

**SAĞLIK SEKTÖRÜ HARCAMALARININ
TÜRKİYE' NİN KALKINMASINDAKİ ROLÜ**

Engin ALACAHAN

(Yüksek Lisans Tezi)

Eskişehir, Haziran 2015

**SAĞLIK SEKTÖRÜ HARCAMALARININ
TÜRKİYE' NİN KALKINMASINDAKİ ROLÜ**

Engin ALACAHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İktisat Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Funda Rana ADAÇAY

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Haziran 2015

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Engin ALACAHAN'ın "Sağlık Sektörü Harcamalarının Türkiye'nin Kalkınmasındaki Rolü" başlıklı tezi **01 Haziran 2015** tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca toplanan **İktisat** Anabilim Dalında, **yüksek lisans tezi** olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Doç.Dr.F.Rana ADAÇAY

Üye : Prof.Dr.Nuray GÖKÇEK KARACA

Üye : Doç.Dr.Ceyda ERDEN ÖZSOY

Prof.Dr.Kemal YILDIRIM
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Yüksek Lisans Tez Özü

SAĞLIK SEKTÖRÜ HARCAMALARININ TÜRKİYE' NİN KALKINMASINDAKİ ROLÜ

Engin ALACAHAN

İktisat Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran 2015

Danışman: Doç. Dr. Funda Rana ADAÇAY

Bu tezde ülkemizdeki sağlık harcamaları kalkınma bağlamında değerlendirilmiş ve sağlık harcamaları ile kalkınma ve büyüme arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Birinci bölümde öncelikle sağlıkla ilgili genel kavramlar tanımlanmış ve ekonomi açısından sağlık harcamalarının ne şekilde ele alındığı beşeri sermaye tanımı çerçevesinde irdelenmiştir.

İkinci bölümde, ülkemizdeki sağlık sistemi ve bileşenler tanımlanmıştır. Finansman ve hizmet sunumu açısından yaşanan son değişikliklere de vurgu yapılarak, ülkemizde gerçekleşen sağlık harcamaları hem fonksiyonel hem de idari ayrımları açısından analiz edilmiştir.

Üçüncü bölümde uluslararası, ulusal ve bölgesel çerçevede sağlık harcamaları ve kalkınma ilişkisine değinilmiş ve ekonomik göstergeler ile sağlık göstergeleri insani gelişim yönünden değerlendirilmiş ve OECD ülkeleri ile Türkiye'nin durumu karşılaştırılmıştır. Üçüncü bölümün sonunda bir genel değerlendirme yapılmış ve sağlık harcama bileşimi ile harcama düzeyleri konularında tespit ve önerilerde bulunulmuş ve sağlık harcamalarının hane halkları üzerinde yoksullaştırıcı etkisi incelenmiştir.

Sonuç bölümünde çalışma sonucunda ulaşılan bulgular çerçevesinde sağlık harcamalarının kalkınma ile genel sağlık düzeyini ne şekilde etkilediği sorunsalı üzerinde durulmuş ve konuya ilişkin tespit ve önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Ekonomi, Kalkınma, Büyüme, Sağlık Harcamaları

Abstract

HEALTH SECTOR'S EXPENDITURE ROLE OF DEVELOPMENT OF TURKEY

Engin ALACAHAN

Department of Economics

Anadolu University, Graduate School of Social Sciences, June 2015

Adviser: Assoc. Prof. Dr. Funda Rana ADAÇAY

The health care expenditures in Turkey was evaluated in terms of development, and the relationship between health expenditure and economic growth was also inquired in this thesis. In the first chapter the concept of health was primarily defined and than health expenditure was economically scrutinized in terms of definition of human capital.

In the second chapter, the health system and its components in Turkey was defined. The health expenditure in Turkey was inquired in terms of functional and administrative by emphasising the latest improvement of funding and service encounter.

In the third chapter, health expenditure and its relationship with development was mentioned within international, national and territorial framework, and economic and health indicators was evaluated in terms of human development, and the conditions of OECD countries and Turkey was compared. At the end of the third chapter, by making a general assesment it was made a determination and suggestion about combination of health expenditure and helath expenditure levels, and health expenditure's impoverishing effect on household was inquired.

As a result, within research findings framework the question of how influence health expenditure to economic growth and overall health statues was evaluated, and made a determination and suggestion about that topic.

Key Worlds: Health, economy, development, economic growth, health expenditure

01.06/2011

Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Beyannamesi

Bu tez çalışmasının bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumunda bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde intihal içermediğini beyan ederim.

Her hangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlâki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Engin ALACAHAN

İçindekiler

Jüri ve Enstitü Onayı	ii
Yüksek Lisans Tez Özü.....	iii
Abstract.....	iv
Etik İlke ve Kurallara Uygunluk Beyannamesi.....	v
Özgeçmiş	vi
İçindekiler	vii
Tablolar Listesi.....	xii
Grafikler Listesi.....	xiv
Kısaltmalar	xvii
Giriş.....	1

Birinci Bölüm

Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Gelişme ile İlgili Temel Kavramlar

1. Sağlık Hizmeti	4
1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı.....	4
1.2. Sağlıkta Sektör Ayrımı	5
1.2.1. Kamu sektörü.....	5
1.2.2. Özel sektör.....	5
1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	6

1.3.1. Bilgi asimetrisi ve tüketici bilinçsizliği	6
1.3.2. Sağlık sektöründe talep düzensizliği ve belirsizlik altında tercih	7
1.3.3. Sağlık hizmetlerinde dışsallık.....	7
1.3.4. Kâr faktörünün etkin olmaması	8
1.3.5. Sağlık hizmetinde tekel ve rekabet kısıtlamaları	8
1.3.6. Sağlık hizmetinin tüketim ve yatırım özelliği.....	9
2. Sağlık Finansmanı.....	9
2.1. Sağlık Finansmanı Kavramı	9
2.2. Finansman Kaynakları.....	10
2.2.1. Kamu ve yarı kamu kaynakları.....	10
2.2.2. Özel finansman kaynakları.....	11
2.3. Finansman Yöntemleri	12
2.3.1. Doğrudan finansman yöntemi	12
2.3.2. Dolaylı finansman yöntemi	12
2.4. Finansman Modelleri.....	13
2.4.1. Beveridge modeli.....	13
2.4.2. Bismarck modeli.....	13
3. Sağlık Harcamaları	14
3.1. Sağlık Harcamaları Kavramı.....	14
3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Temel Faktörler	15
3.2.1. Ekonomik nedenler	15
3.2.2. Sosyal ve kültürel gelişmeler	15
3.2.3. Teknolojik gelişmeler	15

3.2.4. Şehirleşme.....	16
4. Kalkınma ve İnsani Gelişim	16
4.1. Kalkınma Kavramı.....	16
4.2. Kalkınmanın Sürdürülebilirliği ve İnsani Gelişim.....	19
4.3. Kalkınma ve Sağlık İlişkisi.....	20

İkinci Bölüm

Türkiye’de Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi, Sağlık Harcamaları ve Kalkınma İlişkisi

1. Örgütsel Yapı Ve Finansman	26
1.1. Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi	26
1.2. Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları.....	27
1.2.1. Kamu sektörü (Sağlık Bakanlığı).....	27
1.2.1.1. Sağlık Bakanlığı organizasyonunda değişiklikler	28
1.2.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesi ve sonrası.....	29
1.2.2. Özel sektör	32
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	34
1.3.1. Genel bütçe olanakları	35
1.3.2. Sosyal güvenlik katkıları	37
1.3.3. Özel sigorta ve diğer finansman	37
2. Sağlık Harcamalarının Dağılımı	39
2.1. Toplam Sağlık Harcamaları	39
2.2. Yatırım- Cari Ayrımı.....	40

2.3. Kamu- Özel Ayrımı.....	42
2.4. Hizmet Sunanlara Göre Ayrım.....	47
2.5. SGK Sağlık Harcamalarının Dağılımı	50

Üçüncü Bölüm

Sağlık Harcamaları ve Kalkınma İlişkisi

1. Sağlık Harcamaları Ve İnsani Gelişim.....	53
1.1.İnsani Gelişim Endeksi.....	53
1.2. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Göstergeler	54
1.2.1. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı	55
1.2.2. Sağlık harcamaları ve büyüme ilişkisi	55
1.3. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri	59
1.3.1. Doğumda beklenen yaşam süresi.....	61
1.3.2. Sağlık harcamaları ve doğurganlık.....	65
1.3.3. Sağlık harcamaları ve bebek ölümleri.....	67
2. Sağlık Harcamalarında Bölgesel Farklılıklar ve Kalkınma	73
2.1. Bölgesel Kalkınmışlık Farklılığı.....	73
2.2. GSKD ile Sağlık Göstergelerinin Bölgesel Düzeyde Karşılaştırması	75
3. Sağlık Harcamalarında Türkiye ve OECD Karşılaştırılması	77
3.1. Sağlık Harcamasının GSMH İçindeki Payı.....	77
3.2. Sağlık Harcamalarının Yıllık Değişim Oranları.....	79
3.3. Sağlık Harcamalarında Kamunun Payı	81

3.4. Sağlık Harcamalarında Cepten Harcamaların Payı.....	83
3.5. Kişi Başı Sağlık Harcaması	86
4. Genel Değerlendirme.....	89
4.1. Sağlık Göstergeleri ve Ekonomik Göstergelerin Birlikte Analizi	89
4.2. Sağlık Harcamalarının Hane Halkı Gelirleri Üzerinde Katastrofik Etkisi	92
Sonuç.....	95
Kaynakça	98

Tablolar Listesi

Tablo 1. Ampirik Literatür Özeti.....	24
Tablo 2. SDP Karşılaştırma Tablosu.....	31
Tablo 3. Sağlık Harcamaları Genel Tablo (Milyon TL)(1999-2013).....	39
Tablo 4. Sağlık Harcamalarının Cari/Yatırım Harcamaları (Milyon TL) (1999-2013)	41
Tablo 5. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları	43
Tablo 6. Özel Sektör Sağlık Harcamaları.....	43
Tablo 7. Sağlık Hizmet Sunumuna Göre Toplam Harcama Miktarı (Milyon TL)	47
Tablo 8. SGK Sağlık Harcamalarının Harcama Kalemlerine Göre Dağılımı (2001-2008)	51
Tablo 9. İGE Karşılaştırma Tablosu	54
Tablo 10. İGE'ye Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payları (2011).....	55
Tablo 11. GSMH ve Sağlık Harcaması Karşılaştırma (1999-2013)	56
Tablo 12. GSMH- Sağlık Harcaması İlişkisi (1999-2013).....	56
Tablo 13. Reel GSMH ve Sağlık Harcamaları Değişim Oranları Tablosu (2000-20113)	57
Tablo 14. Reel Sağlık Harcaması Değişim Oranı ile İktisadi Büyüme Oranı İlişkisi (1999-2013).....	57
Tablo 15. İGE- Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları.....	59

Tablo 16. Büyüme, Sağlık Harcamaları ve Seçilmiş Sağlık Göstergeleri (2000-2012)	60
Tablo 17. Reel GSMH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişki Tablosu	63
Tablo 18. Reel Sağlık Harcaması ile Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2000-2012)	64
Tablo 19. İGE Doğurganlık Hızları (2010- 2015)	65
Tablo 20. Dünya Bankası Verilerine Göre Bebek Ölüm Oranları (1980-2013).....	69
Tablo 21. Bölge Dönüşüm Tablosu	74
Tablo 22. Sağlık Göstergeleri ve GSKD Karşılaştırma	75
Tablo 23. Bölgesel Dağılım Karşılaştırması	76
Tablo 24. OECD Ülkeleri GSMH içinde Sağlık Harcamaları (2000-2012). 78	
Tablo 25. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamalarının Değişim Oranları (2000-2012).....	80
Tablo 26. OECD Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı (2006-2012) 82	
Tablo 27. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları İçerisinde Cepten Harcamaların Payı (1999-2013)	85
Tablo 28. OECD Kişi Başı Sağlık Harcaması (1999-2012) (\$).....	87
Tablo 29. Gelire Göre % 20'lik Gruplarda Tüketim Harcamalarının Türlerine Göre Dağılımı 2012-2013	93

Grafikler Listesi

Grafik 1. Hekim İş Gücü (2013)	33
Grafik 2. Sağlık Sigorta Prim Geliri Grafiği (2009-2013).....	38
Grafik 3. Sağlık Sigortaları Prim Geliri Artış Oranı Grafiği (2009-2013)..	38
Grafik 4. Toplam Sağlık Harcaması Grafiği (1999-2013)	40
Grafik 5. Sağlık Harcamalarının Cari/Yatırım Dağılımı Grafiği (1999-2013).....	42
Grafik 6. Sağlık Harcamaları Kamu- Özel Dağılım Grafiği (1999-2013) ...	44
Grafik 7. Toplam Kamu- Özel Sağlık Harcaması Eğilim Grafiği (1999-2013).....	44
Grafik 8. Merkezi Bütçe Sağlık Harcaması Eğilimi (1999-2013).....	45
Grafik 9. Sosyal Güvenlik Sağlık Harcaması Eğilimi (1999-2013)	46
Grafik 10. Toplam Hane Halkı Sağlık Harcaması Eğilimi (1999-2013).....	46
Grafik 11. Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunumuna Göre Dağılım Grafiği (1999-2013)	48
Grafik 12. Ayaktan Bakım ve Hastane Hizmet Harcamaları Karşılaştırması (1999-2013).....	49
Grafik 13. Hastane ve Halk Sağlığı Programları Harcamaları (2007-2013).....	50
Grafik 14. Kamu Sağlık Harcamaları Dağılım Grafiği	51
Grafik 15. SGK Harcama Dağılım Grafiği (2001-2008).....	52

Grafik 16. Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı Yıl Bazlı Dağılımı (1999-2013)	55
Grafik 17. Sağlık Harcaması ve İktisadi Büyüme Karşılaştırma Grafiği(1999-2013).....	58
Grafik 18. İGE- Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	61
Grafik 19. İGE- Kişi Başı GSMG	62
Grafik 20. İGE- Sağlık Harcamaları ve Yaşam Süresi	62
Grafik 21. Reel GSMH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2000-2012).....	63
Grafik 22. Reel GSMH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişki.....	64
Grafik 23. İGE Doğurganlık Grafiği	66
Grafik 24. Reel GSMH ve Doğurganlık Grafiği(2000-2012).....	66
Grafik 25. Reel Sağlık Harcaması ve Doğurganlık Grafiği(2000-2012)....	67
Grafik 26. Dünya Bankası Verilerine Göre Bebek Ölüm Oranları (1980-2013).....	70
Grafik 27. İktisadi Büyüme ve Bebek Ölüm Hızı (2000-2012).....	72
Grafik 28. Reel Sağlık Harcaması ve Bebek Ölüm Hızı (2000-2012).....	72
Grafik 29. Bölgelere Göre Hasta Yatağı, GSKD, Nüfus	76
Grafik 30. Bölgelere Göre Hekim, GSKD, NÜFUS.....	76
Grafik 31. Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payları OECD-Türkiye Karşılaştırması (2000-2012).....	79
Grafik 32. Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamunun Payı OECD- Türkiye Karşılaştırma(1999-2012).....	81

Grafik 33. Sağlık Harcamaları İçerisinde Cepten Harcamaların Payı OECD- Türkiye Karşılaştırma (1999-2012)	84
Grafik 34. Kişi Başı Sağlık Harcaması OECD ile Türkiye Karşılaştırmalı Eğilim Grafiği(1999-2012)	88

Kısaltmalar

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	:	Esnaflık ve Sanatkarlar Ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BM	:	Birleşmiş Milletler
DB	:	Dünya Bankası
ES	:	Emekli Sandığı
GSKD	:	Gayri Safi Katma Değer
GSMG	:	Gayri Safi Milli Gelir
GSMH	:	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	:	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	:	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
IMF	:	Uluslararası Para Fonu
İBBS	:	İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması
İFESAM	:	İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Merkezi
İGE	:	İnsani Gelişim Endeksi
KHK	:	Kanun Hükmünde Kararname
KBGSMH	:	Kişi Başı Gayri Safi Milli Hâsıla
KBGSMG	:	Kişi Başı Gayri Safi Milli Gelir
KBGSYH	:	Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
KÖİ	:	Kamu Özel İşbirliği
MSB	:	Millî Savunma Bakanlığı
OECD	:	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SB	:	Sağlık Bakanlığı
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	:	Sivil Toplum Kurumu
THSK	:	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TKHK	:	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	:	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	:	Yüksek Öğretim Kurumu

Giriş

Sağlık zamana ve toplumlara göre değişebilen göreceli bir kavramdır. Bir bireye, bir topluluğa göre sağlıklı olan bir başkasına göre değildir. Bu anlamda sağlık görme engellilerin bir fili tanımlamasına benzer. Herkes kendi bulunduğu ve sisteme ulaştığı yere göre bir tanım getirir.¹ Günümüzde sağlığın tanımlanmasında en önemli ayırım resmi ve resmi olmayan bakış açısidir. Resmi olmayan tanımlar kişisel yargı, gereksinim ve deneyimlerden yola çıkılarak yapılan değişkenlik gösterebilen tanımlardır. Resmi tanımlar ise sağlık profesyonellerince geliştirilen tanımlardır. Buna göre sağlık, pozitif bir biçimde tanımlanmaktan çok hastalığın yokluğu biçiminde negatif yönden tanımlanmıştır. Sağlığın pozitif tanımları ise, pozitif öğelerle beraber aynı zamanda negatif öğeleri de (hastalığın yokluğu) içermektedir.

Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili olarak genel kabul görmüş bir tanım bulunmamakla birlikte farklı görüşler dile getirilmektedir. Bu konudaki görüşlerden örnek vermek gerekirse; “Robinson ve Elkan'a (1996) göre sağlık, “kişilerin hayata katılabilme yeteneği” olarak tanımlanırken, Bovving'e (1992) göre ise, “stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla bütünleşme, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum” şeklinde tanımlanmaktadır. Slee ve diğerleri de sağlığın yaygın olarak “fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” şeklinde tanımlandığını ve “günlük hayatın kaynağı” olarak görüldüğünü belirtmektedir.” (Somunoğlu, 1999: 50-54)

Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili en yaygın ve genel geçer örneği Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımı oluşturmaktadır. 1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.” (Nutbeam, 2011: 1)

Kalkınma kavramı da sağlık kavramına benzer şekilde tanımlanması oldukça karmaşık olan bir kavramdır. Geniş tartışmaların yaşandığı kalkınma literatüründe

1 <https://www.polity.co.uk/shortintroductions/samples/bury-sample.pdf> Erişim Tarihi: 23.10.2014

kavram başlangıçta büyüme, yapısal değişme, sanayileşme ve modernleşme yönleriyle ele alınmıştır. Ancak zamanla beşeri sermaye ve sürdürülebilirlik gibi değişik açılımlar yapılmıştır. Böylece kalkınmayı, kabaca iktisadi büyümeyle ve teknoloji-sermaye yönlü bir unsur olarak gören anlayışlardan farklı olarak ekonomik nitelikteki yapıların yanı sıra sosyal, siyasal ve kültürel nitelikteki yapılarda da gelişme yönünde bir değişmeyi süreçleri ifade etmek mümkün olmuştur. (Özyakışır, 2011: 47)

Günümüzde gelişmekte olan ülkeler için ekonomik kalkınma, toplumun eğitim ve sağlık düzeyi tarafından belirlenen beşeri sermaye ve tasarruflar tarafından beslenen fiziki sermaye stokuna bağlıdır. Kalkınmanın kaynakları arasında, fiziki sermaye yanında beşeri sermayenin de katkı sağladığının anlaşılmasıyla, sermaye kavramının yeniden ele alınmıştır.

Beşeri sermaye kavramı insanın niteliğini vurgulamakta ve eğitimin yanı sıra sağlık, dinamik nüfus miktarı gibi diğer faktörleri de ele almaktadır. Yapılan çalışmalar gelişmişlik düzeyi ile beşeri sermayenin bileşenlerinden biri olan sağlık göstergeleri arasında pozitif bir ilişkinin var olduğu göstermiştir.

Beşeri sermaye kuramına göre teorik anlamda kalkınma düzeyi ile eğitim durumu ve sağlık düzeyi arasında yakından bir ilişkinin var olması beklenmektedir. Bu ilişkinin temeli sağlıklı bireylerde oluşan bir toplumun beşeri sermayesinin görece daha rahat artmasıdır. Özelde bireylerin genelde toplumun sağlık düzeyinin artırılması beşeri sermaye stokunun artırılmasının gerek-koşulu olmaktadır.

Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyümenin sağlık düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesine ve sağlık kazanımlarının kalkınmaya katkısı ve sağlık kalkınma ilişkisinin belirlenmesi gerekmektedir. Kalkınmanın ekonomik yönünü yansıtmak için daha çok gelire dayalı parametreler kullanılmaktadır. Sağlık düzeyini ölçmek içinse çok sayıda gösterge vardır. Bunlardan bazıları, ortalama yaşam süresi, sağlık harcamaları, doğuşta beklentisi ile çocuk ölüm oranlarıdır.

Bu çalışmada kalkınmanın ekonomik yönünü yansıtmak için gelir parametreleri ve sağlık harcama verileri kullanılmış sağlık parametreleri içinse İnsani Gelişim

Endeksi indikatörleri çerçevesinde doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızı parametreleri kullanılmış ve bölgesel gelişmişlik farklılıklarını yansıtabilmek içinse sağlık kurumu ve personel verileri tercih edilmiştir.

2000 yılı sonrası veriler kullanılarak ülkemizde harcamalar ağırlıklı olmak üzere sağlık sektörünün kalkınma üzerinde etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sağlık harcamaları bir kalkınma ölçütü olan İnsani Gelişim Endeksi indikatörleri çerçevesinde incelenmiş ve OECD ülkeleri ile ülkemizdeki etkileri karşılaştırılmıştır. Çalışmada ayrıca spesifik olarak cepten sağlık harcamalarının hane halkları üzerindeki katastrofik yoksullaştırıcı etkisine de değinilmiştir.

Birinci Bölüm
Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Gelişme
ile İlgili Temel Kavramlar

1. Sağlık Hizmeti

1.1. Sağlık Hizmeti Kavramı

Genel bir bakış açısı ile sağlık hizmeti “Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar bütünü” olarak ifade edilebilir. (Ateş, 2011: 2) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı sistem” olarak tanımlamaktadır. (Şentürk, 2011: 52) Sağlık hizmeti kavramı İngilizcede “Health Service” kavramı ile ifade edilmektedir. İngiltere başta olmak üzere sağlık hizmeti kavramı denilince koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşlarda anlaşılmaktadır.

Bu ayırım çerçevesinde günümüzde sunulan sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve iyileştirme için yapılan tüm çalışmalar olarak tanımlanmakta ve gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ana bölümde incelenmektedir.² Uygulamada koruyucu sağlık hizmetleri 1. basamak sağlık kuruluşları, tedavi edici sağlık hizmetleri ise 2. basamak ve 3. basamak sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri ise önleyici ve eğitici nitelikte ise 1. basamak sağlık kuruluşları, tıbbi hizmet özelliğinde ise 2. basamak ve 3. basamak sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir.

