T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FİNANSMAN ANABİLİMDALI

EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

YASEMİN FİLİZ

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. SALİH AK

Ankara - 2010

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FİNANSMAN ANABİLİMDALI

EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

YASEMİN FİLİZ

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. SALİH AK

Ankara - 2010

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

YASEMİN FİLİZ tarafından hazırlanan "EKONOMİK BÜYÜME VE SAĞLIK HARCAMALARI İLİŞKİSİ" başlıklı bu çalışma 01/09/2010 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oyçokluğu ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Finansman Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)

Yrd.Doç.Dr. Salih AK (Danışman)

Yrd.Doç.Dr. Nil Demet GÜNGÖR (Üye)

ÖNSÖZ

Beşeri sermaye kuramına göre kişinin bilgi ve becerisini geliştirmesi iktisadi faaliyetlerdeki üretkenliğini artırmaktadır. Ancak kişinin eğitim alabilmesi ve iktisadi faaliyetlere katılabilmesi için sağlık düzeyi önem arz etmektedir. Toplumun ekonomik gelişmişliği ve beşeri sermayenin unsuru olan sağlık düzeyi arasında yakından ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin temel nedeni sağlıklı bir toplumun beşeri sermayesinin nispeten daha kolay artırılabilir olmasıdır. Ruhen ve bedenen sağlıklı insanların fiziksel ve zihinsel eğitimleri daha kolay olacaktır. Bu nedenle beşeri sermaye stokunu artırmak ve kalkınmak isteyen bir ülke için toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi bir ön şart haline gelmektedir.

Bu çalışma için beni yönlendiren, karşılaştığım zorlukları bilgi ve tecrübesi ile aşmamda yardımcı olan, üstümde büyük emeği olan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Salih AK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yine bu çalışmayı yaparken görüş ve önerileriyle bana destek olan arkadaşlarıma ve aileme içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Yasemin FİLİZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
KISALTMALAR ..... **v**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **vii**

GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM
GENEL KAVRAMLAR

1.1. Ekonomik Büyüme Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler 6
1.1.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı 6
1.1.2. Ekonomik Büyüme Teorileri 8
1.1.2.1. Klasik Büyüme Teorileri 9
1.1.2.2. Modern Büyüme Teorileri 10
1.1.3. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri 12
1.1.3.1. Beşeri Sermaye 13
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler 16
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı 16
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve Yararları 18
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 20
1.2.4. Sağlık Hizmetleri ile İlgili Göstergeler 21
1.2.4.1. Demografik Göstergeler 22
1.2.4.2. Ekonomik Göstergeler 22
1.2.4.3. Hastane Göstergeleri 23
1.2.4.4. Sağlıklı İnsan Gücü Göstergeleri 23
1.3. Sağlık Harcamaları Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler 23

1.3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı 24
1.3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler 25
1.4. Sağlık Ekonomisi Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler 27
1.4.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı ve Kapsamı 27
1.4.2. Sağlık Ekonomisinin İşleyiş Sistemi 29
1.4.2.1. Sağlık Ekonomisinde Arz 29
1.4.2.2. Sağlık Ekonomisinde Talep 32
1.4.2.3. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Dengesi 33

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

2.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Gelişimi 37
2.1.1. 1923-1945 Dönemi 37
2.1.2. 1946-1960 Dönemi 39
2.1.3. 1961-1980 Dönemi 40
2.1.4. 1981-1990 Dönemi ve Sağlıkta Dönüşüm 42
2.1.5. 1991-2000 Dönemi 44
2.1.6. 2001-2010 Dönemi 46
2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri ve Sorunları 48
2.2.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri 48
2.2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sorunları 49
2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sunum Yöntemleri 52
2.4. Türkiye'de Sağlık Hizm.Finansmanı ve Finans Yöntemleri 54
2.4.1. Doğrudan Finansman Yöntemi 55
2.4.2. Dolaylı Finansman Yöntemi 56
2.4.2.1. Devlet Bütçesi 56
2.4.2.2. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları 57
2.4.2.3. Özel Kesim 57
2.5. Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Ulusal Ekonomi 58
2.5.1. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Harcamaları 61
2.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK) ve Sağlık Harcamaları 63

2.5.3. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) ve Sağlık Harcamaları 65
2.5.4. Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı (TCES) ve Sağlık Harcamaları 66
2.5.5. Üniversiteler ve Sağlık Harcamaları 67
2.5.6. Sağlık ve Milli Savunma Bakanlıklarının Sağlık Harcamaları 69
2.5.7. Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT) ve Diğer Bakanlıkların Sağlık Harcamaları 70
2.5.8. Belediyeler ve Sağlık Harcamaları 72
2.5.9. Fonlardan Yapılan Sağlık Harcamaları 73
2.5.10. Özel Sektör ve Sağlık Harcamaları 74
2.6. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları ve AB-15 Ülkeleri ile Karşılaştırılması 76

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

3.1. Ekonomik Açıdan Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Önemi 86
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomiye ve Ekonomik Büyümeye Etkisi 89
3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Büyümeye Doğrudan Etkisi 92
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Büyümeye Dolaylı Etkisi 96
3.3. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ile İlişkisi 100
3.3.1. Gelir Düzeyi ve Sağlık Çıktıları İlişkisi 104
3.3.2. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Çıktıları İlişkisi 108
3.3.3. Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamaları İlişkisi 112

SONUÇ VE ÖNERİLER 116
KAYNAKLAR 122
ÖZET 131
ABSTRACT 132

KISALTMALAR

AÇS	Ana ve Çocuk Sağlığı
AP	Aile Planlaması
Ar-Ge	Araştırma Geliştirme
Bağ-Kur	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
FHM	Patent ve Fikti Mülkiyet Hakları
GMP	İyi Üretim Uygulamaları
GSMH	Gayrisafi Milli Hasıla
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TCES	Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı
UNIDO	Birleşmiş Milletler Sınai Kalkınma Teşkilatı
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. 1923-1945 Yıllarında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları 38
Tablo 2. 1946-1960 Yıllarında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları..... 40
Tablo 3. Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kapsamı 58
Tablo 4. Türkiye Sosyal Güvenlik Kurumları ve Bu Kurumların Hizmetlerinden Faydalananlar Tablosu 59
Tablo 5. Türkiye'nin Yıllara İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yaptığı Bütçe Transferleri (Milyon TL) 59
Tablo 6. Türkiye'nin Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumlarının Toplam Sağlık Harcamaları 61
Tablo 7. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bütçesinin Kamu Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması, Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya Göre Dağılımı (Bin YTL) 62
Tablo 8. Sosyal Sigortalar Kurumu Bütçesi 64
Tablo 9. Sosyal Sigortalar Kurumu Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL) 64
Tablo 10. Bağ-Kur Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL) 65
Tablo 11. Emekli Sandığının Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL) 66
Tablo 12. Yükseköğretim Kurumlarında Yapılan Eğitim Harcamaları 67
Tablo 13. Yükseköğretim Kurumlarında Yapılan Hastane Harcamaları 68
Tablo 14. Yükseköğretim Kurumlarında Yapılan Mediko-Sosyal Harcamalar 69
Tablo 15. Milli Savunma Bakanlığı Sağlık Harcamaları 69
Tablo 16. Kamu İktisadi Teşebbüsleri Sağlık Harcamaları 70
Tablo 17. Bakanlıklara Ait Sağlık Harcamaları 71
Tablo 18. Belediyelerin Sağlık Harcamaları 72
Tablo 19. Fonlardan Yapılan Sağlık Harcamaları 73
Tablo 20. Toplumun Sağlık Düzeyini Yükselten Yatırımların Sağladığı Parasal Faydalar 94

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye'de Kaynak İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları 75

Şekil 2. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH, Türkiye/AB-15 Ortalaması (1980-2007) 78

Şekil 3. Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Yıllık Ortalama Artış Oranına Etki Eden Faktörlerin Dağılımı (1995-2006) 79

Şekil 4. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması ve Yaşam Beklentisi, Türkiye/AB-15 Ortalaması (1980-2008) 80

Şekil 5. Sağlık Harcamaları (% GSYİH) ve Yaşam Beklentisi (2007) 81

Şekil 6. Bebek Ölüm Oranı (1000'de) ve Kişi Başına Sağlık Harcaması 82

Şekil 7. Sağlık Harcamaları (% GSYİH) ve Bebek Ölüm Oranı (2007) 83

Şekil 8. Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu 102

Şekil 9. Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi 103

GİRİŞ

Sağlıklı olma, bireylerin yaşamlarını mutlu olarak devam ettirmelerinde önemli etkenlerden biridir. Sağlığın bozulması durumunda yapılması gereken, tedavi olmak amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktır. Sağlık hizmeti; bireylerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümüdür. Sağlık hizmetleri bir ekip işidir ve bu ekip; hemşire, doktor, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden oluşur. Sağlık ekibindeki her bir meslek üyesinden kendine özgü, fakat birbirini tamamlayıcı hizmet vermesi beklenir. Ekip üyelerinin ortak amacı, mümkün olan en kısa zamanda hastanın iyileşmesi ve bunu sürdürebilmesidir. Bunda da sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü ve karmaşık bir yapısı vardır. Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunum süreci çok sayıda faktör tarafından etkilenmektedir. Sektör yapısı, örgütlenme biçiminin yaygınlığı, ayrılan bütçe oranı ve bu bütçenin hizmet grupları arasında dağılımı öncelikli faktörlerdendir.

Sağlık hizmetleri, kaynaklarının temelde kamu tarafından tahsis edildiği sosyal amaçlı hizmetlerdendir. Hastalıklar ve sağlık sorunlarından korunmayı amaçlayan hizmetler sağlık hizmetlerinin en önemli bölümünü oluşturmakta olup, ülkeler bir yandan teknolojik ilerleme sonucu geliştirilen yöntemlerden faydalanarak daha iyi tanı ve tedavi hizmeti sunmayı amaçlarken, diğer yandan koruyucu sağlık hizmetlerine bütçe ayırmaları ve gerekli yatırımları yapmaları modern sağlık yönetimi açısından bir zorunluluk haline gelmiştir.

Nüfusun artması, yaşam süresinin uzaması, pahalı tedavi yöntemleri gerektiren kronik ve dejeneratif hastalıkların yaygınlaşması, tıp alanında hızlı

teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetine olan talebin artması gibi etkenler, kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan payın yetersizliğine yol açmıştır. Bunun sonucunda ise eldeki kaynakların etkin ve verimli kullanılması daha da önemli hale gelmiştir.

Sağlık kurumlarının kıt kaynaklarla etkili ve verimli bir şekilde işlevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri için iyi bir planlamaya gereksinim vardır. Çağımızda sağlık hizmetlerinin yeterli, kaliteli ve hakça bir biçimde sunulması, ayrılan kaynak miktarı kadar, bu kaynakların akılcı kullanılmasına da bağlıdır. Bunun için de öncelikle mevcut durumu saptamak; ulusal düzeyde sağlık harcamalarının kaynaklarının neler olduğu, bunların nasıl dağıtıldığı, nasıl kullanıldığı, yapılan harcamalar karşılığında hangi sağlık hizmetlerinin alındığı ve bunların maliyetini belirlemek son derece önemlidir.

Sağlık harcamaları ve sağlık sektörü ülkeler için önem arz eden harcama kalemlerinden biridir. Artık sağlık sektörü ülkelerin kalkınmışlık düzeylerinde önemli bir yer tutmaya başlamış ve sağlık verileri ülkelerin kalkınmışlık göstergelerinde yer almaya başlamıştır. Toplam sağlık harcamaları içerisinde toplumu ilgilendiren kısım olan hekim sayıları, hastane sayıları, kişi başına düşen sağlık harcaması oranları ülkelerin kalkınmışlık düzeyini belirleyen faktörlerdendir.

Sağlık harcamaları, ülkelerin bütçelerinden pay ayırmasını gerektiren harcamaların başında gelmektedir. Temel olarak tam kamusal mal olarak nitelendirilse de bu harcamalar günümüzde özel sektör tarafından da gerçekleştirildiğinden yarı kamusal mal özelliği kazanmışlardır. Fakat devlet bu harcamaları yaparken hiçbir kâr amacı gütmeden sadece ülke vatandaşlarını ve kalkınmışlık düzeyini göz önünde bulundururken, özel sektör bu harcamaları gerçekleştirirken kâr amacı gütmekte ve etkinliği göz önünde bulundurmamaktadır. Bunun sonucu olarak da özel sektörün hiçbir kaygı duymaması devletin bu harcamaları kendisinin yapmasını mecbur kılmaktadır.

Bir ülkenin sağlık harcamaları, ekonomik büyümeyi doğrudan etkileyen harcamalar olarak değerlendirilir. Sağlık sektörü eğitimle birlikte öncelikli sektörler arasında mutlaka yer almalıdır. Sağlık harcamalarını basit bir tüketim harcaması niteliğinde görmek son derece hatalıdır. Aynı zamanda bir yatırım harcaması olan sağlık harcamalarının eksikliğinin doğuracağı olumsuz etkileri ileride telafi etmek pek kolay değildir.

Sağlık, özellikle ekonomik büyüme ve kalkınmaya katkısı bağlamında büyük önem taşımaktadır. Günümüzde ekonomik kalkınmışlık, ülkelerin eğitim ve sağlık düzeylerindeki iyileşmelerle açıklanmaktadır. Nitekim ülkelerin kalkınmışlık derecelerini çeşitli indeksler ile belirlemeye yönelik girişimler içerisinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Bu indekslerden Birleşmiş Milletler Kalkınma Teşkilatı tarafından hazırlanan Beşeri Kalkınma İndeksinin dört göstergesinden biri doğuşta beklenen yaşam süresidir. İktisadi kalkınmanın en önemli boyutlarından biri olarak kabul edilen uzun ve sağlıklı bir yaşam, benzer şekilde ülkelerin ekonomik büyüme farklılıklarında da önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politikalar, ekonomik büyümenin sağlanması ve yoksulluğun azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle içsel büyüme modellerinin etkisiyle ülkeler arasındaki emek üretkenliği farklarının temel nedenlerinden birinin ülkelerin eğitim ve sağlık düzeyleri arasındaki farklılık olduğu görülmektedir. Ekonomik büyümenin kaynağı olarak sermaye birikiminin gösterildiği büyüme yazınında en önemli modellerden biri olan Harrod-Domar büyüme modelinde yatırımlar çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu modelde bir harcamanın yatırım harcaması olup olmadığını gösteren sermaye-hasıla oranı sağlık sektöründe sağlığın doğrudan etkisi dolaylı etkisinden arındırılarak büyüme üzerindeki net etkisi ortaya koyulamadığı için hesaplanamamaktadır. Ancak bu noktada sağlığın katkısı, temel üretim faktörü olan emeğin daha verimli ve daha uzun ömürlü olmasını sağlayarak ve işgücü kayıplarını azaltarak diğer sektörlerin sermaye-hasıla oranlarını düşürmesi yönünde gerçekleşmektedir. Bu çerçevede ekonomik büyüme ve kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesi için oluşturulacak politikalarda sağlık düzeyinin yükseltilmesi gerekliliği öne çıkmaktadır.

Sağlık düzeyi üzerinde etkisi tartışılan etkenlerin başında sağlık harcamaları gelmektedir. Temel sağlık göstergelerinde ilerleme kaydedebilmek için gerçekleştirilen sağlık harcamalarının yapısının belirlenmesi ve bu harcamaları etkileyen faktörlerin tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bu önem sebebiyle çalışmamız sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma ile sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki değerlendirilerek sağlık harcamalarının ekonomi üzerine etkilerinin belirlenmesi, Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarının yapısı, bu harcamaları etkileyen faktörlerin tespiti, Türkiye'nin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının seçilmiş bazı Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslanması ve konu ile ilgili önerilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Bir ülkenin sağlık harcamalarının yapısı ortaya konarken sağlık sistemlerinin belirleyici unsur olması sebebiyle, bu araştırmada öncelikle ekonomik büyüme kavramına değinilmiş, ardından Türkiye'nin sağlık sistemi hakkında bilgi verilmiş daha sonra ise sistem içerisinde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamaları ortaya konmuş, Türkiye sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü gerçekleştiren sosyal güvenlik kurumları incelenmiştir. Çalışma kapsamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın ilk bölümünde kavramsal açıklamalara yer verilmiş, bu bağlamda öncelikle ekonomik büyüme kavramı ele alınmıştır. Ardından sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları ve sağlık ekonomisi konuları kavramsal düzeyde incelenmiştir.

İkinci bölümde Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları başlığı altında; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihi gelişimi, sunumu ve sağlık harcamaları konuları ele alınmış; bu harcamaları yapan kuruluşlar olan sağlık bakanlığı, sosyal sigortalar kurumu, bağ-kur, emekli sandığı, üniversiteler, milli savunma bakanlığı, kamu iktisadi teşebbüsleri, belediyeler, fon kaynaklı harcamalar ve özel sektör harcamaları irdelenmeye çalışılmış; Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının AB-15 ülkeleri ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Araştırmanın üçüncü ve son bölümünde harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda ik olarak ekonomik açıdan sağlık hizmetlerinin yeri ve önemi açıklanmış, sağlık hizmetlerinin ekonomiye ve ekonomik büyümeye etkilerine değinilmiş, son olarak da sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi; gelir düzeyi-sağlık çıktıları ilişkisi, sağlık harcamaları-sağlık çıktıları ilişkisi ve gelir düzeyi-sağlık harcamaları ilişkisi başlıkları altında değerlendirilmiştir.

Sonuç ve öneriler kısmında ise genel olarak çalışmanın tümünden elde edilen sonuçlara ve bu sonuçlar ışığında çıkarılabilecek önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM
GENEL KAVRAMLAR

1.1. Ekonomik Büyüme Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler

Ekonomik büyüme, ulusal gelirin belirli dönemlere bağlı kalarak artışıdır. Ancak, bu yalın anlatımı gerek gelir artışının sağlanması, gerekse paylaşılması bakımından açıklamak gerekmektedir.

Her şeyden önce, ekonomik büyüme oranını salt bir sayısal veriye indirgeyerek sosyal yapıyı çözümlemek yanıltıcı olabilir. Çünkü ekonomik büyüme oranı toplumsal yapının ekonomik boyutları, teknoloji ve siyasal unsurlarındaki güç değişimlerinin bir özetini sunmaktadır. Dolayısıyla ekonomik büyümenin gerçekleştirilmesinde yaşanacak bir bunalım, yaygın olan üretim ilişkisinin kendine özgü üretim organizasyonunun, makroekonomik yapısının (ya da sermaye birikim rejiminin) ve düzenleme biçiminin (ve düzenleme biçimindeki baskın sosyal ya da siyasal grubun) oluşturduğu modelin aksaklıklarından ve/veya içine düştüğü güçlüklerden kaynaklanmaktadır (Erdut, 1998: 24). Bu gerekçeyle ekonomik büyüme, ne salt ekonomi bilimine ne de sadece diğer sosyal bilim dallarına bağlı kalarak açıklanamayacak kadar karmaşık bir sosyal ilişkiler bütününe dayalıdır.

1.1.1. Ekonomik Büyümenin Tanımı

Ekonomik büyüme en basit anlamı ile bir ülkenin ekonomisinin üretim olanakları eğrisinin genişlemesidir. Bununla birlikte daha geniş tanımlarda yapılabilir. Buna göre ekonomik büyüme;

> "Bir toplumun ekonomisinde hem iktisadi etkinliklerin (faaliyetlerin) ölçeğinde meydana gelen bir büyümeyi; hem de iktisadi etkinliklerin toplam ölçeğindeki büyüme toplam nüfustaki büyümeden daha fazla olduğu için, kişi başına hâsılanın da büyümesini işaret eder (Tezel, 1989: 12).

Nisbi ilişkilerde bu türden değişmelerin, ilgili kültürün, toplumun, bilgi birikimi, örgütlenme, teknoloji ve benzeri özelliklerinde ortaya çıkan değişmelerle bağlantılı olduğu rahatlıkla söylenebilir (Tezel, 1989: 12).

Ekonomik büyüme; kişi başına reel (yani fiyat değişmelerinden arındırılmış) hasıladaki artışlardır (Kibritçioğlu, 1998: 1; Parasız, 1997: 5).

> "Bu artışlar, ancak uzun dönemde ülkenin üretim ölçeğinin veya potansiyelinin genişlemesi veya daha üretken kullanılması sayesinde (yani üretim faktörlerinin miktarlarındaki ve/veya üretkenliklerindeki artışlarla) ortaya çıkarılabileceğinden, ekonomik büyüme yalın bir anlatımla bir ülkenin üretim olanakları eğrisinin dışarıya veya uzun dönem toplam arz eğrisinin sağa doğru kaymasıyla ortaya çıkar" (Kibritçioğlu, 1998: 1).

Dolayısıyla da ekonomik büyüme sorunu, genellikle bir uzun vade sorunu olarak kabul edilmekte ve makroekonomik anlamda daha çok arz cephesince belirlenmektedir (Kibritçioğlu, 1998: 1). Diğer bir ifadeyle;

> "...bir ülkenin üretim imkânları eğrisinin dışarıya veya uzun dönem toplam arz eğrisinin sağa doğru kaymasına neden olan faktörler ekonomik büyüme kuramlarının konusunu oluşturmaktadır" (Parasız, 1997: 5).

Bu kaymaların arkasında hükümetlerin, üretim faktörlerinin verimliliklerini artırıcı eğitim ve teknoloji politikalarının ve fiziki sermaye stokunu artırıcı alt yapı yatırımlarının etkileri de vardır (Kibritçioğlu, 1998: 1).

Ekonomik büyüme, ekonominin üretim kapasitesinin artırılması ve dolayısıyla daha fazla mal ve hizmet üretilmesidir (Ertek, 2005: 55). Ekonomik büyümeyi bir başka yazar şöyle tanımlamaktadır:

> "Ekonomik büyüme, zaman ve mekân bağlamında bir miktar, ağırlık ve hacim biçimindeki büyüklük artışıdır. Bu artış bireyler ve ülkeler için güç ve gelir düzeyinde gözlemlenebilecek çeşitli göstergeleri ifade etmektedir. Nüfus, sermaye, tasarruf ve milli gelir artışları, birer büyüme göstergesidir. Büyüme bir işletme,

> bölge ya da ekonomi için miktar ve büyüklük artışını ifade etmektedir. Ancak bu artışın saymaca (nominal) olarak değil, gerçek bir artış olması halinde büyümeden söz edilebilir" (Özgüven, 1988: 36).

Ayrıca, büyümenin hesaplanmasında genellikle betimleme ile yetinilmekte, çözümleme yapılmamaktadır.

Her ekonominin birincil önceliği, gelişme, kişi başına düşen geliri artırarak halkın ekonomik refah düzeyini yükseltmektedir. Refah düzeyinin artması ise ekonominin büyümesi ile mümkün olmaktadır. Bu anlamda, yüksek büyüme hızları bir ekonomide başarının, düşük büyüme ise başarısızlığın göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Tarı ve Kumcu, 2005: 156). Diğer bir deyişle, eksik istihdam durumunda fiili milli hâsıla, potansiyel milli hasılanın altında olduğundan, refah kaybı söz konusu olmaktadır.

> "Ancak kısa dönemde tam istihdamı sağlayıcı önlemler almaya yönelen hükümetler, uzun dönemde ekonominin üretim kapasitesini artırıcı politikalar izlemektedir. Bu şekilde, bir ülkenin üretim kapasitesinin artırılarak, potansiyel milli hâsıla düzeyinin yükseltilmesi ise ekonomik büyümeyi konu alan yaklaşımların ilgi alanına girmektedir" (Dinler, 2000: 510).

Tanımlardan da anlaşıldığı üzere büyüme, daha fazla üretim yapmak anlamına gelmektedir. Dolayısıyla artan üretim, o ülkenin kişi başına gelirini artıracağından, o ülkede refah artışı sağlanacaktır.

1.1.2. Ekonomik Büyüme Teorileri

Ekonomik büyüme, klasik iktisatçıların ortaya koyduğu büyüme teorilerinden 1980'li yıllarda öne sürülen içsel büyüme teorilerine kadar farklı teori ve modeller çerçevesinde ele alınmış ve ekonomik büyümenin nasıl gerçekleşebileceğine ilişkin soruya cevap aranmıştır. Bu teoriler genel olarak klasik büyüme teorileri ve modern büyüme teorileri olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir.

1.1.2.1. Klasik Büyüme Teorileri

İktisatçılar ekonomik büyüme sürecini ve ekonomik büyümenin kaynaklarını anlamak için, Adam Smith'ten günümüze değin teorik ve deneysel çalışmalar yapmaya devam etmektedir. Klasik iktisatçılar olarak anılan Adam Smith, Thomas Malthus ve David Ricardo gibi iktisatçılar ekonomik büyümeyi sınıfsal yapıya dayanan kapitalist ideoloji varsayımları çerçevesinde açıklar. İşçiler, kapitalistler ve arazi sahihlerinden (topraktan kira geliri elde edenlerden) oluşan sınıfların iktisadi süreçteki rollerine göre şekillenen bir ekonomik büyüme modelinden söz ederler. Klasik iktisatçılar, işgücü, sermaye ve ekilebilir arazinin temel üretim faktörü olduğu bir üretim fonksiyonu varsayımından hareketle ekonomik büyümeyi açıklama yoluna gider. Arz üzerinde yoğunlaşan klasik iktisatçıların en önemli noksanlıkları talep üzerinde fazla durmamalarıdır.

Göktaş (2005), klasik teoriye göre yüksek tasarrufların yüksek yatırımlara, yüksek yatırımların ise yüksek büyümeye öncülük ettiğini ifade etmektedir:

> "Klasik teoride yatırım-tasarruf eşitliğinden hareketle, tasarrufların azalması yatırımların azalmasına neden olmakta, dolayısıyla büyüme hızı azalmaktadır veya tasarrufların artması yatırımların artmasına neden olmakta ve dolayısıyla büyüme hızının artması ile sonuçlanmaktadır. Bu ilişki aynı zamanda Malthus'un nüfus kuramı çerçevesinde nüfusa bağlı olup, nüfus artış hızının çok yüksek olması durumunda kişi başına düşen gelirin azalması nedeniyle, yapılacak tasarrufların azalması söz konusu olacak, bu ise büyüme hızının azalması demek olacaktır" (Göktaş, 2005: 65)

Klasik teorinin varsayımları (azalan verimler kanununun geçerliliği, teknik gelişme hızının düşük olması, Malthus'un nüfus kanunu), günümüz gelişmiş ülkelerinin 19. yüzyıldaki gelişme süreçlerinde fiili olarak gerçekleşmemiştir. Ayrıca bu ülkelerde hem nüfusta hem de toplam ve kişi başına hasılada eş anlı artışlar görülmüştür (Berber, 2006: 68).

Ekonomik büyümeye olan ilgi, mikro iktisatta yaşanan marjinalist devrimle azalmış, ancak 1929 yılında yaşanan büyük ekonomik çöküntüyle beraber, büyüme konusuna olan ilgi yeniden canlanmıştır. Keynes, meşhur 'Para, Faiz ve İstihdam Genel Teorisi' kitabıyla ekonomik durgunluk dönemlerinde piyasanın kendiliğinden tam istihdam durumuna gelemeyeceğini ve devlet müdahalesine ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Keyneysen görüşün büyüyen bir ekonomideki geçerliliğini araştıran iki iktisatçının çalışmaları modern büyüme teorisinin temelini oluşturmuştur (Berber, 2006: 68).

1.1.2.2. Modern Büyüme Teorileri

Modern büyüme teorileri Frank Ramsey'in 1928 yılında yayınladığı çalışmasıyla başlamıştır. Hane halkı optimizasyonunun klasik çözümünün ele alındığı bu yaklaşım çok kullanılmamış ve 1960'lara kadar kabul edilmemiştir (Ateş, 1998: 3).

Keynes sonrası iktisadi büyüme modeli olan Harrod-Domar (1939) modeli Keynes'in ihmal ettiği yatırımların kapasite etkisini analize sokmuştur. Keynes'in statik analizini dinamik bir çerçevede ele alan Harrod (1939), tam istihdamlı ve dengeli büyümenin olamayacağını iddia etmiştir. Domar (1946) ise, Harrod'un geliştirdiği Keynesyen Dinamik Analizi bir adım öteye götürerek bir tarafı kapasite, bir tarafı gelir etkisi içeren bir denklem ortaya koymuştur (Ateş, 1998: 3).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ekonomik büyüme alanında iki önemli çalışma dikkat çekmiştir ve savaş sonrasında ekonomik büyüme tarihini iki ayrı döneme ayırmışlardır. İlki 1950'lerin sonlarında ortaya çıkan Neo-Klasik büyüme teorileri, ikincisi ise 1980'lerin sonu ile 1990'lı yıllarda gerçekleştirilen İçsel büyüme teorileridir (Ateş, 1998: 3).

Neo-Klasik Büyüme Teorisi, Swan (1956) ve Solow'un (1956) çalışmaları ile başlamıştır. Solow (1956), sermaye birikimi, tasarruf ve ekonomik büyüme ilişkisini ele alan modelinde teknolojiyi, büyümeyi dışsal olarak etkileyen bir unsur

olarak ele almış; emek ve sermayenin belirleyici gücü üzerinde durmuştur (Ateş, 1998: 3).

1950'li yılların sonu, 1960'lı yılların başında teorisyenler uzun dönemli dışsal teknolojik gelişme modelleri üzerinde durmuşlardır. Özellikle Arrow (1962), Kaldor ve Mirrlees (1962), Uzawa (1965) gibi bazı iktisatçılar yaptıkları çalışmalarla Solow büyüme modelinin dışsal teknoloji varsayımındaki basitliğe, teknolojik gelişmenin iktisadi etmenlere dayanarak içsel biçimde açıklanabileceği karşıt tezini geliştirmişlerdir. Arrow'un geliştirilen bu modeli Romer'in (1986) analizine kaynaklık etmiştir. Romer (1986) "yaparak öğrenme"nin sürdürülebilir büyümedeki önemini bu çalışmaya dayanarak geliştirmiş ve vurgulamıştır (Ateş, 1998: 3).

Ateş (1998), modern büyüme teorilerinin gelişimine teorik çalışmaların yayın tarihleri açısından bakıldığında 1970'li yıllarda bir boşluk yaşandığını ifade etmektedir:

> "1980'li yıllardan itibaren ortaya çıkan İçsel Büyüme Teorileri, büyümenin kaynağı olarak teknolojik yenilikleri, beşeri sermayeyi, yaparak öğrenme modellerini, Ar-Ge faaliyetlerini ve kamu yatırımlarını temel olarak kabul etmişlerdir" (Ateş, 1998: 3).

Teknolojik gelişmenin ele alınmasındaki yaklaşıma göre iki gruba ayrılan içsel büyüme modellerinde beşeri sermaye, ekonomik büyümeyi açıklamada baş aktör değildir.

> "Beşeri sermayeyi bilgi anlamında teknolojik gelişmenin bir bileşenine ya da sadece emeğin niteliğine indirgemeden ekonomik büyüme sürecinin baş aktörüne dönüştüren içsel büyüme modelleri mevcuttur" (Yardımcı, 2006: 99).

Bu nedenle bu modeller beşeri sermaye faktörünü ekonomik büyüme bakımından yeniden yorumlayarak içsel büyüme modellerinde bir beşeri sermayeye dayalı içsel büyüme modelleri grubunu oluşturmaktadır.

1.1.3. Ekonomik Büyümenin Belirleyicileri

Ekonomik büyümenin belirleyicilerini başlıca beş başlık altında incelememiz mümkündür. Bu belirleyiciler aşağıda kısaca özetlenmiştir:

- **Yatırım ve Sermaye Birikimi:** Gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan birçok çalışma, yatırımların ve dolayısıyla sermaye birikimin daha sonraki bölümlerde işlenecek istihdam artışı ve teknolojik gelişmeyle birlikte ekonomik büyümenin ve kalkınmanın belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır. Hatta sermaye birikiminin teknolojik gelişmeye dolaylı katkısı dikkate alınırsa, sermaye birikiminin verimlik artışını, istihdamı ve ekonomik büyümeyi çok daha olumlu etkilediği ve sermaye ile teknolojinin arasında birbirini tamamlayıcı, pozitif ve çift yönlü ilişki olduğu görülmektedir (Saygılı ve Cihan, 2008: 22-27).

- **Nüfus Artışı ve İstihdam:** Gelişmiş ülkelerde nüfus artışı; eğitim, sağlık ve gelir artışı gibi sosyo ekonomik gelişmelerle ilgili olmaktadır. Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde, nüfus artışı ile ekonomik gelişme arasında çatışma yaşanmamaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise, yüksek doğum oranları ile ölüm oranlarındaki azalmalar, salgın hastalıklar, tüketim maddelerinin arzında yetersizlik, bulaşıcı hastalıkların yoğun olması, işsizlik ve düşük gelir dağılımı gibi negatif sosyo ekonomik durumların olması nedeniyle, ekonomik büyüme ile nüfus artışı arasında negatif bir ilişki kendini göstermektedir. İstihdam ise bir ülkenin ekonomik yönden gelişmişliğinin en önemli göstergelerinden birisidir. Bir ülkede işsizlerin sayısı ne kadar az ise o ülkenin gelişmişlik seviyesi o kadar yüksektir (Kar ve Taban, 2005: 20-22).

- **Teknoloji Düzeyi:** Teknolojik gelişme, ekonomik büyümenin görünür sınırlarını aşmanın en iyi yolu olarak kabul edilmektedir. Eğer daha büyük çıktı daha büyük fiziksel girdi gerektiriyorsa, o takdirde dünyadaki çeşitli kaynakların arzının sabitliği, muhtemelen kişi başına gelirin yükselmesinin bir sonunun olacağı anlamına gelebilmektedir. Ancak biriktirilemeyecek ya da yeniden yaratılamayacak girdilerle daha fazla üretmenin yöntemleri keşfedilmeye devam edildikçe, gelecek birçok

yüzyıllarda yaşam standardının artmaya devam etmemesi için herhangi bir neden olmayacağı ileri sürülmektedir (Parasız, 1997: 6).

- **Gelir Dağılımı:** Gelir dağılımı ile iktisadi büyüme arasında nasıl bir ilişki olduğuna dair net bir açıklama yapılmamaktadır. Büyümeyi fiziki sermayeye dolayısıyla da tasarruflara dayandıran görüşe göre iktisadi büyüme ile gelir dağılımındaki eşitsizlik arasında olumlu bir ilişki vardır. Diğer yönden iktisadi büyümeyi belirleyen unsurların başında beşeri sermayeye önem veren görüşe göre ise gelir dağılımındaki eşitsizlik ile iktisadi büyüme arasında negatif bir ilişki vardır. Çünkü gelir dağılımının adaletsizliği, işgücünün eğitim, sağlık ve beslenme gibi harcamaları azaltmakta, bunun sonucunda ise beşeri sermaye gelişimini engellemektedir (TEK, 2003: 36).

