğu hastalık gelişmekte olan ülkelere göre daha rahat önlenabilmektedir. Nüfus artışları ise gelişmiş ülkelerde hastalık ve ölüm oranlarının azalmasıyla orantılı olarak belli bir oranda tutulmaya çalışılmıştır. Gelişmekte olan ülkeler ise nüfus artış hızlarını hastalıklarla mücadele yolları arayarak gelişmiş ülkelerin seviyesine çekmeye çalışmışlardır (Karabulut, 1998: 23).

Tablo 2.3. Türkiye’de 2000-2023 Yıllarına Ait Demografik Göstergeler

| | 2000 | 2010 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Toplam Doğurganlık Hızı | 2,53 | 2,06 | 1,96 | 1,95 | 1,93 | 1,92 | 1,90 | 1,89 | 1,88 | 1,86 | 1,85 |
| Kaba Doğum Hızı | 21,62 | 17,20 | 15,60 | 15,39 | 15,19 | 14,98 | 14,77 | 14,58 | 14,39 | 14,20 | 14,01 |
| Doğumlar(*000) | 1389 | 1256 | 1219 | 1216 | 1212 | 1206 | 1201 | 1196 | 1192 | 1186 | 1180 |
| Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi(Yıl) | | | | | | | | | | | |
| Toplam | 71,0 | 76,4 | 77,1 | 77,2 | 77,3 | 77,4 | 77,5 | 77,6 | 77,7 | 77,8 | 77,9 |
| Erkek | 69,0 | 74,2 | 74,9 | 75,0 | 75,1 | 75,2 | 75,3 | 75,4 | 75,5 | 75,6 | 75,8 |
| Kadın | 73,1 | 78,7 | 79,4 | 79,5 | 79,6 | 79,7 | 79,8 | 79,9 | 80,0 | 80,1 | 80,2 |
| Kaba Ölüm Hızı(‰) | 7,25 | 5,38 | 5,52 | 5,59 | 5,66 | 5,73 | 5,79 | 5,86 | 5,94 | 6,01 | 6,09 |
| Ölümler(*000) | 466 | 393 | 432 | 442 | 451 | 461 | 471 | 481 | 492 | 502 | 513 |
| Bebek Ölüm Hızı(‰) | | | | | | | | | | | |
| Toplam | 31,6 | 12,0 | 11,2 | 11,0 | 10,9 | 10,8 | 10,6 | 10,5 | 10,4 | 10,3 | 10,1 |
| Erkek | 36,0 | 12,7 | 11,7 | 11,6 | 11,4 | 11,2 | 11,1 | 11,0 | 10,8 | 10,7 | 10,5 |
| Kadın | 26,9 | 11,3 | 10,6 | 10,5 | 10,4 | 10,3 | 10,2 | 10,1 | 10,0 | 9,9 | 9,8 |
| Nüfus Artış Hızı(Yıl Sonuna Göre)(‰) | 14,3 | 15,9 | 10,6 | 10,4 | 10,1 | 9,8 | 9,5 | 9,2 | 9,0 | 8,7 | 8,4 |
| Nüfus (Yıl Sonu)(*000) | 64729 | 73723 | 78152 | 78966 | 79766 | 80551 | 81322 | 82077 | 82816 | 83540 | 84247 |
| Geniş Yaş Grubu Nüfuslarının Oranları(%) | | | | | | | | | | | |
| 0-14 | 29,3 | 25,6 | 23,6 | 23,2 | 23,0 | 22,7 | 22,5 | 22,2 | 21,9 | 21,5 | 21,2 |
| 15-64 | 64,0 | 67,2 | 68,2 | 68,4 | 68,5 | 68,5 | 68,5 | 68,2 | 68,3 | 68,5 | 68,6 |
| 65+ | 6,7 | 7,2 | 8,2 | 8,3 | 8,5 | 8,8 | 9,1 | 9,6 | 9,8 | 10,0 | 10,2 |
| Genç Yaş Bağımlılık Oranı(%) | 45,7 | 38,1 | 34,7 | 33,9 | 33,5 | 33,1 | 32,8 | 32,5 | 32,0 | 31,4 | 30,9 |
| Yaşlı Bağımlılık Oranı(%) | 10,5 | 10,8 | 12,1 | 12,2 | 12,4 | 12,8 | 13,3 | 14,1 | 14,4 | 14,6 | 14,9 |
| Ortanca(Medyan) Yaş | 25,8 | 29,2 | 31,1 | 31,5 | 31,9 | 32,2 | 32,6 | 32,9 | 33,3 | 33,6 | 34,0 |
| Nüfus Artış Hızı(Yıl Ortasına Göre)(%) | 14,2 | 15,2 | 10,8 | 10,5 | 10,2 | 9,9 | 9,7 | 9,4 | 9,1 | 8,8 | 8,6 |
| Nüfus (Yıl Ortası)(*000) | 64269 | 73142 | 77738 | 78559 | 79366 | 80159 | 80936 | 81699 | 82447 | 83178 | 83894 |

Kaynak:TÜİK(2017)“DemografikGöstergeler”

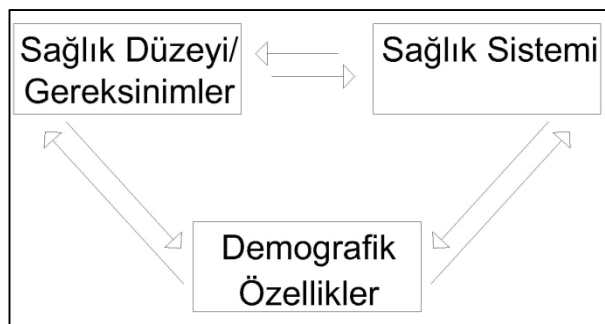
(<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>) 15. 07. 2018

Türkiye'nin 2000 – 2023 yıllarına ait nüfus göstergeleri yukarıdaki projeksiyona aktarılmıştır. Projeksiyona göre toplam doğurganlık hızı 2000 yılında 2,53 iken 2010 yılında 2,12 ye 2023 yılında ise 1,85’e, kadar düşüş yaşanması öngörülmektedir. Gelişmişlik göstergelerinden sayılan toplam doğurganlık hızındaki değişiklikler sonucunda nüfusun yenilenme hızı 2000 yılında 1,23’ten 2023 yılında 0,9’a kadar gerilemiştir.

Sanayi Devrimiyle meydana çıkan teknolojik gelişmeler toplumun yapısında da değişikliklere yol açmıştır. Geniş aile tipi değişmiş ve çekirdek aile tipine dönüşmeye başlamıştır. Bu değişim ise, yaşlı kuşakların sayısını artmıştır ve yaşlıların bakımı gibi bir problem ortaya çıkmıştır. Tıp alanında ki gelişmeler insan ömrünün uzamasına, ölümlerin azalmasına ve sağ doğumların artmasına ve doğal olarak nüfusun yaşlanmasına neden olmuştur. Yaşlı kulüpleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı dayanışma merkezleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi hizmetler yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerdendir olmuştur (Ulusal sosyal hizmetler konferansı Ankara, 1995: 231-232).

Sağlık Bakanlığının ya da sağlık hizmeti veren kurum yöneticilerinin, toplumun sağlık durumunda pozitif sonuçlar gerçekleştirmek için sahip olduğu kaynakları verimli yönetebilmelidir. Bunu gerçekleştirecek yönetici ise toplumu, nüfusun sağlık durumu ile sağlık hizmetlerine erişimi ve bu faktörler arasında ki ilişkiyi anlamalı, yönetme işlevine ve anlayışına demografik göstergeleri de dikkate alarak değerlendirme yapmalıdır. Sağlık hizmetlerinde doğru değerlendirme yapmak nüfus ile ilişkisini ortaya koymak için öncelikle sistematik bilgiler ile donatılan sağlık kaynaklarından; nüfus, ölüm, hastalık, doğum, çevre koşulları, evlenme, boşanma, sağlık personeli gibi bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kayıtlar gelişen teknoloji ve bilgi ağı ile sağlık hizmetlerinin başarılı, doğru bir biçimde sunulmasını sağlamaktadır. Bilgilere doğru, güvenilir ve güncel bir şekilde ulaşmak, sağlıklı bir gelecek için hem yönetimin hem de hastaların sağlıklı kararlar almalarını sağlamaktadır. Bir halkın demografik özellikleri ile nüfus ve sağlık talepleri arasında gelişen ilişki çift yönlü bir etkileşim vardır. Sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte insanların daha fazla sağlık hizmeti talep etmesi sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Dolayısı ile artan sağlık talebi ve demografik geçiş süreci arasında da yakın ilişki bulunmaktadır (Akın ve Ersoy, 2012: 21). Ülkemizde çağdaşlaşma sürecine paralel olarak toplum demografik değişim sürecine girmiştir. Hayat standartlarının yükselmesi ile yaşam süreleri uzamış bu sayede ölüm hızları düşmüştür. Başlangıçta doğum hızları yüksek düzeylerde gerçekleştiğinden uzun yıllar nüfus artış göstermiştir. Fakat ilerleyen teknoloji, tıp dünyasındaki gelişmeler, ailelerin eğitim seviyelerinin artması, aile planlaması gibi gelişmelerin atış göstermesi ile doğurganlık düzenlenmiş ve gittikçe doğum hızlarında düşüş görülmüştür (Öztek ve Eren, 2006: 51).

Şekil 2.8. Sağlık Düzeyi, Sağlık Sistemi ve Nüfus İlişkisi



Kaynak: Akın ve Ersoy, 2012

Sağlık düzeyi, mevcut sağlık sistemi ve demografik süreç arasında süreklilik arz eden bir ilişki mevcuttur. Bu üç değişken birbirinden doğrudan bağımsız fakat dolaylı olarak birbirlerini etkilemektedir. Yukarıdaki şekilden yola çıkarsak toplumun sağlık düzeyi, bununla bağlantılı olarak mevcut sağlık sistemi, sağlık ihtiyaçları ve toplumun demografik özellikleri karşılıklı bir etkileşim halinde olduğu görülmekte aynı zamanda bu argümanlar arasında çift yönlü ve sürekli bir etkileşim mevcuttur. Bu üç bileşende, bazen biri diğerinin nedeni yahut sonucu olabilmekte veya birbirinden bağımsız olarak birbirini etkileyebilmektedir. Dünya genelinde doğurganlık göstergelerinde bir düşüş fakat yaşam beklentisinde ise bir yükseliş görülmektedir. Doğumdan sonra yaşam beklentisi gelişmiş ülkelerde ortalama 80 yıl iken 65 yaş üzeri nüfus ise 2000-2010 yılları arasında dünya nüfusunun %6.9 dan %12 ye bir yaşlı nüfus artışı yaşanmaktadır. Demografik değişim sürecini öncelikli yaşayan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler de yaşam beklentisinin artması yaşamın sağlıklı ve kaliteli yaşanması için önlemlerin alınmasını gerektirmektedir. Özellikle gelişmiş ülkeler bu konu hakkında geniş çapta incelemelerde bulunmuşlar ve bir takım politikalar üretmişlerdir. Bu politikalarla; sağlıklı yaşlanma, zihinsel ve fiziksel olarak iyi olma halini, kimseye muhtaç olmadan yaşama yetisini, gençlik halindeki standartlarını ve kaliteyi yaşam boyu muhafaza etmeyi amaçlamışlardır (Ayдын, 2006: 6).