Sağlık hizmetleri çok geniş bir alanı kapsamakla birlikte hizmet ve hizmet sağlayıcılar açısından ele alındığında emek yoğun, soyut, yüksek uzmanlaşma düzeyinin yaşandığı, teknoloji yoğun olduğu görülmektedir. Genel anlamda sağlık hizmeti ertelenmeyen, acil niteliktedir ve hizmeti alanlar geniş anlamda hizmeti üretenlere bağımlıdır. (Ateş, 2011: 3,4)

² http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf Erişim Tarihi: 10.11.2014

1.2. Sağlıkta Sektör Ayrımı

1.2.1. Kamu sektörü

Sağlık hizmetinin kamu yönü ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmeti, temel sağlık hizmeti, halk sağlığı hizmeti gibi farklı isimlerle anılsa da sonuç olarak toplumun tümünün yararının gözetildiği ve hizmet sunumunda bir genellik anlayışı göze çarpar. Bu nedenle kamusal sağlık hizmetleri, bir toplumun refahını derinden etkileyebilir. (Dobb, 1981: 93) Çevre sağlığı hizmetleri, aşı kampanyaları, obeziteyle mücadele çalışmaları gibi çalışmalar bu duruma örnek gösterilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak toplumun geneline yönelik olsa da bireye yönelik olarak da verilebilir. Bu durum hizmetin kamusallığını engelleyen bir durum oluşturmaz. Örneğin aşılama çalışmalarında hizmet bireye sunulmaktadır. Böylece hem birey söz konusu hastalığa karşı bağışıklık kazanmakta hem de olası salgınların önüne geçilerek toplum korunmaktadır. Bu hizmetler kapsamında özellikle sağlık konularında yeterli bilgi düzeyine sahip olmayan ekonomik ve sosyal olarak dezavantajlı olan gruplara da hizmetler götürülmektedir.

Günümüzde devletler farklı sağlık sistemlerini uygulamasalar da sağlık hizmetlerinin kamusal bölümünü bir görev kabul etmişlerdir. Özellikle ekonomik olarak dezavantajlı olan yoksul kesime koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verilmemesi bu kesim aleyhine dengelerin bozulmasına yol açabilmektedir. (Ateş, 2011: 5-6) Söz konusu hizmetlerin kamusalılığı ve genel yararı düşünöldüğünde finansman zorlukları yaşanmaktadır. Tüketiciler doğrudan ve anında fayda görmedikleri bu nitelikteki hizmetler için cepten harcama yapmak istememekte ve bunların başkası tarafından karşılanmasını talep etmektedirler. Bu durumda devlet devreye girmekte ve bu hizmetleri topladığı vergilerle finanse etmektedir. (Musgrove, 1996: 16)

1.2.2. Özel sektör

Sağlık hizmetinin bu yönünü ağırlıklı olarak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri oluşturmaktadır. Bu alanda sağlık problemi çoğunlukla bireyselleşmiştir. Bireyler birinci elden fayda gördükleri sorunları için para ödemekte bir sakınca

görmemektedirler. Acil ve yaşamsal problemlerde ise harcamadan kaçınmamaktadırlar. Bu ve benzeri nedenlerle sağlık hizmetinin bu yönü bazı ülkelerde piyasa koşullarına bırakılabilmektedir. Bu tip ülkeler “piyasa yönelimli” sisteme sahip ülkeler olarak tanımlarken, tersi yönde sağlık hizmetini piyasa koşullarına terk etmeyen ülkeler “sosyalist ve kapsayıcı” tip sisteme sahip ülkeler olarak adlandırmaktadır. Üçüncü bir tanımlama ise, “Refah Yönelimli” sağlık sistemleridir. Bu sistemde devlet sağlık hizmetlerini piyasa şartlarına bıraksa da, hizmetin sunumunda ve finansmanında önemli roller üstlenmektedirler. (Ateş, 2011: 6,7)

1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

1.3.1. Bilgi asimetrisi ve tüketici bilinçsizliği

Sağlık sektöründe tüketiciler (hastalar ve hizmet talep edenler) ile hizmeti sunan sağlık profesyonelleri arasında bir bilgi eşitsizliği söz konusudur. Bu iki grup eşit ölçüde bilgi sahibi değildirler. (Kaptanoğlu Yıldırım, 2012; 255) Tüketiciler sağlık için satın aldıkları ve bazı durumlarda zorunluluk içeren mal ve hizmetlerin gerek niteliği gerekse niceliği konusunda, büyük ölçüde başta hekim olmak üzere sağlık profesyonellerinin bilgisine bağımlıdırlar. Sağlık sektörü dışında pek ender rastlanıldığı üzere üreticiler, kullanılacak materyal ve sunulacak hizmetler konusunda karar vericidir. Sağlık sektöründe üreticiler fiyat ve finansal kaygılardan uzak hareket ederler. (Alpugan, 1984: 143, 144) Örneğin bir kanser vakasında kullanılacak tedavi yöntemi büyük oranda hekimin kararına bağlıdır ve hekim bu yönde tedavinin maliyeti değil hasta üzerindeki iyileştirici etkisi yönünde kaygı taşır.

Sağlık sektöründe tüketici bilinçsizliğinin birçok nedeni vardır. Bu nedenlerden en çok öne çıkanı sunulan hizmetin doğası gereği taşıdığı etkinlik belirsizliğidir. Tıp otoriteleri dahi birçok tedavi yönteminin etkinliği konusunda tam bir fikir birliğine sahip değildirler. Böyle bir ortamda tıbbi yöntemler veya tedavi biçiminin değeri konusunda çok az bilgiye sahip olan bazı durumlarda da hiçbir bilgisi bulunmayan tüketicilerin hastalar- karar verici pozisyonunda olması güçtür.

Her ne kadar gerek etik gerekse yasal çerçevede birçok düzenlemeler yapılmış olsa da tüketicilerin yani hastaların alternatif sağlık hizmetleri konusunda çok az bilgilendirilmesi veya hiç bilgilendirilmemesi durumları da söz konusu olabilmektedir.

1.3.2. Sağlık sektöründe talep düzensizliği ve belirsizlik altında tercih

Sağlık sektöründe bir diğer önemli konuda sağlık için gerekli olan mal ve hizmetlerin düzensiz tüketilmesidir. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinde talep düzensiz oluşmaktadır. Tüketicinin bu nitelikte bir hizmete ne zaman gereksinim duyacağını önceden kestirmek güçtür. Acil durumlar ise, talep düzensizliğinin en fazla yaşandığı alandır. Bu nedenle tüketicinin bu alandaki hizmet ve mallar konusunda zamanla deneyim kazanmasını beklemek anlamsız olacaktır. Ayrıca acil durumlarda tüketici-hasta- ve /veya yakınlarının rasyonel davranma olasılıkları da azalmaktadır.

Bu belirsizlik durumu bireylerin sağlık giderlerini karşılamak amacıyla birikimde bulunmalarını da geçersiz kılar. Çünkü belirsizlik altında yapılacak birikimler ya çok uzun süre kullanılmayacak ya da kullanılması durumunda yetersiz kalabilecektir. Öngörülemeyen risklere karşı bireylerin kendilerini finansal yönden koruyabilmeleri ancak ön ödeme sistemiyle (sağlık sigortası) veya devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını üstlenmesiyle sağlanabilir. (Alpugan, 1984: 146)

1.3.3. Sağlık hizmetlerinde dışsallık

Dışsal etkenler bir eylemin toplum üzerinde ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz sonuçlardır. Bireyler veya kurumlar dışsal etkenlere neden olabilecek konularda karar verirken çoğunlukla hukuki zorunluluk, ekonomik çıkarlar veya başka tür faydalar bulunmuyorsa dışsal etkenlerin yaratabileceği olumlu veya olumsuz sonuçları göz ardı edebilirler. Bu durumda dışsal etkenler topluma ya gerekenden az yarar sağlarlar ya da gereğinden daha çok zarara yol açarlar.

Aşılama hizmeti bu duruma örnek verilebilir. Kızamık aşısı uygulanan bir bireyin kızamık hastası olma olasılığı büyük ölçüde azalmaktadır. Daha önemlisi ise bu bireyin hasta olması durumunda diğer insanlara bu hastalığı bulaştırması da

engellenmektedir. Böylelikle bir bireyin aşılması ile belki büyük salgınlar engellenmektedir.

1.3.4. Kâr faktörünün etkin olmaması

Koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin pek çoğunda finansal ve ekonomik kâr amaçlanmaz. Yine aşılama hizmetleri örnek verilebilir. Bu hizmetler çoğunlukla ücretsiz yapılmakta ve sunulan hizmetlerde finansal ve ekonomik anlamda kâr beklenmemektedir. Örneğin bir doz kızamık aşısının maliyeti ne olursa olsun üzerine kâr ilave edilerek tüketicilere arz edilmesi beklenemez. Bu durumda kâr güdüsü sektördeki iktisadi davranışları açıklama da çoğu zaman yetersiz kalmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde de hizmeti sunan kişi ve kurumların birincil amaçlarının tüketicilerin -hastalar- sağlıklarını kazanmaları ve korumaları olması, ekonomik kâr beklentisinin daha arka planda kalmasına ve sağlık hizmeti sunan kurumların ekonomik olarak rasyonel biçimde yönetilmemesine yol açabilmektedir.

1.3.5. Sağlık hizmetinde tekel ve rekabet kısıtlamaları

Sağlık hizmetlerinde arz yönünden piyasaya girişte pek çok kısıt bulunmaktadır. Bunların başında hekimler başta olmak üzere pek çok alanda sağlık personeli arzının kısıtlı olmasıdır. Tıp eğitiminin yüksek maliyetli ve zaman alan niteliği özellikle hekim iş gücü arzını kısıtlamaktadır. Ayrıca hekim ve kurum sayısının yetersizliği veya ulaşım güçlükleri gibi çeşitli nedenlerle hizmete erişimde zorlukların olması, hizmet sunumunun kolaylıkla ikame edilememesine yol açacağından yerel tekel oluşabilir. Mesleki örgütlenmeler ve diğer birlikler yoluyla üreticilerin bir araya gelerek fiyat dayanışması göstermesi olanaklıdır. Bu durumda kamu otoritesi devreye girmeli ve sağlık hizmetinin pozitif dışsallık özelliğini de dikkate alarak sağlık hizmetine erişimin önündeki engelleri olanaklı olduğunca kaldırmalıdır.

Bilgi asimetrisinin var olduğu endüstrilerde, rekabet olgusu bazen tüketicilerin lehine olmaktadır. Rekabet durumundaki üreticiler kendi hizmetlerinin rakiplerine oranla daha iyi olduğu hususunda ikna için tüketicileri aydınlatma yoluna gitmektedirler. Sağlık hizmetlerinde ise genellikle, bu durumun tersi söz konusudur. Hekimlerin,

meslektaşları konusunda tüketicileri aydınlatmaları ya da onların hizmetlerini kötülemeleri profesyonel ahlâk kurallarına aykırı sayılmaktadır. Reklam konusu oldukça sınırlıdır. Tıp fakültelerine girebilme ve mezuniyetten sonra uzmanlaşma olanakları kısıtlanmıştır. Hekimlerin hastalarından alabilecekleri minimum muayene ücretlerini meslek odaları saptayabilmektedir. Bu gibi durumların, hekimlerin rekabetin mevcut bulunması durumunda elde edebilecekleri gelirin çok üstünde bir kazanç sağlamalarına neden olduğu söylenebilir. (Alpugan, 1984: 147)

1.3.6. Sağlık hizmetinin tüketim ve yatırım özelliği

Sağlık hizmetleri hem tüketim hem yatırım niteliği taşırlar. Tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılan harcamalarda tüketim ögesi ağırlıklıdır. Bir ortopedi ameliyatı için kullanılan malzeme, ilaçlar ve diğer tedavi unsurlarına yapılan harcama tüketim harcaması olarak nitelendirilebilir. Öte yandan, üretici işgücünün sağlığının korunması için verilen işçi sağlığı hizmetleri ile toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi veya korunması amacıyla geliştirilen sigara bırakma kampanyaları, diyabet bilinçlendirme çalışmaları vb. sağlık programları ise ileriye yönelik olarak yapılan harcamalardır. Bu tür harcamalar yatırım harcamaları olarak kabul edilebilirler.

2. Sağlık Finansmanı

2.1. Sağlık Finansmanı Kavramı

Sağlık finansmanı ve sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarını belirleyenlerin gündemlerinde en önemli konular arasında yer almaktadır. Hangi finansman ve sunum yöntemini benimserse benimsensin temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde adaletli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır. (Tatar, 2011: 103)

Lee ve Goodman'a göre sağlık finansmanı genel olarak sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavram olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir tanım, sağlık hizmetleri finansmanını kaynak aktarımı şeklinde basitleştirmektedir

(Yenimahalleli- Yaşar, 2007:4) Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetlerin kalitesini miktarını, sunumun ve dolayısıyla bireyin sağlık durumunu etkilemektedir. (Ateş, 2011: 13)

Sağlık politikası karar vericileri için önemli olan bireylerin belirli bir ekonomik refah düzeyi içerisinde sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için gerekli kaynakların sağlanmasıdır.³ Sağlık hizmeti finansmanında çözülmesi gereken temel problemler sağlık sistemine ayrılan kaynakların çok adaletsiz bir biçimde dağıtılması ve sağlık problemlerinin dağılımına göre bir dağıtım yapılmamasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre düşük ve orta gelirli ülkeler Dünya gelirinin yalnızca %18'ini elde ederken dünya çapında sağlık harcamalarının %11'ini gerçekleştirmektedirler. Dünya nüfusunun %84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve dünyanın hastalık yükünün %93'ünü taşımaktadırlar. Bu ülkeler, halklarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta adil ve ulaşılabilir bir biçimde yeterli finansman sağlamak ve yetersiz kaynaklar için bir çözüm bulmakta çok büyük zorluklarla karşılaşmaktadırlar. (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005:4,5)

2.2. Finansman Kaynakları

Sağlık hizmet sunumunun finanse edilmesi için öncelik kaynakların oluşturulmasıdır. Kaynaklarla ilgili olarak en temel ayırım, kamu ve özel şeklinde yapılabilir.

2.2.1. Kamu ve yarı kamu kaynakları

Sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklarından finansmanı durumunda kaynaklar, vergiler ve primlerdir. Vergiler, genel vergiler ve özel amaçlı vergiler olarak iki bölümde ele alınabilir.

- Vergiler: Tüm dünyada sağlık hizmeti finansmanında ana kaynak vergilerdir. Sağlık hizmetleri için vergilerden belirli bir pay ayrılır ve tüm vatandaşlara

3 Haycox, A. (2009). What Is Health Economics? <http://www.medicine.ox.ac.uk/> (Erişim Tarihi: 09.12.2014)

hizmet götürülür. Özellikle toplumun marjinal faydasının bireylerin marjinal faydasından fazla olduğu, koruyucu sağlık hizmetleri bu kaynaktan finanse edilir. Genel anlamda vergi toplanma ve harcanmasına yönelik sıkıntılar bu alanda da geçerlidir. Örnek: İngiltere’de kullanılan Beveridge Modeli.

- Özel Amaçlı Vergiler: Belirli amaçlar doğrultusunda ulusal havuzlarda toplanan vergilerdir. Bu vergilerin toplanması ve dağıtılmasında sıkıntılar olasıdır.
- Primler: Zorunlu ve/veya isteğe bağlı olarak bireylerden sosyal sigorta kurumları aracılığı ile toplanır. Bireylere gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık risklerine karşı bir güvence oluşturulması amaçlanır. (Ateş, 2011: 14,15)

2.2.2. Özel finansman kaynakları

Sağlık hizmetlerinin kullanılan özel finansman kaynakları; özel sağlık sigortaları, işveren finansmanı, doğrudan ödemeler ve gönüllü toplumsal finansman olarak dört grupta incelenir.

- Özel Sağlık Sigortası: Sosyal sigorta sisteminin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca ülkemizde olduğu gibi, sosyal sigorta ve ulusal sağlık sisteminin bulunduğu bazı ülkelerde ilave bir sigorta sistemi olarak kullanılmaktadır. Bireylere alternatif olanaklar sunulması bakımında önem taşır.
- İşveren Finansmanı: İşverenler çalışanlarının sağlık harcamalarının bir kısmını finanse ederler. Bu sağlık hizmetinin satın alınması şeklinde olabileceği gibi doğrudan sağlık hizmetinin işyerinde verilmesine yönelik uygulamalar olarak da karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, işveren, işyerinde çalışanların hastalanmaması dolayısıyla verimin düşmemesi için kış mevsimi başlangıcında çalışanlarına yönelik grip aşısı uygulanması hizmeti satın alabilir.
- Doğrudan Ödemeler: Bireylerin aldıkları sağlık hizmeti için kendi ceplerinden yaptıkları bütün ödemelerdir. “Cepten ödemeler” olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetinin belirli bir kısmı bile olsa bu kısım cepten harcama

kapsamında kabul edilir. Örnek olarak, ülkemizde uygulanan ilaç katkı payı, muayene katkı payı uygulamaları gösterilebilir.

- Gönüllü Toplumsal Finansman: Bireylerin malzeme ve işgücü gibi yönlerden katkıda bulunmasıdır. Toplum grupları tarafından sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bir kısmına gönüllü olarak nakit, işgücü veya malzeme olarak katkıda bulunulabilir. Örnek: Yardım kampanyaları vb. (Ateş, 2011: 14,15)

2.3. Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan yöntemler doğrudan veya dolaylı yöntemler başlıkları altında incelenebilir. Doğrudan finansman yönteminde temel kaynağı, vergiler oluşturur. Dolaylı finansman sisteminde ise temel kaynak sosyal sigorta kesintileridir. İngiltere’de uygulanan Beveridge Modeli doğrudan finansman yöntemi, Almanya’da uygulanan Bismarck Modeli dolaylı finansman sistemine örnek gösterilebilir.

2.3.1. Doğrudan finansman yöntemi

Tüketicilerin aldıkları sağlık hizmetinin bedelini, arada bir üçüncü kişi olmaksızın direkt kendilerinin ödediği bir sistemdir. Tüketici hizmet aldığı kişi veya kurumlara ödemeyi bizzat kendisi yapar. İyi yapılandırılmış sağlık sistemlerinde katkı payı olarak karşımıza çıkmaktadır.

ABD gibi piyasa yönelimli sağlık sisteminin geçerli olduğu ülkelerde uygulanmaktadır. Bireylerin ödemelerini garanti altına almak için çeşitli sigorta ve fonlara başvurdukları görülür. Ayrıca sağlık sisteminin yeterince gelişmediği ve sosyal sigorta sistemlerinin herkesi kapsamadığı ülkelerde bireyler zorunlu olarak sağlık hizmeti harcamalarını bizzat yapmak durumundadırlar. (Ateş, 2011: 16)

2.3.2. Dolaylı finansman yöntemi

Sağlık hizmetini talep edenler ile sağlık hizmeti sunanlar arasında ödemeler için bir finans kuruluşu bulunur ve ödemeler bu kuruluş aracılığı ile yapılır. Bu sistemde hizmet sunucuları ile tüketiciler arasında para ilişkisi ortadan kalkmış olur. Bu aracı kurumlar kamu veya özel niteliktedir.

Kamuya ait aracı finans kuruluşları genel kapsayıcı nitelikteyken, özel finans kuruluşları daha çok refah yönelimlidir. Bu finansman yönteminde aracı finansman kuruluşları ülkelere göre değişen oranlarda çalışanlardan, işverenlerden ve devlet tarafından fonlanırlar. (Ateş, 2011: 17)

2.4. Finansman Modelleri

Dünyadaki farklı ülkelerde farklı finansman modelleri uygulanmakla birlikte temelde Beveridge Modeli ve Bismarck Modeli olmak üzere iki model vardır. Uygulanan tüm modeller bu iki modelin farklı karışımlarından oluşmaktadır.

2.4.1. Beveridge modeli

Bu modelde sağlık hizmetinin üretilmesi ve finansmanı konusunda kamu otoritesi belirleyicidir. Vergiler sağlık hizmeti finansmanının ana kaynağını oluşturur. Sağlık hizmeti toplumun tümünü hedefler ve amaç tüm bireyleri güvence altına almaktır. (Atabey, 2012: 32,33) Modelin uygulandığı belli başlı ülkeler İngiltere, İskandinav ülkeleri, Yunanistan ve İspanya'dır. Günümüzde İngiltere'de tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmak mümkündür. Ancak bu durum finansman açısından sıkıntılar getirince 1980'lerdeki neo-liberal akımında etkisi ile ülkede özel sigortacılık uygulamaları başlatılmıştır. Ancak halktan fazla talep görmemiştir. Bu gün sistem içerisinde % 8-10 düzeyinde talep görmektedir. (Işık, 2015: 314, 315)

Küba, Çin gibi sosyalist ülkelerde uygulanan sistemlerde finansman açısından bu model içerisinde değerlendirilebilir. Sosyalist ekonomilerde finansman kaynağı doğrudan devlettir. Tüm sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulur. Bireyler sağlık hizmeti için doğrudan veya dolaylı olarak herhangi bir ödemede bulunmazlar. Sağlık hizmetlerinin sunumu toplumsal tekel niteliğindedir. Sağlık hizmeti üretimi, sağlık kurumları, üretim araçları ve dağıtım kanalları kamunun ortak mülkiyetindedir. Uygulamada özel sektörün yeri yoktur.

2.4.2. Bismarck modeli

Bu modelde sağlık hizmetinin ana finansman kaynağı sosyal sigorta fonlarıdır. Sosyal sigorta kuruluşlarına üyelik yasal bir zorunluluk olup bireyler olası sağlık

risklerine karşı prim öderler. Sağlık hizmeti kamu kuruluşlarınca verilebildiği gibi esas olarak sosyal sigorta kurumlarınca anlaşma yapan kurum ve kuruluşlardan alınır. Bu tip uygulama Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa gibi kıta Avrupası ülkelerinde görülmektedir. Ayrıca, Hollanda örneğinde olduğu gibi tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra rehabilite edici sağlık hizmetleri de özel sektörden temin edilebilmektedir. (Atabey, 2012: 31,32)

3. Sağlık Harcamaları

3.1. Sağlık Harcamaları Kavramı

Sağlıklı bir ekonomi için sağlıklı bireylerden oluşmuş bir toplum, sağlıklı bir toplum için de sağlıklı bir ekonominin gerektiği açıktır. Bir toplumun sağlıklı bireylerden oluşması için temel koşul bireylere ulaşılabilir ve yeterli sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerin sunulmasında ve ulaşılmada yapılan tüm harcamalar “sağlık harcaması” olarak tanımlanabilir.

Bireylerin sağlıklarını yitirmeleri durumunda başvurdukları hizmetlerin yanı sıra var olan sağlık durumunun korunmasına yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamalarda sağlık harcamaları kapsamında değerlendirilmelidir. (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2006: 12) Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık harcaması, “Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır. Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcama piyasa üretim ve tüketiminden ölçüldüğünde, harcama basit anlamda nihai tüketim noktasında bu tür mal ve hizmetlere ödenen toplam para miktarı hakkında bilginin toplanması” şeklinde tanımlanmıştır.” (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2006) Sağlık Bakanlığınca yapılan tanıma baktığımızda kavrama çok genel yaklaşıldığı tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tıbbi bakım, bakım hatta kozmetik amaçlarla yapılan harcamalarında içinde değerlendirilebileceği ve geniş bir tanımlama yaptığı görülmektedir. (Tokalaş, 2006: 25,26)

3.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Temel Faktörler

Ülkelerin sağlık harcamalarına baktığımızda gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerin görece daha fazla sağlık harcaması yaptıklarını ve sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranlarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Sağlık harcamalarında artışların birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenleri ekonomik, sosyal ve kültürel ve teknolojik nedenler olarak sınıflandırabiliriz.

3.2.1. Ekonomik nedenler

Ekonomik nedenlerin başında gelirin artması gelmektedir. Bireylerin zaman içerisinde gelirlerinin artması sağlık hizmetlerini olan taleplerini artırmaktadır. 1950'li yılların başlarında birçok gelişmiş ülkede sağlık harcamaları GSMH'nin % 4'ü civarında iken, 1980'li yılların başında bu pay % 10'lar düzeyinde gerçekleşmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH'nin en az yüzde 5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur. (Tokalaş, 2006: 25)

Sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak daha fazla iyileştirilmesi, kaynakların optimum kullanılması ve sağlık hizmetleri için ayrılan kaynağın artırılmasıyla olanaklıdır. (Akdağ, 2008: 127)

3.2.2. Sosyal ve kültürel gelişmeler

Gelişmiş toplumlarda bireylerin eğitim durumları yükseldikçe sağlık anlayışı ve sağlık hizmeti talepleri artmakta, bu durum genel anlamda sağlık harcamalarını artırmaktadır. Günümüzde tüketim kültürünün yaygınlaşması dünya genelinde sosyal değer yargılarını da değiştirmiştir. Bu değişim genel olarak sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Bireylerin önceki zamanlarda lüks olarak gördükleri bazı harcamalar artık hayatın doğal akışı içerisinde kabul görmektedir.