- **Beşeri Sermaye:** Konumuz gereği bu başlık ayrıntılı olarak aşağıda açıklanmıştır.

1.1.3.1. Beşeri Sermaye

İktisadi kalkınma ve ekonomik büyüme kuramında sermaye birikimi birçok iktisatçı tarafından kalkınmanın temel koşulu olarak kabul edilmektedir. Sermaye birikimi, toplumun üretmiş olduğu değerlerin tümünü tüketmeyip bir kısmını sermaye mallarına ayırmasıdır. Bu anlamda kullanılan sermaye kavramı, daha çok fiziki sermaye ile açıklanabilir. Oysaki iktisadi kalkınma sürecinde fiziki sermayenin yanı sıra beşeri sermayenin de önemi göz ardı edilmemelidir.

Üretime katılan bireyin sahip olduğu ve genel anlamda insanın niteliğini vurgulayan bilgi, beceri, tecrübe ve dinamizm gibi pozitif değerler, beşeri sermaye olarak kabul edilmektedir (Tansel ve Güngör, 1997: 532).

> "Çünkü söz konusu değerler, üretimde kullanılan diğer faktörlerin daha verimli değerlendirilmesine imkân vermekte; ayrıca yeni teknolojilerin icadı ve rasyonel bir şekilde kullanılmasına da yol açmaktadır. Bu nedenle ekonomik faaliyetlerdeki

> rasyonellik artmakta ve ülke ekonomisi daha hızlı kalkınabilmektedir" (Karagül, 2003: 81).

Bu açıdan insanın niteliklerinin gelişmesine yardımcı olacak her faktör de aynı zamanda bir beşeri sermaye faktörüdür. Eğitim, sağlık, beslenme, konut ve göç beşeri sermayeyi belirleyen unsurlardır. Eğitimin bu faktörlerden farkı, insani nitelikleri geliştirebilecek en önemli faktör olması bakımından beşeri sermayenin temel dayanak noktası sayılmasıdır.

İktisat tarihi, beşeri sermayeye ilişkin önemli gelişmelere tanık olunmuştur. Örneğin merkantilist iktisatçılar, nitelikli insan gücünün ulusal servetin gelişmesinde önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bu bakımdan iktisadi olaylarla eğitim arasındaki ilişkiyi kurarak bir anlamda beşeri sermayeyi ilk vurgulayanlar olmuşlardır.

Klasik İktisat Teorisi'nin kurucusu Adam Smith, ulusların zenginliğinin eğitim ile iktisadi faaliyetler ve iktisadi gelişme arasındaki ilişkilerdeki değişme ve gelişmeye bağlı olduğunu vurgulamıştır. Smith, bireylerin sonradan kazandıkları ya da doğuştan sahip oldukları yetenekleri sabit sermaye içine dâhil etmiştir.

> "Smith'in ekonomik gelişmede beşeri sermayenin önemine yaptığı bu vurgu, beşeri sermaye için umut verici bir gelişme olsa da Smith, Ricardo ve Marx'in maaş ve ücret gibi kişisel gelirlerin fiziki sermaye ve doğal kaynaklardan elde edilen gelirlerden daha fazla artacağını, gelişmiş ülkelerde %75 düzeyinde olabileceğini tahmin edememeleri ve beşeri sermaye kavramını ele almayışları, iktisadi düşünce tarihinin farklı bir gelişme göstermesini engellemiştir" (Yumuşak, 1997: 102).

1960'lı yıllara kadar beşeri sermayeyi oluşturan gelişmiş bilgi ve becerilerin, eğitim ve sağlık yatırımlarının iktisadi açıdan önemi W. Petty, A. Smith, S. Kuznets ve M. Friedman gibi birçok iktisatçı tarafından vurgulanmasına rağmen bunların iktisadi bir form olarak tanımlanması için 1960'lara kadar beklenmesi gerekmiştir. Bunun en büyük nedeni dönemin emek birimleri arasında nitelik farkı bulunmamasıdır. O dönemde üretimde yaygın olarak kol kuvveti kullanılmaktadır. Dolayısıyla emek birimleri arasında nitelik farkı oluşmaması beşeri sermaye

kavramının gelişimini engellemektedir. S. Becker 1960 yılında, beşeri sermayenin ekonomik değerinin belirlenmesi anlamında ilk adım sayılan bir tebliği, Amerikan Ekonomik Birliği tarafından düzenlenen 'Beşeri Sermaye Yatırımı' konulu bir konferansta sunmuştur. Bu tebliğden sonra 1962 yılında Shultz, beşeri sermaye literatürünün klasiği sayılan çalışmasını yayınlamıştır.

> "Shultz söz konusu eserinde az gelişmiş ülkelerde ekonomik ve soysal kalkınmanın en büyük engelinin fizikî sermaye yetersizliğinden çok insan gücünün niteliksizliği ve yetersizliği olduğunu ileri sürmüştür. İnsan gücünün önemli bir üretim faktörü olduğunu ve fiziksel sermaye ile birlikte insan gücünün geliştirilmediği bir sürecinin istenilen seviyede olamayacağını önemle vurgulamıştır. Ona göre teknolojileri kullanan ve daha önemlisi teknolojiyi yöneten insandır" (Becker, 1993: Altay, 2005: 4).

Bu durumda insan gücü faktörünün gelişimi ve verimliliği, fizikî sermayenin etkin oluşturulmasını ve kullanılmasını sağlayacak hemen hemen tek unsurdur.

Beşeri sermayenin ekonomik etkisine dikkat çekildiği dönemlerin, uzun vadeli büyüme programları ve iktisadi gelişme konularının hararetle ele alındığı dönemlerle çakışması şaşırtıcı değildir. Özellikle 80'li yılların ortalarına dek iktisat literatüründeki egemenliğini sürdüren Neoklasik büyüme teorilerinin niceliksel büyümeye önem veren yaklaşımlarının ardından, kökenleri A. Smith, J. Schumpeter, N. Kaldor ve K. J. Arrow gibi iktisatçılara dek dayandırılan bir takım yeni yaklaşımlar doğmuştur. Yeni büyüme modelleri olarak ifade edilen ve büyümeyi içsel unsurlarla açıklayan bu yaklaşımlarda beşeri sermaye etkin bir rol oynamaktadır (Saygılı, 2006: 20).

Beşeri sermaye, verimlilik artışı, teknoloji üretimi ve nihayetinde ekonomik büyüme çerçevesine hapsedilmemelidir. Beşeri sermayeyi ele alan uygulamalı ve teorik birçok çalışma, beşeri sermayenin birçok etkisinin olduğunu kanıtlamıştır. Beşeri sermayenin diğer etkilerinden bazıları şunlardır: Beşeri sermaye işgücünün değişen koşullara uyumunu kolaylaştırmakta ve özellikle kadınların işgücüne katılımını arttırarak işgücü potansiyelinin etkin kullanılmasını sağlamaktadır.

Nitelikli insan gücü (beşeri sermaye) farklı talep yapısı nedeniyle dış ticaret ve üretim yapısının bileşimini etkilemektedir. Beşeri sermaye, istihdam ve gelirin (ücretin) artmasına neden olarak işsizliğin ve yoksulluğun azalmasına, gelir dağılımının iyileşmesine etki edecektir. Eğitim, demokratikleşme, katılımcılık, insan hakları ve sosyal uyum gibi toplumsal değerlerin yerleşmesinde ve çevrenin korunması ve geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Saygılı, 2006: 22).

1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı

Sağlık sektörü, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsar. Sağlık hizmetleri, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve talep etmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün gibi şeylerin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Menderes ve Ersoy, 1993: 30).

Sağlık ile sağlık hizmetleri birbirinden farklı kavramlardır. Sağlık; birey ve toplum için önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür (Aktan ve Işık, 2010a: 1). Sağlık; fertlerin fiziksel ve ruhsal bozukluklardan uzak olması ve bulunduğu toplumsal çevreye ilişkin vücut ve kafasının normal kabul edilen sınırlarda çalışmasıdır (Tokgöz, 1979: 3). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; fertlerin fiziki, ruhi ve toplumsal yönden tam bir iyilik ve uyum içinde olması durumudur (Belek vd., 1992: 15). En genel anlamda sağlık; toplumdaki bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlıklarının olmamasıyla birlikte, o toplumdaki bireyin akli, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam huzur ve uyum içinde bulunmaları durumudur (Kızılçelik, 1996: 3).

Sağlık hizmetleri ise sağlık sermayesine yapılan yatırım unsurlarıdır (Yeğinboy, 1993: 3).

> "Sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlığını korumak; bedenen, ruhen ve sosyal yönden ortaya çıkacak olan hastalıkları tedavi edip insanları mutlu kılmak için yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu faaliyetler, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç üretimi gibi, sağlıklı kişilerin sağlığını koruyan, hastaları iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerini sağlık yönünden yükseltilmesi niteliğindeki hizmetleri kapsamaktadır" (Dağıstan, 2001: 3).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da sağlık hizmetleri kavramı şöyle tanımlanmaktadır:

> "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhî kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir."

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlık hizmetleri;

> "Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir" (Öztürk, 2005: 5).

Sağlık hizmetleri, insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümüdür (Akdur, 2006: 12). Sağlık hizmetleri kısaca, bireylerin ruhi ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunması olarak ifade edilebilir.

Sağlık hizmetlerinin esas amacı, toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamaktır (Şakar, 1999: 10). Ancak her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz; bazıları hastalanır. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan "hastaların tedavisi" söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak

iyileştirilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı, sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (Öztek, 2004: 56).

> "İster tedavi şeklinde olsun, ister hastalığı önleme şeklinde yürütülsün sağlık hizmetlerinin amacı aynıdır: İnsanların sağlıklı ömrünü uzatmak" (Bulutoğlu, 2001: 251).

Böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımı, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alınabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde amaç, bireylerin yaşam hakkının güvence altına alınarak, üretkenliklerinin devamlılığını sağlamaktadır.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve Yararları

Çağdaş insanın yaşamında temel hizmetlerden birisi olan sağlık hizmetinin de diğer mal ve hizmetlerden ayırt edici özellikleri bulunmaktadır. Şenatalar (2003: 25) bu özellikleri; sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler olması, belirsiz talebe sahip olması, ikame edilemez ve ertelenemez olması, sosyal amaca yönelik olması gibi özellikler olarak saymaktadır. Ayrıca bir diğer özelliği de talep edenin konu olan hizmet hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olmasıdır.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde sıralamamız mümkündür (Şakar, 1999: 15):

- Sağlık hizmetleri temelde bireysel gibi görülmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında ortaya çıkan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkileri bu hizmetlerin kamusal (toplumsal) hizmetler olduğunu göstermektedir (Şakar, 1999: 15).

- Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler (Ak ve Sevin, 2000: 25).

- Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfîdir ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır (Ak ve Sevin, 2000: 25).

- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler. Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın tanısı, şiddeti ve tedavi şekli, tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojik imkânlar çerçevesinde hekimler tarafından belirlenir (Tokat, 2006: 9).

- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez; talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir sağlık ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamını etkilemekle beraber toplumu da ekonomik ve sağlık açısından etkileyebilmektedir (Şakar, 1999: 16). Diğer mal ve hizmet piyasalarında ikame yapma imkânı vardır. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya kalp ameliyatı olması gerekirken daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkânı yoktur (Tokalaş, 2006: 15).

- Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptirler (Ak ve Sevin, 2000: 25).

- Sağlık hizmetleri insan odaklı olması sebebiyle etkileri ve sonuçları açısından diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Bu sebeple sosyal bir amaca yönelik değildir (Turan, 2004: 9-10).

Sağlık hizmetleri tüketiminin sağladığı faydalar ise, ekonomik ve ekonomik olmayan faydalar olmak üzere iki grupta toplanabilir.

- **Ekonomik olmayan yararlar:** Bireylerin sağlık hizmeti tüketmelerinin sonucunda kendilerini psikolojik olarak sağlıklı hissetmeleri, bu hizmetlerin tüketilmesinin sağladığı ekonomik olmayan faydadır. Bireylerin kendilerini normal hissettikleri sağlık düzeyinin korunması veya bu düzeyden

sapmaların giderilmesinin bireyde yaratacağı moral ve tatmin, sağlık hizmetlerinin ekonomik olmayan faydalarıdır (Alpugan, 1984: 162).

- **Ekonomik yararlar:** Bireyin kendisini iyi hissettiği sağlık düzeyinin korunması ve bu düzeyden sapmaların giderilmesi, ekonomide tüketim ve gelir etkileri yaratır. Tüketim etkisi, sağlıklı bireyin tüketiminin, sağlıksız bireye kıyasla daha yüksek olacağı varsayımına dayanmaktadır. Gelir etkisi ise, sağlıklı olmanın sağlayacağı işgücü ve işgücü kaybının önlenmesi sonucunda üretimin artmasıdır. Ayrıca sağlıklı bireyin üretim verimliliğinin daha yüksek olması, üretim etkisinin bir diğer yönüdür (Alpugan, 1984: 162).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan nitelikte olmalarına rağmen anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak, hizmet sunumunda etkinlik sağlamak, maliyet fayda analizi yapabilmek vb. amaçlarla sınırlandırılma gereği doğmuştur. Bununla ilgili olarak birçok değişik ayırıma gidilmişse de, bu çalışmada kullanılan sınıflandırma dünyada sağlık alanında en yetkili örgüt olan WHO tarafından yapılmış ve ülkemizde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nca da kabul edilmiş şekilde sınıflandırılacaktır (Ertekin, 2000: 8):

- **Koruyucu sağlık hizmetleri:** Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Koruyucu sağlık hizmetleri çok geniş kapsamlı bir hizmet türüdür. Toplumda hastalık ihtimali azalttırılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Koruma hizmetini, bu niteliği sebebiyle, tedavi hizmetlerine kıyasla, daha çok kamu ekonomisi üstlenir (Bulutoğlu, 2001: 270). Koruyucu sağlık hizmetleri iki ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

✓ Çevreye yönelik hizmetler: Genel olarak çevre sağlığı hizmeti olarak bilinen bu hizmetler; yeterli düzeyde temiz hava ve su temini, katı ve sıvı atıkların sağlığa uygun imhası, haşerelerle mücadele, gıda sağlığı, atık su ve kanalizasyon, vb. hizmetleri kapsamaktadır (Çilingiroğlu, 1995: 376).

✓ Kişiye yönelik hizmetler: Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir (Bulutoğlu, 2001: 271).

- **Tedavi edici sağlık hizmetleri:** Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, tehlikenin zararından kurtarıcı bir etkidir. Çünkü tehlikenin birçoğu ferdin çalışma gücünü geçici veya sürekli olarak ortadan kaldırmaktadır (Yazgan, 1992: 203). Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (Yıldırım, 1994: 13). Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın etrafı için tehlike olma derecesine bağlıdır.

- **Rehabilitasyon hizmetleri:** Sakat ve işgücünü kaybedenlere, işgücü ve çalışma imkânı sağlamasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Koruyucu ve tedavi edici çabalara karşın bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan insanlar olabilmektedir. Bu kişilerin sosyal bakımdan yeterli hale getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam sürdürebilmelerinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür (Bulutoğlu, 2001: 267).

1.2.4. Sağlık Hizmetleri ile İlgili Göstergeler

Sağlık hizmetlerinin özellikle uluslararası düzeyde bir karşılaştırmasının yapılabilmesi için birtakım göstergeler kullanılmaktadır (Üçdoğruk, 1996: 102). Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin doğrudan ya da dolaylı olarak etkilendiği sosyal, ekonomik ve beşeri veriler göz önünde bulundurulmuştur. Yeğinboy (1993: 9), sağlık hizmetlerinin ekonomik etüdünde kullanılan göstergeler dört ana grup altında toplamıştır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

1.2.4.1. Demografik Göstergeler

Değişen ve gelişen ekonomik şartlara bağlı olarak, ülkelerin nüfus ve yaşam standartları da değişmektedir. Bu doğrultuda,

> "...gelişmiş ülkelerde birçok hastalık önlenebilmesine rağmen, nüfus artışlarını belli bir oranda tutmaya çalışırlarken, gelişmekte olan ülkeler, nüfus artış hızlarını gelişmiş ülkelerin seviyesine çekmeye çalışmaktadırlar. Çünkü kişi başına gelir ile yaşam standardı arasında yakın ilişki vardır. Kişi başına gelir arttıkça, yaşam standardı da artmaktadır" (Başol, 1994: 7).

Bu nedenle, ülkeler nüfus göstergelerini belirleyerek sağlık hizmetleri planlaması yapmak, sağlık hizmetlerine olan talebi belirlemek, sağlık harcamalarının nüfus artışı ile uyumunu sağlamak gibi birtakım amaçlara ulaşmaya çalışmaktadırlar

> "Demografik veriler bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin mevcut durumunda eşit, uygun, istenilen düzeyde sunulup sunulmadığını ve gelecekte demografik değişmelere göre sağlık hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunur. Çünkü demografi nüfus ve yaşam olayları ile ilgili konuları kapsar" (Yeğinboy, 1993: 10).

Demografik göstergeler; nüfus göstergeleri ve yaşam göstergeleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Nüfus göstergeleri bir ülkenin nüfusu, yüzölçümü, nüfus yoğunluğu, nüfusun dağılımı, doğal nüfus artış hızı, nüfusun iki katına katlanması ile ilgili bilgileri içerir. Yaşam göstergeleri ise bir ülkenin bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, kaba doğum oranı, kaba ölüm oranı, genel doğurganlık oranı ve beklenen yaşam süresidir..

1.2.4.2. Ekonomik Göstergeler

Bir ülkenin ekonomik refah düzeyinin yükselmesinde toplumun sağlık ve yaşam düzeyinin etkisinin büyük önemi olduğu kabul edilir.

> "Ülkelerin ekonomik göstergelerinin sonucu olarak daha güçlü bir ekonomiye sahip olan ülkeler, sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabilmekte ve böylece daha

sağlıklı insanlardan oluşan bir topluma sahip olabilmektedirler. Sağlık harcamalarının payı, ülkelerin sağlık hizmetlerine verdiği önemi gösteren bir unsur olarak kabul edilmektedir" (Yeğinboy, 1993: 19).

Kişi başına milli hasılanın yüksek olması, daha iyi barınma, giyinme ve beslenme imkânı sağlayacaktır.

1.2.4.3. Hastane Göstergeleri

Gelişmiş teknolojilerin sağlık sektöründe kullanıldığı en önemli yerler hastanelerdir. Hastane göstergeleri "hastane yatağı dağılım göstergeleri" ve "hastane yatağı kullanım göstergeleri" olmak üzere iki yönlü olarak ele alınmaktadır.. Hastaneye ileri teknoloji kabulünün maliyetlerdeki sebep olduğu artışın, onun kazandırdığı getiriden az veya fazla olduğunu belirleyebilmek için etkili bir fayda-maliyet analizine ihtiyaç vardır. Bunun sağlıklı bir biçimde yapılabilmesi de hastane verilerinin sistematik ve sağlıklı olmasına bağlıdır.

1.2.4.4. Sağlıklı İnsan Gücü Göstergeleri

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerle birlikte en önemli unsurlardan birisi de sağlık sektöründe çalışanlardır. Bugün gelişmiş ülkelerdeki sağlık insan gücünün, gelişmekte olan ülkelerden çok daha iyi olduğu bilinen bir gerçektir (Karabulut, 1998: 45). Bir ülkede nüfusun kalitesini yükseltmeye yönelik harcamalar, insan sermayesine yapılan yatırımlardır. Bunlar eğitime, işbaşında yetişmeye, sağlığa, bilgiye ve benzerlerine yapılan harcamalardır (Varlıer, 1982: 501).

1.3. Sağlık Harcamaları Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler

Sağlık sektörünün sürekli büyümesi, sektörün kaynak ihtiyacını arttırmakta, bu durum yeni finansman kaynaklarına başvurma gereğini ortaya çıkarmaktadır. Bu bölümde sağlık harcamaları kavramı ile ilgili genel bilgilere yer verilecektir.

1.3.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı

Bir ülkenin sağlıklı bir topluma sahip olabilmesi için ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması ve toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da "sağlık harcaması" olarak kabul edilmektedir (Akın, 2007: 28-29).

> "Bir ülkenin sağlık harcamaları, iktisadi gelişmeyi doğrudan etkileyen harcamalar olarak değerlendirilir. Sağlık sektörü eğitimle birlikte öncelikli sektörler arasında mutlaka yer almalıdır. Sağlık harcamalarını basit bir tüketim harcaması niteliğinde görmek son derece hatalıdır. Aynı zamanda bir yatırım harcaması olan sağlık harcamalarının eksikliğinin doğuracağı olumsuz etkileri ileride telafi etmek pek kolay değildir" (Gülcan, 2008: 24).

Sağlık harcamalarının bilinmesi ülkelerin sağlık sektörüne tahsis ettikleri kaynakların bilinmesi açısından önem taşıdığı gibi, ülkelerarası karşılaştırmalar ve sektörler arası karşılaştırmalar yapabilme açısından da önemlidir. Sağlık harcamalarının yapılması sonucu ortaya çıkan çıktı olarak ifade edilen sağlık statülerinin belirlenmesi de ülkeler açısından gelişmiş veya gelişmiş olma ölçütü olarak ele alınmaktadır (Balsak, 2004: 102).

Sağlık harcamalarının düzeyi ve kalitesinin bir sonucu olan sağlık hizmet göstergeleri açısından Türkiye gelişmiş ülkelerin ve birçok gelişmekte olan ülkenin ardında yer almaktadır. Literatür incelemeleri sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.

Sağlıkta bilinçlenme, teknolojik gelişmelerdeki hızlı artış ve nüfusun artması gibi nedenlerden sağlık harcamalarının her yıl artmasına neden olmaktadır.

> "Kamu kaynakları tarafından finanse edilen sağlık harcamalarındaki artış oranları, sağlık hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için finansmanın ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir" (Şenatalar, 2003: 26).

Sağlık ekonomistlerinin yapmış oldukları analizlerde karşılaştığı en önemli problemlerden biri hangi harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edileceğidir.

> "Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra son zamanlarda hızla artan tıbbi bakım ve kozmetik amaçla yapılan harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edilip edilmeyeceği tartışma konusudur. Saç ektirme, yağ aldırma gibi kozmetik amaçla yapılan harcamaların yanı sıra rekreasyon aktiviteleri, hatta zayıflamak için uygulanan kürlerin sağlık harcamaları konusuna ne kadar dâhil olduğunu belirleyecek bir indeks oluşturmak zordur" (Tokalaş, 2006: 25).

1.3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşıp ulaşmadığı sorgulamaktadırlar.

> "Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının altında yatan nedenlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır" (Akın, 2007: 31-36).

Sağlık harcamalarını etkileyen nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- **Kişi başına gelirin yükselmesi:** Kişisel gelirin artması ve yaşam standartlarının yükselmesi ile gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talep artmakta ve dolayısıyla sağlık harcamaları da artmaktadır (Işık, 1998: 77).

- **Eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi:** Toplumun eğitim seviyesinin sağlık bilincinin yükselmesi ile insan sağlığına verilen önemin artması genel olarak toplumsal ve kişisel talebin artmasına yol açmaktadır (Alper, 1988: 76-77).

- **Sosyal değer yargılarının değişmesi:** Günümüzde sağlık harcamaları konusunda daha önceden genel kabul görmüş düşünceler değişmektedir. Tüketim toplumunda nasıl daha önce araba lüks bir mal olarak görülüyorken günümüzde vazgeçilmez bir araç olarak görülüyorsa daha önceleri lüks olarak görülen özellikle teşhis yöntemleri artık olmazsa olmaz bir nitelik kazanmıştır (Işık, 1998: 79). Basit sağlık problemlerinin nedenleri araştırılırken insan sağlığının söz konusu olması sebebiyle artık en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilmektedir (Aktan ve Işık, 2010b: 5). Bu durum da sağlık harcamalarının artışını etkilemektedir.

- **Teknolojik gelişmeler:** Tıp ve sağlık alanındaki araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yoğunluk kazanması ile birlikte hastalıkların teşhis ve tedavilerinde sürekli yeni tıbbi teknolojiler kullanıma girmektedir. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanmayı gerektirir (Tokalaş, 2006: 29). Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlara örnek verilebilir (Mutlu ve Işık, 2001: 149).

- **Şehirleşme:** Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha çok rol almaları zaman içerisinde beraber yaşama zorunluluğunu da getirmiştir. Beraber yaşayan insan sayısının artması aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinde artışı gerektirir (Akın, 2007: 34).

- **Yaşam süresinin uzaması:** Sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden biri de nüfus içerisindeki yaşlı oranının her geçen gün yükselmesidir.

Dünya nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlandığı ve bu trendin devam edeceği görülmektedir. Yaşlıların gerekli olan süreden fazla olarak sağlık kurumlarında kalmaları sağlık harcamalarının artıran diğer bir nedendir (Akın, 2007: 35). Bu anlamdaki harcamaların düşürülmesi için ülkeler çeşitli önlemler alma yoluna gitmektedirler.

- **Toplumsal düzende meydana gelen değişmeler:** Demokratik sistemlerde meydana gelen değişmeler ve bilişim sektöründe kaydedilen ilerlemeler sonrası dünya bir globalleşme sürecine girmiş, ülkelerin özgürlüklerinden çok bireylerin özgürlükleri ön plana çıkmaya başlamıştır. Bunun sonucunda kişisel özgürlükler ve haklar artmış beraberinde topluluklar devletten daha çok şey beklemeye başlamışlardır (Işık, 1998: 80). II. Dünya Savaşı sonrası refah devleti eksenli devlet örgütlenmesi kavramının ağırlık kazanması ve bu süreçte sendika vb. örgütlenmelerin oluşması da sağlık harcamalarını artıran bir etkendir (Akın, 2007: 36).

1.4. Sağlık Ekonomisi Kavramı ile İlgili Genel Bilgiler

1.4.1. Sağlık Ekonomisinin Tanımı ve Kapsamı

Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için, ekonomik ve sosyal çevreler mutlak surette ilişki içerisinde olmalıdırlar. Bu bağlamda sağlık ekonomisi, teknolojinin gelişmesi, gelişmelerin sağlığa yansıması, tanı ve tedavi olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfus artışı, sağlık hizmetleri giderlerinin artması, maliyetin tartışılmaya başlanması, sağlığa ayrılan payın artması, sağlık bütçesine ayrılan payı giderek sınırlama eğilimleri, kronik kaynak sıkıntısı şeklinde olmaktadır (Tutar ve Kılınç, 2007: 33-34). Sağlık ekonomisi, ekonomi disiplininin sağlık üzerine uygulanmasıdır.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplini olup, sağlık hizmetleri örgütünün geliştirilmesi konusunda önerilerde bulunur. Batırel (1996: 171) sağlığın ya da kötü sağlığın davranışsal, çevresel ve

tıbbi nedenlerinin araştırılması ve bunları önleyici araçların geliştirilmesi çabalarını içerdiğini ifade etmektedir.

Sosyo-ekonomik kalkınma sağlık alanını da kapsadığından sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olmaktadır. Sağlık ekonomisinin üretim faktörleri ise, sağlıkta işgücü, sağlıkta sermaye, sağlıkta toprak ve girişim olmak üzere dört kategoriye ayrılmaktadır. Sağlıkta işgücü; hekim, diş hekimi, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli, idari personeli oluşturmaktadır. Sağlıkta sermaye; tıbbi cihazlar, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri, diğer sarf malzemelerdir. Sağlıkta toprak; bina amortismanları, sabit yatırım amortismanlarını ve sağlıkta girişimi oluşturmaktadır (Tutar ve Kılınç, 2007: 34).

> "Sağlık ekonomisinin önem kazanması, geleneksel tedavi hizmeti anlayışının ortadan kalkarak, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önem kazanmasına neden olmuştur. Böylece hastalığa yakalanma riskini yükselten etmenler başlangıçta yok edilerek, gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf sağlanması amaçlanmıştır. Çünkü sağlık hizmetlerine aktarılan kaynakların miktarı, sağlık göstergelerinin düzelmesinde tek başına yeterli olmamaktadır (Özkara, 2006: 17)."

Özkara (2006: 17) ve Işık (1998: 11), sağlık ekonomisinin gelişmesinin diğer bir nedenini de, sağlık hizmetlerinin içerdiği yoğun dışsallıklara bağlamaktadır.

> "Sağlık hizmetlerinin dışsallık yaratıcı özelliği, sağlık hizmetleri arzının tamamen piyasa mekanizmasına bırakılmasını engeller ve kamusal arzı gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin dışsallık yaratıcı özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin hizmet bazında sosyalizasyonunu gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu, ülkelerin sağlık planı amaçlarına ve ortak değer yargılarına bağlıdır (Işık, 1998: 11)."

Sağlık ekonomisi, sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin faaliyetleri; sağlık hizmetleri talep ve arzını kapsamaktadır. Doğrudan sağlık hizmetlerinin arz ve talebi dışında kalan çevre koşulları, mesleki sağlık riskleri, tüketim, beslenme

alışkanlıkları, alkollü içki ve sigara kullanımı gibi hususlar da, sağlık ekonomisinin dolaylı olarak ilgi alanına giren unsurlardandır (Işık, 1998: 12).

1.4.2. Sağlık Ekonomisinin İşleyiş Sistemi

Sağlık ekonomisi sistemi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi koşullarda karşılaştığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır.

> "Sağlık ekonomisi sistemi, mevcut koşullarda sağlık hizmetlerine olan talebi, bu ihtiyacı karşılamak üzere piyasaya sürülmüş olan çeşitli sağlık hizmetleri üretimini, bu hizmetlerin fiyatlarının oluşumunu ve finansman şeklini ortaya koymaktadır" (Tokat, 2008: 7).

Sağlık ekonomisinin işleyiş sistemi aşağıda, talep yönü ve arz yönüyle incelenecektir.

1.4.2.1. Sağlık Ekonomisinde Arz

İktisadi bir terim olarak arz; piyasada var olan herhangi bir malın, belirli bir zamanda ve belirli bir fiyattan, satılmak için piyasaya sunulan mal ya da hizmet miktarı olarak tanımlanabilir (Tokat, 1994: 26).

> "Sağlık ekonomisi içerisindeki anlamıyla sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetleri satmaya razı oldukları miktardır (Tokat, 1994: 26).

Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetleri arzı, her türlü sağlık hizmeti vermeye yönelik koruyucu, ayakta ve yataklı tedavi birimleri ve kurumları tarafından verilen koruyucu sağlık hizmetleri ile ilaç ve diğer tıbbi alet ve malzemelerinin miktarını ifade eder.

Sağlık hizmetlerinin arzının özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkün olmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık piyasasının kendine has özellikleri nedeni ile diğer mal ve hizmetlerin arzından farklılık göstermektedir. Her şeyden önce sağlık piyasasında arz miktarı sınırlıdır. Sağlık hizmeti arz edenler genelde kendi aralarında bir monopol oluşturabilmektedir (Kurtulmuş, 1998: 182).

- Sağlık piyasasında sağlık hizmetlerinin arzında meydana gelen bir artış çoğunlukla talepte ve fiyatlarda bir düşüşe neden olmaz. Aksine, arz artışı talep artışına neden olabilir. Piyasa ekonomisindeki "talep arzı doğurur" kuralı tersine sağlık piyasasında, sağlık hizmetlerine yönelik yeni teknolojik buluşların ortaya çıkması ve uygulanması ile "arz talebi doğurur" şeklinde kendini göstermektedir (Kurtulmuş, 1998: 183).

- Diğer mal ve hizmetlerin arzını arttırmak genellikle kısa bir sürede mümkün olduğu halde, sağlıkta arz artışını sağlamak uzun bir zaman gerektirmektedir. Doktor ve hemşire gibi sağlık personelinin yetiştirilmesi, yeni bir hastanenin kurulup faaliyete geçmesi uzun yıllar almaktadır. Ayrıca bunlara ilave olarak, yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin uzun araştırma safhaları ve deneme sürelerinden sonra kullanıma sunulması da sağlık hizmetlerine olan arzın uzun dönemde değişebileceğinin bir kanıtı olarak sunulabilir (Kurtulmuş, 1998: 183).

- Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde idarelerin aldığı karar etkili olmaktadır. İdare, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşan fiyatı denetim altında tutar. İdare düşük gelir sahibi kişilere de sağlık hizmetlerini ulaştırabilmek için piyasaya girebilir. Bu süreçte üretici olarak doğrudan aktif rol oynayacağı gibi, piyasaya girmeden –dışarıdan- sadece düzenleyici kuralları da koyabilir. İdarenin bu iki yönlü hareketi sağlık hizmetlerinin arzı üzerinde etkili olabilecek davranışlardır (Işık, 2001: 11).

- Sağlık hizmetleri piyasasında fiyat, yasa ve yönetmeliklerle belirlenen bir fiyat denetimine tabidir. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek için belirli özellikleri taşımak (diploma sahibi olmak gibi), belirli kuruluşlardan izi almak (ilaç

ruhsatı almak gibi) ve yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aynı konuda birçok farklılıklar olabilir. Aynı konuda verilen sağlık hizmetlerinde; başta doktor olmak üzere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik yöntemlerin vb. gibi faktörlerin etkisi ile önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Tokalaş, 2006: 31).

- Sağlık sektöründe arzın arttırılması ancak var olan kapasitenin arttırılması ya da yeni yatırımların yapılması ile mümkün olabilmektedir. Bu durum yüksek maliyetleri de beraberinde getirmektedir (Tokalaş, 2006: 31).

- Sağlık hizmet talep edenler genellikle teknik bilgiye sahip değildirler. Bireyler piyasada var olan sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyaçları olduğunu belirleyemezler. Sağlık hizmeti talep eden bireyler, uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında, uzman hekimin gerekli olup olmadığı gibi konularda bilgi sahibi değildirler. Bu konuda tam bilgi sahibi olan kişiler bu hizmeti sunan doktorlardır ve hizmeti talep eden bireylere bilgilendirme doktorlar tarafından yapılır. Sağlık hizmeti talep eden bireyler çoğu durumda karar verme yetkisini bu hizmeti sunan doktorlara bırakırlar. Sağlık hizmetini talep eden bireyler tam bilgi sahibi olamamalarına karşılık, sağlık hizmet sunucuları piyasa hakkında tüm bilgiye sahiptirler (Tokalaş, 2006: 32).

- Sağlık hizmetlerinin arz esnekliği düşüktür. Sağlık hizmetlerinin arzını belirleyen faktörler; fiyat, fiziki altyapı, kullanılan teknoloji ve fiili kapasitenin kullanım düzeyidir. Sağlık hizmetlerine olan talebin artması durumunda; talebi karşılayacak düzeyde hemen bir arzın yaratılması ise mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin arz esnekliği düşüktür (Tokalaş, 2006: 32).