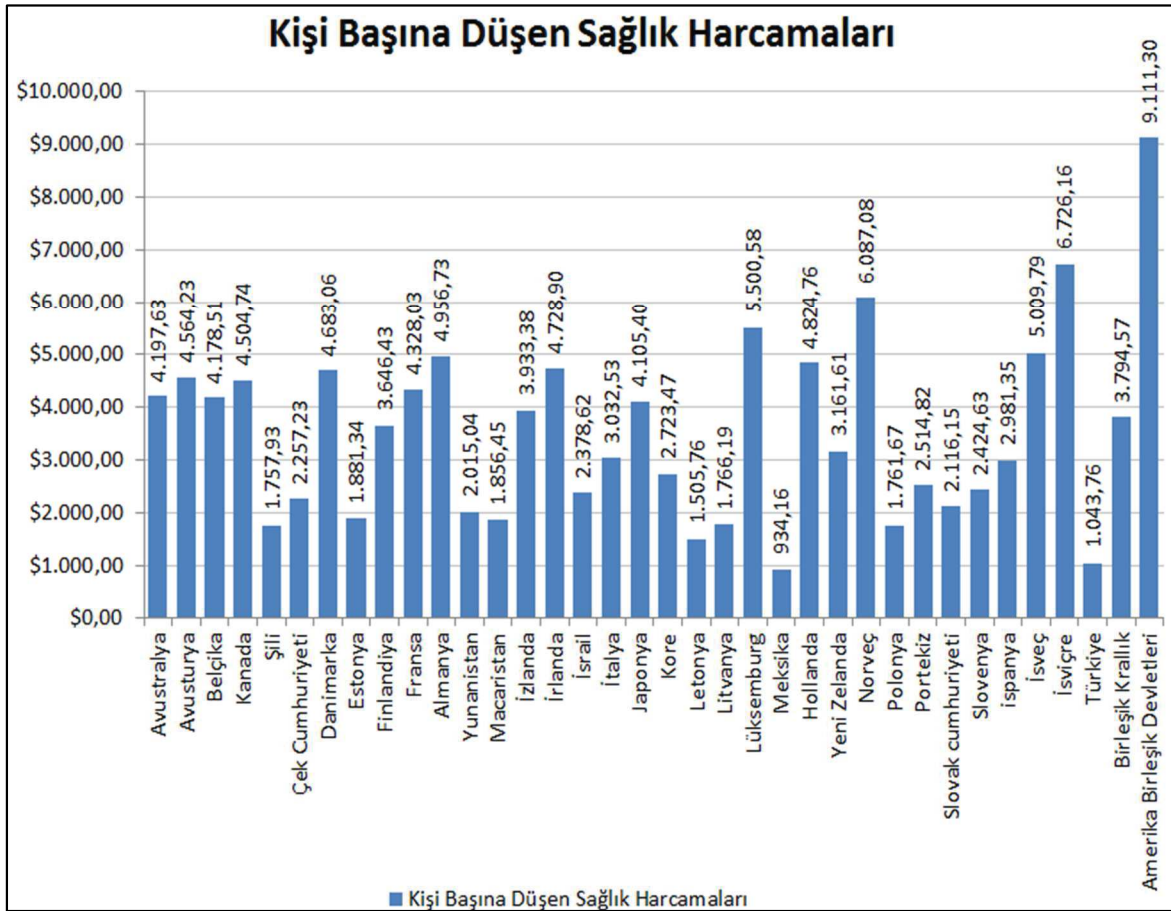
2.7. OECD Ülkeleri'nde Sağlık Harcamaları ve Demografik Dönüşüm

Dünya nüfusunun %20'sini OECD ülkeleri oluşturmaktadır. Bu nedenle dünya sağlık harcamalarının büyük bir kısmı OECD ülkeleri tarafından yapılmaktadır. Bu yüzden dünyada sağlık göstergelerinin ve sağlık harcamalarının verimliliği açısından OECD ülkelerinin önemi büyüktür (Daştan, 2015: 129). OECD üyesi ülkelerinin toplam sağlık harcamaları incelenecek olursak GSYİH içerisinde büyük bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak yaşlı nüfusun fazla olması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki ilerlemelerin gelişmekte olan ülkelere daha hızlı gerçekleşmesi, tıbbi makine teçhizatların pahalı olması, son yıllarda kronik hastalıkların artış göstermesi ve sağlık hizmetlerinde arz ve talebin artması örnek gösterilir (Daştan, 2015: 129). Ayrıca Dünya Bankası gayri safi yurt içi hasılanın yüzde artışı ile ölçülen doğuştan hayat beklentisinde yaşanan gelişmeleri temel bir gösterge olarak kabul etmektedir. Son yıllarda gelişmiş ülkelerin üzerinde tartıştıkları en önemli sorunlardan biri demografik dönüşümle gelen yaşlanma ve azalan nüfus konusudur. OECD ülkelerinin demografik eğilimlerinde bazı farklılıklar olmasına karşın bu ülkelerin ortak noktaları ise nüfusun gittikçe yaş alması ve yaş aralıklarında belirgin farklılıkların oluşması gibi gelişmeler mevcuttur. OECD

ülkelerinde yaşanan demografik dönüşümün etkilerine bakacak olursak ilk olarak sağlık alanında meydana gelen ilerlemelere ve hayat beklentisinin artmasına bununla birlikte uzun ömürlülüğün meydana gelmesi gibi olgular OECD ülkelerinde yaşanan önemli gelişmelerdendir. İkinci ve önemli bir diğer değişim ise, OECD ülkelerin neredeyse hepsinde doğum oranlarının bir düşüş içerisinde olduğu görülmektedir. Bu da aktif nüfus diye adlandırdığımız genç nüfus azalması anlamına gelmektedir. Doğum oranlarının azalması, Türkiye'ye göre daha önce demografik dönüşümün etkilerini tecrübe eden Avrupa'da çalışma yaşındaki nüfus miktarını olumsuz etkilemiş ve işçi göçleri ile bu olumsuz durum telafi edilmeye çalışılmıştır. Üçüncü bir diğer etki ise "baby boom" nesli diye adlandırılan orta yaş grubunda (40-64) yaş arası nesli yaşanmaktadır. Özellikle ABD, Yeni Zelanda, Avustralya, Meksika ve Türkiye dışında bütün OECD ülkelerinde belirgin bir şekilde görülen orta yaşın azalıp ileri yaş grubun artması öngörüsü sosyal bilimcileri, ekonomistleri kaygılandırmaktadır. OECD ülkeleri arasında Avrupa'da yalnız Türkiye'nin nüfus artışı pozitif olduğunu diğer ülkelerin nüfus artışı azalmakta olduğu bilinen bir durumdur. Türkiye diğer ülkelere kıyasla nüfus yapısı açısından henüz diğer OECD ülkelerinin yaşadığı demografik sorunlarla tanışmamıştır (Yazıcı, 2010: 5).

OECD ülkeleri üzerinde hazırlanan 2015 Yaşlanma Raporu hazırlanırken oluşturulan risk senaryosuna göre ülkelerin yaşlanarak nüfus ve sağlık harcamalarının harcamalar açısından değerlendirilmiş olumsuz bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bunun yanında ülkeler için risk olarak algılanan bölümü ise doğurganlık oranlarındaki artışın kişi başı düşen gelire göre daha yavaş artacağı yönünde bir durum öngörülmektedir (Bozkaya, 2017: 35).

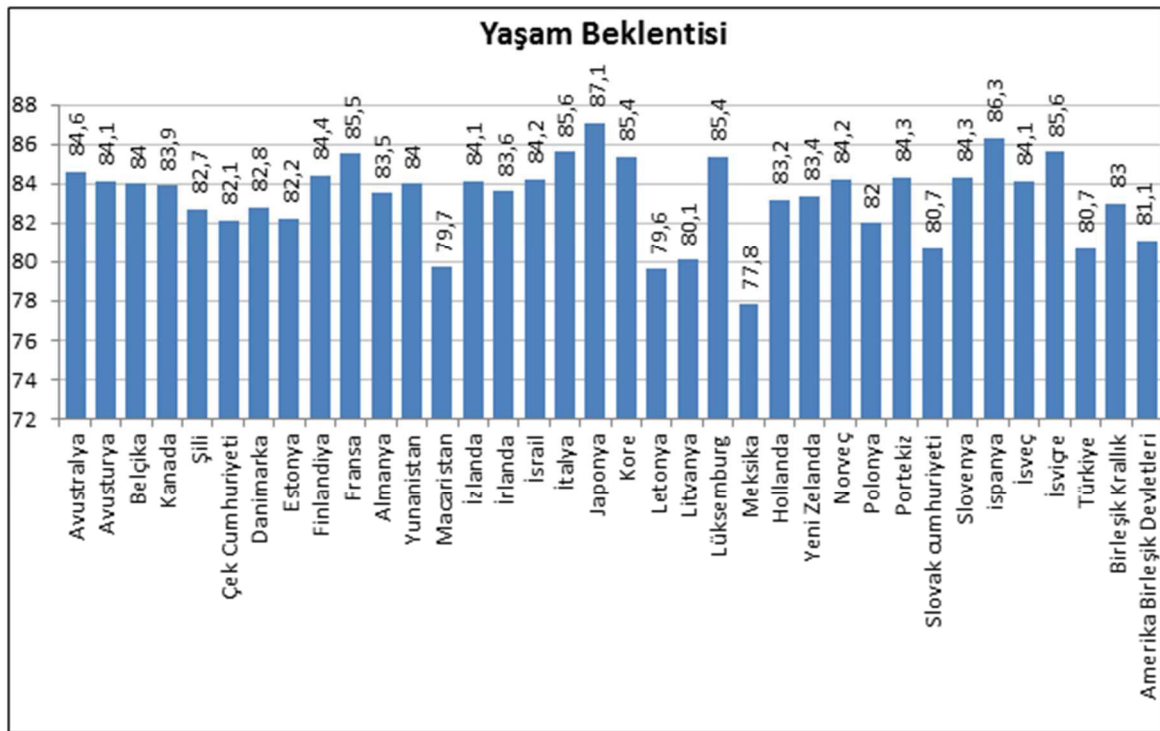
Şekil 2.9.OECD ülkeleri Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Karşılaştırması
2017-SGP ABD \$



Kaynak: OECD, Health Expenditure and Financing 2019 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>) verilerinden yararlanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

Yukarıdaki grafikte OECD ülkelerinin kişi sağlık harcama düzeyleri gösterilmiştir. Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması düzeyi 1.43 dolar seviyelerindeyken OECD ülkeleri arasında en yüksek sağlık harcama düzeyine sahip olan ülke 9.11 dolar ile Amerika Birleşik Devletleridir. Ekonomik kriz yaşayan komşu ülke Yunanistan’da ise 2.01 dolar seviyelerinde gerçekleşmiştir (Şekil: 2.9.). OECD ülkelerinin genelinde 200 yılından sonra sağlık harcamalarında bir artış yaşanmıştır fakat küresel krizlerin yaşandığı dönemlerde ülkeler kamu borçlanmayı azaltmak ve bütçe açıklarını giderebilmek için kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payında azaltmayı uygun görmüşlerdir (Giray ve Çimen, 2018: 155-156) .

Şekil 2.10. OECD Ülkeleri Beklenen Yaşam Süresi Karşılaştırması (2017)



Kaynak: OECD, Health Statistics 2019 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>) verilerinden yararlanarak tarafımda düzenlenmiştir.

Bireylerin sağlık düzeyi göstergelerinden olan doğuştan yaşam süresi, OECD ülkelerinin kalkınma ölçütlerinden bir tanesi olarak kullanılmaktadır. Yukarıdaki grafik incelendiğinde OECD ülkeleri içinde en yüksek yaşam süresine sahip olan ülke 87 yıl ile Japonya'dır. Türkiye'de ise beklenen yaşam süresi 80,7 yıl Türkiye'den sonra Slovakya 80,2 ve son sırada 77,7 yıl ile Meksika yer almaktadır. OECD ülkeleri içerisinde yaşam süreleri kıyaslandığında Türkiye dördüncü sırada yer almaktadır (Şekil: 2.10).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARININ DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TÜRKİYE İÇİN ZAMAN SERİLERİ ANALİZİ

3.1. Demografik Değişimler ve Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama

Son yıllarda demografik geçiş teorisi ülke politikalarının gündeminde yer alan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle sağlık alanında görülen ilerlemeler yeni tedavi yöntemlerinin yaygınlaşmasını sağlamıştır. Nitelikli sağlık harcamasına sahip ülkelerde yaşam sürelerinin uzadığı gözlemlenmiştir. Demografik geçiş süreci, nüfusun yaş yapısı yaşlı kuşakların artması, doğumların azalması, genç nüfusun azalması gibi bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hükümet politikaları hazırlanırken demografik dönüşümün de göz önünde bulundurulması önemli kıstas olmuştur. Demografik sürecin önemi ve sağlıkla olan ilişkisinin teorik olarak değerlendirildikten sonra üçüncü bölümde demografik sürecin önemli çıktılarından sayılan doğum, ölüm, nüfus artış hızı, kişi başına düşen milli gelir gibi değişkenlerin sağlık harcamaları ile olan ilişkisini incelemek üzere nedensellik analizi ve johansen eş bütünleşme analizi yapılmıştır. Bu tez çalışmasında ekonometrik uygulamada 1985-2017 yılları arasını kapsayan doğum hızı, ölüm hızı, kişi başına düşen GSYİH, nüfus artış hızı ve sağlık harcamaları gibi veriler kullanılmıştır. İlk olarak uygulamada değişkenlere durağanlık sınaması yapılmıştır. Yapılan durağanlık sınamasında Augmented Dickey-Fuller (ADF) testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkide ise eşbütünleşmede Johansen yaklaşımı kullanılmıştır. Daha sonra ilişkinin yönünü belirlemek amacıyla Granger Nedensellik testi yapılmıştır.