3.2.3. Teknolojik gelişmeler

20. yüzyılda diğer tüm alanlar gibi tıp alanında önemli teknolojik gelişmeler yaşanmıştır. Bu gelişmeler mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını

sağlarken teknolojik altyapı, alet ve donanımların özellikle başlangıç maliyetlerini önemli oranda yükseltmiştir. (Tokalaş, 2006: 29) Sağlık alanındaki teknolojik gelişmenin uzun süreli çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri dolayısıyla harcamaları artıran diğer bir nedendir. Bu bağlamda teknolojik gelişmelerin sağlık sektöründe büyük önem taşıdığını ve harcamaların büyümesine neden olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, uzman personelin yetiştirilmesi ve bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlara örnek verilebilir. (Akın, 2007: 33,34)

3.2.4. Şehirleşme

Sağlık harcamalarını artıran bir diğer sosyal olguda artan şehirleşme eğilimidir. 20. Yüzyılda artan sanayileşmenin de etkisiyle kırsal nüfus deyim yerinde ise hızla şehirlere akmış. Bu durumda beraberinde birçok problemi beraberinde getirmiştir. Bu yoğun nüfus hareketliliği karşısında gerek altyapı gerekse sunulan hizmetler yönünden sağlık harcamaları artış göstermiştir. Bu durum şehirlerde yaşayan nüfusun artmasına ve bu nüfusa sunulan sağlık hizmetlerinde artışı da beraberinde getirmektedir. (Akın, 2007: 34)

Özellikle 1980'lerden sonra ülkemizde görüldüğü üzere kırsaldan kentlere doğru gerçekleşen hızlı nüfus akışı karşısında sağlık kurumları hem fiziksel kapasite hem de personel açısından yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda hızla altyapı çalışmalarının gerçekleştirilmesi ve düzenli sağlık hizmetinin verilebilmesi için ekstra harcamalar gerekli olmaktadır. Bu çalışmaların yapılmaması durumunda gerek toplumun genel sağlık durumunun kötüleşmesi gerekse salgın hastalıklar gibi birçok olumsuz durumla karşılaşılması olasıdır.

4. Kalkınma ve İnsani Gelişim

4.1. Kalkınma Kavramı

"Büyüme" (growth) ve "Kalkınma" (development) üzerinde en çok konuşulan ve tartışılan kavramların başında gelmektedir. Çünkü kalkınma kavramsal olarak çok yönlüdür. Ancak bu iki kavram çoğu kez karıştırılmakta veya aynı anlama geldiği düşünülmektedir. Oysa büyüme ve kalkınma kavramlarının hem teoride, hem de

uygulamada farklı yeri ve anlamları bulunmaktadır (Savaş, 1979))

Her ne kadar başlangıcı Adam Smith'e kadar uzansa da kalkınma anlayışı ve kalkınma ekonomisi, büyük bir yıkımın yaşandığı II. Dünya Savaşı'ndan sonra daha çok önem kazanmıştır. Savaş sonrası gündeme gelen ve ekonomik gelişmeyle sanayileşme ve büyümeyi bir tutan ve ithal ikameci sanayileşme stratejisi yoluyla hızlı sermaye birikimi ve gelir artışını ön gören geleneksel yaklaşım söz konusudur. Bu dönemde kalkınma kavramı Üçüncü Dünya ülkeleriyle ve buralarda yaşayan insanlarla ilişkilendirilmiş ve konjonktürel koşullarında elverişli olmasıyla kapitalizminin yaşadığı genişleyici dalganın etkisi altında ekonomik kalkınmanın itici gücü olarak hızlı sermaye birikimi ön plana çıkmıştır. (Kaynak, 2003: 13-33)

Geleneksel anlayışa göre büyüme nicel, kalkınma nitel ağırlıklı kavramlardır. (Berber, 2005; 2-9) Geleneksel anlayış 1970'li yılların başında yerini yoksulluk ve eşitsizlik konularını ele alan temel ihtiyaçlar yaklaşımına bırakmıştır. Bu yaklaşımda niceliksel ölçütlerin yetersizliği vurgulanmış ve yoksulların beslenme, barınma, sağlık ve eğitim gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Temel ihtiyaçlar yaklaşımı, yoksulluk sorununu çözemeyen bir büyümenin, kalkınma ile özdeş sayılamayacağını ifade etmekte ve gelir dağılımı, beslenme, barınma, giyinme, sağlık, temiz içme suyu ve eğitim gibi temel problemlerin üstesinden gelmeden kalkınmanın gerçekleşmeyeceğini ileri sürmektedir. Temel ihtiyaçlar yaklaşımı 1970'li yılların sonlarında yerini kalkınma sorununu doğal kaynakların tükenmesine bağlayan ve toplumların gelişmesinin sadece ekonomik açıdan değil, sosyal, beşeri ve çevre açısından da ele alınması gerektiğini ileri süren sürdürülebilir kalkınma yaklaşımına bırakmıştır. (Adaçay, 2013; 56-64)

Kısaca ifade etmek gerekirse; kalkınma, sadece üretimin ve kişi başına düşen millî gelirin artırılması demek değil, az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlar ağırlıklı olmak üzere iktisadi ve sosyo-kültürel yapının da değiştirilmesi, yenileştirilmesidir. Ekonomik büyüme ise bir ülkenin reel (GSMH) düzeyinde görülen artış olarak tanımlanabilir. (Özsoy, 2013; 1-2)

Ekonomik büyüme, ulusal gelirdeki artışın bir ifadesi iken kalkınma kavramı çok daha geniş kapsamlıdır. Büyüme ile gelir dağılımı ilişkisi uygulanan gelişme stratejisi ve sosyo-kültürel çevreyle şekillenmektedir. Bu bağlamda toplumun hayat standartlarının yükseltilmesi ile yoksulluk ve eşitsizlikle mücadele önem taşımaktadır. Elde edilen büyüme ve gelir artışından toplumun yoksul kesimlerinden pay almasını sağlamak ve yoksulların katılabileceği sektörlerdeki ekonomik faaliyetleri desteklemek, yoksul kesime daha iyi ve kaliteli eğitim ile sağlık hizmetleri sağlayacak şekilde ekonomi yapının kurulmasında önemli katkı sağlayacaktır. (Solmaz. 2008; 10)

Kalkınma, salt gelirin artışı şeklindeki ekonomik büyümenin yanı sıra toplumun sosyal, kültürel ve teknolojik anlamda genel refah düzeyindeki yapısal iyileşmeleri de kapsar. Dolayısıyla kalkınma, ekonomi politikalarının yanı sıra sosyal, kültürel ve teknolojik politikalarla doğrudan ilişkili olarak ülkelerin iç dinamiklerine bağlı bir olgudur. (Adaçay, 2008; 8-9) Ayrıca ekonomik büyüme hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin gerçekleştirmeye çalıştıkları bir hedef olarak kabul edilirken kalkınma daha çok az gelişmiş ekonomilerle ilgili bir sorun olarak kabul edilmektedir.

Kalkınma sorununa farklı açılardan bakan bu yaklaşımların sonucunda dengeli ve dengesiz kalkınma stratejileri ortaya çıkmıştır. Dengeli kalkınma, kıt kaynakların dağılımında ve kullanımında sektörler arası uyumu ve sektörlerin birbirini tamamlamasını öngörürken dengesiz kalkınma taraftarları ise dengeli kalkınmanın ekonomide durağanlığa yol açacağını savunarak ekonomideki sıçramalar ve dalgalanmaların dinamik bir gelişme ortamı yaratacağı ilkesini savunmaktadırlar.

Dengeli kalkınmayı savunan iktisatçılardan R. Rodan “büyük itiş” şeklindeki birbirleriyle uyumlu ve birbirlerini tamamlayan sanayilere yapılan büyük bir yatırım hamlesi ile gelir ve talebin arttırılabileceğini savunmaktadır. (Adaçay, 2013; 56-64) Bir ülkede kalkınmanın sağlanması için sanayi sektörü, tarım sektörü ne kadar önemli ise sağlık sektörünün içinde bulunduğu hizmet sektörü de o kadar önemlidir. Bu çerçevede planlı ve düzenli bir kalkınma için sağlık sektörü yatırımları ihmal edilmemelidir.

Dengesiz kalkınmayı savunan iktisatçılardan Hirschman bütün sektörlerde eş anlı bir yatırımın yapılmasının mümkün olmadığını, ekonomide yaratılacak bilinçli dengesizlikler, darboğazlar girişimcilere fırsatlar ve dışsallıklar yaratarak kalkınmayı sağlar.

Günümüzde tarım ve sanayi gibi geleneksel sektörlerin yanı sıra, bilgi işlem teknolojileri sektörü ile sağlık sektörü gibi yenilik ve teknolojik gelişmeler açık alanlarda bu anlamda fırsatlar barındırmaktadırlar. Bilgi teknolojileri ile donatılmış bir sağlık sektörünün kalkınmada öncül bir rol oynaması mümkündür, son yıllarda yoğunlaşan sağlık bilgi teknolojileri ile sağlık turizmi çalışmaları bu anlamda değerlendirilebilir.

4.2. Kalkınmanın Sürdürülebilirliği ve İnsani Gelişim

Kalkınmanın sürdürülebilirliği mevcut nüfusun ihtiyaçlarının toplumun gelecekteki ihtiyaçlarının karşılanmasına engel olmayacak şekilde karşılanmasına bağlıdır. Bu noktada sağlık hizmetleri ve sistemi yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönüyle devreye girmektedir. Sürdürülebilirliğin sağlanmasının diğer önemli unsuru da kalkınma sürecinde kazanılan faydaların dağıtımına ilişkindir. Bu konuyu değerlendirmede kullanılan en önemli göstergeler ise sağlık ve eğitimle ilgili olanlardır.

Sağlık göstergelerinden ortalama yaşam ömrü bir ülkenin vatandaşlarına sağladığı hayat kalitesinin ne kadar iyi olduğunu veya bu konuda o ülkenin kapasitesini değerlendirmede çok önemli bir göstergedir. Bu gösterge ile çok yakından ilişkili olan bir diğer gösterge ise bebek ölüm oranı veya beş yaş altı çocuk ölüm oranıdır. Ortalama yaşam ömrü, ölüm oranı ve okuma yazma oranı insani gelişmenin (human development) bütün yönlerini kapsamaktadır.

Temiz su imkanlarına ulaşım, hijyen ve tıbbi bakım ise kalkınma sürecinde bir toplumun, o toplumda yaşayan insanların istek ve ihtiyaçlarına ne kadar duyarlı olduklarının ölçülmesinde kullanılan ayrıntılı ve ilave göstergelerdir. (Çelik, 2006; 23-31)

Görüldüğü üzere insani kalkınma, yaşam kalitesini, iyi bir eğitimi, sağlıklı ve uzun bir yaşamı içine alan çok boyutlu bir kavramdır. Bu bağlamda üç temel ihtiyaçtan söz konusudur.

- Uzun ve sağlıklı bir yaşam (Sağlık)
- Bilgiye erişme (Eğitim)
- Kabul edilebilir bir yaşam standardı (Gelir ve Refah)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) 1994 yılı “İnsani Kalkınma Raporu’nda bu yeni kalkınma stratejisinin adını “Sürdürülebilir İnsani Kalkınma” olarak ifade etmiştir. Bu yeni kalkınma anlayışı, doğal kaynaklara ve çevreye dayanan sürdürülebilir kalkınma yaklaşımı ile insani kalkınma yaklaşımını içermektedir. (Adaçay, 2013; 56-64)

Bu bağlamda kalkınma, sadece üretimin ve gelirin artırılması odaklı olmayıp sosyo-ekonomik ve kültürel yapının da gelişmesidir. Birey ve toplum açısından kalkınma maddi yaşamın sürdürülebilmesinin yanında toplumun yüksek kültür ürünlerini üretebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken bir süreçtir. Kalkınma tamamen insana özgüdür ve hep istenilen bir durumdur (Han, Kaya, 2006).

Kalkınma "Bir ülkenin üretim yapısının yüksek katma değerli ürünler üretecek biçimde dönüştürülmesi ve ortaya çıkan ürünün o toplumu oluşturan gelir kümeleri arasında adaletli bir biçimde dağıtılarak yaşam standartlarının(refah düzeyinin) yükseltilmesi" olarak tanımlanmaktadır. (Kaynak; 2009) Bu tanımda da gelir ve yaşam standartlarının artmasının yanı sıra paylaşımına da vurgu yapılmıştır.

4.3. Kalkınma ve Sağlık İlişkisi

Kalkınma ve sağlık kavramlarının ilişkisini değerlendirebilmek için öncelikle sağlık ve ekonomi ilişkisine değinmek faydalı olacaktır. Bu bağlamda kısaca tanımlamak gerekirse; Sağlık Ekonomisi, “genel ekonomi bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kuralların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan

uygulamalı bir alt daldır.”⁴ Sağlık hizmetleri, toplumun ekonomik yaşantısı üzerinde önemli etkilere sahip olan bir alandır. Bu çerçevede toplumun ve bireylerin sağlık durumunu, ekonomik koşulları ve ilişkileri belirlemektedir. (Çalışkan, 2013: 123-124)

Sağlık hizmetleri aynı zamanda beşeri sermaye kavramının iki ana bileşeninden birisini oluşturmaktadırlar. Özellikle son dönem kalkınma çalışmalarında beşeri sermaye sıklıkla üzerinde durulan bir kavramdır. Beşeri sermaye kavramı, kişinin ya da toplumun sahip olduğu bilgi, beceri, yetenekler, sağlık durumu, toplumsal ilişkilerdeki yeri ve eğitim düzeyi gibi kavramların tümünü ifade etmek için kullanılmaktadır.

Beşeri sermayeden ilk bahseden iktisatçılar Adam Smith, J. Stuart Mill ve Alfred Marshall gibi klasiklerdir, daha sonraları Denison, Schultz ve Becker gibi iktisatçılar Smith'in görüşlerinden hareketle beşeri sermaye kuramını geliştirmişlerdir. Lucas ve Rebelo modellerinde beşeri sermayeyi üretim faktörlerinin içinde tanımlamış ve fiziksel sermaye yatırımları gibi beşeri sermaye yatırımlarının da gerekliliğine değinmişlerdir. Bu yatırımlara ve harcamalara bakıldığında ise, diğer birçok alandan ayrı olarak sağlık ve eğitim alanlarının ön plana çıktığı görülmektedir. Sağlık, bireysel beşeri sermayenin önemli bir stok değişkenidir. Sağlık durumundaki iyileşme, nitelik ve nicelik yönünden emek arzını ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi olumlu etkilemektedir.

Literatürde “tıp” ve ekonomi sözcüklerini ilk kez bir arada kullanan bilim insanı Prof. Dr. Kenneth Arrow olmuştur. Arrow 1963 yılında yayımlanan “Uncertainties and the Welfare Economics of Medical Care” isimli makalesinde sağlık bakım hizmetleri maliyetinin ekonomik yönden ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. (Kaptanoğlu Yıldırım, 2012: 244)

1972 yılında Grossman “On the Concept of health capital and a demand for health” isimli makalesini yayımlamış ve bu alanda maliyetlerin hesaplanması, akılcı, sürdürülebilir, kaliteli, talep edene ihtiyaçları doğrultusunda ulaştırılabilir sağlık

4 Tokat, M. (2014). Sağlık Ekonomisi. <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler>. (Erişim Tarihi: 20.12.2014)

hizmetleri planlamalarının uygulanabilirliği için ekonomi biliminin gerekliliğine vurgu yapmıştır (Kaptanoğlu Yıldırım, 2012: 244)

Emek ekonomik büyümenin en temel unsurlarındandır. Mikro seviyede ele alırsak, emek verimliliği bireysel emeğin sağlıksızlığı oranında düşecektir. Sağlıklı olma verimlilik ve ekonomik büyüme üzerinde bir önkoşuldur. Ancak beşeri sermayeye ilişkin çalışmalarda sağlık daha az gündeme gelmiş, daha çok “şartlı yakınsama” regresyonlarında ikincil önemde açıklayıcı bir değişken olarak yer bulmuş ve beklenen yaşam süresi ve/veya ortalama yaşam süresi olarak değerlendirilmiştir. Sağlığın kuramsal tanımındaki belirsizlik beşeri sermaye üzerinde yapılan çalışmalarda daha az ele alınmasının sebeplerindedir. Dünya Bankasının 1993 de yayımladığı rapora göre, bireysel ve toplumsal sağlık sorunları, genel anlamda ekonomik gelişmenin önünde önemli bir engel teşkil etmektedir. Bu raporda ortaya konulan en kesin çıkarım sağlık ve ekonomik gelişme arasındaki ilişkinin daha geniş ereve ve derinlemesine ele alınması gerektiğidir. (World bank, 1993)

Yapılan bazı çalışmalar sağlığın içsel büyümeyi desteklediğini göstermişlerse de sağlık endeksinin modele nasıl ve neden dâhil edildiğine ilişkin tatmin edici bir açıklama getirememişlerdir. Muysken, Yetkiner ve Ziesemer (2003) yaptıkları çalışmalar ile sağlığı asıl olarak emek verimliliğini belirleyen bir etmen olarak ele almışlardır.

20. yüzyılın ikinci yarısında sağlık ve ekonomik gelişme ilişkisini kavramsal olarak sorgulayan ve nedensellik bağlamında ele alan çalışmalar artmıştır. Beşeri sermayenin yalnızca yetenek değil, sağlık anlamında da tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. Yüzyılın ortalarında geliştirilen beşeri sermaye teorisi, eğitim ve sağlığı iki temel yapıtaşı olarak kabul etmiştir. Bu teori, beşeri sermayenin ülkelerin gelir farklılıklarını dolayısıyla ekonomik büyümedeki farklılıkları açıklamada önemli bir paya sahip olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Günümüzde beşeri sermaye ile ekonomik büyüme arasındaki teorik ilişkiler, daha çok Lucas, Romer ve Mankiw modelleri çerçevesinde ele alınmaktadır. Lucas, Romer modelleri içsel, Mankiw Modeli ise dışsal büyüme modeli olarak tanınmıştır. Mankiw yaptığı çalışmalarda beşeri sermayeyi üretim fonksiyonuna dışsal bir

değişken olarak ekleyerek Solow modelini genişletmiştir. Bu nedenle Mankiw modeli genişletilmiş Solow modeli olarak anılmaktadır. (Çetin ve Ecevit, 2010: 168-170)

Kalkınma açısından sağlık, yalnızca hasta olmamak değil insanların bireysel potansiyel ve yeteneklerini ortaya koyup geliştirebilecekleri konfora sahip olmaları durumunu da içermektedir. Bu bakış açısına göre sağlık bireylerin yaşadıkları ve eksikliği durumunda yaşamsal konforlarını negatif etkileyen bir kavramdır.

Daha öncede ifade edildiği gibi sağlık bazen doğrudan bazen de dolaylı olarak iktisadi büyümeyi etkileyen bir araçtır. Sağlığın iş gücü verimliliği üzerindeki etkisi iktisadi büyümeyi doğrudan etkilerken, eğitim üzerindeki etkisi ise dolaylı olarak etkilemektedir.

Son yıllarda sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisi nedensellik bağlamında ele alınmış ve birçok deneysel çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar aşağıda özet tablo olarak verilmiştir.

Tablo 1. Ampirik Literatür Özeti

Çalışma	Ülkeler	Dönem	Sağlık Göstergesi	Yöntem	Bulgular
Bloom vd. (2001)	104 ülke	1960-1990	Doğuştan yaşam beklentisi	Panel veri	Pozitif
Mayer (2001)	18 Latin Amerika Ülkesi	1950-1990	Doğuştan yaşam beklentisi	Nedensellik	Doğuştan yaşamdan büyümeye doğru nedensellik ilişkisi
Bhargava vd. (2001),	92 ülke	1965-1990	Doğuştan yaşam beklentisi	Panel Veri	Pozitif
Sab ve Smith (2001)	100 ülke	1970-1996	Doğuştan yaşam beklentisi	En Küçük Kareler	Pozitif
Chacraborty (2003)	95 ülke	1970-1990	Doğuştan yaşam beklentisi	En Küçük Kareler	Pozitif
Brempong ve Wilson (2003)	44 ülke	1975-1994	Doğuştan yaşam beklentisi Sağlık harcamaları	Panel veri	Her iki değişken için pozitif
Taban (2006)	Türkiye	1968-2003	Doğuştan yaşam beklentisi, sağlık kurumları sayısı, yatak sayıları, sağlık personeli başına düşen kişi sayıları	Nedensellik	Sağlık kurumlarının sayısı dışındaki değişkenler ile büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik
Kar ve Ağır (2006)	Türkiye	1926-1994	Eğitim ve sağlık harcamaları	Eş bütünleşme ve Nedensellik	Uzun dönemli bir ilişki elde edilmiş Beşeri sermaye nedensellik ilişkisine duyarlı

Kaynak: (Ay, Kızılkaya, & Koçak, 2013)

Kalkınma bağlamında sağlık göstergeleri ve ekonomi göstergeler arasındaki etkileşim açıktır. Sadece emeği etkileme yönüyle ele alınsa dahi her bir sağlık göstergesinin son tahlilde iktisadi göstergeleri etkilediği varsayılabilir. Göstergelerin sayısının çokluğu ve hesaplamalardaki zorluklar araştırmacıları seçilmiş göstergeler üzerinde çalışmaya itmiştir. Örneğin Stanley Fischer “Growth, Macroeconomics and Development” isimli makalesinde; Nüfus Artış Oranı, Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYH), Döviz Kurları, Bütçe Açığı/ GSMH, İhracattaki Büyüme, Yatırım/ GSYH ve Dış Borçlar göstergelerini kullanmıştır. (Fischer, 1991: 336) Aynı şekilde kimi araştırmacıların sağlık göstergelerinden “Yaşam Beklentisi”, “Bebek ve Anne Ölüm

Oranları”, Bulaşıcı Hastalıklar”, “Kanser ve Kalp Hastalıkları”, “Kanserden Kurtulma Oranları”; İktisadi göstergelerden ise “Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla” İşçi Ücretleri” “Hane Halkı Servetleri” “Haftalık Çalışma Süreleri” göstergelerini incelediği görülmektedir. (Simon ve Moore, 2003: 53-89)

İkinci Bölüm

Türkiye’de Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi, Sağlık Harcamaları ve Kalkınma İlişkisi

1. Örgütsel Yapı Ve Finansman

1.1. Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi

Ülkemizde ki sağlık hizmetlerinin ne şekilde yürütüleceği, nasıl finanse edileceği ve hizmete yönelik ana ilkeler Anayasamızın 56. maddesinde belirlenmiştir.

“MADDE 56.–Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası)

Anayasamızda yer alan bu düzenlemeye göre ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden, standartlarının belirlenmesinde, denetime kadar pek çok konuda yasal olarak Sağlık Bakanlığı sorumludur.

Sağlık Bakanlığı bu görev ve sorumluluklarını yerine getirirken birçok kurum ve kuruluşla işbirliğine gider. Özellikle sağlık politikalarının geliştirilmesinde Kalkınma Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) gibi kamu kurumları paydaşların önde gelenleridir. (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007:101-102)

Sistemdeki paydaşlara bakıldığında kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıflar olmak üzere pek çok farklı kurum ve kuruluş gözlenmektedir. Aşağıda güncel gelişmeler de dikkate alınarak sisteme dâhil kurum ve kuruluşlar politika oluşturma, idari karar alma, finansman ve hizmet sunumu yönlerinden fonksiyonel olarak listelenmiştir.

