

**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME
ÜZERİNE ETKİSİ NEDENSELLİK ANALİZİ
”TÜRKİYE ÖRNEĞİ”**

Pınar KISA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. M.Hilmi ÖZKAYA

Uşak

Haziran, 2012

**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ
NEDENSELLİK ANALİZİ”TÜRKİYE ÖRNEĞİ”**

Pınar KISA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İktisat Anabilim Dalı İktisat Bölümü

Danışman: Yrd. Doç. Dr. M.Hilmi ÖZKAYA

Uşak

Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Haziran, 2012

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZETİ

SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ NEDENSELLİK ANALİZİ”TÜRKİYE ÖRNEĞİ”

Pınar KISA

İktisat Anabilim Dalı

Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran 2012

Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Hilmi ÖZKAYA

Bu çalışmanın amacı, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisinin incelenmesi ve Türkiye örneği üzerinden ortaya konmasıdır. Çalışma kapsamında sağlık sektörü ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisinin belirlenmesi ve bu ilişkinin zaman içindeki seyrinin ortaya konması hedeflenmektedir.

Hazırlanan bu çalışmada öncelikle beşeri sermaye kavramı ve sağlık ilişkisi üzerinde durulmuştur. Modern ekonomilerde gelişmeyi belirleyen önemli faktörlerden bir tanesi beşeri sermayedir. Beşeri sermayenin asıl kaynağını eğitim oluşturmakla birlikte, toplumun sağlık düzeyi beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan diğer bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişki söz konusudur.

Bir ülkenin sağlık harcamalarının yapısı ortaya konulurken sağlık sistemlerinin belirleyici unsur olması sebebiyle, çalışmada Türkiye'nin sağlık sistemi hakkında bilgi verilmiş daha sonra sistem içerisinde gerçekleştirilen sağlık harcamaları ortaya konmuştur. Sağlık kavramı ve sağlık hizmeti hakkında genel bilgiler verilmiş, günümüzde gelişmiş toplumlarda giderek önem kazanan sağlık ekonomisi hakkında açıklamalarda bulunulmuştur.

Çalışmanın asıl konusunu oluşturan sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisini açıklayabilmek için gayri safi yurtiçi hâsıla, doğuşta yaşam beklentisi, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı vb... sağlık göstergelerindeki gelişmeler yıllar itibariyle incelenmiş ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne üye diğer ülkelerdeki sağlık göstergelerinde meydana gelen gelişmeler ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuç, Türkiye'deki sağlık göstergelerinin pek de iç açıcı olmadığı yönündedir. Çalışmada sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki ekonometrik yöntem olan nedensellik analiziyle değerlendirilmiştir. Ayrıca yapılan nedensellik analizi sonucunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Sağlık Sektörü, Ekonomik Büyüme, GSYİH, Doğuşta Yaşam Beklentisi, Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus, Granger Nedensellik Testi.*

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH SPENDING AND ECONOMIC GROWTH ” THE CASE OF TURKEY”

Pınar KISA

Department of Economics

Social Sciences Institute Uşak University, June 2012

Advisor: Asist. Prof. Dr. M. Hilmi ÖZKAYA

The purpose of this study is examined the causality relationship between health sector and economic growth in the view of Turkey. Turkey's health sector and economic growth is used to define the relationship between health sector development and economic growth.

In this study primarily focused on the relationship between the human capital and the health concept. In today's modern economies one of the most important factors that expecting development is human capital. Despite the education constitutes the main source of human capital health level of the community is appears to be another factor that contribute to the development of feeding of human capital. In this direction there is a close relationship between the level of health and the economic development of the society.

While defining the structure of a country's health expenditures because of the health systems being determinant factors; the study provides information on the health care system in Turkey and then health expenditures in the system have been revealed. In this study provides general information about the concept of health and health service and made statements about the health economy which is increasingly gaining importance in developed countries.

The main subject of the study to explain the relationship between health spending and economic growth in GDP and health indicators like life expectancy at birth, number of persons per health personnel, etc... were examined over the years.

And with improvements in health indicators in OECD countries are compared. The relationship between health expenditures and economic growth were evaluated with the causality which is an econometric analysis method. The result is, Turkey's health indicators are not very encouraging. In addition, as a result of the analysis of causality concluded that a mutual relationship between the economic growth and health expenditures.

Keywords: *Health Sector, Economic Growth, GDP, Life Expectancy at Birth, Number of Persons per Health Personnel, Granger Causality Test.*

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Pınar KISA'nın Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi Nedensellik Analizi "Türkiye Örneği" başlıklı tezi 21./06/2012 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, İktisat Anabilim / Anasanat dalında Yüksek Lisans-Doktora / Sanatta Yeterlik tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Adı ve Soyadı

İmza

Üye (Tez Danışmanı): Yrd. Doç.Dr. M. Hilmi ÖZKAYA

Üye : Prof. Doç. Dr. M. Faysal GÖKALP

Üye : Doç. Dr. Hakkı ODABAŞ

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Musa ÇİFTÇİ

ÖNSÖZ

Bu tezi hazırlamamda emeğini, eşsiz tecrübelerini ve değerli zamanını hiçbir şekilde esirgemeyen, beni sürekli destekleyip motive ederek yol gösteren saygıdeğer danışmanım Yrd. Doç. Dr. M. Hilmi ÖZKAYA'ya sonsuz teşekkür ederim.

Tezin fikir olarak kafamda oluşmasında bana fikir veren Doç. Dr. Şadan ÇALIŞKAN'a, Lisans eğitimim boyunca emeği geçen ve çok istediğim yüksek lisans eğitimime başlayabilmem ve eğitimimi tamamlayabilmem için emek ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hakkı ODABAŞ olmak üzere tüm hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, maddi-manevi hiçbir desteğini esirgemeyen ve tüm çalışmalarımda beni yüreklendirip emek veren aileme teşekkür ederim.

Pınar KISA

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Pınar KISA
Doğum Yeri ve Tarihi : Sivas - 01.09.1987
Lisans Öğretimi : 2004-2008:Afyon Kocatepe Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğretimi : 2009-2012: Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Mesleki Bilgiler : Bankacı (T.A.O. Vakıflar Bankası)
Sertifika Bilgileri : 10.11.2006-23.05.2007 İngilizce Sertifikası
06.06.2006-28.07.2006 Bilgisayar Sertifikası
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İletişim Bilgileri

E-Posta Adresi : pınar.kisagokcedag@vakifbank.com.tr
Ev Tel : 0232 285 31 12
Cep Tel : 05546030522

İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZETİ	iii
ABSTRACT	v
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	vii
ÖNSÖZ.....	viii
ÖZGEÇMİŞ	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
KISALTMALAR	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM: SAĞLIK KAVRAMI	6
1.1. İNSANİ GELİŞME KAVRAMI VE SAĞLIK İLİŞKİSİ	7
1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI, ÖZELLİKLERİ VE GELİŞİMİ ...	11
1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı ve Özellikleri	11
1.2.2. Bir Disiplin Olarak Sağlık Ekonomisinin Gelişimi.....	13
2. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE	
ETKİNLİK GÖSTERGELERİ.....	16
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	16
2.1.1. Günümüzde Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumunun	
Değerlendirilmesi	17
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRLERİ	25
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI	27
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TALEBİ	28
2.5. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA DEVLETİN ROLÜ VE	
DIŞSALLIK	30
2.5.1. Dışsallık.....	30
2.6.SAĞLIK HİZMETLERİ ETKİNLİK GÖSTERGELERİ	31
2.6.1.Sağlık İnsan Gücü ve Yıllar İtibariyle Gelişimi	33

2.7. OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK GÖSTERGELERİNDEKİ GELİŞMELERİN KARŞILAŞTIRILMASI	46
3. BÖLÜM: SAĞLIK HARCAMALARI, EKONOMİK BÜYÜME VE NEDENSELLİK ANALİZİ	63
3.1. SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	63
3.2. SAĞLIĞIN KBDGSYİH'YI ETKİLEME MEKANİZMALARI.....	67
3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI.....	68
3.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları.....	71
3.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları	74
3.4. SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDE İLAÇ SEKTÖRÜNÜN PAYI.....	78
3.4.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Olası Etmenler	85
4. BÖLÜM: VERİ SETİ VE EKONOMETRİK BULGULAR	89
4.1. VERİ SETİ VE KAYNAKLAR	89
4.2. METODOLOJİ	91
4.2.1. Granger Nedensellik Testi Aşamaları	91
4.3. AMPİRİK BULGULAR.....	93
4.3.1. Zaman Serileri	93
4.3.2. Granger Nedensellik Testi	95
5.BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	99
KAYNAKÇA.....	104

KISALTMALAR

ADF	: Genişletilmiş Dickey- Fuller Testi
AIC	: Akaike Bilgi Kriteri
BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DYB	: Doğumda Yaşam Beklentisi
EFPIA	: Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HYME	: Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik
ILO	: International Labor Organisation
IMS	: Information Medical Statistics
İGE	: İnsani Gelişme Endeksi
KBDİH	: Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması
KBDSH	: Kişi başına Düşen Sağlık Harcamaları
KBDKSH	: Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları
KBDGSYİH	: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla
KÖH	: Kaba Ölüm Hızı
KSH	: Kamu Sağlık Harcamaları
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
TSH	: Toplam Sağlık Harcamaları

- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- UNDP** : Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
- USH** : Ulusal Sağlık Hesapları
- UNICEF** : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.	2003 Yılı İnsani Gelişim Endeksi Verileri Tablosu.....	8
Tablo 2.	Sağlık Kurumlarının Sayısı.....	30
Tablo 3.	Kişi Başına Düşen Ayakta Tedavi Başvurusu ve Yatan Hasta Kabulü.....	31
Tablo 4.	Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005).....	32
Tablo 5.	Yıllar İtibariyle Sağlık Personeli Sayısı.....	38
Tablo 6.	Doktor, Hemşire ve Ebe Başına Düşen Nüfus.....	40
Tablo 7.	Yıllar İtibariyle Temel Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler.....	41
Tablo 8.	OECD Ülkeleri Sağlık Göstergelerindeki Değişmeler (%).....	47
Tablo 9.	Değişkenler ve Tanımları.....	90
Tablo 10.	ADF Birim Kök Testi Sonuçları.....	95
Tablo 11.	JJ Eşbütünleşme Testi Sonuçları.....	96
Tablo 12.	Granger Nedensellik Test Sonuçları.....	97

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Sağlık İnsangücü Piramidi ve Türkiye Örneği.....34
Şekil 2.	1935-2023 Arasında Binde Kaba Doğum Hızı, Kaba Ölüm Hızı ve Doğal Nüfus Artış Hızı.....42
Şekil 3.	1945-2008 Arasında Binde Bebek Ölüm Hızındaki Değişmeler.....43
Şekil 4.	Düşük Gelir ve Morbidite İlişkisi.....51
Şekil 5.	Yaşam beklentisi ve kişi başı sağlık harcaması 1980-2008.....53
Şekil 6.	Bebek Ölüm Oranı ve Kişi Başına Sağlık Harcaması.....54
Şekil 7.	Koruyucu ve Temek Sağlık Hizmetleri Harcamaları.....60
Şekil 8.	Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi, İlaç ve Tıbbi Malzeme Harcamaları.....61
Şekil 9.	Kişi Başına GSYİH ve Sağlık Harcaması Rakamları.....67
Şekil 10.	Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) GSYH'ya Oranı (%).....70
Şekil 11.	Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı.....75
Şekil 12.	Türkiye de Kişi Başına İlaç Harcaması.....79
Şekil 13.	Toplam İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki80
Şekil 14.	Çalışmada Kullanılan Zaman Serileri.....94

GİRİŞ

Bu tezin amacı; Türkiye’de sağlık harcamaları ile ekonomik gelişmişlik arasındaki ilişkiyi analiz etmek, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisinin yönünü belirlemek, ayrıca Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri içinde sağlık göstergeleri açısından Türkiye’nin durumunu değerlendirmektir.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık, sağlık ekonomisi gibi temel kavramlar üzerinde durulmuştur.

İkinci bölümde sağlık hizmetleri gibi temel kavramlar ile Türkiye’de ve Dünya’da sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi hakkında bilgi verilmektedir.

Üçüncü bölümde sağlık harcamaları üzerinde durularak sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık harcamalarının ekonomiye olan katkıları ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler de bu bölümde yer almaktadır. Ekonomik anlamda işgücüne yatırım olarak kabul edilen sağlık harcamalarının Türkiye’de nasıl gerçekleştiğinin daha iyi anlaşılabilmesi için Türkiye’nin sağlık sistemi hakkında genel bilgi verilmiştir. Türkiye ile gelişmiş ülkeler arasındaki sağlık harcamaları farklılıklarını ortaya koymak amacıyla, OECD ülkelerinin ve Türkiye’nin sağlık harcama verileri karşılaştırılmıştır.

Dördüncü bölümde ise sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki Granger nedensellik analizine dayanarak ekonometrik yöntemlerle analiz edilmiştir. Daha önce bu konuda yapılan çalışmalarla ilgili literatür incelemesi, araştırmanın amacı, araştırmanın yöntemi, model ve değişkenler, araştırmanın verileri ve bulguları yer almaktadır.

Son olarak değerlendirme ve sonuç bölümü olan beşinci bölümde çalışmanın bütününden elde edilen bulgular ışığı altında ulaşılan sonuçlar ortaya konulmaktadır.

Son yıllarda klasik üretim faktörlerine ilave olarak beşeri sermayenin öneminin artması ekonomik büyüme ve gelişme politikalarının yeniden ele alınmasına neden olmuştur. Çünkü safi fiziki sermaye ile iktisadi gelişmeleri açıklayabilmek mümkün değildir. Kişisel ve toplumsal özelliklerin üretime olan

etkilerinin giderek önem kazanması, söz konusu değerlerin de sermaye olarak kabul edilmesine yol açmıştır.

Beşeri sermaye kavramının iktisat yazınında kabul gören tek bir tanımı yoktur. İnsan kaynakları bilgi, yetenek ve üretim için teknolojiyi kullanma seviyesi olarak tanımlanırken; beşeri sermaye yatırımları, bireylerde mevcut olan yeteneği artıran ve yaşam standartlarını yükselten yatırımlar olarak kabul edilmektedir. Bu yatırımların en önemlileri şüphesiz eğitim ve sağlık yatırımlarıdır. Eğitim ve sağlık yatırımları sağlıklı bir nüfus ve yetenekli işgücü yaratmasından dolayı sürdürülebilir büyümenin önemli bileşenleri olarak kabul görmektedir.¹

Bütün ülkelerin ekonomik politikalarının en belirgin amaçlarından biri ekonomik büyümedir. Toplumların varlığını sürdürebilmesi için sağlıklı bir nesile sahip olması gerekmektedir. Sağlıklı bir nesil ise toplumun kalkınması için en önemli üretim faktörüdür.

Bazı ekonomik göstergelerdeki artışları ifade eden büyüme, genellikle bir ülke ekonomisinin belirli bir yılda üretmiş olduğu mal ve hizmetlerin parasal toplamı olan Gayri Safi Milli Hâsıla ile ölçülmektedir. Böylece ekonomik büyümenin ölçütü bir ülke ekonomisinin meydana getirdiği üretim miktarıdır. Üretim miktarı ise üretim sürecine giren sermaye, emek ve doğal kaynaklardır ki bunların yanı sıra ekonomistler girişimcilik gücünü de eklemektedirler.²

Beşeri ekonomik faaliyetlerin en temel unsuru olan üretimin gerçekleştirilmesi, üretim faktörlerinin belirli koşul ve oranlarda bir araya getirilmesiyle oluşmaktadır. Bu üretim faktörlerinin niteliği ve niceliği zaman içerisinde değişen şartlara bağlı olarak değişebilmektedir. 1980'lere kadar iktisat literatüründeki güçlü konumunu sürdüren Neoklasik iktisat teorisi büyümenin nicelik yönüne ağırlık vermiş dolayısıyla 18. ve 19. yy' da üzerinde yeterince durulmayan beşeri sermaye 20. yy'ın sonlarında gelişmiş ülkelerde birçok ekonomik çalışmaya konu olmuş ve değişik boyutlarıyla ekonomik gelişmeye olan ilişkisi analiz edilmiştir.³

¹ Mehmet Karagül, (2002) “Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi**, Yayın No. 37, Afyon.

² Halil Sariaslan, *Ekonomik Büyüme ve Eğitim*, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/500/5984.pdf> (Erişim tarihi:02.11.2010).

³ Mehmet Karagül, *Ekonomik Büyüme*, <http://www.akdeniz.edu.tr/iibf/dergi/Sayi05/11Karagul.pdf> (Erişim tarihi:9.11.2010).

Beşeri sermaye ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkileri açıklama çabaları, 1960'ların başında teorik bütünlük kazanmıştır ve ekonomik büyüme literatüründe önemli rol oynamıştır. Beşeri sermaye kavramı üzerine yapılan araştırmalarda, beşeri sermayenin gelişmesinin ve kalkınmasının, ekonomik büyümenin ve kişi başına milli gelir düzeyinin asıl kaynağını oluşturduğu belirtilmektedir.⁴

Beşeri sermayenin kalitesi, ülkelerin eğitim seviyesi ve gelişmişliği ile yakından ilgili iken sağlık yatırımlarının beşeri sermayeye katkısı bireylerin ortalama yaşam beklentilerini ve dayanıklılıklarını artırma aracılığı ile gerçekleşmektedir. Sağlıksız bireyler işgücü piyasasında yer alamayacağından, üretim sürecine de katkıda bulunamazlar.⁵

Ekonomik gelişme ile toplumun sağlık ve ekonomik düzeyi yükselirken, diğer taraftan bu niteliklere sahip insanlar ekonomik gelişme için önemli bir girdiyi oluşturmaktadır. Beşeri sermayeye yapılan bir yatırım (eğitim, sağlık) sadece üretimle bağlantılı olmayıp aynı zamanda ferdin yaşam kalitesini artırıp, sosyal ilişkileri geliştiren bir etkiye sahiptir. Eğitimli bir ferdin hayatı algılaması ve onu yaşaması eğitimsiz insanlara göre daha farklıdır.

Ekonomik kalkınma modellerinde beşeri sermaye özel bir rol oynamaktadır. Beşeri sermaye birikimi daha fazla olan ülkeler, yeni ürünleri daha büyük bir hızla piyasaya sürerler ve bu yüzden daha hızlı bir büyüme gerçekleştirirler.

Günümüzde beşeri sermayesi yüksek olan toplumların ekonomik alanda daha başarılı oldukları bir gerçektir. Gelişmiş ülkeler sağladıkları ekonomik başarıda beşeri sermayenin önemini kavradıkça, beşeri sermayeyi barındıran insanın sağlığına her geçen gün daha önem vermeye başlamışlardır. Bu çerçevede ekonomi ile sağlık arasındaki ilişki birçok araştırmaya konu olmuş ve aralarında ki bağıntı, bağımsız değişkenlerden arındırılarak ortaya konmaya çalışılmıştır.

Sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilecek olmaları dolayısıyla kalkınmada nitelikli insan gücünün (girişimci ve işgücü) yetişebilecek olması verimliliği dolayısıyla üretimi artırıcı bir faktör olmaktadır. Ayrıca, sağlıklı bireylerin eğitilmesi

⁴ Hüsamettin İnanç, Eğitimin Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkileri, http://iibf.ogu.edu.tr/dergi/dergi/2006-2/2006_2_4.pdf (Erişim tarihi:04.02.2010)

⁵ Aysu İnel, Beşeri Sermayenin Önemi, <http://www.virahaber.com/haber/beseri-sermayenin-onemi--14088.htm> (Erişim tarihi:15.03.2010).

durumunda eğitim yatırımlarından daha uzun süreli yararlanma imkânının doğacak olması da, eğitim yanında sağlığa da önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, eğitim ve sağlığın birbirini tamamladığı, ülke kalkınması açısından fiziki sermayeye ve eğitime yapılan yatırımların benzerinin sağlığa da yapılmasının zorunlu olduğu görülmektedir.⁶

Kısaca sağlık, işgücü verimliliği ve getirdiği ekonomik yük nedeniyle ekonomik büyümeyi doğrudan etkileyebilmektedir. Diğer taraftan, eğitim üzerindeki etkilerinden dolayı, çocuk sağlığı insanların geleceğe dönük gelirini belirleyebilmekte bu durumda ekonomik büyüme üzerinde dolaylı bir etki doğmaktadır. Bu dolaylı etki, bir aile düzeyinde daha iyi değerlendirilebilecektir. Eğer bir aile sağlıklı ise, anne ve baba çocuklarını besleyebilecek, onları koruyabilecek ve bir okula gönderebilecek bir mesleğe sahip olabilir ve para kazanabilir. Sağlıklı ve iyi beslenmiş çocuklar okulda daha iyi bir performans gösterebilir, bu ise geleceğe yönelik gelirlerini pozitif yönde etkileyebilmektedir.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi çok yönlü ve uzun dönemli olmaktadır. Yapılan çalışmalar, gelişmekte olan ülkelerde sağlık sorunlarının etkisiyle kaybedilen işgücü miktarının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca artan sağlık harcamaları, bireylerin yaşam süresini ve beklentisini artırmaktadır. Uzun yaşama beklentisi, özel sermaye birikimi kararlarını pozitif yönlü etkileyerek ekonomik büyümeyi artırma potansiyeline sahiptir.

Artan sağlık harcamaları bireylerin yaşam süresi ve beklentisini arttırmaktadır. Uzun yaşayabilme beklentileri ise özel sermaye birikimi kararlarını pozitif etkileyerek ekonomik büyümeyi pozitif etkileme gücüne sahiptir.⁷ Webber ise, geliştirilmiş Neo-Klasik büyüme (augmented growth model) yaklaşımını benimsediğini, sağlık değişkeni için kişi başına kaloriyi kullandığı ve 46 ülkeyi kapsayan çalışmasında, sağlığın ekonomik büyümeye katkısının olduğunu ortaya koymuştur.⁸

⁶ Hüsamettin İnanç, Eğitimin Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkileri, http://iibf.ogu.edu.tr/dergi/dergi/2006-2/2006_2_4.pdf (Erişim tarihi:04.02.2010)

⁷ Trish Kelly (1997) "Public Expenditures and Growth", Journal of Development Studies, 34(1), 60-84.

⁸ Don. Jon Webber, (2002), "Policies to Stimulate Growth: Should We Invest in Health or Education" Applied Economies, 34/13: 1633-1643.

Ekonomik olarak gelişmiş olan ülkelerin sağlık düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Sağlık düzeyi ile ekonomik verimlilik arasındaki ilişki Mushkin, Oxley, Mac Farlan, Ryder ve Weil tarafından ele alınmış ve sağlık düzeyi ile verimlilik arasında etkileşim olduğu, bunun da ülke kalkınmasına olumlu etki yaptığını dair sonuçlara ulaşılmıştır.⁹ Ranis, Steward ve Ramirez'in geliştirmekte olan ülkeler için yaptığı çalışmasında ise kamu tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu yönünde bir sonuca ulaşılmıştır.¹⁰

Bhargava vd. yaşam beklentisi ile ilgili GSYİH arasındaki ilişkiyi analiz ettikleri çalışmalarında özellikle düşük gelirli ülkeler için pozitif sonuçlara ulaşmışlardır. Bloom vd., sağlığın toplam çıktı üzerinde pozitif, oldukça büyük ve istatistiksel olarak anlamlı bir etki ortaya koyduğunu savunmaktadır. Mayer sağlık ile milli gelir arasındaki ilişkiyi Latin Amerika ülkeleri için inceleyerek bu değişkenler arasında bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna varmıştır.¹¹

Chakraborty sağlık yatırımlarının ekonomik büyümeyi destekleyici etkisinden bahsetmiş ve sağlık sermayesinin ülkeler arasındaki gelir ve büyüme farklılıklarını açıklayabileceğini ifade etmiştir. Sağlığın kişi başına gelir artışı üzerindeki etkisini inceleyen Brempong ve Wilson OECD ülkeleri gibi gelişmiş ülkeleri ve alt sahra ülkeleri gibi geliştirmekte olan ülkeleri kapsayan çalışmasında her iki örneklem grubu için de pozitif ve istatistikî olarak anlamlı bir etki olduğu sonucuna ulaşmıştır.¹²

Toplumların ekonomik gelişme süreçlerinde başarılı olabilmeleri, fiziki imkânlar kadar beşeri ve sosyal imkânların gelişmesine de bağlıdır. Çünkü ekonomik gelişme, bir toplumun bütün imkân ve değerlerinin belirli bir düzende kullanılmasıyla ulaşılabilecek bir seviyedir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi çalışmanın ilgili bölümünde daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

⁹ Aktaran: Murat Tiryakioğlu, Gelişmekte Olan Ülkelerin Çıkmazı, http://eab.ege.edu.tr/pdf/8_1/C8-S1-M18.pdf (Erişim tarihi:03.02.2010)

¹⁰ Ranis, G. Steward, F. ve Ramirez, A. (2000): "Economic Growth and Human Development", World Development, 28(2):197-219.

¹¹ Bhargava, A. , Jamison, D., Lau, L. ve Murray, C. (2001): "The Modelling the Effects of Health on Economic Growth", Journal of Health Economics, 20(3):423-440.

¹² Aktaran: Murat Tiryakioğlu, Gelişmekte Olan Ülkelerin Çıkmazı, http://eab.ege.edu.tr/pdf/8_1/C8-S1-M18.pdf (Erişim tarihi:03.02.2010)

1.BÖLÜM: SAĞLIK KAVRAMI

Bu bölümde sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin daha iyi açıklanabilmesi için gerekli temel konuları teorik boyutuyla açıklamakta yarar vardır.

Bireyin yaşamının ilk şartı onun sağlığıdır. Sağlık, gerek toplumun gerekse bireyin sosyo-ekonomik düzeyine bağlı olan bir gösterge olarak fizyo-psiikolojik durumunu göstermektedir.

Sağlık kavramı üzerinde kesin bir görüş birliği olmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 'nün 1948'deki tanımına göre "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" denilmektedir.¹³

Kişilere göre sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilirken kişiler kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak kabul etmemektedirler.

Gerçekte sağlık düzeyi bireyin doğrudan doğruya DSÖ' nün tanımladığı çerçevede kendini açıkça nasıl hissettiği ile ilgili olsa da bu şekildeki bir tanımlama bütünüyle öznel bir içerik taşıdığından özellikle sağlığın ölçülmesi sırasında kısmen anlamını yitirmektedir. Bu yüzden literatürde değişik tanımlamalar da yer almaktadır. Nitekim Fuchs da sağlığı çok yönlü bir kavram olarak değerlendirmekte ve sağlığı yaşam beklentisi, çalışma kapasitesi, sağlık bakım gereksinimi ya da kişisel ve sosyal fonksiyonları yerine getirebilme yeteneği gibi ölçütler kullanarak tanımlamaktadır. Baggott ise sağlığı biri kişinin sahip olduğu kapasiteyi ya da varlığını gözetken pozitif yaklaşım diğeri de belirli hastalıklar ya da sakatlıkların varlığı üzerinde duran negatif yaklaşım olmak üzere iki ayrı yolla tanımlamaktadır.

Sağlıklı olmanın yansıra onun sürdürülebilir kılınması da son derece önemlidir. Sağlığın korunması, sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olan bir konu değildir. Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için, ekonomik ve sosyolojik çevreler ilişki içerisinde olmalıdır.

¹³<http://idc.sdu.edu.tr/tammetinler/kalkinma/kalkinma42.pdf> (Erişim tarihi: 12.12.2010)

Ekonomik çevreler sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratma çalışmalarında bulunurken, sosyolojik çevreler biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için gerekli önlemleri almalıdır.¹⁴

Sağlık, insan hayatının gereksinim duyduğu en önemli olgudur. Bireyin bebeklik, çocukluk, ergenlik, gençlik dönemlerinden başlayarak orta ve ileri yaşlara ilerlemesinde sağlık her zaman önemlidir. Gerekli sağlık koşullarına sahip olmadan bireylerin yaşamları düzgün bir şekilde idame ettirmeleri mümkün değildir. Aynı şekilde, bireyin yaşamının her anında sağlıklı olması yaşamdan zevk almasının ve yaşama değerler katabilmesinin olmazsa olmaz bir koşuludur.

Sağlığın toplumların gelişmişlik düzeyleri ile ilişkisini daha iyi açıklayabilmek için öncelikle üzerinde durulması gereken konulardan biriside insani gelişme kavramıdır.

1.1. İNSANİ GELİŞME KAVRAMI VE SAĞLIK İLİŞKİSİ

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından ülkeler arasındaki gelişmişlik farklarını ölçmek için kullanılan İnsani Gelişme Endeksi (İGE), sosyo-ekonomik yaşamın üç önemli alanını içermektedir. Bu üç alan; gelir, eğitim, sağlıktır. Sağlıklı ve uzun bir ömür, bilgi edinme ve iyi bir yaşama standardı için kaynaklara ulaşma, insani gelişmenin önemli göstergeleridir. UNDP bir ülkenin insani gelişme düzeyinin belirleyicilerinden bir tanesinin kişi başına gelir olduğunu vurgulamaktadır. Fakat gelirle birlikte çok önemli olan diğer faktörler doğumda yaşam beklentisi ve eğitimidir.¹⁵

İGE üç boyutta incelenmektedir. Birinci boyutu, ortalama yaşam beklentisi ile ölçülen sağlıklı ve uzun bir ömür, ikincisi okuryazarlık ve okullaşma oranı ile ölçülen eğitim ve bilgi düzeyi; üçüncü boyutu ise, satın alma gücü paritesine göre hesaplanan kişi başına GSYİH rakamları kullanılarak ölçülen yaşam standardıdır.¹⁶ İGE'nin bileşenlerinden biri olan insan sağlığı ile ilgili olan gelişmeler insan yaşamının kalitesi açısından önem taşımaktadır. Toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi sadece insan mutluluğunu artırmakla kalmamakta, çalışanların

¹⁴ Savaş Yıldırım (1994), Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No:2350, Ankara, s.10.

¹⁵ İnsani Gelişim Endeksi, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/demirs/insanige.pdf>, (Erişim tarihi:01.11.2010)

¹⁶ Günsoy Güler, (2005). İnsani Gelişim Endeksi, Zonguldak Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt1, Zonguldak.

verimliliğini artırması boyutuyla uzun dönemli gelişmenin de temelini oluşturmaktadır.

İGE; bir ülkenin kaydettiği insani gelişmenin özet ölçüsüdür. Gelişme birçok şekilde tanımlanıp ölçülebilmektedir. Gelişmeyi tek bir ölçütle ifade etmek, ülkelerin ekonomik, sosyal ve siyasal farklılığı nedeniyle oldukça zordur. Gelişmişlik ölçütlerinden en çok kullanılan kişi başına milli gelirdir. Bunun yanı sıra sağlık ve eğitime ait bir takım temel göstergelerde (kişi başına düşen doktor sayısı, okullaşma oranları, doğuştan yaşam beklentisi vb...) ölçüt olarak kullanılmaktadır.¹⁷ Fakat çalışmamızın asıl konusunu oluşturması nedeniyle üzerinde duracağımız temel göstergeler sağlık göstergeleridir.

Bu doğrultuda, ülkelerarası sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin de ortaya konulduğu insani gelişme raporu her yıl yayınlanmaya başlamıştır. 1990 yılında 130 ülkeyi kapsayan endekse sonraki yıllarda yeni ülkeler eklenerek en son hazırlanan 2005 yılı insani gelişme raporunda 177 ülkenin değeri yer almıştır.

Endeksin değeri 0 ile 1 arasında olup; 0 'a yakın değerler insani açıdan daha düşük gelişmişlik seviyesini gösterirken, değer 1'e yaklaşması insani gelişmişlik seviyesinin yükseldiğini gösterir. İGE sıralamasında yer alan ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre üç sınıfa ayrılmaktadır; İGE değeri 0-0,499 arasındaki ülkeler düşük insani gelişmişlik, 0,500-0,799 arasındaki ülkeler orta insani gelişmişlik, 0,800-1 değerleri arasında yer alan ülkeler de yüksek insani gelişmişlik kategorisinde yer almaktadır. İGE'de yer alan bulgular raporun çıkarıldığı yılın iki yıl öncesine ait verilerden elde edilmektedir.¹⁸

Tablo 1. 2003 Yılı İnsani Gelişim Endeksi Verileri

	İnsani Gelişim Endeksi	Eğitim Endeksi	Yaşam Beklentisi Endeksi	GSYİH Endeksi
Gelişmekte olan ülkeler	0,679	0,72	0,67	0,65
Az gelişmiş ülkeler	0,464	0,50	0,46	0,43
OECD	0,923	0,95	0,88	0,94
Yüksek gelir grubu	0,942	0,97	0,90	0,96
Orta gelir grubu	0,768	0,84	0,76	0,70
Düşük gelir grubu	0,556	0,58	0,56	0,52

UNDP, 2006.

¹⁷ Mine Yılmaz, (2002); "İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

¹⁸ UNDP İnsani Gelişim Endeksi Raporu, 2006, http://www.undp.org.tr/publicationsDocuments/UNDP%20GHDR_IR.pdf (Erişim tarihi: 21.10.2010)

Tablo 1’de de görüldüğü üzere, gelişmekte olan ülkelerin eğitim ve sağlık için ayırdıkları payın düşük olması beşeri sermaye birikimini ve gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. UNDP tarafından yayımlanan İnsani Kalkınma Raporu’nun (2006) verilerinin bu görüşü doğruladığı görülmektedir. Tablo 1’de görüldüğü üzere gelişmekte olan ülkelerin GSYİH indeksi 2004 yılında 0,65 düzeyinde iken eğitim indeksi 0,72, yaşam beklentisi indeksi 0,67 ve İnsani Gelişme İndeksi 0,679 düzeyinde gerçekleşmiştir.¹⁹

2010 yılı raporunda, uzun ve sağlıklı yaşam, bilgiye erişim ve kabul edilebilir bir yaşam standardı gibi üç temel boyutta ortalama insani gelişme düzeyinin uzun vadeli takibi sonucunda elde edilen özet ölçüm olan İGE’ yi hesaplamak için kullanılan bazı göstergeler ve yöntemlerde düzenlemeler yapılmıştır. Bilgiye erişim ve kabul edilebilir bir yaşam standardını ölçen göstergeler 2010 yılı raporunda değiştirilmiştir. Ortalama yetişkin eğitim süresi ve çocuklar için beklenen okula devam süresi, önceki göstergelere kıyasla eğitim kavramını daha iyi kapsıyor ve ülkeler arasında daha fazla ayırt edici güce sahiptir. Yaşam standardı GSYİH yerine artık satın alma gücü paritesine göre ABD doları cinsinden kişi başına Gayri Safi Milli Gelir (GSMG) ile ölçülmektedir. Bu sebeple, temel oluşturan veriler ve yöntemler değiştiğinden, daha önce yayımlanmış raporlar ile değerleri ve sıralamaları karşılaştırmak yanıltıcı olabilmektedir.

Bu yapılan çalışmalar ışığında deneysel olarak üç yeni endeks geliştirilmiştir. Bunlar sırasıyla, Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi (EUİGE) bir ülkenin sağlık, eğitim ve gelir alanındaki kazanımlarını dikkate almakla kalmayıp bunların o ülke içinde nasıl dağıldığını da ele almaktadır ve ülkenin her bir boyuttaki ortalama kazanım düzeyinden eşitsizlik oranı “düşülerek” hesaplanmaktadır. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (TCEE) ise İGE ve EUİGE ile aynı çerçevede üzerine inşa edilmiştir, kadınlar ile erkekler arasındaki kazanımlar arasındaki farkları aydınlatan yeni bir ölçümdür. Son olarak da, Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (ÇBYE), aynı hane içinde eğitim, sağlık ve yaşam standardı alanlarında yaşanan birden fazla yoksunluğu tespit etmektedir.

¹⁹ Hakan Yetkiner, Sağlık İle Büyüme, http://eab.ege.edu.tr/pdf/6_2/C6-S2-M8.pdf (Erişim tarihi: 27.09.2010)

Bir ülkede insanlar arasında eşitsizlik yoksa EUİGE ile İGE değerleri eşit durumda olmaktadır; eşitsizlik arttıkça EUİGE sıralaması da düşmektedir. Bu olgu da, insani gelişme düzeyini temsil etmektedir. Eşitsizliğe Uyarlanmış İGE, bir ülkenin sağlık, eğitim ve gelir alanlarındaki ortalama kazanımlarını dikkate almakla kalmıyor, aynı zamanda bu kazanımların vatandaşlar arasında nasıl paylaştırıldığına bakmaktadır. Eşitsizlik denkleme dâhil edildiğinde Türkiye'nin İGE değeri, esas sıralamadaki değerine göre %24 gerileyerek 0.518'e düşmektedir.