3.1.1. Literatür Araştırması

Bu çalışmada son yıllarda demografik geçiş sürecinin sağlık harcamaları ve özellikle doğum hızı, ölüm hızı gibi demografik etkenlerle olan ilişkisi incelenmektedir. Literatürdeki birçok çalışmanın sağlık göstergeleri ile nüfus arasındaki ilişkiyi açıklar nitelikte olduğu görülmektedir.

Tablo 3.1. Demografik Dönüşüm Süreci ve Sağlık Harcamaları İlişisini Açıklayan Çalışmalar

| Araştırmacı | Bulgular |
|--|---|
| Ravallion, (1993) | 1985 yılında 22 ülke için yapılan çalışmada kişi başına düşen gelir ile doğuşta yaşam beklentisi ve diğer temel sağlık göstergeleri (çocuk ölüm oranı, bebek ölüm oranı vb.) arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamış ve hükümetin sağlık harcamalarını temsil eden değişkenlerin kurulan modele uygulandığında saptanan anlamlı ilişkinin kaybolduğu görülmüştür (Anand & Ravillion, 1993). |
| Berger & Messer, (1995) | 1960-1992 yıllarını kapsayan dönemde ve 20 OECD ülkesi için yapılan çalışmada sağlık harcamalarının artışı ile finansmanında da artış yaşanmasının ölüm oranlarına olumsuz etki etmiştir. Berger çalışmasında gelir düzeyi iyi durumda olan ülkelerin sağlık göstergelerine yansımalarının olumlu olduğunu ortaya koymaktadır. |
| Gupta, Verhoeven & Tiongson, (1999) | Gelişmekte olan 50 ülkenin geçiş ekonomileri için yaptıkları yatay kesit regresyonlara dayalı çalışmada kamu harcamalarının sağlık sektörüne kaydırılmasının özellikle bebek ölümlerini düşürdüğü noktasında görüşlerini bildirmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden bireylerin sağlıklı olma devamlılığını sağlamada etkili olan koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesinin ölümler üzerinde daha da etkili olduğu tespit edilmiştir |
| Reinhart, (1999) | Reinhart, doğuşta hayat beklentisi üzerinde hükümet harcamalarının ne derece etkili olduğu ve büyüme üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Çalışmanın temel bulgusu doğuşta hayat beklentisi ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki olduğu savunulmuştur. |
| Filmer ve Pritchett, (1999) | 1995 yılında gelişmekte olan olan 100'e yakın ülke için yapılan incelemelerde 5 yaş altı önlenebilir çocuk ölümlerinin gelişmiş ülkelerin 10 katı olduğu görülmekle beraber bu rakam 9 milyonu bulmaktadır. Sağlıklı olma konusunda önemli bir adım olarak görülen tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasıyla sağlık çıktısı olan bebek ölümleri ve çocuk ölümlerinin önemli bir kısmı engellenebileceği saptanmıştır. Fakat bu çalışmada sağlık harcamalarının tek başına ülkelerin sağlık durumlarını, doğuşta hayat beklentisi gibi değişkenleri etki etmeyeceği ortaya konmuştur. Gelir eşitsizliği ve demografik değişkenler gibi belirleyiciler de olduğu tespit edilenler arasındadır. Çalışmada ayrıca sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri arasında ters nedensellik ilişkisi kurulmuştur. |
| Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2002) | 1985 – 1997 yılları baz alınarak 40 gelişmekte olan ülke üzerinde yapılan çalışmada, çocuk ve bebek ölüm oranlarını düşürmede sağlık harcamalarının pozitif |

| | |
|--|--|
| | etkiye sahip olduğunu ve yolsuzluğun da kamu sağlık harcamalarının etkinliğini azalttığını savunmuşlardır. Yatay kesit ve panel veri ile yapılan çalışmada sağlık sonuçları için kullanılan beş yaş altı çocuk ölüm oranı kullanılmıştır. |
| Self & Grabowski, (2003) | Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri gelirlerini göz önünde bulundurarak yaptığı çalışmada sağlık harcamalarının etkin olduğu sonucu çıkarılmıştır. Bu sonuçla birlikte yapılan çalışmada ülkelerin gelirlerine göre sınıflandırılarak yatay kesit veri ile sağlık göstergesi olarak seçilen DALE (sakatlık düzeltilmiş yaşam beklentisi) ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. |
| Seshamani ve Gray,(2004) | Zweifel ve arkadaşlarının 1999 yılında yapmış olduğu çalışmanın sağlamlığını ekonometrik açıdan teste tabii tutmak amacıyla 1970- 1999 yıllarını kapsayan İngiltere'ye ait veriler ile yapılan panel çalışmasında, yaşlanmanın sağlık harcamalarına ne kadar etkisi olduğu araştırılmıştır. Sonuç olarak ise bireylerin ölümden önceki 15 yıl içinde kamu sağlık harcamalarının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca ölümden önce 5 yıl içinde yapılan sağlık harcamalarının bireylerin tüm yaşam boyunca yaptığı sağlık harcamalarından en az 10 kat fazla ve 65- 85 yaş arasında gerçekleşen sağlık harcamalarının %30'un üzerinde bir artış göstermektedir. Sonuçlar ölümlerin sağlık harcamaları üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu ve daha önceki bulguları doğrulamaktadır. Çalışmada yaşa dayalı kişi başına sağlık harcamalarının nüfus istatistikleri üzerinde zaman içerisinde etkisinin olduğunu saptamışlardır. |
| Sanz ve Velazquez, (2007) | OECD ülkeleri için 1970- 1997 yılları arasını kapsayan panel veri analizinde demografik dönüşümün bileşenlerinden olan doğum ile ölüm arasındaki sürenin uzaması olgusunu kamu sektörünün büyümesine ve harcamalarda artış görülmesine neden olmaktadır. Ayrıca kamu sektöründeki büyümenin en kuvvetli nedeninin yaşlı kesimin artışı olduğunu savunmaktadır. Bununla birlikte çalışmada yaşlı kesimdeki artışı kısa dönemde eğitim harcamalarına negatif yönde etkilediğini iddia etmektedir. |
| Rajkumar & Sawaroop, (2008) | 1990, 1997 ve 2003 yıllarına ait veriler kullanılarak yönetim indeksi ile interaktif terim olarak kamu sağlık harcamalarını kullandıkları çalışmalarında 91 ülke için yolsuzluğun düşük ve bürokrasinin sağlam olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının artması, çocuk ve bebek ölümleri üzerinde iyileştirici bir etkisi olduğunu, aynı ülkelerde sağlık harcamalarında gerçekleşen %1 oranında bir artış bile beş yaş altı ölüm oranlarında %0.32 oranında bir düşüşün yaşandığı sonucuna ulaşmışlardır. Kamu sağlık harcamalarının çocuk ölümleri üzerine yapılan analizde gözlem kaybı olmasını önlemek amacıyla gecikmeli değerler analize dahil edilmemiştir. |
| Colombier ve Weber, (2008) | 2008 yılında yapılan çalışmalarında bazı ekonomistlerin nüfusun yaşlanması |

| | |
|--|--|
| | olgusunun sağlık harcamalarına etkisinin gereksiz abartıldığını, asıl meselenin yaşlanma değil ölüme yakın olma durumu olduğunu ve bu durumun çok daha dikkat edilmesi gereken bir husus olduğunu savunmuştur. Çalışmada İsviçre sağlık harcamaları projeksiyonu ile toplam sağlık harcaması iki ayrı bileşen halinde uzun süreli bakım harcamaları ve sağlık harcamaları olarak ayrıştırılmıştır. Ayrıca harcama profilini oluşturmak üzere Fedaral İstatistik Ofisi tarafından sağlanan Ulusal Sağlık Raporu'ndan elde edilen veriler kullanılmıştır. |
| Mendoza & Rees, (2009) | 2009 yılında yapılan çalışmada sağlık sonuç göstergesi olarak çocuk ve bebek ölüm oranları seçilmiştir. Mendoza & Rees' e göre hükümetin sağlık harcamalarını arttırmasının ölümler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu savunmaktadır. |
| Cattaneo & Wolter, (2009) | 2007 yılında İsviçre'de yapılan anket çalışması sonuçlarına göre, yaşlanma ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki mevcutken eğitim harcamaları ve yaşlanma arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. |
| Erol, (2012) | Yaşlanmanın diğer değişkenlere kıyasla sağlık harcamaları ile ilişkili olduğu tartışılmakla birlikte yapılan projeksiyonlar yaşlanmanın artmasının GSYİH içindeki sağlık harcamalarının payının arttığını göstermektedir. Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de yaşanan demografik dönüşümle yaşlı kesimin payı artmakta ve bu durum sağlık harcamaları üzerinde bir baskı yaratmaktadır. AB- 27 ülkeleri için yapılan projeksiyon sonuçlarına göre yaşlı bağımlı nüfus bağımlı oranı ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranında görülen değişimlerde yaşlı nüfusun oranı arttıkça sağlık harcamalarının GSYİH' ye oranı da benzer bir artış göstermiştir. |
| Hu & Mendoza, (2013) | 1960 – 2005 yıllarına ait veri seti kullanılarak 136 ülke için baz alınan cari yıldaki sağlığa ayrılan harcamaların bir sonraki yıldaki çocuk ölüm oranlarına etki edeceği, varsayımının doğruluğunu bu çalışmasının sonucunda tespit etmiştir. |
| Sorensen, (2013) | 22 Ülkeye ait anket verilerini kullanarak yatay kesit çalışmasında anketi cevaplayanları on yıllık yaş gruplarına ayırmış ve ankete katılanlara yönelik kamu harcaması tercihlerinin ne yönde olduğunu açıklamak suretiyle regrasyon modeli tahmin etmeye çalışmıştır. Yapılan çalışmada yaşlılık ile eğitim harcamaları arasında negatif bir ilişki vardır. Fakat emeklilik ve sağlık bakım harcamaları arasında pozitif bir ilişki olduğunun yaşlılık ile yaşanan bireylerin politika tercihleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çalışma sonucunda zaman-grup etkisi de değerlendirilerek yaşlı insanların daha az eğitim harcaması talep etmelerine karşın daha fazla emeklilik ve sağlık harcaması istedikleri gibi bir sonuç elde edilmiştir. |
| Hollanders & Koster, (2013) | 30 OECD ülkesi için 1980-2013 yıllarını kapsayan Panel Veri analizi ile yaşlı bağımlılık oranları ile yaşlılar için yapılan kamu harcamaları arasında pozitif ve |

| | |
|---|---|
| | <p>anlamli bir iliski olduğu saptanmış ancak medyan seşmen yaşlanması ile emekli maaşları arasında bir iliski yoktur.</p> |
| <p>Çevik, (2013)</p> | <p>Sağlık harcamalarının çocuk ölümlerinin üzerinde ne kadar etkili olduğunu inceleyen Çevik sağlık belirleyicileri ölkeler arasında yatay kesit verilere dayanan regresyonlar aracılığı ile sağlık harcamaları iliskisine bakılacaktır. Sağlık üretim fonksiyonunun gelir kalemleri gibi ekonomik faktörlere, ölkenin toplumsal altyapısına, çevre ve halk sağlığı gibi faktörlerle ve son olarak nüfus hareketleriyle iliskili olduğu varsayılmıştır. Sağlık sonuçlarının göstergesi olarak, hem akademik hem de siyasi değerlendirmelerinde son derece önemli bir değişken olan beş yaş altı çocuk ölüm oranlarını kullanılması ve çocuk ölüm oranlarında sağlık harcamalarının ölkeler arası regresyon analizi kullanılarak etkisi araştırılmıştır.</p> |
| <p>Jager ve Schmidt, (2016)</p> | <p>19 OECD Ölkesi 1971- 2007 yıllarını kapsayan panel veri çalışması ile demografik dönüşümün en önemli nedenlerinden olan nüfusun yaşlanması olgusu ve kamu harcamaları arasındaki iliski incelenmiştir. Hala devam etmekte olan demografik dönüşümün argümanlarından olan doğuşta yaşam beklentisinin artışı, doğurganlık oranlarındaki düşüş ve nüfusun yaşlanması ile kamu harcamaları arasında negatif iliski olduğu saptanmıştır. Nüfusun yaşlanması ile kamu harcamaları arasında uzun dönemli bir iliski bulunmakla beraber değişkenler eşbütünleşik aynı zamanda yaşlanan nüfus üzerinde ise anlamlı bir etkiye sahiptir. Ayrıca bulguların daha önceki deneysel çalışmalarla uyumlu olduğu görölmüştür. Eş bütünleşme iliski OLS yardımıyla tespit edilmiş ve Granger nedensellik analizinin uzun dönemde nüfus yaşlanmasının yatırımlara doğru olduğunu ortaya koymuşlardır.</p> |
| <p>Tıraş & Ağır, (2016)</p> | <p>Tıraş ve Ağır' ın D-8 ölkelerinin karşıla sağlık harcamaları ve demografik göstergeleri üzerine yapmış oldukları betimsel analiz ile karşılaştırma yapmış ve bu gelişmekte olan sekiz ölkenin GSYİH açısından yüksek değere sahip ölkelere göre çok daha yüksek oranlarda sağlık harcaması yaptığı ve demografik göstergelerinin olumlu bir eğilim gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca D-8 ölkeleri arasında iyi bir konumda bulunan Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarının özellikle bebek ve çocuk ölümlerini düşürdüğu nüfusun doğum ve ölüm oranlarıyla orantılı olarak ortalama yaşam süresinin yükseldiğini yani demografik göstergelere olumlu yansıdığı gözlemlenmiştir.</p> |
| <p>Giray & Çimen, (2018)</p> | <p>Çalışmada sağlık harcamalarının düzeyini etkileyen faktörler açısından 35 OECD ölkesi için karşılaştırmalı analiz yapılmıştır.2000-2016 yıllarına ait panel veri analiziyle 35 OECD ölkelerinin sağlık harcamalarını etkileyen unsurlar sabit etkiler modeli ile incelenilmiştir. Analize göre kişi başına düşen milli gelir artışı sağlık harcamaları arasında pozitif bir iliski bulunurken kriz değişkeni ile cari sağlık harcamaları arasında negatif yönde bir iliski bulunmuştur. Ayrıca kriz</p> |