Sağlık Politikasını Oluşturan Kurumlar

- Türkiye Büyük Millet Meclisi
- Devlet Planlama Teşkilatı
- Sağlık Bakanlığı
- Yüksek Öğretim Kurumu
- Anayasa Mahkemesi

İdari Karar Alan Kuruluşlar

- Sağlık Bakanlığı
- İl Sağlık Müdürlükleri
- Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlikleri
- Halk Sağlığı Müdürlükleri

Sağlık Hizmetleri Finansmanı

- Maliye Bakanlığı
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı)
- Özel Sigorta Şirketleri
- Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar
- Uluslararası Ajanslar

1.2. Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları

Ülkemizde sağlık ana hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığıнын yanı sıra üniversiteler ve özel sektörde faaliyet göstermektedir.

1.2.1. Kamu sektörü (Sağlık Bakanlığı)

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin etkili, ulaşılabilir ve ülke genelinde dengeli olarak verilmesi 03.05.1920 tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığıнын yetki ve sorumluluğundadır. (Ateş, 2011: 121) Sağlık Bakanlığıнын görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin en son yasal düzenleme 2.11.2011 yılında yayımlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve

Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'dir. Söz konusu KHK ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmış ve Bakanlığa bağlı yeni kuruluşlar oluşturulmuştur. KHK'nin 2. Maddesinde yer alan "*Bakanlığın görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır.*" ifadesi ile Bakanlık için genel bir görev tanımı yapılmıştır. (Resmi Gazete, 2011)

1.2.1.1. Sağlık Bakanlığı organizasyonunda değişiklikler

Cumhuriyet döneminde Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısına yönelik değişikliklerin birincisi, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Kanun, ikincisi 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK, son düzenleme ise Değişim Yönetimi Programı ve Uygulama Planı kapsamında çıkarılan 663 sayılı KHK'dır.

1936 yılında çıkarılan ve Sağlık Bakanlığı'nın ilk teşkilat Kanunu olan 3017 sayılı "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu" döneminde (1936- 1983) Bakanlığın dikey, hiyerarşik ve oldukça basit organizasyonu vardır.

181 sayılı KHK döneminde (1983-2011) ise Bakanlıkta sağlık hizmeti sunan birimler, genel müdürlük ve daire başkanlığı şeklinde ve çok parçalı bir yapıda "ana hizmet birimleri" altında sıralanmış, sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından herhangi bir ayrıma gidilmemiştir. Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ise bağlı kuruluş olarak örgütlenmiştir. Bu dönemde sağlık politikalarının belirlenmesine yönelik bir birim bulunmamakta ve organizasyon yapısı uzmanlaşmaya dayanmamaktaydı.

Son olarak 2 Kasım 2011 yılında yayımlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı KHK ile politika belirleme, düzenleme ve denetleme konularında Bakanlık ön plana çıkarılmış, il düzeyinde kamu hastaneleri "Birlik" çatısı altında toplanarak bağlı kuruluş statüsündeki Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlanmıştır.

Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların yönetimi ayrılmıştır. Bu kapsamda halk sağlığına yönelik hizmetler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK); ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK), acil

sağlık hizmetleri ise il sağlık müdürlükleri tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır. Piyasada rekabete konu olan, fiyatlandırılabilen ve özel sektör tarafından da sunulan hizmetlerin yönetimi, idari ve mali özerkliğe sahip kamu hastane birliklerine devredilerek rekabet güçleri arttırılmaya çalışılmıştır. Kamu hastane birlikleri ile kaynak kullanımında etkinlik, verimlilik ve ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanılmaya çalışılmıştır.

Hizmet sunan kurumların kendi kendini denetleme anlayışından uzaklaşmaya çalışılmıştır. Bakanlık tarafından belirlenmiş olan verimlilik ölçütleri çerçevesinde gerek kurum içinden gerekse özel sektörden hizmet satın alma yoluyla taşra örgütlerinde performans denetimine geçilmiştir.

Yapılan düzenlemelerle birlikte sağlık kurumları, özel sektör işletmecilik anlayışı doğrultusunda ve rekabeti ön plana çıkaracak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Rekabetçi anlayışa açık ve hiyerarşik denetimden çok performansa denetimine önem veren bir Sağlık Bakanlığı organizasyonu oluşturulmaya çalışılmıştır. (Lamba, Altan, Aktel ve Kerman, 2014: 5378)

1.2.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesi ve sonrası

Sağlıkta dönüşüm programı kısaca sağlıkta yapılan köklü reformlar diye tanımlanabilir. Sağlıkta dönüşüm programı ilk defa 1991-1993 yıllarında ele alınmış ancak bu adla anılması 2002 sonrası dönemde olmuştur. Sağlık reformu ile sağlıkta dönüşüm arasında fark bulunmamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli bileşenleri sağlık sisteminin yenilenmesi aşamasında tek bir elden yönetim ve denetimin sağlanması, yeni sağlık sistemlerinin ve hizmet sunucularının özelleştirilmesidir.(Eracar, 2013: 15,16)

SDP Gerekçeleri⁵

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumunun parçalı yapısı
- Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik
- Düzensiz sevk sistemi
- Hastanelerin verimlilik problemi ve hizmet kalitesinin düşüklüğü
- Sağlık güvencesinin tüm nüfusu kapsayamaması
- Sağlık harcamalarının bileşiminin dengesiz dağılımı ve kayıt dışı ödemeler
- Sağlık sektöründeki idari düzenlemeler çok parçalı yapısı

SDP Temel Prensipleri

- İnsan merkezli olma
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcılık
- Gönüllülük
- Güçler dağılımını sağlayan bir işleyiş
- Yerinden yönetim
- Hizmette rekabet (Bulut, 2007: 119, 120)

SDP öncesinde sağlık sektöründe üç tane kamu hizmet sunucusu bulunmaktaydı: Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve üniversiteler. Sağlık Bakanlığı birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerini sağlık tesisleri ve hastaneleri aracılığıyla verirken koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısıydı. SDP ile 2002 sonrasında SSK sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığına transfer edilerek,

5 http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18281/179-182_pdf.pdf (Son Erişim: 10.04.2015)

sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine, döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla otonomi sağlanmıştır.

Bu çerçevede Sağlık Bakanlığınca yayımlanan istatistik taranarak seçilen veriler karşılaştırılmıştır. 2002 yılı SDP aktif uygulamasının başlangıç yılıdır. 2010 yılı ise 2011 yılında 663 sayılı Kanun ile gerçekleştirilen Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısındaki değişiklik öncesi durumu yansıtmaktadır.

Tablo 2. SDP Karşılaştırma Tablosu

Gösterge	2002	2010	2013	2002-2013 Değişim Oranı
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	72,5	76,4	76,9	6%
Bebek Ölüm Hızı (Her 1.000 Doğumda)	31,5	10,2	7,8	-304%
Anne Ölüm Hızı (Her 100.000 Canlı Doğumda)	64	16,4	15,9	-303%
Tüberküloz (Verem) Hastası Sayısı	18.043	15.879	14139	-28%
Beşli Karma Aşı Aşılama Oranı (%)	78	97	98	20%
Toplam Hastane Sayısı	1156	1439	1517	24%
Toplam Hastane Yatağı Sayısı	164471	200239	202031	19%
SB. Ambulans Sayısı	618	2547	3357	82%
1. Basamak Muayene Sayısı	74.827.588	202.313.421	220.252.781	66%
2. Ve 3. Basamak Muayene Sayısı	134.138.461	336.772.546	410.068.343	67%
Toplam Basamak Muayene Sayısı	208.966.049	539.085.967	630.321.124	67%
1. Basamak Kişi Başı Hekim Başvuru Sayısı	1,1	2,7	2,9	62%
2. Ve 3. Basamak Hekim Başvuru Sayısı	2,0	4,6	5,3	62%
Hekim Başvuru Oranı	3,1	7,3	8,2	62%
Yatan Hasta Sayısı	5.508.263	10.528.173	12.373.557	55%
Hekim Sayısı	91949	123447	133775	31%
Hemşire Sayısı	72393	114772	139544	48%
Kamu Sağlık Harcaması GSYH İçinde Payı	2,91	4,41	4,14	30%
Özel Sağlık Harcaması GSYH İçinde Payı	1,85	1,2	1,25	-48%
Toplam Sağlık Harcamasının GSYH İçinde Payı	4,76	5,61	5,39	12%

Kaynak: 2002 ve 2010 yılı verileri Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 Kitabından, 2013 yılı Verileri Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 Kitabından alınmıştır.

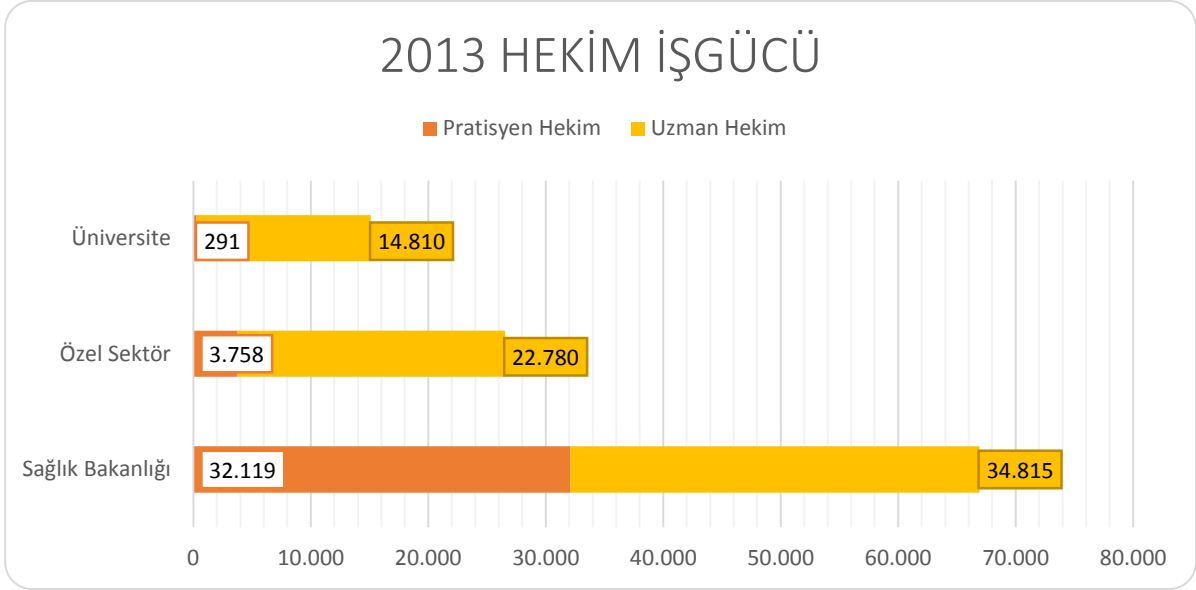
Sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası karşılaştırmalara bakıldığında özellikle anne ve bebek ölüm oranlarında %300'lere varan düşüş oranları dikkat çekicidir. Sağlık Harcamaları ise dönem içerisinde toplamda % 12 artarken kamu sektöründe %30 artmış ancak özel sektörde %48'lere varan bir düşüş gözlenmiştir.

SDP öncesinde Sosyal Güvenlik Uygulamaları SDP öncesindeki sistemde prime dayalı sosyal güvenlik rejimi, üç farklı sosyal güvenlik kurumu tarafından uygulanmaktaydı: Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR). SDP sonrasında ise GSS uygulamaya konulmuş ve tüm T.C. vatandaşlarını, Türkiye'de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamaktadır. (Sülkü; 2011, 15,32)

1.2.2. Özel sektör

Sağlık hizmetleri sunumunun özel sektör ayağında birçok aktör bulunmaktadır. Bunları kısaca beş gruba ayırarak sınıflandırabiliriz.

- Özel muayenehanesinde özel ve tam zamanlı olarak çalışan hekimler
- Özel muayenehanesinde yarı zamanlı olarak çalışan devlet memuru hekimler
- Özel poliklinik, tıp merkezleri ve özel hastaneler
- Kamu kurumlarında verilen özel hizmetler
- İş yeri hekimleri tarafından verilen özel hizmetler. (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007: 134)



Grafik 1. Hekim İş Gücü (2013)

Kaynak: Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Uygulamada hekimlerin kamuda çalışmanın yanı sıra özel sektörde de çalışarak gelirlerini artırma eğilimleri olduğu gözlenmektedir. Ancak, başta Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan döner sermaye ödeme yönetmeliği ile diğer düzenlemeler sonucunda özel sektörde yarı zamanlı çalışan hekim sayısında önemli düşüşler olmuştur. Hekimler ya özel sektörde tam zamanlı çalışmak ya da kamuyu tercih etmek durumunda kalmışlardır. 2014 yılında yayımlanan Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu verilerine göre 22.780 uzman, 3.758 pratisyen hekim olmak üzere özel sektörde toplam 26.538 hekim çalışmaktadır. (Solak, 2014: 33-43)

Ayrıca, Kızılay afet vb. durumlarda acil sağlık hizmeti organizasyonunda görev alırken, Yeşilay bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele çalışmaları kapsamında yürüttüğü faaliyetleri ile bir anlamda koruyucu- önleyici sağlık hizmeti vermektedir. Bunların dışında bazı STK’larda benzer faaliyetler yürütmekle birlikte gerek kurumsal yapıları gerekse sundukları hizmetler bakımından sektörde bir ağırlıkları bulunmamaktadır.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Bir sağlık hizmetinin etkin olarak verilebilmesi için birinci öncelik bu hizmetin finansmanı gereklidir. Sağlık hizmetlerinin güçlü ve sürdürülebilir bir şekilde finansmanı için sektördeki tüm aktörlerin sisteme katılımı sağlanmalıdır. (Çelikay ve Gümüş, 2010: 202-203) Bu çerçevede toplumun tüm kesimlerinin gerek fonlama gerekse risk paylaşımı konularında sisteme katılım sağladığı bir sistem arzu edilen bir durumdur. Günümüzde sağlık finansman sistemleri, vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları gibi farklı seçenekler sunmaktadırlar.

Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin finansman sistemine bakarak, o ülkenin sağlık ve esenlik durumu hakkında genel bir fikir edinebiliriz. Azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetinin pahalılığı ve ulaşılabilirliğinde yaşanan güçlükler bireyleri yoksulluğa itebilecek düzeyde olmaktadır. Bu durumda bu ülkelerde sağlık hizmetinin sağlam ve adaletli bir finansman modeli ile finanse edilmesi önemli bir öncelik olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde verdikleri sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ulaşılabilirliğini artırmak için finansman sistemlerini geliştirmek için çalışmaktadırlar. Vatandaşlarının artan taleplerini karşılayacak fonları nasıl oluşturabileceklerini araştırmaktadırlar. Ayrıca, finansal riskin en iyi nasıl en iyi nasıl yapılabileceği ve fonların en etkin nasıl kullanılabileceği konularında çalışmalar yürütmektedirler. (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86-88)

Bu çerçevede ülkemizde sağlık hizmetleri uzun yıllar farklı kaynaklardan finanse edilmiş ve karma bir sistem uygulamıştır. Belirli bir toplum kesimi için sosyal sigorta (Bismarck Modeli) uygulanırken, diğer bireyler için kamu yardımı (Beveridge Modeli) uygulanmıştır. Ayrıca gerekli finans gücüne sahip bireyler kamunun yanı sıra kâr amaçlı hareket eden özel sektör hizmet sağlayıcılarından da hizmet almışlardır. (Ateş, 2011: 136,137) Ancak sağlık hizmetlerinin birbiri ile ilişki düzeyi düşük farklı finansal kaynaklardan sağlanmasının getirdiği olumsuzluklar karşısında 31.05.2006 tarihinde genel sağlık sigortasını öngören Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Kanun ile sağlık finansmanını yürüten ve farklı kurumsal kimliklerle hareket eden ES, BAĞ-KUR, SSK, Yeşil Kart ve devlet

memurlarının sağlık 6demeleri tek 7atı altında Sosyal G6venlik Kurumunda toplanmıştır. (7elikay ve G6m6ř, 2010: 177-216).

Sistemde 6denen primler SSK ve Bağ- Kur gibi iki farklı kurumun b6nyesinde değil Sosyal G6venlik Kurumu tarafından toplanmakta ve y6netilmektedir. Maliye Bakanlığı Emekli Sandığı ve Yeşil Kart mensupları ile memurlar i7in de Sosyal G6venlik Kurumu'na prim 6demektedir. Bu şekilde farklı kaynaklardan gelen primler tek bir kurumda toplanmakta ve y6netilmektedir. (7elikay ve G6m6ř, 2010: 177-216)

6lkemizde genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlaması ile birlikte ile birlikte sağlık finansmanının yapısı sadeleşmiş ve sistemde finansman sağlayan kurum ve kuruluş sayısı azalmıştır. Bu 7er7evede 6lkemizde verilen sağlık hizmetlerini finanse eden akt6rler, Genel B6t7e Olanakları ve Sağlık Bakanlığı, Sosyal G6venlik Katkıları (SGK) ve 6zel Sigorta ve Diğer Finansman kaynakları olmak 6zere 67 ana başlıkta toplanabilir.

1.3.1. Genel b6t7e olanakları

Devlet b6t7esi, yalnızca kamu kesimin harcama ve gelirlerini g6steren bir bilan7o ya da gelir gider tablosu olmayıp aynı zamanda ekonomik yapının merkezinde yer alan ve ekonomik kararları doğrudan etkileyen bir 6zelliğe sahiptir. Pek 7ok 6lkede sağlık ve sigorta hizmetlerinin b6y6k oranda kamu tarafında finanse edildiği g6r6lmektedir. Bu durum sağlık harcamalarında en b6y6k payın kamuya ait olmasına yol a7maktadır. (Akın, 2007: 2,3)

Devlet b6t7elerinde sağlık harcamalarına ayrılan payın arzu edilen 6l76de olup olmadığını anlamak i7in 6lke stat6leri de 6nem taşımaktadır. Hem gelir hem de b6lge gruplarına g6re 6lkelerin kişi başına sağlık harcamaları ile sağlık g6stergeleri karşılaştırıldığında ekonomik y6nden gelişmemiş ve bor7lu ve d6ř6k gelirli 6lkelerde sağlık g6stergelerinin son derece k6t6 olduğu ve sağlık harcamalarının d6ř6k seyrettiği g6r6lmektedir. 6lkemiz ise kişi başı sağlık harcamasına y6n6nden d6nya ortalamasının altında bulunsa da hem doğumda beklenen yaşam s6resi (75 Yaş)

hem de bebek ölüm oranı (% 7,1) açısından orta üst ve orta gelirli ülkelerle aynı düzeyde görülmektedir. (Çelik, 2011: 69-70)

Ülkemizde 2006, 2012 yılları arasında devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan pay ile sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetlerine ayrılan paylar karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığının bütçe içindeki payı Dünya Sağlık Örgütünc tavsiiye edilen % 10 rakamının da altında kalınmaktadır. (Susam, Şeker ve Kılıçer, 2013: 1-8)

Ülkemizde sosyal güvenlik finansmanının tek elde toplanmasıyla birlikte daha önce doğrudan devlet bütçesinden direkt finansman yerine SGK aracılığıyla dolaylı bir finansman metodu benimsenmiştir. Bu sistemde birey ve topluma yönelik sağlık hizmetlerine ilişkin görevler Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmekte ve Sağlık Bakanlığı, her yıl Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na göre aldığı ödeneği kendine bağlı kurum ve kuruluşlara tahsis etmekte ya da bizzat alt birimleri aracılığı ile kullanmaktadır. (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007: 180-90)

Devlet bütçesinden sistemi finanse eden bir diğer kuruluş ise Maliye Bakanlığıdır. Maliye Bakanlığı Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'a mensup vatandaşların prim ödemelerini SGK'ya yapmaktadır. Maliye Bakanlığı GSS öncesinde Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'ı mali anlamda doğrudan yönlendirirken GSS uygulamasıyla birlikte bu görevini SGK'ya devretmiş ve yalnızca prim ödeme fonksiyonu kalmıştır. Memurların sağlık sigorta primleri de Maliye Bakanlığıınca SGK'ya ödenmektedir. Ayrıca üniversite hastanelerinde çalışan personelin maaşları da Maliye Bakanlığıınca hastane bütçelerine konulan ödenekler ile gerçekleştirilmektedir. (Çelikay & Gümüş, 2010)

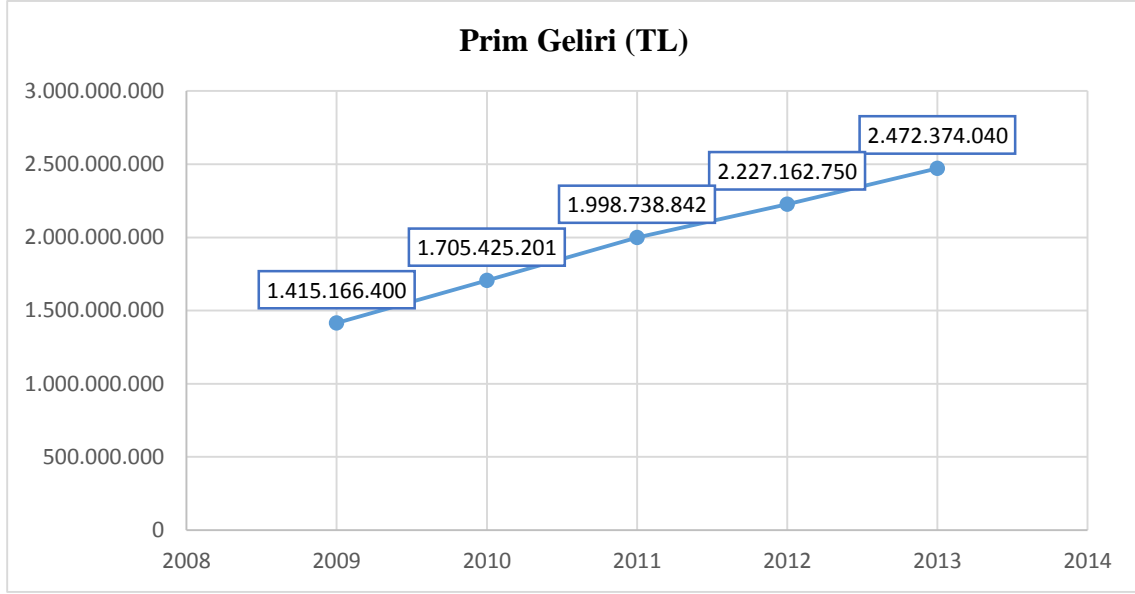
2006- 2014 yılları arasında genel bütçe içerisindeki sağlık hizmetlerine ayrılan pay yaklaşık olarak 4-6 bandında gerçekleşmiştir. Finansman kaynağı olarak genel bütçeden Sağlık Bakanlığı harcamalarının yalnızca %35'i karşılanmaktadır. Geri kalan bölümün büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı kuruluşlarının elde ettiği döner sermaye gelirleri ile karşılanırken küçük bir kısmı lüks tüketim malları, yakıt, sigara, alkol, yeni araç satışlarından alınan vergilerin toplandığı fon havuzundan karşılanmaktadır. (Ateş, 2011: 136-137)

1.3.2. Sosyal güvenlik katkıları

2006 yılına kadar ülkemizde sosyal güvenlik sistemi çok paydaşlı karmaşık bir yapı sergilemekte idi. BAĞ-KUR ve SSK da sisteme dâhil bireyler belirli oranlarda prim ödemekle yükümlüydüler. Kamu çalışanlarının sosyal güvenlik kurumlarına katkısı kamu bütçesinden doğrudan transfer yoluyla yapılmaktaydı. Yeşil Kart ise prim temelli olmayıp, yoksul bireylere yataklı tedavi hizmetlerinin ücretsiz verilmesi biçiminde çalışılmıştır. 2006 yılında genel sağlık sigortası sisteminin kurulması ile birlikte daha önce farklı sosyal sigorta sistemine tabi olan vatandaşlar aynı hizmetlerden yararlanabilmektedir. Ayrıca genel sağlık sigortası uygulaması ile tüm sigorta primleri SGK'da toplanmaktadır. (Çelikay ve Gümüş, 2010) SGK primleri çatısı altında toplarken bir yandan piyasadaki en büyük sağlık hizmeti alıcısı olmaktadır. Bu çerçevede genel bütçe içerisinde sosyal güvenlik harcamaları 2006 sonrası artma eğilimi göstermiştir.