1.4.2.2. Sağlık Ekonomisinde Talep

Ekonomi literatüründeki talep ile sağlık hizmetleri talebi arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum sağlık mal ve hizmetlerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan bir mal ve hizmetin tüketiciye fiziksel olarak aynı tatmin düzeyini sağlarken, sağlık hizmetleri tüketicisinin sağladığı tatmin düzeyleri arasında önemli farklar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti talebi türetilmiş bir talep olma özelliği ile de diğer mal ve hizmet taleplerinden ayrılmaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetleri talebi sağlık kavramından türetilmiş bir taleptir (Mutlu ve Işık, 2005: 74).

> "Çünkü sağlık hizmetleri talebi, sağlık talebinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbirleriyle ikamesi mümkün olan girdilerin talebinden bağımsız olarak ele alınamaz. Türetilmiş bir talep olmasının bir diğer nedeni doktorun kararının önem ve öncelik taşımasıdır. Sağlık hizmetleri için üretilen mal ve hizmetlere yönelik talep, öncelikle tüketiciler tarafından değil doktorlar tarafından belirlenmektedir" (Mutlu ve Işık, 2005: 74).

Sağlık hizmetleri talebinin genel özelliklerini Ertekin (2000: 20-21), aşağıdaki gibi özetlemiştir:

- Toplumda yaşayan bireylerin ne zaman hasta olacağı bilinmediğinden sağlık hizmetlerinin talebi önceden bilinemez.
- Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir mal veya hizmet kullanımı söz konusu değildir.
- Sağlık hizmetlerinin ülke çapında yaygın olarak sunulması sağlık hizmetlerine olan talebi arttırır.

1.4.2.3. Sağlık Ekonomisinde Arz ve Talep Dengesi

Piyasada belirli bir malın fiyatı ancak, o malı satın almak isteyenlerle satmak isteyenlerin, başka bir deyişle, o malın talep ve arzının piyasada karşı karşıya gelmesi ile oluşur. Arz ve talep piyasada karşılaştığı zaman, arz edilen miktarla talep edilen miktarı birbirlerine eşit kılan fiyat, piyasa (denge fiyatı) fiyatıdır. Bu fiyat arz ve talep eğrilerinin kesiştiği noktaya tekabül etmektedir.

Sağlık piyasalarının bir özelliği fiyatların denge noktalarına ulaşmadaki başarısızlığıdır. Bilindiği gibi denge noktasında talep edilen miktarla arz edilen miktar eşit düzeyde ve noktadadır. Balsak (2004: 45), sağlık piyasalarında arz ve talep arasındaki dengesizliği, talep veya arzın genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan dengesizlik olarak tanımlanmaktadır.

> "Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi standart olmaması, üreticiler ve tüketiciler arasında bir bilgi dengesizliğinin olması, sağlık piyasaları içinde faaliyet gösteren kişi ve kurumların kendi aralarında anlaşabilmeleri ve ortak hareket etmeleri yüzünden arz ve talep arasında bir dengesizlik oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında yer alan kişiler ve kurumların örgütlü davranışlarına karşın, talebi belirsiz olan tüketicilerin piyasada bir talep baskısı oluşturmaları mümkün değildir. Bu da arz ve talep arasındaki dengesizliğin bir diğer yönüdür" (Balsak, 2004: 45).

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep koşulları fiyat ve miktarın farklı şekillerde belirlenmesinde rol oynamaktadır. Çalışkan (1999), sağlık hizmetleri talebinde meydana gelecek bir artışın, hizmetin fiyat ve miktarını arz esnekliğine bağlı olarak değişik ölçüde etkileyeceğini ifade etmiştir. Buna göre;

> "Eğer arz nispeten esnek ise, sağlık hizmetleri talebi artığında, hizmetin miktarı arzın inelastik olduğu duruma göre daha çok artarken fiyat daha az artacaktır. Yani arzın elastik olduğu koşullarda hizmet artışı daha fazla gerçekleşecektir. Eğer hükümetin sübvansiyon programları sonucu talep artışı olursa ve arz inelastik ise, bu program için yapılan kamu harcamalarındaki artış ile arzın elastik olduğu duruma göre bir

yandan nispeten daha yüksek bir fiyat oluşumuna yol açılırken diğer yandan da nispeten daha da az çıktı elde edilecektir" (Çalışkan, 1999: 27).

Sağlık hizmetlerinin büyük bölümü alınıp satılabildiğine göre, arz-talep mekanizması işler. Yani sağlık hizmetinin piyasaya bırakılması olanaklıdır, ancak piyasa mekanizmasının işleyişi çeşitli sakıncalar yaratacaktır, dolayısıyla sağlık hizmetlerinde "piyasa başarısızlığı" çok önemli bir sorundur. Piyasa başarısızlığının ya da yetersizliğinin çeşitli yönleri vardır. Şenatalar (2003), bu yönlerin en önemlilerini aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Sağlık hizmetinin küçük bir bölümü "bölünemeyen hizmet" niteliğindedir. Örneğin bir bataklığın neden olduğu sağlık sorunları bataklığın kurutulması ile önlenebilir ve bu durumda bataklığın kurutulması ile doğan yarar kişilere tek tek sunulamaz, herkes eş anlı olarak yararlanır. Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır. Bu tür hizmetleri piyasa mekanizmasının üretmesi olanak dışıdır. Dolayısıyla "bölünemeyen hizmet" niteliğindeki sağlık hizmetleri (bunlar esas olarak önleyici nitelikte hizmetlerdir) devletçe üretilmek zorundadır, aynı nedenle bu hizmetlerin maliyetlerinin kamusal finansmanla karşılanması zorunludur (Şenatalar, 2003: 26).

- Piyasa başarısızlığı ile karşılaşılan ikinci durum "dış fayda" yaratan sağlık hizmetleridir. Dış fayda piyasada alınıp satılan bir malın ya da hizmetin alıcısı ile satıcısı dışındaki bir kişinin (3. tarafın) olumlu etkilenişidir. Üçüncü kişi herhangi bir ödeme yapmaksızın söz konusu hizmetten yararlanmaktadır. Dış faydanın sağlık hizmetlerindeki klasik örneği bulaşıcı hastalıklara karşı aşıdır. Aşı yaptıran kişi kendini koruduğu gibi başkalarına bulaştırma şansını da düşürdüğü için tanımadığı, bilmediği kişileri de korumuş, yararlandırmış olmaktadır. Söz konusu hizmet tümüyle piyasaya bırakılsa, kişiler yalnızca kendi durumlarını ve yararlarını düşünerek davranacaklar, dış faydayı görmezden geleceklerdir (Şenatalar, 2003: 26).

- Kuşkusuz sağlık hizmetlerinde devlete özel bir görev yüklenmesinin önemli bir nedeni de sağlık hizmetine bakıştır. Günümüz toplumlarının önemli

bölümü "sağlık hakkı" anayasalarında yer vermişlerdir. Bu kuşkusuz normatif bir belirlemedir. Günümüzde yaygın kabul gören eşitlik anlayışı ve adalet yorumu, sağlık hizmetinin (en azından belirli temel hizmetlerin) gelir, servet, ırk, din, dil, cinsiyet, toplumsal statü gibi etkenlere bağımlı olmayan bir şekilde sunulmasını öngörmektedir. Sağlık hizmetinin tümüyle piyasaya bırakılması demek, bundan yararlanmanın gereksinime göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmesi demek olacaktır (Şenatalar, 2003: 26).

- Belirsizlik ve öngörülemezlik nedeniyle sağlık hizmeti için gerekecek harcamanın ne zaman ne kadar olacağı da tam bilinemez. Belirli durumlarda gereken sağlık harcaması uzun yılların birikimini kısa sürede eritebilir, birçok kişinin ise ne geliri, ne de birikimi böylesine yüksek bir harcamayı karşılamaya yetmez. Bu soruna piyasa mekanizmasının yanıtı sağlık sigortasıdır (Şenatalar, 2003: 26).

- Sağlık hizmetinin önemli bir özelliği de "asimetrik enformasyon" kavramı ile ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasında çok büyük bir fark vardır. Hasta başka hizmetlerde pek görülmeyen ölçüde kendi gereksinimlerinin ve talebinin belirlenmesini hekime bırakmakta, hekim bir yandan hizmet sunan kişi rolünü, öte yandan hastanın ajanı rolünü oynamaktadır. Bu ilişkide hekim hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte, aynı zamanda talep yaratabilme ve talebi yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir, bu güç sayesinde sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletmek ve harcama düzeyini yukarı doğru itmek olanağı vardır (Şenatalar, 2003: 27).

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde arz edilebilmesi için alternatif sunum, finansman, organizasyon, yönetim sistemleri ve yöntemleri mevcuttur. Sağlık hizmetleri temel olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım hizmetlerinin sunulmasından oluşmaktadır.

Türkiye'nin sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye vatandaşları sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilirler.

Türkiye'de sağlık sistemi gerek hizmet arzı, gerekse hizmet talebi açısından önemli çeşitlilik göstermektedir. Yani sağlık hizmetleri özel ve kamu sektöründe değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet alımında da sağlık sigortası güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar adı altında iki kısma ayrılmaktadır.

Türkiye'deki sağlık sektörü önemli bir gelişme göstermesine rağmen, artan nüfus ve eksik olan sağlık hizmetleri açısından yetersiz kalmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH'dan almış olduğu pay genellikle Türkiye'den yüksektir. Türkiye'de 1980'li yılların başlarından itibaren dünyadaki genel eğilimlere paralel olarak sağlık alanına ayrılan kaynakların kullanımında rasyonalitenin sağlanması amacıyla, maliyetlerin azaltılması ve verimliliğin artırılması yönünde toplumsal baskı ve yönetsel ilgi artmıştır. Bu sürecin en önemli belirleyici öğelerinden biri kaynak kullanımında maksimum verimlilik arayışıdır. Bu arayışların

somut yansıması olarak Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2000-2005) sağlık kurumlarının verimli ve etkili çalışması gereğine dikkat çekilmiş ve bu beş yıllık dönemde hastanelerin daha verimli çalışmasının sağlanması, idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışı ile yönetilmeleri ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmeleri amaçlanmıştır (DPT, 2000: 83).

2.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Gelişimi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi incelerken, bu alanda yaşanan gelişmeleri üç ana başlık altında incelememiz mümkündür.

2.1.1. 1923-1945 Dönemi

Cumhuriyetten önce, zengin insanlar özel sağlık hizmetlerinden yararlanır, yoksullar ise sağlık sorunları için ancak hayır kuruluşlarına başvurabilirlerdi. Sağlık hizmetleri, TBMM'nin kurulmasından sonra devletin görevleri arasında sayılmaya başlanmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 3 Mayıs 1920'de kurulmuş ve Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak görevlendirilmiştir. 1946 yılında Sağlık Bakanlığı'na Behçet Uz atanmış ve yeni bir sağlık planı hazırlatmıştır. Hazırlanan plan, 20 köye birinci derece koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri veren sağlık hizmetleri götürülmesini öngören bir plan özelliğini taşımış fakat başarılı bir şekilde yürütülüp hedefine ulaşamamıştır (TTB, 1991: 8).

Yine bu dönemde tüm doktorlar Sağlık Bakanlığı için çalışmaya mecbur kılınmış ve hizmetleri karşılığında doktorlara yüksek ücretler sağlanmıştır.

> "Refik Saydam'a göre yerel yönetimler (belediyeler) tedavi edici sağlık hizmetlerini sunarak ikinci basamak sağlık hizmetlerini vermeliydi. Bu doğrultuda ilk olarak numune hastaneleri kurulmuş, sıtma, tüberküloz ve frengi gibi hastalıklarla mücadele için özel kurumlar oluşturulmuştur" (Savaş, 2002: 13).

Ayrıca Hıfzısıhha Okulu ve Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kurulmuş, çok sınırlı maddi olanaklara rağmen devlet, temel sağlık sorunlarının çözümü için büyük çaba sarf etmiş ve önemli başarılar elde etmiştir (Koç, 2005: 206).

> "Merkezi organizasyonel yapı da önemli hastalıklara gerekli dikkati gösterecek şekilde dikey olarak yapılandırılmıştır. O zaman için hastalıkların sıklığı ve insan kaynaklarının yetersizliği göz önüne alındığında, bu tür bir yapılanma doğru olarak kabul edilse de, bu günümüzde geçerliliğini yitirmiş bir uygulamadır" (Savaş, 2002: 13).

Bu yıllarda çıkarılan yasalar (Tablo 2) günümüzde çeşitli değişikliklere uğramakla birlikte günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 9).

Tablo 1. 1923-1945 Yıllarında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları

Yıl	Kanun
1920	38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu
1927	922 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
1928	1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
1928	1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
1930	1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
1936	3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
1937	3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun
1940	3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2003, s.9.

2.1.2. 1946-1960 Dönemi

İkinci Dünya Savaşı'nda aktif olarak yer almamasına rağmen, savaş Türkiye'yi de her yönden etkilemiştir. Sağlık göstergeleri gerilemiş, sıtma, tifo ve çiçek hastalıkları belirmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde benzer yaklaşım Refik Saydam döneminden sonra da sürmüştür. 1945 yılında 'Sıtma İle Olağanüstü Mücadele Yasası' parlamentoda kabul edilmiştir. Verem ile mücadele için Verem Savaş Derneği'nin şehirlerde, Sağlık Bakanlığı'nın ise kırsal kesimlerde hizmet vermesine karar verilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın bu hastalık ile mücadelede beklenen başarıyı gösterememesi üzerine 1960 yılında Verem Savaş Müdürlüğü kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), öncelikle beden işçilerine sağlık hizmeti sunmak için 1945 yılında kurulmuştur. 'Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri' ise 1952'de anneye ve çocuğa doğum öncesi ve sonrası sağlık hizmeti sunmak için kurulmuştur (Öztek, 2001: 60).

> "İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yeni bir anlayışla, koruyucu hizmetlerle beraber tedavi edici hizmetleri de sunan, sağlık ocakları oluşturulmuştur. Refik Saydam döneminin aksine İkinci Dünya Savaşı'nın ardından tüm sağlık hizmetleri ve Belediye Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Tedavi hizmetlerine odaklanmak hiç bir sorunu çözmemiş ve hatta temel sağlık hizmetleri personeli açığını arttırmıştır" (Savaş, 2002: 14).

Tedavi hizmetlerindeki olumsuz sonuçların en belirgin sebeplerinden biri de personel sayısındaki yetersizlik olduğu söylenebilir.

Yine 1960 ihtilali ardından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş ve sağladığı koordinasyon sayesinde sağlık sektörüyle birlikte tüm sektörler yeniden yapılandırılmış ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 9). Bu yıllarda çıkarılan birçok yasa (Tablo 3) şu anda yürürlükte olup sağlık yapılanmalarımızın temelini oluşturmaktadır.

Tablo 2. 1946-1960 Yıllarında Arasında Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Kanunları

Yıl	Kanun
1953	6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun
1953	6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
1954	6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
1956	6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2003, s.9.

2.1.3. 1961-1980 Dönemi

Bu dönem içinde 224 Sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi' yasası çıkarılmış, bu yasa ile finansman devlet bütçesi tarafından karşılanması ve hastaların bakım için ücret ödememesi kararlaştırılmıştır (Turan, 2004: 8). Yasa;

> "...sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur" (Akdur, 2006: 32-33).

Bu Yasa ile sağlık hizmetlerinin her anlamda bütünleştirilmesi (entegre edilmesi) ve tek elden yurda yayılması öngörülmüş ve amaçlanmıştır. Dönemin bir diğer önemli belirleyicisi Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nın kurulması ve bu sayede planlı kalkınma sürecine adım atılmış olmasıdır.

> "Türkiye'de 1960 yılından itibaren sosyal, kültürel ve ekonomik kalkınma sürecinin etkin olarak işleyebilmesi ve iktisadi yaşama kamu müdahalesinin planlı bir sistem içinde gerçekleştirilerek toplumsal refahın arttırılabilmesi için kalkınma planlarının hazırlanması ve uygulanması benimsenmiştir. Bu bağlamda 1960 yılında Başbakanlığa bağlı şekilde kurulan DPT, hazırladığı beşer yıllık planları ile sosyal ve ekonomik yapıya yön vermeye başlamıştır. (www.dpt.gov.tr, 2010).

Teşkilatça hazırlanan çok yıllı planlar, her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumu ve genel anlamda sistemin özü üzerinde de etkin ve belirleyici olmuştur. Bu dönemde üç adet beşer yıllık kalkınma planı uygulanmıştır. Söz konusu planların her birinde, sağlık alanında atılacak adımlar ayrıntılı şekilde belirlenmiştir (Özbay vd., 2007: 100).

Sonraki yıllarda da gündemden düşmeyen Genel Sağlık Sigortası kavramına ilişkin tartışmalar da bu dönemde başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı ilk olarak 1967'de hazırlanmış fakat Bakanlar Kurulu'na sunulamamıştır. 1967'deki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulacağı beklentisi doğmuş, taslak kanun Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş fakat kabul edilmemiştir. 1974'te Meclise tekrar sunulmuş fakat bu kez de tartışılamamıştır (Özbay vd., 2007: 100).

1971 yılında çıkartılan 1479 sayılı Yasa ile Esnaf ve sanatkârlar ile diğer Bağımsız çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş ve bu sayede esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır (Turan, 2004: 8). Bu dönemde hazırlanan tüm yasa, yönetmelik ve genelgeler sosyalleşmeyi temel alan düzenlemeleri amaçlamıştır.

1960 ile 1980 yılları arasındaki zaman dilimini kapsayan ve 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesi ile başlayıp 24 Ocak 1980 ekonomik dönüşüm kararları ile sona eren sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon döneminin ayırt edici özelliği, her alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de planlı bir ilerleme sürecinin başlatılmış olmasıdır.

> "Ayrıca bu dönemde özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması doğrultusunda ciddi çaba sarf edilmiş, bu bağlamda ülkenin her bir yerleşim birimine sağlık hizmeti götürülmeye çalışılmıştır. Dönem içerisinde sağlık hizmetlerinin sunumu açısından devletin müdahaleciliği ve baskın aktör olarak rol üstlenmesi belirgin bir şekilde hissedilmiştir. Ayrıca Avrupa Ekonomik Topluluğu ile yapılan görüşmeler neticesinde, öncelikle Ankara Anlaşması'nın imzalanması daha sonra 1973 yılından itibaren yürürlüğe giren Katma Protokol, sağlık alanında belirlenen politika ve planların daha ayrıntılı hazırlanmasına vesile

> olmuştur. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal devletin tüm vatandaşlara götürülmesi gereken bir hizmet olarak görülürken tedavi edici hizmetler ise onu tamamlayıcı nitelikte tanımlanmıştır" (Bulut, 2007: 115).

Zaman içerisinde koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının hizmet talebini karşılayamaması sonucunda tedavi edici hizmet sunan hastanelerde bu talep ile karşı karşıya kalmıştır. Buna bağlı olarak kaynakların tahsisi açısından sıkıntılar doğmuştur. DPT tarafından hazırlanan üç planın, sağlık hizmetleri açısından ortak özelliği ise her birinde öncelikli hedef olarak hizmetlerin sosyalizasyonu ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin arttırılması gerekliliğin belirtilmesi olmuştur.

2.1.4. 1981-1990 Dönemi ve Sağlıkta Dönüşüm

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde dönüşüm, 1982 Anayasası ile başlamıştır. Bu Anayasa'da Cumhuriyet tarihinde ilk defa, devletin sağlık ile ilgili görevlerini özel sağlık kuruluşlarından yararlanarak yerine getirebileceği hükmü yer almıştır. Bu değişiklikle, devletin sağlık alanındaki sorumluluğu düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştüğü görülmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında devletin payının azaltılması ve özel sektörün desteklenmesi amacına yönelik ilk önemli kararlar, Milli Güvenlik Kurulu yönetimi tarafından yine bu dönemde alınmıştır. Aynı zamanda, 1981 yılı sonunda alınan Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş ve 1983 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. Ayrıca, bu dönemde finansmanı halktan alınacak ek primlerle sağlanacak Genel Sağlık Sigortası ile ilgili çalışmalar da başlatılmış ancak tamamlanamamıştır (Soyer, 2003: 306).

12 Eylül yönetiminden sonra 1983 yılında iktidara gelen ANAP Hükümeti, özel sağlık kuruluşlarının kurulmasını teşvik etmiştir. Bu bağlamda,

> "Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel sağlık kuruluşları ve hastanelerin kurulmasının teşvik edileceği, sağlık hizmetleri fiyatlarının serbest bırakılacağı ve herkesin katkıda bulunacağı Genel Sağlık Sigortası'nın çıkarılacağı belirtilmiştir.

> Yine bu planda kamu sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışı getirilmesi, özel sağlık kurumlarının ücretlerinin serbest bırakılması ve kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet satın alması gibi görüşlere yer verilmiştir" (Soyer, 2003: 306).

1980'lerde, 1961'de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. Sağlık finansmanı yönetimindeki büyüme ile 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yıl 'Ana Sağlık Hizmetleri Yasası' çıkmakla birlikte bu yasa ile ilgili düzenlemeler de bugüne kadar uygulanamamıştır (Özbay vd., 2007: 101).

Yine bu dönemde sosyal devletin yerine geçen 'Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası' çıkarılmıştır. Bu yasa, 1980 sonrası dönemde uygulanan istikrar programlarının toplumsal bölüşümde oluşturduğu dengesizlik sonucu oluşan tepkilerin giderilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

1987 yılında ve 3359 sayılı 'Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu' yayınlanmıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, piyasaya açılması ve devletin bu alanlardan çekilmeye başlamasını amaçlayan bu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış ve devletin, her iki sağlık kuruluşuna da aynı mesafede yaklaşması egemen kılınmıştır (Soyer, 2003: 307). Ayrıca "Milli Savunma Bakanlığı'nca yürütülenler hariç olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'nca planlanması ve denetlenmesine olanak sağlanmıştır (Altay, 2007: 54). Bu şekilde 1982 Anayasası'nın 56. maddesince devlete verilen göreve bu kanun ile netlik kazandırılmıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü yolundaki ikinci gelişme ise yine bu dönemde gerçekleşmiştir. Bu gelişme, serbest piyasa ekonomisine dayanan 1989 yılında gerçekleştirilen bir sağlık politikası geliştirme çalışmasıdır. Buna göre;

> "DPT, 1989 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir 'Sağlık Sektörü Master Planı Etüdü" çalışmasını başlatmıştır. Çalışma,

> Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1991 yılında tamamlanmıştır. Rapor, sağlık sektörünün mevcut durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil gereksinimlerini ortaya koymuştur" (İpekten, 2002. 67).

Bu çalışmanın verilerinden hareketle, sağlık hizmetlerinde refah devleti döneminin iyice büyüyen ve hantallaşan kamunun payının azaltılması ve özel sektörün bu hizmetlere teşvik edilmesi amacıyla yeni politikalar geliştirilmiştir.

2.1.5. 1991-2000 Dönemi

Bu dönemde 1980 sonrası uygulanan piyasa yönelimli sağlık anlayışının özü hiç değiştirilmeden "sağlık reformu" çalışmaları başlatılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi, sağlık finansmanı konusunda Genel Sağlık Sigortası'na geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması ve sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi, sağlık reformu tartışmalarında öne çıkan temel konular olmuştur (Soyer, 2003: 312).

Dönemin önemli uygulamalardan birisi de "1992 yılında 'Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun' un çıkartılmasıdır. Bu uygulama ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Ancak ayaktan tedavi giderlerini bu uygulama kapsamamaktadır (Soyer, 2003: 313).

> "1993 yılında 'Sağlık Reformu Yasa Tasarısı Taslağı' hazırlanarak ilgili tarafların görüşüne sunulmuş, Türk Tabipleri Birliği başta olmak üzere birçok kesimin ağır eleştirilerine maruz kalmıştır. Ayrıca yine bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi ve genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin yetkili kılınması bu reformun temel noktalarından olmuştur" (Soyer, 2003: 313).

Sağlık reformunun gerçekleştirilebilmesi amacıyla hükümet ve Dünya Bankası arasında gerçekleştirilen anlaşma ile Türkiye'de aile hekimliğinin uygulanmasında altyapı çalışmaları ve pilot bölge denemelerine ilişkin sağlık projesi hazırlanmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri Projesi' adı altında yayınlanan bu proje, 22 Eylül 1997 tarihinde imzalanmış ve 17 Aralık 1997 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu projenin diğer sağlık projelerinden farkı, Türkiye'de Aile Hekimliği sisteminin kurulmak istenmesidir. Bakanlık bu projeyle 224 sayılı Yasayı kırsal yörelerde aynen korumakta, kentlerde ise aile hekimliği sistemini amaçlamaktadır. Kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesinde amaç aile hekimlerine teknik ve lojistik destek olmalarıdır. Aile hekimlerinin ayakta tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini sürdürmesi amaçlanmıştır. Aile hekimliği yapabilmek için ya uzmanlık eğitimi almak ya da TTB ve Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği standartlarla mezuniyet sonrası eğitim almak gerekecektir.

Yine bu dönemde hazırlanan ve 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında devletin sağlık hizmetlerindeki rolü, koruyucu sağlık hizmetleri ve muhtaç durumdaki vatandaşlara destek ile sınırlandırılmış ve bunun dışındaki hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı Sağlık Reformları Projesi'nin ana ilkeleri şunlardır (DPT, 2001: 37): i) genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi, ii) hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması, iii) hastanelerin özerkleştirilmesi, iv) birinci basamak sağlık hizmetlerinde 'Aile Hekimliği Sistemi'ne geçilmesi, v) Sağlık Bakanlığı'nın ülke genelinde sağlık politikalarını belirleyen ve destekleyen bir yapıya dönüştürülmesidir.

Son dönemde gündeme gelen ve sağlık sektörünü de etkileyen bir başka önemli adım da Uluslararası Tahkim Yasası'nın kabulü olmuştur. Bu Yasa ile uluslararası sermayenin sağlık sektörüne yapacağı yatırımların önü açılmaktadır.

Yine bu dönemde sağlık hizmetlerine önemli katkıları bulunan bir diğer kuruluş da GATS'dır.

> "GATS ile Türkiye'nin Dünya Ticaret Örgütü'ne sunduğu taahhüt listesindeki hizmet sektörleri arasında sağlıkla ilgili hizmetler de (hastane hizmetleri) yer almaktadır. Türkiye, GATS çerçevesinde yabancı sermayenin bu alanlara yatırım yapma hakkını tanımıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve etkinliğinin arttırılması amacıyla 1980'lerden günümüze kadar Dünya Bankası'ndan dört kez sağlık projesi kredisi alınmıştır" (Soyer, 2003: 313).

Bu proje kredileriyle, genel sağlık sigortası ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmesi, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu ve finansmanındaki aktif rolünün azaltılması hedeflenmiştir.

2.1.6. 2001-2010 Dönemi

2001 ile 2010 yılları arasındaki süreç, sağlık alanında pek çok yeniliğin gerçekleştirilebildiği ve köklü reformların başlangıcı niteliğinde adlandırılacak bir dönem olarak anılabilmektedir.

24 Kasım 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirlediği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, şahsi sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini düzenleyen 5258 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' yürürlüğe girmiştir (Özbay vd., 2007: 120).

Ayrıca 19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren 'Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun' ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflar hariç olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimlerinin, bu birimlere ait her türlü görev, hak ve yükümlülükleri, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu şekilde sağlık

hizmetlerinin sunumunun tek elden idare edilmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır (Kanavoz vd., 2010: 25).

Bu dönemlerde gerçekleştirilen bir diğer önemli düzenleme ise Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olan sigortalıların sadece kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç temin edebilmeleri uygulamasının sona erdirilerek, sigortalarının tüm eczanelerden ilaç alabilmelerine imkânı sağlanmış olmasıdır (Kanavoz vd., 2010: 25).

> "Kasım 2002 seçimleri sonrasında siyasal istikrar ortamının sağlanmasıyla birlikte, gerek Avrupa Birliği'ne uyum sürecinin hızlandırılması, gerek sosyo-iktisadi yapısal reformların gerçekleştirilebilmesi için uygun bir ortam oluşmuştur. Sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde yaşanan reform sürecinde, oluşan ortamın son derece önemli bir payı olduğu söylenebilir" (Ildır ve Şen, 2008: 35).

Zira 1980 sonrasındaki dönemde yapılan çok yıllı kalkınma planlarında, uzun yıllardır sağlık sisteminde kronikleşmiş problemlerin varlığından ve sistemde değişimin zorunluluğundan söz edilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel yapılanması, sağlık hizmetlerinin sunumu, hizmetlerin finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin organize bir şekilde işletilmesi, birçok düzenleme ve değişiklik gerçekleştirilmiştir.

Yine bu dönemde sağlık sisteminin daha etkin ve rasyonel hale gelebilmesi için yapılması planlanan uygulamalara yer verilmiştir. Bu bağlamda planda,

> "...sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay bir hale getirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının giderileceği ve ülke genelinde genel dağılımlarının dengeli bir hale getirileceği belirtilmiştir. Ayrıca vatandaşların sağlık hizmetlerine kolayca erişimini sağlayabilmek için genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirileceği ifade edilmiştir" (DPT, 2006: 87).

1 Ekim 2008 tarihinde fiilen yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı hizmetin

sunumundan yavaş yavaş ayrılmaya başlamıştır. Söz konusu kanun ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur mensubu olan kişiler genel sağlık sigortası şemsiyesi altında sağlık güvencesine alınmışlardır. Yine yeşil kart sahibi vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Soyer, 2003: 314).

Sonuç olarak, 'Sağlık Reformu Projesi' ve son dönemde AKP Hükümeti'nin 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi' adı altında yürüttüğü projeler Türkiye'de liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edilmektedir. 1980 sonrası iktidara gelen bütün hükümetlerin yapmaya çalıştıkları; devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamak, özel sektörü boşalan bu alana kanalize etmek için teşvikler vermek, hizmet finansmanında ise primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası'nı hayata geçirmeye çalışmak olmuştur. Sağlıkta dönüşüm projesi ile Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile birlikte Türkiye'deki sağlık sektörünün liberalleşmesi süreci tamamlanmak istenmektedir.

2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri ve Sorunları

2.2.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin en belirgin özellik, "karmaşık" örgütlenmedir. T.C. Anayasası'na göre, sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve sunulmasından birinci derecede sorumlu olan kurum, Sağlık Bakanlığı'dır. Ancak ülkemizde sağlık hizmeti sunan tek kurum sağlık bakanlığı değildir. Diğer bazı bakanlıklar (milli eğitim, ulaştırma gibi), kamu iktisadi kuruluşları, bankalar, üniversiteler, silahlı kuvvetler, bazı sivil toplum kuruluşları, özel sektör de doğrudan sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu karmaşık yapıdan dolayıdır ki; risk guruplarının belirlenmesi, nüfus tespiti, kaynakların uygun bir şekilde dağılımı, hizmetin değerlendirilmesi, kayıtların tutulması ve birleştirilmesi, planlama yapılması gibi konularda önemli sorunlar yaşanmaktadır. Diğer yandan, bütün bu karmaşık yapı içinde, Sağlık Bakanlığı, ülke düzeyindeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ve yaygın hizmet ağına sahip olan en önemli kurumdur (Akdur, 2006: 36).

Türkiye'de, sağlık sektörünün genel örgütlenmesine bakıldığında, örgütlenmenin açık ve net olduğunu söyleyemiyoruz. Çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde ve gerekse finansmanında görev yapmakta olup, bunların sayısı elliye yakındır. Kamu kesiminde; SB, MSB, SSK, Tıp Fakülteleri, MEB, PTT, TCDD, Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti sunan başlıca kuruluşlardır. Buna ek olarak, dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında, kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet üretmektedir. Son zamanlarda SSK DDY ve benzeri bazı kuruluşlara bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış olması sağlık hizmeti üreten kamu kuruluşlarının sayısını bir ölçüde azaltmış ise de karmaşa hala devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumlu olmakla birlikte, diğer sağlık kuruluşları üzerindeki yetkisi oldukça sınırlıdır. Özetle, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi veya eşgüdümü söz konusu değildir. Birçok kuruluş, birbirinden habersiz hizmet üretmeye çalışmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak, var olan kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı dışında kalan kuruluşların genellikle ve yalnızca hastane hizmeti ürettiği ve sınırlı belli gruplara hizmet verdiği göz önüne alındığında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin temel çatısını Sağlık Bakanlığı örgütünün oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz. Ayrıca, yürürlükteki yasalara göre, ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş da, Sağlık Bakanlığı'dır (Akdur, 2006: 36).

2.2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sorunları

Sağlık sektöründe kaynakların sınırlı oluşu ve tüm sağlık giderlerinin bu kaynaklarla karşılanamaması, sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinin temel nedenini oluşturmaktadır. Buradan hareketle sınırlı kaynakları verimli ve etkili kullanarak, bundan toplumun azami düzeyde sağlık geliri elde etmesinin orijinini, önceliklerin iyi bir şekilde belirlenmesi almaktadır. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin

belirlenmesi; kaynakların etkili ve verimli dağıtımı ve kullanımı yanında sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesinin sağlanması için gereklidir (Top, 2000: 95).

Türkiye'de, hizmetlerin alt yapısındaki yetersizlikler nedeniyle taşrada yaşayanlar, kentlerde yaşayanlara oranla, sağlık hizmetlerini daha az kullanabilmektedir. Taşradaki personelin sağlık hizmetini alamamasına neden olan etkenlerin başında, kırsal birimlerdeki personel azlığı gelmekte, bunu ulaşım sorunları, finansman sorunları ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığının yerleşmemesi gibi etkenler izlemektedir.

> Toplumun %15 kadarının sağlık güvencesine sahip olmaması hizmetlerin kullanımını olumsuz etkileyen diğer önemli etkenlerden biridir. Özellikle kentsel bölgelerde, sağlık ocaklarının ilk başvuru noktaları olarak kullanılmaması hizmet kullanımına ilişkin önemli sorun alanlarından bir diğeridir" (Sağlık Bakanlığı, 2001: 40).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin organizasyonundaki en önemli sorun komplike bir yapıya sahip olmasıdır. Sağlık hizmetlerinden birinci derecede Sağlık Bakanlığı sorumlu olmakla birlikte, birçok kamu kurumunun hastaneleri ve dispanserleri vardır. Ayrıca, özel sektöre cüzi bir miktarla gidiliyor olması sağlık hizmetlerde kaynak israfına neden olmakta ve hizmetlerin eşgüdümünde zorluklar yaratmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2001: 40).

Sektörde en büyük paya sahip olan Sağlık Bakanlığı'nın en önemli sorunlarından biri de aşırı merkeziyetçi bir yapıya sahip olmasıdır. Hizmetler ile ilgili alınacak lokal düzeydeki kararlar bile Sağlık Bakanlığı merkezinde alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2001: 40).