| | |
|--|--|
| | değişkenindeki %1 lik düşüş,kişi başına düşen sağlık harcamalarında ortalama - 0,7738 oranında bir düşüş yaşanmasına neden olmuştur. Nüfus artış hızının artması ise daha kaliteli sağlık hizmeti alma beklentisinin yükseleceği ve sağlık harcamalarına artış yönünde etki edeceği savunulmuştur. |
|--|--|

3.1.2. Ekonometrik Yöntem ve Veri Seti

Çalışmada demografik dönüşüme neden olan ve dönüşümü somutlaştıran değişkenler analiz edilmiştir. Analizde kullanılan veriler için TÜİK kaynağı istatistiklerinden faydalanılmıştır. Modelde dönüşümü etkileyen en önemli değişkenlerden olan sağlık harcamaları, nüfus artış hızı, ölüm oranı, doğum oranı ve Kişi Başına Düşen GSYİH gibi veriler kullanılmıştır. Demografide görülen değişim üzerinde sağlık harcamalarının ne kadar rolü olduğunun bilinmesi amacıyla Türkiye'ye ait 1985 – 2017 yıllarının verileri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan verileri analiz etmede Eviews programı kullanılmıştır. Değişkenlerin model üzerinde analiz edilebilmesi için öncelikle serilerin durağanlıklarının bir takım testlere tabii tutulması gerekmektedir. Serinin durağanlıkları sağlandıktan sonra modelin diğer aşamalarına geçilir (Çiftçi ve Eşmen, 2017: 94-95).

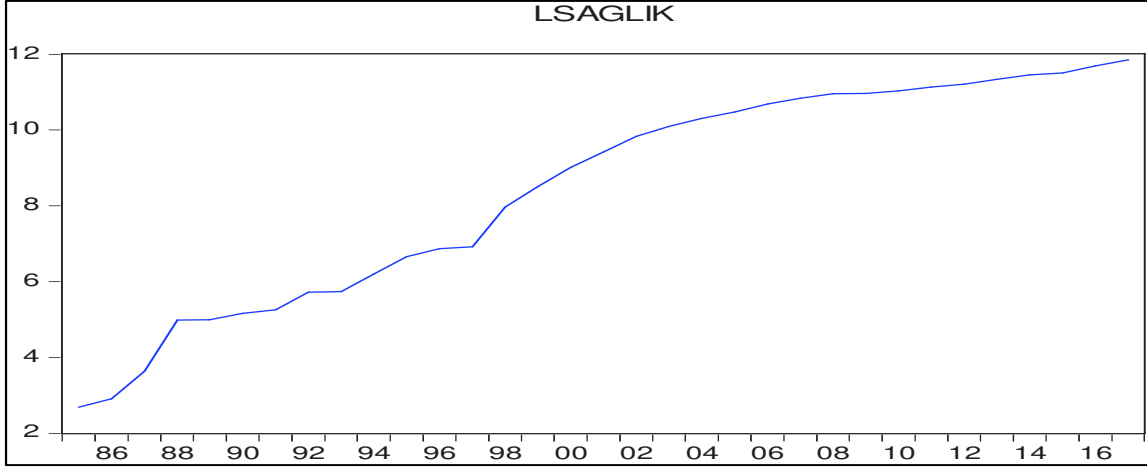
3.2. Tablo Serilerin Tanımlanması

| Sembolü | Değişkenlerin Açıklaması |
|---------|---|
| LSAGLIK | Logaritması Alınmış Sağlık Harcamaları |
| DOGUM | Doğum Hızı |
| LGDP | Logaritması Alınmış Kişi Başına Düşen GSYİH |
| OLUM | Ölüm Hızı |
| NHIZ | Nüfus Artış Hızı |

3.1.3. Zaman Serileri Analizi ve Zaman Serisi Grafikleri

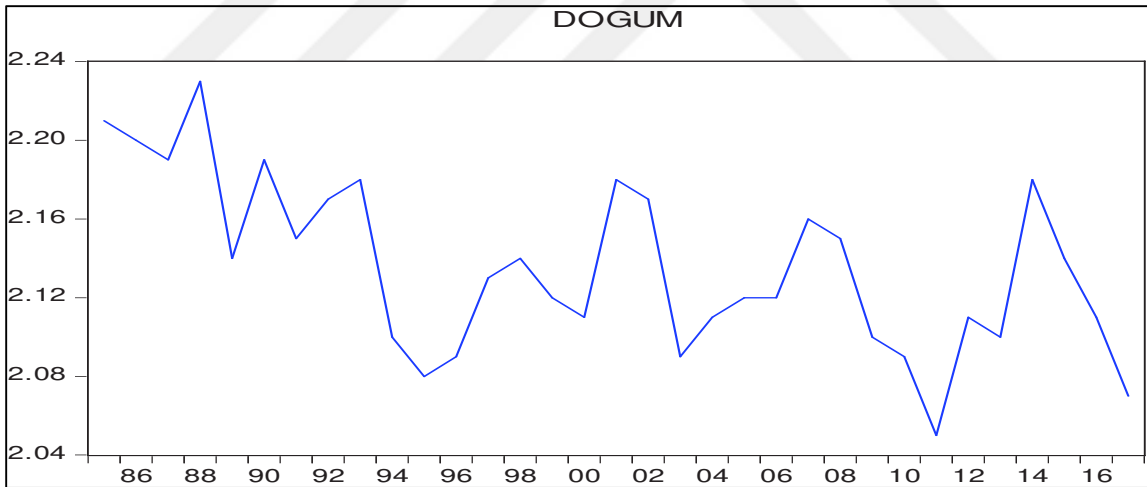
Değişkenlerin zaman içerisinde aldıkları değerlerin sıralanarak oluşturulan serilere zaman serileri adı verilmektedir. Ekonometride en fazla kullanılan veriler zaman serilerine dayanan verilerdir. Zaman serilerinde kullanılan verilerin geçmiş uzantılarının güvenilir olması dikkat edilmesi gereken noktalardandır. Bununla birlikte durağanlık kavramı zaman serilerinin en önemli konulardandır (Ünsal, 1997: 119).

Şekil 3.1. 1985-2017 Yılları Arası Logaritması Alınmış Sağlık Harcamaları

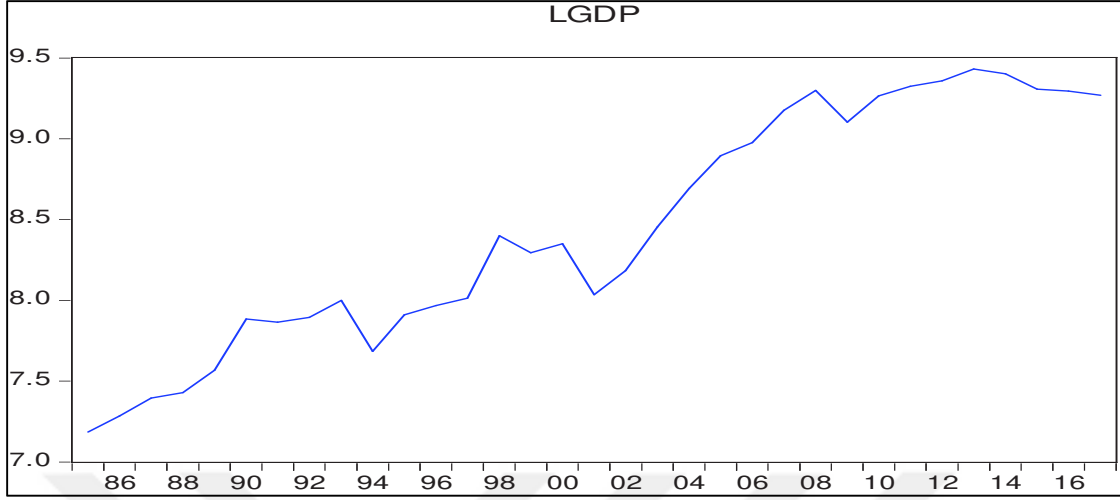


Toplam sağlık harcaması kamusal ve özel sağlık harcamaları toplamıdır. Sağlık hizmetleri (önleyici ve tedavi edici), aile planlama faaliyetleri, beslenme faaliyetleri ve sağlık için atanan ilk yardım hizmetlerinden oluşur ancak su ve sıhhiye tedarikini kapsamaz.

Şekil 3.2. 1985-2017 Yılları Arası Yıllık Doğum Hızı

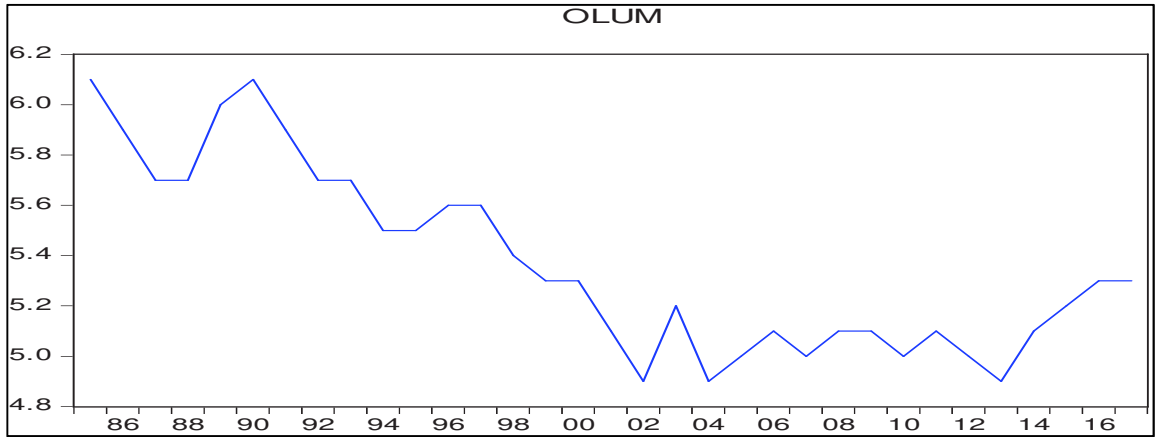


Şekil:3.3. 1985-2017 Yılları Arası Logaritması Alınmış Kişi Başına Düşen GSYİH

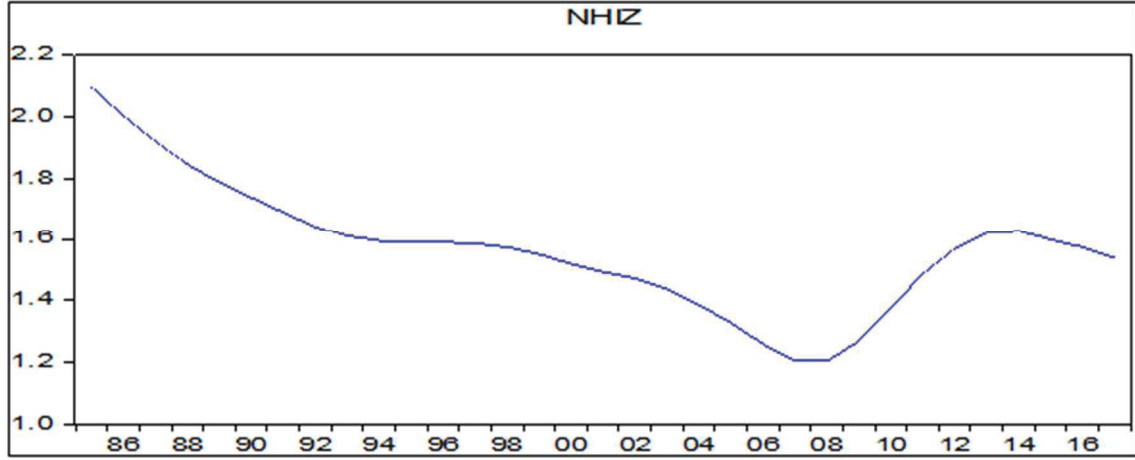


Kişi başına düşen GSYİH gayri safi yurtiçi hasılanın yıl ortası nüfusa bölünmesiyle elde edilen değerdir. GSYİH ekonomideki tüm yerleşik üreticilerin brüt katma değer toplamı ile ürün vergilerinin toplanıp ürünlerin değerine dahil olmayan sübvansiyonların çıkarılmasıyla elde edilen değerdir. Yarı mamul varlıkların amortismanı veya doğal kaynakların tükenmesi ve azalması için kesintiler yapılmadan hesaplanır. Veriler cari ABD doları kuru üzerinden verilmiştir.