2010 yılı için Türkiye'nin İGE değeri 0.679 dur. Bu değerle Türkiye 169 ülke ve bölge içerisinde 83. sırada yer almaktadır. 1980 ve 2010 yılları arasında Türkiye'nin İGE değeri 0.467'den 0.679'a yükselmiştir. Bu da %45'lik veya ortalama yıllık %1,3'lük bir artışa tekabül etmektedir.²⁰ Türkiye'nin 2010 İGE 0.679 ile Avrupa ve Orta Asya ülkelerinin ortalaması olan 0.717'nin altındadır. Avrupa ve Orta Asya'da Türkiye'nin en yakın "İGE komşuları" gerek nüfusları gerek İGE sıralamaları göz önünde bulundurulduğunda 60 ve 67. yer alan Sırbistan ve Azerbaycan olarak sıralanmaktadır.²¹

İGE göstergelerinde gelişme sağlanamaması, gelişmekte olan ülkeleri beşeri sermaye oluşumunda güçsüz kılmaktadır. Bununla birlikte mevcut potansiyel yanlış eğitim politikaları ile değer yitirmekte, beyin göçü ile ülkeyi terk etmekte ya da potansiyelinin altındaki işlerde istihdam edilmektedir. Bu durum bu tür kayıplarda ekonomik kalkınmanın önünde engel oluşturmaktadır.

Ülkeler sağlık, ölüm ve hastalık durumlarına ilişkin göstergeler açısından farklılaşıyorsa, böyle farklılıklar, bir toplumdaki bazı grupların yoksul ve sağlıksız olmasına diğerlerinin ise daha sağlıklı ve zengin olmasına neden olan bireysel sosyo-ekonomik-politik süreçlerin farklılığını yansıtır. Endekse ilişkin teorik, pratik çok eleştiri vardır. Örneğin, sağlıkla ilgili göstergelerde ölçülen şeyler, 10000 kişi başına düşen doktor sayısı, sağlık harcamaların kişi başına düşen tutarı vb... Kişileri hasta etmeyen bir toplumsal-fiziksel çevreyi oluşturmak, koruyucu sağlık ağırlıklı çalışmak daha önemlidir.

İGE kavramının temel ölçütü olan sağlık göstergelerindeki değişmeler çalışmanın ilgili bölümünde daha ayrıntılı olarak incelenmiştir.

²⁰ T. Srinivasan, İnsani Gelişme, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/127/896.pdf> (Erişim tarihi: 11.10.2010)

²¹ UNDP 2010 Yılı İnsani Gelişme Raporu, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010> (Erişim tarihi: 16.02.2011)

1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI, ÖZELLİKLERİ VE GELİŞİMİ

Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisinin anlaşılabilmesi için öncelikle bilinmesi gereken kavramlardan biride sağlık ekonomisidir. Bu nedenle sağlık ekonomisinin tanımı, ortaya çıkışı, alanı, özellikleri, Türkiye’de ve Dünya’da sağlık ekonomisinin gelişimine ilişkin genel bir değerlendirmenin yapılmasında fayda vardır.

Sağlık, günümüzde her türlü gelişmişlik düzeyinde bulunan tüm toplumları ve ülkeleri giderek artan derecede ilgilendirmekte ve buna paralel olarak ihtiyaçlar ve sağlık harcamaları sağlık ekonomisini daha da önem verilmesi gereken bir bilim dalı haline getirmektedir.

1.2.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı ve Özellikleri

Sağlık ekonomisi, genel iktisat bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla ortaya çıkan uygulamalı bir bilim dalıdır. İktisadi olarak sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik (verimli, etkili, rasyonel) kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi şekilde bölüştürmek olarak tanımlanmaktadır.²²

Sağlık ekonomisinin özelliklerini sıralayacak olursak,²³

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır.
- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir.
- Hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir.
- Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.

Bu çerçevede ise sağlık ekonomisinin temel alanlarını şu şekilde özetlenebilir;²⁴

- Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan kaynak miktarı: Sağlık harcamaları her toplumda önemli boyutlara ulaşmış ve bu harcamaların miktarı, sağlık programları, sağlık kurumları ve nüfusun çeşitli kesimlerine

²² <http://saglikekonomisi.blogspot.com/2009/11/teorik-cercevesiyle-saglk-ekonomisi-ve.html> (Erişim tarihi: 10.01.2011).

²³ <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (Erişim tarihi: 12.10.2010)

²⁴ Burhan Şenatalar (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, Özel Eki, İstanbul.

dağılımı sağlık ekonomisinin en önemli uğraş alanlarından biri haline gelmiştir.

- Kaynakların verimli kullanımı: Sağlık için kullanılan kaynakların kaynak tahsisinde verimlilik ve teknik verimlilik açısından değerlendirilmesi, bu sektöre ayrılan kaynakların toplumsal faydayı maksimize edecek şekilde kullanılması açısından önemlidir.
- Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi: Sağlık için kullanılan kaynakların ve bu kaynakların yönlendiği hizmetlerin bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi bu alana girmektedir.
- Sağlık hizmetleri arz ve talebinin analizi: Alternatif hizmet sunum ve finansman şekillerine arz ve talebin tepkisi ve bu tepkinin hem hizmetlerin sunumu hem de sağlık sonuçları üzerindeki etkisi sağlık ekonomisinin önemli alanlarından birini oluşturmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının eşitlik ve adalet açısından değerlendirilmesi: Bu kapsamda, hizmetlerin sunum ve finansmanında geliştirilen politikaların çeşitli nüfus gruplarının hizmete erişimi ve bu grupların sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi ele alınır.
- Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı: Son yıllarda hızla gelişen bir alan olan ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımındaki amaç, gelişen ve halen kullanılmakta olan sağlık teknolojilerinin fayda ve maliyetlerini değerlendirerek kıt kaynakları toplumsal faydanın en çok olacağı yere aktarmayı sağlamaktır.
- Sağlığın ölçülmesi: Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı ile de bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerinin yarattığı bireysel ve toplumsal faydaların ölçülmesi sağlık ekonomisinin en güncel ve en karmaşık alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kısaca, sağlık ekonomisi kavramı genel olarak, karar vericilere tercihlerini yaparken yol göstermeyi amaçlamakta ve kıt kaynakların kullanımının öncelik sıralamasında, kanıta dayalı bilimsel veriler sunmayı amaçlamaktadır. Bu çerçevede temel çalışma alanları, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların miktarının incelenmesi, kaynakların verimi kullanılıp kullanılmadığının ortaya konması ve eğer verimli kullanılmıyorsa, hangi alanlarda gelişme sağlanabileceğinin belirlenmesi,

sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi, sağlığın ölçülmesi sağlık ekonomisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur.²⁵

1.2.2. Bir Disiplin Olarak Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Modern tıbbın öncesinde hastalara verilen sağlık hizmetleri hayır niteliğindeydi. Zamanla tıbbın gelişmesi ve verilen hizmetlerin çeşitliliğinin artması ile sağlık hizmetlerinin önemi artmış. Sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi zaman içerisinde herkesçe anlaşılmış ve mevcut sağlık çıtasını daha yukarıya taşımak için insanlar yeni kaynak arayışı içerisine girmişlerdir. Böylece sağlığın sosyal bir olgu olduğu kadar ekonomik bir olgu olduğu görüşü de ağırlık kazanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin daha iyi yerine getirilebilmesi için ekonomi biliminden yararlanılmıştır. Mevcut kaynakların en iyi şekilde incelenebilmesi için, hastane hizmetleri, özel sağlık hizmetleri, hastalıkların maliyetleri gibi konuların ekonomik olarak incelenmesi zorunlu hale getirilmiştir.

Dünyada sağlık ekonomisi literatürü kapsamında değerlendirilebilecek ilk çalışmalar 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu ile başlamaktadır. Bu büronun temel amacı, tıp profesyonellerini ekonomik açıdan ilgilendiren konular üzerinde çalışmak olarak belirlenmiştir. Bu kısıtlı çalışma alanı nedeniyle bugün aktarılan tanımlardan çok daha dar bir kapsamda ele almasına karşın sağlık ekonomisi ile ilgili ilk kavramların kullanıldığı dönem bu büronun faaliyetleri ile başlamaktadır.²⁶ 1929-1936 yılları arasında da Milton Friedman sağlık alanında faaliyet gösteren çeşitli mesleklerin gelir eşitsizliklerini incelemiştir.²⁷ Ancak gerçekte sağlık ekonomisinin gelişmeye başlaması Mushkin'in 1958 yılında yazdığı ve sağlık ekonomisi alanını tanımlamaya çalıştığı makale ile başlamaktadır.²⁸ Mushkin bu makalesinde hızlı gelişen tıbbi teknolojiye ve bunun getirdiği maliyet konusuna özellikle dikkat çekmiş ve sağlıkta piyasa, fiyat gibi konulara değinerek sağlık ekonomisi konusunu ilk kez sistematik olarak ele almıştır. Mushkin, 1962 yılında yazdığı makalede ise ilk kez sağlığı bir yatırım olarak gören görüşleri ortaya

²⁵ Rebelo LP. *The origins and the evolution of health economics: a discipline by itself led by economists, practitioners or politics?* Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Economics, Working Papers 16/2007.

²⁶ Mushkin SJ. *Toward a definition of Health Economics* Public Health Reports 73(9):785-93, 1958.

²⁷ Kuznets, S. ve Friedman, M.. *Incomes from independent professional practice, 1929-1936*; Bulletin 72-73;; New York: National Bureau of Economic Research, 1986.

²⁸ Mushkin SJ. *Toward a definition of Health Economics* Public Health Reports 73(9):785-93, 1958.

atmış ve bu çalışma daha sonra sağlık ekonomisinin en önemli yapıtlarından biri olarak kabul edilen Grossman'ın 1972 yılında yayınladığı çalışmasına temel teşkil etmiştir.

1980'li yıllardan sonra ise özellikle sağlığın ölçülmesi alanında sağlanan gelişmelerle ve QALY (yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılı-quality adjusted life years) ve DALY (maluliyete göre düzeltilmiş yaşam yılı-disability adjusted life years) gibi karmaşık ve tartışmalı kavramların da gündeme gelmesi ile birlikte sağlık ekonomisinin hemen her alanı ile ilgili araştırmalarda ve yayınlarda büyük bir patlama yaşanmıştır.²⁹

Dünyada sağlık ekonomisinin gelişiminin 1960'lı yılların başında başlamasına ve 1980'lere gelene kadar hem teorik hem de uygulama açısından çok önemli bir yol alınmasına karşın, Türkiye'de sağlık ekonomisi ile ilişkili kavramların ilk olarak gündeme girmeye başlaması 1989 yılında Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan Master Plan Etüdü ile gerçekleşmiştir. Bu plan ile ilk kez sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve dâhili piyasa gibi kavramlar gündeme gelmiştir. Bu plandan sonra sağlık hizmetlerinde reform, değişen ağırlıkta ve yoğunlukta olmak üzere sürekli Türkiye'nin gündeminde olmuştur.³⁰

İlk olarak 1993 yılında Türkiye'nin en kapsamlı ilk sağlık politikası dökümanı yayınlanmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayıran, tüm nüfusu genel sağlık sigortası ile güvence altına alan, hastanelerin dahili bir piyasada birbirleri ile rekabet edecek özerkliğe sahip olduğu, birinci basamakta aile hekimliğine dayalı bir reform paketi ayrıntılı olarak ele alınmıştır. 1996-1998 yılları arasında ilk kez kapsamlı sağlık harcamaları araştırmaları yapılmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların büyüklüğü ve bu kaynakların geldiği yere ve fonksiyonlara göre nasıl dağıldığı ortaya konmuştur. Bu çalışmalar, Türkiye'de sağlık harcamalarının ilk kez ayrıntılı olarak ele alınmasını sağlamış ve önemli bir ufuk kazandırmıştır.

Türkiye'de sağlık ekonomisinin gelişimine katkıda bulunan ve uluslararası karşılaştırılabilirliği olan iki önemli çalışma 2003 yılında tamamlanmıştır. Bunlardan birincisi OECD Sağlık Hesapları Sistemi ile uyumlu Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, ikincisi ise Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasıdır. Her iki

²⁹ Deniz Fidan, (2000). “Sağlık Sisteminde Akılcı Kaynak Aktarımı İçin Hastalık Yükü Kavramı ve DALY Ölçütü”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

³⁰ Price Waterhouse, Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu Aralık 1989.

çalışmanın sonuçları da, sağlıkta reform hareketinin yeniden ivme kazandığı ve önerilerin somut olarak hayata geçtiği bir dönemde, sağlık politikasını belirleyenlere önemli veriler sağlamıştır. Örneğin Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Türkiye'nin sağlık için ayırdığı kaynakların, gelişmişlik düzeyi ile karşılaştırıldığında önceden bilinenden daha yüksek düzeylerde olduğuna, bu nedenle mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanımının öncelikli politika olması gerektiğine işaret etmiştir.³¹

Aktarılan bilgiler ışığında, Türkiye'deki sağlık ekonomisinin Dünyadaki diğer gelişmekte ve gelişmiş ülke uygulamalarına paralel olarak yeterli düzeyde gelişmemiş olduğunu gözlemlemekteyiz. Aynı zamanda sağlık ekonomisine ait kavramların bile kullanımının yeni yeni ülkemizde kullanıldığını gözlemlemekteyiz. Bütün bu gelişmeler kapsamında, ülkemizin ve reform sürecinin gerekleri düşünüldüğünde; bu alandaki kapasitenin hem nicelik hem de nitelik olarak gerekli düzeye geldiğini ifade etmek henüz mümkün görünmemektedir. Oysa yürütülen ve yürütülmesi planlanan reformların başarısı için bu alandaki boşluğun bir an önce doldurulması zorunlu görünmektedir. Bütün bu gelişmeler neticesinde dikkat edilmesi gereken önemli bir husus ise, sağlık ekonomisinin veya alt bölümlerinin tek başına beklenen faydayı sağlayamayabileceği hususudur. Aynı zamanda disiplinlerarası uygulamalar kapsamında gerekli yenilik ve gelişmeler takip edilmelidir.³²

Bu kapsamda çalışmanın ikinci bölümünde öncelikle sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinde etkinlik göstergeleri değerlendirmiştir.

³¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu, Sağlık Gelişim Politikası Raporu, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> (Erişim tarihi: 05.10.2010)

³² Mehmet Tokat, H.Ü. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (Erişim tarihi: 08.10.2010)

2. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK GÖSTERGELERİ

Sağlık harcamaları kavramı ve ekonomik büyüme ilişkisinin incelenebilmesi için sağlık hizmetleri konusunun bilinmesi gerekmektedir. Çünkü sağlık harcamaları kavramı sağlık hizmetlerinin temel göstergelerindeki değişimler sonucu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle bu bölümde sağlık hizmetleri kavramı üzerinde durmamızda yarar vardır.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Gerek kamusal sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan sorunlar, gerekse ülkede bütün bireylerin aynı düzeyde bu hizmetlerden yararlanamaması durumu ve gerekse kamusal sağlık hizmetlerinin finansmanında ortaya çıkan sorunlar incelemeye çalıştığımız konunun önemini ifade etmektedir. Bu nedenle öncelikle Dünya’da ve Türkiye’de sağlık hizmetinin temel göstergeleri karşılaştırmalı olarak analiz edilecek, daha sonra Türkiye’deki göstergelerin niteliği tespit edilerek sorunun boyutu ortaya konulmaya çalışılacaktır. Ardından sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu temel sorunların kaynakları ele alınacaktır.

1978 yılında Kazakistan’ın Almatı (Alma Ata) kentinde toplanan uluslararası konferansta yayımlanan bildirmede temel sağlık hizmetlerinin niteliği ve kapsamı tanımlanmıştır. Buna göre; temel sağlık hizmetleri, “Bir toplumdaki birey ve ailelerin çoğunluğu tarafından benimsenecek yollardan, onların tam bir katılımıyla, toplum ya da ülkenin karşılayabileceği bir harcamayla gerçekleştirilen esas çalışmalardır.”³³

Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevreyle uyum halinde yaşamalarına etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sürdürülmesi insanların sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Bir ülkede nüfusun sağlıklı insanlardan oluşması ülkenin ekonomik yönden gelişmesi için önemli bir unsurdur.

³³Zeliha Öcek ve Ata Soyer, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/birincibasamaksh.pdf> (Erişim tarihi: 16.10.2010)

Sağlık hizmetleri, ilk ve en önemli olması gereken, reddedilemeyen ve hariç tutulamayan özellikleri ile kamu hizmetlerinin bir parçasıdır. İyi olmayan bir sağlık yeni maliyetler ortaya çıkarırken, iyi sağlık ise daha fazla ekonomik ve sosyal, zihinsel gelişme sağlamaktadır.

2.1.1. Günümüzde Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumunun Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti sunma devletin en temel görevlerindedir. Çünkü "Sağlıklı yaşama hakkı" en temel insan hakkıdır ve herhangi bir ayırım gözetilmeksizin tüm yurttaşların sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekmektedir. Çağdaş bir sağlık sistemi; finansmanı kamu tarafından vergiler yoluyla genel bütçeden sağlanan, nüfusa dayalı, toplum katılımına açık, tüm toplumu hiç bir ölçüt gözetmeden kapsayan, öncelikleri ve kısa/orta/uzun erimli eylem planları belirlenmiş, ileriye yönelik, yenilikçi olmalı ve sektörler arası işbirliği/eşgüdüm ile sunulmalıdır.

Sağlık Sektörü'nün yapısı; ülke nüfusu, kültürel gelişim, doğal kaynak, politik ve ekonomik sisteme bağlı olarak değişim göstermektedir. Bununla birlikte sağlığa verilen önemin her geçen gün artması ve sağlık hizmetlerinde kalite çitasının yükselmesi, sağlık kuruluşları arasındaki rekabeti artırmakta ve sektörün gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda; fiziki yapı, araç gereç, insan gücü ve finans gibi kaynak özelliklerinin yanı sıra, hizmetin sunum şekli ve hizmet alanların memnuniyeti de kuruluşlar arası rekabette en belirleyici özellikler olarak gösterilmektedir.³⁴

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu temel olarak 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Yasa" ile belirlenmiş olmakla birlikte, 1961 yılında kabul edilen yasa (halen yürürlükte olmasına karşın) uygulanmamaktadır. Söz konusu yasa, her üç bin kişiye bir sağlık evi, her on bin nüfusa bir sağlık ocağı, her elli bin nüfusa bir devlet hastanesi, her bölgeye bir eğitim /araştırma hastanesi öngörmekte ve sağlık hizmetinin "ücretsiz" verileceğini bildirmektedir. Yasanın yürürlüğe girdiği yıllardaki ülke nüfusunun kırsal ağırlıklı olması, yasanın daha çok kırsal kesime götürülen sağlık hizmetlerini öncelemesine yol açmış ve aksayan bazı

³⁴ Kayıhan Pala, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ne Durumda? <http://www.biyoetik.org.tr/haftanin/Pala.html> (Erişim tarihi: 23.12.2010).

yönlerine karşın kırsal kesime götürülen sağlık hizmetlerinde önemli bir yükseliş yaşanmıştır.³⁵

Ülkemizde bugün "sağlık" denildiğinde neredeyse tümüyle "hastalık ve tedavi edici hizmetler" anlaşılmakta, tedavi edici kurum ve kuruluş olarak da hastaneler konuşulmaktadır. Oysa sağlık, öncelikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi olarak algılanması ve planlanması gereken bir kavramdır ve tedavi edici hizmete gereksinim duyulduğunda da toplumda görülen hastalıkların %90'ından fazlasının başarıyla tedavi edilebileceği birinci basamak kamu sağlık kuruluşlarının (sağlık ocaklarının) ön plana çıkarılması gerekmektedir. Son yıllarda uygulanan yanlış politikalar sonucunda ülkemizde sağlık, parası olanın olduğu kadar yararlandığı veya satın aldığı bir mal durumuna getirilmiştir. Sağlıkta serbest piyasa denilen bu sistemde hasta "müşteri", sağlık hizmeti ise ticaret kabul edilmektedir. Bugün ülkemizde sağlık alanında insan yerine parayı merkeze koyan bir sağlık politikası egemendir. Özellikle son yirmi yılda kamu sağlık yatırımları sınırlandırılmış veya durdurulmuş ve kamu sağlık hizmetleri çökme noktasına getirilmiştir.³⁶

Ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşmada ve yararlanmada büyük eşitsizlikler yaşanmaktadır. Sağlık kurumlarının ve sağlık insan gücünün dağılımı son derece dengesizdir. Nüfusun yaklaşık üçte biri sağlık güvencesinden yoksundur. Genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay %10'un üzerinde olmasına karşılık, Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay hiçbir gerekçeyle açıklanamayacak kadar düşüktür. Toplam sağlık harcaması ve kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından Türkiye Avrupa ülkelerinin çok gerisindedir. Sağlık harcamaları içerisinde koruyucu sağlık harcamalarına ayrılan kaynak son derece yetersizdir. Halk sağlığı göstergelerine göre ülkemizde halkın sağlık düzeyi, mevcut gelirine göre daha düşük bir seviyededir.³⁷ Bu anlamda "başarısız sağlık yönetimi" son yirmi yılın Türkiye'de sağlık alanındaki en önemli sorunlarından biri olmaya devam etmektedir.

Sağlık yönetimi alanında eğitimi, bilgisi, becerisi ve deneyimi olmayanlar yalnızca siyasi iktidara yakınlıkları nedeniyle başhekim ya da sağlık müdürü olarak görevlendirilebilmektedir. Siyasi yatırım amacı ile açılan tıp fakültelerinin birçoğu

³⁵ Recep Akdur, (2006) Cumhuriyetten Günümüze, Türkiye'de Sağlık, Naturel Yayınları, Ankara, s.35

³⁶ Mustafa Öztürk, Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri, http://med.sdu.edu.tr/tipdergisi/1999/6_1_99/6_1_99ozturk3.pdf (Erişim tarihi:05.02.2011).

³⁷ Mehmet Tokat, H.Ü. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (Erişim tarihi: 08.10.2010)

hekim yetiştiremeyecek durumdadır. SSK'nın sağlık hizmetleri krizdedir. Sağlık hizmetlerinde genel olarak savurganlık hâkimdir. Gelişigüzel ilaç ve teknoloji dışalımını sonucu kaynakların önemli bir bölümü yurtdışına akmaktadır. Sağlık sektörü bilgisiz ve deneyimsiz kişilerin elindedir. Kısacası; sağlık alanında tam bir karmaşa yaşanmaktadır.³⁸

Kişinin sağlığı, yaşam kalitesi buna bağlı olarak toplumun sağlık düzeyi doğrudan çevre tarafından belirlenmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetleri çevreden, yaşam koşullarından, beslenme, barınma gibi temel haklardan bağımsız olarak düşünülemez.

Sağlık hizmetleri anında karşılanması gereken bir gereksinimdir. Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermektedir. Bunun yanında toplumların sağlık ve dolayısı ile hastalık konusuna bakışları da kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişim göstermektedir. Söz konusu farklılıklar sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini de etkilemektedir.³⁹

Günümüzde bilimsel kriterlere göre yönlendirilen, tanı ve tıbbi tedavi süreçlerini kapsayan “batı tipi” sağlık hizmetleri anlayışı yaygındır. Bunun dışında kalan ve çoğunlukla şifacılık, bitkisel ve metafizik kürler vb. şekilde görülebilen ve ağırlıklı olarak Doğu (Çin, Asya) tıbbı ya da “alternatif tıp” olarak bilinen tarzda sağlık hizmeti üretimleri de söz konusudur. Ancak genel kabul gören ve ülkemizde de yaygın olan bilimsel kriterler ışığında bulgulara ve neden sonuç ilişkilerine dayanan “batı tipi tıp anlayışı”, sağlık politikalarını ve uygulamalarını yönlendirmektedir.⁴⁰

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için gerekli olan en temel hizmet özelliğine sahiptir. Beşeri sermaye, insana ait niteliklerin değeri olarak ifade edilmekte olup; sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özellikler ile bire bir ilişkilidir.

³⁸ Kayıhan Pala, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ne Durumda?

<http://www.biyoetik.org.tr/haftanin/Pala.html> (Erişim tarihi: 23.12.2010).

³⁹ Recep Akdur, (2006) Cumhuriyetten Günümüze, Türkiye’de Sağlık, Naturel Yayınları, Ankara, s.24

⁴⁰ Asuman Altay, Sağlık Hizmetlerin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, <http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der64m2.pdf> (Erişim tarihi: 13.11.2010).

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir.

Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman-nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez ve belirlenmesi zordur. Sağlık hizmetlerinin tüketimi, genellikle hastalık ya da hastalık belirtisinin oluşması durumunda başlamaktadır. Örneğin sağlıklı bir insanın kaza geçirmesi sonucu, sağlık hizmetine acilen ihtiyaç duyulabilir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine olan talebin kim tarafından gerçekleştirileceği ve bu talebin ne miktarda olacağını da önceden kestirmek mümkün değildir. Bulaşıcı ve salgın hastalıkların aniden ortaya çıkması sağlık hizmet talebi ve tüketiminde patlamaya yol açarken kimlerin bu salgından etkileneceğini dolayısıyla talebin kimler tarafından gerçekleştirileceğini bilmek imkânsızdır.⁴¹

Sağlık koşullarındaki bozulma kişinin sosyal ve iş hayatını temelden etkilemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin ertelenmesi söz konusu olamaz. Özellikle kişinin sağlık durumundaki bozulma, kişiye ağrı acı veren, sağlığını tehlikeye düşüren durum ise, sağlık hizmetlerinin talebinin acilen karşılanması gereklidir.

Sağlık koşullarında meydana gelen kötüleşme çok ciddi sonuçlar doğurup kişinin ölümüne dahi yol açabilmektedir. Hayatının bir bölümünü toplumsal bir katma değer üretebilmek için eğitimle geçiren bir insanın gereken toplumsal üretimi yapmadan ölümü, üretim de kullanılan bir makinenin ekonomik ömrü dolmadan devre dışı kalmasına benzemektedir.

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç olması durumunda bu alınması gereken hizmetin yerini başka bir hizmetle doldurma şansı yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılan en önemli özelliklerden biri de budur. Diğer mal ve hizmetleri ikame edebilirken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık problemine göre belirlendiğinden ikame edilemez.

Sağlığını kaybeden kişinin onu geri kazanabilmek için uygulanacak tedaviyi kabul etmekten başka şansı yoktur. Sunulan sağlık hizmet konusunda karar verme yetkisi olmadığından tercih de söz konusu olamaz.

⁴¹ Coşkun Can Aktan, Değişim Çağında Sağlık Hizmetleri, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunumalternatif.pdf> (Erişim tarihi: 10.11.2010).

Sağlık hizmetlerinin sunulması sonucunda ortaya çıkan değerın parasal olarak ölçülmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin çıktıları çok uzun vadede görülmeye devam edebilir.

Tüm bu sonuçların parasal bir değer olarak ifade edilmesi imkansızdır. Örneğin, bebek ölüm oranının binde 10'dan binde 5'e düşürülmesi için yapılan harcamalara karşılık "kazancımız ne kadar, ne kadar kar edildi?" şeklinde bir hesaplama yapma imkânı yoktur. Sağlık alanında yapılan harcamalarla geri kazanılan, korunan ya da geliştirilen sağlık hizmetleri bir yatırımdır. Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar uzun dönemde topluma geri dönmekte ve bu kazanım için ayrıca bir faaliyette bulunmaya gerek yoktur.

Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler GSYİH'larından her geçen yıl daha fazla pay ayırmaktadırlar. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırımlar "üretken yatırım" olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknolojinin maliyetlerinin yüksekliği ve hizmet sunumunun insan faktörüne dayanması nedeniyle sağlık hizmetleri son derece pahalı olan bir hizmet türü olarak tanımlanmaktadır. Buna rağmen sağlık problemlerinin en kısa sürede çözümlenmek zorunda olması sebebiyle, sağlık hizmetleri piyasasında hizmeti talep eden kişinin alınacak hizmetin bedeli konusunda pazarlık yapma şansı yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasının bu özelliği sağlık hizmetleri piyasasının eksik rekabet koşullarında işlemesine neden olmaktadır.⁴²

Rekabet piyasalarının belirlenen özelliklerine rağmen pareto etkin olmayışına neden olan piyasa başarısızlıklarının varlığı, bu piyasaların işleyişine müdahalenin gerekçesini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında ise, piyasada etkin kaynak tahsisini önleyen nedenler olarak belirtilen faktörler piyasa aksaklıklarına neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı rekabetçi piyasalar, sağlık hizmetleri için etkin çalışmaz ve bu şartların olmadığı bir yerde farklı bir piyasa tipi ortaya çıkar.

⁴² Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu, <http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/> (Erişim tarihi: 11.12.2010).

Sağlık hizmetleri alanında özel piyasalar pareto etkin olabilirler. Ancak bu hizmetlerin bedelini ödeyemeyecek olan kimselerin bu hizmetten yararlanması piyasasının etkinliğini bozmaktadır.

Maynard, Mills, Gibson ve Pauly gibi çeşitli sağlık ekonomistleri, sağlık hizmetinin hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahip olması, gelirle ilişkilendirildiğinde sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olması, kötü sağlığın para kazanma kapasitesini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklılaştığını belirtmektedirler.

Nadaroğlu'na göre; sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına girmektedir. Bu hizmetleri bir tüketicinin kullanımına sunarken, toplumun diğer bireylerinin bazıları da bu hizmetlerden faydalanmaktadır.⁴³ Sunulan sağlık hizmeti sonucunda ortaya çıkan fayda bireye özel olmayıp topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bireysel fayda pazarlanabilir iken bu hizmetlerin sağladığı sosyal fayda ise pazarlanamaz. Mal ve hizmet üretmek isteyen bir üretici yalnızca pazarlayabileceği özel faydayı dikkate alarak hareket eder. “Diğer bir anlatımla, kaynak tahsisini, yalnızca pazarlayabileceği özel faydaya göre yapar. Belirli bir muayene, tedavi, aşı hizmetleri öncelikle bireylerin sağlığını etkilemekte bu arada da toplumun genel sağlığına önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıklarda toplumun sağladığı fayda çok yüksektir. Toplumun genelinin, daha sağlıklı bir yapıya kavuşması, bir üretim faktörü olan emeğin verimliliğinin artmasına neden olmaktadır.”⁴⁴

Toplumda gelir seviyesinin düşük olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin bazı kesimlerce satın alınamaması durumunda, doğrudan doğruya topluma yayılacak olan dışsal faydalar sınırlamaktadır. Bu sebeple devlet tarafından Yeşil Kart, malullük sigortası gibi destekler sağlanarak sosyal fayda yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca devlet uyguladığı çeşitli vergi indirimi, sübvansiyon gibi yollarla sağlık hizmetlerinin üretimine destek vermektedir.

Sağlık hizmetleri piyasa mekanizması yanında kamu sektöründe de finanse edilip üretilmesini sağlar. Sağlık hizmetlerinin üretiminin tamamıyla piyasa koşullarına bırakılmayışı ekonomik, teknik, sosyal, hatta etik nedenlerle, sağlıklı bir yaşamın bir insan hakkı ve anayasal bir hak olmasından dolayıdır.

⁴³ Halil Nadaroğlu, (1998) *Kamu Maliyesi Teorisi*, Beta Yayınları, İstanbul, s.26

⁴⁴ Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, <http://hasuder.org/en/> (Erişim tarihi: 25.09.2010).

Ayrıca sosyal devletin görevlerinden olan toplum sağlığının korunması ilkesi sebebiyle, sağlık hizmetlerinin tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılması mümkün değildir.

Burada aktarılması gereken bir diğer husus ise, insanların sağlık durumlarında meydana gelen bozulmalar sonrasında ekonomik olarak iki sonuçlardır. Bu kapsamda iki farklı sonuç çıktığını söyleyebiliriz. Ortaya çıkan birinci sonuç, meydana gelen rahatsızlıktan dolayı kişinin gücünü kaybetmesi ve çalışamamaktan doğan gelir kaybı olmaktadır. İkinci sonuç ise, hastalığın tedavi edilebilmesi için harcanan para sonrasında meydana gelen gelir kaybıdır. Sağlıklı bireylere sahip olma toplumun geleceği ve mutluluğu için önemli bir unsur olduğu gibi, ülkenin ekonomik kalkınmasında gerekli insan gücü kaynağının oluşturulabilmesi için de şarttır. Bu kapsamda sosyal devletin sağlık hizmetlerinin karşılanması hususunda yapacağı uygulamalar bir anlamda bu sonuçların telafisine katkı sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinde hizmeti alanların memnuniyeti esastır. Çünkü bu hizmetler toplum tarafından beğenilmez ve benimsenmezse kullanılamaz.

Sağlık hizmetlerinde çalışanların memnuniyetinin sağlanması da gereklidir. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerini var etmek yetmez, bu hizmetlerinin toplum tarafından kabul edilmiş olmasını ve yeterince kullanılmasını sağlamak da gerekir. Toplumun beklentileri ve gereksinimindeki gelişmeler de sağlık hizmetlerinin yenilenmesini ve çağa uydurulmasını zorunlu kılmaktadır.

Sağlık hizmetleri sürekli olarak değişen ve gelişen dinamik bir sistemdir. Dünyada uluslararası nitelikteki bilgi ekonomilerinin öne çıkması ve sosyal demokrasinin kamu hizmetleri alanında bu gelişmeyi de kapsayan yaklaşımları ile ülkemizde sağlık hizmetlerini daha nitelikli ve daha yaygın, eşitlikçi bir şekilde sağlama gereği bu alanda güncel gelişmeleri yeterince dikkate alarak yaklaşan ve aynı zamanda geleceğin ihtiyaçlarını da göz önünde tutan bir çalışmanın hazırlanmasını gerekli kılmıştır.⁴⁵

2003 - 2008 yılları sağlıkta önemli adımların atıldığı bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde ülkemiz, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

⁴⁵ Türkiye İstatistik Kurumu (2009). "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004- 2007 Yılı Sonuçları", Haber Bülteni, No: 29.

Bu dönemde halk sağlığına yönelik önemli adımlar atılmış ve bu adımlardan birisi olarak SSK hastaneleri olmak üzere kamu kurumlarına ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.⁴⁶

Ayrıca dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kart uygulamasının hakları genişletilmiştir. Yeşil Kart sahiplerinin “ayakta tedavi” kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır olmuştur.

Benzer şekilde ilaç alımındaki KDV oranı düşürülmüş ve ilaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiştir. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmış ve ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü büyük ölçüde hafifletilmiştir. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır.

Sosyal güvenlik şemsiyesi sadece daha fazla nüfusu kuşatmakla kalmamış vatandaşlarımızın kendi ceplerinden yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı yüzde 30'dan yüzde 16'ya inmiştir.

Artık yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmeti sunulmaktadır. Kar üstü araçlarına, deniz ve hava taşıma araçları eklenmiştir. 81 ilimizde özel eğitim almış 2500 sağlık personeli ile Avrupa'nın en büyük afetlere yönelik tıbbi kurtarma ekibi kurulmuştur. Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırmıştır. Bu dönemde sağlık yatırımlarının hızla tamamlanmasına ağırlık verilmiştir; 211'i hastane, 191'i hastane ek binası, 752'i sağlık ocağı olmak üzere toplam 1249 sağlık tesisi hizmete açılmıştır. Kamuda yüz onbir bin yeni sağlık personeli istihdam edilmiştir.⁴⁷

Çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Geleceğe dönük olarak büyük bir adım niteliğinde olan bu proje çerçevesinde başarıyla sürdürülen uygulamadan gittikçe daha fazla kişi yararlanmaktadır.⁴⁸

Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından yayınlanan 2008 Kanser Raporu'nda Türkiye, kanser kontrol stratejisi açısından “örnek ülke” olarak belirlenmiştir. Bütün bu başarıların sebebi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile artık kanser kontrolünün gerek

⁴⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim tarihi: 18.03.2011).

⁴⁷ Erinç Yeldan, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler, http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan07_12Ocak05.pdf (Erişim tarihi: 12.11.2010).

⁴⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim tarihi: 18.03.2011).

farkındalığın artırılması, gerek taramalar, gerekse tedaviler açısından bir devlet politikası haline getirilmiş olmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile son 6 yıl içerisinde Türkiye’de sağlık konusunda çok şey değişmiştir. Artık Türkiye, hastalık yükü önemli ölçüde enfeksiyon hastalıklarından oluşan bir ülke konumunda değildir. 2002 yılında kayıtlı tifo vakası 25 bin iken 2008 yılında yalnızca 218 olmuştur. Sıtma vaka sayısı 10 binli rakamdan düşerek geçtiğimiz yıl 100’lü bir rakamda kalmıştır.⁴⁹

Halkın sağlığının korunmasının farklı boyutları vardır. Birincisi doğrudan Sağlık Bakanlığı’nın, sağlık çalışanlarının, yani sağlık sektörünün üzerine düşen görevler kapsamında ele alınabilir. Diğer önemli bir boyut, bireylerin farkındalığının olması, kendi sağlığına sahip çıkmasıdır. Birey kendi yaşam biçimini değiştirmedikçe, halk sağlığının önemli tehditlerinden onları korumak mümkün olamamaktadır. Kuşkusuz bu hususta da Sağlık Bakanlığı’na ve sağlık sektörüne büyük görevler düşmektedir. Her bir bireyde yaşam biçimini sağlıklı olmak yönünde değiştirecek şekilde bir farkındalığın oluşturulması şarttır.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRLERİ

Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır. Kişileri hastalıklardan korumak, tedavi etmeye göre daha kolay, daha etkili ve daha ucuzdur. Bu özelliği nedeniyle de, koruyucu hizmetler ekonomik, verimli ve de tüketimi baskılayan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes

⁴⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk Sağlık Kurumu, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> (Erişim tarihi:10.02.2011)

tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir".⁵⁰

Sağlık alanında özellikle altı çizilmesi gereken bir nokta, tedavi hizmetlerine kıyasla, koruyucu sağlık hizmetlerinin hem daha etkin, hem daha insancıl, hem de daha ucuz olmasıdır. İnsanları hastalıktan korumak yerine tedaviye ağırlık vermek, sonucu değiştirmekten öte sadece güncel ve kısa vadeli çözümler ortaya koymamıza yardımcı olacaktır. Bu metaforun görselleştirdiği gibi, koruyucu sağlık hizmetleri bir sağlık sisteminin başarısı açısından kritik bir önem taşır. Ancak bütün üstünlüğüne ve taşıması gereken önceliğe karşın koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verildiği pek söylenemez.