Kırsal bölgedeki sağlık sektörünün yetkileri çok sınırlı olup halkın sağlık hizmetlerine katılımı gerçekleştirilememektedir. Birinci basamak hizmetleri istikrarlı yapıya sahip olmadığı gibi, sevk sistemi de düzgün bir biçimde işletilememektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının bu durumu hastanelerdeki hizmetin verim ve kalitesini de düşürmektedir. Hastaneler birinci basamak tedavi hizmeti veren

kurumlar gibi yoğun bir şekilde hasta bakımı yapmakta ve hastane polikliniklerinde yığılmalar olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2001: 40).

Yıldırım ve Yalçın (2010), Türkiye'de hastane hizmetlerinin alt yapısının yetersiz olduğunu ve uzman yönetim kadrosuna sahip işletmecilik anlayışına göre yönetilmediğini ifade etmektedir. Buna göre;

> "...hastane komisyonları yeterli düzeyde işlevsel özelliğe sahip değildir. AB hastanelerinde 100'ün üzerinde kadro varken Türkiye'de bu sayı 80'dir. Acil sağlık hizmetlerinde verilen hizmet yeterli olmayıp özel sektör hastaneleri AB hastaneleri ile rekabet edecek düzeyde iken kamu hastaneleri yetersizdir" (Yıldırım ve Yalçın, 2010: 27).

Hekim, ebe ve hemşirelerin ülke genelindeki dağılımı bölgelerarası istikrarsızlık göstermekte, gelişmiş illerde bu sayı fazla iken asıl hizmeti daha çok alması gereken kırsal kesimde ise sağlık personeli sayısı azdır. Hekim başına düşen hemşire sayısı 0,9 olarak hesaplanmaktadır. Başta hemşireler olmak üzere hekim dışı personel sayıları yetersizdir. Beslenme ve diyet uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi elemanların sayısı sektördeki tüm hizmetlere yetecek düzeyde değildir. Hekimlerin ve diğer personelin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri, özellikle temel sağlık hizmetleri yaklaşımı ve uygulamaları açısından yetersizdir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında yönetim teorilerinden uzak sağlık yöneticisi görev almaktadır. Sağlık personelinin görev yetki ve sorumluluklarını düzenleyen yasa yetersiz olup sağlık personelinin görev analizleri bulunmamaktadır. Kadro standartları iş yükü ve hizmet kullanımından çok nüfus ve yatak sayılarına dayalı olarak personel istihdam etmektedir. Bu da personel istihdamında güçlüklere neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2001: 45).

Gelir dağılımındaki dengesizlik, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki en önemli sorunlardan birisidir.

> "Toplumda sağlık hizmetini alma yönünden her kesim farklılık göstermektedir. Kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan pay ihtiyacın çok altındadır.

> Hastanecilik hizmetlerinin maliyeti giderek artmakta buna karşılık sağlık hizmetlerine ayrılan pay sabit kaldığından finansman sorunu zaman içinde daha da büyümektedir. Sağlık harcamaları içinde en büyük payı ilaç harcamaları almakta olup ilaç maliyetleri konusunda devletin uyguladığı maliye politikaları etkin değildir" (Sağlık Bakanlığı, 2001: 46).

Sağlık sektörünün sorunları çözülürken sorunlarda öncelikler belirlenmemektedir. Önceliklerin belirlenmesi süreklilik gösteren ve komplike bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmemesinin temel nedeni, kaynakların sınırlı olması ve verimli kullanılamamasıdır.

2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sunum Yöntemleri

Sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan yöntemler, hizmeti sunanın kamu kesimi veya özel sektör olmasına bağlı olarak değişmektedir. Kamu kesiminin sağlık hizmetlerini sunarken, 'merkeziyetçi yöntem' ve 'yerelleştirme yöntemi' olmak üzere iki seçeneği bulunmaktadır. Her iki yöntemde de finansman, devletin topladığı vergilerle karşılanmaktadır. Aralarındaki fark, hizmet sunumunun yerelleştirme yönteminde devletin yerel organizasyonlarına bağlı sağlık kurumları tarafından; merkeziyetçi yöntemde ise; devlet hastaneleri gibi merkezi sağlık kurumlarınca yürütülmesidir (Aktan ve Işık, 2010b: 4).

Özel kesimde de ise sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan yöntemler, kamu kesiminin kullandığı yöntemlerden daha fazladır. Hizmetin sunumunda özel kesimin payı da yöntemleri farklılaştırmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinde özel kesimin kullandığı yöntemler; 'ihale yöntemi', 'sevk yöntemi', 'kupon yöntemi', 'sübvansiyon yöntemi' ve 'piyasa yöntemi' olmak üzere 5'e ayrılmaktadır (Aktan ve Işık, 2010b: 4-5).

- **İhale Yöntemi:** Bu yöntemde devlet (merkezi devlet ya da yerel yönetim) sağlık hizmetlerinin sunumu için özel bir firma ile sözleşme yapmaktadır. Devlet, özel firmaya sağlık hizmetlerinin tüketicilere sunulması karşılığında bir para

ödemektedir. Örneğin, temiz su sağlaması hizmetini devlet, doğrudan kendisi yapmak yerine ihale sözleşmesi ile özel sektöre devredebilir.

- **Sevk Yöntemi:** Sevk yöntemi de özel kesim ile kamu kesiminin beraber hareket etmesinden dolayı ihale yöntemine benzemektedir. Sevk yöntemi, hastanın tedavi için özel hastaneye yatırılması ve bundan doğan masrafların devlet tarafından karşılanmasıdır. Maliyet artırıcı bir yöntem olduğu şüphesizdir. Bunun yanında sağlık hizmetinin daha geniş kitlelere ulaştırılması mümkün olursa, öngörülenden daha fazla fayda sağladığı görülmektedir.

- **Kupon Yöntemi:** Bu yöntemde devlet, sağlık hizmet tüketicilerini desteklemektedir. Örneğin, devlet gelir düzeyi düşük olan kimselere parasız devlet hastanelerinde sağlık hizmeti sunmak yerine hizmetten yararlanılmasını amaçladığı kimselere bir kupon (voucher) vererek bu kimselerin hizmeti özel kesimden karşılayabilmelerini sağlayabilir. Bu yöntemde sağlık hizmetleri özel kesim tarafından sunulmaktadır. Devlet, sadece gelir düzeyi düşük olan kimselere hizmetin bedelini kapsayan bir kupon vermektedir. Bu kuponları alan tüketiciler devletin belirlediği yelpaze içinde hizmet almayı arzuladıkları hastaneyi ya da hekimi seçme özgürlüğüne sahiptirler. Bu uygulamada devlet; kuponların dağıtımı, üreticilerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin kontrolü açısından düzenleyici bir rol üstlenmektedir.

- **Sübvansiyon Yöntemi:** Bu yöntemde devlet sağlık hizmeti bizzat kendisi sunmak yerine sübvansiyon vererek mal ve hizmetin özel firmalar tarafından sunulmasını sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde sübvansiyonlar direkt ve karşılıksız nakit sübvansiyonları olabileceği gibi, ayni sübvansiyonlar, vergi sübvansiyonları ve garanti sübvansiyonları şeklinde de olabilmektedir. Örneğin, devletin sağlık sektörünü desteklemek için sağlık hizmeti üreticilerini teşvik etmesi yanında ayni ve/veya nakdi sübvansiyonlar sağlaması da buna örnek sayılabilir. Çeşitli ülke örneklerinde sağlık hizmetlerinin bedelinin bir bölümünün cepten ödemelerle, geri kalan kısmının ise devlet tarafından sübvanse edilmesi yoluyla sağlık hizmetlerinin sağlık tüketicilerine düşük bir bedelle sunumu sağlanmaktadır.

- **Piyasa Yöntemi:** Piyasa yöntemi, sağlık hizmetinin kâr amacıyla, sınırlı risk için harekete geçen özel kesim tarafından sunulmasıdır. Sağlık hizmetinden yararlanmada gelir kriteri, ihtiyaç ve aciliyet kriterlerinden önce gelmektedir. Sınırlı bir kesimin yararlanabildiği bu yöntemde, toplumda adalet duygusunun tamamen yok ettiği ileri sürülmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda diğer yöntemler ise, hizmetin gönüllü organizasyonlar veya sivil toplum kuruluşları ve benzerleri tarafından sunulmasıdır. Burada sağlık hizmetinden faydalanmak için belli bir çıkar grubuna ait olma zorunluluğu olmamalı ve bu gerçek topluma net bir şekilde anlatılmalıdır. Bunun yanında devlet adına ya da özel sektöre bağlı olarak faaliyet gösteren bu yardım kuruluşlarının sınırlı sayıda kişiye sınırlı ölçülerde yardım yapabileceği hatırlanmalıdır. Örneğin bu kuruluşlar kişinin yüksek masraflı bir ameliyat ihtiyacını karşılayamayabilirler. Bunu başarsalar dahi, ikinci bir kişi için bunu yapabilme olasılıkları daha düşük olmakta ve kişi sayısı arttıkça ihtiyaç karşılama kabiliyetleri o ölçüde azalmaktadır (Aktan ve Işık, 2010b: 4-5).

2.4. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde finansman konusu literatürde çoğunlukla sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinde finansman sorununun sosyal güvenlik politikalarından bağımsız bir şekilde ele alınması mümkün değildir (Aktan ve Işık, 2010b: 1).

> "Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık giderlerini arttırmaktadır. Sağlık hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konudur" (Orhaner, 2006: 6).

Dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusunda üç ana sistem bulunmaktadır. Sıvacı (2007) bu sistemleri; ulusal sağlık hizmetleri sistemi, sosyal sağlık hizmetleri sistemi ve özel sağlık sigortası sistemi olarak sıralamıştır.

> "Ulusal sağlık hizmetleri sisteminde hizmet ücretsiz olarak sunulmakta ve ülkede yaşayan tüm insanları kapsamaktadır. Sistemin finansmanı toplanan vergilerden sağlanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Özel sağlık sigortası sistemi ise temelde ödeme gücü olan bireylere dayanmaktadır. Bu sistemde bireyler kendi imkânları ile sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır" (Sıvacı, 2007: 32).

Ülkemizdeki bu üç finansman kaynağı temelde iki şekilde sunulmaktadır. Bunlar "Doğrudan Finansman Yöntemi" ve "Dolaylı Finansman Yöntemi" olarak gruplanabilir.

2.4.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, arzı gerçekleştiren kamu, özel kurum, aracı ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Doğrudan finansman yöntemi, tüketicilerin serbest piyasa koşullarında diğer mal ve hizmetlerin bedelini ödeyerek satın almalarına benzemektedir. Sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar bedel ödeyerek kurum ya da kişilerden talep ettikleri hizmeti satın almaktadırlar (Aktan ve Işık, 2010b: 1).

Doğrudan finansman mekanizmasının işleyişine bakıldığında, kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali yükü tüketici kendisi karşılamakta olup, tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Hastalık riskinin derecesi harcamanın yüksek ya da düşük olup olamayacağını belirlemektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 284).

2.4.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü taraf ödeyici yer almaktadır. Bu yöntemde, sağlık hizmet sunumu yapan kurumlarla talep eden bireyler arasında para ilişkisi kısmen veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal aracılar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebileceği harcamalar sadece tüketici tarafından yüklenilmemekte, buna karşın, aracı olan mali kuruma katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Bu yöntemin uygulanmasında tüketicinin hizmetten yararlanmasında oluşturulan ortak fona yaptığı katkılar dikkate alınmazken, belirli bir hizmet düzeyinin üstündeki talebini karşılamak için de ayrıca bir katkı istenebilir (Aktan ve Işık, 2010b: 3).

Dolaylı finansman yöntemine genel üç alt başlık altında incelenebilir : i) Devlet Bütçesi, ii) Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları, iii) Özel Kesim.

2.4.2.1. Devlet Bütçesi

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunları aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesi altında olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır.

> "Genel bütçe içinde payı fazla artış göstermeyen Sağlık Bakanlığı bütçesi son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin %30-50 arasında değişmektedir" (Orhaner, 2006: 7).

Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusudur. Ayrıca 1992 yılından itibaren devlet, finansman sıkıntısı çeken sosyal güvenlik kuruluşlarına

bütçeden transfer harcaması yapmaktadır. Ayrıca devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de "Yeşil Kart Uygulaması" ile üstlenmektedir (DPT, 2003: 143).

2.4.2.2. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları

Sosyal sigortalar içinde sağlık sigortası, tarihi gelişim içinde sosyal sigortaların ilk ve başlıca kolu olmuştur. Çünkü her insan her yaşta hastalık tehlikesi ile karşılaşmaktadır. Sağlık sigortası, sigortalı ile eşi ve çocuklarının tedavi masraflarını ve ailesinin geçimini sağlamaktadır. Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve diğer sigorta branşlarında olduğu gibi kişiler yarın endişesinden uzak kalmaktadırlar (DPT, 2003: 165).

Ülkemizde T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları, sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarıdır.

2.4.2.3. Özel Kesim

Kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır (Orhaner, 2006: 8).

> "Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür" (Orhaner, 2000: 76).

Ülkemizde 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlayan özel sağlık sigortası, Türk Ticaret Kanununda belirtilen sigorta çeşitleri arasında uzun süre kaza

sigortası içinde yer alan ve halen Hazine Müsteşarlığı'nca genel şartları onaylı sekiz sigorta çeşidinden biridir (Avcı, 1997: 30-31).

2.5. Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Ulusal Ekonomi

Türkiye'de sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik fonları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları ise çoğunlukla hane halklarının ceplerinden yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır (Özbay vd., 2007: 178).

Sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik harcamalarının en önemli kalemidir (Arıcı, 1999: 26). Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kurumları ve bu kurumların hizmetlerinden faydalananlar Tablo 3 ve Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kapsamı

Sosyal Güvenlik Kurumları	**Aktif Çalışanlar**	**Emekliler**	**Bağımlılar**	**Toplam**
SSK Toplamı	9.533.683	5.024.696	18.557.108	33.115.487
Emekli Sandığı Toplamı	2.464.206	1.756.760	5.263.145	9.484.111
Bağ-Kur Toplamı	3.260.719	1.965.247	9.377.960	14.603.926
Toplam	15.258.608	8.746.703	33.198.213	57.203.524

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, "Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Kişi Sayısı ve Türkiye Nüfusuna Oranı Tablosu", Aralık 2008, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler, (28.02.2010)

Tablo 4. Türkiye Sosyal Güvenlik Kurumları ve Bu Kurumların Hizmetlerinden Faydalananlar Tablosu

Kurum ve Kanun	Faydalananlar
5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu	Emekli Askeri, Sivil Devlet Memurları
506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu	Özel sektörde hizmet akdiyle, kamu kurum kuruluşlarında işçi statüsüyle çalışanlar
1479 Sayılı Bağ-Kur Kanunu	Sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanlar
2925 Sayılı Kanun Tarımda Çalışan İşçilerin Sosyal Sigortalar Kanunu	Tarımda çalışan işçiler
2926 Sayılı Kanun Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Kanunu	Tarımda bağımsız çalışanlar
506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu Geçici 20. Madde	Bankaları sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların birliklerinin tüm personeli

Kaynak: SSK 2001 İstatistik Yıllığı

Türkiye'nin 2000-2006 yıllarına göre Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bütçe transferleri Tablo 5'de gösterilmektedir.

Tablo 5. Türkiye'nin Yıllara İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yaptığı Bütçe Transferleri (Milyon TL)

YILLAR	SSK	BAĞ-KUR	EMEKLİ SANDIĞI	TOPLAM	BÜTÇE HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI (%)	GSMH İÇİNDEKİ ORANI (%)
2000	400	1.051	1.755	3.226	6,9	2,6
2001	1.108	1.740	2.675	5.523	6,9	3,1
2002	2.386	2.622	4.676	9.684	8,4	3,5
2003	4.808	4.930	6.145	15.883	11,3	4,5
2004	5.757	5.273	7.800	18.830	12,4	4,4
2005	7.507	6.926	8.889	23.322	14,7	4,8
2006	8.257	4.330	10.035	22.622	12,9	4,0

Kaynak: H. Özbay vd., "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007", T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara 2007, s.179.

Sosyal Güvenlik Kurumlarına 2000 yılında yapılan transferlerin genel bütçe içindeki oranı yaklaşık %7 iken bu oran 2006 yılında yaklaşık %13'e çıkarak, 2 kat artmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumlarına yapılan bu transferler sadece sağlık için olmayıp ilgili kurumun tüm giderlerindeki bütçe açıkları içindir.

> "Ülkemizde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1950-1980 arasında önemli ölçüde yükselmiştir. 1950'li yılların başlarında birçok sanayileşmiş ülkede sağlık harcamaları GSMH'nın %4'ü civarında iken, 1980'li yılların başında bu pay %10 civarına yükselmiştir. WHO'ya göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH'nın en az %5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur" (Tokalaş, 2006: 25).

Türkiye'de sağlık harcamalarını yapan kurumlar, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversitelerdir. Bu kuruluşlar esas konsolide (destekli) bütçe kapsamında kaynak kullandığı gibi, Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler özelinde bütçe dışından fon kaynaklı harcamalar ve döner sermayeler aracılığı ile sağlık harcaması yapmaktadırlar (Tokalaş, 2006: 26).

Sağlık harcaması yapan ve son dönemde ağırlığı artan bir diğer kurumsal yapı ise sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Üniversitelerin öğrencilerine sunduğu sağlık hizmetleri ile döner sermayeli birer kuruluş olan hastaneler bu kapsamdadır. Bu kuruluşların yanında diğer destekli bütçe kapsamındaki kuruluşlar ve diğer kamu kurumları özellikle personel harcamaları içinde sağlık harcaması yapmaktadırlar (Tokalaş, 2006: 26). Ayrıca sosyal yardım ve dayanışmayı teşvik fonu ile mahalli idareler de sağlık harcaması yapmaktadır.

Tablo 6. Türkiye'nin Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumlarının Toplam Sağlık Harcamaları

TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI						
Yıllar	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Tedavi	**1.799**	**2.831**	**4.362**	**5.906**	**5.626**	**8.489**
Devlet Hastanesi (Moh Hospitals)	1.185	1.815	2.998	4.083	3.521	5.442
Üniversite Hastanesi (University Hospitals)	330	620	827	1.079	1.083	1.325
Özel Hastane (Private Hospitals)	284	396	538	743	1.021	1.723
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)(Other)						
İlaç	**2.434**	**4.300**	**5.615**	**6.399**	**7.001**	**8.372**
Diğer	**343**	**498**	**685**	**845**	**980**	**805**
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)	299	433	573	712	871	659
Optik (Optic)	44	66	112	133	110	146
TOPLAM	**4.576**	**7.629**	**10.662**	**13.150**	**13.608**	**17.667**
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı	**1,90**	**2,18**	**2,34**	**2,35**	**2,10**	**2,33**

Kaynak: SGK, "2010 Yılı Ocak Ayı Mali İstatistikler", http://www.sgk.gov.tr, (29.02.2010).

Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık hizmeti harcaması 2006 yılı itibariyle 17.667 milyon YTL'dir. Bunun 8.489 milyon YTL'si tedavi edici harcamalar, 8.372 milyon YTL'si ilaç harcaması ve 805 milyon YTL'si ise tıbbi cihaz ve optik harcamaları ve benzeri harcamaları içeren diğer harcama kalemlerine aittir (Tablo 6).

2.5.1. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Harcamaları

Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık politikalarını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan en önemli kamu kurumudur.

> "Mevcut göstergelere rağmen Sağlık Bakanlığının genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşan toplam harcama fiyatları genel olarak artıyor gibi görülse de, genelde sağlık harcamalarına ayrılan kaynak eksik, kullanımı da irrasyonel görülmektedir" (Vizyon 2023, 2010).

Tüm halka sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan Sağlık Bakanlığı, gerek genel bütçeden gerekse döner sermaye gelirlerinden oluşan kaynaklarıyla toplam kamu sağlık harcamalarının halen yaklaşık üçte birini karşılamaktadır.

Sağlık sektöründe hizmet sunumu ve finansmanında ilk sırayı Sağlık Bakanlığı almaktadır. Bakanlığın bütçesi, sektörde en önemli payı alması nedeniyle, devletin sağlık sektörüne verdiği önemin bir göstergesi olması açısından önemlidir.

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bütçesinin Kamu Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması, Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya Göre Dağılımı (Bin YTL)

Yıl	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Harcama)	Kamu Sağlık Harcaması		Toplam Sağlık Harcaması		Konsolide Bütçe		GSYİH	
2000	1.139.513	5.190.000	22	8.248.000	13,8	46.705.028	2,4	124.583.000	0,9
2001	1.821.581	9.097.000	20	13.337.000	13,7	80.579.065	2,3	178.412.000	1
2002	3.038.946	14.445.000	21	20.524.000	14,8	115.682.350	2,6	277.574.000	1,1
2003	3.674.262	19.510.000	18,8	27.259.000	13,5	140.454.842	2,6	359.763.000	1
2004	4.461.250	24.019.000	18,6	22.237.000	13,4	141.020.860	3,2	430.511.000	1
2005	6.769.154	26.426.000	25,6	37.013.000	18,3	146.097.573	4,6	487.202.362	1,4
2006	8.535.254	31.284.000	27,3	43.197.000	19,8	175.303.995	4,9	576.322.231	1,5

Kaynak: H. Özbay vd., "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007", T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara 2007, s.197.

Tablo 7'de Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu toplam harcamanın, kamu sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması, Konsolide Bütçe ve GSYİH'ya göre dağılımı gösterilmiştir. Yıllar itibari ile bakıldığında Sağlık Bakanlığı harcamalarının 1999 yılında kamu sağlık harcamaları içindeki oranı %26,4 iken bu oran 2004 yılında %18,6 seviyesine düşmüş, 2006 yılında ise tekrar 27,3 seviyesine yükselmiştir. Toplam sağlık harcamalarında ise 1999 yılında %16,2 olan oran 2004 yılında %13,4 seviyesine düşmüş 2006 yılında 19,8 seviyesine yükselmiştir.

Konsolide bütçe ve GSYİH içindeki Sağlık Bakanlığı harcama oranlarına bakıldığında yıllar itibari ile 2005 yılına kadar fazla bir değişiklik görülmemektedir. Ancak 2005 yılıyla beraber Konsolide bütçe içindeki Sağlık Bakanlığı harcama oranı %2,5 seviyelerinden ortalama %4,5 seviyelerine yükselmiştir. GSYİH içinde ise %1 olan oran 2005 yılında %1,4 2006 yılında ise %1,5 olarak gerçekleşmiştir.

2.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK) ve Sağlık Harcamaları

Cumhuriyetin ilk yıllarında ülke genel sağlık durumunun bozuk olması, bu alanda bazı adımların atılmasını zorunlu kılmıştır. İlk kez 1930'larda Atatürk, sosyal güvenlik hizmetlerinin düzenleyecek bir kuruluştan bahsetmiş ve bu düşünce 1936'da çıkan İş Kanunu'nun 100'üncü maddesi ile yasal olarak düzenlenmiştir. 1945 yılında "İşçi Sigorta Kurumu" kurulmuştur. 1964 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir. 29.09.2003 tarihinde 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu çıkarılmış, bu Kanun da yerini 16.05.2006 ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'na bırakmıştır (Şakar, 1999: 18).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bulunan SSK, mali ve idari bakımdan özerk ve tüzel kişiliği bulunan bir devlet kurumudur . SSK, koruyucu sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermemekte olup, sağlık sigortasının finansmanı işçi ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden sağlanmaktadır (Şin, 1999: 81).

SSK'nın mali bütçesi 2001 yılından 2006 yılına kadar önemli ölçüde artış göstermiştir. 2001 yılında 8,5 katrilyon TL olan bütçesi 2006 yılı itibari ile 35,9 katrilyon TL seviyesine yükselmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Sosyal Sigortalar Kurumu Bütçesi

Sosyal Sigortalar Kurumu Bütçesi		
2001	8,5	Katrilyon TL
2002	13,5	Katrilyon TL
2003	18,8	Katrilyon TL
2004	22,6	Katrilyon TL
2005	30,3	Katrilyon TL
2006	35,9	Katrilyon TL

Kaynak: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, "Aylık İstatistik Bülteni", Ocak 2006, http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/ocak_2006.xls, (03.03.2010).

Tablo 9. Sosyal Sigortalar Kurumu Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

SSK HARCAMALARI						
Yıllar	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Tedavi	**1.124**	**1.493**	**2.530**	**3.502**	**3.088**	**5.486**
Devlet Hastanesi (Moh Hospitals)	820	1.026	1.875	2.618	1.960	3.684
Üniversite Hastanesi (University Hospitals)	118	195	281	383	473	707
Özel Hastane (Private Hospitals)	185	272	374	500	655	1.095
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)(Other)						
İlaç	**993**	**1.879**	**2.101**	**2.687**	**3.553**	**5.266**
Diğer	**141**	**222**	**350**	**447**	**424**	**354**
Diğer(Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs,vb.)	122	199	308	390	387	285
Optik (Optic)	19	23	42	57	37	69
TOPLAM	**2.258**	**3.594**	**4.981**	**6.636**	**7.065**	**11.106**

Kaynak: SGK, "Mali İstatistikler", Ocak 2010, http://www.sgk.gov.tr, (29.02.2010).

Tablo 9'a bakıldığında SSK tarafından yapılan sağlık ve ilaç harcamaları 2001 yılından 2006 yılına kadar sürekli artış göstermektedir. 2001 yılında 2.258 milyon TL olan sağlık harcamaları 2006 yılına gelindiğinde 11.106 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Yine aynı dönem için ilaç harcamaları 993 milyon TL iken 5.266 milyon TL seviyesine yükselmiştir. Tedavi edici sağlık harcamaları 2001 yılında 1.124 milyon TL iken, 2006 yılında ise 5.486 milyon TL'ye yükselmiştir.

2.5.3. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) ve Sağlık Harcamaları

Türkiye'de üç büyük sosyal güvenlik kurumundan biri olan Bağ-Kur 1479 sayılı yasa ile 02.09.1971 tarihinde kurulmuş, 5.11.1985 tarih ve 3235 sayılı yasanın ardından 1.1.1989'dan itibaren tüm Türkiye'de yaygınlaştırılmıştır (Tokat, 1993: 21).

Bağ-Kur, sağlık sigortası yardımları kapsamında verilmekte olan hizmetlerini kendisine ait tesisi bulunmadığından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden hizmet satın almak suretiyle yürütülmektedir (Sözer, 1997: 138).

> "Ayakta ve yataklı tedavi masraflarının tamamını karşılayan Bağ-Kur, sağlık hizmetini resmi sağlık kurumlarından satın almak yoluyla sunmaktadır" (Tokat, 1993: 21).

Tablo 10. Bağ-Kur Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

BAĞ-KUR HARCAMALARI						
Yıllar	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Tedavi	**330**	**693**	**966**	**1.269**	**1.363**	**1.667**
Devlet Hastanesi (Moh Hospitals)	250	562	798	1.028	1.125	1.269
Üniversite Hastanesi (University Hospitals)	31	61	82	127	96	107
Özel Hastane (Private Hospitals)	48	70	87	113	142	291
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)(Other)						
İlaç	**780**	**1.322**	**1.997**	**2.188**	**1.841**	**1.841**
Diğer	**118**	**181**	**220**	**262**	**422**	**308**
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)	112	168	194	234	396	275
Optik (Optic)	7	13	26	28	26	33
TOPLAM	**1.229**	**2.195**	**3.183**	**3.719**	**3.626**	**3.816**

Kaynak: SGK, "Mali İstatistikler", Ocak 2010, http://www.sgk.gov.tr, (29.02.2010).

Bağ-Kur sağlık harcamaları, SSK sağlık harcamalarında olduğu gibi sürekli artış göstermiştir. Tedavi edici harcamalar 2001 yılında 330 milyon TL iken, 2006 yılında 1.667 milyon TL'ye yükselmiştir. Yine aynı dönem için ilaç harcamaları 780

milyon TL'den 1.841 milyon TL'ye yükselmiştir. Tıbbi cihaz ve optik harcamaları ve benzeri harcamalar içine giren diğer harcama kalemleri ise 118 milyon TL'den 308 milyon TL'ye yükselmiştir. Toplamda 1.229 milyon TL olan Bağ-Kur sağlık harcamaları, 2006 yılı itibariyle 3.816 milyon TL'ye yükselmiştir (Tablo 10=.

2.5.4. Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı (TCES) ve Sağlık Harcamaları

T.C. Emekli Sandığı 1.1.1950 tarihinden itibaren 5434 Sayılı kanunun 1. maddesi uyarınca "emekli işlemlerini" yürütmeye başlamıştır. 1950 yılından günümüze kadar geçen süre içerisinde çeşitli kanunlarla sandığa tabi personelin kapsamı genişletilmiş ve sandığın görevleri ile sağladığı hizmetlerde çok önemli artışlar meydana gelmiştir. Emekli Sandığı, 657 sayılı Devlet Personel Kanunu'na göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimlere ve bunların aile ferlerine, öncelikle devlete ait sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile hizmet sunmaktadır. Emekli sandığı, mensuplarına yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde koruma garantisi sağlamaktadır (Dağlı, 2006: 72).

> "Emekli sandığı aktif devlet memurlarının aylıklarından kesilen %15 çalışan ve %20 işveren katkısından sağladığı gelirlerle tüm sosyal güvenlik hizmetlerini finanse etmeğe çalışmaktadır. Sağlık sigortası primi adı altında ayrı bir prim almayan emekli sandığının bilânço açıkları Bütçe'den aktarılmaktadır" (Tokat, 1993: 23).

Tablo 11. Emekli Sandığının Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

EMEKLİ SANDIĞI HARCAMALARI						
Yıllar	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Tedavi	**345**	**645**	**867**	**1.135**	**1.175**	**1.337**
Devlet Hastanesi (Moh Hospitals)	114	227	325	436	437	490
Üniversite Hastanesi (University Hospitals)	181	364	464	569	515	511
Özel Hastane (Private Hospitals)	50	54	78	130	224	336
Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.)(Other)						
İlaç	**660**	**1.100**	**1.517**	**1.524**	**1.607**	**1.265**
Diğer	**84**	**95**	**115**	**136**	**135**	**143**
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, Şahıs vb.)	65	65	70	89	87	99
Optik (Optic)	19	30	44	48	47	44
TOPLAM	**1.089**	**1.840**	**2.498**	**2.796**	**2.917**	**2.744**

Kaynak: SGK, "Mali İstatistikler", Ocak 2010, http://www.sgk.gov.tr, (29.02.2010).

Emekli sandığı sağlık harcamaları da yıllar içinde sürekli artış göstermiştir. Tedavi edici harcamalar 2001 yılında 345 bin TL iken, 2006 yılında 1.337 bin TL'ye yükselmiştir. Yine aynı dönem için ilaç harcamaları 660 bin TL'den 1.265 bin TL'ye yükselmiştir. Tıbbi cihaz ve optik harcamaları ve benzeri harcamalar içine giren diğer harcama kalemleri ise 84 bin TL'den 143 bin TL'ye yükselmiştir. Toplamda 1.089 bin TL olan emekli sandığı sağlık harcamaları, 2006 yılı itibariyle 2.744 bin TL'ye yükselmiştir (Tablo 11).

2.5.5. Üniversiteler ve Sağlık Harcamaları

Türk mali sisteminde katma bütçeli kuruluşlar içinde yer alan üniversitelere bağlı tıp fakülteleri hastaneleri ile diş hekimliği, eczacılık fakülteleri ve hemşirelik yüksekokulları, gerek sağlık hizmeti üreterek gerekse sağlık eğitimi yaparak harcama gerçekleştirmektedirler. Özellikle üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti vererek önemli ölçüde harcama yapmaktadırlar. Sigortalı ve sigortasız tüm hastalara hizmet veren üniversite hastaneleri, hem genel bütçeden aldıkları payla, hem de kendi döner sermaye gelirleri ile harcamalarını finanse etmektedirler (Tokat, 1993: 26).

1998 yılında mevcut 52 devlet üniversitesine bağlı tüm tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksekokulları ve sağlıkla ilişkili diğer tüm yükseköğretim kurumlarında ve mediko-sosyal merkezlerinde yapılan sağlık harcamaları tutarı 298.694.205 milyon TL'dir (Tablo 12).

Tablo 12. Yükseköğretim Kurumlarında Yapılan Eğitim Harcamaları

Finansman Kaynağı	Milyon TL	Milyon USD	Oran (%)	97/98 Değişim (%)	
				TL	USD
Genel Bütçe	103.281.789	390,2	34,6	182,6	66,0
Döner Sermaye	195.412.416	738,3	65,4	149,0	46,3
TOPLAM	**298.694.205**	**1.128,50**	**100,0**	**159,6**	**52,5**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

Buna göre, üniversitelerin sağlık harcamaları 1997 yılına göre dolar bazında %52,5 oranında artarken, döner sermaye harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı, bir önceki yıla göre 2,8 puan geri gitmiştir. Üniversiteler tarafından yapılan toplam sağlık harcaması 298.694.205 milyon TL olup, bunun 103.281.789 milyon TL'si (%34,6) genel bütçe kaynaklı, 195 412 416 milyon TL'si de (%65,4) döner sermaye kaynaklıdır (Tablo 12).

Genel bütçe kaynaklı harcamalara, başta hekim olmak üzere sağlık personeli yetiştirmek üzere yapılan her türlü eğitim harcamaları, tıp fakülteleri uygulama hastanelerine verilen ödenekler ve mediko-sosyal merkezlerinin harcamaları dâhil olup, toplam tutarı 103.281.789 milyon TL'dir (Tablo 13).

Tablo 13. Yükseköğretim Kurumlarında Yapılan Hastane Harcamaları

Harcama Türleri	**Milyon TL**	**Milyon USD**	**Oran (%)**	**97/98 Değişim (%)**	
				TL	**USD**
Eğitim Harcamaları	43.712.606	165,1	42,3	121,3	30,0
Hastane Harcamaları	52.952.970	200,1	51,3	260,9	112,0
Mediko-Sosyal Harcamalar	6.616.213	25,00	6,4	211,5	83,0
TOPLAM	**103.281.789**	**390,2**	**100,0**	**182,6**	**66,0**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

Üniversitelerin toplam 103.281.789 milyon TL'lik genel bütçe kaynaklı sağlık harcamasının %42,3'ü eğitim, %51,3'ü hastane ve %6,4'ü de mediko-sosyal harcamaları olarak gerçekleşmiştir (Tablo 13).