Şekil 3.4. 1985-2017 Yılları Arası Ölüm Oranı



Şekil 3.5. 1985-2017 Yılları Arası Nüfus Artış Hızı



3.1.4. Durağanlık Analizi

Zaman serisi analizinde eşbütünleşme ve nedensellik analizi için öncelikle serilerin durağanlığının belirlenmesi gerekir. Çünkü durağan olmayan seriler ile yapılan analizler sahte regresyona neden olmaktadır. Başka bir ifadeyle yanıltıcı sonuçlar içerebilmektedir. Bulunan durağanlık derecesine göre kullanılan yöntemler belirleneceği için birim kökün varlığı önem arz etmektedir. Durağanlaştırma işlemi fark alma yoluyla yapılabilmektedir. Farkı alınan seri durağanlaşıyorsa kaçınıcı dereceden farkı alındıysa o dereceden durağan denmektedir (Karanfil, 2014: 67). Dickey-Fuller testinde p-inci dereceden bir otoregresif süreç aşağıda verildiği gibi ((1) nolu denklemde) oluşturulmaktadır.

$$Y_t = \Phi_1 Y_{t-1} + \Phi_2 Y_{t-2} + \Phi_3 Y_{t-3} + \dots + \Phi_p Y_{t-p} + \varepsilon_t \quad (1)$$

Burada yer alan denklemde birinci dereceden bir otoregresif süreç modeline yönelik hata terimi serisel korelasyonlu olacaktır. Dolayısıyla bu korelasyonu kaldırmak için modele değişkenin gecikmeli değerleri ya da hata teriminin aldığı değerler eklenir. (2) nolu denklemde ise (1) nolu denklemin birinci farkları alındığı için Δ ifadesi fark işaretini göstermektedir. δ_i terimi ise fark işleminde Φ 'ların genel fonksiyonlarını vermektedir.

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \delta_1 \Delta Y_{t-1} + \delta_2 \Delta Y_{t-2} + \dots + \delta_p \Delta Y_{t-p} + \varepsilon_t \quad (2)$$

Birim kök sürecinde Dickey-Fuller sürecinden Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) denklemlerine ulaşılmaktadır. ADF testindeki denklemler ise şu şekildedir (Sevüktekin ve Nargeleçekenler, 2010: 323).

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \sum_{j=1}^p \delta_j \Delta Y_{t-j} + \varepsilon_t \quad (3)$$

$$\Delta Y_t = \mu + \delta Y_{t-1} + \sum_{j=1}^p \delta_j \Delta Y_{t-j} + \varepsilon_t \quad (4)$$

$$\Delta Y_t = \mu + \beta t + \delta Y_{t-1} + \sum_{j=1}^p \delta_j \Delta Y_{t-j} + \varepsilon_t \quad (5)$$

Elde edilen denklemlere göre söz konusu H_0 hipotezi red edildiğinde alternatif hipotez kabul olacak ve serinin durağan olduğu sonucuna gidilecektir. Kısaca aşağıda yer alan hipotezlere göre alternatif hipotez kabul edildiğinde serinin durağan yapıya sahip olduğu görülmektedir.

$H_0: \delta = 0$ (Seri durağan değildir)

$H_1: \delta < 0$ (Seri durağandır)

ADF birim kök testinde model yapısı, uygun gecikme ve bilgi kriterleri belirlendikten sonra hipotezlere göre sonuçlar belirlenir. ADF testinde model sabitsiz ve trendsiz ise (3) nolu denklem, sabitli ve trendsiz ise (4) nolu denklem, sabitli ve trendli ise (5) nolu denklem kullanılır. Denklemlerde yer alan Y_t , t dönemdeki seriyi, μ sabit terimi, βt zaman trendini, ε_t hata terimini ve p' de gecikme uzunluğunu gösterir (Sevüktekin ve Nargeleçekenler, 2010: 323). Philips – Perron testi; yapısal kırılmaların olduğu durumlarda tercih edilen birim kök testidir. Kırılma durumunda DF ile birim kök testi uygulandığında kırılmadan önceki ve sonraki dönem için ayrı ayrı birim kök testi yapılmalıdır. Bu ise serbestlik derecesinin düşmesine ve sapmaya yol açmaktadır. Philips-Perron testi serbestlik derecesi kaybını önleyen daha güçlü bir testtir (Uğurlu, 2006: 43).

Philips ve Perron tarafından önerilen bu birim kök testinde nonparametrik düzeltmeler söz konusudur. Test için denklem,

$$\Delta y_t = \alpha y_{t-1} + x_t' \delta + \varepsilon_t \quad (6)$$

Olarak belirlenmektedir. Burada $\alpha = \rho - 1$, x_t ise “sabit” veya “sabit ve trend”i ifade eden deterministik bileşendir. Phillips-Perron testinde test istatistiğinin hesaplanması için nonparametrik düzeltmeler yapılmaktadır. Bu nedenle otokorelasyon, test istatistiğinin asimtotik dağılımını etkilememektedir. Bu düzeltmeler sıfır frekansta ε_t 'nin spektrum tahminine dayanır ve tutarlı tahminler sağlar. Test istatistiği,

$$\hat{t}_\alpha = t_\alpha \left(\frac{\gamma_0}{f_0} \right)^{-1/2} - \frac{T(f_0 - \gamma_0)(s_e(\hat{\alpha}))}{\alpha f_0^{1/2} S} \quad (7)$$

Olarak hesaplanır. Burada $s_e(\hat{\alpha})$ katsayı standart hatası, s denklemin standart hatası, T gözlem sayısı, γ_0 hata varyansının tutarlı tahmini ve f_0 ise sıfır frekansta artık

spektrumunun tahmincisidir. f_0 'ın tahmini, Kernel'e Dayanan Kovaryans Toplamı Yöntemi veya AR Spektral Yoğunluk Tahmin Yöntemi ile yapılabilir.

Philips-Perron testinde temel hipotezler şu şekilde oluşturulmaktadır.

$H_0:\alpha=0$ (Seri durağan değildir, seri birim kök içerir.)

$H_1:\alpha<0$ (Seri durağandır, seri birim kök içermez.)

Test istatistiğinin asimtotik dağılımı ADF testi ile aynıdır. Bu nedenle test istatistiği MacKinnon kritik değerleri ile karşılaştırılır (Çağlayan ve Saçaklı, 2006:124).

Tablo 3.3. Arttırılmış ADF Birim Kök Testi Sonucu

| Değişkenler | Kesmeli Trendsiz | | | Kesmeli Trendli | | |
|------------------|------------------|--------------|-----------|-----------------|--------------|-----------|
| | t-istatistik | Kritik değer | | t-istatistik | Kritik değer | |
| | | %1 | %5 | | %1 | %5 |
| Lsaglik | -2.840939(0) | -3.653730 | -2.957110 | -0.949567(0) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ lsaglik | -4.311661(0) | -3.661661 | -2.960411 | -5.309154(0) | -4.284580 | -3.562882 |
| Lgdp | -1.344131(0) | -3.653730 | -2.957110 | -2.149668(0) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ lgdp | -6.008737(0) | -3.661661 | -2.960411 | -6.051852(0) | -4.284580 | -3.562882 |
| Olum | -1.322097(2) | -3.670170 | -2.963972 | -1.704931(0) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ olum | -5.931934(0) | -3.661661 | -2.960411 | -5.287227(1) | -4.296729 | -3.568379 |
| Dogum | -2.637615(2) | -3.670170 | -2.963972 | -3.465154(2) | -4.296729 | -3.568379 |
| Δ dogum | -7.173954(0) | -3.661661 | -2.960411 | -7.045170(0) | -4.284580 | -3.562882 |
| Nhiz | -2.327567(2) | -3.670170 | -2.963972 | -1.762774(2) | -4.296729 | -3.568379 |
| Δ nhiz | -3.698276(0) | -3.679322 | -2.967767 | -4.562543(0) | -4.309824 | -3.574244 |

Tablo 3.4. Philips Perron Birim Kök Testi Sonucu

| Değişkenler | Kesmeli Trendsiz | | | Kesmeli Trendli | | |
|------------------|------------------|--------------|-----------|-----------------|--------------|-----------|
| | t-istatistik | Kritik değer | | t-istatistik | Kritik değer | |
| | | %1 | %5 | | %1 | %5 |
| Lsaglik | -2.809174(1) | -3.653730 | -2.957110 | -0.949567(0) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ lsaglik | -4.311661(0) | -3.661661 | -2.960411 | -5.310795(2) | -4.284580 | -3.562882 |
| Lgdp | -1.355621(1) | -3.653730 | -2.957110 | -2.194171(1) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ lgdp | -6.008438(1) | -3.661661 | -2.960411 | -6.049546(2) | -4.284580 | -3.562882 |
| Olum | -2.098328(1) | -3.653730 | -2.957110 | -1.656507(2) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ olum | -5.931934(0) | -3.661661 | -2.960411 | -6.289659(3) | -4.284580 | -3.562882 |
| Dogum | -2.906668(5) | -3.653730 | -2.957110 | -3.493958(5) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ dogum | -7.173954(0) | -3.661661 | -2.960411 | -7.045170(0) | -4.284580 | -3.562882 |
| Nhiz | -2.709529(3) | -3.653730 | -2.957110 | -1.719360(3) | -4.273277 | -3.557759 |
| Δ nhiz | -3.910170(2) | -3.679322 | -2.967767 | -4.418973(2) | -4.309824 | -3.574244 |

Parantez içindeki değerler birim kök testi uygulanırken belirlenen gecikme sayısını ifade etmektedir. Uygun gecikmeler, ADF birim kök testi uygulanırken AIC SIC LM testleri yardımıyla belirlenirken; Philips Perron birim kök testi uygulanırken Newey-West bilgi kriterinden faydalanılmıştır. Birim kök testi sonuçlarına göre tablo 3.2 ve tablo 3.3 değerlendirildiğinde söz konusu değişkenlerin birinci farklarında durağanlaştığı görülmektedir. Düzey değerlerinde durağan olmayan seriler fark alma işlemi sonucu durağan yapıya sahip olmuşlardır. Kısaca fark alma işlemi sonucu H0 red edilmiştir. Dolayısıyla alternatif hipotez red edilemediğinden serilerin birinci farkta durağan olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle seriler birinci dereceden bütünleşiktir (Tablo:3.4).