Bu kapsamda, tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetler olup üç basamakta ele alınmaktadır:

a) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışın gerekli olmadığı, uygulanan tedavinin evde ya da ayakta verildiği, daha çok iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurup gerektiği takdirde hekimin uygun görmesiyle bir üst basamağa sevk edilmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan sağlık birimleri; sağlık evi-sağlık ocağı, AÇS-AP merkezi (ana-çocuk sağlığı), dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlardır. Bu birimler, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan hizmetleri görürler.⁵¹

Açıklanan nedenlerle insan, yalnızca hasta olduğunda sağlığın değerini tam olarak anlayabilir ve onu geri kazanabilmek umuduyla bir bedel ödemeye hazır hale gelir. İnsanın gerçekliği olduğundan farklı algılayan doğasının bir sonucu olan bu durum, bir dizi soruna yol açar. Bu sorunlardan belki de en önemlisi, sağlayacağı yararların yeterince göz önüne alınamıyor olması nedeniyle, birincil koruma hizmetlerine yönelik talebin çok düşük düzeylerde gerçekleşmesidir. Oysa bir hastalık başlamadan ve oluşmadan önce onun ortaya çıkmasını engellemeyi hedefleyen birincil koruma hizmetleri, maliyet açısından da oldukça düşüktür. Ancak birincil koruma hizmetleri karşısında birey iki önemli sorunla karşı karşıya kalır.

⁵⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10644/h/ysaglikhizyuryon.pdf> (Erişim tarihi: 27.09.2010).

⁵¹ İlker Belek ve Harun Belek (1998). "Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri finansman, kurumlar, insangücü ve hizmet açısından genel bir değerlendirme", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(5): 322-327.

Birincisi, böyle bir hizmetin sağlayacağı yarar objektif bir şekilde değerlendirilemez. İkincisi, birey böyle bir hizmetten yalnızca kendi elde edeceğini düşündüğü yarar nispetinde, ya da başka bir ifadeyle sosyal optimumun altında talepte bulunur. Bu nedenlerden ötürü piyasa mekanizması, sağlık alanında hem bireysel hem de toplumsal açıdan başarısız olur. Sağlığı korumaya yönelik olarak söz konusu olan ve özellikle yetersiz talep olarak ortaya çıkan bu piyasa başarısızlığına çözüm bulunmasında kaçınılmaz olarak devlete önemli sorumluluklar düşer. Bu sorumluluklardan birisi, devletin koruyucu sağlık hizmetlerinin bedelsiz ya da düşük bir bedelle sunulmasını sağlamasıdır. Bireylerin sağlıklarını nasıl koruyabileceklerine ilişkin eğitim almalarını sağlamak da, bu sorumluluklar arasındadır.

b) İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir.

c) Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üniversiteler, dal hastaneleri gibi genellikle belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenilen, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinde verilen sağlık hizmetleridir.

Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon olmak üzere, bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların bağımlı olmadan kendi kendilerine yeterli olarak yaşayabilmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir. Özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların sakat kalmalarına yol açan ve/veya çalışma güçlerini motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları ve böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetlerdir.⁵²

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI

Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün alınıp satılabildiğine göre, arz-talep mekanizması işlemektedir.⁵³ Sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktarlardır.

⁵² Gülşah Kaya, Nagehan Avcılar, Tıbbi Hizmetler Süreç Yönetimi, http://haged.istanbul.edu.tr/ppt/tibbi_hizmetler/tedavi_hizmetler.ppt (Erişim tarihi: 02.12.2010).

⁵³ Burhan Şenatalar (2003), "Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış", C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, Özel Eki, İstanbul.

Sağlık hizmeti ise sağlık ocağı, hastane, laboratuvar, vb. sermaye unsurları ile hekim, hemşire, hasta bakıcı, laborant, vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir maldır.

Sağlık hizmetini arz eden üreticiler ve satıcılar için en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel, sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Bu üretim girdileri için yapılan harcamalar sağlık hizmetlerinin üretim maliyetlerini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzını belirleyen bir diğer unsur da hekim sayısı, teknoloji, hastane, araç-gerecin uyumlu artışıdır. Hekim sayısı artmadığı sürece, hastane, sağlık ocağı sayısının artması sağlık hizmetleri arzında gelişme olduğunu göstermez. Sağlık hizmetlerinin arzının artışında, teşhis ve tedavi araçlarında, ilaç endüstrisinde ileri teknolojiye sahip olmak sağlık kurumlarını finansman yönüyle zorlamaktadır.

Ülkemizde sağlık arzına yönelik göstergeler henüz ekonomik yönden gelişmiş ülkelerdeki göstergelerin gerisindedir. Sağlık hizmetleri arzında hekim, hastane, sağlık ocağı, sağlık personeli sayısı, teşhis, tedavi araçları istenilen kalite ve miktarda değildir. Sağlık arzının yetersizliği karşısında sağlık talebi de kişi başına gelirin düşük olması, büyük şehirler dışında hekim sayısının azlığı, hastane olanaklarının olmayışı, bilgisizlik, vb. nedenlerle düşüktür. Sağlık talebin artması bir yerde sağlık arzının artmasına bağlıdır. Bu nedenle devletin sağlık arzını yani sağlık harcamalarını arttırması gerekmektedir.

Temel sağlık hizmetleri her insana, her yere, sürekli ulaştırılmalıdır. Böylece her insanın, sağlık sorununa en kısa zamanda ve en kısa yoldan çözüm bulması sağlanır. Bu sayede insanlar, zamanlarını ve enerjilerini sağlık sorunlarıyla uğraşarak harcamak yerine üretken çalışmalar için harcarlar. Sağlıklı bireylerin oluşturduğu toplum, sosyal ve ekonomik kalkınmayı gerçekleştirebilir.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TALEBİ

Sağlık hizmetleri talebi, kişinin belli bir sağlık sorunuyla ilgili olarak sağlık kurumlarından faydalanabilme imkânıdır. Sağlık hizmetleri talebinde fiyat önemli bir faktör değildir. Çünkü kişi sağlık sigortasına sahip ise yeşil kartı varsa sağlık hizmetlerinin fiyatı talebi etkilememektedir. Sağlık hizmetlerinin talebini etkileyen en önemli unsur sağlık ihtiyacının hayatın devamı için zorunlu ve önemli bir ihtiyaç olmasıdır. Sağlık hizmetlerine olan talep iyi belirlenirse sağlık hizmetleri arzı daha doğru belirlenebilmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir

kişinin ortalama yılda hekime başvurma sayısı önemli bir ölçüttür. Örneğin; OECD ülkelerinde bir kişi yılda 6,1 kez hekime başvururken Türkiye’de bu oran 0,5 ile 4 arasında değişmektedir.⁵⁴

Ülkemizde sağlık hizmeti talebinin düşük olma nedenlerini şöyle sıralayabiliriz.⁵⁵

- Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulmaması sağlık hizmetlerine olan talebi geciktirmektedir.
- Halkın sağlık hizmeti almasında kolaylık sağlanması ve gecikmelerin önlenmesi için sağlık müracaat zinciri etkin çalışmamaktadır.
- Sağlık güvencesi olmayan kişiler kendi kendilerini tedavi etmekte, tedavide çaresiz kalırlarsa sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar.
- Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasına sahip kişiler sağlık hizmetlerinden memnun olmadıkları için mecbur kalmadıkça sağlık kurumlarına gitmemektedirler.

Türk sağlık sisteminin başlıca hedefleri; sağlık statüsünü iyileştirmek, ulaşılabilirliği ve verimliliği arttırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi ise sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı politika belirlenmesine bağlıdır. Bugün birçok ülkede sağlık sektörü önemli ölçüde kaynak kıtlığı ile yüz yüze bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri yöneticileri mevcut kaynakları olabildiğince verimli ve etkili bir biçimde kullanmalıdırlar.

Kaynakların optimal kullanılabilmesi, kaynak akışı ile kaynakların sağlık hizmetlerinin kalite ve performansı üzerindeki etkisi hakkında açık ve doğru bilgiyi gerektirmektedir.⁵⁶

⁵⁴ Emine Orhaner (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1.

⁵⁵ Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu, <http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/> (Erişim tarihi: 11.12.2010).

⁵⁶ Asuman Altay, Sağlık Hizmetlerin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, <http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der64m2.pdf> (Erişim tarihi: 14.02.2011).

2.5. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA DEVLETİN ROLÜ VE DIŞSALLIK

Devletin ekonomideki diğer rollerinin yanında , sağlık hizmetleri piyasasında da çeşitli rolleri söz konusudur. Bu kapsamda ortaya çıkan ana görev, bireyler için iyi bir sağlık statüsünün elde edilmesi, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir. Bunun birey açısından anlamı ise, talep edilen sağlık hizmetlerinin istenen miktar ve kalitede, eşitlik ve adalet sınırları içerisinde elde edilmesidir.

Devletin sağlık piyasasıyla ilgili geleneksel görevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Tam kamusal (temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi) ve yarı kamusal (tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri gibi) malları üretmek,
- Sağlık hizmetlerinden yaralanamayan bireylerin taleplerini karşılamak amacıyla üretim ve düzenleme yapmak (gönüllü aşılama ve sosyal hizmetler , temiz su sağlanması, sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatlama sürecine taban ve tavanların belirlenmesi yoluyla müdahale edilmesi)
- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi için gerekli kaynakları verimli kullanmak ,
- Sağlık göstergelerini (ortalama yaşam beklentisi, doğumda ölüm oranı vb.gibi) gözlemek ve bu yolla toplumun ekonomik, sosyal ve sağlık göstergelerinin düzeyini belirlemek, izlemek, geliştirmek ve korumak,

Anlaşıldığı üzere , sağlık mal ve hizmetleri piyasasında devlet; sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın alarak, sağlık hizmetlerini kontrol ederek ve izleyerek, sağlık alanında araştırma ve geliştirme yaparak , sağlık hizmetleriyle ilgili tam bilgilenmeyi sağlayarak, sağlık işgücünü geliştirerek, herkesin erişebileceği düzey ve yaygınlıkta sağlık hizmeti sunmaktır.

2.5.1. Dışsallık

Bireysel çıktılar toplumsal çıktılarından farklıdır. Bireylerin faydası diğer bireylerin sağlık hizmeti kullanımından veya kullanamamasından etkilenir. Sağlık hizmetinin bireysel bazda belirlenen faydası ve maliyeti optimum düzeyde olmayacaktır. Bazı sağlık hizmetleri kamu malı özelliği taşır.

- Sağlık ve sağlık hizmetleri pozitif ve negatif dışsallık yaratır.
- Dışsallıklar sağlık hizmetlerini kullanma/kullanmama ya da üretim faaliyetlerinden dolayı ortaya çıkar.

Bazı sağlık hizmetleri bir kişiye sunulan bir hizmetin faydaları diğer kişileri de etkiler; hizmet pozitif dışsallık yaratır. Pozitif dışsallıklar; aşılama, halk sağlığı önlemleri, kanalizasyon, temiz su, bulaşıcı hastalık tedavisi, negatif dışsallıklar ise tedavi edilemeyen bulaşıcı hastalıklar , deniz veya akarsu kenarında kurulan bir ilaç fabrikasının atıklarını arıtmaya tabi tutmadan denize veya akarsuya akıtması vb.⁵⁷

2.6.SAĞLIK HİZMETLERİ ETKİNLİK GÖSTERGELERİ

Sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde bir değerlendirilmesinin yapılabilmesi için sağlıkla ilgili olan alt sistemlerin bazı verilerinin temel alınması gerekmektedir. Göstergelerde beşeri veriler dikkate alınmıştır.

Tablo 2. Sağlık Kurumlarının Sayısı

Yıllar	(1)	(2)	(3)
1995	15904	1276	13352
1996	16999	1163	14673
1997	14446	1156	13290
1998	15803	1175	14628
1999	19737	1130	18607
2000	19578	1114	18464
2001	19630	1198	18432
2002	19522	1184	18338
2003	19474	1171	18303
2004	19441	1138	18303
2005	19240	1078	18162
2006	18982	1034	17908
2007	18677	1009	17668

TUİK, 2010, (<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3697&metod=IlgiliGosterge>)

(1): yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının toplam sayısı, (2):toplam yataklı sağlık kurumları sayısı, (3):yataksız sağlık kurumu sayısı.

⁵⁷ Mehmet Tokat, H.Ü. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (Erişim tarihi: 08.10.2010)

Tablo 2’de de, görüldüğü üzere, yataklı sağlık kurumlarının sayısı yıllar itibariyle azalış göstermiştir. 1995 yılında 1276 olan yataklı sağlık kurumlarının sayısı 2007 yılında 1009’a düşmüştür. Buna karşılık yataksız sağlık kurumlarının sayısı ise yıllar itibariyle artış göstermiştir. 1995 yılında 13352 olan yataksız sağlık kurumu sayısının, 2007 yılı itibariyle 17668’e yükselmiş olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Kişi Başına Düşen Ayakta Tedavi Başvurusu ve Yatan Hasta Kabulü

Yıllar	Kişi başına Ayakta Tedavi Başvurusu	Yatan hasta kabulü 100 kişide
1993	1.50	5.88
1994	1.60	6.17
1995	1.70	6.28
1996	1.80	6.50
1997	2.00	6.88
1998	2.10	7.12
1999	2.10	7.34
2000	2.40	7.53
2001	2.60	7.72
2002	-	7.91
2003	-	8.11
Değişim (%)	75.33	37.90

TUİK, 2011. (<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3697&metod=IlgiliGosterge>)

Tablo 3’te izlenebileceği üzere, ülkemiz sağlık göstergelerindeki gelişmelere incelediğimizde, bazı olumlu gelişmeler olmakla birlikte, yatan hasta kabulü gibi başvuruların aynı seviyelere ulaşamadığı görülmektedir. Ülkemizde hekim başına düşen hasta sayısı hala oldukça yüksektir. Bu durumda doğal olarak sağlık işgücü dağılımını bölgelere ve sağlık birimlerine göre etkinleştirilememektedir.

Tablo 4. Türkiye'de Yataklı Kurum ve 10000 Kişiyeye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1923-2005)

Yıllar	Kurum Sayısı	10000 Nüfusa Düşen Hasta Yatağı
1923	86	5,1
1930	182	7,8
1940	198	8,0
1950	301	9,0
1960	566	16,6
1970	746	20,3
1980	827	22,2
1990	899	24,0
2000	1226	25,8
2005	1198	26,7

Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı 2005, <http://www.saglik.gov.tr/>

Tablo 4'te de görüldüğü üzere, yıllar itibariyle, Türkiye'de yataklı sağlık kurumu ve ortalama 10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısının artan bir seyir içerisinde olduğunu fakat son yıllarda bu sayının biraz duraksadığını gözlemekteyiz. 1923 yılından itibaren yataklı kurum sayısındaki artış 86 kurumdan 2005 yılı itibariyle, 1198'dir. Aynı şekilde 10.000 nüfusa düşen hasta yatağı sayısı da yıllar itibariyle artış göstermiş ve 1923 yılında 5,1 olan bu sayı 2005 yılı itibariyle, 26,7'ye ulaşmıştır.

2.6.1.Sağlık İnsan Gücü ve Yıllar İtibariyle Gelişimi

Sağlık insan gücü kamu veya özel sektörde her tür sağlık hizmetini üreten personelin tamamıdır. Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarında bilinçli olarak başlatılan hekim, ebe, hemşire ve sağlık memuru ağırlıklı sağlık insan gücü yetiştirilmesi süreci geçen yıllar içinde salt hekim ağırlıklı bir üretim biçimine dönüşmüş ve sağlık insan gücü planlaması son yıllarda gereken özenin

gösterilmediği bir alan olmuştur. Oysa sağlık insan gücü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1950’lerde daha örgütün ilk kurulduğu yıllardan başlayarak özel bir ilgi alanı olmuş, insan gücü her zaman sağlık sisteminin önemli bir “köşe taşı” olarak tanımlanmıştır.⁵⁸

1970’li yıllarda sağlık insan gücü planlaması “toplumda istenilen olumlu değişikliklerin başarılabilmesi için, sağlık sisteminin işlevlerinde iyileşme başlatabilmek üzere sağlık insan gücü ile ilgili bilgi, beceri ve yeteneklerin hesaplanması süreci” olarak tanımlanmıştır. Daha sonraki yıllarda bu tanım “sağlık insan gücü planlaması doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda insanı bulundurmadır” şeklinde daha sade bir biçim almıştır.⁵⁹

Kısaca sağlık sistemleri için “sağlık insan gücü”, sağlık insan gücü içinse planlamanın son derece stratejik bir konu olduğu uluslar arası yazında her zaman kabul gören bir görüştür. Bu genel çerçeveden yola çıkılarak sağlık insan gücü planlamasının daha ayrıntılı bir tanımı şöyle yapılabilir:⁶⁰ “Sağlık insan gücü planlaması, stratejik bir yaklaşım içersinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır”.

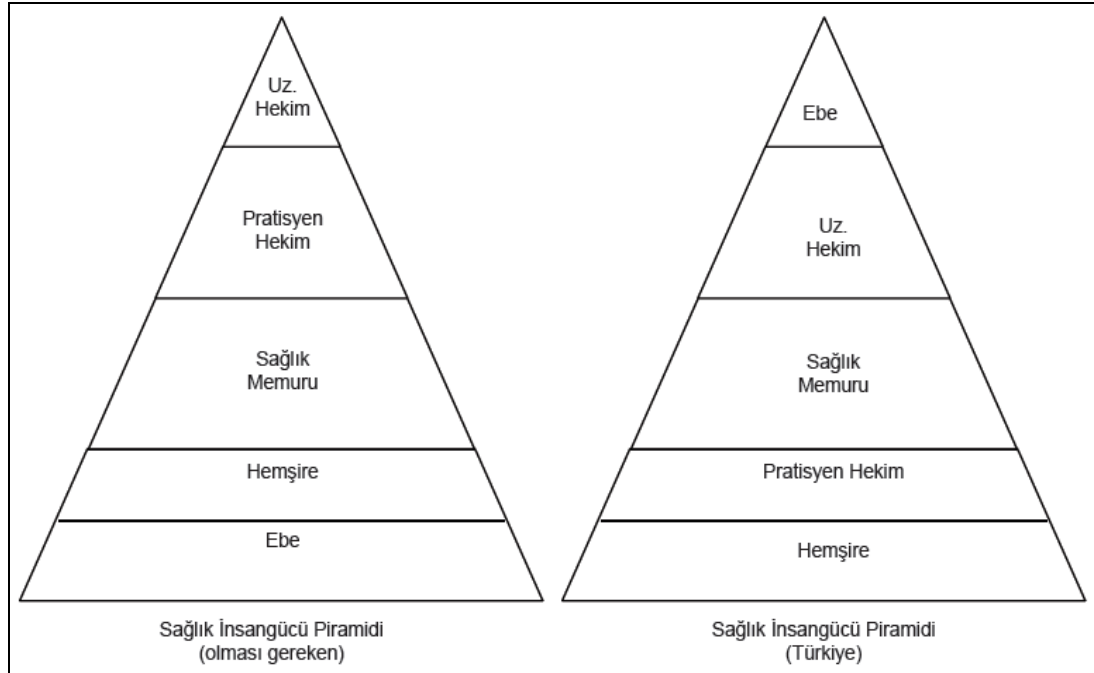
Sağlık insan gücü planlamasında kullanılan dört temel yöntemden nüfus/insan gücü oranları yani nicelik kavramı en sık kullanılan değerlendirme araçlarından birisidir. Bu noktada en sık kullanılan ölçüt ise çoğunlukla nüfus başına düşen hekim sayısıdır. Oysa sağlık hizmetleri bir ekip hizmetidir ve bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hizmetin sunulması bir piramide benzetildiğinde en altta birinci basamak sağlık hizmetleri yer alır. Ekip dağılımında da bu piramidin tabanını ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi sağlık personeli oluşturmalıdır. Oysa piramidin en altında yer alması gereken ebe insan gücü, Türkiye’de piramidin en üstündedir. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir, bu nedenle ebe, hemşire ve sağlık memuru sayısını artırmadan sadece hekim başına düşen nüfusu azaltmak gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda başta ebe ve hemşireler olmak üzere ekibin bütün diğer üyelerine daha fazla öncelik tanınmalıdır.

⁵⁸ Bülent Kılıç, Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6), 2007, s.501.

⁵⁹ Hornby P et al. Guidelines for health manpower planning. WHO, 1980, Geneva, s:1-9.

⁶⁰ Hall TL, Mejia A. Health manpower planning, principles, methods, issues. WHO, Geneva, 1978, s:1-10.

Şekil 1. Sağlık İnsangücü Piramidi ve Türkiye Örneği



Bülent Kılıç, Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, 2007.

Sağlık insan gücü açısından en önemli nokta insan gücünün niteliğidir. Hangi sağlık sistemi kurgulanmış olursa olsun sistemi çalıştıracak olan esas yapı insan gücüdür. Bu nedenle bir sağlık sisteminde en önemli bileşen “sağlık insan gücü”dür. Bu kitlenin niteliği sistemin başarısını belirleyen temel unsurdur. Kısaca sağlık hizmetlerinde nicelik değil nitelik önemlidir ve hangi koşul gerektirirse gerektirsin nitelikli sağlık insan gücü yetiştirme amacından vazgeçilemez. 1983 yılında DPT önerisiyle tıp fakültelerine alınacak hekim adayı sayısı bir anda iki katına çıkarılmış ve yılda 5.000 hekim mezun edilmesi hedeflenmiştir. Böylece insan gücü planlamasının stratejik ilkelerine kesinlikle uymayan, tıp eğitimi niteliğini ise tehlikeli bir biçimde düşüren ve günümüz hekimleri için ucuz işgücü ve işsizlik gibi istihdam sorunları doğuran bir uygulamaya gidilmiştir. Bu uygulama son 20 yıldır değişmemiştir ve her yıl 4000-5000 arası öğrenci tıp fakültelerine girmektedir.

1980-1990 arası dönemde kontenjanlar iki katı artırılmasına karşın başlangıçta fakülte sayısı ancak 19’den 25’e çıkarılabilmiş, böylece tıp fakültelerinde amfilere ve laboratuvarlara sığmayan, hastanelerde ise koridorlara kadar taşan öğrencilerle yetersiz bir eğitim görüntüsü oluşmuştur. Bu nedenle 1990 sonrası dönemde var olan tıp fakültesi sayısı bir anda 25 fakülteye 47 fakülteye olmak üzere 2 katına çıkarılmıştır. Bu seferde yeterli alt yapı, donanım ve öğretim üyesi

olmadan açılan fakültelerde eğitimin niteliği ciddi biçimde sorgulanır hale gelmiştir. 2004 yılı itibarıyla halen Türkiye’de 50 tıp fakültesi vardır ve 45’i öğrenci almaktadır.⁶¹

Tıp eğitimi diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında en maliyetli ve en zor eğitimlerden biridir. Üstelik 1987-1995 arasında tıp fakültelerinde eğitim maliyeti 2,3 kat artmışken, Hemşirelik Yüksek Okulu’nda bu oran 1,1 kat artmış (yani hemen hemen aynı kalmış), Sağlık Meslek Liseleri’nde ise eğitim maliyeti %45 dolayında azalmıştır. Bu durumda öncelikle yapılması gereken, daha ucuza mal olan hemşire, ebe ve sağlık memuru gibi insan gücünü bir an önce yetiştirmek ve Türkiye için sağlık meslekleri piramidindeki çarpıklığı gidermek olmalıdır. Türkiye’de 2002 yılında toplam hekim sayısı 95.190 kişi ile diğer tüm meslek gruplarının üzerine çıkmış, bir hekime düşen hemşire sayısı birin altına düşmüştür.

Sağlık insan gücünün nitelikli olabilmesi için doğru bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Bu konu mezuniyet öncesi dönemde birinci basamakta (ülkemiz için sağlık ocaklarında) çalışmaya uygun nitelikte hekim yetiştirmek demektir. Ancak TTB’nin hazırladığı raporlar bu konuda bazı sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sorunların başında yeni mezun hekimlerin birinci basamakta çalışmaktan çok, hastanelerde çalışmaya hazır olmaları ve tıp eğitiminin birinci basamaktan çok uzmanlığa uygun bir eğitim programı içermesidir. Bu nedenle hekim adayları toplum içinde, sağlık örgütünü ve sağlık ekibini yakından tanıyacak bir şekilde eğitim alamamaktadır.

Bununla birlikte sağlık insan gücünde niteliği belirleyen bir diğer önemli etmen de mezuniyet sonrası dönemde düzenlenecek sürekli tıp eğitimi programlarıdır. Bu alanda en önemli kurumlardan birisi de üniversitelere bağlı Eğitim Araştırma Bölgeleri’dir. Oysa bu bölgeler de son yıllarda giderek azalmaktadır. Bu nedenle gerek hekimler gerekse diğer sağlık personelinin üniversitelerle olan bağı giderek azalmakta, sürekli eğitim programları ciddi şekilde aksamaktadır.

Temelde gereksinimi olmasına rağmen, kişiler çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerine başvurmayabilir. Bu nedenle toplum hekimliği yaklaşımı ile bireyleri değerlendirerek risk altındaki belli grupların alması gereken sağlık hizmetini hesaplama zorunluluğu vardır. Bu yaklaşıma yönelik olarak örneğin bebekler,

⁶¹ Türk Tabipler Birliği, (2002), Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002. Ankara, s:23-24.

çocuklar, gebeler, kadınlar, yaşlılar ve çalışan nüfus için minimum hizmet gereksinimlerine göre gereken insan gücü belirlenir. Bu noktada sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyinin de önemi vardır. Sağlık hizmetlerine olan yıllık başvurular dikkate alınır (örneğin kişi başına düşen yıllık ortalama muayene sayısı). Böylece sağlık hizmetine olan başvurunun yılda 9-10 olduğu yerlerle (ya da yaş gruplarıyla), yılda 1 olan yerler (gruplar) arasında insan gücü tekrar değerlendirilir. Tüm bu yaklaşımların sonunda nüfusa yönelik olarak insan gücü hesabı da yapılır. Örneğin bir hekime, bir hemşireye düşecek olan nüfusun belirlenmesi gibi. Bulunan oranlar, personel değişkenliği, nüfus hareketlilikleri dikkate alınarak gelecek yıllara yansıtılır.

Sağlık insan gücü planlaması yapılırken hizmeti sunanlar kendi hedeflerini baştan ortaya koymalı ve buna göre gereksinim belirlemelidirler. Bu aşamada nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumu, yaş, cinsiyet ve bölgelere göre kişi başına yıllık bakı sayıları, sağlık hizmetine başvuranların bilgi, tutum ve davranışları, sağlık hizmetine başvurmayı etkileyen diğer etmenler, morbidite, mortalite hızlarının yaş, cins ve bölgelere göre dağılımları, demografik veriler, nüfusun bölgesel dağılımı, kır/kent/gecekondu yoğunlukları, göçler, doğumlar, ölümler, doğumda beklenen yaşam süreleri ve geleceğe ilişkin kestirimler dikkatle incelenmelidir.⁶² Hizmeti sunanlar risk gruplarına yönelik olarak gereksinim belirleyebilirler. Örneğin Belek 1995 yılında yaptığı hesaplamada birinci basamak iş sağlığı hizmetleri için işyerinin çalıştırdığı işçi sayısına göre gereksinim belirlemiş ve birinci basamak iş sağlığı hizmetleri için işyerlerinde 15.544 pratisyen hekim gereksinimi olduğunu hesaplamıştır.⁶³

Ülkemizde hekim sayısı yetersizdir. Hekim başına düşen nüfus açısından Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinde yer alan 53 ülke içinde 52. sıradadır. Ülkemizde hemşire sayısı yetersizdir. Hemşire başına düşen nüfus açısından Türkiye, DSÖ bölgesinde yer alan 53 ülke içerisinde son sıradadır. Türkiye’de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz vermeden sayının arttırılması önemlidir. Her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibariyle Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinin en altında yer

⁶² Nusret Fişek, Sağlık insangücü: Sorunlar ve çözümler. Çalışma Ortamı, 1995, sayı:23, Kasım Aralık, sf: 20-24.

⁶³ İlker Belek ve Harun Belek (1998). “Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri finansman, kurumlar, insangücü ve hizmet açısından genel bir değerlendirme”, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(5): 322-327.

almaktadır. Nüfusumuzun ihtiyacı ve artan sağlık hizmeti talebi hekim ve hemşire sayısının arttırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Tablo 5. Yıllar İtibariyle Sağlık Personeli Sayısı

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık Memuru	Ebe
1980	27241	7077	26880	11664	15872
1981	28411	6790	29559	12226	13890
1982	30956	6802	33354	11830	13454
1983	32263	7763	33354	10704	14570
1984	34195	8133	30261	10456	15506
1985	36427	8305	30854	105225	7987
1986	37442	8410	32452	11684	19127
1987	38829	8589	34855	12352	21982
1988	42502	9639	38903	18831	25665
1989	46708	10132	43374	18869	27805
1990	50639	10514	44984	21547	30415
1991	53264	10623	47540	23813	33724
1992	56985	10703	50456	24160	35096
1993	61050	11069	54268	28776	36263
1994	65832	11457	56280	30811	35604
1995	69349	11717	64243	34342	39551
1996	70947	12406	64526	39075	38945
1997	73659	12737	67265	39658	40230
1998	77344	13421	69246	41461	41059
1999	81988	14226	70270	43032	41271
2000	85116	16002	71600	46528	41590
2001	90757	15866	75879	45560	41158
2002	95190	17108	70059	49324	41513
2003	97763	18073	82246	50432	41273
2004	104226	18363	82616	57723	42649
2005	106698	18771	83411	58599	43429
2006	104475	18332	82626	58743	43640
2007	108402	19278	94661	78439	47175
2008	113151	19959	99910	83993	47673

Türkiye İstatistik Kurumu, 2008; Türkiye İstatistik Kurumu, 2009; Sağlık Bakanlığı RSHMM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004.

Tablo 5’de de görülebileceği üzere, yıllar itibariyle hekim, diş hekimi, hemşire, sağlık memuru, ebe sayıları hızlı bir şekilde artış göstermesine rağmen, nüfus artışına ve AB ülkeleri sayılarına göre düşük seviyede kalmaktadır. 1980 yılında, 27241 olan hekim sayısı, 2008 yılı itibariyle, 113151 kişiye ulaşmış gözükmektedir. Aynı şekilde, 1980 yılında, 7077 olan diş hekimi sayısı, 2008 yılı itibariyle, 19959 diş hekimine ulaşmış gözükmektedir. Benzer şekilde hemşire sayısı da, 26880 kişiden, 99910 kişiye, sağlık memuru sayısı, 11664 kişiden, 83993 kişiye ve ebe sayısı ise 15872 kişiden 47673 kişiye ulaşmış gözükmektedir. Bu durum aradan geçen 28 yıl için oldukça olumlu bir süreçtir. Fakat bu durum sağlık sektörünün hedeflediği ölçütler ile kıyaslandığından henüz istenilen seviyeyi temsil etmemektedir. Bu anlamda mevcut seyrin devam ederek AB ülkeleri ile karşılaştırılabilir düzeye ulaşması hedeflenmelidir.

Hekim sayıları açısından Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile kıyaslandığında, tablo 5’te de görüldüğü üzere Türkiye için olumsuz bir görüntü elde edilmektedir. Ancak bu görüntü yanıltıcıdır. Çünkü hekim başına düşen nüfus sayısı çok kaba bir ölçektir ve gerçek durumu yansıtmaz. Bir ülkedeki hekim ya da diğer sağlık insan gücünün hesabında esas göz önünde bulundurulması gereken, o ülkedeki nüfus ve hastalık örüntüsü ile toplumun hizmet talebidir. Örneğin; AB ülkelerinde toplumun hekime başvuru sıklığı 10 -13 başvuru / kişi / yıldır. Oysa Türkiye’de 1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yaptırılan bir çalışmada kişi başına yıllık hekime başvuru sıklığı 2,4 olarak bulunmuştur. Başvuru sayısının azlığı hekim sayısındaki yetersizlikle açıklanamaz. Bunun temel nedeni, kültürelidir. Yani, ülkemizde hekime başvurma alışkanlığı AB ülkelerinden azdır ve hekim sayısını kıyaslarken bu husus dikkate alınmalıdır. Sorun, hekim azlığı değil, dağılımındaki dengesizliktir.

Türkiye’de dünyadaki bilinen tüm istihdam biçimlerinin bir karışımı vardır. Yani; 657 Sayılı Yasa kapsamına giren memur, SSK Kanunu kapsamına giren ücretli ve sözleşmeli, tamamen ya da yarı zamanlı özel çalışan olmak üzere, her kademedeki ve türden personel mevcuttur. 24 Eylül 2003 tarihinde yayınlanan bir Bakanlar Kurulu Kararı ile Sağlık Bakanlığı da sözleşmeli personel alımına başlamış bulunmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, personelin kurum ve bölgeler arasındaki dağılımındaki eşitsizlikte olduğu gibi, özlük hakları açısından da sorunlar yaşanmaktadır.⁶⁴

⁶⁴ Nusret Fişek, Sağlık insangücü: Sorunlar ve çözümler. Çalışma Ortamı, 1995, sayı:23, Kasım Aralık, sf: 20-24.

Tablo 6. Doktor, Hemşire ve Ebe Başına Düşen Nüfus

Yıllar	Hemşire başına nüfus	Doktor başına nüfus	Ebe başına nüfus
1980	1653	1631	2798
1981	1546	1603	3279
1982	1597	1508	3470
1983	1633	1484	3285
1984	1622	1435	3158
1985	1630	1381	2797
1986	1588	1385	2689
1987	1508	1354	2391
1988	1381	1264	2093
1989	1266	1175	1974
1990	1248	1109	1846
1991	1205	1075	1698
1992	1157	1024	1663
1993	1096	974	1641
1994	1077	921	1702
1995	961	890	1561
1996	1077	886	1614
1997	961	869	1591
1998	974	842	1587
1999	952	809	1606
2000	941	792	1621
2001	943	753	1661
2002	942	728	1669
2003	901	718	1702
2004	887	683	1668
2005	854	675	1659
2006	861	637	1685
2007	864	648	1489
2008	836	632	1500

TUİK, 2010. (<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3697&metod=IlgiliGosterge>)

Tablo 6’da görüldüğü üzere, hemşire, doktor ve ebe başına düşen nüfus 1980 sonrası dönemde yıllar itibariyle hızlı bir gerileme sürecine girmiş gözükemektedir. Bu anlamda 1987-1993 arası geçen dönemde hızlı bir artış yaşandığı her üç sağlık sektörü görevlisi açısından açık bir şekilde görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve sağlık politikaları açısından teşhis ve tedavi sürecinde ildeki tüm uzman ve pratisyen hekim sayısı (diş hekimleri hariç) ve fiili yatak sayısı, sağlık politikaları açısından önem teşkil etmektedir. Uzman ve pratisyen hekim başına düşen kişi sayısı ve fiili yatak başına düşen kişi sayısı illere yönelik sağlık yatırımları için önem kazanmaktadır.