Tablo 14. Yükseköğretim Kurumlarında Yapılan Mediko-Sosyal Harcamalar

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran (%)	97/98 Değişim (%)	
				TL	USD
Eğitim Harcamaları	43.712.606	165,1	14,6	121,3	30,0
Hastane Harcamaları	248.365.386	938,3	83,2	166,6	56,6
Genel Bütçe	52.952.970	200,1	17,7	260,9	112,0
Döner Sermaye	195.412.416	738,3	65,4	149,0	46,3
Mediko-Sosyal Harcamalar	6.616.213	25,00	2,2	211,5	83,0
TOPLAM	**298.694.205**	**1.128,5**	**100,0**	**159,6**	**52,5**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

Üniversitelerin 298.694.205 milyon TL olan toplam sağlık harcamalarının %83,2'si hastane, %14,6'sı eğitim ve %2,2'si de mediko-sosyal hizmetler için yapılmıştır (Tablo 14).

2.5.6. Sağlık ve Milli Savunma Bakanlıklarının Sağlık Harcamaları

Türkiye'de kendi sağlık sistemini kurarak hizmet veren kuruluşlardan biri de Milli Savunma Bakanlığı'dır. Sağlık ve Milli Savunma Bakanlığı gibi sağlık hizmeti veren bakanlıkların yapmış olduğu sağlık harcamaları dışında, bakanlıklara bağlı Genel ve Katma Bütçeli Kuruluşlarda 657 sayılı Personel Kanunu hükümlerine göre çalışan devlet memurlarının sağlık güvenceleri bu kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kişilere yapılacak her türlü sağlık gideri, kamu gelirlerinden ayrılmış olan ödeneklerle karşılanır (Tokat, 1993: 24).

Tablo 15. Milli Savunma Bakanlığı Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %
Hastane Harcamaları	64.303.200	242,9	48,0
İlaç Harcamaları	29.472.300	111,3	22,0
Ayaktan Tedavi Harcamalar	40.189.500	151,8	30,0
Toplam	133.965.000	506,1	100,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

Tablo 15'de Milli Savunma Bakanlığı sağlık harcamaları gösterilmektedir. Bakanlığın yapmış olduğu sağlık harcamaları toplamı 133.965.000 milyon TL'dir. Bu harcamanın 64.303.200 milyon TL'si hastane harcamalarına ve toplam içinde %48'zini oluştururken, ilaç harcamaları 29.472.300 milyon TL ile %22 ve ayakta tedavi harcamaları ise de 40.189.500 milyon TL ile %30'unu oluşturduğu tablodan gözlenebilmektedir.

2.5.7. Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT) ve Diğer Bakanlıkların Sağlık Harcamaları

Kamu iktisadi teşebbüsleri (KİT), kamu sermayeli kuruluşlar olmalarına karşın, özel hukuk kurallarına göre faaliyet gösteren ve özerk bütçeye sahip olan bu kuruluşlar, giderlerini kendi özel gelirleriyle karşılamakta ve bütçelerini de kendileri hazırlamaktadır. Özel hukuk kurallarına göre faaliyet göstermeleri sebebiyle sağlık alanında da mensuplarına anlaşma yaptıkları hekim ve sağlık kuruluşlarınca sağlık hizmeti verebilmektedir (Dağlı, 2006: 77).

Kamu iktisadi teşebbüslerinin (KİT), yapmış olduğu sağlık hizmeti harcamaları Tablo 16'da gösterilmektedir. Buna göre yapılan hastane sağlık harcaması 18.439.617 milyon TL ve bunun toplam sağlık harcamasının içindeki oranı %30 'dur. İlaç ve tıbbı malzeme harcamaları 27.659.426 milyon TL ve toplama içindeki payı %45 ile en fazla yere sahiptir. Ayakta tedavi hizmetlerine yapınla harcama miktarı ise 61.465.391 milyon TL ve toplam sağlık harcaması içindeki payı ise de %25 civarında gerçekleşmiştir.

Tablo 16. Kamu İktisadi Teşebbüsleri Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %
Hastane Harcamaları	18.439.617	67,7	30,0
İlaç ve Tıbbi Malzeme	27.659.426	104,5	45,0
Ayaktan Tedavi Harcamalar	15.366.348	58,1	25,0
Toplam	61.465.391	232,2	100,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

Sağlık ve Milli Savunma Bakanlığı gibi sağlık hizmeti veren bakanlıkların yapmış olduğu sağlık harcamaları dışında, bakanlıklara bağlı genel ve katma bütçeli kuruluşlarda 657 sayılı Personel Kanunu hükümlerine göre çalışan devlet memurlarının sağlık güvenceleri, bu kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kişilere yapılacak her türlü sağlık gideri, kamu gelirlerinden ayrılmış ödeneklerle karşılanmaktadır (Tokat, 1993: 24).

Bakanlıkların, doğrudan sağlık hizmeti sunumuna yönelik bir örgütleri ve sağlık tesisleri yoktur. Tabi burada Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bakanlıklar kastedilmektedir. Bakanlıkların personellerinin sağlık ödemeleri bütçe ödenekleri ile karşılanır. Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bakanlıkların sağlık harcamalarının dağılımı konusunda sağlıklı ve ayrıntılı bilgiler elde etmek mümkün görünmemektedir. Bakanlıkların yapmış oldukları sağlık harcamaları Tablo 17'de gösterilmektedir. Veri yetersizliği nedeniyle elde edilen kaynaklar daha önce Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 2001 yılında yapılan özel bir araştırmanın sonuçlarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Son yıllara ait veriler elde edilememiştir.

Tablo 17. Bakanlıklara Ait Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %
Hastane Harcamaları	18.439.617	67,7	30,0
İlaç ve Tıbbi Malzeme	27.659.426	104,5	45,0
Ayaktan Tedavi Harcamalar	15.366.348	58,1	25,0
Toplam	61.465.391	232,2	100,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki tüm bakanlıkların yapmış olduğu toplam sağlık hizmeti harcaması 168.316.000 milyon TL'dir. Bunun 55.544.280 milyon TL'si hastane harcaması, 92.573.800 milyon TL ilaç harcaması ve 20.197.920 milyon TL'si de ayaktan tedavi harcamalarından oluşmaktadır. Bunların toplam içindeki pay dağılımı ise; %33'ü hastane harcamalarından, %12'si ayakta tedavi harcamaları ve %55'şide ilaç harcamalarından oluşmaktadır. En fazla

yapınla harcamalarının ilaç harcamalarına olduğu açıkça görülmektedir. Bunun nedeni ise bakanlıların herhangi bir sağlık hizmeti örgütüne veya tesisine sahip olmamasından kaynaklanmaktadır.

2.5.8. Belediyeler ve Sağlık Harcamaları

Belediyeler, ulusal sınırlar içerisinde değişik büyüklüklerdeki topluluklarda yaşayan insanların, ortak ve yerel nitelikteki gereksinimlerini karşılamak amacı ile kurulan ve hukuk düzeni içerisinde oluşturulmuş olan anayasal kuruluşlardır. Türk idari yapısında belediyeler özel bütçeli kuruluşlar olarak sağlık harcaması yapan bir diğer kamu örgütüdür. Ancak memurları tamamen genel bütçe hükümlerine tabi olduğu için Maliye ve Gümrük Bakanlığı'ndan aldığı ödeneklerle (180 kalem ödeneği) yetinememek durumundadır (Tokat, 1993: 28).

Belediyelerin kendilerine ait hastane ve diğer sağlık kuruluşları aracılığıyla gerçekleştirmiş oldukları harcamalar 12 458 000 milyon TL dolayında olmuştur. Bu harcamaların %20'si yani 2 481 600 milyon TL'si hastane hizmetleri, %80'i yani 9 966 400 milyon TL'si de ilaç, tıbbi malzeme ve çeşitli şekillerde yapılan koruyucu ve ayaktan tedavi hizmetleri için yapılmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	**Milyon TL**	**Milyon USD**	**Oran (%)**	**97/98 Değişim (%)**	
				TL	**USD**
Hastane Giderleri	2.491.600	9,4	20,0	89,9	11,5
Koruyucu ve Ayaktan Tedavi, İlaç, Tıbbi Malzeme	9.966.400	37,7	80,0	89,9	11,5
TOPLAM	**12.458.000**	**47,1**	**100,0**	**89,9**	**11,5**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

2.5.9. Fonlardan Yapılan Sağlık Harcamaları

Fonlar; belirli kamu hizmetini görmek üzere, bütçe kaynaklarından ve kanunla belirlenmiş kamu gelirleri üzerinden ek olarak alınan kaynaklar veya belirli vergileri temel alarak oluşturulan diğer kaynaklardan oluşur (Tokat, 1993: 28).

Türkiye'de sağlık harcamalarına finansman sağlayan iki önemli fon bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; Eğitim, Gençlik, Spor ve Sağlık Hizmetleri Vergisinin İhdası ile ilgili 3418 sayılı Kanun ile 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ile oluşturulan fonlardır. 3418 sayılı Kanunla oluşturulan Geliştirme ve Destekleme Fonu'na dayanılarak, Kanunun 39/a maddesine göre yapılmış olan harcamalar Sağlık Bakanlığı harcamaları içinde gösterilmiş olduğu için bu bölümde, sadece aynı kanunun 39/b göre yapılan harcamalarla, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kaynaklı harcamalar Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Fonlardan Yapılan Sağlık Harcamaları

Fon Çeşidi	**Milyon TL**	**Milyon USD**	**Oran (%)**	**97/98 Değişim (%)**	
				TL	**USD**
Geliştirme ve Destekleme Fonu (3418 S.K. md.39/b)	15.760.383	59,5	22,7	107,0	21,6
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu	53.584.530	202,4	77,3	133,2	37,0
TOPLAM	**69.344.913**	**262,0**	**100,0**	**126,7**	**33,2**

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001.

2.5.10. Özel Sektör ve Sağlık Harcamaları

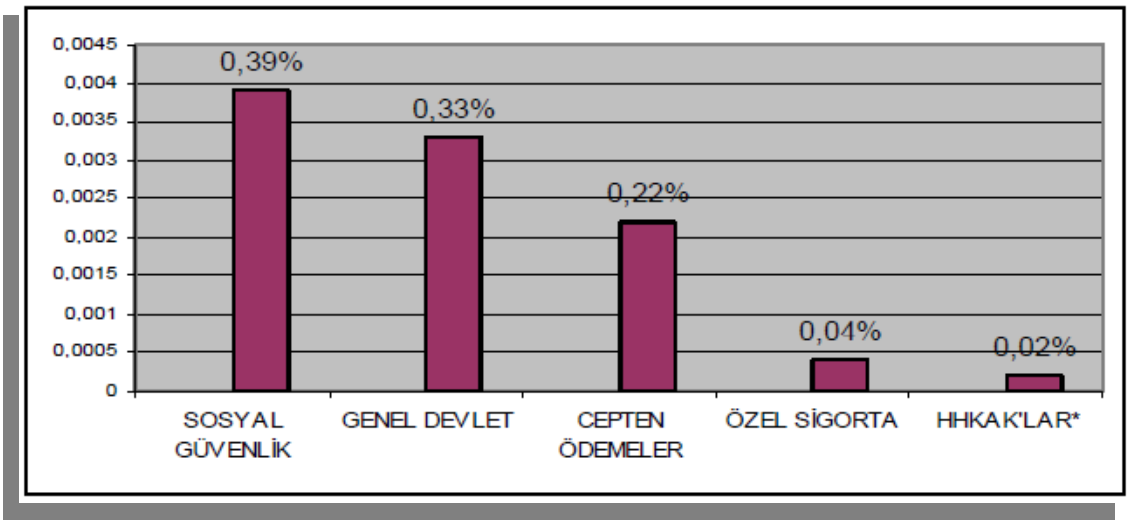
Özel sektör sağlık harcaması hane halklarının, özel sigorta şirketlerinin, kar amacı olmayan kuruluşların ve bireylerin kendi hane halkları dışındaki hane halkları için sağlık hizmeti alımıyla ilgili olarak yaptıkları harcamaları ifade etmektedir (Özbay vd, 2007: 203). Kamuya ait olmayan tüm hastaneler 1933'den beri yürürlükte olan ve en son Sağlık Bakanlığı tarafından 1983'de güncellenen özel hastaneler yasasına göre faaliyetlerini sürmektedirler. Bu hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın denetimine tabidir.

> "Özel sektör tarafından yapılan sağlık harcamaları; hastaneler, poliklinikler, özel sigorta şirketleri, laboratuvarlar, özel hekim muayenehaneleri, ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi malzeme üretimi ve ticareti yapan kuruluşlardır" (Şin, 1999: 100).

Türkiye'de en çok gelişen özel sektör alanı, özel hastaneciliktir. Ülke genelindeki sağlık hizmetlerindeki artışın yıllara göre dengeli dağılımına karşın, özel sektördeki genişlemede son birkaç yılın rolü daha belirgindir.

Şekil 1'de görüldüğü üzere Türkiye'deki toplam sağlık harcaması çok büyük oranda örgütlü kurumlarca finanse edilmektedir. Cepten yapılan ödemeler 2005 yılında toplam sağlık harcamasının %22'sini oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları (toplam sağlık harcamasının %39'u) ve genel devlet (toplam sağlık harcamasının 33'ü) harcamaları birleştirildiğinde, Türkiye'deki toplam sağlık harcamasının %72'si "kamu" tarafından, geri kalanı özel sektör tarafından finanse edilmektedir. Bunlar arasında özel sigorta kurumları ve şirketler (sağlık sigortası dışında) sağlık finansmanında küçük de olsa rol oynamışlardır (Yurdadoğ, 2006: 154).

Özel sigorta şirketlerinin toplam sağlık harcamasındaki payı ise %4'ün biraz üzerindedir. Türkiye'nin ekonomisi geliştikçe ve farklı sağlık ve sigorta ürünlerine olan talep arttıkça bu iki sektörün ilave finansman sağlama konusundaki destekleri daha da artabilir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında görev alan hane halkına hizmet eden kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşların payı % 2'dir.



Şekil 1. Türkiye'de Kaynak İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları

Kaynak: H. Özbay vd., "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007", T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara 2007, s.204.

Özel sektör sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yere sahiptir. 1999-2006 yılları içinde toplam cari sağlık harcaması içinde özel sektörün payı giderek azalmıştır. Özel sektör sağlık harcamalarının payı 1999 yılında %38,1 iken, 2006 yılında %27,1'dir. Özel Sektör sağlık harcamaları içinde en önemli büyüklük hane halklarının ceplerinden yaptıkları sağlık harcamasıdır. Cepten yapılan harcamanın özel sektör harcamaları içindeki oranı 1999 yılından itibaren bir düşüş eğilimi izlemiştir. Özel sektör sağlık harcamaları içinde hane halklarının cepten yaptığı harcamalar 1999 yılında %74,8 iken, bu oran 2006 yılında %69,9 olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcaması içinde hane halklarının cepten yaptığı harcamaların payı 1999 yılında %29,1 iken, 2006 yılında %19,3'e kadar düşmüştür (Özbay vd., 2007: 204).

Hekimlerin %40'ı özel olarak çalışan Türkiye bu alanda önemli bir sektöre sahip görünmektedir. Özel hekimler temel bakımın önemli bir bölümünü (kırsal kesimde %40) ve ayakta tedaviyi sağlamaktadır. Ancak yatakta tedavi konusunda tümüyle hastanelere bağımlıdırlar. Bu durumda hekimler, başarılı bir çalışma için aranılan bir koşul olarak, kendilerine imtiyaz sağlayacak bir hastane ile bağlantı

kurmak zorundadırlar. Özel hastaneler ülkedeki yatakların sadece %4'üne sahiptir ve iki pazara hizmet sundukları görülmektedir. Bunlar yüksek gelir grupları ve turistlerdir (Karaelmas, 1994: 48-49).

2.6. Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları ve AB-15 Ülkeleri ile Karşılaştırılması

Sağlık alanındaki talebin saptanması ve karşılanması, toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bunların çözümü, sağlık hizmetlerinin planlanması ve oluşturulacak sağlık politikalarına yol göstermesi amacıyla; ülkemizin diğer Avrupa Birliği üye ülkeleriyle sağlık göstergeleri bakımından karşılaştırılması ve nasıl bir konumda olduğunun belirlenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında iki temel model söz konusudur. Bunlardan biri finansmanın tamamen kamu kaynaklarından karşılanması, diğeri ise hizmeti talep eden bireyler tarafından karşılanmasıdır. Türkiye'de bu iki uç arasında karma bir yapıya sahiptir (Özbay vd., 2007: 205).

Bu bölüme kadar ayrı ayrı ele aldığımız sağlık harcamaları bu bölümde toplu olarak ele alınıp genel bir değerlendirme yapılacak, son 30 yılda sağlık harcamalarının ve temel sağlık göstergelerinin AB-15 ve diğer bazı ülkelere göre nasıl bir değişim izlediği incelenecek ve Türkiye'nin hem harcamalar hem de göstergelerinin AB-15 ortalamasına nasıl yakınsadığı tespit edilecektir. Böylece hem bütünü görmemiz hem de ülke açısından durumunun değerlendirilmesinde daha iyi bir bakış açısı sağlanacaktır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü'nün 1980-2007 periyodu için Dünya Sağlık Raporu'unda sunduğu Sağlık Göstergeleri ve Seçilmiş Ulusal Sağlık Harcanaları Göstergelerine ilişkin veriler yardımıyla hazırlanan, TEPAV'ın 2010 yılında yayınladığı yayınladığı "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor" başlıklı değerlendirme notundan yaralanılacaktır.

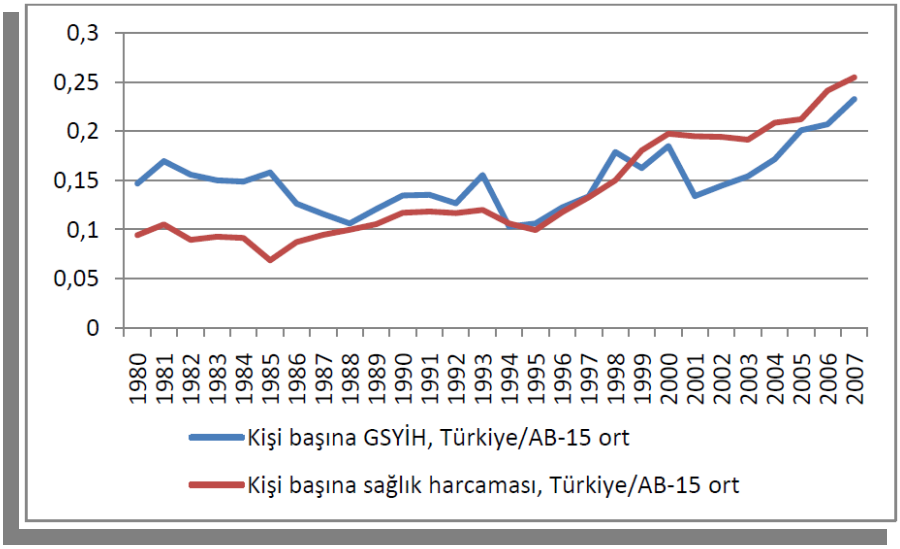
Rapora göre TEPAV, Türkiye'nin sağlık harcamaları ve temel sağlık göstergelerinde AB ortalamasına yaklaştığını açıklamış; 1980-2008 dönemlerinde sağlık harcamaları artarken, yaşam beklentisinin hızla yükseldiğini ve bebek ölüm oranında anlamlı bir şekilde düşme görüldüğünü belirterek şöyle devam etmiştir:

> "Son yıllarda Türk sağlık sistemi bir değişim sürecinden geçmektedir. 2003 öncesi dönemde gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar ve 2003 yılında başlatılan 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' bu sürece etki etmiştir. Sağlık sistemindeki değişimler ile birlikte sağlık harcamaları da artmaktadır. Bu artış sadece dönüşüm sürecinde görülmemekte, 1995 yılından itibaren sürmektedir. Sağlık harcamalarının etkinliği ve sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesinde temel sağlık göstergeleri yaygın olarak kullanılmaktadır" (Arslanhan, 2010: 2).

Şekil 2'de 1980-2007 yılları arasında Türkiye ve AB-15 ülkelerinin kişi başına toplam sağlık harcaması ve GSYİH ortalamaları verilmiştir. Buna göre

> "Türkiye'de 1980 yılında kişi başına sağlık harcamaları AB-15 ortalamasının % 9'u kadar iken; kişi başına GSYİH, AB-15 ortalamasının % 15'i kadardır" (Arslanhan, 2010: 2).

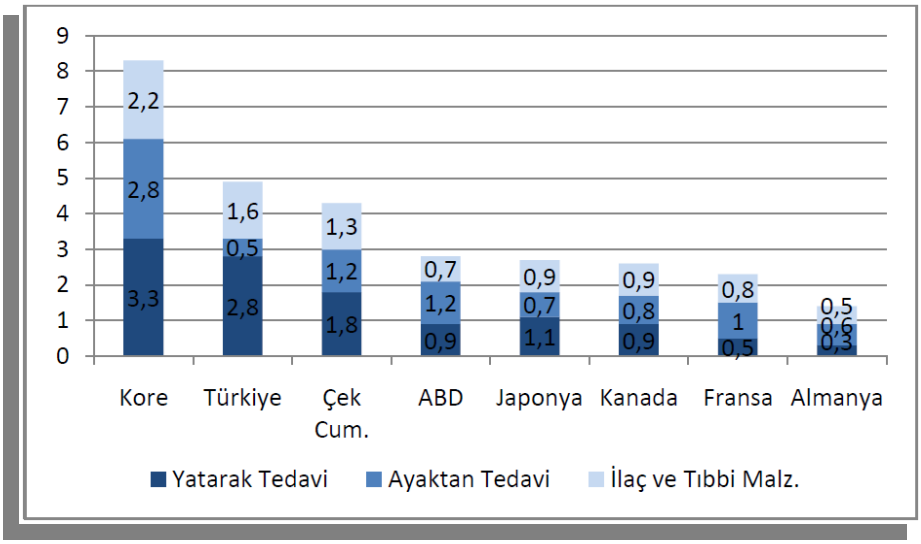
1985 yılı ve sonrasında bu oranlar artış göstermiştir. Türkiye'de sağlık harcamalarının en hızlı arttığı dönem, 1995-2000 yılları arasındadır. 2000-2003 yılları arasında sağlık harcamalarının artış hızı yavaşlamış, 2003 yılından sonra tekrar yükselişe geçmiştir. Türkiye'de 2007 yılında kişi başına sağlık harcamaları AB-15 ortalamasının %26'sı kadar iken; kişi başına GSYİH, AB-15 ortalamasının %23ü kadar olmuştur (Arslanhan, 2010: 2).



Şekil 2. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH, Türkiye/AB-15 Ortalaması (1980-2007)

Kaynak: WHO-HFA Database ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008; Akt: S. Arslanhan, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", Tepav Değerlendirme Notu, Temmuz 2010, s.2).

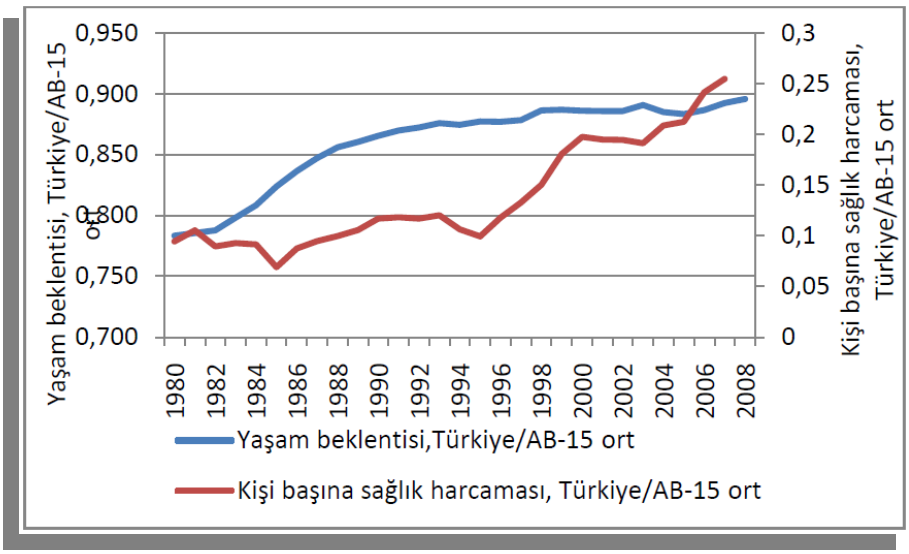
Şekil 3'te 1995-2006 yılları arası kişi başına sağlık harcamalarının yıllık ortalama artış oranına etki eden faktörlerin dağılımı incelenmiştir. Buna göre yatarak tedavi, ayaktan tedavi ve ilaç-tıbbi malzeme giderleri, sağlık harcamalarının artışa neden olan en önemli faktörlerin başında gelmektedir. 1995 yılından itibaren OECD ülkelerinin kişi başına toplam sağlık harcamaları ortalama yıllık % 4 artış gösterirken, ilaç harcamaları % 4,6'lık bir artış göstermiştir. Son yıllarda ilaç harcamaları, toplam sağlık harcamalarının artışına katkı sağlamasına rağmen halen harcamaları oluşturan asıl bileşenin tedavi olduğu söylenebilir. 1995-2006 döneminde kişi başına sağlık harcamalarının ortalama yıllık artış hızına en fazla etki eden faktör yatarak tedavi olmuştur (Arslanhan, 2010: 3).



Şekil 3. Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Yıllık Ortalama Artış Oranına Etki Eden Faktörlerin Dağılımı (1995-2006)

Kaynak: OECD Health Data, 2008; Akt: S. Arslanhan, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", Tepav Değerlendirme Notu, Temmuz 2010, s.3).

Şekil 4'te 1980-2008 yılları arası Türkiye ile AB-15 ülkeleri arasında kişi başına toplam sağlık harcamaları ve yaşam beklentisi ortalaması ele alınmıştır. Buna göre 1980 yılında Türkiye'de yaşam beklentisi 58.1 yıl iken, AB-15 ülkelerinin ortalaması ise 74.2 yıldır. 1980-2008 yılları arasında Türkiye'de yaşam beklentisi AB-15 ülkelerinin ortalamasına göre 72.1 yıla yükselerek hızla artış göstermiştir. Yaşam beklentisi belirli bir yıla kadar yükseldikten sonra büyüme hızı yavaşladığından dolayı, son yıllarda Türkiye yaşam beklentisi artış hızı da düşmüştür (Arslanhan, 2010: 3).

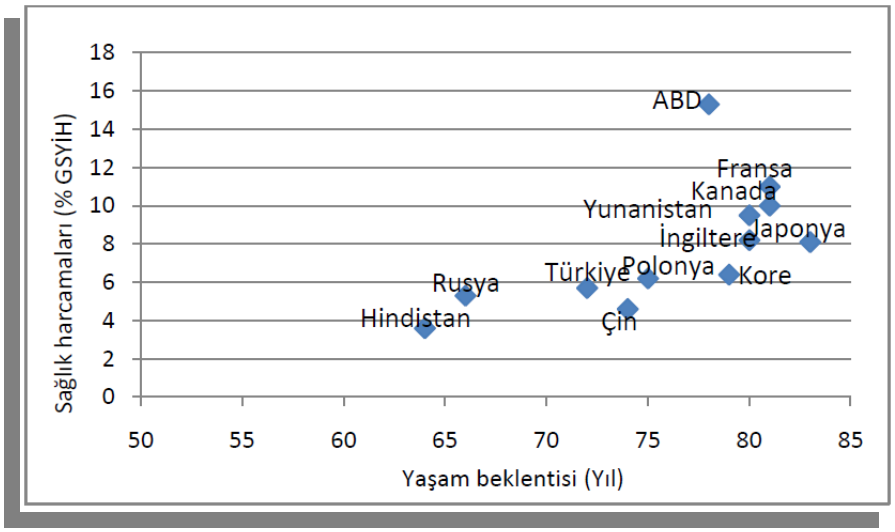


Şekil 4. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması ve Yaşam Beklentisi, Türkiye/AB-15 Ortalaması (1980-2008)[1]

Kaynak: WHO-HFA Database ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008; Akt: S. Arslanhan, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", Tepav Değerlendirme Notu, Temmuz 2010, s.4).

Diğer bazı ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüsek olmasına rağmen yaşam kalitesi beklenen düzeyde değildir. Örneğin ABD sağlık harcamalarına en fazla pay veren ülke olmasına rağmen yaşam beklentisi İngiltere, Fransa ve Japonya gibi ülkelere nazaran daha düşüktür (Şekil 5). Bu durumun sağlık harcamalarının etkinliği ve sağlık sisteminin yapısı ile doğrudan ilişkisi vardır. Türkiye, Rusya, Polonya ve Kore benzer gelir grubu sıralaması içine yer alırken, bu ülkeler içinde Rusya'nın yaşam beklentisi Türkiye'ye nazaran oldukça düşük, Polonya ve Kore'nin ise Türkiye'den yüksektir (Arslanhan, 2010: 4).

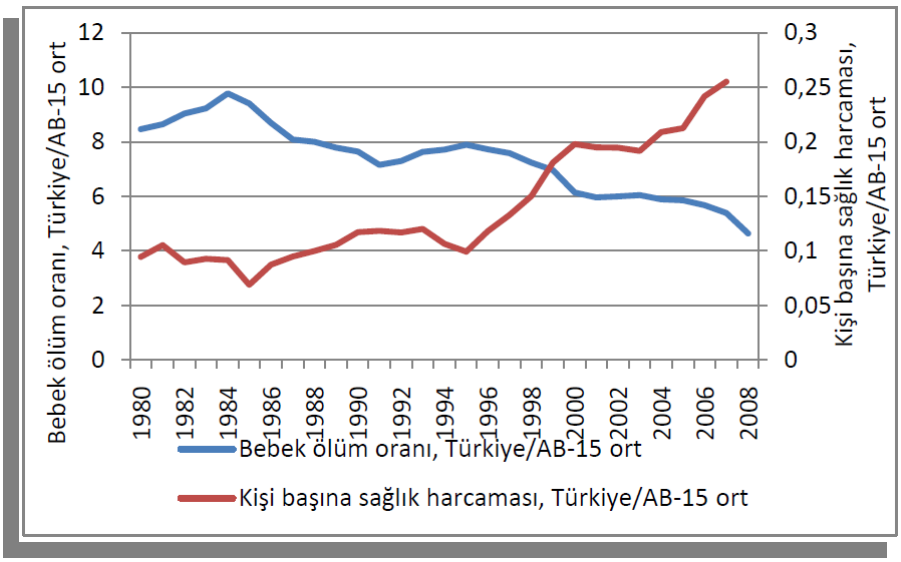
[1] Türkiye için kişi başına toplam sağlık harcaması verisi 2007 yılına kadar hesaplanmış olduğu için grafikte sağlık harcamaları 2007 yılına kadar gösterilmektedir.



Şekil 5. Sağlık Harcamaları (% GSYİH) ve Yaşam Beklentisi, 2007

Kaynak: World Health Statistics, 2009; Akt: S. Arslanhan, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", Tepav Değerlendirme Notu, Temmuz 2010, s.5).

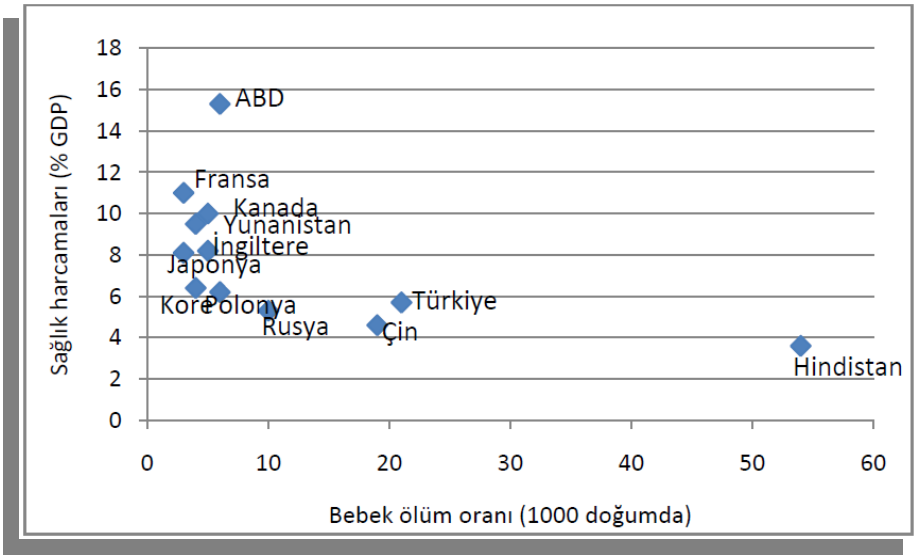
Temel sağlık göstergelerinden bir diğeri bebek ölüm oranlarıdır. Şekil 6'da 1980-2008 yılları arası Türkiye ile AB-15 ülkeleri arasında kişi başına toplam sağlık harcamaları ve bebek ölüm oranları ele alınmıştır. Buna göre 1980 yılında Türkiye'nin bebek ölüm oranı, AB-15 ortalamasının sekiz katıdır. 1980'den itibaren AB-15 bebek ölüm oranı yavaşlayarak azalmaya devam etmiş, buna karşılık Türkiye'nin bebek ölüm daha hızlı bir şekilde düşmüştür. 1980-2007 döneminde, sağlık harcamaları ve bebek ölüm oranını AB-15 ülkeleri ile paralellik göstermektedir. Aradaki tek fark, 1995-2000 arasında sağlık harcamalarının huzla artması ve bebek ölüm oranın düşüş hızının azalmasıdır (Arslanhan, 2010: 5).



Şekil 6. Bebek Ölüm Oranı (1000'de) ve Kişi Başına Sağlık Harcaması, Türkiye/AB-15 Ortalaması (1980-2008)

Kaynak: WHO HFA Database; Akt: S. Arslanhan, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", Tepav Değerlendirme Notu, Temmuz 2010, s.5).

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüksek olan ülkelerde bebek ölüm oranları düşüktür (Şekil 7). Bunlar içinde ABD'de yaşam beklentisi düşük ve daha az sağlık harcaması yapan ülkelere nazaran bebek ölüm oranı yüksektir. Sağlık harcamaları konusunda ülkemiz ile benzer gelir grubu sıralaması içinde yer alan Rusya, Polonya ve Kore'de, Türkiye'ye nazaran bebek ölüm oranları daha düşüktür. Bebek ölüm oranını etkileyen en önemli faktör, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem ve ayrılan paydır (Arslanhan, 2010: 6).



Şekil 7. Sağlık Harcamaları (% GSYİH) ve Bebek Ölüm Oranı, 2007

Kaynak: World Health Statistics, 2009; Akt: S. Arslanhan, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", Tepav Değerlendirme Notu, Temmuz 2010, s.6).