3.1.5. Johansen Eşbütünleşme Analizi

Durağanlık analizi yapıldıktan sonra bütünleşik bulunan serilere yönelik uzun dönemli ilişki analizi için eşbütünleşme analizi yapılmaktadır. Genel olarak m tane değişken için m-1 tane eşbütünleşik vektör görülebilir. M=2 olduğunda değişkenler eşbütünleşik ise eşbütünleştirici vektör tekil olacaktır. M>2 olduğu durumda ise tek bir eşbütünleştirici vektör olabileceği gibi birden fazlada olabilir. Kısaca Johansen eşbütünleşme analizinde değişkenler arasında birden fazla eşbütünleşme ilişkisi olabileceği belirlenmiştir. Johansen eşbütünleşme testi için oluşturulan denklemler aşağıda verilmiştir.

$$Y_t = X_1 Y_{t-1} + X_2 Y_{t-2} + \dots + X_k Y_{t-k} + u_t \quad (8)$$

$$\Delta Y_t = \Gamma \Delta Y_{t-1} + \Gamma_2 \Delta Y_{t-2} + \dots + \Gamma_{k-1} \Delta Y_{t-k+1} + \Pi Y_{t-1} + u_t \quad (9)$$

$$i = 1, 2, 3, \dots, k-1 \quad \text{iken}$$

$$\Gamma_i = - (I - X_1 - X_2 - \dots - X_i) \quad \text{ve} \quad \Pi = - (I - X_1 - X_2 - \dots - X_i)$$

Yukarıda yer alan denklemler vektör hata düzeltme modeli için fark alma işlemini göstermektedir. Π parametresi de uzun dönem ilişkiyi veren terimdir. Burada daha önce belirtildiği gibi rank (Π) = 0 ise eşbütünleşme yok, rank (Π) = 1 ise bir eşbütünleşme var, rank (Π) > 1 ise birden fazla eşbütünleşme olduğu anlaşılmaktadır. Uygun gecikme sayısını bulmak için ise öncelikle VAR modeli tahmini yapılmaktadır. VAR modelinde değişkenlere yönelik çok sayıda gecikme ortaya çıkacağından pantula ilkesi gereği gecikme sayısı sıfır olana kadar birer birer azaltılarak tahmin işlemi tekrarlanmaktadır. Burada uygun modelin seçiminde AIC, SIC ve LM istatistiklerinden yararlanılır.

$$\lambda_{iz}(r) = -T \sum_{i=r+1}^m \ln(1-\lambda_i) \quad \text{ve} \quad \lambda_{\max}(r, r+1) = -T \ln(1-\lambda_{r+1}) \quad (10)$$

(10) numaralı denklemdeki ifadelerle yönelik ise, T gözlem sayısını, r Π parametresinin rankını, m modeldeki değişken sayısını vermektedir. λ_i ise Π parametresinin

tahmin edilen karakteristik köklerini ve λ_{r+1} de öz değer istatistiğinin tahmini değerlerini ifade eder. Sonuç itibari ile bu istatistiki değerlere göre eşbütünleşmeye karar verilir. İstatistiklere göre belirlenen hipotezler ise aşağıda belirtilmektedir.

λ_{\max} istatistiği için;

$H_0: r=0, \quad H_1: r=1$

$H_0: r \leq 1, \quad H_1: r=2$

...

$H_0: r \leq 0m-1, \quad H_1: r=m$

λ_{iz} istatistiği için;

$H_0: r=0, \quad H_1: r \geq 1$

$H_0: r \leq 1, \quad H_1: r \geq 2$

...

$H_0: r \leq 0m-1, \quad H_1: r \geq m$

Yukarıdaki hipotezlere göre test istatistikleri kritik değerlerden büyük çıkarsa sıfır hipotezi red edilecektir. Dolayısıyla sıfır hipotezi red olduğunda söz konusu değişkenlerin eşbütünleşik olduğu kararına varılmaktadır (Sevüktekin ve Nargeleşkenler, 2010: 505-514; Karanfil ve Kılıç, 2015: 11).

Tablo 3.5. Uygun Gecikmenin Belirlenmesi

| Lag | LogL | LR | FPE | AIC | SIC | HQ |
|----------|----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| 0 | 31.19562 | NA | 1.20e-07 | -1.746475 | -1.512842 | -1.671666 |
| 1 | 162.4958 | 210.0803 | 1.030e-10 | -8.833054 | -7.431857* | -8.384799 |
| 2 | 204.1126 | 52.71459* | 3.96e-11* | -9.940839* | -7.371978 | -9.119038* |
| 3 | 225.8449 | 20.28345 | 7.62e-11 | -9.722991 | -5.986465 | -8.527644 |

Not: * ilgili kritere göre uygun gecikme sayısını göstermektedir.

Tablo 3.5’de yer alan sonuçlara göre LR, FPE, AIC ve HQ bilgi kriterleri uygun gecikmenin ikinci gecikme olduğunu işaret ederken; SIC bilgi kriterine göre uygun gecikme 1’dir. İkinci gecikmeyi işaret eden daha çok bilgi kriterinin olmasından dolayı analize 2 gecikmeli VAR modeli ile devam edilmiştir. Eşbütünleşme denkleminde ve VAR modelinde yer alacak deterministik bileşenlerin belirlenmesi amacıyla Pantula prensibinden faydalanılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki gibidir (Tablo: 3.5).

Tablo 3.6 Pantula İlkesi Çerçevesinde İz İstatistikleri

| r | m-r | Model2 | Model3 | Model4 |
|---|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 0 | 5 | 105.5375 ^a → (0.0001) | 96.00928 ^a → (0.0001) | 125.2827 ^a → (0.0001) |
| 1 | 4 | 57.3829 ^b → (0.0285) | 47.23309* (0.0571) | 70.19395 (0.0134) |
| 2 | 3 | 31.1423 (0.1283) | 24.06755 (0.1976) | 39.81439 (0.0988) |
| 3 | 2 | 17.61515 (0.1112) | 12.31166 (0.1426) | 17.58409 (0.3726) |
| 4 | 1 | 6.790333(0.1379) | 2.129825 (0.1445) | 5.985011 (0.8274) |

Not: İz istatistiğinin anlamlılığı Osterwald-Lenum(1992)'ye göre belirlenmiştir. * sıfır hipotezinin red edilemediği ilk noktayı göstermektedir. a %1 düzeyinde, b %5 düzeyinde, c %10 düzeyinde olasılık değerinin anlamlı olduğunu ifade etmektedir. Parantez içindeki değerler ilgili iz istatistik değerinin olasılık değerini ifade etmektedir. Tablo 3.5’de yer alan model 2; eşbütünleşme denkleminde sabitin olup trendin olmadığını, VAR modelinde sabitin ve trendin olmadığını, Model 3; eşbütünleşme denkleminde sabitin olup trendin olmadığını, VAR modelinde sabitin olup trendin olmadığını, Model 4; eşbütünleşme denkleminde sabitin ve trendin olduğunu, VAR modelinde sabitin olup trendin olmadığını ifade etmektedir (Demirci, 2017: 52).

$$H_0:r=0 \quad H_1:r>0$$

Model 2 $105.54 > iz(\lambda_{iz})$ %1 anlamlılık düzeyinde H_0 red edilir.

Model 3 $96.01 > iz(\lambda_{iz})$ %1 anlamlılık düzeyinde H_0 red edilir.

Model 4 $125.29 > iz(\lambda_{iz})$ %5 anlamlılık düzeyinde H_0 red edilir.

Tekrar model 2’ye geçilir;

$$H_0:r=1 \quad H_1:r>1$$

Model 2 $57.38 > iz(\lambda_{iz})$ %5 anlamlılık düzeyinde H_0 red edilir .

Model 3 $47.23 < iz(\lambda_{iz})$ %5 anlamlılık düzeyinde H_0 red edilemez .

Elde edilen sonuca göre rankın sıfıra eşit olduğu (eşbütünleşmenin olmadığı) H_0 hipotezini model 2, model 3 ve model 4’de reddedilmekte iken H_1 hipotezini ifade eden en az bir eştümleştirici vektör sayısının olduğunu ileri süren hipotez reddedilememektedir. Rankın bire eşit olduğu(en az bir eştümleştirici vektör sayının olduğu) H_0 hipotezini ilk kez model 3’de reddedilememektedir. H_1 ’i ifade eden en az iki eştümleştirici vektör sayının olduğu hipotez ise reddedilebilmektedir. Bu sonuca göre rankın bire eşit olduğu belirlenmiş ve uygun modelin Pantula ilkesine göre Model 3 yani eşbütünleşme denkleminde sabitin olup trendin olmadığı, VAR modelinde ise sabitin ve trendin olmadığı

model olarak belirlenmiştir. Model 3'e göre iz istatistikleri (λ_i) ve maksimum özdeğer istatistikleri (λ_{\max}) tablo 3.6' da verilmiştir.

Tablo 3.7. Johansen Eşbütünleşme Testi Sonuçları

λ_i istatistiği

| Hipotezler | Özdeğer (λ_i) | λ_i | Kritik değer | |
|-------------------------------|----------------------------|-------------|--------------|-------|
| | | | %5 | %1 |
| $H_0:r=0$ $H_1:r \geq 1$ | 0.729278 | 84.96814 | 68.52 | 76.07 |
| $H_0:r \leq 1$ $H_1:r \geq 2$ | 0.535902 | 47.07487 | 47.21 | 54.46 |
| $H_0:r \leq 2$ $H_1:r \geq 3$ | 0.354472 | 24.81278 | 29.68 | 35.65 |
| $H_0:r \leq 3$ $H_1:r \geq 4$ | 0.267539 | 12.11987 | 15.41 | 20.04 |
| $H_0:r \leq 4$ $H_1:r \geq 5$ | 0.101099 | 3.090875 | 3.76 | 6.65 |

λ_{\max} istatistiği

| Hipotezler | Özdeğer (λ_{\max}) | λ_{\max} | Kritik değer | |
|----------------------------|---------------------------------|------------------|--------------|-------|
| | | | %5 | %1 |
| $H_0:r=0$ $H_1:r = 1$ | 0.729278 | 37.89327 | 33.46 | 38.77 |
| $H_0:r \leq 1$ $H_1:r = 2$ | 0.535902 | 22.26210 | 27.07 | 32.24 |
| $H_0:r \leq 2$ $H_1:r = 3$ | 0.354472 | 12.69290 | 20.97 | 25.52 |
| $H_0:r \leq 3$ $H_1:r = 4$ | 0.267539 | 9.028996 | 14.07 | 18.63 |
| $H_0:r \leq 4$ $H_1:r = 5$ | 0.101099 | 3.090875 | 3.76 | 6.65 |

Johansen eşbütünleşme testi sonucuna göre her iki istatistik değerlerinden anlaşılacağı üzere değişkenlerin eşbütünleşik olduğu belirlenmiştir. Modelde yer alan sağlık harcamaları, doğum hızı, ölüm oranı, nüfus artış hızı ve Kişi Başına Düşen GSYİH değişkenleri arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu görülmektedir. Söz konusu dönemde modelde yer alan değişkenlerin Johansen eşbütünleşme test sonuçlarına göre uzun dönemde birlikte dengeye geldiği söylenebilir (Tablo: 3.7).

3.1.6. Granger Nedensellik Analizi

Granger Nedensellik analizinde aşağıda verilen regresyonların tahmini yapılmaktadır.

$$Y_1 = \delta_0 + \sum_{i=1}^n \beta_i X_{1-i} + \sum_{i=1}^n \delta_i Y_{1-i} + \varepsilon_t \quad (11)$$

$$X_1 = \beta_0 + \sum_{i=1}^n \delta_i Y_{1-i} + \sum_{i=1}^n \beta_i X_{1-i} + \varepsilon_t \quad (12)$$

Yukarıda yer alan denklemlere göre test edilen hipotez örneğin X'den Y'ye doğru ise şu şekilde ifade edilir.

$H_0: \Sigma \beta_i = 0$ (X'den Y'ye doğru bir nedensellik yoktur)

$H_1: \Sigma \beta_i \neq 0$ (X'den Y'ye doğru bir nedensellik vardır)

(11) ve (12) nolu denklemlere göre belirlenen hipotezler F istatistiği ile sınanmaktadır. Hipotezin sınanmasında kullanılan F istatistiği (13) nolu denklemde görüldüğü üzere aşağıdaki gibi belirlenmektedir.

$$F = ((RSS_R - RSS_{UR}) / m) / (RSS_{UR} / (n - k)) \quad (13)$$

Burada RSS_R kısıtlı ilişkiadaki hata kareler toplamını, RSS_{UR} ise kısıtlamasız ilişkiadaki hata kareler toplamını vermektedir. m dışarıda kalan gecikmeli değişken sayısını, n örnek büyüklüğünü ve k da kısıtlamasız regresyonda tahmin edilen parametre sayısını vermektedir. Yukarıda yer alan F değeri tablo değerinden küçük çıkarsa H_0 hipotezi kabul edilir. Başka bir ifadeyle X'den Y'ye doğru bir nedensellik yoktur sonucuna varılır. Büyük ise alternatif hipotez kabul edilir ve X'den Y'ye doğru bir nedensellik olduğu belirlenmiş olur (Barışık ve Kesikoğlu, 2005: 68-69).