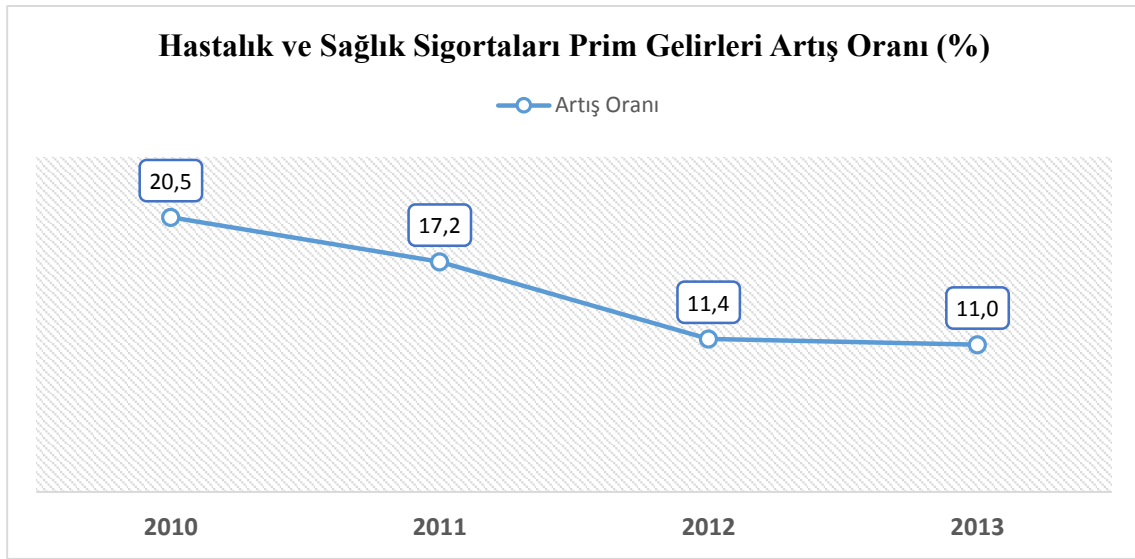
1.3.3. Özel sigorta ve diğer finansman

Ülkemizde GSS uygulamasına karşın cepten ödeme ve özel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürmektedir. Hâlihazırda ise sektörel veriler incelendiğinde hayat dışı sigorta türünde 30, hayat sigortası türünde 23 ve ikili sigorta türünde 1 şirket faaliyet gösterdiği görülmektedir. Ülkemiz toplamında kişi başına düşen sağlık sigortası primi; 2012 senesinde 28,6 TL/kişi iken, 2013 yılında %9,4 artarak 31,3 TL/kişi 'ye çıkmıştır. Benzer şekilde ülkemizdeki sağlık sigortalılarının nüfus yoğunluğu da %6,4 artarak %3,41 den %3,63 e çıkmıştır. 34 şirketin faaliyet gösterdiği Hastalık/Sağlık dalında 2013 yılında prim gelirleri 2.472.374.040 TL'ye yükselerek bir önceki yıla göre cari fiyatlarla %11,01 oranında artmıştır. Hastalık/Sağlık prim gelirlerinin 2012 yılında toplam prim gelirleri içinde %11,23 olan payı, 2013 yılında %10,20'ye düşmüştür; Ancak, hastalık- sağlık türü 5.sıradaki pozisyonunu korumuştur. (Türkiye Sigorta Birliği, 2014: 30)



Grafik 2. Sağlık Sigorta Prim Geliri Grafiği (2009-2013)

Kaynak: (Türkiye Sigorta Birliği, 2014) verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 3. Sağlık Sigortaları Prim Geliri Artış Oranı Grafiği (2009-2013)

Kaynak: (Türkiye Sigorta Birliği, 2014) verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Ülkemizde sağlık ve hastalık sigortalarının gelişimi yukarıda şekillerde verilmiştir. Grafik 2’de prim gelirlerinin düzenli bir şekilde arttığı görüldükçe Grafik 3’de artış oranının 2009’dan bu yana azaldığı görülmektedir. Bu durum genel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşması ile birlikte özel sektör sağlık ve hastalık sigortasına olan talebin azaldığını göstermektedir. Bireylerin özel sağlık sigortasını daha çok genel sağlık sigortasını tamamlayıcı nitelikte hizmetler için tercih ettiği

görülmektedir. Özel sağlık sigortacılığı dışında sağlık hizmetlerinin finansmanında ayrıca bireylerin cepten ödemelerle aldığı sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Bunlar genel olarak GSS kapsamında olmayan estetik ve rehabilitasyon amacına yönelik sağlık hizmetleridir.

GSS kapsamında bireylerin ödediği katkı payları diğer finansman şekilleri arasında sayılabilir. Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması uygulamasının temel nedeni, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemektir. Ülkemizde GSS kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden yalnızca, ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar, vücut dışında kullanılan ortez ve protezler ve tüp bebek tedavileri için katılım payı alınmaktadır. (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013: 36)

2. Sağlık Harcamalarının Dağılımı

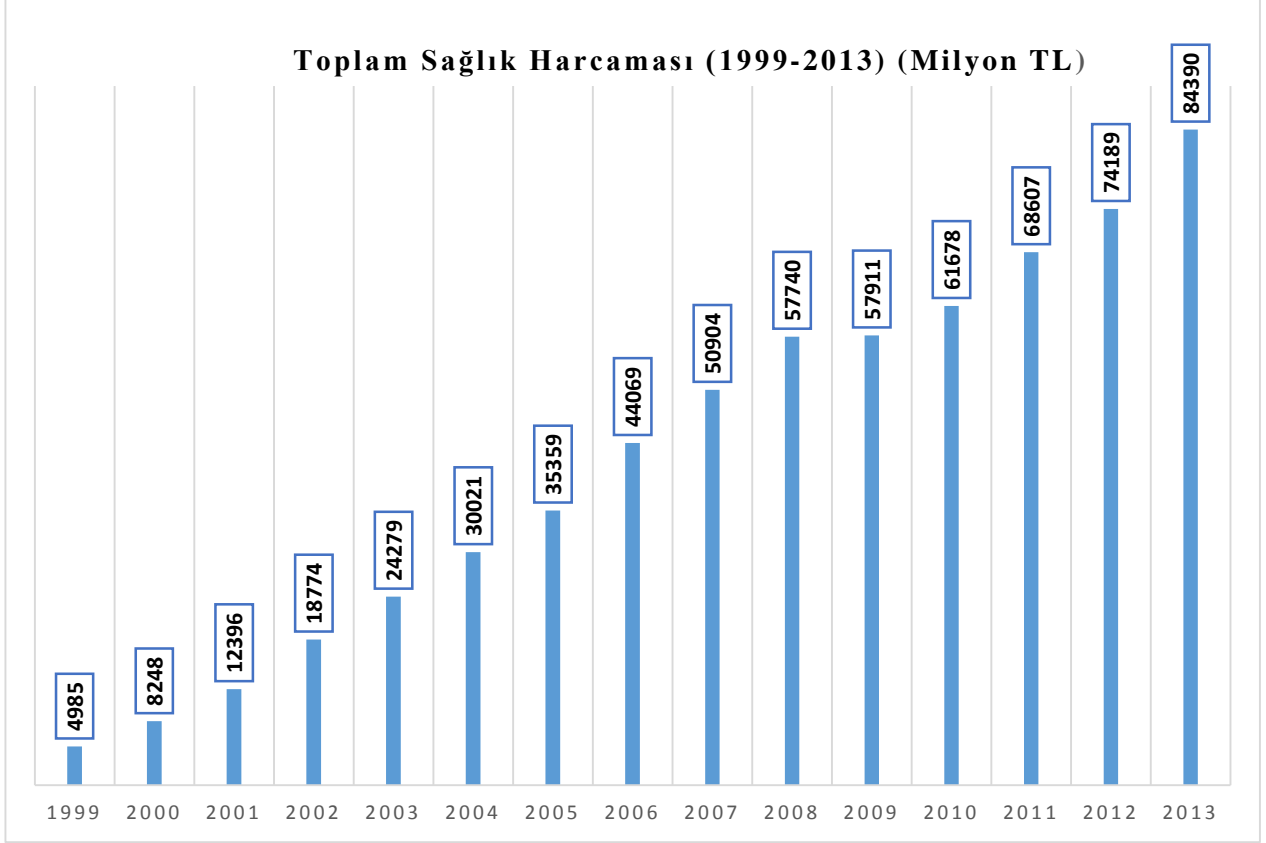
2.1. Toplam Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu sektöründe, Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde sağlık harcamalarına ilişkin veriler 1999 yılından itibaren tutulmaktadır. Bu bölümde TÜİK verileri kullanılarak hazırlanan grafiklere yer verilmiştir. Merkezi, yerel ve sosyal güvenlik harcamaları başlıkları kamu sektöründe, hane halkı ve diğer başlıklı harcamalar ise özel sektörde yapılan sağlık harcamalarıdır. Genel olarak sağlık harcamalarının artışı görülmektedir. Sağlık harcamalarında kamunun payı dönem içerisinde özel sektöre göre orantısal olarak daha fazla artmaktadır.

Tablo 3. Sağlık Harcamaları Genel Tablo (Milyon TL)(1999-2013)

	Genel Toplam	Merkezi	Yerel	Sosyal Güvenlik	Hane Halkları	Diğer
Cari sağlık harcaması	597717	149802	5725	291364	112370	38456
Yatırım harcaması	35832	16548	2615	8499	1747	6422
Toplam sağlık harcaması	633549	166350	8340	299863	114117	44879

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 4. Toplam Sağlık Harcaması Grafiği (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

2.2. Yatırım- Cari Ayrımı

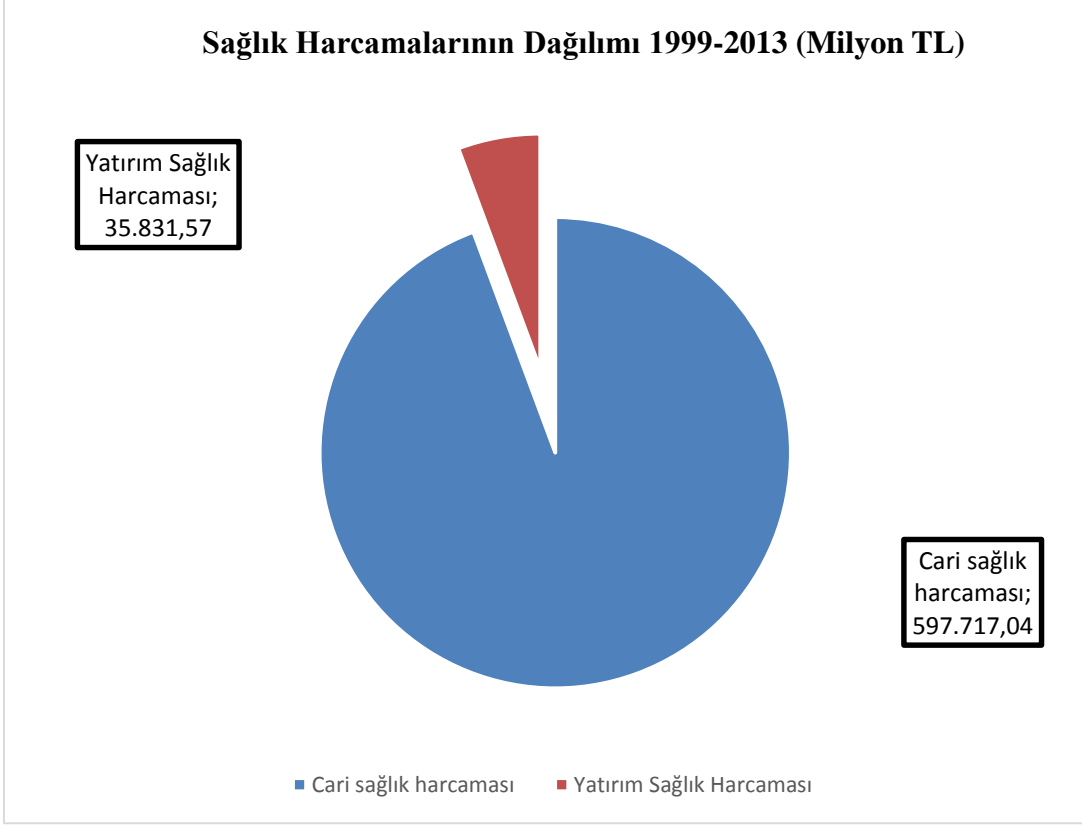
Sağlık yatırım harcamaları, sağlık alanında kaynakların daha iyi kullanılmasını sağlayan, üretim faktörlerinin verimliliğini çoğaltan ve faydası birden fazla yıla yayılan mallara yapılan harcamalardır. Yatırım harcamalarının genel karakteristiği uyarınca faydası uzun dönemli harcamalardır.

Cari harcamalar ise hizmetler ile bir yıl içinde kullanılıp bitecek dayanıksız mallara yapılan harcamalardır. Sağlık alanındaki cari harcamalar ise, bir yıl içerisinde sağlık hizmeti üretmek için yapılan harcamalardır. Cari harcamalarının faydası yapıldığı dönemde yok olur. Eğitim ve sağlık harcamaları da, bireyler üzerinde gelecek dönemlerde cari kalıcı etkileri olduğu için cari harcama kapsamına girer. Aşağıda TÜİK verileri kullanılarak hazırlanmış 1999-2013 yılları arası cari ve yatırım sağlık harcamaları tablo ve grafikleri verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Harcamalarının Cari/Yatırım Harcamaları (Milyon TL) (1999-2013)

	Cari sağlık harcaması	Yatırım Sağlık	Toplam sağlık harcaması
1999	4786	199	4985
2000	7888	360	8248
2001	12086	310	12396
2002	18331	443	18774
2003	23676	603	24279
2004	28616	1405	30021
2005	33292	2067	35359
2006	40949	3120	44069
2007	46495	4409	50904
2008	52320	5420	57740
2009	55294	2616	57911
2010	58623	3054	61678
2011	65372	3236	68607
2012	70288	3901	74189
2013	79702	4688	84390
Genel Toplam	597717	35832	633549

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 5. Sağlık Harcamalarının Cari/Yatırım Dağılımı Grafiği (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Grafik 5 üzerinde gösterildiği üzere 1999-2013 döneminde yapılan sağlık harcamasının %94'ünü cari harcama, % 6'sını yatırım harcaması oluşturmuştur.

2.3. Kamu- Özel Ayrımı

Sağlık harcamaları alanında kamu ve özel sektör ayrımına gidildiğinde kamu sektörü harcamalarını merkezi devlet harcaması (genel bütçe), yerel devlet (belediye, il özel idaresi) ve sosyal güvenlik harcamaları oluşturmaktadır. Özel sektör harcamasında ise ana grup hane halklarının cepten harcamalarıdır. Bu grupta yer alan STK, vakıf vb. kurumların yaptığı, genel bir tanımı yapılamayan harcamalar ise diğer kategorisinde gösterilmektedir.

Tablo 5. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

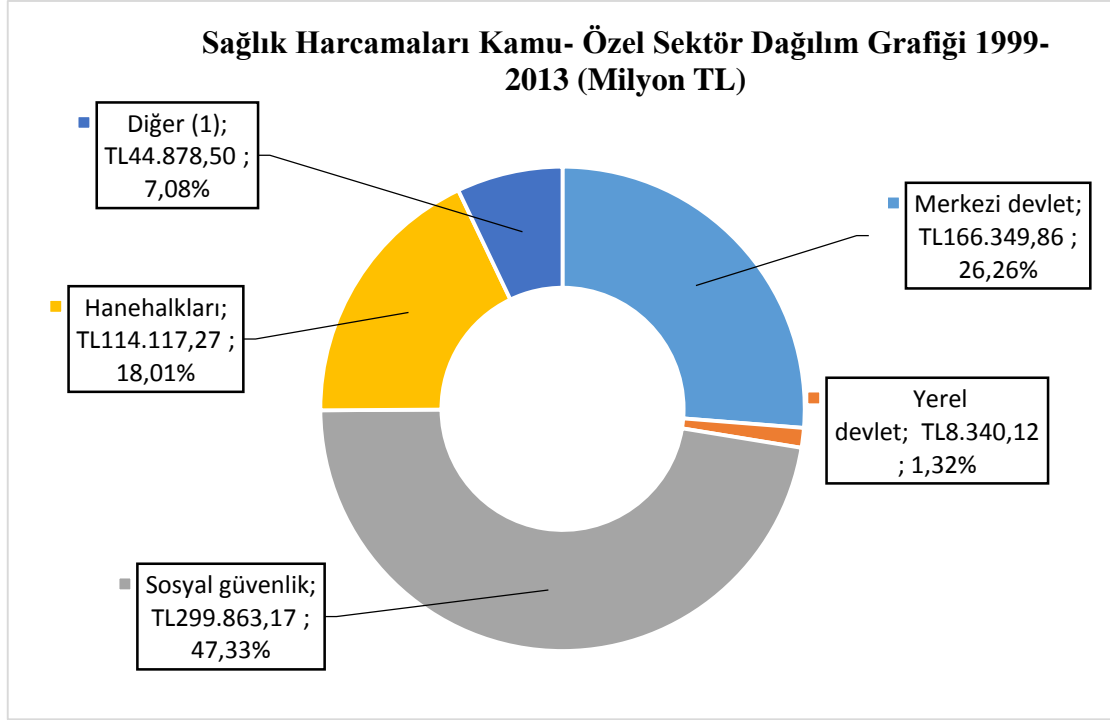
	Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları (MİLYON TL)			
	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam
1999	1.274,00	158,00	1.616,00	3.048,00
2000	1.846,00	458,00	2.886,00	5.190,00
2001	3.612,00	230,88	4.595,00	8.437,88
2002	5.283,00	355,94	7.631,00	13.269,94
2003	6.317,49	482,42	10.662,00	17.461,91
2004	7.658,83	499,79	13.230,69	21.389,30
2005	9.519,82	466,70	14.000,48	23.987,00
2006	11.766,03	683,18	17.666,85	30.116,06
2007	13.965,60	867,42	19.697,01	34.530,03
2008	15.948,42	864,73	25.345,92	42.159,07
2009	17.945,89	666,81	28.277,18	46.889,88
2010	17.209,08	577,08	30.695,41	48.481,56
2011	19.085,82	556,84	34.937,04	54.579,70
2012	16.492,90	662,37	41.629,51	58.784,77
2013	18.424,99	809,96	46.993,09	66.228,04

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

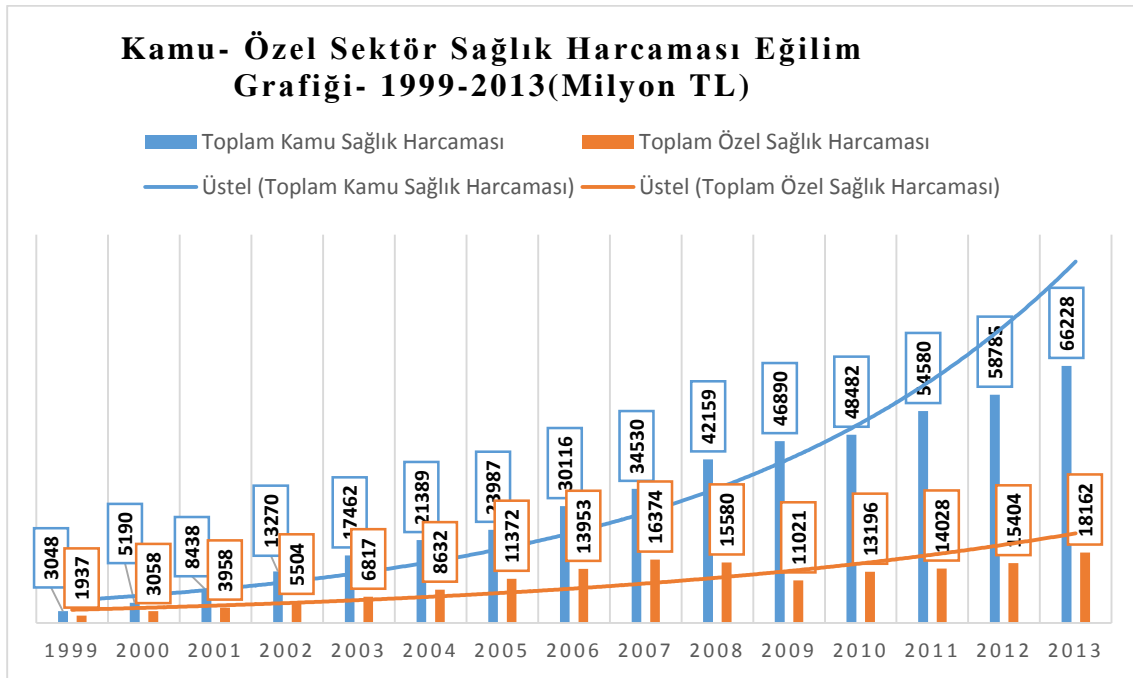
Tablo 6. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

	Özel Sektör Sağlık Harcamaları (MİLYON TL)		
	Hane Halkları	Diğer	Toplam
1999	1.449,00	488,00	1.93700,00
2000	2.280,00	778,00	3.058,00
2001	2.832,00	1.126,00	3.958,00
2002	3.725,00	1.779,00	5.504,00
2003	4.482,00	2.335,00	6.817,00
2004	5.775,46	2.856,08	8.631,54
2005	8.049,35	3.322,56	11.371,91
2006	9.683,51	4.269,11	13.952,62
2007	11.105,33	5.268,94	16.374,27
2008	10.035,84	5.545,00	15.580,00
2009	8.141,88	2.878,97	11.020,85
2010	10.062,38	3.133,65	13.196,03
2011	10.589,78	3.437,93	14.027,71
2012	11.750,04	3.653,90	15.403,94
2013	14.155,68	4.006,37	18.162,05

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



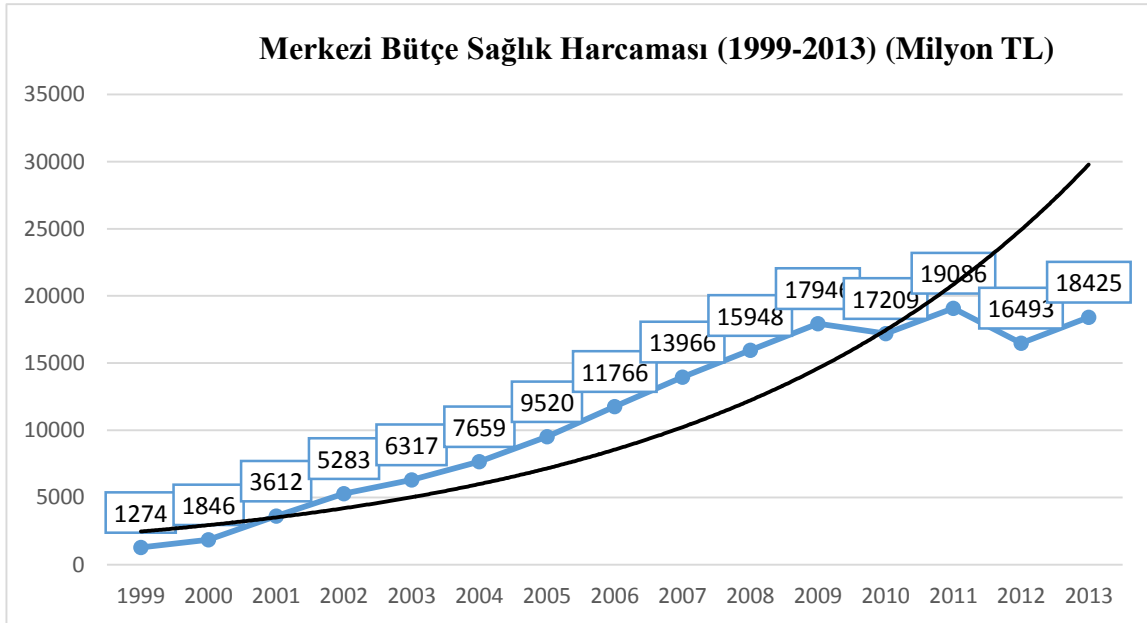
Grafik 6. Sağlık Harcamaları Kamu- Özel Dağılım Grafiği (1999-2013)
Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 7. Toplam Kamu- Özel Sağlık Harcaması Eğilim Grafiği (1999-2013)
Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

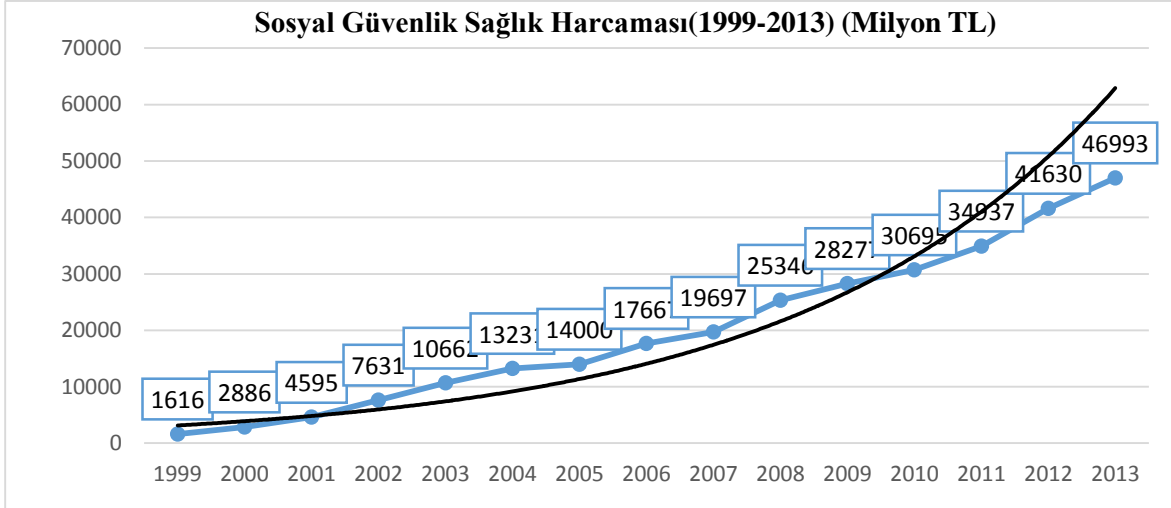
Sağlık harcamalarının sektörel dağılım grafiği incelendiğinde en büyük payın %48 ile sosyal güvenlik harcamaları olduğu görülmektedir. Genel bütçe harcamaları ise %26'lık bir pay almaktadır. Yerel devlet harcaması ise ancak % 1'i bulmaktadır. Bu tablo sağlık harcamaları konusunda kamunun belirleyici rolünü net bir şekilde ortaya koymaktadır. Özel sağlık harcamaları ise toplamda sağlık harcamalarının ancak %25'ini oluşturmaktadır.