Bütün bunların sonucunda Türkiye'nin sağlık harcamalarının ve temel sağlık göstergelerinin AB-15 ülkeleri yaklaştığını söylemek mümkündür (Arslanhan, 2010: 6). AB'ne tam üyeliğe aday olan ülkemizin sağlık göstergeleri ile AB ülkelerinin sağlık göstergeleri arasında var olan önemli farklılıkların azaltılması ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için, milli gelirden sağlığa ayrılan payın yükseltilmesi, bunun etkin ve verimli kullanılması, sektörde işbirliği ve koordinasyonun sağlanması ve ulusal sağlık politikasının bu hususlar dikkate alınarak oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık ve sosyal refah yatırımlarının genel yatırımlar içindeki payı yükseltilmelidir. Buna ek olarak, örgütlenme yapısının sağlıklı hale getirilmesinden personel istihdamına dek uzanan bir dizi önlemin bir an önce alınmasında zorunluluk vardır. Sağlık harcamalarının artmasının yanı sıra etkin kullanımı ve sürdürülebilirliği de oldukça önemlidir. Bütün bunlar sonucunda,

> "ekonomik yükü daha fazla olan yataklı tedaviye ihtiyaç azalacağı gibi temel sağlık göstergelerinin iyileşmesine yüksek katkı sağlanacaktır (Arslanhan, 2010: 6).

Toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bunların çözümü amacıyla yapılacak olan çalışmalar, ülkemizin sağlık göstergeleri bakımından yer aldığı konum ve ilgili yorumlar dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME İLE İLİŞKİSİ

Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına dönük olarak sunulması, oldukça pahalı ve birim maliyetleri yüksektir. Bu nedenledir ki sağlık yatırımları, ekonomiye kısa vadede üretim olarak geri dönüşümün hesaplanması mümkün olmayan yatırımlardır.

Diğer taraftan gelişen toplum yapısı, sağlık hizmetlerine olan talebi süratle artırmakta ve kaçınılmaz bir arz ve talep dengesizliği ortaya çıkarmaktadır. İnsanlar normal koşullarda hiçbir şekilde sağlıklarından fedakârlık etmeye razı olmamaktadırlar. Ekonomik durgunluk dönemlerinde yiyecek, giyecek, eğlence, mesken vb. birçok konuda tasarrufa yönelen insanlar ve kemer sıkmayı tavsiye eden yönetimler, hastalık halinde tüm olanakların tek bir kişi için bile kullanılmasında hem fikir olmaktadırlar. Dolayısıyla diğer mal ve hizmetlerde söz konusu olabilen tasarrufun, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda düşünülmesi mümkün değildir. Bu da hastaneleri devamlı yatırım yapmaya sevk eden bir etkendir.

Bu durumda sağlık hizmetlerini yeterli bir seviyeye getirmek, hemen her ülkede önde gelen bir amaç olmaktadır. Çünkü kalkınma ekonomisinin ortaya koyduğu bulgulara göre, bir ulusal ekonomide belli bir mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımında sürekli artış elde edilmesi, o ülkenin kalkınması için yeterli olmamaktadır. Bu ekonomik büyüme yanında gelir dağılımını ve toplumsal yaşamı bütünüyle olumlu yönde etkileyen temel hizmetlerin de yeterince üretilmesi ve dengeli bir şekilde dağılımının sağlanması gerekmektedir. Söz konusu hizmetlerin başında ise, doğrudan doğruya insana yönelik olan sağlık ve eğitim hizmetleri yer almaktadır. Bu hizmetlerden yeterince ve eşit bir şekilde yararlanabilen insanların

oluşturduğu toplumlar çağımızda uygar toplum sayılmaktadır (Serin ve Çakıcı, 1990: 40).

Bu bakımdan, geri kalmış ülkelerin kalkınmalarını engelleyen sadece sermaye ve teknoloji yetersizliği değil, belki daha önemlisi teknoloji kıtlığıdır. Bu ülkeler, her türlü üretimin temel öğesini oluşturan insanı sağlıklı, iyi beslenmiş ve eğitilmiş hale getirdikçe ekonomik büyümeyi kalkınmaya dönüştürebileceklerdir.

3.1. Ekonomik Açıdan Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Önemi

Beşeri sermaye kuramına göre kişinin bilgi ve becerisini geliştirmesi iktisadi faaliyetlerdeki üretkenliğini artırmaktadır. Ancak kişinin eğitim alabilmesi ve iktisadi faaliyetlere katılabilmesi için sağlık düzeyi de önem arz etmektedir. Bu noktada eğitimin ve sağlığın beşeri sermaye stokunda beraber değerlendirilmeleri gerekmektedir (Karagül, 2002: 70).

> "Toplumun ekonomik gelişmişliği ve beşeri sermayenin unsurları olan eğitim durumu ve sağlık düzeyi arasında yakından ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin temel nedeni sağlıklı bir toplumun beşeri sermayesinin nispeten daha kolay artırılabilir olmasıdır. Ruhen ve bedenen sağlıklı insanların fiziksel ve zihinsel eğitimleri daha kolay olacaktır. Bu nedenle beşeri sermaye stokunu artırmak isteyen bir ülke için toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi bir ön şart haline gelmektedir" (Karagül, 2002: 71).

Sab ve Smith (2001)'in ampirik çalışmalarında ekonomik büyüme için sağlık ve eğitimin vazgeçilmez olduğu ortaya konmuştur. Mushkin'de (1962) çalışmasında eğitim ve sağlığa yapılan eş zamanlı yatırımların ekonomik gelişme sürecinde pozitif etkilere sahip olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda sağlıklı ve eğitimli kişilerin toplumda tüketici ve üretici olarak daha etkin davrandıklarını tespit etmiştir. Diğer bir nokta ise sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilir olmaları ve bu insanlardan yetişen iş gücünün üretimi artırıcı bir faktör olmasıdır. Ayrıca sağlıklı insanların eğitilmesi durumunda bu insanlar daha uzun süre yaşayacakları için eğitim

yatırımlarından daha uzun süreli faydalanma imkânı doğacaktır. Bu noktada eğitim ve sağlığın birbirini tamamlayan iki unsur olduğu açıktır (Karagül, 2002: 71).

> "Bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek oluşu, toplumları birkaç farklı yönden etkilemektedir. İlk olarak ölümler sonucu toplum sağlıklı nüfus kaybına uğramaktadır. Diğer taraftan bu nüfus kaybı için harcanan emek ve sermaye de kayıp olmaktadır. Bebek ve çocuk ölüm oranlarının gelişmekte olan ülkelerde yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda bebek ve çocuk ölüm oranlarının yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde kalanların sağlık durumları da yetersiz olacaktır. Bu kayıp ve yetersizlikler sonucunda beşeri sermayenin kalitesinin artırılması ve verimli çalışabilmesi mümkün olmayacaktır" (Karagül, 2002: 71-72).

Kalemli ve arkadaşları (2000), toplumların sağlık durumlarının göstergesi olarak kullanılan diğer bir ölçütün ortalama yaşam süresi olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre;

> "...ortalama yaşam süresinin az gelişmiş toplumlarda daha düşük olduğu görülmektedir. Ortalama yaşam süresi beşeri sermaye stokunu önemli ölçüde etkilemektedir. Çünkü ortalama yaşam süresinin artmasıyla insanların aktif çalışma sürelerinde de bir artış ortaya çıkmaktadır. Her insanın beşeri sermaye bağlamında belli bir yatırıma sahip olduğu kabul edilirse, beşeri sermayenin sabit sermaye yatırımından yararlanma süresi artacak ve böylece yatırımın verimliliği artacaktır" (Kalemli vd., 2000: 18).

Diğer bir önemli gösterge ise sağlık harcamalarıdır. Taban ve Kar (2004), sağlık harcamalarına yapılan yatırımların ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin uzun dönemde ortaya çıktığını belirtmektedir;

> "Beşeri sermaye yaklaşımı kapsamında sağlık hizmetleri de sağlık yatırımı niteliği taşımaktadır. Schultz başta olmak üzere diğer yazarlar da, sağlık hizmetlerini insanın çalışma yeteneğini koruması ve geliştirmesinden ötürü çalışma verimini artırıcı bir insana yatırım olarak görmektedirler" (Taban ve Kar, 2004: 291).

Mazgit (2002) sağlık harcamalarını, çalışma gücünü koruyarak ve gelecekte ortaya çıkacak sağlık sorunlarını azaltarak gelecekte ortaya çıkacak sağlık harcamalarından tasarruf sağlamak olduğunu ifade etmektedir. Gelişen insanın sağlık sermayesi stoku beşeri sermayenin de önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu şekilde sağlık stokunu artıracak olan sağlık hizmetleri ve sağlık yatırımları, beşeri sermayeyi artırarak ülke kalkınmasında önemli bir rol üstlenmektedir.

> "Belli bir ekonomik gelişmişlik düzeyine ulaşmış toplumlarda sağlık için ayrılan kaynakların arttığı ve bireylerin sağlık bilinçlerinin de yükseldiği görülmektedir. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin gelişimi ekonomik büyümeyi de hızlandırmaktadır" (Mazgit, 2002: 410).

Yetkiner (2006), sağlığın ekonomik etkilerinden birinin de dışsallık etkisine sahip olduğunu belirtmektedir.

> "Eğer bir çalışanın hane halkından birisi hasta ise, o çalışanın emek verimliliğinin eksiksiz olduğundan söz edilemez. Çünkü hem psikolojik etkiler hem de hasta ferdin tedavisi için zaman ayırmak zorunda kalması çalışanı verimsiz yapacaktır. Diğer taraftan salgın hastalıklarda, sayısal olarak az kişi etkilense bile, salgın hastalıkların bulaşıcı etkilerinden ötürü üretim üzerinde yıkıcı bir etki doğabilmektedir" (Yetkiner, 2006: 84).

Bu iki durum, sağlıklı olmama durumunun (sağlıksızlığın) sadece bireysel düzeyde olmayan aynı zamanda bireysel sağlıksızlıkların toplamının dışsallık etkisi yaratarak sağlıklı iş gücü üzerinde de etkisi olabilen bir unsur olduğunu göstermektedir.

Sağlık yatırımı denildiğinde akla sadece sağlık harcaması gelmektedir. Ancak sağlık yatırımlarını sağlık harcamalarıyla bir tuttuğumuzda ülkenin sağlık seviyesi sağlık alanına yapılan harcamalarla ölçülmektedir. Aslında Mazgit (2002)'e göre toplumun sağlık durumunun iyileşmesi, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğünden ziyade kaynakların rasyonel kullanımı ve ülkenin sosyoekonomik koşullarıyla ilgilidir (Mazgit, 2002: 406).

Öte yandan, sağlık ekonomisinin konusunu oluşturan personel altyapıya yönelik harcamalar toplum açısından yatırım niteliğinde iken, birey açısından tüketim özelliği göstermektedir (Erkan, 1998: 27). Bu nedenle sağlık harcamalarının ikili bir özelliği bulunmaktadır. Bu bağlamda ekonomik büyüme açısından ikili özelliğe sahip olan sağlığın, önemi iki kat artmaktadır. Buraya kadar yapılan açıklamalar sağlık göstergelerinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini açıklamaya yöneliktir. Ancak ülkeler ve dönemler bazında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi ampirik bir inceleme alanıdır.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomiye ve Ekonomik Büyümeye Etkisi

Sağlık hizmetlerinin ekonomik büyümeye etkisinin ele alınışı eski tarihlere gitmesine rağmen, asıl incelemelerin 1960'lardan sonra başladığını görmekteyiz. 1960'ların ortasından itibaren geniş bir literatür incelemesini Herbert Klarman yapmıştır. 1965'te yayınladığı 'Sağlık Ekonomisi' adlı kitabında, bu alandaki ekonomistler ve onların yaptığı çalışmalarla politika kararları arasındaki ilişki incelenmiştir. İlginç olan ise, sağlık ekonomisinin daha çok ihmal edildiği alan ve kuruluş olan Ford kuruluşu tarafından bu çalışmanın desteklenmesidir. O günkü şartlarda Ford kuruluşunun kendi beklentileri doğrultusunda sonuçlar çıkarılması için destek verdiği düşünülebilir. Ancak, günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerin ekonomi açısından ne kadar önemli bir alan olduğu ve doğru incelemelerinin yapılmasının ekonominin istikrarına katkı yapacağı beklenilmektedir (Alpugan, 1984: 152).

Bugün yüzlerce Amerikalı ekonomist, sağlık sektörü üzerinde yoğunlaşmakta ve onların araştırmaları Amerikan sağlık politikasının oluşumu üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan katkısı net olarak ortaya konulamasa da, yapılan çalışmalar bu katkının kesinliğini vurgulamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ekonomi üzerindeki katkısını belirlemek için daha ziyade sağlık hizmetlerinden elde edilen yararların analiz edilmesine

başvurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen yararlar ise ikiye ayrılır. Bunlar: i) sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik olmayan yararlar, ii) sağlık hizmetlerinden elde edilen ekonomik yararlardır (Alpugan, 1984: 152).

Sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucu elde edilen ekonomik olmayan yararlara, maddesel ve fiziksel yararlar da denilebilmektedir. Her bireyin kendisini sağlıklı kabul ettiği bir sağlık düzeyi vardır. Yani;

> "...birey o sağlık düzeyinde 'ben sağlıklıyım' diyebiliyorsa, işte bireyin kendisi için yeterli kabul ettiği bu sağlık düzeyinde herhangi bir değişiklik olduğu zaman, bireyde bir takım şüpheler, acılar ve ızdıraplar baş gösterecektir. Bireyin bu istenmeyen durumlarından kurtulmak için sağlık hizmetlerinden faydalanıp, bunlardan kurtulması sonucu elde ettiği yararlar ekonomik olmayan yararlardır" (Alpugan, 1984: 152-153).

Amaç açısından, bizim asıl ilgilendiğimiz kısım ekonomik olmayan yararlar değil, sağlığın ekonomik yararlarının ne olduğudur.

Sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucu elde edilen ekonomik yararlar, üretim ve tüketimle ilgili bir konudur. Bireylerin sağlıklı olmaları onların daha fazla tüketimde bulunmalarına sebep olabildiği gibi, elde edilen üretim artışı da hem bireylere hem de üyesi bulundukları topluma katkıda bulunmaktadır (Alpugan, 1984: 153).

Sağlık hizmetlerinin üretim artışı sağlaması verimlilikle ilgilidir. Geliştirilen sağlığın beşeri sermaye verimliliğini artıracağı düşüncesi geniş ölçüde kabul görmüştür. Bununla birlikte, son zamanlara kadar bu ilişki yeteri derecede incelenmemiştir. Diğer taraftan, sonuç itibariyle sağlığı ve kişi gelişimini etkileyen beslenmenin de bu yolla insanların kazançları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu yapılan ekonometrik çalışmalarla ispatlanmıştır.

Verimliliğin artırılmasında her ne kadar çok değişik faktörler rol oynamaktaysa da (eğitim, adil bir ücret sistemi gibi) sağlığın ve insanların kişiliğine

bağlı psikolojik ve moral etkenlerin, maddesel olanaklardan daha çok rol oynayabildiği vurgulanmaktadır.

> "Sağlık ve eğitim hizmetlerindeki gelişmeler üretim fonksiyonunu etkiler ve emek hizmetlerinin düzeyini yükseltir. İşgücü sağlıklı olduğunda daha az zaman kaybedilir ve daha çok etkin gayret sarfedilir. Ayrıca sağlıklı emek gücünün hızlı bir ekonomik büyümeye de önemli katkı sağlayacağı bir gerçektir" (Talas, 1972: 80).

Konuyla ilgili çalışmalar yapan Mushkin (1962), sağlığın insan sermayesinin bir bölümünü oluşturduğu görüşündedir. Yani ona göre, sağlık için yapılan giderler, eğitime yapılan giderler gibi bir yatırım özelliği taşır. Mushkin (1962), bu yatırımdan elde edilen kazancı da (Akt: Alpugan, 1984: 153):

- Bireylerin üretici güçlerini koruyabilmeleri,
- İleride artan oran ve nicelikte yapılması gerekecek olan sağlık giderlerini önlemesi şeklinde açıklamaktadır.

Yine Schultz (1961), tüketim harcaması olarak adlandırdığımız eğitim ve sağlık harcamasının birer beşeri sermaye yatırımı olduğunu vurgulanmaktadır. Ona göre, eğitim ve sağlığa yapılan yatırımlar, insanların daha iyi iş bulma avantajlarını artıracak ve böylece daha fazla kazanç elde etmelerini sağlayacaktır (Schultz, 1961: 1; Akt: Alpugan, 1984: 153).

Ancak, bu şekilde ferdin psikolojik veya kişisel tercihinden dolayı ortaya çıkabilecek refah kaybı, sağlık sektörünün daha iyiye götürülmesine engel değildir. Çünkü yapılan çalışmaların hemen hemen hepsi daha iyi sağlığın daha iyi refah olduğunu vurgulamaktadır.

Özellikle çocuklara yapılan sağlık yatırımlarının gelecek dönemlerde son derece önemli etkiler göstereceği ileri sürülmektedir. Alpugan (1984), yapılan bir çalışmada, büyüme çağında zihinsel gelişme ile sağlık durumu arasında dinamik ilişkilerin olduğu saptandığını ifade etmektedir. Buna göre, sağlığın zihinsel

gelişmeyi, zihinsel gelişmenin de sağlığı etkilediği sonucuna varılmıştır. Yine aynı çalışmada, zihinsel gelişmeyle genetik faktörler arasında ilişki olduğu da belirlenmesine rağmen, sağlığın en önemli unsur olduğu vurgulanmaktadır (Alpugan, 1984: 153). Çocukluk döneminde yapılan bu tür yatırımların gelecek dönemlerde toplumun kalkınması açısından beşeri sermayenin temelini oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz.

> "Sağlığı diğer mallar ve hizmetler gibi değerlendiren bir kısım araştırmacıya göre ise; tüketilen sağlık hizmetlerinin tüketim ve yatırım açısından incelenmesi gerekir. Bu gruptakilere göre, fertlerin birtakım şüphe, korku, acı ve ızdıraplardan kurtulmak için yararlandıkları sağlık hizmetleri tüketim, buna karşılık bedensel bir rahatsızlığı ya da ileride meydana çıkması muhtemel olan hastalıkları en az seviyede tutmak için yapılan harcamalarda yatırım harcamalarıdır" (Alpugan, 1984: 153).

Örneğin, bir kişinin güzelleşmek (estetik) vb. gibi durumlara yaptığı tıbbi harcamalar tüketim harcaması, yirmi yaşındaki birinin fıtık ameliyatı için yaptığı giderler ise yatırıma yönelik harcamalardır.

Sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan en önemli katkısı, üretimdeki nitelik ve nicelik olarak sağlanan faydalardır. Ancak, sağlık hizmetleri, sağlık düzeyinin korunması ve ortaya çıkacak bozuklukların giderilmesinde tek başına yeterli değildir. Sağlık hizmetlerinin ekonomiye katkısının belirlenmesinde, sosyal, iktisadi, çevresel ve genetik faktörler de rol oynamaktadır. Örneğin iyi beslenme, eğitim seviyesi, su ve kanalizasyon gibi alt yapı hizmetleri ve çevre kirlenmesi sağlığı etkileyen ekonomik faktörlerdir.

3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Büyümeye Doğrudan Etkisi

Hastaları tedavi ederek, işgücü kaybını önlemek; çalışanların ağrısını/acısını dindirerek çalışma sırasındaki halsizlik, ağrı gibi verim kaybına neden olan sorunların ortadan kaldırılması; gelecekte ağırlaşabilecek olan hastalıkları olabildiğince erken kontrol altına alarak, gelecekte ortaya çıkacak hastalıklar nedeniyle yapılması gerekecek harcamaları önlemek, sağlık hizmetlerinin doğrudan

katkılarını oluşturmaktadır. Bu katkılar, sağlığını kaybetmiş kişilerin sağlıklarına kavuşturmayı amaçlayan tedavi uygulamalarında olduğu gibi, örneğin çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı aşılanması şeklindeki bir koruyucu sağlık hizmeti uygulamasında da ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin büyümeye olan doğrudan katkıları, hem mikro hem makro bazda değerlendirilebilecek üç boyutu içermektedir. Bunlar; verimlilik boyutu, gelir boyutu ve harcama boyutu olarak sıralanabilir. Bu katkılar, parasal olarak ifade edilebilecek katkılardır ve sağlık hizmetlerine ekonomi biliminin analiz yöntemiyle yaklaşılmasını ifade eden sağlık ekonomisinin başlıca inceleme alanlarını oluşturur.

Verimlilik boyutu, doğrudan insan gücünün ekonomik faaliyetlerdeki işlevleri ile ilgilidir. Sağlık hizmetleriyle kalkınma arasındaki ilişkiler pür ekonomik bakış açısıyla değerlendirildiğinde, ilk olarak dikkati çeken boyut, sağlık hizmetlerinin bir üretim faktörü olarak insan gücünün verimliliği üzerindeki etkileri olmuştur. Verimlilik açısından hastalıkların insan gücünün üzerindeki etkilerini kısaca üç başlık altında toplayabiliriz: i) ölüm (işgücü kaybı), ii) sakatlık (çalışma zamanı kaybı), iii) halsizlik (çalışma anında verimlilik kapasitesi kaybı). Sağlık hizmetlerinin bu kayıpları ortadan kaldırması, doğrudan üretim artışı veya üretilen mal ve hizmetteki kalite artışı anlamındadır (Bingöl, 42).

Sağlık hizmetlerinin büyümeye doğrudan katkılarının ikinci boyutu, gelir artışının sağlanması veya gelir azalışının engellenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Üretim artışının sağlanması ya da daha kaliteli ürün elde edilmesi, üretim faaliyeti sonunda elde edilecek gelirin artmasını sağlayacaktır. Buradaki gelir artışı, mikro ve makro düzeyde farklılık gösterebilmektedir. Çalışanların, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olmaları durumunda, hastalık nedeniyle çalışamadıkları dönemde de gelir elde etmeye devam etmesine karşılık, üretimin azalması makro düzeyde gelirin azalmasına neden olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin büyümeye doğrudan katkılarının üçüncü boyutu, harcamalarla ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulması, ekonomik kaynakların bir kısmının bu alana ayrılmasını gerektirmektedir. Bunun yanında, söz konusu hizmetlerden yararlanılması bireysel düzeyde harcamaların artması anlamındadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ise, daha sonra ortaya çıkacak bu harcamalardan tasarrufu sağlamaktadır (Tokat, 1994: 68).

Sağlık hizmetlerinin, ekonomik faaliyetlere katkıları Tablo 21'de gösterilmiştir. Bu katkılar, hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması, sakatlık veya hastalık durumlarının azalması, çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Akalım, 1981: 215).

Tablo 20. Toplumun Sağlık Düzeyini Yükselten Yatırımların Sağladığı Parasal Faydalar

Faydanın Tanımı	**Ekonomik Etkisi**	**Faydanın Türü**
Hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması	adam-saat olarak mutlak artış	adam-saat arzının miktar olarak artışı
Sakatlık veya hastalık durumlarının azalması	adam-saat olarak göreli artış	
Çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması	adam-saat başına üretken kapasitesinin artışı	adam-saat başına ürünün kalite açısından artışı

Kaynak: Güneri Akalım, Kamu Ekonomisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Yayınları No: 486, Ankara 1981, s.215.

Hastalıklar nedeniyle zamansız ölümler, ekonomik faaliyetlerin esas unsuru olan insan faktöründen yeterince yararlanılamaması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri bu zamansız ölümlere engel olduğu ölçüde, insan gücü arzını mutlak olarak artıracak ve bunun sonucunda üretim düzeyi artacaktır Bu şekilde üretken kapasitenin artması, mikro ve makro bazda gelirlerin artması anlamındadır.

Kişinin sağlığının bozulması, sonuçta ölüme neden olmasa da, sakatlık veya hastalık nedeniyle kişinin geçici veya sürekli olarak üretimden uzaklaşması sonucuna

neden olmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin katkısı, işgücü arzında göreli bir artış şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kişinin bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olması durumunda, sakatlık veya hastalık nedeniyle geçici olarak üretimden uzaklaşması kişisel gelirinde bir azalmaya yol açmayabilir. Ancak böyle bir durumda makro anlamda üretimin azalacağı açıktır.

Ayrıca, işgücünü çalışma süresinde ortaya çıkan ağrı, acı, halsizlik gibi sıkıntılar, işgücü verimliliğini düşürmektedir. Bu durumda, işgücü doğrudan üretimden kopmamakta ve kişisel gelirde belirgin bir azalma olmamakla birlikte, üretim miktarı ve üretilen mal veya hizmetin kalitesi düşmektedir (Tokat, 1994: 68). Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin ekonomik faaliyetlere bu anlamda da olumlu bir etkide bulunduğu açıktır

Bu konularda yapılmış olan birçok araştırma, yukarıda özetlenen sağlık hizmetlerinin ekonomik büyümeye katkılarını göstermektedir. Söz konusu araştırmaların bazılarının sonuçları aşağıdaki gibi özetlenebilir (Tokat, 1994: 68-69):

- Kendrick tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ABD'de 1889-1957 yılları arasında ortak girdi endeksi yılda ortalama %1,9 oranında artış gösterirken, hâsıla endeksi %3,5 oranında bir artış göstermiştir. Aradaki 1,6 puanlık fark işgücü, sermaye ve toprak miktarındaki artış dışında başka faktörlerden oluşmuştur ki, Kendrick bu farkı sağlık ve eğitimdeki iyileşmeye bağlamıştır.

- Muskin tarafından 1960 yılında 67 milyon aktif işgücü üzerinde yapılan bir araştırmada, 13 milyon işçinin tıp alanındaki yenilikler sayesinde üretime devam ettiği belirtilmiştir.

- Hindistan'da Tamil Devleti'nde cüzamlılar üzerinde yapılan araştırmaya göre, 645.000 cüzamlıya yapılan koruyucu sağlık hizmetinin 130 milyon dolarlık GSMH artışına neden olduğu hesaplanmıştır ki; bu miktar Hindistan'ın aynı dönemde sağladığı kamusal dış yardımların %10'una karşılık gelmektedir.

- Bangladeş'te sağlıklı kişilerin, sağlığı bozuk kişilerden daha yüksek ücretle çalıştığı saptanmıştır. Bu ücret farkı, sağlıklı kişilerin daha verimli çalışmasına bağlanmıştır.

- Fildişi Sahili'nde, hastalıklı kişilerin her ay bir işgünü kaybına neden oldukları ve sağlıklı olanlardan %19 dolayında daha az kazandıkları görülmüştür. Bunun gerekçesi de, sağlıklı kişilerin daha verimli çalışması olarak açıklanmıştır.

- Sri Lanka'da 1947-1977 yılları arasında yapılan sıtma eradikasyonu ülke GSMH'sının %9 artmasını sağlamıştır.

- Rusya'da 11 yıllık ulusal çocuk felci aşı kampanyasında harcanan her ruble için 66 ruble kazanıldığı hesaplanmıştır (Güler, 1980: 49).

Sağlık hizmetlerinin ekonomik etkileri konusundaki örnek araştırmaları çoğaltmak mümkündür. Bu araştırma sonuçlarının gösterdiği gibi, toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan hizmetlerin sonucunda onaya çıkan katkıların bir kısmı doğrudan parayla ölçülebilen katkılardır.

3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Büyümeye Dolaylı Etkisi

Sağlık hizmetleri ile ekonomik büyüme arasında doğrudan ilişkiler yanında, dolaylı ilişkiler de söz konusudur. Öncelikle belirtilmesi gerekir ki; sağlık hizmetlerinin amacı, insanların sağlıklı ömürlerinin uzatılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi, insanların her türlü faaliyetine olumlu katkıda bulunacaktır. Dolayısıyla sağlık sektörü, yaşamın her alanındaki faaliyetlerle, herhangi bir şekilde ilgilidir. Bir başka ifadeyle, sağlık sektöründeki gelişmeler, toplumun her alanını yakından ilgilendirmektedir Bunun temel gerekçesi, sağlık sektörünün özünde, maddi ve maddi olmayan yönleriyle insanın bulunmasıdır. O halde, insanın gelişmesine hizmet eden sağlık sektörü, insanın gelişmesini sağladığı ölçüde, ekonomik büyümeyi hızlandıracaktır.

Bu dolaylı ilişki, karmaşık bir yapıya sahip olan bir dizi etkileşimleri içermektedir. Burada üzerinde özellikle durmak istediğimiz dolaylı ilişkiler; sağlık eğitim-büyüme ve sağlık-nüfus-büyüme şeklinde sınırlandırılmıştır (Başol, 1994: 114).

> "Sağlık-eğitim-büyüme ilişkisinde, öncelikle dikkati çeken olgu, sağlıklı bireylerin eğitim sırasında gösterecekleri olumlu davranışlardır. Bu olumlu davranışlar nedeniyle, sağlıklı bireylerin eğitimi daha başarılı olmaktadır. Eğitimin kalkınma üzerindeki etkileri ise, insan sermayesi yaklaşımı kapsamında ele alınmaktadır. Bu nedenle, eğitimin ekonomik büyüme üzerine etkisini veri alarak, sağlıkla eğitim arasındaki ilişkilerin belirtilmesi, sağlık-eğitim-büyüme ilişkisinin açıklanmasında yeterli kabul edilmiştir" (Başol, 1994: 114).

Sağlık hizmetlerinin belli bir bölümü, okul çocuklarının sağlık statülerinin yükseltilmesiyle ilgilidir. Ülkemiz de dâhil olmak üzere, hemen hemen bütün ülkelerde, okul çağındaki çocukların sağlıkları, ailelerden bağımsız olarak ele alınmakta ve okullara yönelik aşı kampanyaları ve çeşitli sağlık taramaları gerçekleştirilmektedir. Bu taramaların amacı, sosyo ekonomik koşulları nedeniyle, aileleri tarafından gerekli sağlık kontrolünden geçirilemeyen çocukların, sağlık durumlarını tespit etmek ve varsa hastalıklarının tedavisi için gerekli girişimleri başlatmaktır.

Özellikle paraziter hastalıklar, göz, ağız ve diş sağlığı, tüberküloz gibi hastalıkların tespiti amacıyla gerçekleştirilen sağlık taramaları, okul çağındaki çocukların sağlıklarının düzeltilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Bu katkıların sonucunda, eğitim çabalarının başarı düzeyi de yükselmektedir. Sosyo ekonomik gelişme düzeyi yetersiz olan yerleşim birimlerinde, sağlık taramaları yanında, çocukların beslenmesine katkıda bulunan yardımların çocuk sağlığı üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik büyüme üzerine dolaylı etkilerinden bir diğeri, sağlık hizmetleri sonucunda onaya çıkan demografik gelişmelerdir. Ülkedeki sağlık hizmetleri ile demografik gelişmeler arasındaki etkileşim, kısa ve uzun

dönemde farklılaşmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık-nüfus-büyüme ilişkisinin de iki boyutu bulunmaktadır Nüfus artış hızının yüksek olması, ülkenin içinde bulunduğu konuma bağlı olarak, ekonomik büyümeyi frenleyebilmekte veya hızlandırabilmektedir.

Ekonominin temelini oluşturan, 'kıt kaynaklar ve sınırsız ihtiyaçlar' ilişkisinde; kaynaklardaki sınırlı artış karşısında, sınırsız ihtiyaç gösteren beşeri faktörün sürekli bir tempo içinde artış göstermesi, bu sınırlı kaynakların insanlar arasında daha adil bir dağıtıma tabi tutulması sorununu eskisinden daha güncel ve önemli bir duruma getirmiştir. Bu sorun, kaynakları kıt ve ekonomik gelişme düzeyleri düşük ülkeler için daha da önemli olmaktadır. Çünkü bu gibi ülkelerde aşırı nüfus artış hızı esasen var olan çok düşük gelir seviyesi, kötü beslenme, aşırı gelir eşitsizliği ve benzeri sorunların giderek artmasına ve büyümenin sınırlanmasına neden olmaktadır (Başol, 1994: 115).

Buna karşılık, artan nüfus, aynı zamanda genişleyen bir pazar ve artan işgücü demektir. Ülkenin, insan sermayesi yatırımları açısından belli bir eşik değeri aşması ve ekonomik gelişmesini belli bir düzene sokması durumunda, nüfus artışının ekonomik büyümeyi olumlu etkilemesi de söz konusu olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin, demografik gelişmeler yoluyla ekonomik büyüme üzerindeki dolaylı etkileri, yukarıda sözünü ettiğimiz gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kısa dönemde ortaya çıkan etkisi, öncelikle ve özellikle çocuk ölümlerinin önüne geçerek, ölüm oranlarının düşmesi şeklinde olmaktadır. Doğum hızının yaklaşık aynı seviyede olmasına karşılık, ölüm oranlarının hızla düşmesi, nüfus artış hızının da artmasına neden olmakta, aynı zamanda DBYU süresi yükselmektedir (Başol, 1994: 169).

Kısa dönemde ortaya çıkan bu etkiler, ülkenin işgücü gereksinimini karşılaması nedeniyle ekonomik büyümeyi hızlandırabilme potansiyeli taşımakla birlikte; gelişmekte olan ülkelerde, nüfus artış hızının yükselmesi kalkınmayı sınırlandırabilmektedir. Bunda, söz konusu ülkelerdeki işgücü fazlası, ekonomik

gelişmenin sınırlılığı nedeniyle sanayi sektörlerindeki istihdam olanaklarının yetersizliği gibi faktörler etkili olmaktadır.

> "Hızla artan nüfus, sağlık hizmetlerine olan talebi de artırmaktadır Bu hizmetler için büyük kaynakların ayrılması, aynı kaynakların alternatif kullanma imkânlarını ortadan kaldırmaktadır. Üstelik sağlık hizmetlerine artan nüfus oranında kaynak ayrılamaması halinde ise, hizmetlerin aslında yüksek olmayan nitelikleri de bozulmaktadır" (Başol, 1994: 170).

Dolayısıyla, demografik baskı olarak nitelendirilen bu durum, ülke büyümesini sınırlandırmakta ve sağlık hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir.

Buna karşılık, sağlık hizmetlerinin, toplumun sağlık statüsünü yükseltme konusunda başarılı olması durumunda, uzun dönemde ortaya çıkacak etkiler, söz konusu demografik baskıyı ortadan kaldırabilmektedir. Özellikle yaşlıların aileyle birlikte kaldığı toplumlarda çocuklar aynı zamanda gelecek için bir sosyal güvence olarak düşünülmektedir. Bazı toplumlarda bu fonksiyon özellikle erkek çocuklara verildiğinden, aileler daha fazla sayıda erkek çocuk sahibi olmak istemekte; bu da genel olarak doğurganlığın yükselmesine yol açmaktadır. Ayrıca, tarımsal üretimin esas ekonomik faaliyet olduğu kırsal kesimde, çocukların ücretsiz işgücü olarak değerlendirilmesi, ailelerdeki ortalama çocuk sayısını artıran bir başka önemli nedendir.