Tablo 7. Yıllar İtibariyle Temel Sağlık Göstergelerindeki Gelişmeler

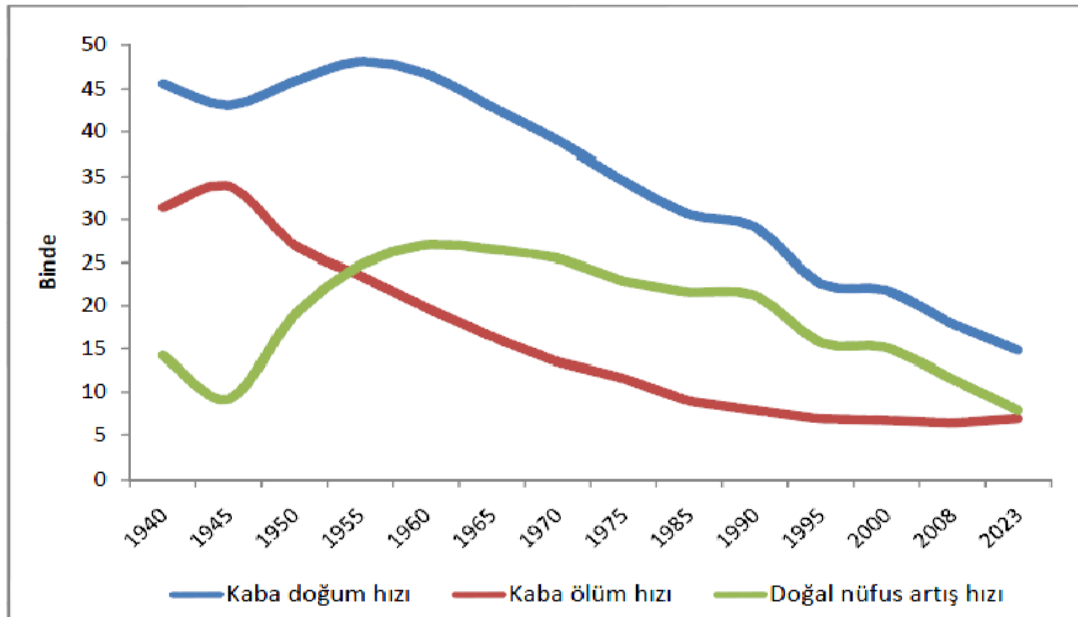
Yıllar	Kaba doğum hızı (Binde)	Doğuşta beklenen yaşam süresi(Binde)	Kaba ölüm hızı(Binde)	Bebek ölüm hızı(Binde)	Nüfus artış hızı(Binde)
1990	24,1	67,4	7,1	51,5	17,0
1991	23,7	67,7	7,0	50,1	16,6
1992	23,3	68,1	7,0	48,9	16,3
1993	22,9	68,5	6,9	47,6	16,0
1994	22,9	68,8	6,8	46,4	15,7
1995	22,5	69,2	6,8	45,2	15,4
1996	22,1	69,6	6,8	42,9	15,0
1997	21,8	70,1	6,7	39,6	14,7
1998	21,4	70,2	6,6	35,2	14,4
1999	21,1	70,6	6,7	31,6	14,1
2000	20,7	71,0	6,6	28,3	13,8
2001	20,3	71,4	6,5	25,4	13,5
2002	20	71,8	6,4	22,8	13,2
2003	19,6	72,2	6,4	20,5	12,8
2004	19,2	72,6	6,4	18,4	12,4
2005	18,8	73,0	6,4	16,9	12,2
2006	18,5	73,3	6,3	15,9	11,9
2007	18,3	73,6	6,4	14,9	11,7
2008	18	73,8	6,3	14,0	13,4
2009	17,9	74,0	6,3	13,2	13,3
2009	17,8	74,3	6,3	13,0	13,0
2010	17,5	75,02	6,2	12,9	12,8

Türkiye İstatistik Kurumu, 2011; Sağlık Bakanlığı RSHMM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011.

Tablo 7’de de görüldüğü üzere, son 20 yıllık dönemde, kaba doğum hızı düşüş gösterirken, beklenen ortalama yaşam süresi 67 yıldan 75 yıla doğru artış göstermiştir. Bunun yanında aradan geçen dönem sürecinde, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve nüfus artış hızı da ciddi bir düşüş göstermiş gözükmemektedir. Bu göstergelere paralel olarak tablolardan, Türkiye’de İkinci Dünya Savaşı yılları dışarıda tutulursa; genel ölümlülük seviyesinin özet bir göstergesi olan doğuştan yaşam beklentisi sürekli olarak artma eğiliminde olduğu sonucunu çıkartabiliriz.

Türkiye’de diğer tüm toplumlarda olduğu gibi kadın nüfusun doğuştan yaşam beklentisi erkek nüfustan daha yüksektir.⁶⁵

Şekil 2. 1935-2023 Arasında Binde Kaba Doğum Hızı, Kaba Ölüm Hızı ve Doğal Nüfus Artış Hızı



Fişek ve Shorter, 1968; Shorter ve Macura, 1982; Toros, 1985; DPT, 1985, 2001; TÜİK, 1995; 2009.

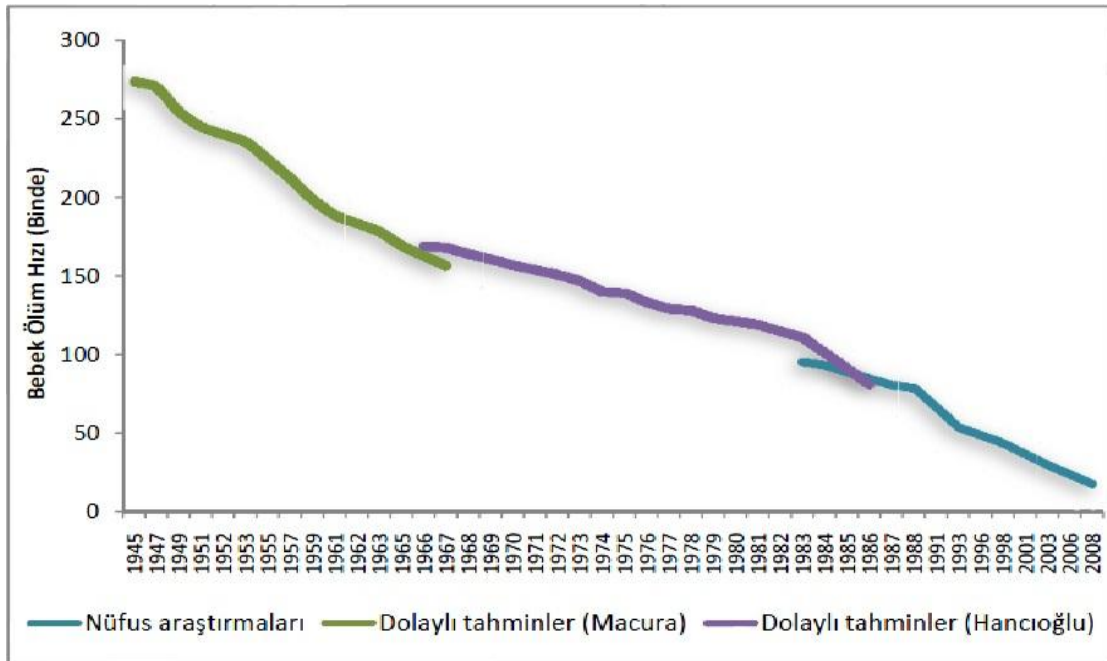
Türkiye’nin yüksek doğurganlık ve ölümlülük seviyelerinden düşük doğurganlık ve ölümlülük seviyelerine geçerek yaşadığı demografik dönüşümün izleri kaba doğum ve kaba ölüm hızlarının zaman içindeki değişiminin yer aldığı Şekil 2’de net olarak görülmektedir. 1940’lı yıllarda kaba doğum hızı binde 45; kaba ölüm hızı binde 31; doğal artış hızı ise bunların farkı olarak binde 14 seviyesindedir. 1955 yılında binde 48 ile en yüksek seviyesine ulaşan kaba doğum hızı, beklendiği gibi kaba ölüm hızına göre daha tedrici bir şekilde azalmıştır.

⁶⁵ DPT, Temel Ekonomik Göstergeler, <http://www.dpt.gov.tr/>, (Erişim Tarihi: 15.03.2011)

Kaba ölüm hızı İkinci Dünya Savaşı yıllarında bir miktar artmış, daha sonra ise sürekli bir azalma eğilimi içinde olmuştur. Kaba doğum hızı ile kaba ölüm hızı arasındaki farkın en yüksek olduğu dönemin 1960'lı yıllar olduğu görülmektedir. 1990'lı yıllarda binde 25 seviyesine gerileyen kaba doğum hızı ile binde 8 seviyesine gerileyen kaba ölüm hızı arasındaki farkın daha da azaldığı gözlenmektedir. 2000'li yıllarda da azalmaya devam eden kaba doğum hızının aksine kaba ölüm hızında nüfusun yaşlanmasının da etkisi ile kısmi bir yükselme görülmektedir.

2000'li yılların başında binde 6 olan kaba ölüm hızının 2023 yılında binde 7 seviyesine yükseleceği öngörülmektedir. 2025 yılı sonrasındaki döneme ilişkin demografik öngörüler, Türkiye'de yüzyılın ortalarından itibaren kaba doğum hızı ile kaba ölüm hızının eşitleneceğini ve bunun sonucunda doğal nüfus artış hızının sıfır olacağını göstermektedir.

Şekil 3. 1945-2008 Arasında Binde Bebek Ölüm Hızındaki Değişmeler



Hancıoğlu, 1991; Yüksel,, 2008; Hünee, 2009.

Bebek ve çocuk ölümlerinin seviyesi bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren önemli kalkınma göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Örneğin, Dünya Bankası tarafından yayınlanan Dünya Kalkınma Raporu'nda ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yayınlanan İnsani Kalkınma Raporu'nda bebek ve çocuk ölümleri farklı boyutlarıyla birer kalkınma göstergesi olarak kabul edilmiştir. Benzer şekilde, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma

Hedefleri bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasını ülkeler için öncelikli hedeflerden birisi olarak kabul etmiştir.

Çocuk sağlığı göstergeleri, sıklıkla kullanılan, kolayca anlaşılabilen ve evrensel olarak üzerinde fikir birliği bulunan nüfus ve kalkınma göstergelerindedir. Çocukların yaşatılması, temel insan hakları arasında yer alan bir haktır. Bir ülkenin geleceği olan çocukların yaşatılabilmesi, gerek toplumsal ve devlet düzeyinde, gerekse bireysel aile düzeyinde önem taşımaktadır.

Bebek ölüm hızı, çocukların yaşatılabilmesine ilişkin bir gösterge olmasının yanı sıra toplumsal, demografik, iktisadi ve çevresel etkiler sonucu belirlenen bir gösterge olması nedeniyle, aynı zamanda, çocukların içinde doğdukları genel ortamın bir göstergesi niteliğindedir. Bu yüzden bebek ölüm hızı, yalnızca sağlığa ilişkin değil, genel olarak kalkınmaya ilişkin bir gösterge olarak benimsenmektedir. Bebek ölüm hızının azaltılması, sağlık ve kalkınma programlarının başarısını ifade eder. Bu nedenle bebek ölüm hızının sıfıra yakın olması beklenir.

Türkiye'deki bebek ve çocuk ölümlerinin seviyesi 2000'li yılların ortasına kadar bu değerlendirmeyi haklı çıkaracak derecede yüksek olmuştur. 1960'lı yılların ortalarında sırası ile binde 163 ve binde 223 olan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı; 1980'li yılların başında binde 121 ve binde 152 seviyesine; 1990'lı yılların başında binde 66 ve binde 84 seviyesine gerilemiştir.⁶⁶

2000'li yıllarla birlikte hem bebek ölüm hızı hem de beş yaş altı ölüm hızı daha da hızlı bir şekilde azalmaya başlamıştır. 2000'li yılların ortalarında sırasıyla binde 29 ve 37 seviyesine gerileyen bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı 2000'li yılların sonunda sırası ile binde 17 ve binde 24 seviyesine kadar düşmüştür.

Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlerinin geldiği bu nokta, Türkiye bilmesinin çözülmeye başladığını göstermektedir. Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) tarafından hazırlanan bir raporda, Türkiye, Binyıl Kalkınma Hedeflerine zamanından önce ulaşan ve bu hedefi geçen az sayıdaki ülke arasında gösterilmektedir. Yine aynı raporda Türkiye tüm OECD ülkeleri arasında beş yaş altı ölüm hızında en büyük azalmayı gerçekleştiren ikinci ülke olarak gösterilmektedir. Ancak, halen Avrupa Birliği ülkelerindeki bebek ölüm hızından yaklaşık 4 kat daha

⁶⁶ İsmet Koç ve Mehmet Ali Eryurt, Türkiye'de beş yaş altında gerçekleşen ölümlerin zamanlamasının ve sayısal büyüklüğünün değişimi: 1978-2008, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011; 54: 39-44.

yüksek bir bebek ölüm hızına sahip olduğumuz düşünülürse, Türkiye'nin bu alanda yakın bir gelecekte alması gereken mesafenin uzunluğu daha net olarak anlaşılabilir.

1980'lerden sonra doktor, diş hekimi ve hemşire sayısındaki artış yüksek düzeylerde seyretmiştir. Sağlık personelinin gelişimi açısından birinci sırayı doktorlar almaktadır. Bunu diş hekimi ve hemşireler izlemektedir. 2000 yılı itibariyle ele alınan diğer OECD ülkelerinde yatak başına nüfus 100-200, yatak kullanım oranı %90 ve hekim başına nüfus ise 300-400 civarındadır. Türkiye diğer OECD ülkelerinin gerisinde olmasına rağmen, bu göstergelerde yıllar itibariyle ortaya çıkan miktarsal iyileşmeler, Türkiye ekonomisinde sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesinin ve kalkınmışlık düzeyinin önemli bir göstergesidir.⁶⁷ Sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyini ölçmenin yanı sıra uluslararası karşılaşmalarda kullanılan diğer bir önemli gösterge ise temel demografik göstergeleridir.

Görüldüğü gibi demografik göstergeler yıllar itibari ile olumlu fakat yavaş bir gelişme trendi içinde bulunmaktadır. Nüfus artışı, kaba doğum, ölüm ve bebek ölüm hızları ile doğurganlık oranının azalarak ortalama yaşam süresinin artması, Türkiye ekonomisinde etkin sağlık yatırımlarının yavaşta olsa giderek artan bir önem kazandığını göstermektedir. Ancak bu göstergelerin daha iyi konuma getirilebilmesi için daha çok kaynak aktarılmalı ve kaynakların etkin kullanımı için gelişme hızının sürekli artırılması gerekmektedir.

Doğumda yaşam beklentisi ülkedeki sağlık hizmetlerinin niteliği ve dağılımı hakkında önemli ipuçları vermekle beraber ülkelerin sağlık, kalkınma ve sosyal göstergeleri içinde önemli göstergelerden biridir. Bu gösterge, gelir ve eğitim ile birlikte kişisel kalkınmanın üç önemli ayağından birini oluşturmaktadır.

Doğumda yaşam beklentisi tıpkı kişi başı GSYİH ya da kişi başı sağlık harcaması gibi ortalama bir ölçüm olup toplumun tümü için ortalama bir değer vermektedir. Ancak yapılan çalışmalarda uzun bir doğumda yaşam beklentisine sahip ülkelerin diğer sağlık göstergeleri açısından da daha iyi göstergelere sahip olduğu gözlenmiştir. Doğumda yaşam beklentisi hesaplamaları, günümüzde birçok ülke için önemli bir gösterge ve ülkelerin sağlık üretim fonksiyonunun bir çıktısı olarak kabul

⁶⁷ Nurgül Yavuz, (2011), Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, s.59.

edilmektedir. Aynı zamanda bu gösterge, ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinde emeklilik yaşının genel olarak hesaplanmasında kullanılan temel ölçütlerden de bir tanesini oluşturmaktadır. İnsanların ne kadar uzun süre yaşadıkları veya bir ülkenin vatandaşlarına sağladığı hayat kalitesinin ne kadar iyi olduğunu önemli bir göstergedir.

Ülkemizde sağlık koşullarının iyileştirilmesi, salgın hastalıkların (tifo, sıtma v.b) önleyici ilaçlarının yaygın bir şekilde üretilerek kullanılması, ekonomik gelişmelere paralel olarak refah düzeyinin yükselmesi beklenen yaşam süresi üzerinde olumlu etkiler yapmaktadır. Yaşam beklentisi iyileştikçe daha fazla tasarruf yapmaya, gerek fiziksel sermaye gerekse beşeri sermaye daha fazla arttırılmaya başlamaktadır. Örneğin gelişmekte olan ülkelerde doktora yaşı giderek artmaktadır.

2.7. OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK GÖSTERGELERİNDEKİ GELİŞMELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8'de OECD ülkelerindeki doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı gibi bazı sağlık göstergelerindeki değişimler karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir.

Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi sadece ülkeler arasında bir karşılaştırmaya indirgemek büyük resmin sadece ufak bir kısmına ışık tutmak demektir. Bu anlamda tablo 8'de görüldüğü üzere, "genel ölüm ve bebek ölüm oranları" göstergesi diğer AB üye ülkelerine göre oldukça düşük seyretmesine rağmen, "doğuşta yaşam beklentisi" göstergesinde görülen artış diğer ülke artış seviyelerine göre tatmin edici bir düzeydedir.

Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri arzının bir sonucu olarak yorumlanan ve "hayat kalitesi" göstergeleri adı altında da tanımlanan "genel ölüm ve bebek ölüm oranları" ile "doğuşta yaşam beklentisi" göstergelerinin Türkiye'deki durumu dünya ve AB ortalamasıyla karşılaştırıldığında; Türkiye'de sağlık sektörünün gelişmiş ülkelere göre geri kaldığı görülmektedir.

a) Kaba Doğum Hızı

Türkiye'de (1999) binde 20,8 iken, AB'de (1989) binde 10-15, dünyada (1992) binde 26'dır. Kaba ölüm hızı, aynı yıllar için, Türkiye'de binde 6,3 iken, AB'de binde 7-11 ve dünyada binde 9'dur. Yine aynı yıllar için, bebek ölüm hızı Türkiye'de binde 36,3 iken, AB'de 10-15 ve dünyada binde 53'dür. Doğuşta hayatta kalma ümidi göstergesi, Türkiye'de 69 yıl iken, AB'de 75 yıl ve dünyada 66 yıldır.

Bu verilerden de görüldüğü gibi, Türkiye sağlık hizmetlerinde, gelişmiş ülkelerin 1980'li yıllarda yakaladığı düzeyin bile çok gerisinde kalmış olup, dünya ortalamasının biraz üstündedir.⁶⁸

⁶⁸ Tıbbiyeliler Derneği, AB ve Türk Sağlık Sistemi, <http://www.tibder.com/modules.php?name=News&file=article&sid=8>, (Erişim tarihi:11.03.2011)

Tablo 8. OECD Ülkeleri Sağlık Göstergelerindeki Değişmeler (%)

Ülke	KBGSYİH (%)	DYB (%) Artış	BÖH (%) Azalış
Avusturalya	42	0,033	0,203
Avusturya	22	0,038	0,286
Belçika	26	0,025	0,317
Kanada	42	0,032	0,257
Danimarka	35	0,029	0,2
Fillandiya	57	0,03	0,298
Fransa	25	0,032	0,339
Almanya	13	0,029	0,268
Yunanistan	64	0,017	0,481
İzlanda	58	0,023	0,176
İrlanda	49	0,036	0,14
İtalya	40	0,027	0,379
Kore	33	0,027	0,245
Lüksemburg	57	0,021	0,264
Meksika	31	0,025	0,309
Hollanda	40	0,022	0,268
Yenizellanda	40	0,037	0,234
Norveç	70	0,027	0,211
Polonya	99	0,045	0,505
Portekiz	56	0,028	0,506
İspanya	57	0,033	0,417
İsveç	39	0,023	0,295
İsviçre	14	0,034	0,176
Türkiye	59	0,078	0,175
İngiltere	69	0,023	0,177
ABD	41	0,025	0,151

OECD Health Data, 2008. (data.oecd.org)

b) Doğuştan Yaşam Beklentisi

Türkiye’de yaşayan bir Türk vatandaşı 1990 yılında ortalama 67,9 yıl ömre sahipken 2004 yılında 71,2 yıl ömre sahiptir. Geçen 14 yılda ortalama insan ömrü ülkemizde 3,3 yıl artmıştır. 2004 yılında erkekler ortalama 68,8 ve kadınlar 73,6 yıl yaşam ömrüne sahip olmuştur. Erkekler ülkemizde kadınlardan ortalama 4,8 yıl daha yaşarmaktadır. Türkiye’de doğuştan yaşam beklentisi 30 OECD ülkesi içinde hem 1990 hem de 2004’te en sonuncu konumdadır. 2004 yılında OECD ülkelerinde ortalama yaşam birçok ülkede 75-81 yıl arasında değişmektedir. Türk vatandaşları doğuştan OECD ülkeleri vatandaşlarına göre 4-10 yıl daha kısa yaşam ömrüne sahiptir.⁶⁹ Kadınların yaşam süresinin uzun olmasındaki en önemli etkenlerden biri stresli ve zor çalışma hayatına erkeklerden daha az katılmalarıdır.

Zaman içerisinde ve ülkeler arasında ortalama insan ömrü üzerinde etkili olabilecek tıbbi ve tıp dışı faktörlerin görece katkısını tahmin etmek pek kolay değil. OECD ülkelerinde ortalama insan ömrünün yüksek olması genellikle ulusal gelirin yüksek olması ile ilişkili, ancak ulusal gelir arttıkça bu ilişki daha az belirgin oluyordur. Ayrıca kişi başına düşen gelirin benzer olduğu OECD ülkeleri arasında ortalama insan ömründe dikkate değer farklılıklar da vardır. Örneğin, Japonya ve İspanya sadece kişi başına düşen GSYH rakamlarına bakarak öngörülenin üzerinde ortalama insan ömrü rakamlarına sahip olurken, ABD ve Macaristan gelire bağlı olarak öngörülenin altında ortalama insan ömrü rakamlarına sahiplerdir.⁷⁰

c) Doğurganlık Oranı

2004 yılı verilerine göre Türkiye’de 15 - 49 yaş grubundaki kadınların ortalama çocuk doğurma sayısı 2.43 ile 30 OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri doğurganlık ortalaması 1.57’dir. Türk kadınları OECD ülke kadınlarına göre %55 daha fazla çocuk doğurmasından dolayı daha fazla yıpranmakta ve daha kısa yaşamaktadır.⁷¹

⁶⁹ İbrahim Atilla Acar, İsmail Kitapçı, Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye’deki Emeklilik Sistemindeki Değişim, Maliye Dergisi, sayı 154, Ocak-Haziran 2008, s.94.

⁷⁰ Nurgül Yavuz, (2011), Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, s.64.

⁷¹ Muammer Kaya, Türkiye’de Yaşamın Bedeli, <http://www.haberobjektif.net/yazidetay.asp?hid=332>, (Erişim tarihi: 01.07.2007)

d) Bebek Ölüm Oranı

Türkiye, tüm AB ve diğer aday ülkeler arasında bebek ölüm oranının en yüksek olduğu ülkedir. Bu oran binde 35,3 ile AB ortalaması olan binde 4,9'un çok uzağındadır. Türkiye'den sonra binde 18,6 ile Romanya ve binde 13,3 ile Bulgaristan gelmektedir. Ülkemizin bu konudaki durumu, aşırı doğum oranından genel yaşam standartlarının düşüklüğüne, sağlık imkânlarından kültürel özelliklere uzanan geniş ve karmaşık bir faktörler dizisi ile açıklanabilir.⁷²

e) Çocuk Ölümü

Her canlı 1000 doğum başına Türkiye'de 1995 yılında 43 çocuk ölürken 2004 yılında 24,6 çocuk ölmüştür. 2004 yılı OECD ortalaması ise 5,7 çocuk ölümüdür. Ülkemizde canlı doğan 1000 çocuğun hayatta kalma şansı OECD ülkelerindeki çocuklardan 4,3 kat daha azdır. OECD verilerine göre 1995 yılında milli gelirimizin %3,4'ü 2004 yılında ise %7,7'si sağlık harcamalarına ayrılmıştır.

Bu payla Türkiye 30 OECD ülkesi içinde sağlığa ayrılan pay açısından 22. sırada yer almıştır. Sağlığa en fazla payı ABD ve İsviçre ayırmıştır. Gelişmiş ülkelerde gelir artışı ve sağlıktaki iyileşmelere paralel olarak doğumda beklenen yaşam süresi yıllara göre artış göstermektedir. Örneğin, 1994- 2005 yılları arasında OECD ülkelerinin KBDGSYİH' ları ortalama olarak % 45 artarken doğumda yaşam beklentisi de söz konusu yıllar arasında %2,9 artış göstermiştir.⁷³ Bir ülkenin sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşme ile beraber doğumda yaşam beklentisi süresinin artması ve eğitilmiş insanların üretimde daha uzun süre yer alması sonucu, eğitim yatırımlarının amortisman oranlarında düşüş gerçekleşmektedir.

OECD ülkelerinde 2003 yılında 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü kadınlarda 19,3 yıl, erkeklerde 15,9 yıldır. Bu rakamlar, gerek kadınlar, gerekse erkekler için 1970 yılından beri 3 yıllık bir artış olduğunu göstermektedir. Doğumdan itibaren ortalama insan ömründe olduğu gibi 65 yaşından itibaren ortalama insan ömründe de 2003 yılının en yüksek rakamına Japonya sahip. Önümüzdeki on yıllarda 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün artmaya devam etmesi bekleniyor.⁷⁴

Ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapılarına bağlı olarak sağlık göstergeleri de farklılık arz etmektedir. Sağlık harcamalarına daha fazla kaynak

⁷² TİSK, 2010, <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=146> (Erişim tarihi: 14.12.2010)

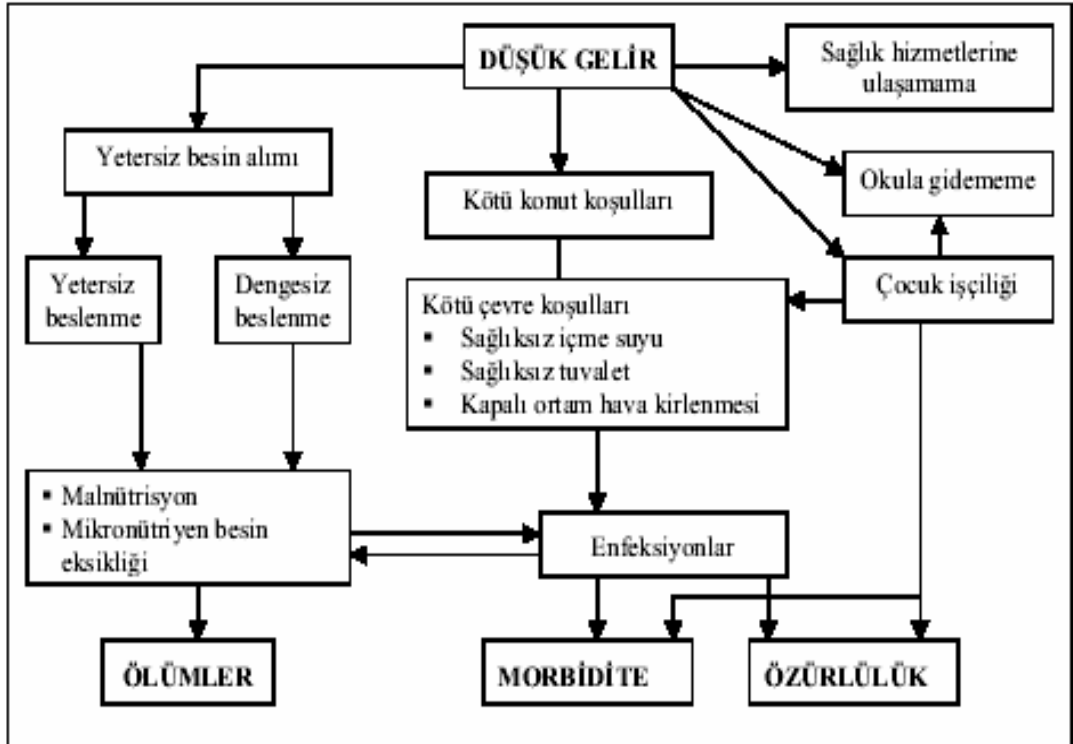
⁷³ OECD Health Data 2005.

⁷⁴ Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri, 2005, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/810517ve5.pdf>, (Erişim tarihi:21.03.2011)

ayıran, hastalık durumunda modern tıp tekniklerinden yararlanmayı tercih eden ve eğitime önem veren toplumların sağlık göstergelerinin de daha iyi olduğunu görmekteyiz. Diğer taraftan, sağlık göstergelerindeki iyileşme sonucu daha sağlıklı bir toplumla daha fazla üretim yapmak mümkün olmaktadır. Böylece, ekonomik durumun sağlığı sağlığın da ekonomik durumu etkilediği karşılıklı bir ilişki ortaya çıkmaktadır. Tüm dünyada ortalama yaşam süresi uzarken, ilaca erişim giderek yaygınlaşıyor ve gelişmiş tedavi yöntemlerinin maliyetleri yükseliyor.⁷⁵

Türkiye'nin kaynaklarını, israf etmeden en etkin bir şekilde kullanmasının giderek daha önemli hale geldiği görülmektedir. 1960-2005 yılları arasında sağlık hizmetlerinde önemli gelişme ve iyileşmeler gösteren Türkiye'nin, bu alanda gelişmiş ülkelerle aynı standartlara kavuşmak ve kaynaklarını etkin kullanabilmek için sağlık ekonomisini hayata geçirmek zorunda olduğuna dikkat çekilmiştir.⁷⁶

Şekil 4. Düşük Gelir ve Morbidite İlişkisi



Hatun ve diğerleri, (2003), "Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46, 252.

⁷⁵ Kerem Karabulut, Sağlık Harcaması ve Göstergelerin Karşılaştırılması, <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/IIBD/article/download/3475/3304>, (Erişim tarihi:22.03.2011)

⁷⁶Vakit Gazetesi, Sağlık Ekonomisi, http://www.vakithaber.com/haber.php?haber_id=8956 (Erişim tarihi:18.02.2010)

Dünya genelinde makro açıdan ülkelerin sağlık durumları ortaya konulurken kullanılan en önemli göstergelerden biride bebek ölüm oranlarıdır. Aynı zamanda bebek ölüm hızı göstergesi insani gelişimin bir göstergesi olarak da kullanılmaktadır. UNICEF, UNDP, OECD ve WHO gibi uluslararası örgütlerde yapmış olduğu araştırmalarda bebek ölüm oranları göstergesini diğer göstergelerle beraber sıklıkla kullanılmış ve raporlarında yer vermiştir.

Dünya genelinde bebek ölümlerine sebebiyet veren birçok neden bulunmaktadır. Sosyal faktörlerin yanı sıra annenin yaşı, beslenme, genetik durum, düşük doğum ağırlığı, iki doğum arasındaki sürenin yetersiz olması, annenin sigara, alkol uyuşturucu madde kullanımı ve kürtaj gibi sağlık nedenleri de bebek ölüm oranlarını etkilemektedir.

Yapılan araştırmalar anne eğitiminin artması ile bebek ölüm oranları arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır. Annenin hamilelik süresince beslenmesi ile annenin eğitimi bu faktörlerin en ön sıralarında yer almaktadırlar. Bu faktörler dışında, bebek ölüm oranlarını etkileyen çeşitli faktörlerde bulunmakta ve yapılan ampirik çalışmalar bu ilişkiyi desteklemektedir. Kalkınma seviyesi yüksek olan ülkelerin tamamında bebek ölüm oranları diğer ülkelerin ve dünya ortalamasının oldukça altındadır.

Çocukların gelişme döneminde, hatta dünyaya gelmeden anne karnında besleyici maddelerin yeterli derecede alması hayat boyunca sağlığını ve verimliliğini etkilemektedir. İleriki yaşlarda verimlilik için gerekli olan sağlıklı beslenme koşulları ancak hane halklarının ekonomik durumlarının güçlü olmasıyla sağlanabilmektedir.

Demir ve protein gibi besin maddeleri, hayvansal ürünlerde yoğun olarak bulunmaktadır. Bu besinler ise nispeten pahalı olup, fakir ailelerin bütçeleri ile elde edilememektedir. Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan bu maddelerin vücutta yeteri kadar bulunamaması durumunda enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlanmaktadır. Gelişimlerini büyük ölçüde tamamlamış olan ülkelerde yapılan birçok çalışma da yetersiz beslenmenin verimliliği düşürdüğü ve uzun dönemde üretim kaybına neden olduğu saptanmıştır.

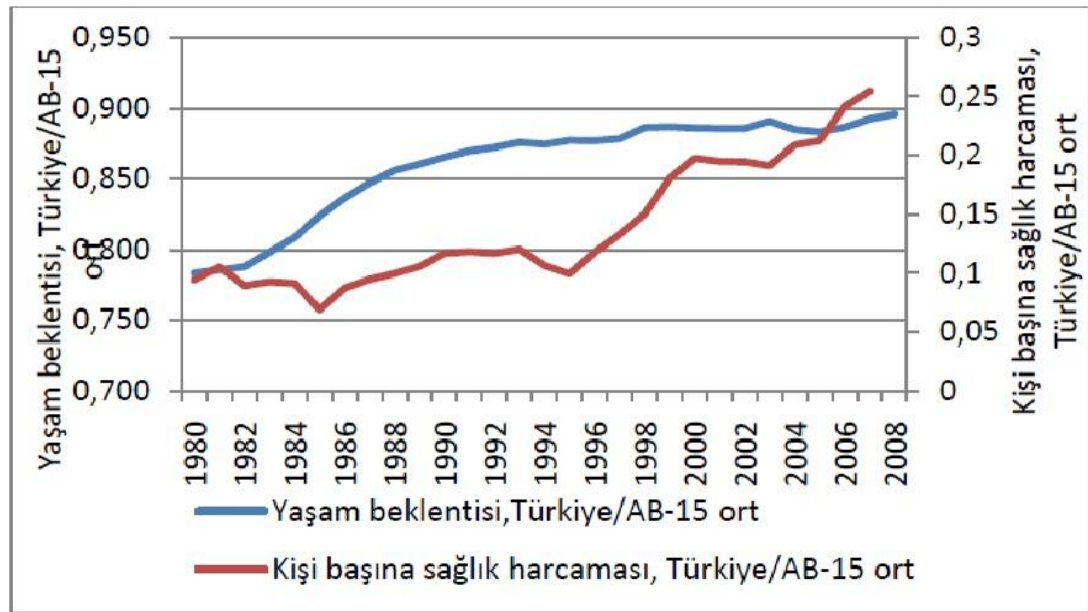
Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin yanı sıra annenin eğitim düzeyi, okur-yazarlık düzeyi, yaşı, ailedeki mevcut çocuk sayısı vb... konularda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş savaşı sırasında kaba doğum ve kaba ölüm oranları yükselmeye başlamıştır. 1920-1930 yılları arasında hem doğum hem de

ölüm oranlarında düşüş görülmüştür. 1944 ile 1955 yılları arasında ölüm oranlarında düşüş görülürken 1960-1970 yılları arasında ise doğum oranlarında bir düşüş görülmüştür. 1970'li yıllardan sonra dış göçlere bağlı olarak ailelerin ayrılması ve doğurgan nüfusun azalmasından etkilenerek doğum oranlarında azalışlar görülmektedir. Kaba doğum oranları kaba doğum oranlarına göre çok daha zor tahmin edilmektedir.

Toplam nüfusun içerisindeki üç ana yaş grubu içerisinde yer alan bireylerin ölüm riskine yakınlığı ya da uzaklığına göre göstermiş olduğu değişiklikler aynı zamanda toplam nüfusun ölüm oranını da göstermektedir. Ülkemizde sağlık düzeylerinin gelişmesi ekonomik gelişme ile aynı düzeyde olmadığı için gerek yetişkinlerde gerekse bebeklerde ölüm oranları yüksektir.

Şekil 5. Yaşam beklentisi ve kişi başı sağlık harcaması 1980-2008



WHO HFA Database 2008.

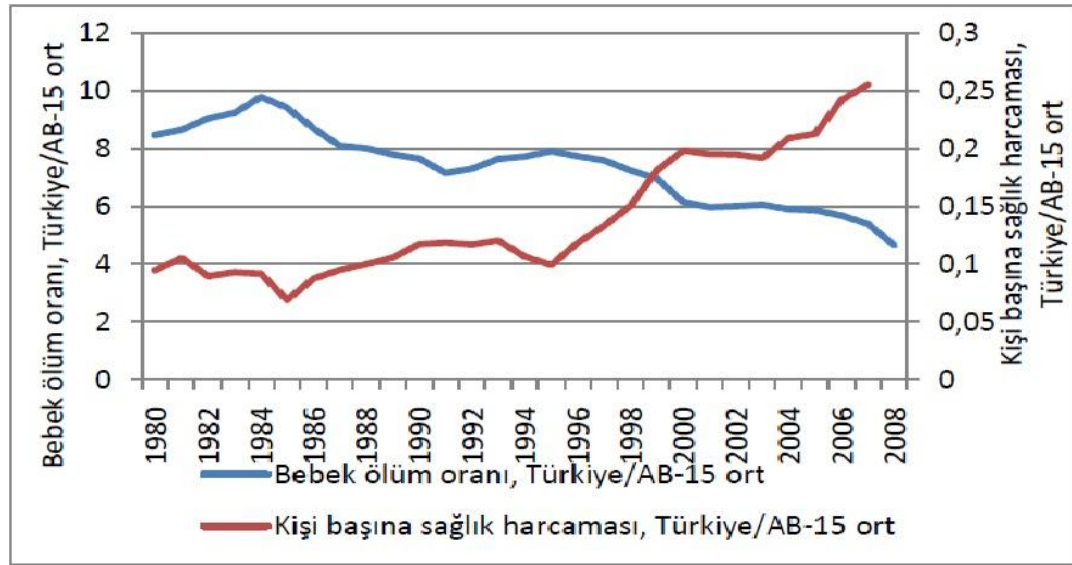
Yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı, farklı birçok faktörden etkilenmek ile birlikte sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan en temel göstergelerdendir. 1980 yılında, Türkiye'de yaşam beklentisi 58,1 yıl iken, AB-15 ortalaması 74,2 yıldır. 1980-2008 döneminde Türkiye yaşam beklentisi AB-15 ortalamasına göre daha hızlı artarak 72,1 yıla yükselmiştir. Yaşam beklentisi belirli bir yıla kadar yükseldikten sonra büyüme hızı yavaşladığından dolayı, AB-15 ortalamasının değişimine benzer şekilde son yıllarda Türkiye yaşam

beklentisi artış hızı da düşmüştür. Türkiye/AB-15 ortalaması oranı yıllara göre farklılaşsa da kişi başına sağlık harcamalarında görülen yakınsama yaşam beklentisi için de görülmektedir.