1999- 2013 dönemindeki sağlık harcamaları genel eğilimini ortaya koyan mali değerlerini ortaya koyan yukarıdaki şekiller birlikte değerlendirildiğinde genel artış eğilimi göze çarpmaktadır. Özel sağlık harcamaları 2007 yılında pik yapıp 2008-2009 yıllarında bir düşme eğilimine girmiştir. Bu dönemde yaşanan genel kriz ortamı düşünüldüğünde, bu durum özel sağlık harcamalarının ekonomideki değişikliklere karşı daha hassas olduğu şeklinde yorumlanabilir. Genel bütçe harcamalarında ise söz konusu şekilde dramatik bir değişiklik gözlenememiştir; Toplam kamu harcaması belirli bir eğilim çizgisi üzerinde artış göstermektedir.



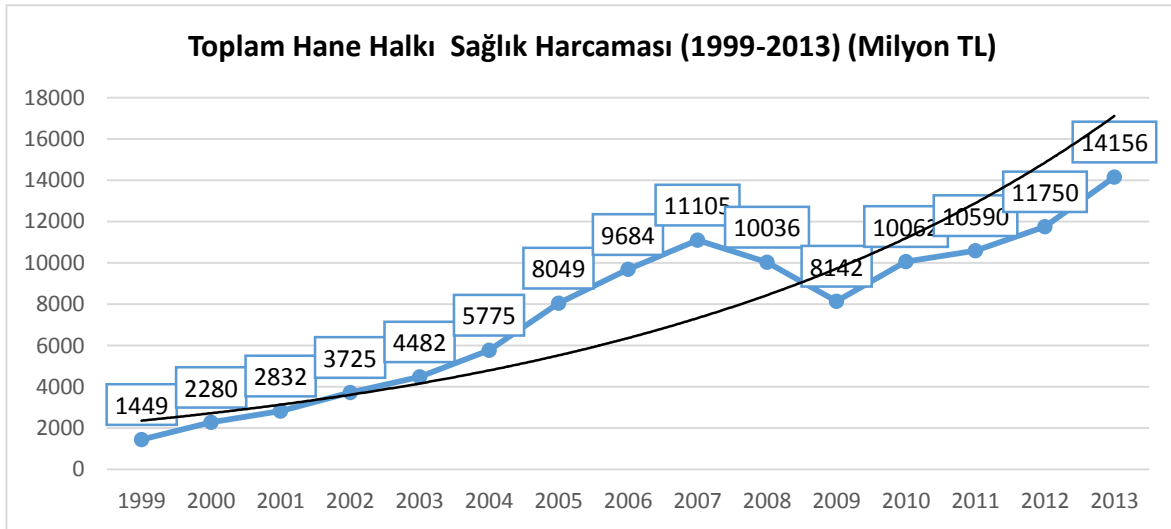
Grafik 8. Merkezi Bütçe Sağlık Harcaması Eğilimi (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 9.Sosyal Güvenlik Sağlık Harcaması Eğilimi (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 10.Toplam Hane Halkı Sağlık Harcaması Eğilimi (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Toplam kamu harcamasının kendi içerisindeki ayrımına göre merkezi devlet bütçesinin genel artış eğilimine karşın 2010 ve 2012 yıllarında azalma eğilimi göstermektedir. Sosyal güvenlik harcamalarında sürekli artış eğilimi bulunduğu görülmektedir. Grafik 9 da ise hane halkı harcamaları ise kriz dönemlerinde belirgin olarak azalma eğilimine girdiği görülmektedir.

2.4. Hizmet Sunanlara Göre Ayrım

Sağlık harcamalarının bir başka ayrımı ise sunulan hizmetlere göre yapılan ayrımdır. Buna göre hizmet sunan aktörler, TÜİK tarafından aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:

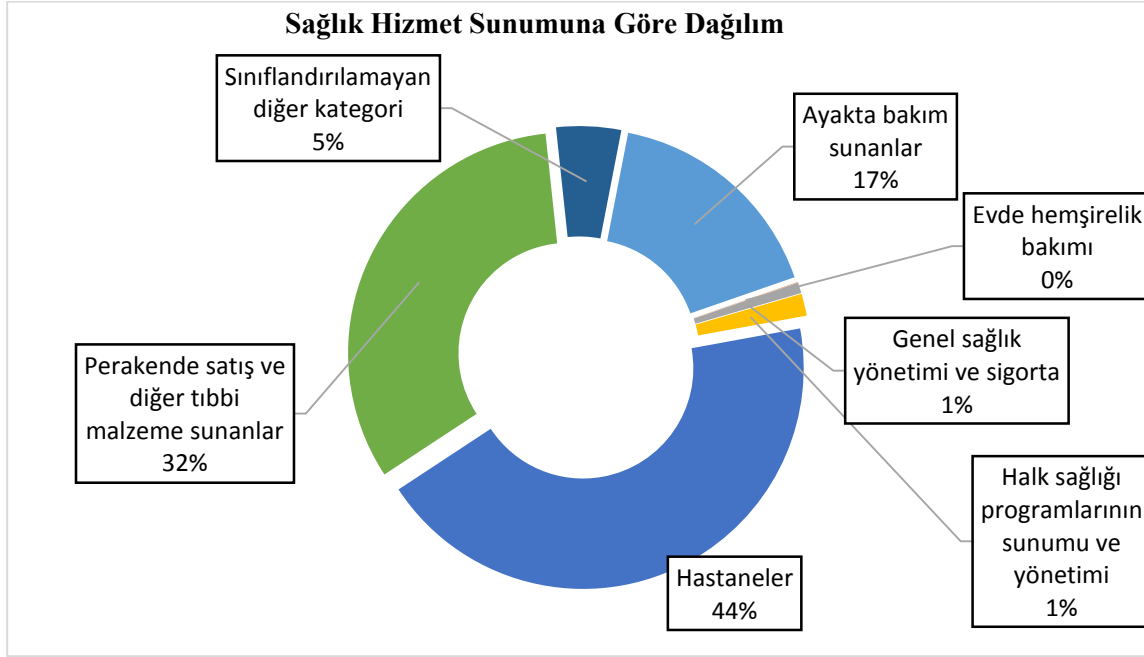
1. Hastaneler
2. Evde Hemşirelik Bakımı
3. Ayakta Bakım Sunanlar
4. Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanlar
5. Halk Sağlığı Programlarının Sunumu Ve Yönetimi
6. Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta
7. Sınıflandırılmayan Diğer Kategori

Tablo 7. Sağlık Hizmet Sunumuna Göre Toplam Harcama Miktarı (Milyon TL)

	Ayakta bakım sunanlar	Evde hemşirelik bakımı	Genel sağlık yönetimi ve sigorta	Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	Hastaneler	Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	Sınıflandırılmayan diğer kategori	Genel Toplam
1999	1150	0	93	6	1913	1301	323	4786
2000	1862	0	167	30	3052	2199	578	7888
2001	2459	46	248	52	4249	4402	629	12086
2002	3624	62	398	74	6077	7080	1014	18331
2003	4414	78	506	200	8579	8750	1149	23676
2004	4412	0	251	258	11425	10245	2026	28616
2005	5628	1	290	281	12649	12332	2111	33292
2006	6556	1	332	337	16170	14789	2765	40949
2007	7777	1	368	376	19030	16040	2903	46495
2008	7762	2	459	395	22984	17608	3110	52320
2009	8733	1	294	699	23241	20018	2307	55294
2010	11024	2	289	664	24933	19275	2436	58623
2011	13082	2	317	579	28543	20331	2518	65372
2012	10125	2	345	2546	36088	19106	2077	70288
2013	10807	2	312	3167	41785	21230	2398	79702
Genel Toplam	99416	199	4669	9664	260718	194707	28345	597717

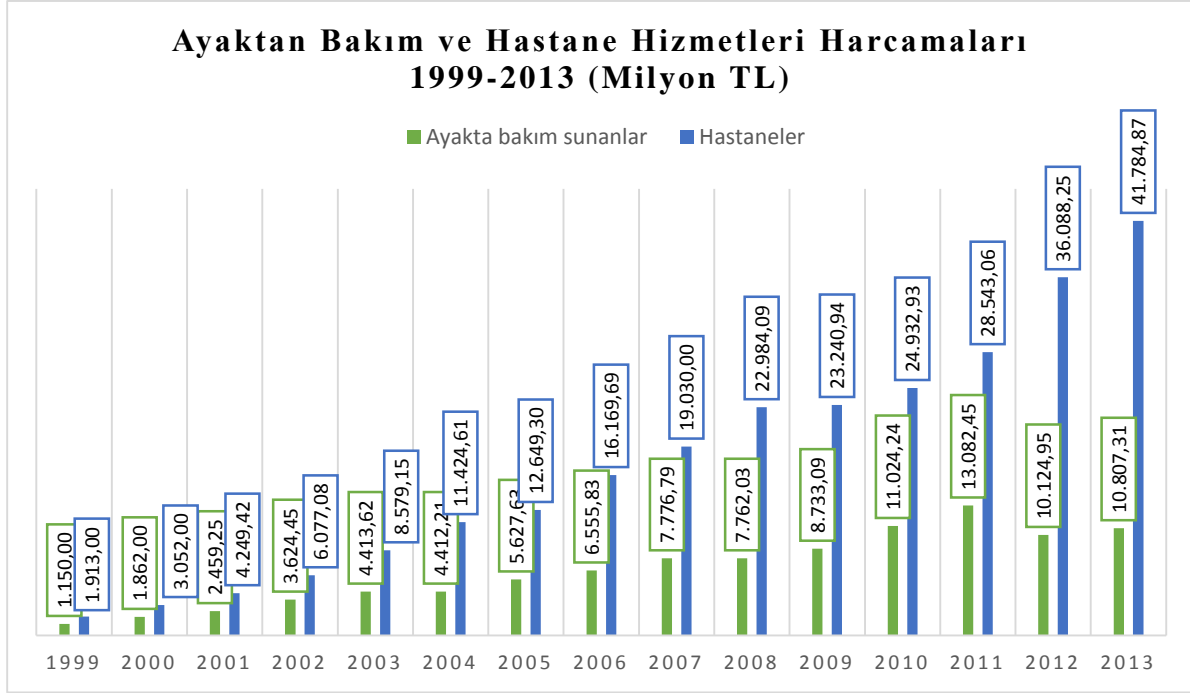
Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Bu sınıflandırmaya göre iki önemli bileşen hastane hizmetleri ve ayakta bakım sunanlardır. Hastanecilik ülkemizdeki 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri için bir fikir verirken, ayakta sağlık hizmetleri ise koruyucu sağlık hizmetleri hariç 1. basamak hasta muayene hizmetleri hakkında bir fikir vermektedir.



Grafik 11.Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunumuna Göre Dağılım Grafiği (1999-2013)

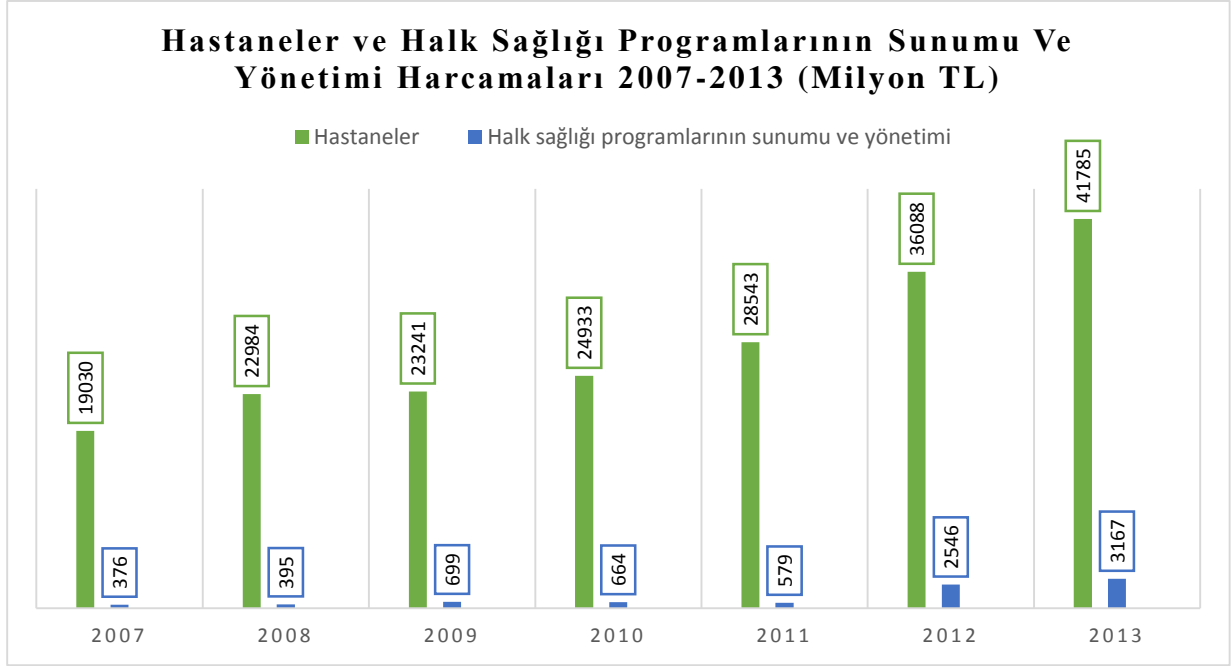
Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 12. Ayaktan Bakım ve Hastane Hizmet Harcamaları Karşılaştırması (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Hizmet sunumuna göre hazırlanan dağılım grafiği ile hastanecilik hizmetlerinin ayaktan bakım hizmetlerinin iki katından fazla olduğu ve yıllar içerisinde hastane hizmetlerine olan talebin ayaktan hizmetlere oranla daha hızlı arttığı gözlenmektedir. Bu durumda Türk sağlık sisteminde temel açmazlardan biri olan bireylerin doğrudan 2. 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurma tercihinin açık bir yansımasıdır.



Grafik 13. Hastane ve Halk Sağlığı Programları Harcamaları (2007-2013)

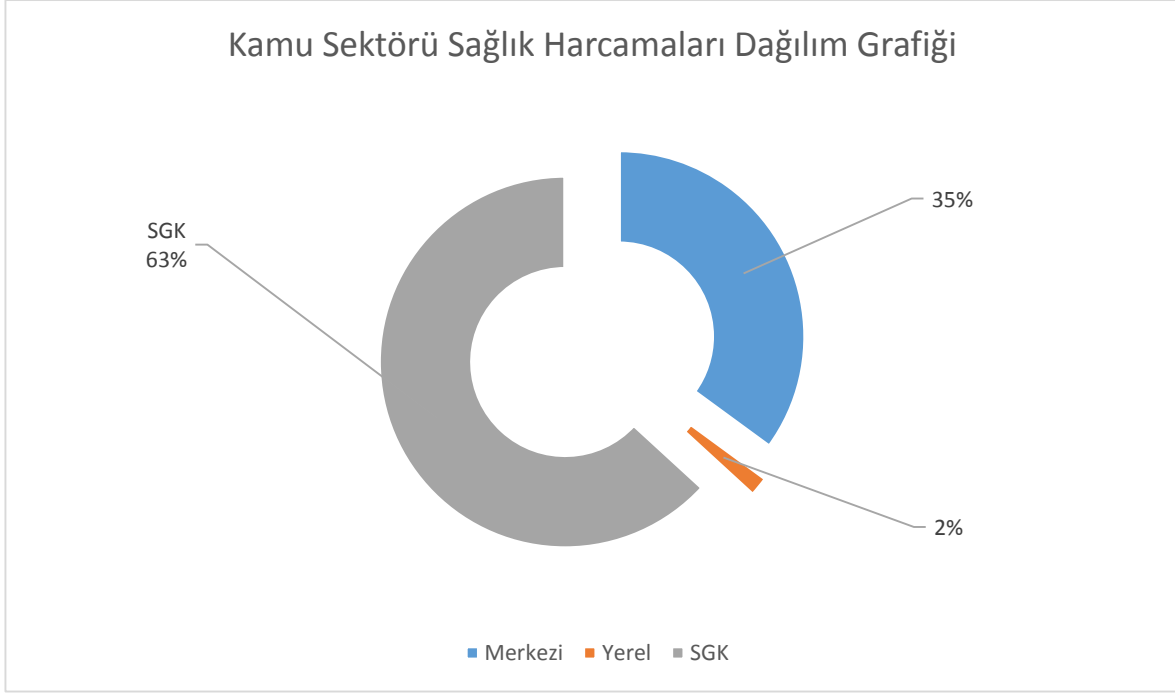
Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Grafik 12 ve 13'de ise, hastane harcamalarının yanında halk sağlığı programlarına çok düşük oranda harcama yapıldığı 1999-2013 dönem sonunda ise hastane harcamaları ile halk sağlığı programları birlikte değerlendirildiğinde hastane harcamalarının payının %44, halk sağlığı programları sunum ve yönetimi harcamalarının payının %1 olduğu görülmektedir. Şüphesiz bu rakam tüm koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payı ifade etmemektedir. Ancak ilaç harcamalarının içinde olduğu perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar ile hastane harcamaları birlikte ele alındığında %76 oranına ulaşılmaktadır. Geriye kalan %24 oranının tümünün koruyucu hizmetlere harcandığı varsayılsa bile bu oran tedavi harcamaları ile karşılaştırıldığında düşük kalmaktadır.

2.5. SGK Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Ülkemizde sağlık harcamalarının 1999-2013 arasında gerçekleşen sağlık harcamaları incelendiğinde harcamaların yaklaşık % 75'inin kamu kesimince yapıldığı görülmektedir. Kamu kesimince yapılan harcamaların ise %63ü SGK tarafından gerçekleştirilmekte ve bu harcamalar toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını (%48) oluşturmaktadır. Bu kapsamda bu bölümde Sosyal Güvenlik

Kurumu tarafından gerçekleştirilen sosyal güvenlik harcamalarının bileşimi incelenmiştir.



Grafik 14. Kamu Sağlık Harcamaları Dağılım Grafiği

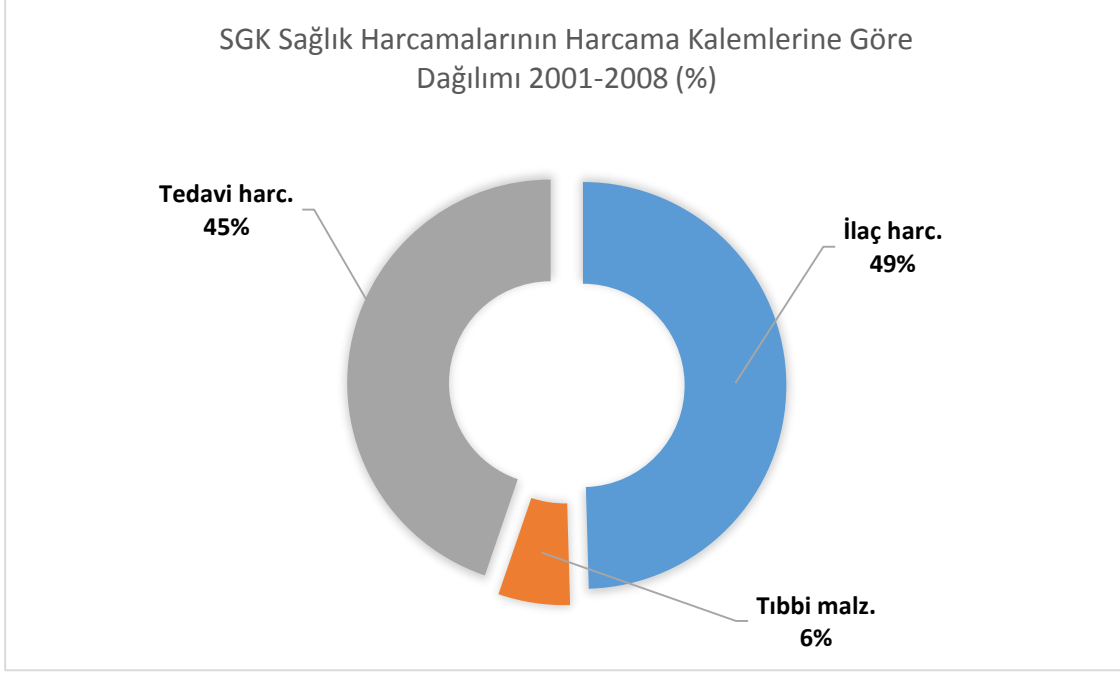
Kaynak: TÜİK verileri

Tablo 8. SGK Sağlık Harcamalarının Harcama Kalemlerine Göre Dağılımı (2001-2008)

Yıl	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Ortalama
İlaç harc.	53,20	56,40	52,70	48,70	51,40	47,40	44,30	42,30	49,55
Tıbbi malz.	7,50	6,50	6,40	6,40	7,20	4,60	4,30	2,70	5,70
Tedavi harc.	39,30	37,10	40,90	44,90	41,30	48,10	51,40	55,10	44,76

Kaynak: (SGK Sağlık İstatistikleri, 2009) verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

2001- 2008 yılları arasında SGK ya ait istatistikler incelendiğinde gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının büyük kısmının tedavi ve ilaç masrafları olduğu görülmektedir.