Çocuk ölümlerinin yüksek olduğu toplumlarda kullanılan, 'üçü iki say, ikiyi bir say' şeklindeki atasözü; çocuk ölümleri nedeniyle ailelerin gerçekte istediklerinden daha fazla sayıda çocuğa sahip olduklarını; bir başka ifadeyle, çocuk ölümlerinin ortalama çocuk sayısının artmasına neden olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin başarısına paralel olarak çocuk ölümlerinin azalmasıyla, yeni çocuk sahibi olma arzusunun sınırlandığını ve buna bağlı olarak ortalama çocuk sayısının düştüğünü görmekteyiz.

Ailelerdeki ortalama çocuk sayısının düşmesi, her çocukla daha fazla ilgilenilmesini sağlarken, çocukların aldıkları eğitim yükselmekte, çocuklara daha iyi

bakılmaktadır. Bu koşullarda yetişen çocukların gerek eğitimi, gerekse duygusal gelişimi yeterli düzeye çıkartabilmekte ve sonuçta toplumun nüfus kalitesi geliştirilmektedir.

Sağlık sistemindeki başarının katkısıyla ortaya çıkan nüfus kalitesi, uzun dönemli bir gelişmedir. Bu süreçte demografik baskı ortadan kaldırılmakta; tam aksine nüfus, ülke kalkınmasının itici gücü, sürükleyicisi durumuna gelmektedir. Uzun dönemde ortaya çıkabilecek bu gelişme, büyüme çabalarının sürekliliği açısından, özellikle önem taşımaktadır (Mazgit, 1998: 110-119).

Kuşkusuz uzun dönemli gelişmeler söz konusu olduğunda, büyüme ile sağlık arasında demografik gelişmelerin ötesinde birçok faktör etkili olacaktır Örneğin sıtma eradikasyonu programı çerçevesinde bataklıkların kurutulması yeni tarım topraklarının kazanılmasını sağlayabilir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanalizasyon sistemi, tarım ürünlerinin zararlılarla bulaşmasını önleyeceğinden, bu ürünlerin ulusal ve uluslararası pazarlarda daha kolay alıcı bulmasına katkıda bulunacaktır.

3.3. Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ile İlişkisi

Sağlık harcamalarının sürekli ve hızlı bir şekilde artması sonucu ortaya çıkan sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplin dalıdır. Diğer bir deyişle, ekonomi bilimi ile sağlık biliminin kesişme noktasında bulunan bir alan olmaktadır.

İnsanların yaşamak ve yaşamlarını devam ettirmek için bazı ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçları karşılayabilmek için mal ve hizmet tüketimi yaparlar. Ekonomi bilimi, insanların ne kadar çok mal ve hizmet tüketirlerse, kendilerini o kadar mutlu hissedeceklerini varsayar. Ekonomi, insanların sınırsız tüketim isteklerini sınırlı (kıt) kaynaklarla en iyi nasıl tatmin edileceğini inceleyen bir sosyal bilim dalıdır (Ertek, 2005: 1).

Tokalaş (2006) ekonomiyi, kıt kaynaklarla sonsuz olan ihtiyaçları karşılamak için bireylerin ya da toplumun mal ve hizmetlere yönelik seçimlerini, bunların üretimini, dağıtımını ve tüketimini inceleyen ve tatmin düzeyini optimuma eriştirme yollarını arayan bir bilim dalı olarak tanımlamaktadır.

> "Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kaynaklar sonsuz değildir. Ülkeler sağlık politikalarını belirlerken kaynaklarının kıt olmasından dolayı, sağlık koşullarını geliştirici her istenilen faaliyeti gerçekleştiremezler. Bu sebeple ekonominin temel kavramlarından yararlanmak zorundadırlar" (Tokalaş, 2006: 10) .

Dolayısı ile toplumsal fırsat maliyeti, birim ve toplam maliyet gibi kavramalarla, kaynakların etkin kullanımına ve üretim kapasitesinin arttırılmasına çalışılmaktadır.

Bir sağlık sisteminde ideal durum, maliyet dikkate alınmaksızın mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmeti sunulmasıdır. Ancak bu hizmetlerin sunulmasında maliyetlerin göz ardı edilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin faydaları yanında maliyetlerini de dikkate alan bir etkinlik tanımını elde etmeye çalışmaktadır (Aslan, 1998: 275).

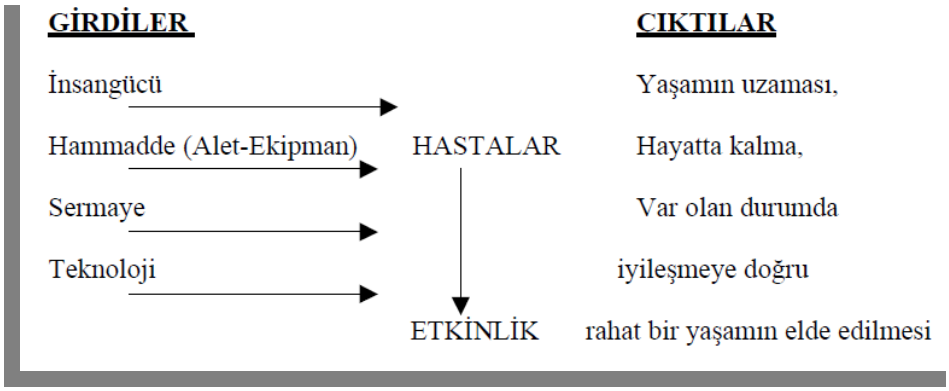
> "Ekonomi bilimi, sınırlı kaynaklarla sınırsız gereksinmelerini karşılama sorunu ile karşı karşıya olan bir kişinin ya da toplumun, tatmin düzeyini en yükseğe eriştirmesinin yollarını aramaktadır" (Dinler, 2000: 7).

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki, ekonomik sistemin sağlık hizmetlerine kaynak tahsisi sürecinde ortaya çıkmaktadır. Bir ekonomik sistemden istenilenler şunlardır (Balsak, 2004: 31):

- Sağlık bakımına optimum miktarda kaynak tahsis edilmesi,
- Bu kaynakların en uygun şekilde bir araya getirilmesi,
- Sağlık hizmetinin toplum fertlerine en uygun şekilde dağılımının yapılması,

- Mevcut sağlık hizmeti faaliyetleri ile gelecekteki sağlık hizmetleri için yapılacak yatırımlar (araştırma, eğitim vb.) arasında kaynakların en uygun dağılımının sağlanmasıdır.

Sağlık ekonomisinin sihirli kutusu Şekil 8'de gösterilmektedir. Şekilde; sağlık ekonomisinin süreçleri, girdiler ve çıktılar kullanılarak şematize edilmiştir.



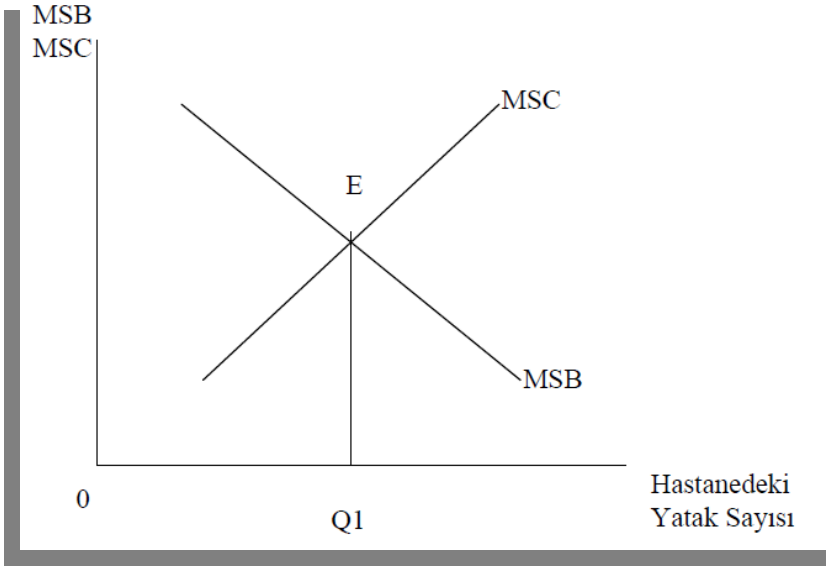
Şekil 8. Sağlık Ekonomisinin Sihirli Kutusu

Kaynak: Sevinç Tokalaş, "Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2006, s.12.

> "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 hizmetlerinin varlığı ve kullanılması sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde gereken girdilerden sadece bir tanesidir" (Tokalaş, 2006: 12-13).

Ülkelerin ekonomik göstergelerine paralel olarak, beslenme, barınma, eğitim, gelir seviyesi, yaşam tarzı, çalışma koşullarındaki iyileşmeler, yeni sağlık teknolojilerinin kullanılması gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin girdileri arasında yer almaktadır. Sağlık sistemi ise, amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, süreç, çıktı ve sonuç (etki) unsurlarından oluşan bir bütündür (Yıldırım ve Tarcan, 2000: 2).

Sağlık hizmetlerinde etkin hizmet düzeyi Şekil 9'da gösterilmektedir. Şeklin yatay ekseninde hastane yatak sayısı, dikey eksende ise marjinal sosyal fayda ve maliyet ölçülmektedir.



Şekil 9. Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi

Kaynak: M. Hanifi Aslan, Hizmet Ekonomisi, Alfa Yayınları, Ankara 1998, s.276.

Yatak sayısına paralel olarak marjinal maliyet yükselirken marjinal fayda azalmaktadır. Başlangıçta her ilave 1000 yatağın marjinal faydası marjinal maliyetten büyüktür (MSB>MSC). Bu eşitsizlik, yatak sayısının artırılmasının toplam sosyal faydayı arttıracağını ifade eder. Bu durum Q1 yatak sayısı kadar devam etmektedir. Q1 noktasında kesişen MSC ve MSB eğrileri, 1000 yatağın marjinal sosyal faydasının marjinal sosyal maliyetine eşit olduğunu ifade eder. Q1 sağında ise MSC>MSB olmaktadır. Yani yatak sayısı optimalin üzerindedir.

Çilingiroğlu (2001), sağlık sistemlerinin temel amacının, verilen hizmetler aracılığı ile bireyin ya da toplumun sağlığında olumlu gelişme sağlamak olduğunu ifade etmektedir. Sağlığı iyileştirici bir faaliyetin yapılmaya değer olup olmadığının kararı verilirken, bu müdahale sonrası elde edilecek sağlık getirisini elde etmek için harcanacak kaynaklarla bir başka alternatifin gerçekleştirilmesi halinde sağlanacak getiriler arasında kıyaslama yapılması gerekir.

> "Eğer getiri diğerinden fazla ise, ilk planlanan faaliyet yapılmaya değerdir. Burada fırsat maliyeti kavramı karşımıza çıkmaktadır. Kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda, fırsat maliyeti kavramı elde edilen bir ürün ya da hizmet miktarını, bu seçim sonucunda sağlanamayan diğer bir ürün ve hizmetlerin cinsinden hesaplamayı önerir" (Çilingiroğlu, 2001: 15).

Sağlık ekonomisi, sağlık ve ekonomi biliminin kesişim kümesidir. Sağlık kavramı vücudun fonksiyonlarını geliştirmek, onarmak ve korumak için çalışırken, ekonomide tüm bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli olan kaynakları sağlamaktadır.

3.3.1. Gelir Düzeyi ve Sağlık Çıktıları İlişkisi

Sağlık konusu sadece sağlık hizmetlerinin sunumu, doktor ve diğer sağlık personelinin niteliği, niceliği ve sağlık harcamalarından ibaret değildir. Yapılan çalışmalar ve eldeki veriler ışığında gelişmiş ülkelerde halk sağlığının sağlık hizmetlerinin yanında sosyo-ekonomik ve yaşam tarzına bağlı etmenler tarafından belirlendiğini göstermektedir (OECD, 2005: 1).

Sosyo-ekonomik durum ile çeşitli sağlık göstergeleri arasındaki ilişki gerek sosyal bilimler gerekse tıp bilimi açısından ortak bir öneme sahiptir. Sağlığın gelir üzerine etkisi bütün modeller altında, istatistiksel olarak (parametre çeşitliliğine rağmen) önemli bulunmuştur. Ancak Erdil ve Yetkiner (2004), sağlığın gelire olan etkisi ile gelirin sağlığa olan etkisini çözümlemek pek de kolay olmadığını ifade etmektedir. Buna göre;

> "Sağlık ve gelir arasında bir nedensellik ilişkisi vardır. Ülkelerin geliri sağlık harcamalarını, sağlık harcamaları da toplumun sağlığını ve yine toplumun sağlığı da ülkenin verimliliğini etkileyebilmektedir. Bu ilişki gelirden sağlığa ya da sağlıktan gelire olabildiği gibi yoğun olarak gözlenilen bir şekilde çift yönlü de olabilmektedir. Bu döngünün biçimi ülkeler arası farklılık gösterse de nedensellik ilişkisi farklı gelir gurubuna ait ülkelerde her iki şekilde de gözlenebilmektedir" (Erdil ve Yetkiner, 2004: 702).

Sağlık ve ekonomik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde birçok değişken kullanılmaktadır. Bunlardan ikisi gelir ve tüketim harcamasıdır. Ancak gelir ve tüketim harcamalarının yeterli bir kıstas olmadığı noktasından çıkan farklı gösterge arayışları ve iktisatçıların yaygın olarak kullandığı gelir/tüketim harcamaları kıstaslarının ötesinde gösterge bulma arayışları çok eskilere dayanmaktadır. Doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı, ölüm oranı, kötü beslenme, kişi başına sağlık harcamaları ve GSYİH'den sağlığa ayrılan pay ön plana çıkmaktadır (Şenses, 2003: 96).

Diğer sosyo-ekonomik değişkenlerden ziyade gelirin üzerinde odaklanmanın birçok sebebi vardır. Preston (1975), bu sebeplerden birincisinin ulusal gelir ile ilgili olduğunu ifade etmiştir.

> "Ulusal gelir, belirli bir dönemde üretilen tüm nihai ürünlerin (mal ve hizmetlerin) değerini kapsadığı için bir ülkedeki yaşam standartlarının muhtemelen en iyi tek temsilcisidir. Bu ürünlerin geniş bir dağılımının ölüm üzerinde etkileri olduğu sanılmaktadır ve bunlar üzerindeki tüm harcamalar çeşitli ağırlıkta, ulusal gelirde temsil edilen çok sayıdaki faktörü kapsayan bir göstergedir. İkincisi ekonomik düzeyiyle bağlantılı endeks olarak, kişi başına gelir, politika ölçümlerinden elde edilen büyüme modellerinin odağıdır. Bu modellerin birçoğu ölüm ve ekonomik düzey arasında bir ilişki kurmuştur" (Preston, 1975: 231; Akt: Tekin, 2004: 14).

Preston (1975)'a göre, ekonomik koşulların ölüm üzerindeki etkileri en azından kutsal kitapların ortaya çıktığı zamandan itibaren bilinmektedir ve en tesadüfî olaylar bile yiyecek temini ile ölüm arasındaki bağlantıyı kurmada yeterlidir.

Birçok çalışmada ölüm oranlarına etki eden açıklayıcı etkenler olarak çeşitli sosyo-ekonomik, kültürel, davranışsal ve çevresel sağlık karakteristikleri yoğun olarak kullanılmıştır. Bu açıklayıcı değişkenlerden gelir ve eğitim değişkenleri, ölüm oranlarının araştırılmasında önemli iki değişken olmuştur.

Arrich vd.(2005)'nin 1998-2003 yıllarını kapsayan bir araştırmasında ABD'de 2606 felçli hasta sosyo-ekonomik durumları ve ölüm oranları açısından

incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, hastalar gelir durumlarına göre 4 ayrı gruba ayrılmış ve en düşük gelir grubundaki hastaların ölüm oranları 1,60-1,71 aralığında olup, diğer gelir grubuna ait hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Arrich vd., 2005: 310-314; Akt: Tekin, 2004: 14).

Fielding ve Shields (2001), 1867-1997 yıllarını kapsayan dönem içinde ulaşılabilecek en uzun zaman serilerine sahip Finlandiya, İsveç ve Danimarka için yaptığı bir çalışmada sağlık çıktıları ve kişi başına gelir ilişkisini araştırmıştır. Bu çalışma sonucunda 3 İskandinav ülkesinde kişi başına gelir ve bebek ölümleri arasındaki dinamik etkileşimin özelliği tanımlanmıştır. Bu üç ülkede incelenen iki değişken arasında negatif bir ilişkinin var olduğu, ancak bu ilişkinin heterojenite derecesinin önemli bir konu olduğu vurgulanmıştır. Yine bu çalışmanın önemli bir sonucu sağlık ölçümlerinin ekonomik performansın önemli bir göstergesi olmasıdır (Fielding ve Shields, 2001; Akt: Tekin, 2004: 14-15).

Schieber ve Maeda (1999), gelişmekte olan ülkelerde yetişkin ölüm oranının gelişmiş ülkelerdekinden 2 kat daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Buna göre;

> "...daha fakir bölgelerde (Sahra Altı Afrikası gibi) yetişkin ölüm oranı gelişmiş ülkeler ortalamasından 4 kat daha fazladır ve bu oran Latin Amerika ve Karaibler'de sırasıyla 2 ve 1,5 kat daha fazladır. Avrupa ve Orta Asya ise yetişkin ölüm oranı, planlı ekonomiden pazar ekonomisine geçen Orta Asya ve Pasifik ülkelerinden daha iyi durumdadır. Bu geçiş, sosyal sistemin çökmesi ve GSYİH'nin düşmesi ile ilişkili olarak kalp hastalıkları, kazalar, şiddet, intiharlar ve ek olarak azaltılmış tüberküloz gibi hastalıkların rastlanma sıklığını yükseltmiştir (Schieber ve Maeda, 1999: 197; Akt: Tekin, 2004: 15).

Yaşam standartlarının ölçülmesinde kişi başına gelirin önemli bir rolü vardır. Zaman içinde kişi başına gelirin ne anlama geldiği ya da nasıl yorumlanması gerektiği birçok çalışmaya konu olmuştur. Özellikle son zamanlarda Sen (2004)'in çalışmaları bu konu üzerinde yoğunlaşmıştır. Sen (2004)'in çalışmalarında Kerala eyaleti, Hindistan'daki diğer eyaletlerle kıyaslanmıştır. Kerala eyaletinin kişi başına düşük gelire rağmen okuryazarlık, temel özgürlükler ve yaşam beklentisi açısından

diğer eyaletlerden daha iyi olması, sosyal faktörlerdeki iyileşmenin kişi başı gelirdeki düşüklüğe rağmen başarılabileceğine örnek olarak gösterilmiştir (Tekin, 2004: 15).

Gelir ve sağlık arasında pozitif ilişki olduğunu varsayan çalışmaların yanında bu ilişkiyi sorgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Gelir ve sağlık arasındaki ilişkiyi önemli bulan, ancak bu ilişkinin yapısal nedenlerinin tam olarak izah edilemediğini vurgulayan bu çalışmalara göre, ancak diğer faktörler sabit ise ilişki daha doğru açıklanabilecektir.

Ekonomik krizler de sağlık göstergeleri üzerinde önemli etkiler göstermektedir. Bu etkiler en başta GSYİH içindeki sağlığa ve sosyal hizmetlere ayrılan payın düşmesi olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun gibi ölçülebilir etkilerinin yanında sağlığa uzun vadede etki edebilecek bazı dolaylı etkileri de olmaktadır. Hane halkı gelirinin düşmesi dolayısı ile kötü beslenme ve kötü konut şartları oluşabilmektedir. Ekonomik krizler ve hane halkı gelirindeki azalma sağlık göstergeleri üzerinde muhtemelen aşağıdaki etkileri gösterecektir (UNDP, 2005: 5; Akt: Tekin, 2004: 16):

- Hane halkları düşük kaliteli besin alımına başlayacak,
- Hem özel hem de kamu sağlık hizmetleri kullanımı azalacak,
- İşgücü arzı işgücü talebini aştığı için çalışma şartları kötüleşecek,
- Aile geliri azaldığı için ailedeki okuma çağındaki gençler ve çocuklar çalışmak zorunda kalabilecektir. Ve sonuç olarak bu durum sağlıklı gelişimlerini olumsuz etkileyecektir.

Aslında hiçbir gösterge sağlık durumunu tek başına açıklayamaz. Ancak ülkeler arası karşılaştırılmalarda ve bir ülkenin zaman serisi olarak incelenmesinde doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı, o ülkenin sağlık durumuna ilişkin önemli ipuçları verir. Aynı durum gelir göstergeleri için de söylenebilir. Ancak ülkelerin makro performansını göstermesi açısından bazı tartışmalara rağmen,

GSYİH ve sağlık harcamaları en çok kullanılan ekonomik göstergelerin başında gelmektedir.

3.3.2. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Çıktıları İlişkisi

Sağlık ve ekonomi kavramları son 40 yıldır daha çok birlikte anılmaya başlamıştır. Sağlık harcamalarının gerek devlet bütçelerinde, gerekse toplam harcamalarda her geçen gün daha çok pay alması bu ilgiyi artırmıştır. Ayrıca sağlık harcamalarının ülkelerin GSYİH'si içinde önemli paylar işgal etmelerinin yanında, bu harcamaların adaletli dağılımı ve etkinliği de, araştırmacıların ilgi odağı olmaya başlamıştır.

Sağlık harcamaları ile ilgili ilk kapsamlı çalışma Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labor Organisation, ILO) tarafından 1959 yılında ABD için sosyal sigorta programları kapsamında yapılan (zorunlu) tıbbi ödemelerin ve gönüllü ödemelerin karşılaştırılması için yapılmıştır. Bunlar yanında sağlık harcamalarını kişi başına düşen gelir açısından karşılaştıran ve bu bağlamda sağlık harcamalarının gelir elastikiyetini hesaplayan, ayrıca sağlık harcamalarını kamu ve özel kesim sağlık harcamaları açısından ele alan çalışmalar da vardır (Mutlu ve Işık, 2005: 203-205).

Sağlık harcamaları birçok ülkede hem kamu hem de özel sektör tarafından karşılanmaktadır. ABD gibi bazı ülkelerde büyük oranda özel sektör ağırlıktayken, dünyanın geri kalan birçok ülkesinde ise kamu kesimi ağırlıktadır. Sağlık harcamalarının kamu ya da özel sektör tarafından verilmesinin bireyin ve toplumun sağlığına olan etkileri ise ayrı bir tartışma konusudur.

İktisadi kalkınma ile birlikte toplumlarda gelişen bilinç sayesinde, sağlık hizmeti için arz ve talep artmış, sağlık harcamaları ülkelerin toplam hâsılalarında önemli oranlara ulaşmıştır.

> "OECD ülkelerinde bu sağlık harcamaları oranlarının 1960 yılında % 3,9'a, 1970 yılında % 5,1'e, 1980 yılında % 7,0'a ve 1990 yılında ise % 7,8'e ulaştığını ifade etmiştir. "OECD ülkelerinde, sosyal sektörler içinde ikinci büyük paya sahip olan

sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar, son 30 yıl içerisinde ülkelerin GSMH'sinin büyümesinden daha hızlı artmıştır" (Yıldırım, 1994: 2).

Busse vd. (2003), sağlık harcamalarının son yıllarda hızlı artmasının sebeplerini şu şekilde sıralamıştır (Busse vd., 2003: 18; Akt: Tekin, 2004: 37):

- Nüfus/nüfusun yapısı
- İktisadi büyüme/GSYİH'nin artması
- Yeni teknolojilerin ve tıbbın ilerlemesi
- Sağlık hizmetleri (emek ve teknolojinin yoğun olması)
- Sosyal güvenlik sistemleri

Sağlık harcamalarının artmasında nüfusun yapısı önemli bir etkendir. Özellikle gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin artması, 65 yaş üstü nüfusu artırmış, emeklilik ve sağlık sigortalarının aktüeryal (aktif-pasif) dengelerini zorlamaya başlamıştır. Kişi başına gelirin artması da sağlık harcamalarını artırma eğilimindedir. İnsanların daha kaliteli ve sağlıklı yaşam isteği, sağlık hizmetleri talebini yükseltmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin emek, bilgi ve teknoloji yoğun olması da maliyetleri yükseltmektedir.

Sağlık harcamalarına ilişkin tartışmalar daha çok gelişmekte olan ülkeler için büyük öneme sahiptir. Öyle ki gelişmekte olan ülkelerin sınırlı yönetimsel bir kapasite, ağır bir hastalık yükü ve kısıtlı kaynaklara sahip olduğu düşünülürse bu önem daha da artmaktadır (Schieber ve Maeda, 1999: 193; Akt: Tekin, 2004: 37). Bu kısıtlar altında sağlık harcamaları verilerinin izlenmesi ayrı bir öneme sahiptir. Bununla beraber sağlık harcamalarının gelişiminin izlenmesi kadar, bu harcamaların sağlık çıktıları açısından etkilerinin ne olduğu da ayrı bir öneme sahiptir ().

Tarihsel olarak incelendiğinde, sağlık hizmetleri birey ile tedavi edici kişi arasında mikro bir ilişki olarak başlamıştır. Şehirleşmenin artması ve sağlığın hem bireyi hem de toplumu ilgilendiren bir konu olması dolayısı ile ortak sağlık sorunlarına çözüm bulmak kamunun görevleri arasına girmiştir. İkinci Dünya Savaşı

sonrasında ise teknolojik devrimlerin sağlık hizmetlerinde yoğun olarak kullanılması sağlık hizmetleri maliyetlerinde önemli artışlara neden olmuştur. Birçok gelişmiş ülkede, sağlık harcamalarının artış hızının, ülkelerin gelirlerindeki artış hızından fazla olması, araştırmacıları bunun sebepleri ve bu harcamaların etkinliği konusunda araştırmaya sevk etmiştir.

Schieber ve Maeda (1999)'ya göre küresel sağlık harcamalarının yıllık 2,3 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir ki bu da takriben küresel gelirin % 9'u civarına denk gelmektedir.

> "Yüksek gelirli ülkeler –ki bu ülkelerin nüfusu toplam nüfusun %16'sı kadardır- 2 trilyon dolar üzerinde para harcayarak toplam sağlık harcamasının %89'unu kullanmaktadır. Bunun yanında dünya nüfusun %84'ünü oluşturan gelişmekte olan ülkeler bütün sağlık harcamalarının yalnızca %11'ini harcamaktadır" (Schieber ve Maeda, 1999: 193-194; Akt: Tekin, 2004: 38).

Bu önemli farklılık gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında muazzam bir sağlık hizmeti tipi, altyapısı ve kapasitesi farklılığını getirmektedir. Yine bu farklılık sağlık çıktılarında da önemli uçurumları oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarının milli gelire oranı, gelişmişlik düzeyine bağlı olarak bir artış gösterme eğilimindedir (Şenses, 2003: 205).

Mutlu ve Işık (2005)'ın Ghadwick'ten aktardığına göre;

> "Toplum sağlığının iyileştirilmesi yönünde alınacak önlemler ülke için iyi bir yatırım unsuru olarak ele alınmaktadır. İşgücünün üretimi gelecekteki sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri yoluyla yaratılır ve sağlık harcamaları üretkenliği iyileştirir ve bu üretkenliğe devamlılık kazandırır" (Mutlu ve Işık, 2005: 26).

Yine Mutlu ve Işık'ın Drucker'dan aktardığına göre ise;

> "Bilginin işe uygulanmasıyla verimlilik artışı olmuş ve artıştan sağlık harcamaları da olumlu yönden etkilenmiştir" (Mutlu ve Işık, 2005: 26).

Mushkin (1962)'e göre;

> "Yirminci yüzyılın başlarında sağlık sistemine harcanan para GSMH'nin %0'ına yakın bir düzeyinde seyrederken günümüzde gelişmiş ülkelerde % 8-12 arasında değişmektedir. Sağlık programları, işgücü ve malzeme aracılığıyla ekonomik kaynakları kullanmakta ve aynı zamanda ekonomik kaynakları yaratmaktadır. Sağlık harcamalarına bir yatırım harcaması olarak bakmak, ekonomik büyüme ve gelirin artmasına olan katkısını anlamaya yardım etmektedir" (Mushkin, 1962: 143; Akt: Tekin, 2004: 39).

Paglin (1974) ise, sağlık harcamalarının, erken ölümlerin, sakatlıkların ve hastalıkların azaltılması dolayısı ile işgücü kaynağının iyileştirilmesini sağladığını ve dolayısı ile yatırım harcaması olarak değerlendirildiğini ifade etmektedir (Paglin, 1974: 432; Akt: Tekin, 2004: 39).

Bütün diğer sektörlere yapılan yatırımlar gibi sağlık hizmetlerine ve sağlığa yapılan harcamalar gelecek odaklıdır. Suhrcke vd. (2005)'ne göre aslında geleceğe odaklanmak, yatırım kavramının özünde olan bir gerçektir. Bu bakımdan, işlevsel olarak sağlık harcamalarının, büyük altyapı projelerine ayrılan kaynaklardan çok farkı yoktur.

> "Bununla birlikte sağlığa yapılan yatırımların potansiyel geri dönüşü diğer sektörler kadar hızlı ve net olarak görülmemektedir. Özellikle temel sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, politik karar vericilerde ve toplumda bu öngörüsüzlüğe maruz kalmaktadır. Bu yanlış anlamaya sebep olan etken, belirli bir kısa dönem için yatırımların direkt karşılaştırılmasıdır. Yatırımların planlanmasında, ülkelerin uzun vadeli analizleri dikkate alması, iktisadi kalkınma planlarında sağlığa yapılan yatırımların daha dikkatle ele alınmasını sağlayacaktır" (Suhrcke vd., 2005: 85; Akt: Tekin, 2004: 39).

Mushkin (1962), beşeri sermayenin gelişimi için eğitim ve sağlığa aynı önemde yatırım yapılması gerektiğini ifade etmektedir.

> "Çünkü eğitim önemli olmakla birlikte eğitime öznitelik kazandıran sağlığın öneminin de iyi anlaşılmış olması lazımdır. Basit koruma yöntemleri ile önlenebilecek hastalıklardan iyi eğitimli dâhileri bile kaybedebiliriz ve bunların hayatta kalmaları ile yapabilecekleri pek çok toplumsal gelişmeden mahrum kalabiliriz. Bazı hastalıklar da vardır ki öldürücü olmamalarına rağmen yaşam kalitesini düşürerek beşeri sermayenin verimliliğini etkilemektedir. İnsanlarda görülen bağırsak kurtları öldürücü olmaktan ziyade kroniktir ve insanlar üzerindeki olumsuz etkileri yüzünden de bu hastalık tembellik hastalığı (germ-of-laziess) olarak tanımlanmaktadır" (Mushkin, 1962: 131; Akt: Tekin, 2004: 39).

Yine Mushkin (1962), bulaşıcı hastalıkların genellikle zengin ülkelerden çok fakir ülkeler arasında yüksek bir yaygınlık oranına sahip olduğunu belirtmekte, enfeksiyon hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklara karşı (çocuk felci gibi) harcama yapmanın toplum için faydalı olduğunu savunmaktadır.

> "Ayrıca tüberküloz ve sifiliz gibi hastalıklara yönelik tedavi hizmetleri harcamaları da bu hastalıkların yayılımını önlemeye yardımcı olmaktadır. Bu nedenden dolayı bunun gibi bireye yapılan bazı hizmetler aynı zamanda bireyin komşusunu da korumaktadır. Bireyin ve komşusunun sağlığının yükselmesi de ekonomiye iyileşme olarak yansıyacaktır" (Mushkin, 1962: 132; Akt: Tekin, 2004: 40).

3.3.3. Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamaları İlişkisi

Ülkelerin gelir durumu ile eğitim ve sağlık gibi beşeri sermayeye ayrılan kaynakları arasında bir ilişki mevcuttur. Bu ilişkinin yönü ve gücü birçok araştırmaya konu olmuş ve bazı eleştirilere rağmen pozitif yönlü ve önemli bulunmuştur. Zenginliğini doğal kaynaklarından ziyade beşeri sermayesinden elde eden ülkeler için bu gibi harcamalar daha da önem kazanmıştır. Bu bağlamda GSYİH ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki bazı araştırmacılar tarafından incelenmiştir.

Schieber ve Maeda (1999) tarafından 1994 yılı verileri kullanılarak yapılan ülkeler arası bir çalışmada, kişi başına GSYİH ve sağlık harcaması arasındaki ilişkiler araştırılmış ve ülkeler arasında yaygın olarak, kişi başına gelir ve sağlık

harcamaları arasında direkt olarak güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bu durum gösteriyor ki, kişi başı GSYİH'deki 10 puanlık değişim, kişi başına düşen sağlık harcamalarında 11,3 puanlık bir değişiklik anlamına gelmektedir. Yine aynı çalışmada kamu sağlık harcamalarının ve özel sağlık harcamalarının da gelir esnekliği araştırılmış ve sırasıyla 1,21 ve 1,02 bulunmuştur. Buna göre kamu sağlık harcamaları gelir farklılıklarına özel sağlık harcamalarından daha duyarlıdır. Aslında bu durum, ülkelerin gelirleri yükseldikçe sağlık harcamalarına (hem kamu hem de özel) gelir artışından daha çok pay ayırmaları ile ilgilidir. Gelirleri yükselen ülkeler sağlık yatırımlarını artırdıkları gibi daha ileri bakım seviyeleri olan rehabilite edici alanlara daha fazla kaynak ayırmaktadırlar (Schieber ve Maeda, 1999: 193-205; Akt: Tekin, 2004: 47).

> "Ülkelerin sağlık harcamalarındaki farklılık çeşitli şekillerde yoruma açıktır. Genel olarak kişi başına yüksek gelirin yüksek olduğu ülkelerde kişi başına sağlık harcaması da yüksek olmaktadır. Ancak sağlık sisteminin organizasyon yapısı, sağlık finansman sistemindeki farklılıklar, teknolojiye ulaşmadaki faktörler, toplumun genel kültürü, nüfusun yaş dağılımı (yaşlı nüfusunun toplam nüfusa oranı) gibi faktörler sağlık harcamalarının seviyesini etkilemektedir" (OECD; 2005: 3).

Phelps (1997), kişi başına gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen hemen hemen tüm çalışmalardaki tıbbi bakımın lüks mal olduğunu ifade etmektedir. Buna göre;

> "...daha yüksek gelir ya da ek tıbbi harcamalar (ya da her ikisi birden) hem bebek ölümü hem de yaşam beklentisi gibi sağlık çıktılarında ilerlemeye sebep olmaktadır" (Phelps, 1997: 621; Akt: Tekin, 2004: 48).

Öte yandan tıbbi bakımın lüks mal olmadığını ya da tartışmalı olduğunu yineleyen çalışmalar ve sağlık harcamalarının seviyesi ve gelir arasındaki ilişkiyi farklı boyutlarda inceleyen araştırmalar bulunmaktadır.