Tablo 3.8. Granger Nedensellik Testi Sonuçları

| Hipotez | Serbestlik derecesi | F-Statistic | Olasılık Değeri | Karar |
|--------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------|-------|
| DLGDP, DLSAGLIK'ın nedeni değildir. | 2 | 1.13633 | 0.3364 | Kabul |
| DLSAGLIK, DLGDP'nin nedeni değildir. | 2 | 4.24135 | 0.0255 | Red |
| DNHIZ, DLSAGLIK'ın nedeni değildir. | 2 | 0.26638 | 0.7682 | Kabul |
| DLSAGLIK, DNHIZ'ın nedeni değildir. | 2 | 3.72138 | 0.0379 | Red |
| DOLUM, DLSAGLIK'ın nedeni değildir. | 2 | 3.57969 | 0.0685 | Red |
| DLSAGLIK, DOLUM'ün nedeni değildir. | 2 | 1.35012 | 0.2547 | Kabul |
| DDOGUM, DLSAGLIK'ın nedeni değildir. | 2 | 0.01567 | 0.9845 | Kabul |
| DLSAGLIK, DDOGUM'un nedeni değildir. | 2 | 1.86075 | 0.1757 | Kabul |

Nedensellik analizinden elde edilen sonuçlara bakıldığında sağlık harcamalarının, kişi başına düşen GSYİH ve nüfus artış hızının Granger nedeni olduğu görülmektedir. Bunun yanında ölüm oranından sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik olduğu

görülmektedir. Sağlık harcamaları ile doğum hızı arasında doğrudan bir nedensellik bulunamamıştır (Tablo:3.8).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyanın hemen hemen her yerinde sağlık harcamaları sürekli artan bir trende sahiptir. Sağlık harcamalarının artışında yeni tıbbi teknolojilerinin ilerlemesinin katkısı büyüktür. Günümüzde sağlık harcamalarının var olan hastalığı ortadan kaldırmak gibi hedeflerinin yanında sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini korumak gibi bir hedefi de mevcuttur. Sağlığa yapılan her yatırım yaşam süresinin uzamasının en büyük etkenidir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bütçelerinde önemli yer tutan sağlık harcamaları giderek artan yaşlı nüfus ile daha da önemli bir yere sahip olacaktır. Çalışmada nedensellik analizi ile elde edilen çıktılar ve sağlık harcamalarının demografik dönüşüm sürecine katkıları arasındaki ilişki incelenmiştir. Değişken olarak Türkiye'nin 1985- 2017 yılları arasındaki 32 yıllık bir süreci ve bu süreçte yaşanan sağlık değişimlerini ve değişimin kişi başına düşen GSYİH, nüfus artış hızı, doğum hızı, ölüm oranları gibi değişkenlere durağanlık sınaması yapılmıştır. Regresyon sonuçları literatür araştırmasındaki pek çok sonuçları destekler niteliktedir. Yapılan analizler sonucunda Sağlık harcamaları ile ölüm oranları arasında ise tek yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır Bununla birlikte doğum hızında aynı ilişkinin bulunmadığı, nedensellik olmadığı tespit edilmiştir. Kişi başına düşen GSYİH' dan sağlık harcamalarına doğru tek yönlü bir nedensellik bulunmaktadır. Demografik dönüşüm sürecinden geçen ülkemizin, bu süreçte sorun yaşamamak için öncelikle sağlık politikalarına önem verilmesi ve oluşan yeni nüfus dinamiklerine uygun politikalar üretmelidir. Devletin veya bireylerin gelirlerinde görülen artış sağlık harcamalarının arttırmasını sağlarken ölüm oranlarının azalmasına dolayısı ile nüfus artış hızına etki etmektedir. Nüfus artış hızı doğurganlıktaki düşüş ve yaşlı nüfusun giderek artması, evde bakım, istihdam, sağlık harcamaları konusunda alt yapı hizmetlerinin yenilikçi politikalarla desteklenmesi ve yaşlı insanlara yönelik politikaların arttırılması gerekmektedir.

Nüfus bilimciler demografik dönüşüm konusunda çalışmalarını sürdürmektedirler. Tüm dünyayı ilgilendiren ve ülkemiz için bir fırsat penceresi olarak görülen demografik dönüşüm sürecini rahat geçirebilmek için öncelikle sağlık politikalarında reform niteliğinde adımlar atılması gerekmektedir. Dünyada yaşlı miktarının artmasıyla, öncelikle yaşlanma ile oluşacak sorunlara uygun politikalar oluşturulmalı ve yaşlanma sorun olmaktan çıkarılmalıdır. Türkiye demografik geçiş sürecini daha evvel yaşamış ülkelere benzer olarak yaşamakta ve yaşlanmaktadır. Demografik dönüşümün etkilerini farklı değerlendiren bazı öngörülerde mevcuttur. Nüfusun yaşlanması, doğurganlık oranlarındaki

düşüşün ülke ekonomisini olumsuz etkilediğini öne süren düşünürler bulunurken, bazı demograflar ise doğurganlıktaki düşüşü bir fırsat olarak değerlendirmektedir. Türkiye demografik geçiş sürecini Avrupa ülkelerine göre çok daha geç deneyimlemeyi avantaja çevirerek yaşlanan Avrupa ülkelerinin bu süreçte nasıl bir politika izlediğini ve bu politikalarındaki başarı ya da başarısızlığını iyi analiz edip gereken önlemleri almalıdır. Türkiye için üç çocuk politikası önerilse de, değişen aile yapısı, ekonomik koşullar ve eğitim seviyesi çocuk sahibi olmayı önlemektedir. Bu gibi nedenlerden ötürü demografik dönüşüm sürecinin sonuçlarından olan düşük doğurganlık ve yaşlanma Türkiye için kaçınılmaz bir durumdur. Sonuç olarak bu çalışma ile yaşlanan nüfus için devletin kamu harcamalarını nasıl ve ne kadarını sağlık harcamalarına yönlendireceği ve demografik dönüşümün olumsuz sonuçlanmaması için ne tür tedbirler alacağı dikkat edilmesi gereken bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de gelecek 30 yıl içinde sağlık sisteminin karşılaştacağı yaşlanan nüfus gibi bir sorunu bulunmaktadır. Sorunları iyi algılayıp bunlara yönelik hazırlıklı olan toplumlar bu sorunun üstesinden gelebileceklerdir. Sağlık harcamalarının yaşlanan nüfusla artması, sağlık harcamalarında maliyetleri artıracak bu ise ileriye yönelik aksamalara sebep olacaktır. Sağlık harcamalarını sunmada başarısızlığın önüne geçebilmek için var olan sağlık düzeyinin korunması ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunan birinci basamak sağlık hizmetlerinin personel ve donanım olarak kuvvetlendirilmesi gerekmektedir. Konuya demografik dönüşümün yaşlanma sürecinde meydana getirdiği değişimler açısından bakıldığında, emeklilik yaşının yükseltilmesi ve bireysel emeklilik anlayışının oturtulmaya çalışılması ekonomiye yönelik önemli bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık harcamalarının demografik göstergeler ile ilişkisi incelenmiş ve Türkiye’nin demografik dönüşüm içerisinde olduğumuzun bilincinde davranışlar sergileyerek sosyal ve ekonomik her türlü politikalarla bu dönüşümü karşılamaya hazır olduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, Aylin (2006). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmako Ekonomi. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 39-55.
- Akça, Haşim; Ela, Mehmet (2012). Türkiye’de Eğitim, Doğurganlık ve İşsizlik İlişkisinin Analizi. *Maliye Dergisi*. Sayı:163, 223-242.
- Akın, Ayşe; Ersoy, Korkut (2012). *2050’ye Doğru Nüfus Bilim ve Yönetim, Sağlık Sistemine Bakış*. İstanbul: TÜSİAD.
- Altay, Oğuzhan (2008). *Türkiye’de Kamu Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Yatırımlar Üzerinde Etkilerinin Analizi (1980-2005)*, 267-285.
- Altıntaş, Mustafa (2014). Türkiye’de sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Sağlık Harcamalarına Etkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.
- Anand, Sudhir; Ravallion, Martin (1993). “*Human Development in Poor Countries: On the Role of Public Services*”, *Journal of Economics Perspectives*, 7 (1), 135-150
- Arun, Özgür (2015). *Eşitsizliklerin Kavşağında: Çağdaş Türkiye’de Yaşlılık ve Sağlık*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Ateş, M (2013). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Evi.
- Aydın, Zeynep Dilek (2006). Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bölümü, Isparta, 43-48.
- Bacak, Bünyamin; Topkaya, Özgür; Gezer, Gonca (2015). *Yaşlanma, Gençlik ve Göç Ekseninde Küresel Demografik Dönüşüm ve Refah Devleti. İş, Güç Endüstri Kökocak (Ed.), Kamu Ekonomisi*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Bacak, Bünyamin; Murat, Sedat (2010). *Çanakkale’nin Nüfus ve Demografik Yapısı*. Bursa: Ekin Yayınları.
- Balcı (2005). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Bedensel Etkinlik ve Yaşlılık*. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 42-47

- Barışık S. ve Kesikoğlu F. (2005). Türkiye’de Bütçe Açıklarının Temel Makroekonomik Değişkenler Üzerine Etkisi (1987-2003 VAR, Etki-Tepki Analizi, Varyans Ayırıştırması). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 61(4), 60-82
- Bedir, S. (2001). *Transfer Harcamaları ve Enflasyon İlişkisi*. 21-29.
- Berger, Mark C. ; Messer, Jodi (2002). “*Public Financing of Health Expenditures, Insurance, and Health Outcomes*”, *Applied Economics*, 2105-2113.
- Bozbeyoğlu, Alanur Çavlin (2011). Doğurganlık Kontrolünde Rasyonelliğin Sınırları: Türkiye Kürtaj ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı. *Feminist Eleştiri Dergisi*, 24-37.
- Bozkaya, Zeynep Ruveyde. (2017). *Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Cepten Sağlık Harcamaları ve 2050 Yılı İçin Projeksiyon*. T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Can, Neslihan; Özer, Merve (2012). *Türkiye’nin Demografik Dönüşümü ve Ekonomik Yansımaları*. 1-3
- Cura, Serkan (2012). *Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemlerinin ve Kamu Sağlık Harcamalarının Etkinliği: Karşılaştırmalı Bir Analiz*. Manisa.
- Çevik, Savaş (2013). Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçları Üzerindeki Etkisi: Ülkelerin Gelir Seviyelerine Göre Bir Karşılaştırma. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 113-133
- Çiftçi, Necati; Eşmen, Merve (2017). Türkiye’de Cari Açığı Belirleyen Faktörler ve Cari Açığı Azaltmada Alternatif Enerji Kaynaklarının Rolü: VAR Modeli, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Colombier, Carsten & Weber, Werner, (2008). “*Projecting Health Care Expenditure for Switzerland: Further Evidence againts the ‘red-herring’ Hypothesis*”, *International Journal of Health Planning and Management*.
- Daştan, İlker; Çetinkaya, Vedat (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *SGD*, 104-134.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Özel İhtisas Komisyonu Raporu: Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Ankara.

- Doğan, Mesut (2011). Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bakış. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 293-307.
- Erdönmez, Pelin Ataman (2008). Türkiye’de Demografik Geçiş Sürecinin Finansal Piyasalar Üzerine Etkisi. *Bankacılık Dergisi*, 52-65.
- Ener, Meliha; Demircan, Esra (2008). *Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları*, 57-82.
- Erençin, Arif; Yolcu, Vesim (2008). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetim*. 118-136.
- Ergöçmen, Banu Akatlı; Yüksel, İlknur (2007). Türkiye’de Ölüm Kayıtlarına İlişkin Sorunlar: Anne Ölümleri Özelinde Niteliksel Bir Çalışma. *Nüfus Bilim Dergisi*, 29-46.
- Erol, Mehmet Turgay (2010). *Avrupa Birliğinde Nüfusun Yaşlanması ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*.
- Erol, Mehmet Turgay (2012). Avrupa Birliği’nde Nüfusun Yaşlanması ve Sağlık Harcamalarına Etkisi, *Sosyal Güvence Dergisi*, 54-81.
- Erol, Sevgi Işık (2016). *Küresel Bir Sorun Olarak Demografik Dönüşüm: Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Önlemler*. 2-46.
- Eryurt, Mehmet Ali; Koç, İsmet (2009). Yoksulluk ve Çocuk Ölümlülüğü: Hanehalkı Refah Düzeyinin Çocuk Ölümlülüğü Üzerinde Etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 113-121.
- Filmer, Deon ve Pritchett, Lant (1999). “*The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?*”, *Social Science and Medicine*, 1309–1323.
- Giray, Filiz; Çimen Gamze (2018). Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analizi. *Sayıştay Dergisi*, 143-171.
- Gupta, Sanjeev; Verhoeven, Marijn; Tiongson, Erwin R. (1999). “*Does Higher Spending Buy Better Results In Education And Health Care?*”, IMF Working Paper, WP/99/21, Washington, D. C.: International Monetary Fund.