Grafik 15.SGK Harcama Dağılım Grafiği (2001-2008)

Kaynak: (SGK Sağlık İstatistikleri, 2009) verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu harcamalarının dağılımı incelendiğinde ise ilaç harcamaları ve tedavi harcamalarının %94'ünü oluşturduğu gözlemlenmektedir. Bu durumda Sosyal Güvenlik Kurumu bir yandan sistemde en büyük müşteri iken bir yandan da sistemin en büyük finansörüdür.

Üçüncü Bölüm

Sağlık Harcamaları ve Kalkınma İlişkisi

1.Sağlık Harcamaları Ve İnsani Gelişim

1.1.İnsani Gelişim Endeksi

UNDP insani gelişimi “insanların seçim şanslarının arttığı, alternatiflerinin genişlediği bir süreç” olarak tanımlamaktadır. Bunların arasında en önemlileri uzun ve sağlıklı bir yaşam, iyi bir eğitim ve hayattan keyif alabilecekleri standartlara sahip olmak ve yaşam kalitesini artırmak olarak sıralamaktadır. (Berber, 2006: 232-233) Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), 1990’dan itibaren yaklaşık 200 gösterge seti ile ülkelerin gelişmişlik düzeylerini karşılaştırmaktadır.

Çağdaş anlamda insani kalkınma kavramını ifade eden ülkelerin refah ve gelişmişlik düzeylerini sayısal değerlere dönüştürerek hesaplayan İnsani Gelişim Endeksi (Human Development Index), ekonomik ve sosyal kalkınmayı dikkate alan göreceli bir ölçüdür ve her ülkenin diğerlerine göre karşılaştırmalı konumunu vermektedir. UNDP, yaptığı hesaplama dayanarak ülkeleri düşük, orta, yüksek ve çok yüksek insani gelişmeye sahip ülkeler olarak dört gruba ayırmıştır. (Özsoy, 2013; 9-11)

İGE insani gelişmenin tam ölçümünü yapamaz. Ancak insani gelişmenin ve gelir ile iyi yaşamın arasındaki karmaşık ilişkiler hakkında kaba bilgiler verir. Ülkemiz 2013 yılında değerlendirmeye alınan 187 ülke içerisinde 69. Sırada, yüksek kalkınma düzeyi ülkeleri arasında yer almaktadır.

Dünya ortalamasına göre daha iyi durumdadır. Tablo 4 de 2014 de yayımlanan İnsani Gelişmişlik Raporu Data setinden yararlanarak Türkiye’nin durumu genel değerlerle karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo 9. İGE Karşılaştırma Tablosu

	İnsani Gelişmişlik Endeksi	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Ortalama Eğitim Süresi	Beklenen Eğitim Süresi	Kişi Başı GSMG(\$)	İnsani Gelişmişlik Endeksi
	2013	2013	2012	2012	2013	2012
Türkiye	0,759	75	7,561	14,4	18391	0,756
En yüksek	0,890	80	11,697	16,26582	40046	0,889
Yüksek	0,735	74	8,093	13,42967	13231	0,733
Orta	0,614	68	5,517	11,72405	5960	0,612
Düşük	0,493	59	4,155	9,035048	2904	0,490
Dünya Ortalaması	0,702	71	7,662119	12,18731	13723	0,700

Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

1.2. Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Göstergeler

Sağlık harcamaları, sağlık sektörünün kapasitesini ve bu sektöre ayrılan kaynakların tutarını belirleyen aynı zamanda toplumların sağlık politikalarını da şekillendiren önemli bir göstergedir. Bu bölümde öncelikle İGE sıralamasına göre, yüksek, orta ve düşük düzeyde insani gelişme seviyesindeki ülkelerin sağlık harcamaları ile Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSMH içindeki payı karşılaştırılmıştır.

Sonrasında ise TÜİK, Sağlık Bakanlığı ve SKG'dan alınan yayımlanmış veriler kullanılarak 1999- 2013 yılları arasında; "Cari Fiyatlarla GSMH", "Cari Fiyatlarla Toplam Sağlık Harcaması" "1998 yılı temel alınarak hesaplanmış Reel GSMH" ve "İktisadi Büyüme Oranı" verilerine ulaşılmıştır. Söz konusu veriler kullanılarak başlangıçta reel GSMH'nin cari GSMH'ye Oranı hesaplanarak cari sağlık harcamalarının reel rakamlarına ulaşmak üzere katsayılar hesaplanmış ve 1999-2013 yılları arası 1998 baz yılı fiyatlarıyla reel sağlık harcamaları bulunmuştur.

Son olarak elde edilen veriler kullanılarak 1999-2013 arası yıl bazlı "Cari GSMH Değişim Oranı", " Cari Sağlık Harcaması Değişim Oranı", "GSMH Değişim Oranı" ve "Reel Sağlık Harcaması Değişim Oranı" hesaplanarak değerlendirmelerde bulunulmuştur.

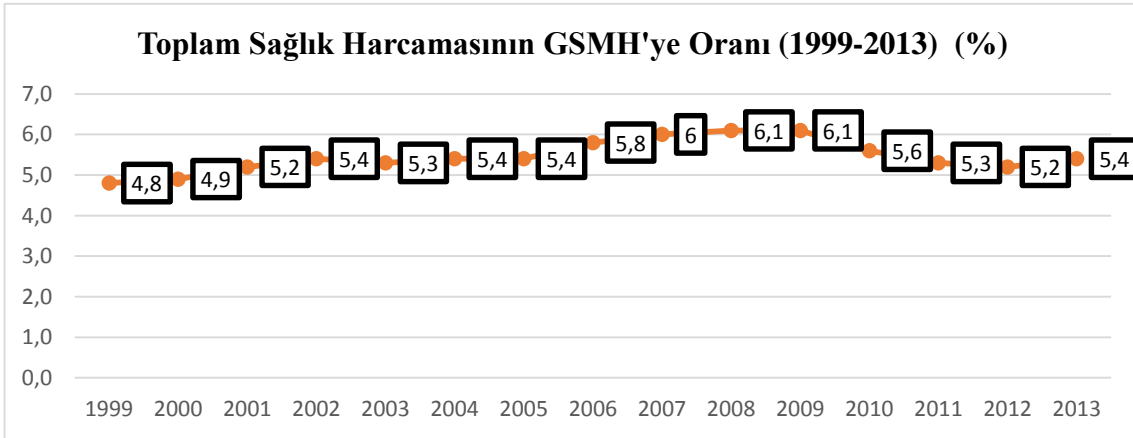
1.2.1. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı

TÜİK rakamları esas alınarak yapılan hesaplama sonucunda ise 1999-2013 döneminde ise toplam sağlık harcamalarının toplam GSMH içerisindeki payı % 5 olarak bulunmuştur. Bu dönemde sağlık harcamaları 2009/2010 yıllarına kadar GSMH içinde giderek daha fazla yer tutarken Her ne kadar rakamsal olarak artış gösterse de 2010 yıldan sonra GSMH içerisindeki payı düşme eğilimine girmiştir.

Tablo 10. İGE'ye Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payları (2011)

Türkiye	6.7
En yüksek	12
Yüksek	6
Orta	5
Düşük	5
Dünya Ortalaması	10

Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.



Grafik 16. Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı Yıl Bazlı Dağılımı (1999-2013)

1.2.2. Sağlık harcamaları ve büyüme ilişkisi

Sağlık harcamaları ile gayri safi millî hâsıla ilişkisi tespit edilmek üzere Excel programı kullanılarak 2000-2013 yılları arasında değişim oranları korelasyonu araştırılmıştır. Korelasyon testi sonucunda Reel GSMH ve Reel Fiyatlarla Sağlık Harcamaları Değişim Oranı ilişkisinde korelasyon katsayısı (r) 0,96 Sağlık

Harcamaları ile Reel GSMH Değişim Oranı (İktisadi Büyüme Oranı) İlişkisinde korelasyon katsayısı (r) 0,68 hesaplanmıştır.

Tablo 11. GSMH ve Sağlık Harcaması Karşılaştırma (1999-2013)

Yıl	Cari GSMH (Milyon TL)	Cari Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Reel GSMH (Milyon TL)	Reel Sağlık Harcaması (Milyon TL)
1999	104595,00	4985,00	67840,57	3233,28
2000	166658,00	8248,00	72436,40	3584,92
2001	240224,08	12395,88	68309,35	3524,85
2002	350476,09	18773,94	72519,83	3884,67
2003	454780,66	24278,91	76338,19	4075,39
2004	559033,03	30020,85	83485,59	4483,29
2005	648931,71	35358,91	90499,73	4931,14
2006	758390,79	44068,68	96738,32	5621,28
2007	843178,42	50904,30	101254,63	6112,94
2008	950534,25	57740,00	101921,73	6191,21
2009	952558,58	57910,73	97003,11	5897,30
2010	1103749,80	61677,60	105885,64	5916,90
2011	1297713,00	68607,41	115174,72	6089,05
2012	1416817,00	74188,71	117625,02	6159,19
2013	1561510,00	84390,09	122476,09	6619,09

Tablo 12. GSMH- Sağlık Harcaması İlişkisi (1999-2013)

Cari GSMH ve Cari Fiyatlarla Sağlık Harcamaları İlişkisi	r= 0,993703005
Reel GSMH ve Reel Fiyatlarla Sağlık Harcamaları İlişkisi	r= 0,959431261

Tablo 13.Reel GSMH ve Sağlık Harcamaları Değişim Oranları Tablosu (2000-20113)

Yıl	Sağlık Harcaması Değişim Oranı	RGSMH Değişim Oranı (İktisadi Büyüme Oranı)
2000	10,9%	6,80%
2001	-1,7%	-5,70%
2002	10,2%	6,20%
2003	4,9%	5,30%
2004	10,0%	9,40%
2005	10,0%	8,40%
2006	14,0%	6,90%
2007	8,7%	4,70%
2008	1,3%	0,70%
2009	-4,7%	-4,80%
2010	0,3%	9,20%
2011	2,9%	8,80%
2012	1,2%	2,10%
2013	7,5%	4,10%

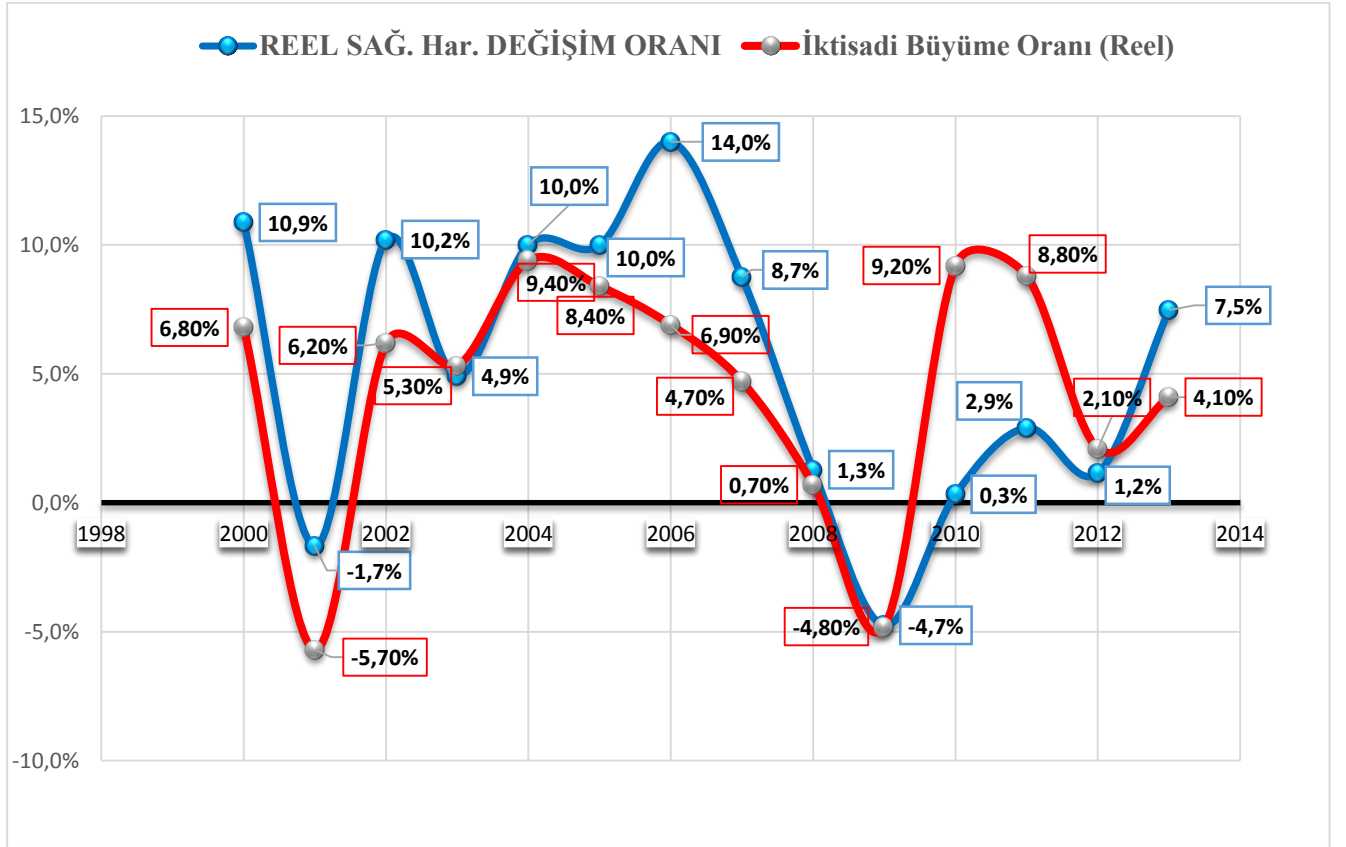
Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Tablo 14.Reel Sağlık Harcaması Değişim Oranı ile İktisadi Büyüme Oranı İlişkisi (1999-2013)

Reel Sağlık Harcaması Değişim Oranı ile Reel GSMH Değişim Oranı (İktisadi Büyüme Oranı) İlişkisi	$r=0,680317185$
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

GSMH Değişim Oranı ve Sağlık Harcamaları Değişim Oranı ilişkisinde korelasyon katsayısı (r) 0,99 (cari) ve 0,96 (reel) bulunmuştur. (r) değeri 1'e oldukça yakın ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum sağlık harcamaları ve GSMH arasında kuvvetli bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Ülkemizde GSMH arttığı zaman sağlık sektörü harcamalarının arttığını söyleyebiliriz. Daha sonra reel fiyatlarla Sağlık Harcamaları Değişim Oranı ile reel GSMH Değişim Oranı (İktisadi Büyüme Oranı) ilişkisinde korelasyon katsayısı hesaplanmış ve (r) 0,68 bulunmuştur. (r) değeri 1'e yakın ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumda Sağlık harcamalarının ile iktisadi büyüme rakamları doğal olarak paralel bir seyir izlerken, değişim oranları orta düzeyde ilişkilendirilebilmektedir.



Grafik 17. Sağlık Harcaması ve İktisadi Büyüme Karşılaştırma Grafiği (1999-2013)

Kaynak: TÜİK verileri esas alınarak hazırlanmıştır.

Grafik 17'de görüldüğü üzere dikkat çekici bir diğer bulgu genel olarak reel GSMH arttığında sağlık harcamalarının daha fazla oranda artması, reel GSMH azaldığında ise sağlık harcamalarının daha az oranda azalmasıdır.

1.3. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri

Bu bölümde sağlık harcamaları ile seçilmiş sağlık göstergeleri bir arada değerlendirilmiştir. Sağlık göstergeleri seçilirken toplumun genel sağlık durumunu gösterebilecek olan, doğurganlık, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresi kullanılmıştır. Bu göstergeler ile beraber reel GSMH ve reel sağlık harcaması verileri kullanılmıştır. İlk önce İGE değerleri verilmiş, sonrasında TÜİK, Dünya Bankası OECD ve SB THSK verileri kullanılarak, büyüme oranları ve seçilmiş sağlık göstergeleri tablosu hazırlanmıştır.

Tablo 15. İGE- Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları

	Yetişkin Mortalite Oranı			Yaşam Süresi		Hekim Sayısı		Sağlık Harcamaları	
	Her 1000 Kişide (2011)	60 yaştan sonra beklenen yaşam süresi	Düzeltilmiş yaşam süresi- 2010	10000 kişiye düşen hekim sayısı (2003-2012)	Toplam sağlık harcamalarının GSMH oranı	2011	2011		
	Kadın	Erkek	2010/2015	Kadın	Erkek	2003-2012	2011	2011	
Türkiye	68	123	21	66	62	17	6,7	16,1	
En yüksek	59	109	23	71	67	28	12,2	13,7	
Yüksek	89	152	20	69	64	17	6,0	33,8	
Orta	157	230	18	59	56	7	4,6	44,7	
Düşük	270	313	16	53	51	3	5,2	52,7	
Dünya Ortalaması	127	188	21	64	60	13	10,1	17,8	

Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 16. Büyüme, Sağlık Harcamaları ve Seçilmiş Sağlık Göstergeleri (2000-2012)

Yıl	Reel GSMH (Milyon TL)	Büyüme* (%)	Reel Sağlık Harc. Değişim Oranı (%)	Reel Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Anne Ölüm Hızı ** (Yüz binde)	Bebek Ölüm Hızı** *(Yüz binde)	Doğurganlık Hızı** ** (%)	Kadın Yaşam Beklentisi** *(sen e)	Erkek Yaşam Beklentisi** *(sen e)	Total Yaşam Beklentisi** *(sen e)
2000	72.436,40	6,8	10,9	3584,9	33	31,6	2,38	73,1	69,0	71,1
2001	68.309,35	-5,7	-1,7	3524,9	-	28,3	2,34	73,5	69,4	71,5
2002	72.519,83	6,2	10,2	3884,7	-	31,5	2,3	73,9	69,8	71,9
2003	76.338,19	5,3	4,9	4075,4	-	29,0	2,27	74,4	70,2	72,3
2004	83.485,59	9,4	10,0	4483,3	-	26,0	2,23	74,8	70,6	72,7
2005	90.499,73	8,4	10,0	4931,1	27	21,4	2,2	75,2	71,0	73,1
2006	96.738,32	6,9	14,0	5621,3	-	16,5	2,17	75,6	71,2	73,4
2007	101.254,63	4,7	8,7	6112,9	-	13,9	2,15	75,9	71,4	73,7
2008	101.921,73	0,7	1,3	6191,2	-	12,1	2,14	76,2	71,5	73,9
2009	97.003,11	-4,8	-4,7	5897,3	-	10,2	2,12	76,5	71,7	74,1
2010	105.885,64	9,2	0,3	5916,9	22	7,8	2,11	76,8	71,8	74,3
2011	115.174,72	8,8	2,9	6089,1	-	7,7	2,09	77,1	72,0	74,6
2012	117.625,02	2,1	1,2	6159,2	15,4	7,4	2,08	77,2	72,0	74,6

Kaynak: * Büyüme Oranları TÜİK Reel GSMH Rakamları kullanılarak hesaplanmıştır. ** Anne Ölüm Hızı: Dünya Bankası Verisi: 2000- 2005- 2010 yılları Dünya Bankası Verisi 2012 SB THSK Verisi*** OECD istatistikleri **** TÜİK verisi

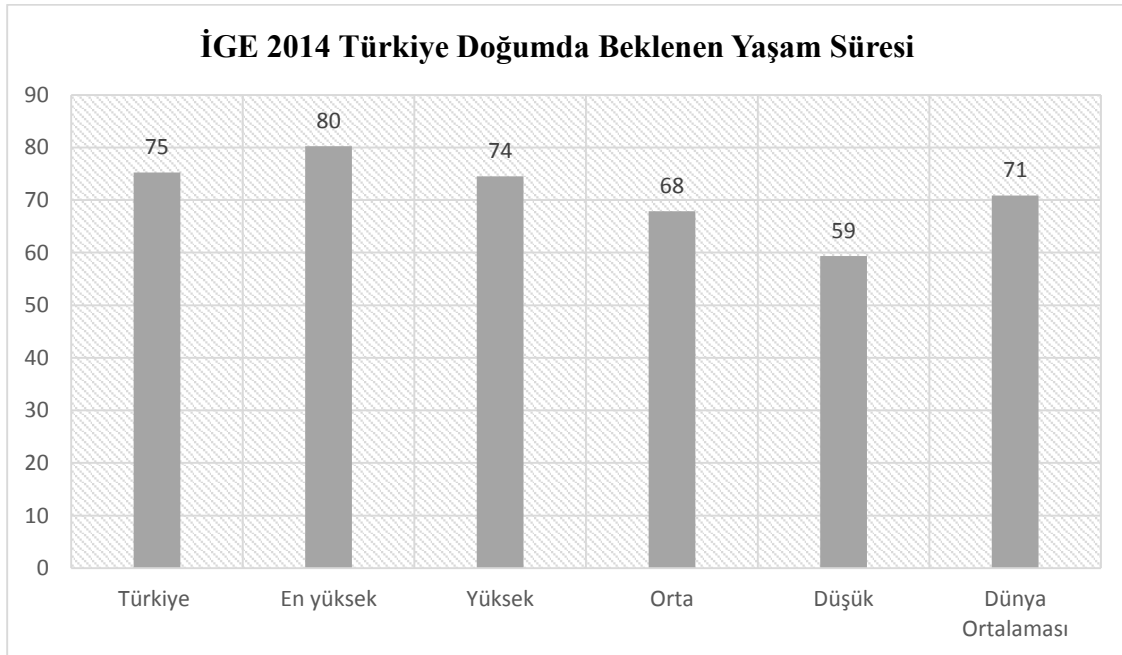
Ülkemizdeki sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ilişkisi ve ekonomik büyüme ile sağlık göstergeleri ilişkisi incelendiğinde genel olarak ekonomik büyüme ile sağlık harcamalarının paralel hareket ettiği görülmektedir. Çalışmada da görüldüğü

üzere sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi sağlık harcamalarının düşük olduğu ülkelere göre daha yüksek olurken, anne ve bebek ölüm oranları, bulaşıcı hastalık görülme sıklığı görece düşük olmaktadır.