> "Geçmişte ülkelerin gelir ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar kesitsel ve zaman serisi yöntemleri ile incelenmiş ve her iki yöntemin de

> çeşitli eleştirilere maruz kaldığı görülmüştür. Tüm bu eleştirilere rağmen gelir ve sağlık harcaması arasındaki ilişki hangi yöntemle olursa olsun önemli bulunmuştur. Bazı ülkelerde bu ilişki aynı sonuçları vermese de bu sonuç gelirin sağlık harcamaları üzerindeki önemini ortadan kaldırmaz" (Hansen ve King, 1996: 128; Akt: Tekin, 2004: 48).

Bu eleştirilerin en başında, ABD'de sağlık harcamalarının yüksekliğine karşın makro sağlık göstergeleri açısından çok iyi durumda olmadığı eleştirisi gelmektedir.

> "ABD'de sağlık hizmetleri harcamalarının genellikle yanlış tahsis edildiği ve boşa gittiği sıkça vurgulanmaktadır. Tüm bu eleştirilere rağmen, her ne kadar bürokrasi ve karmaşıklık olsa da ABD sağlık çıktılarındaki iyileşme büyük oranda ekonomik refahın bir sonucudur" (Nordhaus, 2005: 390; Akt: Tekin, 2004: 48-49)

Erdil ve Yetkiner (2004)'in gelir ve sağlık harcamaları arasındaki nedensellik araştırmasına göre, araştırma kapsamındaki 75 ülkeden 46'sında (yaklaşık %61'i) hem gelirden sağlık harcamalarına hem de sağlık harcamalarından gelire çift yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmuştur. Çalışmada, ülkeler Dünya Bankası ölçütleri ile 3 gelir gurubuna ayrılmıştır (yüksek-orta-düşük gelir grubu ülke). Bu üç ülke grubuna göre sonuçlar incelendiğinde çift taraflı nedensellik ilişkisini gösterme payı açısından düşük gelirli ülkeler için %68, orta gelirli ülkeler için %65 ve yüksek gelirli ülkeler için %50 olarak gözlenmiştir.

> "Çift yönlü nedensellik ilişkisi bulunamayan ülkelerin çoğu için gelir ve sağlık harcaması arasında tek yönlü bir ilişki gözlenmiştir. Bu nedensellik ilişkisi ya gelirden sağlık harcamasına ya da sağlık harcamasından gelire doğru ortaya çıkmıştır. Orta ve düşük gelirli ülkelerde nedensellik ilişkisi ya çift yönlü ya da gelirden sağlık harcamasına doğru tek yönlü ilişki şeklinde ortaya çıkarken, yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamasından gelire doğru bir ilişki saptanmıştır" (Erdil ve Yetkiner, 2004: 701-724).

Bu durum, yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamasından gelire nedenselliğin daha yüksek bir paya sahip olması, yüksek gelirli, orta gelirli ve düşük

gelirli ülkeler arasındaki yapısal farklılıkların bir göstergesidir, şeklinde açıklanabilir. Öncelikle gelişmiş ülke ekonomileri, düşük ve orta gelirli ülkelerden daha fazla beşeri sermayeye dayalıdır. Bu bağlamda yüksek gelirli ülkelerde, sağlık harcamasının geliri etkilemesi doğal bir sonuçtur. Bunun dışında gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları içindeki kamu payının yüksek olması, kamusal alt yapının daha iyi olması ve dolayısı ile epidemilerin, kazaların ve sakatlık risklerinin azaltılmış olması sağlığı açıklamada gelirin önemini azaltmaktadır. Sonuçta elde edilen veriler gelirden sağlık harcamasına giden bir nedensellik ilişkisini her zaman göstermeyebilir.

> "Sağlık harcamalarının tedavi odaklı harcamalar olması da harcamaların miktarından ziyade toplam sağlık harcamaları içerisindeki dağılımını tartışmaya açmıştır. Genellikle sağlık harcamalarının hastaları tedavi ettiği, fakat hastalıktan korunmaya gerekli önemin verilmediği görülmektedir. Günümüzde OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının ortalama %3'ü hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığı programları için harcanmaktadır, geriye kalan büyük bir kısmı hastalığın önlenmesinden ziyade ortaya çıkmasından sonraki tedavi harcamalarına ayrılmaktadır" (OECD, 2005: 6).

Sonuç olarak denilebilir ki, ülkelerin milli gelirlerinin önemli bir kısmını sağlık hizmetleri için ayırmaları gelişmişlik seviyeleri için bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Beşeri sermayeye doğrudan yatırım olarak kabul edilen sağlık harcamaları, sağlık göstergeleri üzerinde önemli etkiler bırakmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kavramının anlamı zaman içerisinde bireyden bireye, toplumdan topluma farklılıklar göstererek algılanmıştır. Ekonomik ve sosyal açıdan toplumların kaydettiği ilerlemeler sağlığın, sosyal yönden de incelenmesini zorunlu kılmıştır. Günümüzde ise bireyin sağlığı sadece fizyolojik ve sosyal yönden değil; aynı zamanda ruhsal yönden de sağlık kavramının içine girmiştir.

Sosyal devlet anlayışı ile birlikte ülkeler sağlık politikalarını yeniden yapılandırmış ve sağlık hizmetlerini ülkenin geneline yaymayı amaç edinmiştir. Sağlık kavramına verilen önemin artması ile birlikte iktisat bilimi içinde de yeni bir bilim dalı olan sağlık ekonomisi bilimi oluşmuştur. Bu yeni bilim dalı, sağlık hizmetlerinin arz ve talebini, sağlık hizmetlerinin sunulmasından kaynaklanan sağlık harcamalarının artış nedenlerini inceleyen bir bilim haline gelmiştir.

Bir toplumun sağlık düzeyi, beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine katkıda bulunan önemli bir unsurdur. Bir toplumun sağlık düzeyi ile gelişmişlik arasında önemli bir bağ bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini tamamlamış birçok ülkede sağlığa büyük paylar ayrılırken, bunun yanında sağlıkta da iyileşmeler sonucu ekonomiye katkılar sağlanmaktadır. Sağlık ve ekonomi arasında bir nedensellik söz konusudur.

Sağlık sistemine ilişkin önemli göstergelerden biri de sağlık harcamalarıdır ve ekonomik büyüme üzerindeki etkisi çok yönlü olmakla birlikte uzun dönemli olmaktadır. Sağlık hizmetleri geniş kapsamlı düşünüldüğünde insana yapılan bir yatırım harcamasıdır. Bu amaçla yapılacak harcamalar, çalışma gücünü koruyacak, ileride olası hastalıkları azaltacak, sağlık harcamalarında tasarrufu sağlayacak ve bununla beraber ekonomik gelişmişliğe önemli katkıda bulunacaktır.

Sağlıkta bilinçlenme, teknolojik gelişmelerdeki hızlı artış, nüfusun artması gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları her yıl artış göstermektedir. Kamu kaynakları tarafından finanse edilen sağlık harcamalarındaki artış oranları, sağlık hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için finansmanın ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu konu, uluslararası karşılaştırmalar açısından da önem taşır. Sağlık harcamaları ile ilgili olarak çok çeşitli ölçülerden yararlanılabilir.

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için sağlıklı bir topluma sahip olunması gereklidir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır.

Beşeri sermayenin asıl kaynağını eğitim oluşturmakla birlikte, toplumun sağlık düzeyi de beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan diğer bir faktördür. Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi vardır. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır.

Bu araştırmada ekonomik büyüme ve sağlık kavramı üzerinde durularak sağlık ekonomisi hakkında bilgiler verilmiş, sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki değerlendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişki karşılıklı olarak sorgulanmış, sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin ekonomi üzerine olan etkileri sorgulanırken ekonomide meydana gelen değişikliklerin de sağlık göstergelerini ne şekilde etkilediği araştırılmıştır.

Ekonomik büyüme açısından sağlık harcamalarının yeri son derece önemli bir unsurdur. İyi bir sağlık düzeyinin ekonomik büyüme üzerindeki ilk etkisi, bireylerin yaşam sürelerini uzatarak beşeri sermaye yatırımlarından daha uzun süreli faydalanma olanağı sağlamasıdır. Ayrıca uzun yaşam beklentisi, insanların yaşamları

boyunca beşeri sermaye yatırımlarından elde edecekleri getiri beklentisiyle, özel tasarruf kararlarını pozitif yönde etkileyecek, artan tasarrufların yatırıma dönüştürülmesi ise ekonomik büyümeye olumlu yansıyacaktır.

Diğer taraftan, yüksek bir sağlık düzeyi beşeri sermayenin bir diğer unsuru olan eğitimin kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Daha iyi eğitim alan bireyler ekonomi için daha nitelikli işgücü anlamına gelmekte, dolayısıyla üretimi arttırıcı bir faktör olmaktadır. Sağlık düzeyinin iyileşmesi hastalık taşıması nedeniyle daha önce kullanılamayan kaynakların işletilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık harcamalarıyla birlikte önlenen çeşitli hastalıklar sayesinde sağlığa ayrılacak kaynakların bu alandan mal ve hizmet üreten diğer alanlara kaydırılması sağlanabilmektedir. Bütün bu nedenlerden ötürü sağlık, ülkelerin beşeri sermaye birikimine ve bu birikim neticesinde iktisadi büyümeye oldukça önemli katkılar sağlamaktadır.

Sağlık harcamalarına yapılan yatırımların ekonomik büyüme üzerindeki etkisi uzun dönemde ortaya çıkmaktadır. Beşeri sermaye yaklaşımı kapsamında sağlık hizmetleri de sağlık yatırımı niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetleri, insanın çalışma yeteneğini koruması ve geliştirmesinden ötürü çalışma verimini artırıcı bir insana yatırım olarak görülmektedir. Sağlık harcamaları, çalışma gücünü koruyarak ve gelecekte ortaya çıkacak sağlık sorunlarını azaltarak gelecekte ortaya çıkacak sağlık harcamalarından tasarruf sağlamaktadır. Gelişen insanın sağlık sermayesi stoku beşeri sermayenin de önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu şekilde sağlık stokunu artıracak olan sağlık hizmetleri ve sağlık yatırımları, beşeri sermayeyi artırarak ülke kalkınmasında önemli bir rol üstlenmektedir.

Belli bir ekonomik gelişmişlik düzeyine ulaşmış toplumlarda sağlık için ayrılan kaynakların arttığı ve bireylerin sağlık bilinçlerinin de yükseldiği görülmektedir. Bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin gelişimi ekonomik büyümeyi de hızlandırmaktadır. Örneğin, sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilecek olmaları ve daha önemlisi sağlıklı bireylerin eğitilmesi durumunda eğitim yatırımlarından daha uzun süreli yararlanma imkânının doğacak olması, eğitim yanında sağlığa da önem

verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, çoğu iktisatçı toplumların sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğe dolayısıyla ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olacağını kabul etmekte ve konu ile ilgili yapılan ampirik çalışmalarda ise, sağlığın genel olarak ekonomik büyümeyi pozitif etkilediğine ilişkin ampirik sonuçlara ulaşılmaktadır.

Sağlık göstergeleri üzerine kişi başına gelirin ve kişi başına sağlık harcamalarının göre katkısını tahmin etmek kolay değildir. Ülkelerarası sağlık göstergelerinin iyi olması genellikle iktisadi göstergelerin yüksek olması ile ilişkilidir. Ancak kişi başına gelirin ve kişi başına sağlık harcamasının benzer olduğu ülkeler arasında da dikkate değer farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların, ülkelerin sağlık sitemlerinin organizasyon yapıları ve hakkaniyet ölçülerinde olup olmadıkları, emeklilik ve sağlık sigortaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ülkelerin diğer sosyo-ekonomik şartları, bilinç düzeyi, coğrafi şartları ve geleneksel yaşam şartlarında bu farklılıkları belirginleştirmektedir.

Ülkelerin milli gelirlerinin önemli bir kısmını sağlık hizmetleri için ayırmaları gelişmişlik seviyeleri için bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Beşeri sermayeye doğrudan yatırım olarak kabul edilen sağlık harcamaları sağlık göstergeleri üzerinde önemli etkiler bırakmaktadır. Ülkelerin genel olarak gelişmişlik düzeyi artıkça kişi başına sağlık harcamalarının yükseldiğini söyleyebiliriz. Türkiye için de aynı durum geçerlidir. Yani kişi başına gelir artışı ile kişi başına sağlık harcaması paralel yükselmektedir. Ayrıca bu yükselme ulusal hesaplara gerek kişi başına sağlık harcaması gerekse GSYİH'den sağlığa ayrılan yüzdelik pay olarak yansımaktadır. Bu durum olumlu olmakla beraber Türkiye için ulaşılması hedeflenen gelişmiş ülkeler seviyesinden halen çok uzaktadır. Fakat gelir artışının düzenli olarak devam etmesi halinde bile sağlık için harcanan paranın artacağını doğrudan beklemek yanıltıcı olabilir. Kamu adına karar vericilerin bu hususa dikkat etmesi ve sağlık harcamalarında kamu yararını dikkate alması gerekmektedir.

Türkiye'deki sağlık sektörü önemli bir gelişme göstermesine rağmen, artan nüfus ve eksik olan sağlık hizmetleri açısından yetersiz kalmaktadır. Gelişmiş

ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH'dan almış olduğu pay genellikle Türkiye'den yüksektir. Türkiye'de 1980'li yılların başlarından itibaren dünyadaki genel eğilimlere paralel olarak sağlık alanına ayrılan kaynakların kullanımında rasyonalitenin sağlanması amacıyla, maliyetlerin azaltılması ve verimliliğin artırılması yönünde toplumsal baskı ve yönetsel ilgi artmıştır. Bu sürecin en önemli belirleyici öğelerinden biri kaynak kullanımında maksimum verimlilik arayışıdır. Bu arayışların somut yansıması olarak Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık kurumlarının verimli ve etkili çalışması gereğine dikkat çekilmiş ve bu beş yıllık dönemde hastanelerin daha verimli çalışmasının sağlanması, idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışı ile yönetilmeleri ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmeleri amaçlanmıştır.

Türkiye'nin sağlık göstergelerinin daha iyi seviyelere gelebilmesi için kişi başına gelirinin yükselmesini beklemeye gerek yoktur. Gelir önemli olmakla beraber, geliri çok yüksek olmamasına rağmen sağlık çıktıları iyi olan ülkelerde bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının sosyal devlet uygulamaları içerisinde ve hakkaniyet ölçütlerinde, gereken önemin verilerek uygulanması, sağlık çıktılarını iyileştirecek ve beşeri sermaye kaynağını geliştirecektir.

Sağlığa yapılan yatırımlar diğer sosyal yatırımların başında gelmekte ve birçok açıdan da benzerlik göstermektedir. Örneğin eğitim ve sağlığa yapılan yatırımların somut sonuçları uzun vadeli ve ölçülmesi zordur. Sağlığa yapılan yatırımların geri dönüşüm oranlarının uzun vadeli olması, politika yapıcıları daha hızlı ve gözle görülür yatırımlara sevk etmektedir. Bu bağlamda Türkiye'nin uzun vadeli, stratejik ve sürdürülebilir sosyoekonomik politikalara ihtiyacı vardır.

Sağlık üzerinde kişi başına gelirin etkisi dikkatli incelenmesi gereken bir konudur. Yalnız başına kişi başına gelir artışının, sağlığın teminatı olamayacağı bilinmektedir. Gelir arttıkça, ekonomik kalkınma ile birlikte başka sağlık sorunları da ortaya çıkmaktadır. Gelirin yetersizliği kadar artmasının sonuçları da takip edilmeli ve kalkınmanın diğer unsurları ile (eğitim gibi) birlikte desteklenmelidir.

Beşeri sermayenin niteliğini ve verimliliğini etkileyen sağlık harcamaları bir tüketim harcaması olarak görülmemeli, sağlık hizmetleri kalkınmanın ana unsurlarından biri olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

AK, B. ve SEVİN, H. D. (2000). "Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri", *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildirileri*, 20-21 Mayıs, Ankara.

AKALIM, G. (1981). *Kamu Ekonomisi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Yayınları No: 486, Ankara.

AKDUR, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, İkinci Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

AKIN, C. S. (2007). "Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Harcamaları", *Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

AKTAN, C. C. ve IŞIK, A. (2010a). "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık", http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf, (29.03.2010b).

AKTAN, C. C. ve IŞIK, A. (2010b). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf, (12.03.2010a).

ALPER, Y. (1988). "21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik", *Yayınlanmamış Rapor*, Bursa.

ALPUGAN, O. (1984). "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", *Karadeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2.

ALTAY, A. (2005). *Türkiye'de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi*, TUGİAD Ekonomi Ödülleri Kitapları No: 5, Evren Yayıncılık, Ankara.

ALTAY, A. (2007). "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 64.

ARICI, K. (1999). *Sosyal Güvenlik*, Tes-İş Eğitim Yayınları, Sargın Ofset, Ankara.

ARRICH, J., LOLOUSCHEK, W. ve MULLNER, M. (2005). "Influence of Socioeconomic Status on Mortality After Stroke: Retrospective Cohort Study", *Journal of The American Association*, Vol: 36, ss.310-314.

ARROW, K. J. (1962). "The Economic Implications of Leraning by Doing", *The Review of Economic Studies*, Vol: 29, No: 3, June.

ARSLANHAN, S. (2010). "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?", *Tepav Değerlendirme Notu*, Temmuz.

ASLAN, M. H. (1998). *Hizmet Ekonomisi*, Alfa Yayınları, Ankara.

ATEŞ, S. (1998). "Yeni İçsel Büyüme Teorileri ve Türkiye Ekonomisinin Büyüme Dinamiklerinin Analizi", *Doktora Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

AVCI, A. (1997). *Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı*, Melisa Matbaacılık, İstanbul.

BALSAK, M. (2004). "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Kalkınma Sürecinde Yeri ve Önemi", *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2004.

BARKAI, H. (1986). "Ricardo's Volte-Face on Machinery", *The Journal of Political Economy*, Vol: 94(3), ss.595-613.

BAŞOL, K. (1994). *Demografi*, İzmir.

BATIREL, Ö. F. (1996). "Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası", *M.Ü.İİBF Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 3, 1996.

BELEK, İ., NALÇAÇCI, E., ONUROĞULLARI, H. ve ARDIÇ, F. (1992). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları, İstanbul.

BERBER, M. (2006). *İktisadi Büyüme ve Kalkınma*, Derya Kitabevi, Trabzon.

BULUT, A. (2007). "Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, (Ed: Berna Akkıyal), İletişim Yayınları, İstanbul.

BULUTOĞLU, K. (2001). *Kamu Ekonomisine Giriş*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.

BUSSE, R., WURZBURG, G. ve ZAPPACOSTA, M. (2003). "Shaping the Societal Bill: Past and Future Trends in Education, Pensions and Health Expenditure", *Futures*, Vol: 35(1), 2003, ss.7-24.

ÇALIŞKAN, Z. (1999). "Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye'de Uygulanabilirliği", *Yüksek Lisans Tezi*, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

ÇİLİNGİROĞLU, N. (1995). *Sağlık Ekonomisi*, (Der: M. Bertan ve Ç. Güler), Güneş Kitabevi, Ankara.

ÇİLİNGİROĞLU, N. (2001). "Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi", *Yeni Türkiye*, Sayı: 40, Temmuz-Ağustos.

DAĞISTAN, R. (2001). "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı", *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

DAĞLI, G. H. (2006). "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı", *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

DİNLER, Z. (2005). *İktisada Giriş*, Ekin Kitabevi, Bursa.

DOMAR, E. (1946). "Capital Expansion, Rate of Growth and Employment", *Econometrica*, ss.140-144.

DPT. (2000). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Kamu Mali Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması ve Mali Saydamlık ÖİK Raporu*, DPT Yayınları, Ankara.

DPT. (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT Yayınları, Ankara.

DPT. (2003). *2004 Yılı Programı*, DPT Yayınları, Ankara.

DPT. (2006). *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı: 2007-2013*, DPT Yayınları, Ankara.

ERDİL, E. ve YETKİNER, I. H. (2004). "A Panel Data Approach for Income- Health Causality", *The Economics of Health Reforms*, (Ed. J.N. Yfantopoulus), No: 38, ss.701-724.

ERDUT, Z. (1998). *Rekabetin İşgücü Piyasasına Etkisi*, TÜHİS Yayınları, İzmir.

ERKAN, H. (1998). *Bilgi Toplumu ve Ekonomik Gelişme*, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 4. Baskı, İstanbul.

ERTEK, T. (2005). *Makroekonomiye Giriş*, İkinci Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.

ERTEKİN, Ş. (2000). "1980 Sonrası Dönemde Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu", *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

FIELDING, D. ve SHIELDS, K. (2001). "Dynamic Interaction between Income and Health: Time-Series Evidence from Scandinavia", Discussion Papers in Economics 01/5, Department of Economics, University of Leicester, http://ideas.repec.org/e/pfi2.html, (12.07.2010).

GÖKTAŞ, Ö. Y. (2005). "Türkiye Ekonomisinde Büyüme ve İşsizlik Oranları Arasındaki Nedensellik İlişkisi", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, Sayı: 2, ss.63-76.

GÜLCAN, M. C. (2008). "Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması", *Yüksek Lisans Tezi*, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.

GÜLER, Ç. (1980). "Sağlık Programları ve Sosyo-Ekonomik Gelişme Arasındaki İlişkiler", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Sayı: 25, Ocak.

HANSEN, P ve KING, A. (1996). "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach", *Jornal of Health Economics*, Vol: 15, ss.127-137.

HARROD, Sir R. E. (1939). "An Essay in Dynamic Theory", *Economic Journal*, Vol: 49 (193).

http://www.dpt.gov.tr

http://www.saglik.gov.tr

http://www.sgk.gov.tr

ILDIR, A. ve ŞEN, F. (2008). "Sağlık Sistemimizin Avrupa Sağlık Sistemleri ile Karşılaştırılması ve Sağlık Ekonomisine Etkileri", *1. Ulusal Yönetim ve Ekonomi Bilimleri Konferansı*'nda Sunulan Bildiriler Kitabı, (Ed: Coşkun Can Aktan ve Özkan Dalbay), Cilt: 2, 11-12, Eylül.

IŞIK, A. (1998). "Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi", *Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

IŞIK, H. (2001). "Sağlık Hizmetleri, Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri", *Yüksek Lisans Tezi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

İPEKTEN, M. (2002). "Küreselleşmenin Türkiye'de Kamu Hizmetlerine Genel Etkisi", *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

KALDOR, N. ve MIRRLEES, J. A. (1962). "A New Model Of Economic Growth", *Review of Economic Studies*, Vol: 29.

KALEMLİ, Ö., RYDER, H. E. ve WEIL, D. (2000). "Mortality Decline, Human Capital Investment and Economic Growth", *Journal of Development Economics*, Vol: 62(1).

KANAVOZ, P., ÜSTEK, İ. ve COSTA-FONT, J. (2010). "Türkiye'de Sağlık-İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası", http://www.suvak.org.tr/kitap-2turkce.pdf, (02.07.2010).

KAR, M. ve TABAN, S. (2005). "İktisadi Gelişmenin Temel Dinamikleri ve Kaynakları", *İktisadi Kalkınmada Sosyal, Kültürel ve Siyasal Faktörlerin Rolü*, (Ed: Muhsin Kar ve Sami Taban), Ekin Kitabevi, Bursa.

KARABULUT, K. (1998). "Türkiye'de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama", *Doktora Tezi*, Atatürk Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 904, Erzurum.

KARAELMAS, D. (1994). "Sağlık Sektörü Analizi: Az Gelişmiş Ülkeler ve Türkiye Örneği", *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

KARAGÜL, M. (2002). *Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu*, Anıt Matbaa, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 37, Ankara.

KARAGÜL, M. (2003). "Beşeri Sermayenin Ekonomik Büyümeyle İlişkisi ve Etkin Kullanımı", *Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 5.

KIZILÇELİK, S. (1996). *Türkiye'nin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitabevi, İzmir.

KİBRİTÇİOĞLU, A. (1998)."İktisadi Büyümenin Belirleyicileri ve Yeni Büyüme Modellerinde Beşeri Sermayenin Yeri", *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 53(1-4).

KOÇ, Y. (2005). *Özelleştirme, Türkiye'yi Parçalamanın Bir Aracı*, Kaynak Yayınları, İstanbul.

KURTULMUŞ, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

MAZGİT, İ. (1998). "Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması", *Doktora Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 1998.

MAZGİT, İ. (2002). "Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi", *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Hereke-Kocaeli.

MENDERES, M. ve ERSOY, K. (1993). *Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi*, H.Ü. Sağlık İdaresi, Cilt: III, Ankara.

MUSHKIN, S. J. (1962). "Health as an Investment", *The Journal of Political Economy*, Vol: 70(5).

MUTLU, A. ve IŞIK, A. K. (2001). *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*, M.Ü. Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Yayın No: 14, İstanbul.

MUTLU, A. ve IŞIK, A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi, İstanbul.

NORDHAUS, W. D. (2005). "Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards", *American Journal of Economics and Sociology*, Vol: 64(1), January, ss.367-392.

OECD. (2005). "Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri", http://www.oecd.org.tr, (12.07.2010).

ORHANER, E. (2000). *Türkiye'de Sağlık Sigortası*, Gazi Kitabevi, Ankara.

ORHANER, E. (2006). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1.

ÖZBAY, H. vd.. (2007). "Sağlık Hizmetleri Sistemi", *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 12, Ankara.

ÖZGÜVEN, A. (1988). *İktisadi Büyüme, İktisadi Kalkınma, Planlama ve Japon Kalkınması*, Filiz Kitabevi, İstanbul.

ÖZKARA, Y. (2006). "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama", *Yüksek Lisans Tezi*, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

ÖZTEK, Z. (2001). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, Cilt: 1, Sayı: 39.

ÖZTEK, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara.

ÖZTÜRK, E. (2005). "Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine", *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 56.

PAGLIN, M. (1974). "Public Health and Development: A New Analytical Framework", *Economica*, Vol: 41(164), ss.432-441.

PARASIZ, İ. (1997). *Modern Büyüme Teorileri*, Ezgi Kitabevi, Bursa.

PHELPS, C. E. (1997). *Health Economics*, Second Edition, Addison-Wesley.

PRESTON, S. H. (1975). "The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development", *Reproduced from Population Studies*, Vol: 29(2), ss.231-248.

RAMSEY, F. (1928). "A Mathematical Theory of Saving", *Economic Journal*, Vol: 38(152).

SAB, R. ve SMITH, S. (2001). "Human Capital: International Evidence", *IMF Working Paper*, No. 32, Mart, ss.2-33.

SAVAŞ, S. (2002). *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm: Türkiye*, (Ed: S. Thomson ve E. Mossialos), Kopenhag Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi.

SAYGILI, Ş. ve CİHAN, C. (2006). "Türkiye Ekonomisinde Beşeri Sermaye-Verimlilik İlişkisi", *İşletme ve Finans Dergisi*, Yıl: 21, Sayı: 240, ss.18-35.

SAYGILI, Ş. ve CİHAN, C. (2008). *Türkiye Ekonomisinin Büyüme Dinamikleri: 1987-2007 Döneminde Büyümenin Kaynakları, Temel Sorunlar ve Potansiyel Büyüme Sorunu*, Tüsiad Araştırma Raporları Serisi, Yayın No: TÜSİAD-T/2008-06/642, İstanbul.

SCHIEBER, G. ve MAEDA, A. (1999). "Health Care Financing and Delivery in Developing Countries," *Health Affairs*, Vol: 18(3), May/June, ss.193- 205.

SCHULTZ, T. W. (1961). "Investment in Human Capital", *The American Economic Review*, Vol: 1(1).

SEN, A. (2004). *Özgürlükle Kalkınma*, (Çev: Yavuz Alogan), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

SERİN, N. ve ÇAKICI, L. (1990). *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

SIVACI, C. (2007). "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", *Bütçe Dünyası Dergisi*, Sayı: 24.

SOLOW, R. M. (1956). "A Contribution to the Theory of Economic Growth", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol: 70.

SOYER, A. (2003). "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis*, Sayı: 9, Kış-Bahar.

SÖZER, A. N. (1997). *Sosyal Devlet Uygulamaları*, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları, İzmir.

SUHRCKE, M., MCKEE, M., SAUTO, R., TSOLOVA, S. ve MORTENSEN, J. (2005). "The Contribution of Health to the Economy in The EuropeanUnion", http://ec.europa.eu/health/ph_overwiew/documents/health_economy_en.pdf (12.07.2010).

SWAN, T. W. (1956). "Economic Growth and Capital Accumulation", *Economic Record*, No: 32.

ŞAKAR, A. Y. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No: 22, İstanbul.

ŞENATALAR, B. (2003). "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış", *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı: 25(4).

ŞENSES, F. (2003). *Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk*, Üçüncü Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.

ŞİN, İ. (1999). "Sağlık Harcamaları ve Türkiye'deki Gelişimi", *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2001). "Türkiye'nin Katılım Yönünde İlerlemesi Üzerine 2001 Düzenli İlerleme Raporu-Brüksel", http://www.abgs.gov.tr, (02.06.2010).

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2008). "Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Kişi Sayısı ve Türkiye Nüfusuna Oranı Tablosu", http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler, (28.02.2010)

TABAN, S. ve KAR, M. (2004). *Kalkınma Ekonomisi*, Ekin Kitabevi, Bursa.

TALAS, C. (1972). *Sosyal Ekonomi*, Sevinç Matbaası, Ankara.

TANSEL, A. ve GÜNGÖR, N. D. (1997). "The Educational Attainment of Turkey's Labor Force: A Comparison Across Provinces and Over Time", *METU Studies in Development*, Vol: 24 (4).

TARI, R. ve KUMCU, F. S. (2005). "Türkiye'de İstikrarsız Büyümenin Analizi", Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 9.

TEK. (2003). "Büyüme Stratejileri", Türkiye İktisat Kongresi Büyüme Stratejileri Çalışma Grubu, Türkiye Ekonomi Kurulu, http://www.tek.org.tr/dosyalar/BS_Rapor.pdf, (03.05.2010).

TEKİN, M. (2007). "Sağlık ve İktisadi Göstergeler Arasındaki İlişkinin Ülkelerarası İncelenmesi ve Türkiye Örneği", *Yüksek Lisans Tezi*, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak.

TEZEL, Y. S. (1989). *İktisadi Büyüme*, Ankara.

TOKALAŞ, S. (2006). "Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması", *Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2006.

TOKAT, M. (1993). *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

TOKAT, M. (1994). *Sağlık Ekonomisi*, (Ed: Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 793, Eskişehir.

TOKAT, M. (2006). "Sağlık Ekonomisi", *H.Ü. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜSEP) Toplantı Notları*, Hyatt Regency Oteli, İstanbul, 15 Nisan, http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf, (20.03.2010).

TOKAT, M. (2008). "Sağlık Ekonomisi", *SKY 724 Sağlık Ekonomisi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

TOKGÖZ, E. (1979). "Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme", *Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2, Haziran.

TOP, M. (2000). "Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Düzeyler, Dinamikler, Yaklaşımlar ve Uluslararası Deneyim", *Hacattepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Sayı: 5(3).

TTB MERKEZ KONSEYİ. (1991). *Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Tasarısı*, Mayıs.

TURAN, N. (2004). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*, TC Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 1555, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, Yayın No: 182, Eskişehir.

TUTAR, F. ve KILINÇ, N. (2007). "Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi", *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, Sayı: 9.

UNDP. (2005). *Human Development Report: The Human Development Impact of Ecomomic Crises*, Human Development Report Office Occasional Paper, Miller, Calum, 2005/19.

UZAWA, H. (1965). "Optimum Technical Change in an Aggregative Model of Economic Growth", *International Economic Review*, Vol: 6.

ÜÇDOĞRUK, Ş. (1996). "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi: Eşbütünleşme Testi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 21, Ağustos.

VARLIER, O. (1982). "Kişisel Gelir Dağılımına Farklı Yaklaşımlar", *ODTÜ Geliştirme Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 3-4, Ankara.

VİZYON 2023. (2010). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı", Ek-18, http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf, (02.03.2010).

YARDIMCI, P. (2006). "İçsel Büyüme Modelleri ve Türkiye Ekonomisinde İçsel Büyümenin Dinamikleri", *Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Yıl: 9, Sayı: 10, Haziran, ss.96-115.

YAZGAN, T. (1992). *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları*, Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı Yayınları, İstanbul 1992.

YEĞİNBOY, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi*, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi: 1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir.

YETKİNER, İ. H. (2006). "Sağlık ile Büyüme", *Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 2, Temmuz.

YILDIRIM, H. H. ve TARCAN, M. (2000). "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler", *Ulusal Sağlık Kongresi Sunumu*, http://www.absaglik.net/hhy_kss.pdf., (01.06.2010).

YILDIRIM, H. H. ve YALÇIN, T. (2010). "Akılcı İlaç Kullanımı Politika Stratejileri", http://www.saglikyonetimi.org, (02.06.2010).

YILDIRIM, S. (1994). "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", *Uzmanlık Tezi*, DPT Yayınları No: 2350, Ankara.

YUMUŞAK, İ. G. (1997). "İçsel Büyüme Teorileri, Gelişmekte Olan Ülkeler ve Kamu Politikaları Üzerine", *Hazine Dergisi*, Sayı: 6, Nisan.

YURDADOĞ, V. (2006). "Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye'de Sağlık Reformu", *Doktora Tezi*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

ÖZET

[FİLİZ, Yasemin].[Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi] , [Yüksek Lisans Tezi] , Ankara , [2010]

Beşeri sermayenin asıl kaynağını eğitim oluşturmakla birlikte, toplumun sağlık düzeyi de 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. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır.

Bu çalışma ile sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı incelenmiş, günümüzde gelişmiş toplumlarda giderek önem kazanan sağlık ekonomisi konusu ele alınmıştır. Çalışma ile sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki değerlendirilmiş; Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarının yapısı incelenmiş, bu harcamaları etkileyen faktörler tespit edilmiş, Türkiye'nin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının seçilmiş bazı Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyası yapılmış ve konu ile ilgili öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler:

1. Sağlık

2. Sağlık Harcamaları

3. Ekonomik Büyüme

ABSTRACT

[FİLİZ, Yasemin] . [The Relation Between Economic Growth and Health Expenditures] , [Post Graduate Thesis] , Ankara, [2010].

Although education constitutes the real source of human capital, the health level of the society is also an element that fosters human capital and makes important contributions to its progress. There is a close relation between the health level of society and the level of economic development. In societies that have brought their economic development to a certain level, not only resources devoted to health increase but also health consciousness arises. Nevertheless, the progress in the health level accelerates economic growth through increased productivity.

In this study, we explored the concepts of health and health services and dealt with the subject of health economics that has gradually gained importance in developed countries. By our study we assessed the relation between health and economic development; studied the structure of health expenditures in Turkey, specified the determinants of these expenditures, compared the health expenditures in Turkey with some European countries and made some propositions related to the subject.

Key words:

1. Health

2. Health expenditures

3. Economic growth