Diğer bazı ülkelerde ise, GSYİH içindeki sağlık harcamaları payı yüksek olmasına rağmen yaşam beklentisinin beklenen seviyede olmadığı görülmektedir. Bu duruma en çarpıcı örnek ABD'dir. Grafikte de görüldüğü gibi ABD, sağlık harcamalarına en fazla pay ayıran ülke olmasına rağmen İngiltere, Fransa, Japonya gibi ülkelere göre yaşam beklentisi düşüktür. Bu, sağlık harcamalarının etkinliği ve sağlık sisteminin yapısı ile doğrudan ilişkilidir.

Türkiye ile benzer gelir grubunda yer alan ülkelere Rusya, Polonya ve Kore sağlık harcamalarına yakın paylar ayırırken Rusya'nın yaşam beklentisi oldukça düşük, Polonya ve Kore'nin ise Türkiye'den fazladır.

Şekil 6. Bebek Ölüm Oranı ve Kişi Başı Sağlık Harcaması



WHO HFA Database 2008

Diğer bir temel sağlık göstergesi bebek ölüm oranıdır. 1980 yılında Türkiye'nin bebek ölüm oranı, AB-15 ortalamasının sekiz katı kadardır. 1980'den itibaren AB-15 bebek ölüm oranı daha yavaş azalmaya devam etmiş, buna karşılık Türkiye'nin bebek ölüm oranı hızla düşmüştür. 1980-2007 döneminde, sağlık harcamaları ve bebek ölüm oranının AB-15'e yakınsamasında paralellik görülmektedir. Farklı olarak sadece 1995-2000 arasında, sağlık harcamalarının daha hızlı artmasına karşın bebek ölüm oranı düşüş hızı azalmıştır.

GSYİH içinde sağlık harcamalarının payının yüksek olduğu ülkelerde, beklenen şekilde bebek ölüm oranları da düşüktür. Fakat ABD'de yaşam beklentisi

performansının düşük olmasına benzer şekilde, daha az harcama yapan ülkelere göre bebek ölüm oranı yüksektir.

Ayrıca Rusya, Polonya ve Kore, sağlık harcamalarına Türkiye'ye yakın bir pay ayırmasına rağmen bebek ölüm oranları daha düşüktür. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem ve ayrılan pay bebek ölüm oranının seviyesini etkileyen en önemli faktördür.

Sonuç olarak Türkiye'nin AB-15 ortalaması sağlık harcamaları ve aynı zamanda temel sağlık göstergelerine yakınsadığı görülmektedir. 1980-2008 döneminde sağlık harcamaları artarken, yaşam beklentisi hızla yükselmiş ve bebek ölüm oranında da anlamlı şekilde düşme görülmüştür.⁷⁷

Diğer ülkeler ve özellikle ABD verileri incelendiğinde sadece sağlık harcamalarına yüksek pay ayırmanın yeterli olmadığı, sağlık göstergeleri üzerinde asıl olumlu etki yaratanın harcamaların etkin kullanılması olduğu ortaya çıkmaktadır. Uzun vadede temel sağlık göstergelerinde iyileşmenin sürdürülebilmesi için koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem ve ayrılan pay arttırılmalıdır. Böylece ekonomik yükü daha fazla olan yataklı tedaviye ihtiyaç azalacağı gibi temel sağlık göstergelerinin iyileşmesine yüksek katkı sağlanmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının artmasının yanı sıra etkin kullanımı ve sürdürülebilirliği oldukça önemlidir. Bu çalışma ile iki temel sağlık göstergesine dayalı bir karşılaştırma ve değerlendirme yapılmış olup sağlık sistemindeki değişimlerin etkinliğinin ve harcamaların sürdürülebilirliğinin sorgulanması için her reform bileşenini ayrı ayrı değerlendirmeye yönelik detaylı analizler yapılması gerekmektedir.

Sağlık harcamaları salt tüketim harcamaları olmayıp yatırım harcamalarıdır. Dolayısıyla temel sağlık göstergelerindeki değişimlerin ekonomik büyümeyi etkilediği görülmektedir.

Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkısını belirleyen ana faktörler:⁷⁸

- Hastalık sebebi ile oluşacak işgücü kaybı engellenir,
- Çocukların daha sağlıklı eğitim almaları sağlanır.
- Çeşitli hastalıklar nedeniyle sağlığa ayrılacak kaynaklar başka alanlara kaydırılabilir,
- Bu faktörlerin etkisiyle sağlık harcamaları;

⁷⁷ OECD (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri – Türkiye, OECD ve IBRD / Dünya Bankası.

⁷⁸ Selim Kök (2007). “Sağlık, Ekonomi ve Kalkınma: insani Merkezli Bir Yaklaşım”, Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu 30. Yıllık Toplantısı. Ankara.

- İşgücü kaybını önleyerek, Verimliliği arttırarak,
- Daha iyi işlere girmeye zemin hazırlayarak,
- Ortalama hayat süresini uzatarak üretimin artmasına dolayısıyla ekonomik büyümeye katkı sağlar.

Daha öncede belirttiğimiz gibi ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Devlet gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse geleceklerini planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kuruluşların harcamalarının artması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden ve doğrudan karşılanmakta ancak bu finansman kaynakları yeterli olmamaktadır. Son yıllarda özel sağlık sigortaları teşvik edilmekte, bağış ve yardımlar alınmakta, teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarında kişilerin katkısı artırılmaktadır.

Sağlık harcamaları büyümeyi ve verimliliği doğrudan etkileyen harcamalardır. Çünkü sağlık harcamalarının miktarı ve kalitesinin artması yaşam süresinin uzamasını sağlıyor, dolayısıyla istihdam süresi de uzamaktadır. Burada özellikle koruyucu nitelikteki sağlık hizmetlerinin büyük bir sosyal faydasını görmekteyiz. Tedaviye yönelik, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerine göre özellikle koruyucu nitelikli sağlık harcamalarının büyüme ve kalkınma üzerindeki katkısı çok önemlidir.

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarındaki artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.⁷⁹

- Kişi Başına Gelirin Yükselmesi
- Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi
- Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi
- Teknolojik Gelişmeler

⁷⁹ Cemil Serhat Akın, (2007), *Sağlık ve Sağlık harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana.

- Şehirleşme
- Yaşam Süresinin Uzaması
- Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler
- Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerindeki Yüğü

Sağlık harcamaları temel göstergeler dışında işgücü verimliliğini, işgücü katılım oranını, tasarruf ve yatırımları, eğitim ile etkileşimi de ilgilendirmektedir. Sağlık harcamaları mevcut işgücünün mümkün olan en uzun süre aktif olarak kullanılabilmesini sağlamaktadır. Örneğin; Ortalama yaşam beklentisi Afrika'da ortalama 40 yıl Japonya'da 92%'sinin sağlıklı olarak geçirildiği 81 yıldır. Beşeri sermayenin önemine değinirken ilgili bölümde eğitim ve sağlık politikalarının etkileşim içinde olduğunu da belirtmiştik. Hane halkı düzeyinde yapılan ekonometrik çalışmalar aynı eğitimi alan öğrencilerden gelir seviyesi ve ebeveynlerin eğitim düzeyi gibi etkenler kontrol edildikten sonra daha iyi beslenenlerin daha başarılı olduklarını ve işgücü açısından ileride daha verimli olacaklarını işaret etmektedir. Özellikle öğrenme kapasitesi ve güçlüklerle başa çıkma kriterleri göz önüne alındığında sağlığın eğitim üzerinden dolayı olarak ekonomiyi etkilediği görülmektedir.

Salt ekonomik yaklaşımdan bakıldığında ve sağlık harcamaları formüle yerleştirildiğinde; bu harcamalarda bir tür tüketim harcamalarıdır. Dolayısıyla sağlık harcamalarına ulusal gelirden ayrılan pay yatırımların aleyhinde olan bir paydır. Bu harcamaların hacminin artırılması da ulusal kaynaklardan yatırımlara aktarılan payı küçültür ve yatırımları baskı altına alır. Gelişmekte olan ya da sağlık sanayi gelişmemiş olan ülkelerde sağlık bakım harcamaları dış alım ağırlıklı harcamalardır. Bu nedenle de, bu harcamaların hacminin büyümesi GSYİH' nin yurt içinde kalan kısmı dolayısıyla yurt içi hâsılayı ve kalkınma hızını küçültür. Sağlık harcamaları ister kamu kaynaklarından karşılsın isterse kişilerce cepten ödensin yatırımları baskı altına alan ve GSYİH' yi küçülten harcamalardır.⁸⁰

Sağlık düzeyindeki iyileşme doğrudan yabancı sermayeyi etkilemektedir. Yatırımcılar işgücünün ağır hastalıklarla uğraştıkları bölgelerden uzak durmak isterler. Bir yabancı şirket yüksek bulaşıcı hastalık oranı süreklilik gösteren bir ülkeye, özel yeteneklerle donanmış, emek getirisi yüksek olan çalışanlarını kaybedeceği düşüncesiyle yatırım yapmak konusunda daha az istekli olur. Bu

⁸⁰ Coşkun Can Aktan, Değişim Çağında Sağlık Hizmetleri, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunumalternatif.pdf> (Erişim tarihi: 10.11.2010).

nedenle, sağlıklı bir toplumun cesaretlendireceği yabancı sermaye yatırımlarının işgücü verimliliğini arttırarak kişi başına gelirin artmasına katkıda bulunur.⁸¹

Sağlık, işgücünün nüfusa oranındaki artış ve ekonomik büyüme arasındaki etkileşim süreci, toplumun demografik yapısını değiştirerek gelişmektedir. Sağlık alınıdaki iyileşmelerden öncelikle çocuklar yararlanmaktadır. Bebek ölümlerindeki azalma başlangıçta doğurganlık oranı korunduğu için çocuk patlamasına neden olabilir. Fakat sonrasında aileler yeni ölüm oranlarında daha az çocuk sahibi olmayı tercih ederler. Bebek patlaması öncesindeki ve sonrasındaki dalgalanmalar az çok benzer olmakla birbirini dengelemekle beraber, bu dönem boyunca, nüfus büyüklüğüne kıyasla büyük bir işgücü ve hızlandırılmış bir ekonomik büyüme için potansiyel yaratılmış olur.

Eğitim olanağı bulunan çocukların, yetişkin olduklarında ailelerin gelirlerine bağımlı olmaksızın sürdürebilmeleri ve ekonomik yaşamın içinde yer alarak kişi başına gelir artışına katkı yapmaları beklenmektedir. Sağlıklı bir toplum yaratılması durumunda, hastalıklar nedeniyle işsiz kalan veya erken emekli olmak zorunda kalan nüfus azalır. Bağımlılık oranını azaltan, işgücüne katılım oranını arttıran bu demografik gelişimi yaşayan ülkelerin daha yüksek kişi başına gelir düzeylerine ulaşmaları beklenmektedir.

Toplumun tasarruf eğilimi, ölüm oranları düştüğü ve doğuşta beklenen yaşam süresi uzadığı ölçüde artmaktadır. Yüksek ölümlü bir ortam, eğitime yatırımın yavaşlaması nedeniyle gelecek kuşakları beşeri sermaye yönüyle yoksullaştıracaktır. Doğuşta yaşam beklentisinin artması, eğitime talebi arttırdığı gibi eğitime yapılan yatırımın getirisini de arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık alanında kazanımları olan bir toplumda artan okullaşma oranına bağlı olarak eğitimin yaygınlaşmasının işgücü verimliliğini arttırarak kişi başına gelir artışını hızlandırması beklenmektedir.

Sağlık, verimlilik artışı ve ekonomik büyüme arasındaki etkileşim sürecini incelediğimizde sağlık düzeyindeki iyileşmenin beşeri sermayenin kaynağı olan eğitimin yaygınlaşmasına destek olduğunu görüyoruz. Doğuşta yaşam beklentisinin artması, eğitime talebi arttırmaktadır. Böylece sağlık alanına yapılan yatırımlar

⁸¹ Alan M. (1993), “Ulusal Sağlık Hizmetleri Nereye Gidiyor? Geleceği Var mı?” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Ankara.

eğitimin yaygınlaşmasını sağlayarak işgücü verimliliğini dolayısıyla kişi başına düşen milli gelir artışını hızlandırması beklenmektedir.⁸²

Bir ülkede gerçekleşen sağlık harcamalarının yapısının anlaşılabilmesi için analiz edilmesi gereken diğer bir unsurda ülkenin sağlık sistemidir. Ancak bu analiz yapıldıktan sonra yapılan sağlık harcamalarının sisteme, dolayısıyla ekonomiye bir katkı sağlayıp sağlayamadığı anlaşılmaktadır.

Çağdaş sosyal demokrasi sağlığı temel bir hak olarak görür ve bilgi ekonomisinin gelişmesiyle birlikte yeni boyutlar kazanıp pahalılaştıran sağlık hizmetlerini hem kalite ve sürdürülebilirlik hem de hakkaniyete uygun bir biçimde sağlamayı amaçlar. Sağlıkta temel sorumluluk devletindir ve sağlık kamununun terk edemeyeceği bir alandır. Bu alanda aynı zamanda, hizmetlerin daha etkin bir biçimde sağlanması için tercih ve rekabetin ve iyi regüle edilmiş ve sosyal boyutu güçlü bir piyasa ekonomisi çerçevesinde özel sektörün de önemli işlevleri vardır.

Ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur.⁸³

a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmet birimleri yanı sıra bazı sağlık üniteleri ücretsiz koruyucu sağlık hizmeti vermektedir.

b) Ayakta Tedavi Hizmetleri

- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık ocaklarında ayakta tedavi hizmetleri verilmektedir.
- SGK'ya bağlı dispanser ve hastanelerde SGK'lılara prim karşılığı hizmet verilmektedir.
- Özel sağlık kurumlarında yüksek maliyetli olmakla birlikte, hastanın memnuniyet derecesinin yüksek olduğu ücretli bakım verilmektedir.
- Diğer bazı bakanlıkların ve kurumların ayakta tedavi ve teşhis birimlerinde de kurumların kendi üyelerine hizmet verilmektedir.

c) Yataklı Tedavi Hizmetleri

- Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde Yeşil Kart sahiplerine ücretsiz hizmet verilmektedir.

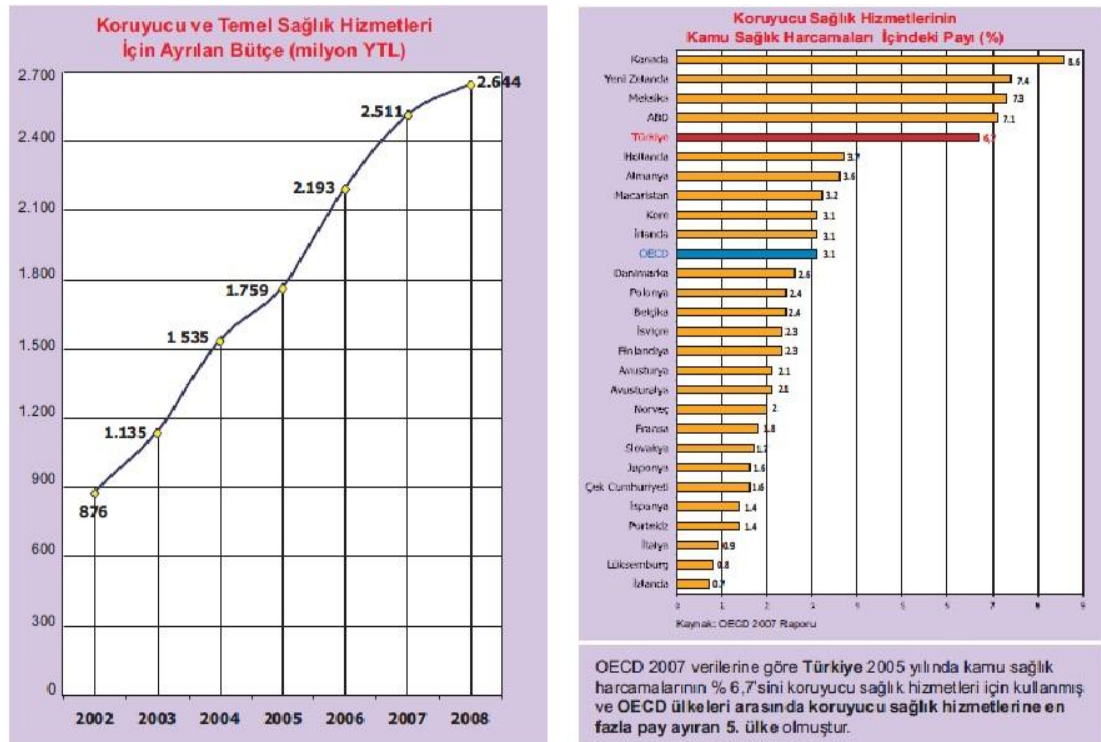
⁸² Özcan Dağdemir, Sağlık ve Ekonomik Büyüme, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/997/12132.pdf> (Erişim tarihi: 10.12.2010)

⁸³ Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu, <http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2/> (Erişim tarihi: 11.12.2010).

- Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde belirlenmiş ücret karşılığı hizmet verilmektedir.
- Tıp Fakültesi Hastanelerinde belirlenmiş ücret karşılığı hizmet verilmektedir.
- SGK'ya bağlı dispanser ve hastanelerde SGK'lılara ücretsiz hizmet verilmektedir.
- Türkiye'de sağlık hizmetleri konusunda zaman içinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu bağlamda; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde temel bir başarıya ulaşıldığı,
- Vatandaşlara temel bir sağlık hakkı verildiği ve
- Sigortalı sayısının artırıldığı söylenebilir.

Bununla birlikte koruyucu, ayakta tedavi ve yatakta tedavi hizmetlerinin verilmesinde tam bir kurumsallaşma sağlanamamıştır. Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56.maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri getirmektedir. “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Şekil 7. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamaları

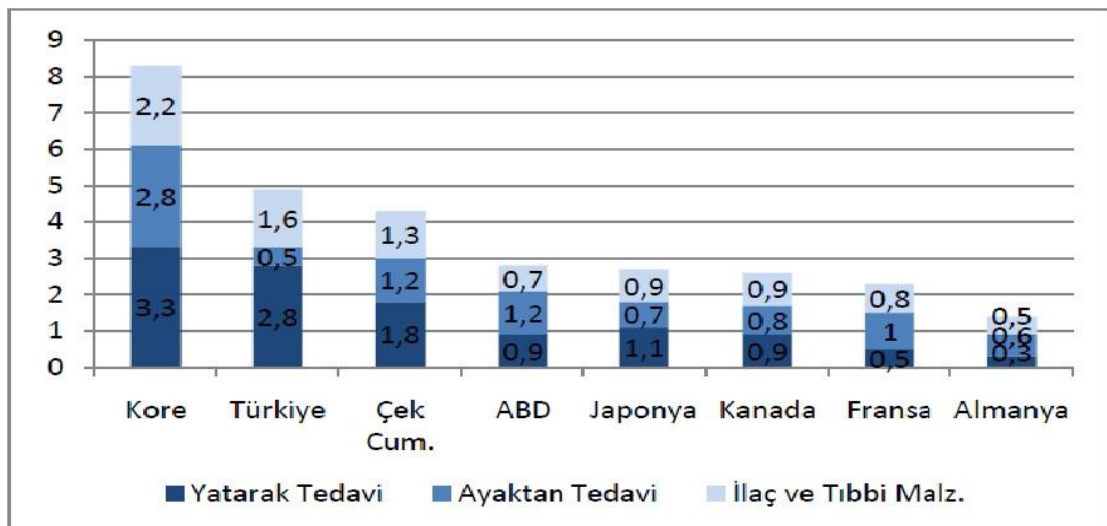


Sağlık Bakanlığı, 2006, (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>), (Erişim tarihi: 02.12.2010).

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.⁸⁴

Sağlık harcamaları, sunulan sağlık hizmetinin fonksiyonuna göre koruyucu ve tedavi edici sağlık harcamaları olarak iki temel program altında sınıflandırılır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamusal hizmet niteliğinin yüksek olması nedeniyle vergi mükelleflerinin ödedikleri kaynakla finanse edilmesi gereken en temel sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık harcamaları 1990'larda GSMH'nin yüzde 0,3'ü ve üstünde oranlara ulaşırken, bu oran son dönemde inişli çıkışlı bir seyir izlemiş ve ortalama olarak yüzde 0,25'lere gerilemiştir. Zaten yetersiz olan koruyucu sağlık harcamalarının payının tedavi edici sağlık harcamalarına göre daha da azalıyor olması toplam sağlık harcamalarının artırılmasının sağlayacağı faydayı da baştan sınırlamaktadır. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde mevcut mirasa sahip çıkmak ve onu olabildiğince ileriye götürmektir. 2002 yılında 876 milyon YTL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2008 yılında 2 milyar 644 milyon YTL'ye ulaşmıştır.

Şekil 8. Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi, İlaç ve Tıbbi Malzeme Harcamaları



OECD Sağlık Sektörü Verileri, 2008, <http://www.oecd.org/home/>, (Erişim tarihi: 03.12.2010).

⁸⁴ Coşkun Can Aktan, Değişim Çağında Sağlık Hizmetleri, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunumalternatif.pdf> (Erişim tarihi: 10.11.2010).

Sağlık harcamalarının artışına etki eden birçok faktör bulunmak ile birlikte temel olarak ayakta tedavi, yatarak tedavi ve ilaç-tıbbi malzeme harcamaları olmak üzere üç bileşende incelenmektedir. Önceki dönemlerde daha durağan bir seyir izleyen ilaç harcamaları son yıllarda birçok ülkede hızla artmıştır. 1995'ten itibaren OECD ülkelerinin kişi başına toplam sağlık harcamaları ortalama yıllık yüzde 4 artış gösterirken, ilaç harcamaları yüzde 4,6'lık bir artış göstermiştir. Toplam sağlık harcamalarının artışına son yıllarda ilaç harcamaları artan bir katkı sağlamasına rağmen hala harcamaları oluşturan asıl bileşen tedavidir.

Şekil 8'de, 1995-2006 döneminde kişi başına sağlık harcamalarının ortalama yıllık artışını oluşturan bileşenlerin dağılımı incelenmektedir. Son yıllarda birçok ülkede yataklı tedavi harcamalarının yerini ayakta tedavi almakta iken Türkiye'de bu görülmemekte, hastaneye başvuruların sayısı hala hızla artmaktadır. AB-15 ülkelerinde 1980'li yıllardan itibaren hastaneye başvuru sayıları durağan bir seyir izlemekte hatta son on yıldır azalmakta iken Türkiye'de artış devam etmektedir. 1995-2006 döneminde kişi başına sağlık harcamalarının ortalama yıllık artış hızına en fazla etki eden faktör yatarak tedavi olmuştur.

Sağlık hizmetleri türleri, etkinlik göstergeleri ve OECD ülkeleri ile Türkiye'deki mevcut sağlık göstergelerindeki gelişmelerin karşılaştırmasının ardından bir sonraki bölümde, sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler, ekonomik büyüme ve sağlık sektörü ilişkisi üzerinde durularak konuya ait literatür taraması aktarılmaktadır.

3. BÖLÜM: SAĞLIK HARCAMALARI, EKONOMİK BÜYÜME VE NEDENSELLİK ANALİZİ

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisinin anlaşılabilmesi için üzerinde durulması gereken diğer bir konuda sağlık harcamalarıdır.

Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım ve acil programlar için yapılan harcamalar sağlık harcaması olarak kabul edilmektedir.

Türkiye USH (Ulusal sağlık harcamaları) sonuçları farklı sınırlar içerisinde değerlendirilebilir. Bu farklılık Türkiye USH kapsamının OECD sınırından daha geniş olmasından kaynaklanmaktadır. Türkiye USH kapsamı OECD sınırına ek olarak sağlıkla ilgili personelin eğitimi, sağlıkta araştırma geliştirme çalışmaları, gıda, hijyen ve içme suyu kontrolü ve çevre sağlığı fonksiyonları için yapılan harcamaları da içererek tanımlanmıştır.

3.1. SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama ve toplam gelir içinde sağlık harcamaları oranı artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarındaki artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.⁸⁵

- Kişi Başına Gelirin Yükselmesi
- Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi
- Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

⁸⁵ Cemil Serhat Akın, Sağlık ve Sağlık harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, (2007)

- Teknolojik Gelişmeler
- Şehirleşme
- Yaşam Süresinin Uzaması
- Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler
- Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerindeki Yüku

Tıp alanında görülen gelişmeler ve nüfusun artan eğitim ve sağlık bilinci, ortalama yaşam süresini ve dolayısıyla da demografik yapıyı değiştirmiştir. Birçok ülkede nüfus artış hızının azalması ve demografik yapının yaşlı kesim lehine değişmesi, çalışmayan kesimin çalışan kesime bağımlılık oranını yükseltmektedir.

İnsan ömrünün uzaması, kronik hastalık ve yetersizlik oranının artmasına neden olmakta ve toplumun sağlık hizmetlerine olan talebini artırmaktadır. Toplumun sağlık hizmetlerine olan talepleri doğal olarak gelirden sağlığa ayrılan payın artmasına neden olmaktadır. Bu durumun sürdürülebilir olmasında; ya sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması ve yaşlıların bağımlılık oranlarının azaltılması, ya da onlara kamu finansman taahhütlerinin azaltılması, olguları tartışılmaktadır.⁸⁶

Çoğu sağlık iktisatçıları, sağlık planlayıcıları ve sağlık hizmeti sunanlara göre, sağlık sektörünün GSMH içindeki artan payı, tıptaki teknolojik ilerleme nedeniyledir. Aslında teknolojik ilerleme, birçok sektörde daha ucuz ve daha iyi ürünler elde edilmesine neden olurken sağlık sektöründe, genellikle maliyetleri düşürmek yerine artırmaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar kendilerini, tıptaki en son yenilikleri kullanma konusunda hem profesyonel (mesleki açıdan) hem de klinik (hasta memnuniyeti) olarak baskı altında hissetmektedirler. Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık sigortasının, hasta ve hekimi teknolojiden yararlanma konusunda, fiyata karşı daha az duyarlı kıldığı bilinmektedir. Bu gerçekten hareketle, tıptaki teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetleri maliyetinde yarattığı artış, kısmen, teknoloji geliştiricilerin sağlık hizmetini finanse eden kesimle olan ilişkisi oldukça önemli olmaktadır⁸⁷.

Yüksek maliyetli teknolojilerin yaygın kullanımı ve bunların pazarlanması sürecinde tüketicilerin bu ürünlerin fiyatlarına olan duyarlılıklarının önemli olduğu

⁸⁶ David Mechanic and David A. Rochefort “*Comparative Medical Systems*” Annual Review of Sociology, Vol. 22 (1996), pp. 239-270.

⁸⁷ David Andrew Austin, *Health Care and Markets*, <http://wikileaks.org/leak/crs/RL33759.pdf>, 2007.

bir gerçektir. Eğer bireyler fayda sağladıkları ürünlerin fiyatlarına karşı sigortalı olmaktan dolayı daha az duyarlı ise, maliyetlerin artması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetleri piyasasında hastanın sağlık hizmetlerine olan talepleri herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasıyla son bulur. Artık sağlık hizmetlerini ne kadar talep edeceği konusu hekime bağlıdır. Bu durum, sağlık ekonomisi literatüründe “arzın talep yaratması (ATY)” olarak adlandırılmaktadır. ATY, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan hekimin talep cephesinde yer alan hasta adına talebi belirlemesi, hastanın vekili gibi davranmasıdır. Hasta adına karar veren hekim, bu yetkisini sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesi şeklinde kullanabilir. Yani hekim, ilk talebi gerçekleştiren hastanın sağlık sigortasıyla elde ettiği satın alma gücünü kullanarak sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine ve sağlık harcamalarının artmasına neden olabilir⁸⁸.

Sağlık hizmetleri piyasasında hastaların sağlık giderlerinin üçüncü taraf olarak adlandırılan sigorta kuruluşları aracılığı ile finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin aşırı tüketilmesine neden olmaktadır. Ahlaki tehlike olarak ifade edilen bu durum iki temel soruna yol açmaktadır. Birincisi, hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması, yani sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesidir. İkincisi, hizmet bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi nedeniyle sigorta kuruluşunun hekimin davranışı üzerinde etkili olamamasıdır. Bu duruma çözüm olarak, kamuda kullanıcı katkıları, özelde ise katkı payları gibi mekanizmalar kullanılarak ahlaki tehlikenin boyutları en aza indirilmeye çalışılmaktadır⁸⁹.

Hangi tedavinin hasta için daha iyi olacağı, farklı hekim, hastane ve bakım hizmeti sunanların kalitesinin ne olduğu konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Hastaların tedavilerinde birçok yöntem ve birçok ilaç söz konusu olabilir. Ancak bunların nispi etkinlikleri hakkında çok fazla bilgi olmayabilir.

Sağlık bilgi teknolojisi ve elektronik tıbbi kayıtların kullanımındaki artış amaçlara hizmet edebilir, fakat tek başına maliyetlerinin kontrol edilmesi yada kalitenin yükseltilmesine yardımcı olmaları sınırlı kalabilir. Ancak mukayeseli etkinlik analiz sonuçlarına göre zaman içinde hasta ve hekimin davranışı daha etkin,

⁸⁸Emine Bilgili ve Eyyup Ecevit, (2008), *Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 11, Sayı:2, Ankara, ss:201-228.

⁸⁹ M. Montefiori, “*Patient Behavior in the Market for Hospital Services*”, (www.disefin.unige.it/finanza/WP%5Cn42003.pdf) (Erişim Tarihi: 12.12.2010).

daha az yoğun ve ucuz hizmete yönelik olarak değişirse, sağlık harcamaları azalabilir.

Geçmişten günümüze sağlık hizmetlerinde görülen maliyet artışları üzerine ileri teknoloji kullanımı, asimetrik bilgiye bağlı problemler, sağlık sigortası veri iken arzın talep yaratması, ülkelerin yönetim biçimi ve sağlık sisteminden kaynaklanan problemler, bireylerin sağlık hizmetlerinden elde ettikleri faydaya ne ölçüde maddi destek sağladıkları konuları yanında bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar da sayılabilir. Bu durum, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir.

Düşük ve yüksek gelirli ülkeler arasında en fazla görülen ölüm nedenleri sıralamasında belirgin farklılıklar vardır. Düşük gelirli ülkelerde belli başlı ölüm nedenleri arasında bulaşıcı hastalıklar ağırlıkta iken, gelişmiş ülkelerde belli başlı on ölüm nedeninden dokuzu, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyledir. Ayrıca orta gelirli ülkelerde de önemli ölüm nedenleri arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar ön plandadır.

Nüfusun yaşlanması, aşırı sigara tüketimi, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümleri (kalp krizi, kronik akciğer hastalığı, çeşitli kanser türleri) artırmaktadır. Yaşlılık ile bulaşıcı olmayan hastalık riski arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar yüksek gelirli ülkelerin hastalık yükünde belirleyici rol oynamaktadır. Nüfusun yaşlanması ve risk faktörlerinin dağılımındaki değişimler birçok gelişmekte olan ülkede de toplam hastalık yükünün sorumluluğunda, bulaşıcı olmayan hastalıkların payını artırmaktadır. Kronik hastalıklara neden olan risk faktörleri arasında, aşırı kilo (obezite), egzersiz yapmama, yüksek tansiyon ve kolesterol sıralanabilir. Ancak bunlar, zamanında yapılan sağlık müdahaleleri (erken teşhis-erken müdahale), düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme ve sigara kullanımının denetim altına alınması gibi yöntemlerle azaltılabilir. Düşük gelirli ülkelerde ise, bulaşıcı hastalıklar, düzensiz beslenmenin neden olduğu hastalıklar, doğuma bağlı ölümler ve yetersizlikler daha belirgindir.

Dünyada birçok ülkede farklı sağlık sistemleri krizdedir. Maliyet artışları ya da kalitenin düşük olması en sık tartışılan konuların başında gelmektedir. Maliyet artışları karşısında ya tüketiciler daha az tüketmeli ya da sağlık harcamalarına bütçe içinde ayrılan pay artırılmalıdır.

3.2. SAĞLIĞIN KBDGSYİH'YI ETKİLEME MEKANİZMALARI

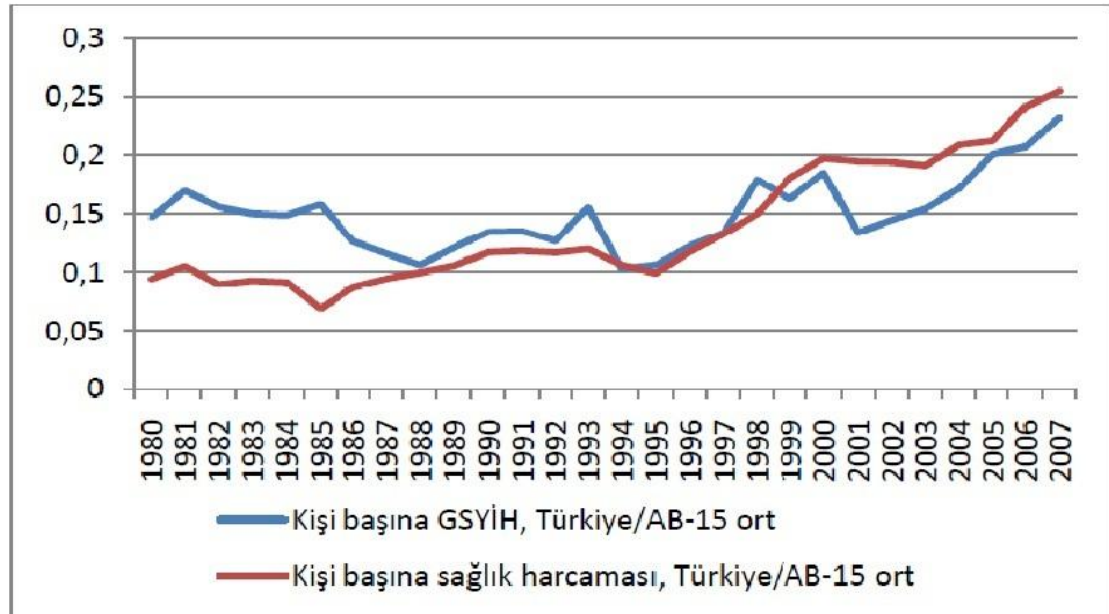
Ekonomi bilimindeki ifadesi ile GSYİH, tüketim ve yatırımlar olmak üzere iki şekilde harcanır ve aşağıdaki formüle edilir:

$$GSYİH=TÜKETİM+YATIRIM \quad (1)$$

$$GSYİH=(TÜKETİM+YATIRIM)+(DIŞSATIM-DIŞALIM) \quad (2)$$

Salt ekonomik yaklaşım açısından bakıldığında ve sağlık harcamaları formüle yerleştirildiğinde; bu harcamalarda bir tür tüketim harcamalarıdır. Dolayısıyla sağlık harcamalarına ulusal gelirden ayrılan pay yatırımların aleyhinde olan bir paydır. Bu harcamaların hacminin artırılması da ulusal kaynaklardan yatırımlara aktarılan payı küçültür ve yatırımları baskı altına alır. Gelişmekte olan ya da sağlık sanayi gelişmemiş olan ülkelerde sağlık bakım harcamaları dış alım ağırlıklı harcamalardır. Bu nedenle de, bu harcamaların hacminin büyümesi GSYİH' nın yurt içinde kalan kısmı dolayısıyla yurt içi hâsılayı ve kalkınma hızını küçültür.

Şekil 9. Kişi Başına GSYİH ve Sağlık Harcaması Rakamları



WHO-HFA Database ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008.

1980 yılında Türkiye kişi başına sağlık harcamaları AB-15 ortalamasının yüzde 9'u kadar iken kişi başına GSYİH AB-15 ortalamasının yüzde 15'i kadardır. 1985 sonrasında her yıl kişi başına sağlık harcamaları artış hızı, AB-15 ortalamasının üzerinde olmuştur. Sağlık harcamalarının en hızlı arttığı dönem 1995-2000 olmak ile birlikte, 2000-2003 arasında artış hızı yavaşlamış, 2003'ten sonra ise tekrar

hızlanmıştır. 2007 yılında ise Türkiye kişi başına sağlık harcamaları AB-15 ortalamasının yüzde 26'sı haline gelirken, kişi başına GSYİH AB-15 ortalamasının yüzde 23'ü olmuştur.

Genellikle gelişmiş ülkelerde (Amerika hariç) toplam sağlık harcamaları içinde hükümetin payı yüksektir. Kişi başına sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla, Amerika (6714\$), Lüksemburg (5773\$) ve İsveç'tir (4521\$).

Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı itibariyle ABD %15,3 ile birinci sırada yer alırken, Fransa % 11,1 ile ikinci ve Almanya %10,4 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Amerika'daki sağlık harcamalarının bu kadar yüksek olmasının belli başlı üç nedeni vardır: Akut bakımda günlük hastane masrafları, hekimlerin hizmetleri karşılığı yapılan ödemeler ve ilaç fiyatlarıdır. Amerika, ayrıca dolaşım, solunum ve şekerle bağlı hastalıklar nedeniyle en fazla yaşam yılı kaybı olan ülkedir.⁹⁰ Çin 342\$ ile kişi başına en düşük sağlık harcamasına sahipken, sağlık harcamalarına yapılan özel harcamaların yüzdesi olarak cepten yapılan harcamalarda ilk üç sırayı %95.2 ile İsveç, %93.6 ile Küba ve %92.9 ile Çin almaktadır.

Dünyada sağlık harcamaların GSMH içindeki payının giderek artması, birçok ülkeyi bazı önlemler almaya zorlamakta ve sağlık sisteminin maliyet-etkin olmasına çalışılmaktadır. Hem mevcut durum hem de tüm ülkelerin gelecekte karşılaşılabileceği mali baskılar, sağlık sistemlerinin kaynak kullanımında etkinliğini artırmaya yönelik tedbirler almayı zorunlu kılmaktadır. Diğer yandan sağlık hizmetleri piyasasının özelliği ve toplumun sağlık problemleri, tüm diğer kesimleri olumsuz etkileyebileceği için, bu piyasalarda düzenleme yapmak da oldukça zordur. Özellikle toplumların cari ve gelecekteki demografik yapısı, sağlık finansman politikasında önemlidir ve buna göre sistemde değişiklik yapılması gerekmektedir.

3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Türkiye'deki sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarından düşük olmakla birlikte, sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimli kullanımı gelişmiş ülkelerdeki kadar önemlidir. Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutması hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamalarının önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

⁹⁰ Jonathan Cylus and Gerard F. Anderson, Multinational Comparisons of Health Systems Data, The Commonwealth Fund, Vol.24. Department of Family and Preventive Medicine, Vol:24, 2007.

Sağlık harcamaları ülkelerin en önemli kalkınmışlık göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerine göre GSMH içindeki sağlık harcamalarından ayırdıkları paylar da artış göstermektedir.

Sağlık sektöründe yaşanan en önemli sorunların başında finansman sorunu yer almaktadır. Bu sorun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmakta ancak ekonomik yansımaları her ülkede farklı olmaktadır.

Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamaları artış hızı milli gelir artış hızını aşarken, düşük gelirli ülkelerde ise sağlık kaynakları açısından önemli yetersizlikler yaşanmaktadır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık gereksinimlerinin daha etkili şekilde karşılanması hedeflenmekte ancak ekonomik yetersizlikler bu hedefin gerektiği ölçüde gerçekleştirilmesine engel olmaktadır.⁹¹

Aşağıdaki tabloda, Türkiye’de toplam sağlık harcamaları ve toplam sağlık harcamalarının yıllar itibariyle GSYİH içerisindeki payı aktarılmaktadır.

Tablo 9. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları ve Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

Yıllar	TSH	SH/GSYİH%
1990	13.920	3,6
1991	23.379	3,8
1992	43.200	3,8
1993	85.000	3,7
1994	160.000	3,6
1995	300.000	3,4
1996	550.000	3,9
1997	1.040.000	4,2
1998	1.944.800	4,8
1999	4.985.000	6,4
2000	8.248.000	6,6
2001	13.337.000	7,5
2002	20.524.000	7,4
2003	27.259.000	7,6
2004	33.005.000	7,7
2005	37.083.000	7,6
2006	44.069.000	7,7
2007	50.904.000	7,8
2008	57.740.000	6,1

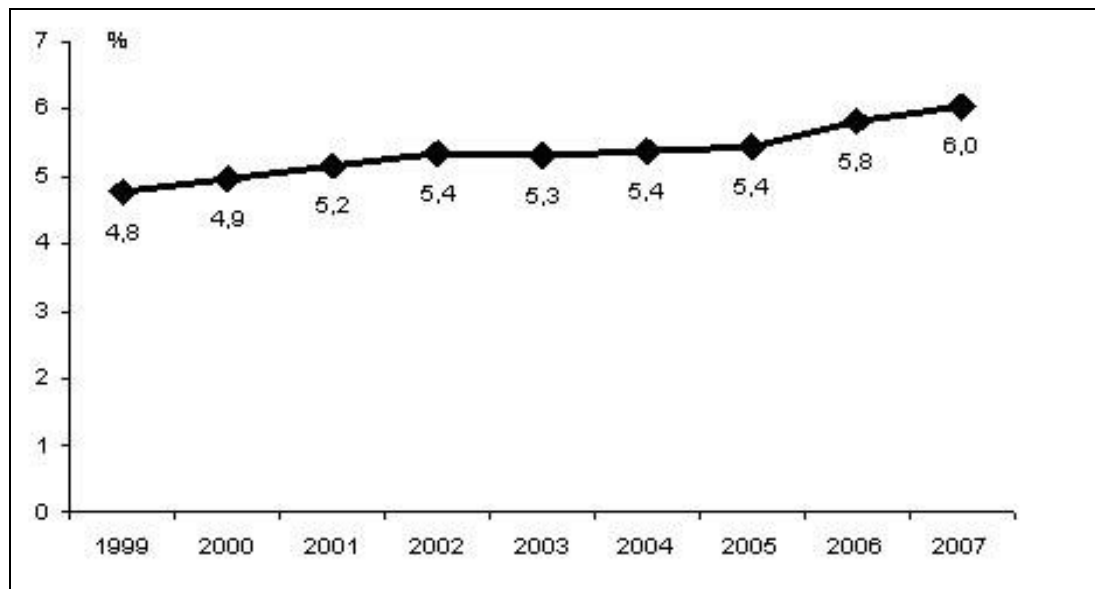
Türkiye İstatistik Kurumu, 2008; Türkiye İstatistik Kurumu, 2009; Sağlık Bakanlığı RSHMM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004.

⁹¹ Mehmet Tokat, (1995), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Tablo 9’da 1990-2005 yılları arasında sağlık harcamalarının genel görünüşü verilmiştir. Ayrıca yapılan cari sağlık harcamalarının GSYİH’ ye olan oranları ayrı bir sütunda sunularak yapılan sağlık harcamalarının büyüklüğü hakkında fikir vermeye çalışılmıştır.

Tablo 9’da da görüldüğü üzere, 1998 yılında % 4,8 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurtiçi hâsılaya oranı, 2008 yılında % 6,1’e yükselmiştir. Hatta 2007 yılında %7,8 olarak gerçekleşen bu oran 2008 yılında bir miktar gerileyerek 6,1 seviyesine düşmüştür.

Şekil 10. Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) GSYH’ya Oranı (%)



Türkiye İstatistik Kurumu, 2008.

2007 yılında TSH’nin GSYH’ ye oranı %6’dır. 1999 yılında %4,8 olarak gerçekleşen TSH’nin GSYH’ ye oranı, 2007 yılı itibariyle %6’ya yükselmiştir. 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 78,7 TL (186 ABD\$) iken, 2007 yılı kişi başı sağlık harcaması 724,6 TL (553 ABD\$) olarak gerçekleşmiştir.

Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ ye oranı artmaktadır.⁹²

- 2000 yılında GSYİH’ ye oranı %4,9 düzeyinde
- 2006 yılında % 5,7 oranına çıkmıştır.
- 2009 yılında ise bu oran % 6,5 düzeyine yükselmiştir.

Temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı;

⁹² Yuanli Liu, Yusuf Çelik ve Bayram Şahin, Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, <http://www.suvak.org.tr/kitap-1turkce.pdf> (Erişim tarihi: 15.02.2011).

- Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet Memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe;
- Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen Sosyal Güvenlik katkıları;

Özel sağlık kurumlarına ve özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır.

Sağlık, sadece Türkiye’de değil birçok ülkede ekonomide yarattığı fayda ve neden olduğu harcamalar nedeniyle yoğun bir şekilde tartışılan ve hem Türkiye’de hem de diğer birçok gelişmiş ülkede ağırlıklı olarak kamu sorumluluğunda bir sektör olduğu için ekonomik dengeler içindeki yeri son derece önemli olan bir sektördür.

Sağlık, her ne kadar zaman zaman bir tüketim malı olarak nitelendirilse de aslında özü itibariyle bir yatırım malı olup işgücüne sağladığı sağlıklı çalışan katkısı ile her ülkenin ekonomik gelişme ve kalkınmasında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle sağlık sektöründe harcanan kaynaklar ve bunun sonucunda elde edilen faydaların mutlaka çok yönlü olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

3.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Daha öncede belirttiğimiz gibi ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Devlet gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse geleceklerini planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır.

Türkiye’de daha öncede açıklandığı üzere sağlık harcaması yapan kamu kurumları Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, KİT’ler, Üniversiteler, Belediyeler ve çeşitli fon kuruluşlarıdır.

Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın, dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir “kamu malıdır”. Özellikle “koruyucu sağlık hizmetleri” sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır. Devlet, ayrıca “tedavi hizmetleri” alanında da faaliyet gösterir. Bundan amaç, bu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına olumlu katkılarda bulunmaktadır.

Genel olarak kamu sağlık harcamalarında cari, yatırım ve transfer harcamaları şeklinde üçlü bir ayırım yapılabilir. Personel giderleri, yolluklar, hizmet alımları,

demirbaş ve sarf malzemeleri alımları cari harcama grubuna girmektedir. Makine-teçhizat ve taşıt alımları, yapı-tesis ve onarım giderleri ise yatırım harcamaları grubuna dâhil edilmektedir. Bunların dışında, proje giderleri, borç ve faiz ödemeleri, Yeşil Kart programı ve Dayanışma Fonu kapsamında yapılan ödemeler gibi harcamalar ise transfer harcamaları kapsamına girmektedir. Kamu sağlık harcamaları için Genel Yönetim ve Destek Hizmetleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Diğer Hizmetler için yapılan ödemelerden oluşan fonksiyonel bir sınıflandırma da yapılabilmektedir.⁹³

Türkiye’de kamu kesimi, sağlık hizmetlerinin hem en büyük finansörü (SSK, emekli Sandığı, Bağ-Kur) hem de en büyük tedarikçisi (devlet, üniversite ve MSB hastaneleri) konumundadır. Kamu sağlık harcamalarının başlıca finansman kaynakları vergiler ve çalışanlardan kesilen sigorta primleridir.⁹⁴

Son yıllarda kamu sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki artan payı konuya daha fazla dikkat çekmiştir. Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının kamu maliyesinin genel yapısına nazaran yüksek seyretmesinin nedenleri temelde yapısal sorunlara bağlanabilir. Başlıca yapısal sorunlar arasında, tedavisi pahalı olan sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını veya erken teşhisini sağlayan koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması ve aile hekimliği uygulamasına geçilememesi, ilaç rejimindeki akılcı olmayan uygulamalar ve ödemelerde yaşanan usulsüzlükler, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilir olmaması, popülist mülâhazalarla altyapısı ve finansman imkânları oluşturulmadan Yeşil Kart programının hayata geçirilmesi sayılabilir.

Toplam kamu sağlık harcamaları 1999 yılından başlayarak sürekli artma eğilimi göstermiştir. 1999’da GSYİH’ nin yüzde 2,9’unu oluşturan, 2003’te 4,3’e yükselen bu harcamalar 2004’te yüzde 4,3 düzeyinde gerçekleşmiştir. İlk bakışta harcama düzeyinin yükselmesi olumlu gibi görünse de, bu harcamaların kurumsal ve alt fonksiyonel dağılımı incelendiğinde gerçekte, topluma sunulması gereken ve büyümeyi olumlu yönde etkileyici nitelikteki kamusal sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların belirgin olarak azaldığı, dolayısıyla, sağlık harcamalarında kalitenin düştüğü görülmektedir.

⁹³ Faruk Tatar (1996), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları”, Toplum ve Hekim, Ankara.

⁹⁴ Mehmet Tokat, (1995), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Türkiye’de sağlık harcamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Ayrıca üniversiteler ve sosyal güvenlik kuruluşları aracılığı ile yapılan harcamalar da bulunmaktadır.

Sağlık alanında kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma Fonu, diğer bakanlıklar, sivil kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur), Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve belediyeler tarafından üstlenilmektedir. Türk sağlık sisteminde kamu sektörü içinde hizmet sunumu ve finansmanı çok farklı kurum ve rejimler altında karşımıza çıkmakta olup bunlar:

- Kamu Kurumları
- Sağlık Bakanlığı
- Diğer Bakanlıklar
- Milli Savunma Bakanlığı
- Üniversiteler
- Kamu iktisadi Kurumları
- Belediyeler
- Fon İdareleri
- Sosyal Güvenlik Kurumları
- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)
- Bağ-Kur
- Emekli Sandığı olarak sınıflandırılabilir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşlarımızın en iyi şekilde yararlanmalarının sağlanması, bu hizmetlerin herkese ve her yere eşit olarak, etkili ve sürekli bir şekilde ulaştırılması amacı ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çeşitli çalışmalar yapılmakta ve sağlık sorunlarımızı en aza indirmek üzere programlar uygulanmaktadır.⁹⁵

İnsanlığın küresel düzeyde yaşadığı temel sorunların merkezinde yer alan eşitsizlikler sağlık için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Günümüzde eşitsizlikler hem küresel düzeyde hem de ülke içinde görülmekte; toplumda üst ve alt sosyoekonomik düzeydeki gruplar arasındaki uçurum giderek derinleşmektedir.

⁹⁵ Sağlıkın Önemi, http://www.beslenme.gen.tr/Saglik/Sagligin_onemi.html (Erişim tarihi: 16.02.2010)

Sağlığı olumsuz olarak etkileyen etmenlerin ardındaki temel neden olarak tanımlanan eşitsizlikler, toplumları önemli düzeyde etkilemeleri, ciddi ve kalıcı sağlık sorunlarına yol açmaları nedenleriyle devletler tarafından en önemli toplumsal sorun olarak kabul edilmelidir.

Halk sağlığı ile ilgili sorunlar irdelendiğinde eşitsizliklerin küresel ve yerel düzeyde aşağıdaki temel öğelerin üzerinden sağlığı tehdit ettiği görülmektedir:

- Bozuk (çarpık) gelir dağılımı
- Kötü çalışma koşulları
- Sosyal koruma politikalarından uzaklaşılması
- Savunmasız grupların giderek çoğalması (kadınlar, çocuklar, göçmenler, sosyal dışlanmışlık yaşayan guruplar)
- Küresel iklim değişikliği ve çevre sorunları

Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası kuşkusuz çok yüksektir. Ters durumda ise, ortaya çıkan zararların boyutları ve maliyetinin tahmini dahi çok zordur. Bu nedenle kamu ekonomisi tarafından toplumun sağlığını korumaya yönelik hizmetlerin üretilmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Özel sektör ise bu alanda karlı olmayacağı için faaliyette bulunmak istemeyecektir. Bununla birlikte piyasa ekonomisi, kamu ekonomisi tarafından üretilen bölünmeyen ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedariki süreçlerinde kamu ekonomisine hizmet verebilir.

Özellikle yaygın ya da risk gruplarının yoğun olması gibi nedenlerle kitlesel ya da bölgesel aşılama faaliyetleri bu kapsamda görülen en önemli hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın, kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir kamu malıdır.⁹⁶

3.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Özel harcamalar kendi ceplerinden harcama yapan kişilerle, özel sigorta programlarına verdikleri primlerle katkıda bulunan kurum ve kişilerden oluşmaktadır.⁹⁷

⁹⁶ Akyıldız Nazlı (2001), “Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, Sayı:39.

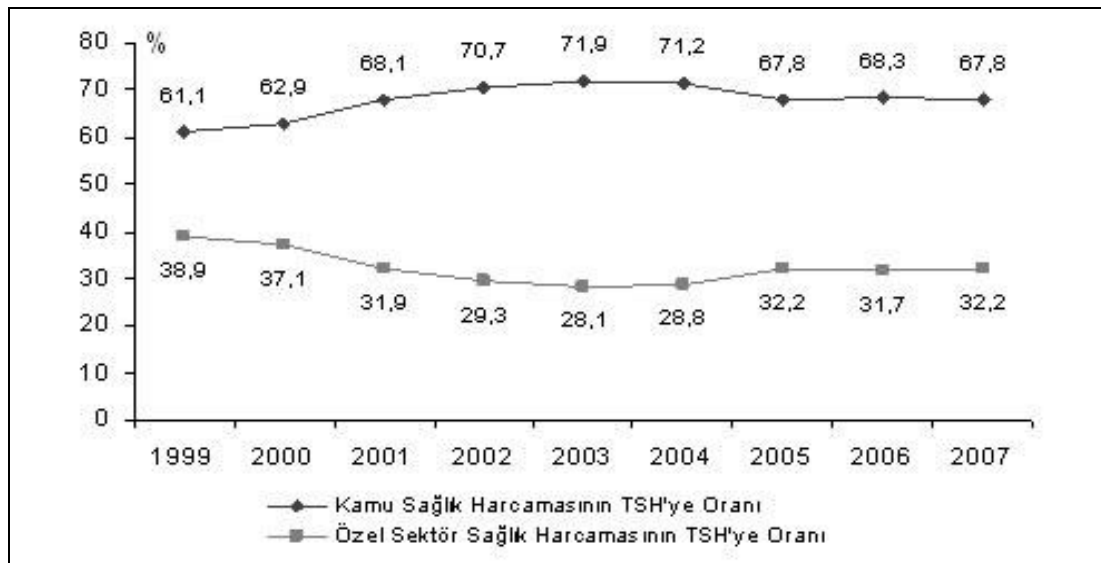
⁹⁷ Coşkun Can ve Aktan, Kadir Işık, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf> (Erişim tarihi: 09.02.2011).

Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır.

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

Bunun yanında sosyal sigorta kapsamında yer almakla birlikte sahip oldukları riskleri azaltmak ve daha fazla güvence temin etmek için isteyen kişiler de özel sağlık sigortasına dâhil olabilmektedirler.

Şekil 11. Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı



Volkan Yurdadoğ, Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 16, Sayı 1, 2007, s.591-610,

<http://sosyalbilimler.cukurova.edu.tr/dergi/dosyalar/2007.16.1.429.pdf>, (Erişim tarihi: 12.02.2011)

Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bölümü kamu sektörü tarafından gerçekleştirilmektedir; özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki payı Ulusal Sağlık Hesapları çalışması çerçevesinde (1999-2000) yüzde 30'un biraz üstünde gözükmektedir. Özel sektörün payına tekabül eden oran bazı gelişmiş ülkelerdeki (Almanya, Fransa, İngiltere gibi) orana yakın, bazılarındaki orandan da (ABD gibi) (% 40-50) düşüktür. Aynı dağılık yapı gelişmekte olan ülkelerde de geçerlidir.

İstatistiklere ilişkin yukarıda belirtilen sınırlamalar dikkate alınarak değerlendirilmesi gereken rakamlara göre kamu sektörünün ve özel sektörün toplam sağlık harcamalarının GSMH' ya oranı, 2004 sonun itibarıyla yüzde 7,0-7,5 aralığına yükselmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerdeki oranların (ABD % 13; Fransa % 9,5; İngiltere % 7,5) altında olmakla birlikte, gelişmekte olan bir çok ülkedeki (Rusya % 5,3; Malezya % 2,5; Meksika % 5,4)³ oranlardan yüksektir. ABD doları cinsinden kişi başına düşen sağlık harcaması az olmakla birlikte, var olan gelir düzeyine göre sağlık harcamasının çok düşük olduğu ileri sürülemez.

Ayrıca, son dönemde bu oranlar hızla artmaktadır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının yapısı bozulmakta, öncelikler yanlış seçildiği için kaynaklar etkili kullanılamamakta ve dengesiz bir şekilde tedavi edici hizmetlere aktararak ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi teknoloji harcamalarında tüketilmekte, bu da gerçekte, sağlık harcamalarının bileşimini bozmaktadır.

Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kuruluşların harcamalarının artması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden ve doğrudan karşılanmakta ancak bu finansman kaynakları yeterli olmamaktadır. Son yıllarda özel sağlık sigortaları teşvik edilmekte, bağış ve yardımlar alınmakta, teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarında kişilerin katkısı artırılmaktadır.

Türkiye'de ki sağlık sistemi ve organizasyon yapısı ortaya konularak sağlık sunumu ve finansmanı incelendiğinde Türkiye'de ki sağlık sisteminin karma bir yapıya sahip olduğu ifade edilebilir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye'de vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet göstermekte olan özel sağlık kurumlarından da sağlayabilmektedir. Türkiye'de sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşların dan oluşturmaktadır.⁹⁸

Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bölümü kamu sektörü tarafından gerçekleştirilmektedir; özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki payı Ulusal Sağlık Hesapları çalışması çerçevesinde (1999-2000) yüzde 30'un biraz üstünde

⁹⁸ Faruk Tatar (1996), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları", Toplum ve Hekim, Ankara.

gözükmektedir. Özel sektörün payına tekabül eden oran bazı gelişmiş ülkelerdeki (Almanya, Fransa, İngiltere gibi) orana yakın, bazılarındaki orandan da (ABD gibi) (% 40-50) düşüktür. Aynı dağılık yapı geliştirmekte olan ülkelerde de geçerlidir.

İstatistiklere ilişkin yukarıda belirtilen sınırlamalar dikkate alınarak değerlendirilmesi gereken rakamlara göre kamu sektörünün ve özel sektörün toplam sağlık harcamalarının GSMH' ya oranı, 2004 sonun itibarıyla yüzde 7,0-7,5 Aralığına yükselmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerdeki oranların (ABD % 13; Fransa % 9,5; İngiltere % 7,5) altında olmakla birlikte, geliştirmekte olan birçok ülkedeki (Rusya % 5,3; Malezya % 2,5; Meksika % 5,4)³ oranlardan yüksektir. ABD doları cinsinden kişi başına düşen sağlık harcaması az olmakla birlikte, var olan gelir düzeyine göre sağlık harcamasının çok düşük olduğu ileri sürülemez. Ayrıca, son dönemde bu oranlar hızla artmaktadır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının yapısı bozulmakta, öncelikler yanlış seçildiği için kaynaklar etkili kullanılamamakta ve dengesiz bir şekilde tedavi edici hizmetlere aktarılarak ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi teknoloji harcamalarında tüketilmekte, bu da gerçekte, sağlık harcamalarının bileşimini bozmaktadır. Bu durum, sağlık politikalarındaki yetersizliğin, gerçekte mali uyumsuzluğun da önemli bir kaynağını oluşturduğunu göstermektedir.

Türkiye'nin sağlık harcamalarını yıllara göre incelendiğinde bir artış trendi görülmektedir. 1995-2005 yılları arası gözlenen sağlık harcamalarındaki artışla birlikte GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları payı da artış göstermiştir. 2006 yılında gerçekleşen sağlık harcamalarının 44,8 milyar YTL olduğu görülmüştür. KBSH ise SGH 'ye göre 2005 yılında 580 ABD\$ olmuştur.

2007 yılında TSH' nin % 67,8'i Kamu tarafından, %32,2'si ise Özel Sektör tarafından gerçekleştirilmiştir. 1999 yılında TSH' nin % 61,1'i Kamu tarafından, % 38,9'u Özel Sektör tarafından gerçekleştirilirken, 2007 yılında bu oranlar sırasıyla % 67,8 ve % 32,2 olmuştur.⁹⁹

USH araştırmalarından alınan iki tahmine göre, Türkiye sağlığa 1999 yılında 4.984,54 Trilyon TL (26 Milyar ABD\$ SGP) ve 2000 yılında ise 8.247,89 Trilyon TL (30 Milyar ABD\$ SGP) harcamıştır. Kişi başına harcama ise, 1999 yılında 392 ABD\$ SGP ve 2000 yılında 443 ABD\$ SGP olarak gerçekleşmiştir. USH çalışmasına göre, 2000 yılında toplam harcamaların yaklaşık %24,8'i ayakta hastalara verilen ilaçlar için yapılmıştır. Türkiye'deki toplam sağlık harcamasının

⁹⁹ TUİK, Toplam Sağlık Harcamaları Rakamları, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=6&ust_id=1 (Erişim tarihi: 15.02.2011).

ülkenin GSYİH' ya oranı 1999 ve 2000 yıllarında sırasıyla %6,4 ve %6,6 olarak bulunmuştur.¹⁰⁰

Türkiye'nin sağlık harcamalarını yıllara göre incelendiğinde bir artış trendi görürüz. 1995-2005 yılları arası gözlenen sağlık harcamalarındaki artışla birlikte GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları payı da artış göstermiştir. Sağlık harcamalarına yönelik olarak yapılan projeksiyon çalışmalarına göre, 2006 yılında gerçekleşen sağlık harcamalarının 44,8 milyar YTL olacağı öngörülmüştür. Kişi başına sağlık harcaması ise, satın alma gücü paritesine göre 2005 yılında 580 ABD\$ olmuştur. Son yıllarda sağlık harcamalarının artmasının bir nedeni de, Dünya Bankası ile yapılan bir anlaşma. Dünya Bankası istikrar programı uygulayan ülkelerde kullandığı proje kredileri için, özellikle sağlık ve sosyal korunma alanlarında belirli bir oranın tutturulmasını istiyor. Mesela bizde bütçenin en az %3,8'inin sağlığa ayrılmasını öngörüyor.¹⁰¹

Dünyadaki bütün demokratik sistem ve organizasyonlar, temelde sağlıklı birey ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumu gerçekleştirmeyi hedef alır. Güvenliğin, gücün, refahın ve mutluluğun temelinde ruh ve beden sağlığına sahip bireyler ve toplumlar vardır.

3.4. SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDE İLAÇ SEKTÖRÜNÜN PAYI

Sağlık hizmetlerinin sunumunda incelenmesi gereken bir diğer önemli konu, ilaç harcamalarının değerlendirilmesidir. Günümüzde ilaç yalnızca tıbbi bir enstrüman olmakla kalmayıp, aynı zamanda bilimsel, ekonomik ve politik konuların içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle ilaçla ilgili politikalar saptanırken, birçok iç ve dış aktörün söz sahibi olması kaçınılmazdır. Sağlık politikaları belirlenirken temel prensip, liberal ekonominin kuralları içerisinde ilaca erişilebilirliğin, kalitenin, rasyonel ilaç kullanımının, üretim ve dağıtım kanallarının sağlanması ve sektörün geliştirilip, istihdamın dengeli bir şekilde oluşturulmasıdır.

Gelişmiş olan ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %15 düzeyinde seyrederken, bütün sağlık göstergeleri gelişmiş ülkelere göre kötü olan ülkemizde, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları

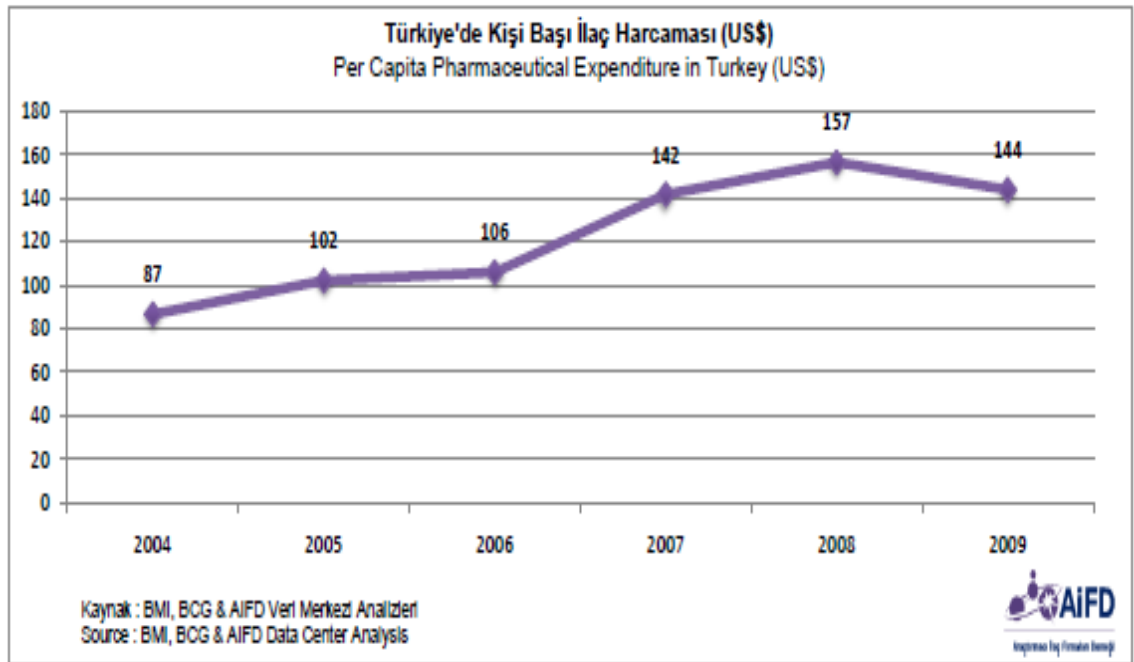
¹⁰⁰ Yuanli Liu, Yusuf Çelik ve Bayram Şahin, Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları, <http://www.suvak.org.tr/kitap-1turkce.pdf> (Erişim tarihi: 15.02.2011).

¹⁰¹ Emine Orhaner (2006), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1, s.3

içindeki payının %25 düzeyinde bulunuyor olması bir çarpıklığın varlığına işaret etmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının yüksek gerçekleşmesiyle ilgili olarak çeşitli görüşler öne sürülmektedir. Bu görüşler arasında en önemlileri; tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, ilaç sanayinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı gibi faktörler ifade edilmektedir. Hâlbuki gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetlerinde öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmektedir. Çünkü bir hastalık ortaya çıkmadan önlemini almak oldukça cüzi tutarlar ile sağlanırken, tedavisi çok büyük maliyetlere neden olmakta ve bu durum ilaç harcamalarını arttırmaktadır.

Şekil 12. Türkiye’de Kişi Başına İlaç Harcaması



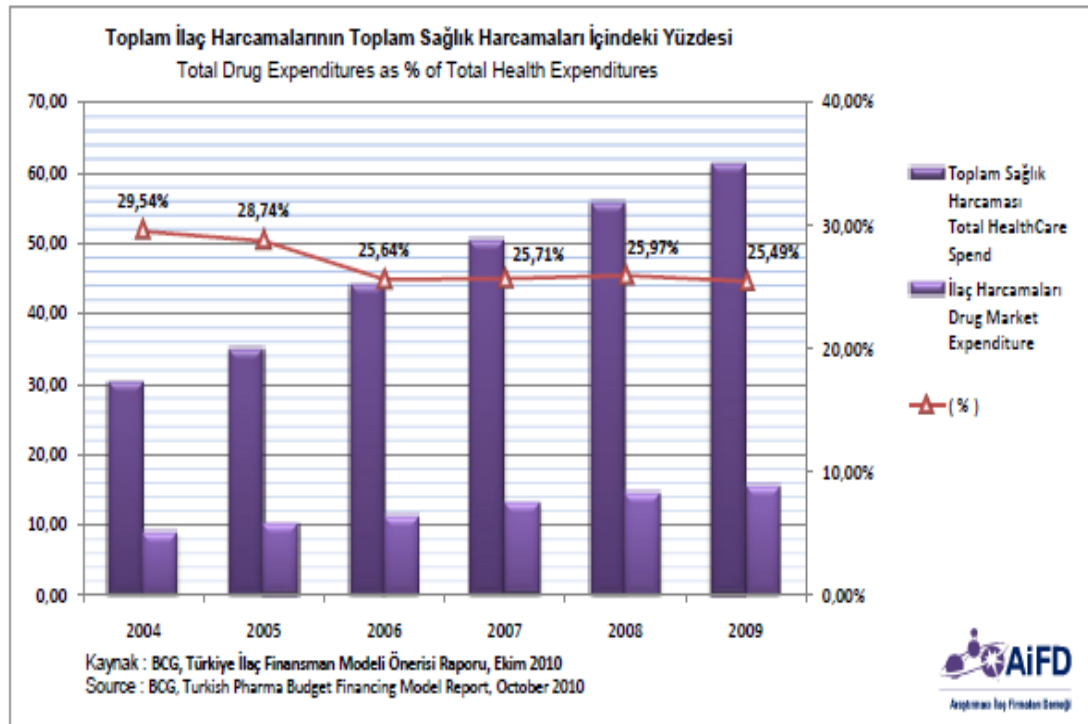
<http://www.aifd.org.tr/anasayfa.aspx>

Türkiye’de kişi başına düşen ilaç harcaması (144 dolar) halen OECD ülkelerinin ortalamasının altında kalmaktadır (OECD: 465 dolar). Şekil 12’de de görüldüğü üzere, kişi başına düşen dolar bazında ilaç harcaması geliri yıllar itibariyle, artan bir seyir izlemiştir. 2004 yılında 87 dolar olan kişi, başına düşen gider 2009 yılsonu itibariyle %65’lik bir artışla 144 dolara kadar yükselmiştir.

Bugün gelinen noktada, yaşanan dolar bazında bu artış bize, hastalık öncesi teşhis ve önlem alma durumlarının azaldığını kanıtlayan bir durumdur. Fakat bu rakam OECD ortalaması olan 465 doların hala oldukça altında seyretmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine harcanan yüksek sağlık ve ilaç harcamalarının OECD ortalamasını yakalaması en azından bu alanda ekonomik bir gelişmişlik seviyesinin de yakalandığını bize gösteren bir gelişmedir.

Yukarıda da bahsedildiği üzere, ilaç harcamalarının seviyesi konusunda farklı görüşler olmakla birlikte gelişmiş ülkelerin bu alanda gerçekleştirdikleri harcamaların izlenmesi ve özellikle koruyucu tedavi hizmetlerine yapılan harcamalarının artırılması ilerleyen dönemlerde daha yüksek sağlık harcamalarının ortaya çıkmasının önüne geçecektir.

Şekil 13. Toplam İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Yüzdesi



<http://www.aifd.org.tr/anasayfa.aspx>

Yukarıda yer alan toplam ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payını bize gösteren şekil 13'de de görüldüğü üzere, 2004 yılında %29,54 seviyesinde olan toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamaları payı, 2009 yılsonu itibariyle %25,49 seviyesine gerilemiştir.

Yukarıda da aktardığımız üzere, toplam ilaç harcamalarının tutarı geçmiş yıllara göre artış gösterirken sağlık harcamaları içerisinde ki payı ise göreceli bir şekilde azalma eğilimi içerisinde. Özellikle, 2005 yılında sonra genel bir düşüş trendi içerisinde giren ilaç harcamaları payı bize aslında yıllar içerisinde sağlık harcamalarında görülen artışların ilaç harcamalarından daha yüksek oranda gerçekleştiğini ve bu durumun ilaç harcamalarının payını azalttığını göstermektedir.

Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmakta, dolayısı ile sağlık ve ilaç harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir. Fakat ülkelerdeki sağlık sistemlerinin performansı değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken husus ilaç harcamalarının ne kadar olduğu değil, toplam sağlık harcamaları içerisinde ne kadar yer kapladığıdır. Yapılan sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının yüksek bir oranda olması sağlık harcamalarının yatırım niteliğinden uzaklaştığının en belirgin göstergesidir.

Günümüzde ilaç yalnızca tıbbi bir enstrüman olmakla kalmayıp, aynı zamanda bilimsel, ekonomik ve politik konuların içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle ilaçla ilgili politikalar saptanırken, birçok iç ve dış aktörün söz sahibi olması kaçınılmazdır. Sağlık politikaları belirlenirken temel prensip, liberal ekonominin kuralları içerisinde ilaca erişilebilirliğin, kalitenin, rasyonel ilaç kullanımının, üretim ve dağıtım kanallarının sağlanması ve sektörün geliştirilip, istihdamın dengeli bir şekilde oluşturulmasıdır.¹⁰²

Ülkemizde yıllar boyu izlenen ilaç politikaları, daha önceki yanlış politikaların üzerinde bir takım düzeltmeler yapılarak oluşturulduğundan yapısal bozukluklar yıllardır süregelmiştir. Avrupa Birliğine girme çabasıyla birlikte Türkiye, bu yapısal bozuklukların giderilmesi için bütün kurumlarını ve politikalarını yeni baştan gözden geçirmek zorunda kalmıştır. Bu çerçevede ilaç politikalarında da köklü bir değişim yaşamıştır. Geri ödeme, fiyatlandırma, ruhsatlandırma, fikri mülkiyet hakları, kalite ve Avrupa Birliği normlarına uyum, bu süreçte üzerinde yoğun bir şekilde durulan ve tartışılan konuların başında gelmektedir.¹⁰³

İlaç sektörü günümüze kadar gerek yapısı gereği gerekse uygulanan yanlış politikalar nedeniyle çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Finans, bankacılık ve

¹⁰² Yuanli Liu, Yusuf Çelik ve Bayram Şahin, Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, <http://www.suvak.org.tr/kitap-1turkce.pdf> (Erişim tarihi: 15.02.2011).