- Gupta, Sanjeev; Verhoeven, Marijn ve Tiongson, Erwin R. (2002), “The Effectiveness Of Government Spending On Education And Health Care In Developing And Transition Economies,” *European Journal of Political Economy*, 717-737.
- Güner, Zeynep Burcu (2014). Uzun Ömürlülük Riskinin Sosyal Güvenlik Sistemi Dengesini Etkisi. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 58-82.
- Günsoy, Güler (2005). İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşama Hakkı. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 35-52.
- Gök, Senar (2012). *Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi*. İzmir.
- Gökbunar, Ali Rıza (2016). Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 109-122.
- Hablemitoğlu, Şengül; Özmete, Emine (2011). *Yaşlı Refahı Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet*. Kilit Yayınları.
- Hayran, Osman (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. Yüce Yayınları.
- Hu, Bingjie; Mendoza, Ronald U. (2013). “Public Health Spending, Governance and Child Health Outcomes: Revisiting the Links”, *Journal of Human Development and Capabilities*, Taylor & Francis Journals, 285- 311.
- İpek, Selçuk (2014). *Kamu Maliyesi*. Paradigma Akademi Yayınları.
- Jager, Philipp, Schmidt, Torsten (2016). The Political Economy of Public Investment When Population is Aging: A Panel Cointegration Analysis, *Eur. J. Polit, Econ*, 145-158
- Karabulut, Kerem (1998). Türkiye’de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Erzurum.
- Karanfil, Muhammed (2014). Türkiye Ekonomisinde Üçüz Açık Sorunu ve Zaman Serisi Analizi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.
- Karanfil, Muhammed; Kılıç, Cüneyt (2015), Türkiye Ekonomisinde Üçüz Açık Hipotezinin Geçerliliği: Zaman Serisi Analizi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 1-20

- Karagöz, Sevda (2015). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*. İstanbul.
- Karataş, Kasım (1995). *2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi*. Ankara: Nobel Basımevi.
- Kavuncubaşı, Şahin; Yıldırım, Selamı (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, Vedat; Yalçinkaya, Ömer (2014). Nüfus Ekonomik Büyüme Kaynağı Olabilir Mi?: En Az Üç Çocuk Politikasına Tarihsel Bir Bakış. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 165-198.
- Kıran, Zeynep Burcu (2009). Uzun Ömürlülük Riskinin Sosyal Güvenlik Sistemine Etkisi. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi.
- Kısa, Pınar (2012). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran, 2012 Uşak,
- Koca, Rümeyza (2015). *Türkiye’de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleriyle İlişkisi*. İstanbul.
- Koç, İsmet (2008). Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1-73
- Koçak, Orhan (2011). Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 61-82.
- Kuzgun, Kayhan (2002). Nüfusun Yaşlanmasının İşgücü Arzına Etkisi. *Türk Geriatri Dergisi*, 1-38.
- Lorcu, Fatma; Acar Bolat, Bilge (2009). Yaşlara Göre Ölüm Oranları İle Sosyo-Ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 124-133
- Maliye Bakanlığı (2004). *Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Analitik Bütçe Sınıflandırılması Eğitim El Kitabı*, Mayıs 2004-Ankara.
- Mandıracıoğlu, Aliye (2010). *Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri*. İzmir, 39-45.

- Mendoza, Ronald U.; Rees, Nicholas (2009). “*Infant Mortality During Economic Downturns And Recovery*”, Working Papers 0904, Unicef, Division Of Policy And Strategy. "Front Matter." National Research Council. The National Research Council In 1979: Current Issues And Studies. Washington, Dc.
- Mumcu, Onur; Çağlar, Esen (2006). *Türkiye'nin Nüfusu Zenginlik Kaynağı Olabilir mi? Ekonomi Politikaları Araştırma Enstitüsü Politika Notları*,1-20
- Oğlak, Sema (2007). *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye)*. İskenderun: Color Ofset Yayıncılık.
- Okay, Ayla (2007). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Golden Matbaacılık.
- Örnek, Mustafa (2017). *Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi*. SASAM Enstitüsü, Sasam Yayınları.
- Özbay,Ferhunde (2009). *Türkiye’de Gençlik, Nüfus ve İktidar*. Varlık Yayınları, İstanbul.
- Öztek, Zafer; Eren, Nevzat (2006). *Sağlık Yönetimi: “Halk Sağlığı Temel Bilgiler”*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Rajkumar, Andrew Sunil ve Swaroop, Vinaya (2008), “Public Spending And Outcomes: Does Governance Matter?”, *Journal of Development Economics*, 96-111.
- Sabri, Akdeniz (1977). *Çağımızda Nüfusun Önemi ve Türkiye'nin Nüfusu*. Türk Kültür Yayını
- Santaş, Fatih (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi Dergisi*, 45-59.
- Sanz, Ismael, Velazquez, Francisco (2007). The Role of Ageing in the Growth of Governmentand Social Welfare Spending in the OECD, *Eur. J. Polit. Econ*, 917-931
- Saygun, Meral; Eser, Erhan (2012). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Yaşlılık Döneminde Algılanan Sağlık ve Yaşamın Niteliği; Neredeyiz?* 66-74.
- Self, Sharmistha; Grabowski, Richard (2003). “*How Effective is Public Health Expenditure in Improving Overall Health? A Cross-country Analysis*”, *Applied Economics*, 835-846.
- Seshamani, Meena ve Gray, Alastair. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs, *Journal of Health Economics*, 217-235.
- Serper, Özer (1980). *Demografiye Giriş*. İstanbul: Filiz Kitabevi.

- Seyhun, Ömer Kayhan (2006). *Avrupa Birliği'ndeki Demografik Dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyeliği Çerçevesinde İş Gücü Piyasalarına Yansımaları*. Ankara.
- Sevüktekin, Mehmet; Mustafa Nargeleçekenler (2010). *Ekonometrik Zaman Serileri Analizi Eviews Uygulamalı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Solak, Mustafa (2014). *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu*. Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 3-281
- Sorensen, Rune Jorgen (2013). Does aging affect preferences for welfare spending? A study of peoples' spending preferences in 22 countries, 1985–2006. *Eur. J. Polit. Econ*, 259–271.
- Şenyüz, Doğan; Erdem, Metin; Tatlıoğlu, İsmail (2012). *Kamu Maliyesi*. Ekin Yayın Evi.
- Tezcan, Tolga (2013). *Gebze “Küçük Türkiye'nin Göç Serüveni”* İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Tezcan, Sabahat; Seçkiner, Pelin (2012). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Türkiye'de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi*. Palme Yayıncılık.
- Tıraş, Hacı Hayrettin; Hüseyin Ağır (2016). *D-8 Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Bakımından Karşılaştırılması: Betimsel Bir Analiz*. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2013). *2013 Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması*. 1-237
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü Doğurganlık Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerindeki Değişimler 1968-2008*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 1-73
- Turaman, Cem (2012). *Sağlık Değerlendirme Metodu*. Ankara: Detay Yayıncılık
- Tuncer, İsmail; Yüksel, Cihan (2011). *Kamu Harcamalarının Ekonomik Analizi*. 213-275
- Tuncer, Baran (1972). *Ekonomik Kalkınmanın Doğurganlık Üzerindeki Etkisi*.
- Türkdoğan, Orhan (2006). *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ünsal (1997). *Zaman Serilerinde Regresyon ve Varyans Analizi Yöntemleri ile Mevsimsel Dalgaların Araştırılması ve Bir Uygulama*. Ekonomik Yaklaşım Derneği, 119-130.

- Yardım, Nazan (2012). *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar*; Türkiye Perspektifi. 60-65.
- Yazıcı, Selamet (2004). *OECD Ülkelerinde Demografik Eğilimler ve Muhtemel Etkileri*.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin; Yıldırım Türkan (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık Sen.
- Yıldız, Münire (2009). *4734 Sayılı Kamu İhale Kanununun Maliye Politikasına Etkileri Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu*. Ankara.
- Yılmaz, Gülizar Seda; Akdede, Sacit Hadi (2013). Kamu Sağlık Harcamalarının Etkililiği: Panel Veri Analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 85-110.
- Yılmaz, Volkan; Yentürk, Nurhan (2015). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışanları Merkezi, 1-16
- Yurdakök, Murat (2005). Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Sağlığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 203-205.
- Yüceşahin, Murat (2009). Türkiye’nin Demografik Geçiş Sürecine Coğrafi Bir Yaklaşım. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 1-25.

İnternet Kaynakları;

Dış İşleri Bakanlığı,

<http://www.mfa.gov.tr/oced-ulkelerinde-demografik-egilimler-ve-muhtemel-etkileri.tr.mfa>
(Erişim Tarihi: 22.06.2018).

Hollanders, David.A., Koster, Ferry. (2013). Aging and the politics of the welfare state, Netspar Discussion Paper No. 11/2013-065, <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=132377>
(Erişim Tarihi: 14.02.2018).

Kalkınma Bakanlığı, (1968). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 215-226.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 26.07.2018).

Kalkınma Bakanlığı, (1973). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. 73-150.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 27.07.2018).

Kalkınma Bakanlığı, (1979). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı. 143-465.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 27.07.2018).

- Kalkınma Bakanlığı, (1985). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 150.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 28.07.2018).
- Kalkınma Bakanlığı, (1990). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı. 284-291.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 29.07.2018).
- Kalkınma Bakanlığı, (1996). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. 34-41.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 29.07.2018).
- Kalkınma Bakanlığı, (2007). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. 41.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 30.07.2018).
- Kalkınma Bakanlığı, (2014). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. 33-35.
<http://www.sbb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 31.07.2018).
- Sağlık Bakanlığı (2017). Bütçe Sunumu.
<https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 10.07.2018).
- Sağlık Bakanlığı (2018). Bütçe Sunumu.
<https://www.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 13.07.2018).
- TÜİK (2017). Sağlık Harcamaları İstatistikleri.
<http://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 10.07.2018).
- TÜİK (2017). Nüfus Verileri.
<http://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 13.07.2018).
- TÜİK (2016). Demografik Göstergeler.
<http://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 15.07.2018).
- TÜSEB (2017). Sağlık Hizmetleri Sunumu Politikaları Birimi.
<http://www.tuseb.gov.tr> (Erişim Tarihi: 20.07.2018).
- WHO (2007). World Health Day. International Health Security.
<http://www.who.int> (Erişim Tarihi: 05.07.2018).
- WHO (2011). Global Health and Aging. 18.
<http://www.who.int> (Erişim Tarihi: 07.07.2018).

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : Merve Demet ÇETİN
Uyruğu : T. C
Doğum Tarihi : 31.05.1992 ANKARA
ve Yeri
Telefon : 0506 953 88 06
Faks :
E-mail : mdemetgedik@gmail.com

Eğitim

| <i>Derece</i> | <i>Eğitim Birimi</i> | <i>Mezuniyet Tarihi</i> |
|---------------|--|-------------------------|
| Lisans | Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi | 2014 |
| Lise | Neşet Yalçın Lisesi | 2010 |

İş Deneyimi

| <i>Yıl</i> | <i>Yer</i> | <i>Görev</i> |
|------------------|--|------------------------------|
| 2017- 2018 | Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi – Yenice Meslek Yüksekokulu – Çan Meslek Yüksekokulu | Öğretim Elemanı |
| 2016-2017 | Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi – Yenice Meslek Yüksekokulu – Çan Meslek Yüksekokulu | Öğretim Elemanı |
| 09.2015- 10.2015 | SMMM (Hikmet Demirci)-Çanakkale | Stajyer |
| 06.2015-09.2015 | Başlı Grup Ltd. Şti- Çanakkale | Muhasebe Elemanı |
| 06.2011-08.2011 | Ceceli Group-Ankara | Satış Pazarlama Sorumlusu |

Yayınlar

GEDİK , Merve Demet , (2016). “Türkiye’de Sağlık Alanında Yapılan Harcamaların İnsani Gelişmişliğe Olası Etkileri”, Trakya Üniversiteler Birliği (TÜB) Lisansüstü Öğrenci Kongresi ,Bildiri Özetleri Kitabı , 80.