¹⁰³ Mehmet Tokat, (1995), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

reel ekonomiyi temsil eden bütün sektörler yanında ilaç sektörü diğer bütün sektörlerden farklı bir yapıda olması, insan sağlığına hizmet vermesi, yasalarla bağlı olduğu Sağlık Bakanlığı normlarına uyma mecburiyeti sebebiyle ekonomik krizlerden daha ciddi boyutta etkilenmiştir. Maliyetinin yaklaşık % 50'sini oluşturan hammaddenin büyük bir bölümü ile hayati önem taşıyan bir kısım ilaçları ithal eden ilaç sektörü, döviz kurlarındaki artışlardan direkt olarak etkilenmektedir.

Türkiye’de faaliyet gösteren ilaç sektörü 1995 yılından sonra dünya genelinde yaşanan hızlı değişimlere ayak uydurmaya çalışmış fakat çeşitli engellerle karşı karşıya kalmıştır.

İlaç sektörüne yönelik sıkça değişen mevzuatlar, devletin fiyat ve pazara müdahaleleri, ilaç pazarında şirketlerin daha yüksek pay alma çabaları, ülke genelinde yaşanan olumsuz ekonomik koşullar, döviz kurlarında meydana gelen aşırı dalgalanmalar, ihracatta düşüşler ve ithalatta yaşanan artışlar kamu ilaç alımı ve sonrasında yaşanan ödeme sıkıntıları, sektörü büyük zararlara sürüklemiş planlanan atılım ve yatırımlar gerçekleştirilemediği gibi sektör hayatta kalma çabası içerisinde girmiştir.

Ülkemizde kamu açısından ilaç harcamalarının genel sağlık harcamalarına oranının yüksek görünmesidir. Bu oran yaklaşık %34’dür ve OECD ölçütlerine göre yüksek görünmektedir. Bugün Türkiye’de ilaç harcamalarının tamamı bilinirken, ilaç dışı sağlık harcamaları aynı şeffaflıkla hesaplanamamaktadır. Genel sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla kayıt altına alınmaması bu alanda önemli bir belirsizlik yaratmaktadır.¹⁰⁴

Kamu sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları açısından oranlama ve karşılaştırma yapılmasını ciddi boyutlarda güçleştiren nedenlerden bazılarını sıralamak gerekirse;

- Türkiye’de nüfus başına hekim ve hasta yatağı sayısı OECD ülkelerine oranla çok düşük seviyelerde kalmaktadır. Bir yandan doktora az sayıda başvuru olurken, bir yandan doktor başına yüksek bir hasta yoğunluğu ortaya çıkmaktadır.
- Bu durum sağlık hizmet ihtiyacının ağırlıklı olarak eczanelerden edinilen ilaçlarla karşılanması sonucunu doğurmaktadır. Türkiye ile gelişmiş ülkeler karşılaştırıldığında, sağlık hizmeti üretim unsurlarının (başta iş gücü, hizmet,

¹⁰⁴ Yuanli Liu, Yusuf Çelik ve Bayram Şahin, Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, <http://www.suvak.org.tr/kitap-1turkce.pdf> (Erişim tarihi: 15.02.2011).

laboratuar gibi) fiyatları dünya fiyatlarının çok altında kalmaktadır. Kamu geri ödeme kurumları hastane hizmetleri için kamu sağlık kuruluşlarına önemli oranda sübvans edilen fiyatlar üzerinden ödeme yapmaktadırlar.

- Diğer OECD ülkelerinde “yatan hastalar” için kullanılan ilaçlar hastaneler tarafından temin edilirken, ülkemizde yatan hastaların %30’una ilaçları serbest eczanelerden aldırılmaktadır. Yatan hasta ilaçları OECD’de ilaç harcaması olarak değil, genel sağlık harcaması içinde yer almaktadır. Türkiye’de ilaç harcamasının istatistiksel olarak yüksek görünmesinin bir nedeni de hesaplamalarda farklı parametrelerin dikkate alınmasıdır.
- OECD ülkelerinden farklı olarak, Türkiye’de reçetesiz ilaç kategorisindeki ilaçların çok büyük bir kısmı, reçeteli ilaçlarla birlikte geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Bu da diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizdeki kamu ilaç harcamalarını oransal olarak yükseltmektedir.

OECD ülkelerinde ilaç sektöründe faaliyet gösteren şirketlerin artması ve piyasaya yeni ilaçların sunulması ile birlikte ülkelerin ilaç harcamaları artarak sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutmaya başlamıştır. 2004 yılında dünya genelinde üretici fiyatlarıyla toplam 550 milyar \$’lık ilaç harcaması gerçekleşmiştir.

Kuzey Amerika pazarı olarak adlandırılan ABD ve Kanada, 248 milyar dolarlık ilaç harcaması gerçekleştirerek toplam harcamaların % 45’ini gerçekleştirirken, Avrupa 144 milyar \$’lık ilaç harcaması gerçekleştirerek, dünya pazarının % 26’sını oluşturmuştur. Japonya ise 58 milyar \$’lık ilaç harcaması gerçekleştirerek dünya ilaç harcamalarının % 11’lik kısmını gerçekleştirmiştir.

1970’li yıllarda OECD ülkelerinde kişi başına ortalama 22 \$’lık ilaç tüketimi gerçekleşirken, 1990’ların sonunda bu rakam 270 \$’a çıkmıştır. 2004 yılı itibariyle OECD ülkelerinde kişi başına ilaç harcamasının ortalama 385 \$’a kadar yükselmesi ilaç tüketimindeki artışı açıkça göstermektedir (OECD Health Data 2005). Aynı yıl OECD ülkeleri içerisinde Kuzey Amerika ülkeleri (ABD, Kanada) 670 \$’lık kişi başı ilaç harcaması gerçekleştirerek ilk sıralarda yer almıştır. OECD sağlık veri setinde Türkiye’nin ilaç harcamalarıyla ilgili olarak yeterli veriye ulaşılamamaktadır.

2002 yılında ise 45\$’lık ilaç tüketimi gerçekleşirken 2005 yılında üretici fiyatları temel alındığında eczane satışlarına göre kişi başı ilaç tüketimi % 100’ün üzerinde artış göstererek 93\$ olarak gerçekleşmiştir. Genel olarak bir değerlendirme

yapıldığında, dünya ülkelerinde ulusal ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %7 ile %66'sını oluşturmaktadır.

Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamaları için ayırdıkları pay %25 ile %66 arasında değişirken, gelişmiş ülkelerde bu pay %6 ile %30 arasında değişmektedir. Bu veriler doğrultusunda, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak azaldığını gözlemlemekteyiz.¹⁰⁵

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılında gerçekleştirdiği ulusal sağlık hesapları çalışmasına göre ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %24,8 olarak belirlenmiştir. Bununla beraber ilaçla tedavinin büyük yer kapladığı, ayakta verilen tedavi hizmetlerinin sağlık harcamaları içindeki payı (%28,4) ilaç harcamalarına eklendiğinde Türkiye'nin sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payının %50'nin üzerinde olduğu görülmektedir. Türkiye'nin 2009 yılı verilerine göre ise yaklaşık 13 milyar TL (yaklaşık 8 milyar \$) ilaç harcaması yapmış olduğu görülmektedir.¹⁰⁶ İlaç harcamaları bu kapsamda son 9 yıllık süreçte 2 kat artarken, bu harcamaların GSYH'deki payı %1'den %1,6'ya çıkmıştır.¹⁰⁷

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun ülkeler sağlığa ayırabildikleri kaynakların kıtlığı gerçeği ile yüz yüzedir. Sağlık finansman sisteminin temel amacı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratmak, adil bir biçimde toplumu ve bireyleri sağlık ihtiyaçlarının finansal yüküne karşı korumaktır. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda ulusal sağlık harcamalarının genel geçer bir yöntemle göre tanımlanması, tahmin edilmesi ve ölçümü önemle üzerinde durulan bir alandır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde örgütlenmesi ve yönetilmesi başta kalkınma planları olmak üzere Türkiye'nin stratejik hedefleri arasında önceliklenen bir konudur.¹⁰⁸

¹⁰⁵ TTB, *Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2006*, www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf, (Erişim tarihi: 11.02.2011).

¹⁰⁶ Türk Tabipler Birliği, 2011 seçimlerine girerken Türkiye'de Sağlık, Mayıs 2011.

¹⁰⁷ Deloitte Türkiye, Sağlık Ekonomisi Raporu, Haziran 2011.

¹⁰⁸ IMF, Dünya Ekonomik Görünümü Veritabanı, Nisan 2009.

3.4.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Olası Etmenler

Cepten sağlık harcaması, doğrudan hastalar veya hane halkı tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir. Cepten sağlık harcamaları, birçok ülkede toplam harcamanın büyüklüğü ve payı bakımından kamu sağlık harcamalarından sonra ikinci finansman kaynağıdır. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında genel devlet bütçesi, sosyal güvenlik katkıları ve cepten harcamaları da içeren özel harcamalar olmak üzere üç ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Katkı payı, doğrudan ödeme ve informal ödeme şeklinde gerçekleşen cepten harcamalar, sosyal güvence sistemi olmayan pek çok düşük ve orta gelirli ülkenin toplam sağlık harcamalarında 1/3 ve 2/3 arasında bir paya sahiptir.

TÜİK tarafından yayınlanan 2008 yılı sağlık harcama istatistikleri araştırmasına göre Ulusal Sağlık Hesapları (USH) sistemine göre üretilen 2008 yılı verileri, 1999 yılı verileri ile karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda, 1999 yılında % 29,1 olarak gerçekleşen hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 2007 yılında % 21,8’e, 2008 yılında ise % 17,4’e düşmüştür.¹⁰⁹

Cepten harcamanın yükü bireylerin sağlık hizmeti kullanımını, özellikle pahalı hizmetlerin kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden, cepten harcama boyutunun ve alt gruplar (özellikle yoksullar) itibarıyla dağılımının iyi anlaşılması gerekmektedir. Hane halkı tarafından yapılan cepten harcama verileri sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet konusu dâhil birçok reform politikasının etkilerinin analizi için önemli bilgi sağlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre her yıl dünyada 44 milyon hanedeki 150 milyon kişi sağlık hizmeti alırken finansal olarak bir yükün altına girmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kişiler mevcut gelirlerinin önemli bir kısmını harcamak durumunda kaldıkları ve düşük gelir gruplarında sağlıkta eşitsizliği daha da derinleştiren cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen etmenlerin bilinmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, cepten sağlık harcamalarını etkileyen etmenleri belirlemek ve toplumu bundan korumak amacıyla politika yapıcıların ve karar vericilerin göz önünde bulundurmaları gereken olası etmenlere açıklık getirmektir.

¹⁰⁹ TÜİK, Sağlık İstatistikleri Araştırması Haber Bülteni, Şubat 2011.

Bir toplumun sağlığını geliştirmek için; kişiler, sosyal gruplar, bölgeler arası sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak, yoksulların sağlığını iyileştirmek, sağlık sistemi finansman yükünün adil şekilde dağıtılmasını sağlamak gerekmektedir.

Türkiye gibi orta ve düşük gelirli ölkelerde yoksul kesim için cepten harcamanın yükü daha fazla kabul edilmektedir. Bu yük, bireylerin sağlık hizmeti kullanımını, özellikle pahalı hizmetlerin kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden, cepten harcama boyutunun ve alt gruplar (özellikle düşük gelir düzeyine sahip bireyler) bakımından dağılımının iyi anlaşılması gerekmektedir. Eğer cepten sağlık harcaması yaygınlaşır ve sağlık sistemi finansmanının ana kaynağı olursa eşitlik ve erişimde önemli derecede negatif etkiye neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki kaynakların tahsisi, fonlanması ve transferi şeklindeydir. Politika belirleyicilerin ve karar vericilerin sağlık sistemini planlarken sağlık hizmetlerinin karşılanamaz.

Finansal yüküne karşı gerekli önlemleri almaları için cepten sağlık harcaması yapılmasına sebep olan olası etmenlerin neler olduğunu anlamaları gerekmektedir. Bir sağlık finansman kaynağı olarak cepten harcamaların miktarı ve dağılımı sağlık hizmetlerinde erişim, kullanım ve sağlık statüsü gibi sonuçları etkilemektedir. Dolayısıyla cepten yapılan harcamaları etkileyen olası etmenlerin değerlendirilmesi, sistemin performansının iyileştirilmesi ve istendik sonuçların yaratılması bakımından önemli bir potansiyele sahiptir. Hanenin gelir düzeyi cepten sağlık harcamasının önemli belirleyicileri arasındadır. Cepten harcamanın büyük bir kısmı zengin gelir dilimindeki nüfus tarafından yapılmaktadır.

Nepal'de (2003) yapılan bir araştırmada kişi bası gelirin sağlık harcamalarının pozitif bir belirleyicisi olduğu, bunun sebebinin ise geliri daha yüksek olan hanelerin daha fazla sağlık hizmeti alması ve sıklıkla da daha pahalı olan hizmet sağlayıcılardan alması olarak açıklanmıştır. Bazı araştırmalarda yüksek gelir ve hanenin mal varlığı ile yüksek cepten sağlık harcaması arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bunun yanında, her ne kadar fakirler zenginlere göre daha küçük ödemeler yapıyor olsalar da oransal olarak daha fazla hane halkı harcaması yapmakta oldukları kabul edilmektedir.

Türkiye'de USH Hane halkı araştırmasında ise birinci (en düşük) gelir diliminde olan kişiler besinci(en yüksek) gelir dilimindeki kişilere göre daha fazla cepten harcama yaptıkları belirlenmiştir. Hane halkı bireylerinin sağlık güvence durumu ile cepten sağlık harcaması miktarının ters yönlü (negatif) ilişkili olduğu ve

sağlık güvencesi olan kişilerin daha az cepten sağlık harcaması yapması gerektiği kabul edilmektedir.

Türkiye’de de sağlık sigortası olmayan kişilerin cepten yaptıkları yıllık sağlık harcamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öte yandan Türkiye Sağlık ve İlaç Harcamaları Araştırması (TSİHA)’nda herhangi bir sağlık sigortası tarafından kapsanan bireylerin cepten sağlık harcamalarının sigorta kapsamında olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu ortaya koyan bulgular da bulunmaktadır.

Hane halkı bireylerinin yaşı da cepten sağlık harcamasının belirleyicileri arasındadır. Cepten sağlık harcaması ile bebek ve yaşlı üyesi fazla olan haneler arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte başka bir çalışmada ise, 5 yaşından küçük çocuk bulunan en zengin hanelerde bile cepten harcama yapma riskinin düşük olduğu bulunmuştur. Türkiye USH Hane halkı Araştırmasına göre de 80 yaş ve üzeri yaş grubu en yüksek cepten sağlık harcaması yaparken 5-14 yaş grubu ise en düşük harcamayı yaptığı tespit edilmiştir.

Hane halkı bireylerinin sağlık durumu cepten sağlık harcamasını etkileyen etmenlerden birisidir. Sağlık harcaması ile hastalıkların insidansı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sağlık statüsü kötü olanların, engelli ve kronik hastalığı olan bireylerin daha yüksek cepten harcama yaptıkları bulunmuştur.

Hane halkının ikamet ettiği bölge de cepten yapılan harcamaları etkileyen olası etmenler arasında kabul edilmektedir. Cepten yapılan doğrudan sağlık harcamaları kırsal kesimde kentsel kesime göre hem miktar hem de oransal olarak daha fazla bulunmuştur.

Türkiye USH Hane halkı Araştırmasına göre Türkiye’de doğu bölgesinde yaşayanların yıllık toplam cepten sağlık harcaması en yüksek, Kuzey bölgesinde yaşayan bireylerin ise en düşüktür. Kırsal alanda yaşayanların ortalama yıllık cepten sağlık harcaması kentsel alandakilere göre daha yüksek bulunmuştur. Metropol alanda en yüksek harcamayı İstanbul’da yaşayan bireyler yapmaktadır. TSİHA’ DA en fazla cepten sağlık harcaması yapan bölgenin batı bölgesi olduğu ve kırsal kesimdeki kişilerin finansal yetersizlikler nedeniyle hastalandıklarında hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir.

Hanedeki kişi sayısı ile cepten sağlık harcamalarının miktarı ve sıklığı arasında pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ayrımına bakıldığında; kadınların erkeklere göre daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları bulunmuştur.

Kadınların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları, daha uzun yaşam beklentisine sahip olmaları, üreme rolleri gibi nedenlerden dolayı erkeklere oranla sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğilimindedirler. Bununla beraber, Zambiya’da ve Türkiye USH Hane halkı Araştırmasında kadın olma durumuyla cepten sağlık harcaması arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Birçok araştırmada, hane halkı bireylerinin eğitim düzeyi yükseldikçe cepten yapılan sağlık harcamasının artmakta olduğu bulunmuştur.

Türkiye USH Hane halkı Araştırmasına göre, lisansüstü eğitim almış kişilerin en yüksek cepten sağlık harcaması yaparken en düşük harcamayı yapan grubun anaokulu grubu olduğu bulunmuştur. Bununla beraber, Hindistan ve Nepal’de yapılan araştırmalara göre, hane reisi daha yüksek eğitim düzeyine sahip hanelerde toplam hane harcaması içinde cepten harcamanın payı düşmektedir ve hane reisinin eğitim düzeyi ile harcama arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.¹¹⁰

Hane halkı bireylerinin medeni durumu da cepten yapılan sağlık harcamasını etkileyen etmenler arasında kabul edilmektedir. Türkiye USH Hane halkı Araştırmasına göre ortalama cepten sağlık harcaması, ayrı yaşayan kişiler için en yüksek, boşanmış kişiler için ise en düşük bulunmuştur. Bununla beraber eşi ölenlerin ve evlilerin daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıklarına dair çalışmalar da bulunmaktadır.

Türkiye’de 2000 yılından bu yana genel geçer bir yöntem olan Ulusal Sağlık Hesapları bağlamında yapılan hesaplamalar, finansman kaynağından hizmetin fonksiyonlarına kadar bir dizi sonuçları üretmeyi mümkün kılrsa da hane halkının cepten yaptığı sağlık harcamalarının fonksiyonel ayrımını ve harcamalara etki eden olası etmenleri ortaya koymakta yetersiz kalmaktadır.

Çalışmanın uygulama bölümünde buraya kadar aktarılan bilgiler ışığında sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisinin ekonometrik analizi aktarılmıştır. Uygulama kapsamında elde edilen sonuçlar ve karşılaştırmalı tablolar ampirik bulgular bölümünde sunulmuştur.

¹¹⁰ İsmet Şahin, Türkiye USH Hane halkı Araştırması, 2002-2003, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/PDF%20SUNUMLAR%20USH%20YAYGINLASTIRMA%20CALISTAYI/Turkce%20Sunumlar/1.GunSuntular/USH%20Hane%20Halki.pdf> (Erişim tarihi: 19.02.2011).

4. BÖLÜM: VERİ SETİ VE EKONOMETRİK BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde sağlık sektörü gelişme olgusu ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, Türkiye ekonomisi koşulları dikkate alınmak suretiyle incelenmeye çalışılmıştır.

Bu çerçevede öncelikle mevcut iktisat literatürü takip edilerek sağlık sektörü gelişme olgusunu ekonomik büyüme ile ilişkilendirebilmek amacıyla uygun ölçek değişkenler (scale/proxy variables) tespit edilmiş ve her iki değişken arasındaki nedensellik ilişkisi ekonometrik tahmin yöntemleri aracılığıyla ortaya konmuştur.

4.1. VERİ SETİ VE KAYNAKLAR

Uygulamada veri seti 1980 yılından 2008 yılına kadar olan yıllık verilerden oluşmaktadır. İncelenen pek çok çalışma sağlık sektörü ve ekonomik büyüme arasındaki muhtemel ilişkiyi yıllık gözlem aralığını¹¹¹ dikkate alan veriler kullanmak suretiyle ortaya koymaya çalışmaktadır.

Bu çalışmada da gözlem aralığı yıllık veriler kullanmak suretiyle sınırlandırılmış ve veri kümesinin genişliği sayesinde ve yüksek bir serbestlik derecesi kullanılarak ilgili ilişki tahmin edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmada kullanılan veriler, sağlık sektörünü niteleyebilmek amacıyla sağlık kurumlarının yatak sayıları, sağlık kurumlarının sayısı, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, doğuşta yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme olgusunu temsil edebilmesi amacıyla da reel GSYİH rakamları kullanılmıştır. Verilerin temin edilmesinde TÜİK ve TCMB Veri dağıtım sistemlerinden yararlanılmıştır.

Veriler SPSS 13,0 Paket Programı ve EViews 5,0 Programları ile analiz edilmiştir. Aşağıdaki tabloda belirlenen değişken kısaltmaları ve tanımlarını bulabilirsiniz.

¹¹¹ Chang, (2002), 869-873; Arestis vd., 2001: 16-41.

Tablo 9. Değişkenler ve Tanımları

Değişken Adı	Açıklama
DOG	Doğuşta Yaşam Beklentisi
SAK	Sağlık Kurumlarının Sayısı
SPE	Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı
YAT	Sağlık Kurumlarının Yatak Sayıları
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
TSH	Toplam Sağlık Harcamaları
KBSH	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Değişkenlerin tanımları ise şu şekildedir;

- Doğuşta yaşam beklentisi, kişinin ortalama beklenen yaşama süresi olup hemen hemen tüm ülkelerde bu süre kadınlar için erkeklerden daha uzundur. OECD'nin tamamı için doğuşta yaşam beklentisi açısından kadınlar lehine ortaya çıkan cinsiyet ayrımı şu anda 6 yılın altında olmakla birlikte rakam Macaristan, Slovak Cumhuriyeti Polonya için 8 yıl, İngiltere, İzlanda ve İsveç için ise en düşüktür
- Sağlık kurumlarının sayısı, seçilen dönem içerisinde görev yapana sağlık kuruluşları adedini temsil etmektedir.
- Sağlık personeli başına düşen kişi sayısı, incelenen dönemde görev yapana personel başına düşen ortalama hasta sayısını vermektedir.
- Sağlık kurumlarının yatak sayısı ise, incelenen dönemde faaliyet gösteren hastanelerde hizmet veren yatak sayısını ifade etmektedir.
- Gayri safi yurtiçi hâsıla değişkeni ise bir kalkınma ve gelişmişlik göstergesi olarak analize dâhil edilmiş olup ekonomik büyüklüğünün birkaç ölçütünden biridir. GSYİH, bir ülke sınırları içerisinde belli bir zaman içinde, üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeridir.

- Toplam sağlık harcamaları değişkeni, incelenen yıllar itibariyle hastane ve sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirilen sağlık harcamalarının para birimi cinsinden değeridir.
- Kişi başına düşen sağlık harcamaları değişkeni, gerçekleştirilen sağlık harcamalarının nüfus değişkeni başına bölünmesiyle elde edilen ortalama tutar değeridir.

4.2. METODOLOJİ

Çalışmada, Genişletilmiş Dickey Fuller Testi, Johansen Eşbütünleşme Testi ve Granger Nedensellik Testleri yapılmıştır.

4.2.1. Granger Nedensellik Testi Aşamaları

Uygulamalı ekonometrik çalışmalarda, zaman serileri arasındaki nedensellik ilişkilerinin tespit edilmesi için en sık kullanılan yöntem Granger (1969) tarafından geliştirilen nedensellik analizidir.¹¹²

Nedensellik testi iki değişken arasında bir sebep-sonuç ilişkisinin olup olmadığını, eğer varsa ilişkinin yönünü test etmek amacıyla kullanılmaktadır.¹¹³

Granger (1969), nedenselliği şu şekilde tanımlamıştır “Y’nin öngörüsü, X’in geçmiş değerleri kullanıldığında X’in geçmiş değerleri kullanılmadığı duruma göre daha başarılı ise X, Y’nin Granger nedenidir”. Bu tanımlamanın doğruluğu test edildikten sonra ilişki $X \rightarrow Y$ şeklinde gösterilir. Bu test ile bir tahmin değil nedensellik çıkarsaması yapıldığı için değişkenler önceden durağanlaştırılmalıdır.¹¹⁴

Bu nedenle, sağlık sektörü değişkenleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesinde ilk olarak serilerin durağan olup olmadıkları tespit edilecektir. Bu amaçla Geliştirilmiş Dickey-Fuller (1979,1981) testi (Augmented Dickey Fuller-ADF) testi yapılacaktır. ADF testi ile serilerin durağan olmadığı hipotezi test edilmektedir. Hipotezin reddedilmesi durumunda serilerin durağan olduğu sonucuna varılacaktır. ADF testi için (1) numaralı denklem tahmin edilmektedir.

$$\Delta z_t = \beta_1 + \phi z_{t-1} + \alpha_i \sum_{i=1}^p \Delta z_{t-1} + \varepsilon_t \quad (1)$$

¹¹² Orhan Karaca, (2003), Türkiye’de Ekonomik Büyüme ve Enflasyon Arasındaki İlişki, Dogus Üniversitesi Dergisi, 4 (2), İzmir, s: 250.

¹¹³ Metin Berber, Seyfettin Artan, (2004), Enflasyon Ekonomik Büyüme İlişkisi, TEK, Ankara, s:10.

¹¹⁴ Clive Granger (1988), “Some Recent Developments in a Concept of Causality”, Journal of Econometrics. 39, 199-211.

(1) numaralı denklemde, z_t ilgili değişkenleri, Δ birinci fark operatörlerini; p , gecikme uzunluğunu; ε ise hata terimini göstermektedir. $\varphi=0$ boş hipotezinin reddedilmemesi durumu serilerin durağan olmadığı anlamına gelmektedir. Orijinal seviyesinde durağan olmayan bir değişkenin duranlığı bulununcaya kadar devresel farkları alınır.

Dönemsel gecikme sayısı (denklemde p olarak ifade edilmiştir) Akaike ve Schwartz yöntemleri kullanılarak tespit edilebilir. Gecikme uzunlukları belirlenen denklemin ADF test istatistiği MCKinnon (1990) kritik değerleri ile karşılaştırılarak, değişkenin test edilen seviyede durağan olup olmadığı belirlenmiş olur.

Değişkenlerin durağanlığı sağlık sektörü verileri ve ekonomik büyüme değerleri arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde kullanılacak modelin belirlenmesi açısından önemlidir. Serilerin durağan olmaması halinde uzun dönemli bir ilişkinin bulunup bulunmadığı test edilebilecektir. Çalışmada koentegrasyon testi Johansen (1988) ve Johansen ve Juselius (1990) [JJ] yöntemine göre gerçekleştirilmiştir. JJ yöntemi kullanıldığında koentegrasyon vektörlerinin sayısı trace testi yapılmak suretiyle tespit edilebilmektedir.

Trace testinde koentegrasyon vektörlerinin sayısının (r) 0,1'e eşit veya küçük olduğu sıfır hipotezi test edilmektedir. Her bir durum için boş hipotezlerin reddedilmesi trace istatistik değerinin kritik değerden yüksek çıkması halinde söz konusu olmaktadır. Örneğin $r=0$ sıfır hipotezinin reddedilmesi 1 koentegrasyon vektörünün bulunduğunu; $r = < 1$ sıfır hipotezinin reddedilmesi 2 koentegrasyon vektörünün bulunduğunu göstermektedir. $r=0$ sıfır hipotezinin reddedilmemesi, değişkenler arasında koentegrasyon vektörünün bulunmadığı anlamına gelmektedir. Engle and Granger (1987) and Granger (1988) iki değişkenin koentegre olması durumunda en azından tek yönlü bir nedensellik ilişkisinin bulunacağını belirtmektedir.

Bu durum (2) ve (3) numaralı denklem yardımıyla gösterilebilir.¹¹⁵

$$\Delta \log Y_t = \alpha_1 + \sum \beta_{1i} \Delta \log Y_{t-i} + \sum \varphi_{1i} \Delta \log X_{t-i} + \varepsilon_{1t} \quad (2)$$

$$\Delta \log X_t = \alpha_2 + \sum \beta_{2i} \Delta \log Y_{t-i} + \sum \varphi_{2i} \Delta \log X_{t-i} + \varepsilon_{2t} \quad (3)$$

Granger nedensellik analizi, yukarıdaki modellerde hata teriminden önce yer alan bağımsız değişkenin gecikmeli değerlerinin katsayılarının grup halinde sıfıra

¹¹⁵ Robert Engle ve Clive Granger (1987). "Co-integration and error-correction: Representation, estimation and testing". *Econometrica* 55: 251—276.

eşit olup olmadığı test edilerek yapılır. (2) nolu denklemdeki ϕ_1 i katsayıları belirli bir anlamlılık düzeyinde sıfırdan farklı bulunursa, LogX 'in logY 'nin nedeni olduğu sonucuna varılır.

Aynı şekilde (3) nolu denklemde β_2 i katsayılarının belirli bir anlamlılık düzeyinde sıfırdan farklı olması da Y 'nin X 'in nedeni olduğunun göstergesidir. Bu durumda Y ile X arasında karşılıklı bir nedensellik ilişkisi var demektir.¹¹⁶ Sadece (2) nolu denklemdeki ϕ_1 i katsayıları sıfırdan farklı ise X 'den Y 'ye doğru tek yönlü, sadece (3) nolu denklemdeki β_2 i katsayıları sıfırdan farklı ise Y 'den X 'e doğru tek yönlü nedensellik vardır.

Hem β_1 i hem de β_2 i katsayılarının sıfırdan farklı olmaması ise bu iki değişken arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi olmadığını göstergesidir.¹¹⁷

Yukarıda belirtildiği gibi, Granger Nedensellik Analizinde bir tahmin değil nedensellik çıkarsaması yapıldığı için değişkenler önceden durağanlaştırılmalıdır.

4.3. AMPİRİK BULGULAR

4.3.1. Zaman Serileri

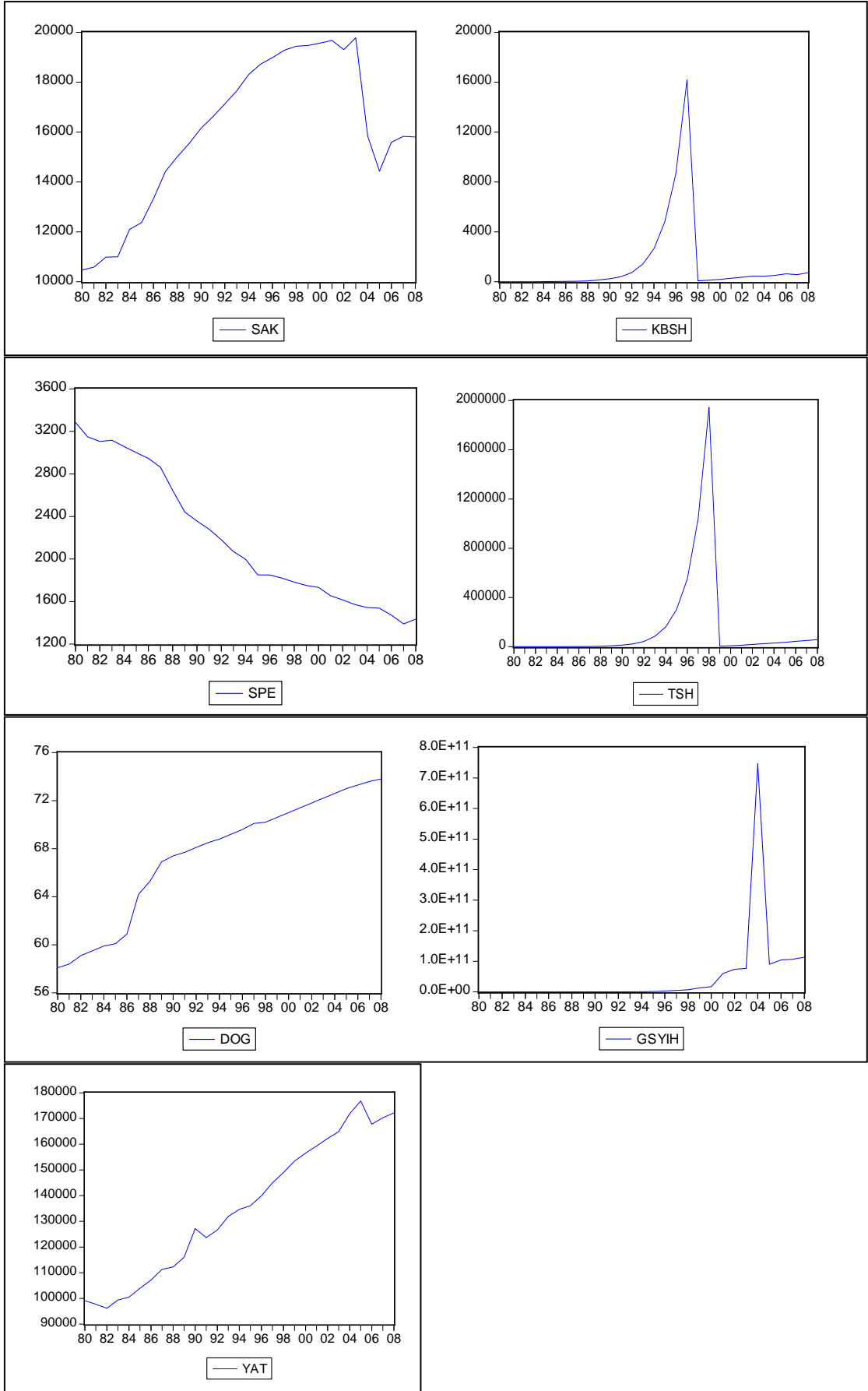
Sağlık sektörü ve ekonomik büyüme olgusunu temsil edebilmek amacıyla kullanılan ve 1980 – 2008 dönemlerini kapsayan verilerin önce doğal logaritmaları alınmıştır.

Çalışmada kullanılan değişkenlerin zaman serisi grafikleri aşağıda gösterilmektedir.

¹¹⁶ Clive Granger, 1988. "Causality, cointegration, and control," Journal of Economic Dynamics and Control, Elsevier, vol. 12(2-3), pages 551-559.

¹¹⁷ Orhan Karaca, a.g.e., s: 250.

Şekil 14. Çalışmada Kullanılan Zaman Serileri



4.3.2. Granger Nedensellik Testi

Çalışmada öncelikle kullanılan zaman serilerinin durağan olup olmadıkları incelenmiş ve bu amaçla da Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) testi kullanılmıştır. Söz konusu testler için aşağıdaki yukarıda da verilen 1 numaralı denklem kullanılmıştır.

$$\Delta z_t = \beta_1 + \phi z_{t-1} + \alpha_i \sum_{i=1}^p \Delta z_{t-1} + \varepsilon_t \quad (1)$$

Denklemden yer alan Z_t durağanlık testine tabi tutulan değişkeni Δ birinci fark operatörünü ve ε_t ise modelin hata terimini temsil etmektedir. Çalışmada kullanılan değişkenlere ait ADF test sonuçları aşağıda yer alan tabloda sunulmuştur. ADF testi uygulanırken bağımlı değişkenin gecikme sayıları Akaike Bilgi Kriterine (AIC) kriteri yardımıyla belirlenmiştir.

Aşağıdaki tabloda modellerde kullanılan değişkenlere ait ADF test istatistikleri verilmiştir. ADF birim kök testinin sonuçları yukarıda verilmiş olan (1) numaralı denklem kullanılarak elde edilmiştir. Kritik değerler Eviews 5,0 programı yardımıyla elde edilmiş olup MacKinnon (1996) kritik değerleri ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. ADF Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Düzye	Birinci Fark	Sonuç
LGSYIH	2.02 (0) [-1.95]*	-	Durağan
LDOG	2.25 (1) [-1.95]	1.82 (0) [-1.95]*	Durağan
LKBSH	0.12 (0) [-1.95]*	-	Durağan
LSAK	0.88 (1) [-1.95]	1.38 (0) [-1.95]*	Durağan
LSPE	-6.22 (0) [-1.95]*	-	Durağan
LTSH	0.40 (0) [-1.95]*	-	Durağan
LYAT	4.03 (0) [-1.95]*	-	Durağan

Parantez içindeki değerler, Akaike Bilgi Kriteri ile belirlenen optimal gecikme uzunluklarını göstermektedir. Köşeli parantez içindeki değerler MacKinnon %5 kritik değerleridir. Entegre olan değişkenler "" simgesi ile gösterilmiştir.

Değişken seviyelerine uygulanan ADF test sonuçlarına göre ldog ve lsak değişkenlerin durağan olmadığı görülmektedir. Diğer değişkenlerin ise durağan olduğu gözükmemektedir. Aynı testlerin durağan olmayan değişkenlerin birinci derece

farklarına uygulanması durumunda ise elde edilen sonuçlar değişkenlerin bu seviyede durağan olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifade ile değişkenler birinci derece de durağandır.

Sağlık sektörü ile ekonomik büyüme verilerinde durağanlık tespit edilmesinden sonra değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin olup olmadığı ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu amaçla eşbütünleşme ilişkisinin tespit edilmesi gerekmektedir. Johansen Eşbütünleşme (JJ) testi bize değişkenler arasında uzun dönemli bir ilişkinin olup olmadığını göstermektedir.

GSYİH ile seçilen sağlık göstergeleri arasında eşbütünleşme ilişkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Johansen eşbütünleşme testine ait sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 11. JJ Eşbütünleşme Testi Sonuçları

Değişkenler	Gecikme Sayısı	Likelihood Ratio (LR)	%1 Kritik Değer	%5 Kritik Değer	Sonuç
lgsyih ve ldog	1	54.52	19.93	15.49	Eşbütünleşik
lgsyih ve kbsh	1	-74.43	19.93	15.49	Eşbütünleşik Değil
lgsyih ve sak	1	11.44	19.93	15.49	Eşbütünleşik Değil
lgsyih ve spe	1	28.32	19.93	15.49	Eşbütünleşik
lgsyih ve tsh	1	-77.49	19.93	15.49	Eşbütünleşik Değil
lgsyih ve yat	1	29.51	19.93	15.49	Eşbütünleşik

AIC bilgi kriteri yardımı ile tespit edilen optimal gecikme uzunlukları altında, H₀ boş hipotezi gsyih ile doğuştan yaşam beklentisi, sağlık personeli başına düşen kişi sayısı ve sağlık kurumlarının yatak sayıları açısından reddedilmiş ve aralarında uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Buna karşılık GSYİH ile KBSH, sağlık kurumları sayısı ve TSH açısından eşbütünleşme olmadığı sonucuna varılmıştır.

Eşbütünleşme ilişkisinin bulunması sebebiyle (2) ve (3) numaralı denklemler hata düzeltme terimiyle birlikte tahmin edilmiş ve (4) ve (5) numaralı denklemler elde edilmiştir. Hata düzeltme terimi eklenmiş denklemlere dayalı olarak gerçekleştirilecek standart Granger nedensellik analizleri yapılırken değişkenlerin χ^2

istatistik değerinden yararlanılacaktır. Eşbütünleşme ilişkisi tespit edilemeyen denklemlere hata düzeltme terimi eklenmemiştir.

$$\Delta \log Y_t = \alpha_1 + \sum \beta_{1i} \Delta \log Y_{t-1} + \sum \varphi_{1i} \Delta \log X_{t-1} + \sigma_{1i} \Psi_{t-1}(t) + \varepsilon_{1t} \quad (4)$$

$$\Delta \log X_t = \alpha_2 + \sum \beta_{2i} \Delta \log Y_{t-i} + \sum \varphi_{2i} \Delta \log X_{t-i} + \sigma_{2i} \Psi_{t-1}(t) + \varepsilon_{2t} \quad (5)$$

Granger nedensellik analizlerinde açıklayıcı değişkenlerin katsayılarının grup olarak χ^2 istatistiğine göre istatistiksel olarak anlamlı çıkması, bu açıklayıcı değişkenlerden bağımlı değişkene doğru bir nedenselliğin olduğunu göstermektedir. Ayrıca hata düzeltme teriminin istatistiksel olarak anlamlı olması da Granger nedensellik ilişkisinin bulunduğunu ifade etmektedir.¹¹⁸

Tablo 12. Granger Nedensellik Test Sonuçları

Bağımlı Değişken	$\sum \Delta \log Y_{t-1}$	$\sum \Delta \log X_{t-1}$	$(\sum \Delta \log Y_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$(\sum \Delta \log X_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$\Psi_{t-1}(t)$
$\Delta \log Y_{t-1}$	-	-0.18 (1) [0.83]	-	4.95 [0.74]	-0.011 [0.01]***
$\Delta \log X_{t-1}$	0.84 (1) [0.44]	-	2.38 [0.12]	-	-0.09 [0.04]**
$\sum \Delta \log Y_{t-1}$	$\sum \Delta \log X_{t-1}$	$(\sum \Delta \log Y_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$(\sum \Delta \log X_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$\Psi_{t-1}(t)$	
$\Delta \log Y_{t-1}$	-	4.94 (1) [0.74]	-	-	-
$\Delta \log X_{t-1}$	1.65 (1) [0.19]	-	-	-	-
$\sum \Delta \log Y_{t-1}$	$\sum \Delta \log X_{t-1}$	$(\sum \Delta \log Y_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$(\sum \Delta \log X_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$\Psi_{t-1}(t)$	
$\Delta \log Y_{t-1}$	-	7.12 (1) [0.47]	-	-	-
$\Delta \log X_{t-1}$	2.92 (1) [0.08]**	-	-	-	-
$\sum \Delta \log Y_{t-1}$	$\sum \Delta \log X_{t-1}$	$(\sum \Delta \log Y_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$(\sum \Delta \log X_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$\Psi_{t-1}(t)$	
$\Delta \log Y_{t-1}$	-	6.05 (1) [0.60]	-	13.87 [1.61]	-0.41 [0.01]**
$\Delta \log X_{t-1}$	0.73 (1) [0.39]	-	0.001 [0.005]***	-	-0.39 [0.16]
$\sum \Delta \log Y_{t-1}$	$\sum \Delta \log X_{t-1}$	$(\sum \Delta \log Y_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$(\sum \Delta \log X_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$\Psi_{t-1}(t)$	
$\Delta \log Y_{t-1}$	-	4.57 (1) [0.79]	-	-	-
$\Delta \log X_{t-1}$	1.50 (1) [0.22]	-	-	-	-
$\sum \Delta \log Y_{t-1}$	$\sum \Delta \log X_{t-1}$	$(\sum \Delta \log Y_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$(\sum \Delta \log X_{t-1}, \Psi_{t-1})$	$\Psi_{t-1}(t)$	
$\Delta \log Y_{t-1}$	-	-5.36 (1) [0.69]	-	-19.79 [0.001]***	-0.41 [0.19]
$\Delta \log X_{t-1}$	1.08 (1) [0.29]	-	-2.02 [0.01]**	-	0.001 [0.005]***

** ve *** sırasıyla %5 ve %1 anlamlılık düzeyini göstermektedir. Optimum gecikme uzunluğu AIC kriterine göre belirlenmiş ve parantez içinde belirtilmiştir. Köşeli parantez içindeki değerler Tabloda yer alan p olasılık değerleridir. $\Psi_{t-1}(t)$ = Hata düzeltme terimi katsayısının t istatistiği değeridir.

¹¹⁸ Clive Granger, (1988), "Causality, cointegration, and control," sf. 551-559.

Yukarıdaki tabloda yer alan test sonuçlarına göre ekonomik büyüme ile sağlık sektörü verileri arasında çift yönlü bir Granger nedenselliği bulunmaktadır. Kısa dönemde doğuştan yaşam beklentisi, sağlık personeli başına düşen kişi sayısındaki azalış ve sağlık kurumlarının yatak sayılarındaki artışın ekonomik büyümeyi pozitif şekilde etkilediği görülmektedir. Ayrıca katsayıları dikkatle incelediğimizde, sağlık personeli başına düşen kişi sayısındaki azalışın, doğuştan yaşam beklentisi ve sağlık kurumlarının yatak sayılarındaki artışın ekonomik büyümeyi açıklama gücüne göre daha yüksek oranda olduğunu görmekteyiz. Granger nedenselliğinin diğer yönüne baktığımızda ise ekonomik büyüme tarafından da bu üç sağlık göstergesine doğru bir nedensellik ilişkisi olduğunu gözlemlemekteyiz. Ekonomik büyümede görülen artış aynı zamanda bu üç sağlık göstergesine de olumlu düzeyde yansımaktadır. Ekonomik büyümede meydana gelen artışın en yüksek oranda sağlık kurumlarının yatak sayılarındaki artışa etki ettiği görülmektedir.

Ekonomik büyüme ile tsh ve kbsh arasındaki ilişkinin incelenmesinde F testi (χ^2 istatistiği) sonuçlarına göre herhangi bir nedensellik ilişkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu durum toplam nüfus göz önüne alındığında sağlık harcamalarına ayrılan tutarların düşüklüğü ile açıklanabilir.

Son olarak ekonomik büyüme ile sağlık kurumlarının yatak sayıları arasında uzun dönemli ve tek yönlü bir granger nedenselliği ilişkisi saptanmıştır. Buna göre ekonomik büyümede görülen artış aynı zamanda sağlık kurumlarının yatak sayılarına olumlu düzeyde yansımaktadır. Diğer bir ifade ile iki değişken arasında ekonomik büyümeden kaynaklanan bir ilişki söz konusudur.

Analiz sonuçlarını bu şekilde yorumladığımız halde, sonuçlara ihtiyatlı yaklaşılması gerekmektedir. Çalışmanın 1980-2008 dönemini kapsamaması ve istatistikî verilerin kısıtlılığı, elde edilen sonuçları yorumlarken ihtiyatlı davranmamızı gerektirmektedir.

Bütün bu sonuçlardan hareketle model problemlerden arındırılmış ve tahmin yapılabilir bir modeldir. Bu durumda araştırma sonucu, kısa ve uzun dönemde dönemde sağlık sektörü ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedenselliğin olduğunu göstermiştir. Çalışma neticesinde daha önceki benzer çalışmalarda da ortaya konan nedensellik ilişkilerine paralel bir sonuç elde edildiği görülmektedir.

5.BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak ilerleyen dönemlerde gerçekleştirilebilecek çalışmalarda sağlık sektörü ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin farklı boyutlarda ve model ve denklemlere farklı değişkenler ilave edilerek incelenebileceği söylenebilmektedir. Günümüzde büyük bir hızla gelişme gösteren modern tahmin yöntemleri sağlık sektör ve ekonomik büyüme arasındaki olası nedensellik ilişkisinin saptanabilmesi ve benzer şekilde çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların yeniden sınanabilmesi açısından mevcut literatür nezdinde yeni araştırma alanları ortaya çıkacaktır.

Doğru sağlık politikalarını hayata geçirmek, sağlığa yatırım yapmak, ekonomik büyüme üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak önemli bir katkı yapmaktadır. Bunun için de, ekonomi dünyasının ve akademinin sağlığa sektörel bir analizin çok ötesinde ilgi duymasını yadsımamak gerekir. Toplumdaki beşeri ve sosyal sermayeyi geliştirmek ve korumak için uzun dönemli stratejiler geliştirmek isteniyorsa, sağlık politikalarına öncelik verilmesi şarttır. Kaldı ki, sağlık ve ekonomik büyüme arasında güçlü bulgulara rastlamamış olsaydık bile iyi yaşama hakkı, özgürlük ve eşitlik gibi sosyal bir devletin vatandaşına sunmakla yükümlü olduğu en temel kazanımları sağlamak için etkin sağlık politikalarına aynı ciddiyetle yaklaşmamız gerekirdi. Ülkemiz en zor ameliyatlardan en ileri teknolojiler kullanılarak başarıyla yapıldığı fakat aynı zamanda çocuk ölümlerinin de oldukça yüksek olduğu bir ülke konumundadır. Sadece bu çarpıklığın giderilmesi için bile doğru sağlık politikalarının üretilmesine hız verilmesi gerekmektedir.

Her ne şekilde olursa olsun sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanması, yani sağlık alanında daha etkin ve verimli yatırımların gerçekleştirilmesi ülkenin beşeri sermaye düzeyini geliştirerek, verimliliğin ve teknolojik yeniliklerin gerçekleşmesine hizmet edecek, ekonomik büyüme ve kalkınmayı hızlandırabilecek ve toplumsal refahın artmasını sağlayabilecektir.

Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynaklar, gerek kamu için gerekse ekonomide sağlığa ayrılan pay dikkate alındığında gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde kalan bir konuma sahiptir. Toplumsal gelişmenin önemli faktörleri arasında sayılan beşeri sermaye ile ilgili olan sağlığa oldukça düşük bir kaynak tahsisi, ülkemizin sadece bugününün değil aynı zamanda geleceğinin de risk altında olduğunu göstermektedir.

Cevaplanması gereken, Yapılan her ilave sağlık harcaması mutlaka sağlığı olumlu yönde geliştirir mi? Sorusudur. Yüksek gelirli ülkelerin daha fazla sağlık harcaması yaptıkları üstteki kısımda belirtildi. Diğer mallarda olduğu gibi sağlık da lüks bir mal konumuna girebilmektedir. Bilindiği gibi lüks mallarda gelirdeki %1’lik bir artış, harcamada %1 ’den daha çok bir artışa sebep olur. Gelir esnekliği 1’den büyüktür. Eğer bir mala yapılan harcama gelirdeki artıştan daha çok artarsa, o zaman onun toplam tüketim içindeki payı artacaktır.

GSYİH’sının %12’sini sağlığa harcayan bir ülke, GSYİH’sının %8’ini sağlığa harcayan bir ülkeden kaynaklarının daha çoğunu kullanıyor demektir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri için gereğinden fazla kaynak ayıran uluslar, daha çok tıbbi ihtiyaçlarından değil de, daha çok harcayacak paraya sahip oldukları için bunu yapmaktadırlar.

Sonuçta, gelir ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişkinin olduğu hem uygulamalı hem de teorik çalışmalar ile ispatlanmıştır. Dolayısıyla, etkin bir harcama politikası ile en uygun sağlık harcaması seviyesini yakalamaktır.

1920’li yıllarda başlayan sağlıkta iyileştirme adına yapılan iyileştirmeler Türkiye Cumhuriyeti’nin eğitim durumu, sanayi ulaşım telekomünikasyon, kalifiye personel ve medikal altyapısı, kültürü, iktisadi hayatı kısaca bunların çoğaltılabilir bütünü ile ilintilidir. Ülkenin kişi başına düşen milli geliri, toplumun eğitim seviyesi ve ekonomik gücü sosyal devlet yapısı sağlık ve diğer alanlarda oluşturulan stratejilerin uygulanabilirliği üzerinde çok büyük etkileri olmuştur. Temelde ülkelerinde sosyal ve iktisadi hayatları o ülkede yaşayan bireylerin sağlık ve eğitim durumuna bağlıdır. Eğitim seviyesi yüksek olan toplumlar yaşam kalitelerini yüksek tutmak, almış olduğu besinden iş hayatına kadar, önce sağlıklarına dikkat ederek yaşam sürmeye çalışmaktadır.

Gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler arasındaki farka bakıldığında ülkelerin refah seviyelerinin topluma yansımaları net olarak fark edilir. Gelişmiş ülkeler altyapısını tam olarak oturtmuş daha çok toplumda yaşayan bireyler için ne tür hizmetler vereceği ve kontrol mekanizmalarını nasıl oluşturacağı

hususunda çalışmalar yaparken gelişmekte ve az gelişmiş ülkeler henüz altyapısı tamamlama çalışmaları ile uğraşmaktadırlar.

Alt yapı çalışması; ulaşım, telekomünikasyon, eğitim sanayileşme süreci v.s. örnekler ile çoğaltılabilir. Doğal olarak gelişmiş ülkelerle aradaki fark her geçen gün biraz daha açılmaktadır. Çünkü az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler sermayeyi ön planda tutarken gelişmiş ülkeler bireyi ve bireyin emeğe olan katkısını artırabilmek için gerekli çalışmaları yapmaktadırlar. Türkiye’de gelişmekte olan bir ülke olarak yapmaya çalıştığı reformlar ile sıkıntılı süreçten kurtulup ileriye doğru atılım yapma gayretindedir. Atılımları sağlıktan eğitime v.b. birçok alanı kapsamaktadır. Reformları yürürlüğe girdikten sonra uygulamada sıkıntılar yaşanmaktadır, ancak uygulamada yaşanan bu sıkıntılarda aşılabacaktır.

Sağlık hizmetine muhtemelen en az ihtiyaç duyan insanlar bu hizmet açısından en fazla yararlanmaktadır. Diğer taraftan imkânları en az olan ve çok fazla sağlık problemleri olan insanlar, sağlık hizmetlerinden en az yararlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kamu harcamalarının toplamda fakirlerden çok zenginlere verilen hizmetlerde harcandığı görülmüştür.

Dünya’da sosyal güvenlik hizmetlerinin bulunmadığı ve sağlık hizmetlerinin büyük oranda hastalar tarafından finanse edildiği ülkelerde, hastaların yüksek maliyetler altında ezilerek sağlık harcamalarını finanse edemedikleri görülmektedir.

Bugün dünyamız 30 yıl öncesine göre oldukça farklıdır. İnsanlar artık 30 yıl öncekinden daha uzun yaşamaktadır. Çocuklarımızı 1978 verileri oranında yitirseydik, 2006’ da dünyada 16,2 milyon çocuk ölecekti. Hâlbuki sadece 9,5 milyon ölüm oldu. Bu aradaki 6,7 milyonluk fark, her gün 18.329 çocuğun kurtulduğu anlamına gelmektedir.

Bir zamanların devrim niteliğindeki temel ilaç listesi anlayışı, şimdi ilaçlara yaygın erişim imkânı içinde kayboldu, unutuldu. Suya, sanitasyona, doğum öncesi bakıma erişim konusunda büyük ilerlemeler oldu. Hiçbir dönemde sağlık için bugün olduğu kadar büyük kaynak ayrılmamıştı. 2000-2005 dönemindeki 5 yılda dünyada sağlığa yapılan harcamalar enflasyondan arındırılmış haliyle % 35 artmıştır.

Sağlık bilgisi ve sağlık anlayışında büyük değişimler oldu. Hızlanmış teknolojik gelişmeler, iyi eğitilmiş ve modernleşmiş küresel toplumda sağlığın gelişmesine, sağlık okuryazarlığının artmasına büyük ivme kazandırdı.

Belirlenen hedeflere ulaşmak sorumluluğu, sağlık sistemlerini sadece mevcut duruma hâkim olma değil, değişen dünyanın tehditlerine karşı koyabilme ve daha iyi

performans gerektiren artmış beklentileri karşılama görevi ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bunun öngörülememesi, ya da bu durumlara göre esneyebilen, yenilenebilen sistemlerin kurulamaması başarısızlıklarda önemli yer tutmaktadır.

Sağlıklı bir yerel çevre anlayışından, sağlıklı yerel ve global çevre anlayışına geçilmiştir. Hesaplılık ve küçük ölçekli yapılanmadan, eksiksiz herkesin hizmet alacağı şekilde büyümenin yönetilmesine yönelinmiştir. Devlet merkezli ve yukarıdan aşağıya dikey organizasyonlardan, kamu ve özel sektör işbirliğindeki sağlık sistemlerine geçilmiştir. Karşılıklı yardım ve teknik desteğin yerini küresel dayanışma ve birlikte öğrenme almaya başlamıştır. Hastanelerden uzak birinci basamak sağlık hizmeti öncelenirken, uygun hizmet için koordine sevk sistemi öne çıkmaktadır.

Temel sağlık ucuzdu, şimdi ucuz değildir fakat harcanan paraya karşılık iyi değer elde edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcaması miktarının ihtiyaç duyulanın üzerinde olduğu söylenebilir. Yani, bu ülkelerde harcanacak para olduğu için daha fazla para harcanmıştır denilebilir. Örneğin, ABD'de kişi başına 3000 dolar civarında kişi başına sağlık harcaması yapılırken, İngiltere'de 1100 dolar civarında harcama yapılmaktadır. Oysa bu ülkelerin sağlık göstergeleri hemen hemen aynıdır. Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki sağlık göstergeleri farklılığı, gelişmiş ülkelerin birbirleri ile olan farklılıktan çok uzaktır. Gelişmekte olan ülkelerdeki bebek ölüm oranı binde 35 ile binde 90 arasında değişirken, bu oran gelişmiş ülkelerde binde 5 ile binde 9 arasında değişmektedir.

Kısacası, gelişmiş ülkelerin ekonomik durumları iyi olduğu için daha fazla sağlık harcaması yapmaktadırlar. Böylece, sağlık göstergeleri diğer ülkelerden çok daha iyi olmaktadır. Ancak, buna dayanak yapılarak her ilave sağlık harcamasının mutlaka sağlıkta iyileşme yapacağı söylenemez. Gelişmiş ülkelerin kendi aralarındaki farklı sağlık harcamaları seviyelerine karşılık, yakın sağlık göstergelerine sahip olmaları bunun kanıtı olarak gösterilebilir. Diğer taraftan, gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalı seviyelerinin ise yetersiz kaldığı söylenmektedir.

İşgücü sağlık durumunun, verimlilik üzerinde büyük etkiye sahip olması sebebiyle, günümüzde işgücü için yapılan sağlık harcamaları işletme giderleri olmaktan çıkıp bir yatırım olarak görülmeye başlamıştır. Dikkat edilmesi gereken bir diğer unsur, yapılacak sağlık harcamalarının hangi şekilde ve ne miktarda yapılması

gerektiğidir. Aksi takdirde yapılan harcamalar ekonomiye fazladan bir yük getirerek olumsuz etkide bulunacaktır.

Dünya genelinde sağlık sektörü, sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği konusundaki tartışmalar, politika arayışları güncelliğini korumaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışta birçok faktörün etkisi bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları, nüfusun yaşlanması, ileri teknolojilerin tıpta kullanılması, reçeteli ilaçlar, ahlaki tehlike şeklinde sıralanabilir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde en fazla görülen hastalıklar arasında bulaşıcı olmayan hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde de bulaşıcı olmayan hastalık oranları artış göstermektedir. Temel bakım hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, maliyet etkin sağlık politikaları açısından da çok önemlidir. Hastalanmadan önlem alınması ve sağlığın sürekli kontrolü, sağlıkta etkin sonuçların alınmasına ve uzun vadede maliyet etkinliğe neden olacaktır.

Ancak sağlık sektörünün tek başına organizasyonu yeterli değildir. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem arasında karmaşık bir ilişki vardır. Sağlık sektörü yanında tarım-hayvancılık, sanayi, çevre, finans ve hizmet sektörlerinin de daha iyi bir sağlık açısından organize edilmesi gerekir. Maliye bakanının vergi ile ilgili bir kararı kişisel geliri ve sağlık hizmetleri alımını doğrudan etkileyecektir.

Çevrenin kirletilmemesi, hem sağlıklı su temini açısından hem de sağlıklı tarım ve hayvancılık ürünleri açısından önemlidir. Diğer yandan sanayide üretilen ürünlerin, kimyasal açısından çevreye ve insan sağlığına zarar vermemesi için gerekli önlemlerin alınması gerekir. Sağlığın bozulmasında yukarıda sayılan olumsuz dışsal koşullar çok önemlidir ve dolayısıyla çok yüksek sağlık harcamaları yapılmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla, sağlık harcamalarının azaltılmasında ve sağlık sektöründe etkinliğin artırılmasında tek başına sağlık sektörü ve sağlık sisteminde düzenleme yapmak yetersiz kalacaktır.

Sağlık harcamalarında artışa neden olabilecek tüm faktörler ortaya konularak, tüm bakanlıkların politikalarının sağlık üzerine etkilerini yeniden gözden geçirmeleri çok önemlidir. Unutulmamalı ki, daha sağlıklı bir toplum aynı zamanda daha üretken bir toplum anlamına gelmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, Y. **İktisadi Büyüme ve Büyüme Modelleri**, Dördüncü baskı, Bursa: Vipaş A.Ş Yayınları, 2002.
- Akdoğan, A. **Kamu Maliyesi**, Yedinci Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi,1999.
- Akın C.S. “Sağlık ve Sağlık harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Aktan C, ve Işık A. **21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık**, İzmir, 2006.
- Dinler, Z. **İktisada Giriş**, 6.Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları, 2000.
- DPT, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, Ankara:1997
- Eröz M.**İktisat Sosyolojisine Başlangıç**, İstanbul: Fakülteler Matbaası,1973.
- Fidan, D. “Sağlık Sisteminde Akılcı Kaynak Aktarımı İçin Hastalık Yükü Kavramı ve DALY Ölçütü”, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2000.
- Hiç, M. **Büyüme ve Gelişme Ekonomisi**, , İstanbul: Menteş Kitabevi,1988.
- Işığışok, E. **Zaman Serilerinde Nedensellik Çözümlemesi**, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi,1994.
- İnanç, H.“Eğitim, Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkileri” **Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi** , Cilt-Sayı : 34-2 , 2002, ss. 59-64.
- Karagül, M. “Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yayın No. 37, Afyon, 2002.
- Kavrakoğlu İ.**Dengeli Gelişme İçin Ekonomi Politikası**, İstanbul: Kampüs A.Ş. Yayınları, 1997.
- Keyder, Ç., Üstündağ, N., Yoltar, Ç. **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları** 1. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2007.
- Kök, S. “Sağlık, Ekonomi ve Kalkınma: insani Merkezli Bir Yaklaşım”. **Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu 30. Yıllık Toplantısı**, Ankara, 2007.

Mazgit, İ. “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998.

OECD, **Health At a Glance: OECD Indicators**, 2005 Edition.

Oyan O. **Türkiye Ekonomisi: Nereden Nereye?**, Ankara: İmaj Yayıncılık, 1998.

Talas, C. **Sosyal Ekonomi**, S Yayını, Ankara, 2005.

Tokat M. Seçim H. “**Sağlık Ekonomisi**”, Anadolu Üniversitesi, AÖF Yayını, No:403, Eskişehir, 1996.

Tokat M., “Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları” Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, 2007.

Türkiye İstatistik Kurumu (2009). “**Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları**”, Haber Bülteni, No: 29.

Türkiye İstatistik Kurumu, (2011), **2008 Sağlık İstatistikleri**, (www.tuik.gov.tr)

Yılmaz, Mine. “İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.

Makaleler

Ağırbaş, İ. Tatar, M. “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı, 2001.

Alan, M. “Ulusal Sağlık Hizmetleri Nereye Gidiyor? Geleceği Var mı?” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 1993, 15, 20-24.

Baş, K. “Eğitim, Gelir ve Doğurganlık İlişkileri: Mersin Örneği”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 1995, 56 (3), 135-152.

Belek, İ., Belek, H. “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Finansman, Kurumlar, İnsangücü ve Hizmet Açısından Genel Bir Değerlendirme”, **Toplum ve Hekim**, TTB Yayını, 1998, 13 (5). 322-334.

Bloom, D.E., D. Canning ve J. Sevilla. “The effect of health on economic growth: A production function approach”, **World Development**, 2004, 32 (1).

Bordignon, M. ve G. Turati . “Bailing out expectations and public health expenditure”, **Journal of Health Economics**, 2009, 28, 305-321.

Culyer. “Health care expenditures in Canada: Myth and reality”, **Canadian Tax**, 1988.

Enders, W. “Applied Econometric Time Series”, **Jonh Wiles and Sons**, 1995.

- Engle., Robert F. ve Granger, C. W. J. “Co-integration and Error Correction: Representation, Estimation, and Testing”, **Econometrica**, 1987, 55, 251-276.
- Dağdemir, Ö. “Sağlık ve Ekonomik Büyüme: 1960-2005 Döneminde Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Karşılıklı İlişkinin Analizi”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** , 2009, 64 (2), 75-96.
- Dickey,D.A. ve Fuller,W.A. “Distribution of the Estimators for Autoregressive Time Series with a Unit Root”, **Journal of the American Statistical Association**, 74, 1979, 427-431.
- Granger, C.W.J. “Some Recent Developments in a Concept of Causality”, **Journal of Econometrics**, 1988, 39, 199-211.
- Gümüş, S., Çakmak,E. “Beşeri Sermaye ve Ekonomik Kalkınma Türkiye Üzerine Ekonometrik Bir Analiz (1960-2002)”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 42 (1), 2005, 59-72.
- Kelly, T. “Public Expenditures and Growth”, **Journal of Development Studies**, 34(1), 1997, 60-84.
- MacKinnon,J. G.Haug A., Michelis L., “Numerical Distribution Functions of Likelihood Ratio Tests For Cointegration”, **Journal of Applied Econometrics**, 1999, 14, 563-577.
- Mazgit, İ. “Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Dergisi**, 2009, 26(1), 68-79.
- Mechanic D. ve Rochefort D. “Comparative Medical Systems”, **Annual Review of Sociology**, 1996, 22, 239-270.
- Mushkin, S. “Health as an Investment”, **Journal of Political Economy**, 1962, 70.
- Orhaner E. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, 2006, 1, 34-53
- Sarıaslan, H. “Ekonomik Büyüme ve Eğitim”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 1979, 11 (3), 215-222.
- Şenatalar, B. “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25** , **Özel Eki, İstanbul Bilgi Üniversitesi**, 8. Halk Sağlık Günleri, Halk Sağlığı Ve Sosyal Bilimler, 2003, 23- 25.
- Ünalms, D. “The Causality Between Financial Development and Economic Growth: The Case of Turkey”, **The Central Bank of the Republic of Turkey Research Department Working Paper**, 2002, 3, 1-11.

İnternet Kaynakları:

- <http://iibf.karaelmas.edu.tr/sbd/makaleler/1303-9245/200501002035052.pdf>
[Erişim tarihi: 10.12.2010].
- <http://saglikekonomisi.blogspot.com/> [Erişim tarihi:08.02.2011].
- <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> [Erişim tarihi:24.01.2011].
- <http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der64m2.pdf> [Erişim tarihi:14.02.2011]
- <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF71BE64510F6C8BC9F8023BAEAB803944> [Erişim tarihi:14.02.2011].
- <http://www.akdeniz.edu.tr/iibf/dergi/sayi5/karagul.pdf> [Erişim tarihi: 20.11.2010].
- http://www.vakithaber.com/haber.php?haber_id=8956 [Erişim tarihi:18.02.2011].
- <http://www.personelsaglik.net/haber/10394/artan-saglik-harcamalarini-devlet-ustlendi-haberi.html> [Erişim tarihi:06.03.2011].
- <http://www.gozlemgazetesi.com.tr/haber/16688-saglik-harcamalarinin-gsyh-orani-yuzde-639ya-ulast.html> [Erişim tarihi:12.02.2011].
- <http://www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=4114>
[Erişim tarihi:13.03.2011].
- http://www.turkiyerehberi.com/T%C3%9CRK%C4%B0YE%20SA%C4%9ELIK_40_00_icerikler.html [Erişim tarihi:11.12.2010].
- <http://www.selentamer.com/news/turkiye'de%20sa%C4%9FI%C4%B1k%20harcamalar%C4%B1%20son%203%20y%C4%B1lda%20%25%2060%C4%B1n%20uzerinde%20art%C4%B1%C5%9F%20gosterdi/> [Erişim tarihi:22.02.2011].
- <http://www.google.com.tr/images?um=1&hl=tr&tbs=isch:1&q=oeed+health+data+2008&sa=N&start=18&ndsp=18> [Erişim tarihi:11.03.2011].
- <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=1031>
[Erişim tarihi:10.03.2011].
- <http://www.porttakal.com/haber-turkiye-oeed-ulkeleri-arasinda-son-sirada-88699.html> [Erişim tarihi:15.03.2011].
- http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/finansman.pdf [Erişim tarihi:24.01.2011].
- <http://arsiv.sabah.com.tr/2007/01/31/gun95.html> [Erişim tarihi:18.01.2011].
- http://www.beslenme.gen.tr/Saglik/Sagligin_onemi.html [Erişim tarihi:16.02.2011].
- <http://www.palhaber.com/haber/saglik/saglik-genel/turkiye-saglik-harcamalarinin-en-dusuk-ulkelerden-biri.html> [Erişim tarihi: 12.12.2010].

- http://www.vakithaber.com/haber.php?haber_id=8956 [Erişim tarihi:27.03.2010].
- <http://www.medimagazin.com.tr/mm-doktor-ve-yatak-basina-dusen-hasta-sayisi-son-3-yilda-artti-h-36931.html> [Erişim tarihi:22.02.2011].
- <http://www.google.com.tr/search?hl=tr&q=t%C3%BCrkiyede+hekim+ba%C5%9F%C4%B1na+d%C3%BC%C5%9Fen+hasta+say%C4%B1s%C4%B1&start=60&sa=N> [Erişim tarihi: 12.12.2010].
- <http://www.izto.org.tr/NR/rdonlyres/B942DEAC-917E-4200-81F52D065174DF75/15366/SAGLIK.pdf> [Erişim tarihi: 12.11.2010].
- <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=146> [Erişim tarihi:14.12.2011].
- <http://www.tumgazeteler.com/?a=5266914> [Erişim tarihi:19.03.2011].
- <http://dosyalar.hurriyet.com.tr/fix98/75yil/25ekl.htm> [Erişim tarihi:13.02.2011].
- <http://www.biyotetik.org.tr/haftanin/Pala.html> [Erişim tarihi:23.12.1011].
- <http://www.palhaber.com/haber/saglik/saglik-genel/turkiye-saglik-harcamalarinin-en-dusuk-ulkelerden-biri.html> [Erişim tarihi: 27.12.2010].
- <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/USHHaneHalkiSaglikHarcamalari.pdf> [Erişim tarihi:14.02.2011].
- <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Belgeler/MehtapTatarFarmakoekonomi.pdf> [Erişim tarihi:15.02.2011].
- http://www.tepav.org.tr/upload/files/1279030872.Artan_Saglik_Harcamalari_Temel_Saglik_Gostergelerini_Nasil_Etkiliyor.pdf [Erişim tarihi:24.01.2011].
- <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf> [Erişim tarihi:16.01.2011].
- <http://www.iskd.org.tr/haber.asp?id=146> [Erişim tarihi:18.01.2011].
- <http://openleft.com/diary/14286/more-americans-die-needlessly-us-health-care-comparison-to-oecd-nations> [Erişim tarihi:15.02.2011].
- <http://puck.sourceoecd.org/vl=4889043/cl=16/nw=1/rpsv/fact2008/100201.htm> [Erişim tarihi: 11.12.2011].
- http://www.turktel.net/cgi-bin/medshow.pl?makale_no=61709
(Erişim tarihi: 23.02.2011)
- <http://www.haber7.com/haber/20091005/UNDP-Turkiye-insana-yatirim-yapmali.php> [Erişim tarihi:10.03.20109]
- <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=146> [Erişim tarihi:11.07.2010].
- <http://yaklasim.iibf.gazi.edu.tr/ciltler/8/24-25/7.pdf>[Erişim tarihi:23.12.2009].
- <http://www.sosbil.aku.edu.tr/dergi/X3/ytemurfbakirci.pdf> [Erişim tarihi:08.06.2010].
- <http://sosyalbilimler.cukurova.edu.tr/dergi/dosyalar/2007.16.1.429.pdf>

[.Erişim tarihi:03.01.2011].

<http://www.populermedikal.com/konukyazar/yasam.asp8> [Erişim tarihi:10.11.2010].

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/who2005report.pdf>

[Erişim tarihi:27.09.2010].

http://eab.ege.edu.tr/pdf/6_2/C6-S2-M8.pdf[Erişim tarihi:23.10.2010].

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/997/12132.pdf>(Erişim tarihi:05.11.2010).

<http://www.akdeniz.edu.tr/iibf/dergi/Sayi05/11Karagul.pdf>[Erişim

tarihi:18.04.2010].

<http://194.27.49.253/iibf/ZH04.pdf> [Erişim tarihi:06.09.2010].

<http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf> [Erişim tarihi:20.05.2010].

<http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/865.pdf>[Erişim tarihi:11.03.2010].

<http://sosyalbilimler.cu.edu.tr/tez/1022/> [Erişim tarihi:07.11.2010].

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>[Erişim tarihi:08.12.2010].

<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3697&metod=IlgiliGosterge>

[Erişim tarihi:24.11.2010].

http://www.turkstat.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1

[Erişim tarihi:17.12.2010].

http://med.sdu.edu.tr/tipdergisi/1999/6_1_99/6_1_99ozturk3.pdf

(Erişim tarihi:02.05.2010)

<http://arsiv.sabah.com.tr/2003/12/13/sag102-20031212.html>

[.Erişim tarihi:09.11.2010].

<http://gigle.ws/health%20and%20growth.1090647.html#links>

[Erişim tarihi:16.06.2010].

<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala4750.pdf>BARRO

[Erişim tarihi:07.12.2010].

<http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf>(Erişim tarihi:18.05.2010)

<http://www.saglikdergisi.com.tr/haber/detay.asp?hid=4130>

[Erişim tarihi:11.10.2010].

<http://www.virahaber.com/haber/beseri-sermayenin-onemi--14088.htm>

[Erişim tarihi:09.03.2010].

<http://haber.gazetevatan.com/Haber/340423/1/Gundem>(Erişim tarihi:17.05.2010)

<http://journal.dogus.edu.tr/13026739/2010/cilt11/sayi2/M00243.pdf>

[Erişim tarihi:20.06.2010].

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> [Erişim tarihi:13.07.2010].

http://www.undp.org.tr/pressRelDocuments/Turkey-TR_ece%20FU.pdf

[Erişim tarihi:19.07.2010].

<http://www.halksagligi2010.org/>[Erişim tarihi:08.10.2010].

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>

[Erişim tarihi:04.03.2011].

<http://www.undp.org.tr/Gozlem3.aspx?WebSayfaNo=2751>

[Erişim tarihi:19.04.2011].

<http://www.undp.org/hdro> [Erişim tarihi:15.02.2011].

<http://sağlık.gov.tr/> [Erişim tarihi:11.07.2010].

<http://ekutup.dtp.gov.tr> [Erişim tarihi:22.03.2011].

OECD, **Health Statistics 2009**, (<http://www.oecd.org/health/healthdata>)

[Erişim tarihi: 17.02.2011].

Taban, S. **Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi: nedensellik testi**, 2005.

[Erişim adresi: <<http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf>>, Erişim tarihi: 19.06.2010].