1.3.1. Doğumda beklenen yaşam süresi

İGE hâlihazırda temel sağlık göstergesi olarak doğumda beklenen yaşam süresini kullanmaktadır.⁶ Doğumda beklenen yaşam süresi, belirli bir bölgede, belirli bir sınıfa, yaş grubuna, cinsiyete bağlı olarak, bir kişinin yaşama beklentisine, ne kadar ömrü kaldığına dair göstergedir. Yaşam beklentisi hâlihazırda Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan beşeri kalkınma raporlarında bir kalkınma göstergesi olarak kullanılmaktadır. Ancak bu kullanım, yeterli değildir. Çünkü doğumda yaşama beklentisi, gelecekteki durumu gösterebilir. (Çiftçi, 2008: 51-52)

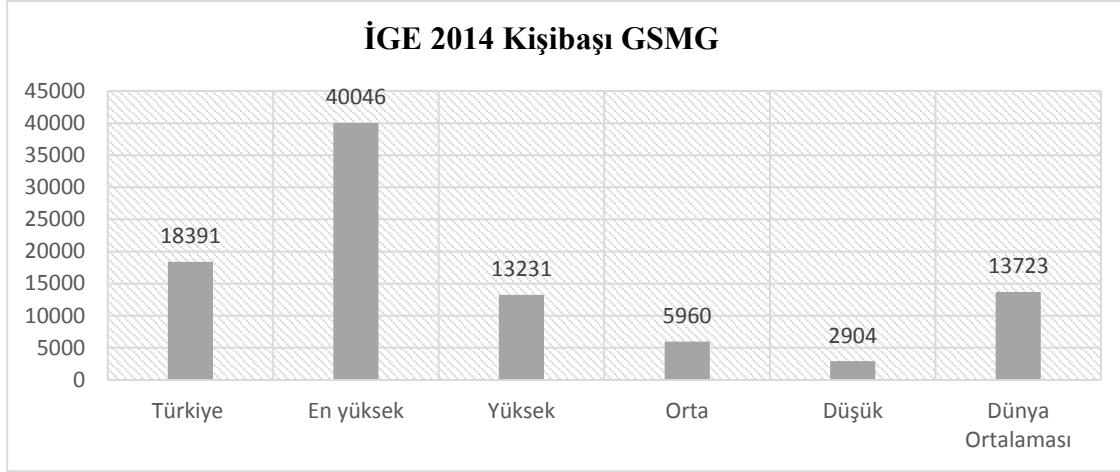
Ülkemiz doğumda beklenen yaşam süresi ölçütü yönünden de yüksek kalkınmış ülkeler düzeyindedir. Ancak bu ölçüt ileriye dönük bir değerlendirme içerdiğinden anlık kalkınmışlık hakkında bilgi vermek adına çok anlamlı olmamaktadır.



Grafik 18. İGE- Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

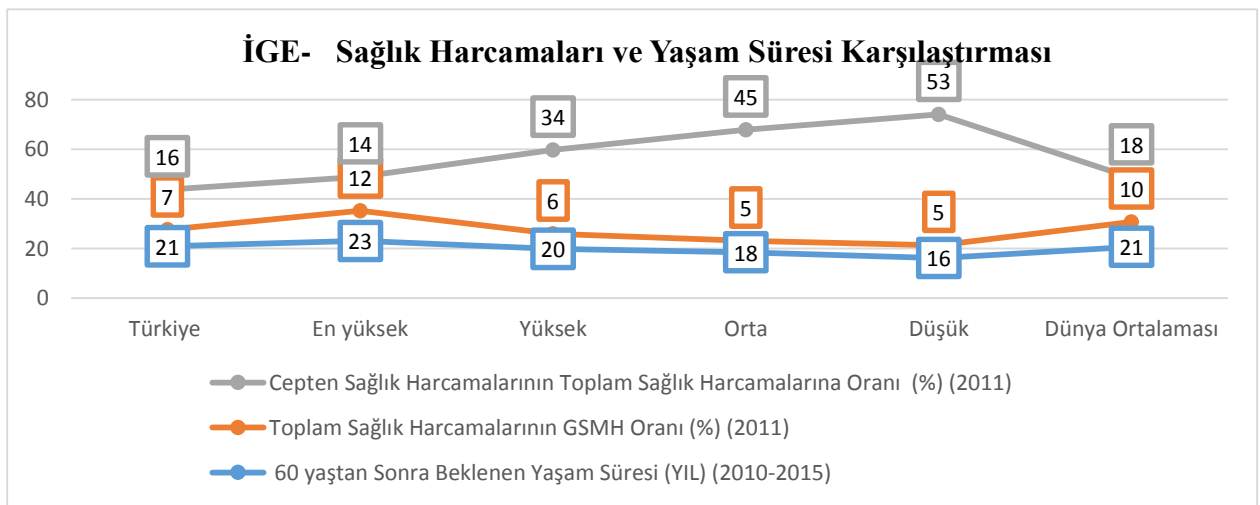
⁶ http://www.tr.undp.org/content/dam/turkey/docs/Publications/hdr/faq_hdi-TR_ece%20FU.pdf 01.05.2015 tarihinde erişim sağlandı.



Grafik 19. İGE- Kişi Başı GSMG

Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

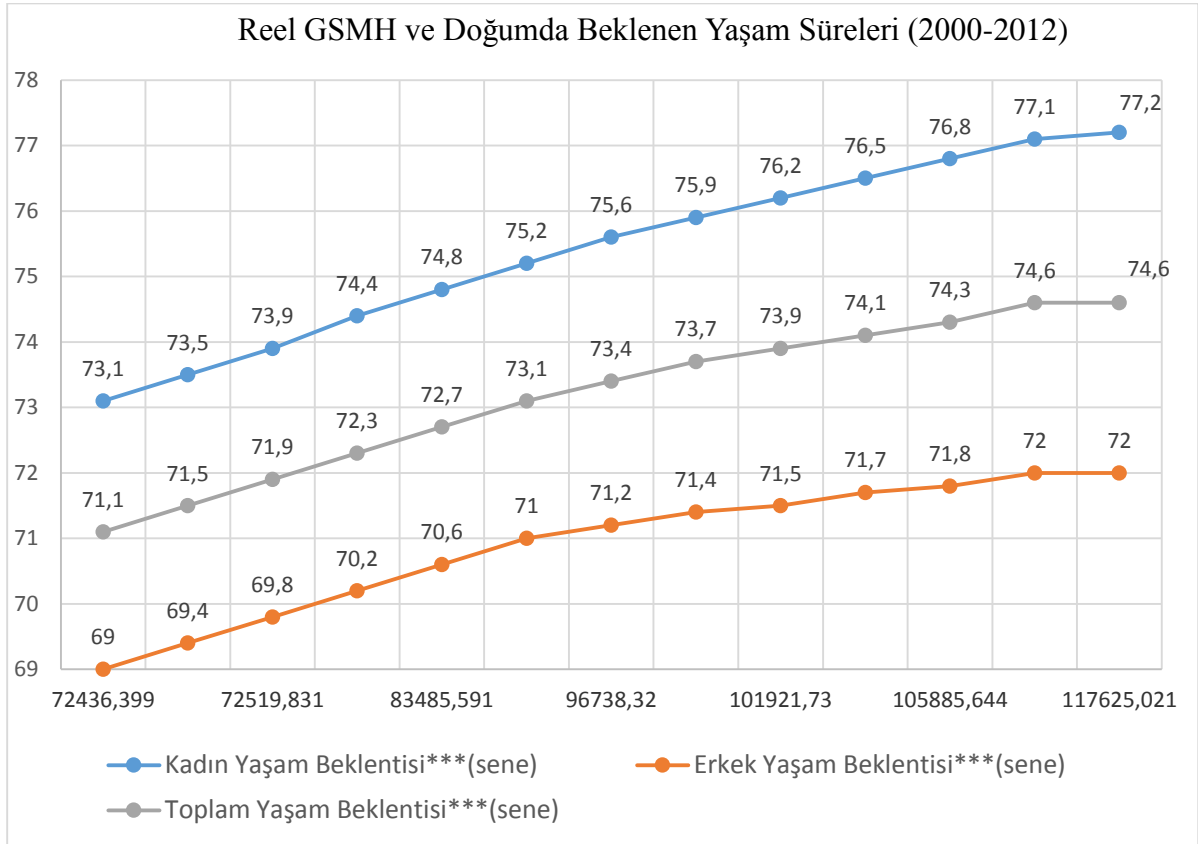
Grafik 19’da görüldüğü üzere ülkemiz kişi başı GSMG kriteri yönünden kalkınmış ülkeler düzeyindedir. UNDP Raporunda görüldüğü üzere ülkelerin sağlık harcamaları için ayırdığı finansal kaynaklar arttıkça temel sağlık göstergeleri pozitif etkilenmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde bireylerin sağlık harcamaları daha çok sosyal güvenlik anlayışı çerçevesinde finanse edilmekte ve bireyler sağlık harcamalarının katastrofik etkisinden korunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise cepten harcamalar toplam sağlık harcamalarının içerisinde önemi yer tutmaktadır. Bu durum ise kalkınmanın önünde önemli bir engel oluşturmakta ve yoksulluğu artırarak gerek bireysel gerekse toplumsal refahın oluşmasının engellemektedir.



Grafik 20. İGE- Sağlık Harcamaları ve Yaşam Süresi

Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Ülkemizde, Reel GSMH ve Sağlık Harcaması ile Doğumda Beklenen Yaşam Süresi arasındaki ilişki incelendiğinde kuvvetli pozitif ilişki bulunmaktadır. Reel GSMH arttıkça toplumda beklenen yaşam süresi pozitif artmaktadır. Sağlık harcamalarına harcanan miktar arttıkça bireylere sunulan sağlık hizmetin niteliği de artmakta ve sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği artmaktadır. Bu durumda toplumda yaşayan bireylerde doğal olarak yaşam beklentisi artmaktadır. Dünyada ki genel eğilime paralel olarak kadınlarda beklenen yaşam süresi erkeklere oranla daha yüksek olmaktadır.

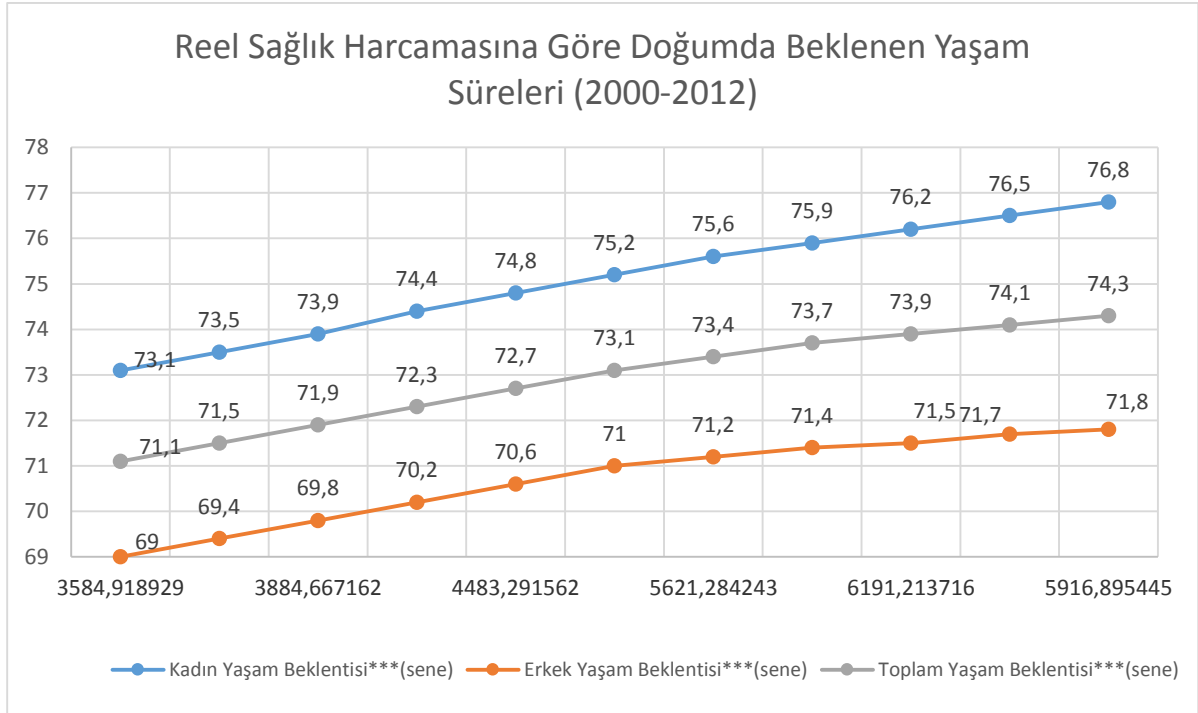


Grafik 21. Reel GSMH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2000-2012)

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 17. Reel GSMH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişki Tablosu

Reel GSMH Doğumda Beklenen Kadın Yaşam Süresi	Reel GSMH Doğumda Beklenen Erkek Yaşam Süresi	Reel GSMH Doğumda Beklenen Total Yaşam Süresi
$r = 0,969661504$	$r = 0,950001416$	$r = 0,966088269$



Grafik 22.Reel GSMH ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişki

Tablo 18.Reel Sağlık Harcaması ile Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2000-2012)

Reel Sağlık Harcaması Doğumda Beklenen Kadın Yaşam Süresi	Reel Sağlık Harcaması Doğumda Beklenen Erkek Yaşam Süresi	Reel Sağlık Harcaması Doğumda Beklenen Total Yaşam Süresi
0,955618033	0,962117886	0,963474389

Doğumda beklenen yaşam süresi her ne kadar sık kullanılan bir sağlık göstergesi olsa da, toplumun sağlık durumunu tam olarak yansıtamamaktadır. Bunun nedeni öncelikle hesaplama da kullanılan yaşam tablosu kurgusallığıdır. Bu yaşam tablosu belli bir nüfusun, özellikli bir zaman dilimindeki sağlığına ilişkin bir gösterge olup var olan nüfusu oluşturan insanların ne kadar yaşayacağını göstermez. Bir diğer önemli konu ise adölesan dönem öncesi ölümlerin yaşam beklentisine etkisinin daha ileri yaşlardaki ölümlere göre çok daha büyük olmasıdır. Beklenen yaşam süreleri dikkate alındığında genç bireylerin ortalama ölüm yaşına uzaklığı orta yaşlı ve yaşlı bireylere göre daha fazla olmaktadır. Bu durumda genç bireyler yaşamlarını sürdürebilmeleri durumunda, nüfusun toplam yaşam süresine daha fazla katkı yapmakta ve süreç içerisinde belirli bir dönem sonunda toplumun ortalama ölüm yaşı yükselmektedir.

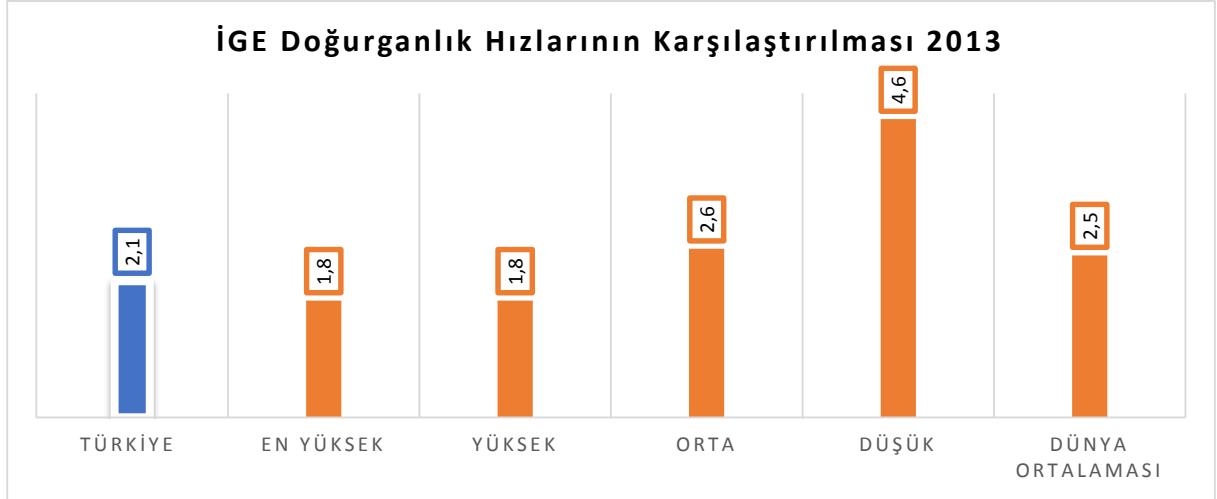
1.3.2. Sağlık harcamaları ve doğurganlık

Kalkınma alanında yapılan bazı çalışmalar kişi başına düşen beşeri sermayenin artması ile doğum hızlarının düştüğünü göstermektedir. Doğum hızları üzerindeki bu negatif etkinin nedeni, ebeveynler için azalan zaman ve artan maliyetlerdir. Gelişmiş ekonomilerde bireyler söz konusu artan maliyetler karşısında daha az sayıda çocuk tercihinde bulunmaktadır; Tercihleri daha fazla beşeri ve maddi sermaye birikimine kaymaktadır. (Barro J. R.1999: 199-214) Beşeri sermayesi görece yüksek olan ülkelere bakıldığında daha düşük doğurganlık oranı ve Gayri Safi Milli Hasılaya oranla daha yüksek maddi yatırımlara sahip olduklarını görülür. Barro'nun yaptığı çalışmalardan elde ettiği bulgular kişi başına beşeri sermayesi yüksek olan (kişi başına beşeri sermaye/ kişi başına gayri safi yurtiçi hâsıla) fakir ülkeler zengin ülkelerle arasındaki gelir farkını kapatılabilir olmasının hem fakir hem de beşeri sermayesi düşük ülkelere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. (Baş, 1997: 136-152)

Tablo 19.İGE Doğurganlık Hızları (2010- 2015)

TÜRKİYE	2,1
En yüksek	1,8
Yüksek	1,8
Orta	2,6
Düşük	4,6
Dünya Ortalaması	2,5

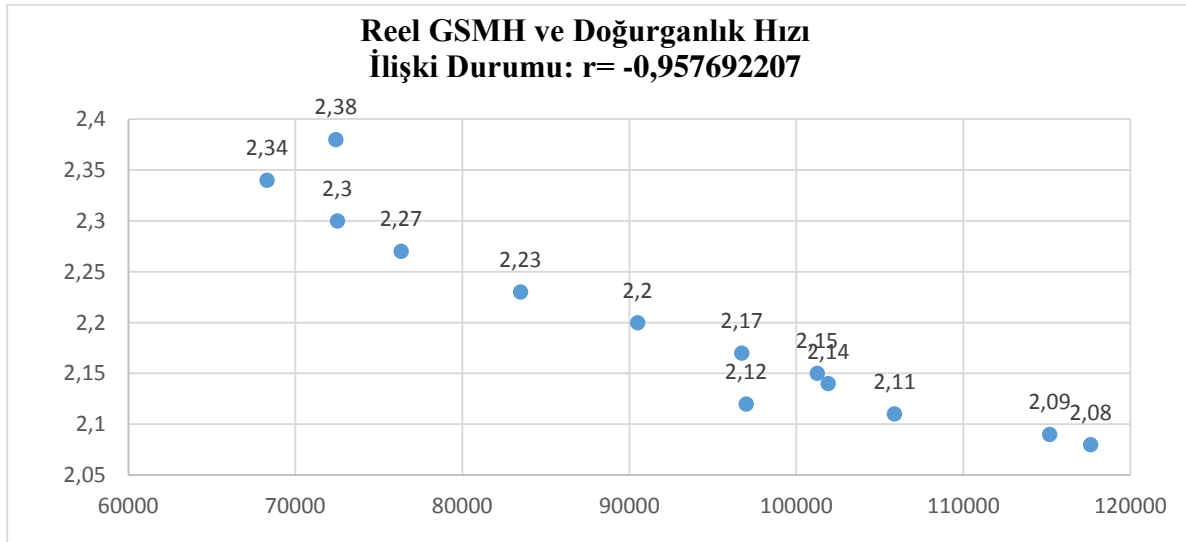
Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.



Grafik 23. İGE Doğurganlık Grafiği

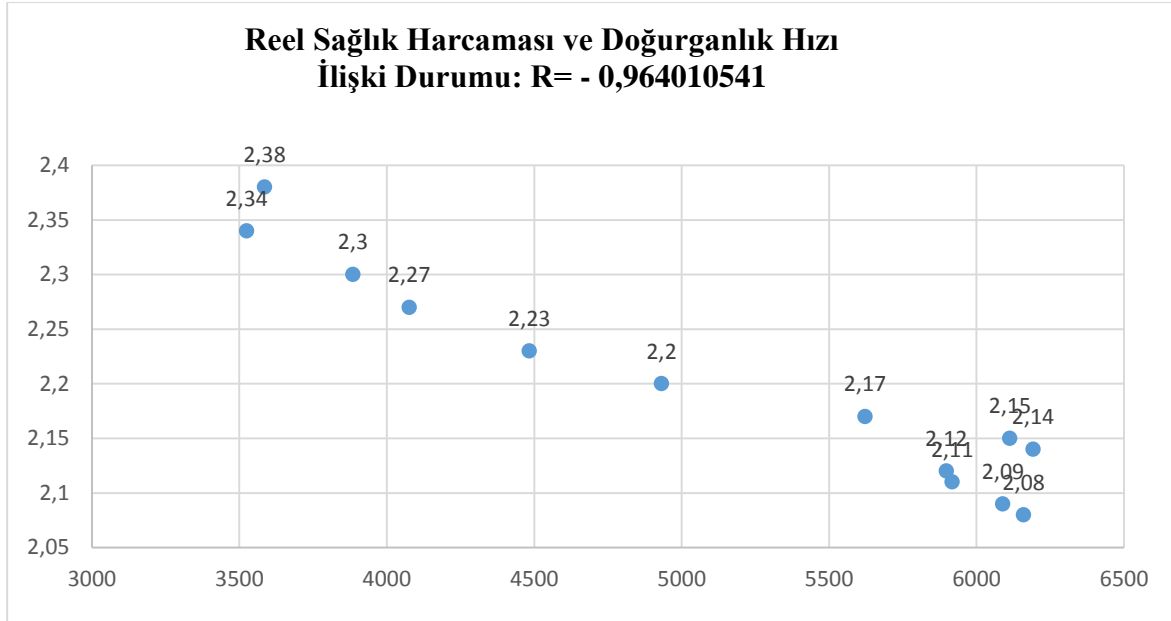
Kaynak: <http://hdr.undp.org/en/data> verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Reel GSMH ve Reel Sağlık Harcamaları ile ve Doğurganlık Hızı arasındaki ilişki incelendiğinde Reel GSMH ile doğurganlık hızı arasında kuvvetli negatif ilişki bulunmaktadır. (Reel GSMH arttıkça toplumda doğurganlık azalmaktadır) Bu durumda bireyler için çok sayıda çocuk sahibi olmak değil, az sayıda ama iyi yetiştirilmiş çocuk sahibi olmak önem kazanmaktadır. Söz konusu durum daha nitelikli ve donanımlı bireylerin yetişmesi yoluyla beşeri sermayeyi de pozitif olarak etkileyen bir tablodur.



Grafik 24. Reel GSMH ve Doğurganlık Grafiği (2000-2012)

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak hazırlanmıştır.



Grafik 25.Reel Sağlık Harcaması ve Doğurganlık Grafiği(2000-2012)

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Reel sağlık harcaması ile doğurganlık hızı arasında reel GSMH ve doğurganlık hızı arasındakine benzer bir ilişki bulunmuştur. Ancak az da olsa reel sağlık harcamaları ile doğurganlık hızı ilişkisi GSMH ile doğurganlık hızı ilişkisine göre daha kuvvetlidir. Ancak bu fark dikkate alınacak kadar anlamlı değildir.

1.3.3. Sağlık harcamaları ve bebek ölümleri

Bebek ve çocuk ölüm oranları toplumların sağlık durumlarının göstermek için en yaygın kullanılan göstergelerdendir. Bebek ve çocuk ölüm oranları sağlık sistemine ilişkin verilerle birlikte bir toplumun sağlık düzeyini belirleyen en önemli göstergelerdir. Doğum anında ve doğumdan sonra ilk bir yıl içinde meydana gelen ölümler bebek ölümleri olarak kabul edilirken, bir ile beş yaş arasında gerçekleşen ölümlerde çocuk ölümleri olarak tanımlanmaktadır.

Bu oranlar aynı zamanda kalkınma iktisadında insani gelişmişlik endeksi hesaplamalarında da kullanılmaktadır. Uluslararası ortamda Birleşmiş Milletler ve bağlı kuruluşları ile OECD gibi kuruluşlar, ülkemizde de Sağlık Bakanlığının ve

Kalkınma Bakanlığının hazırladığı raporlarda bu göstergeler kullanılmaktadır.⁷ Konuyu gelir düzeyi bağlamında ele aldığımızda diğer bireylere göre daha az gelire sahip olan bireylerin bebeklerini sağlıklı olarak büyütebilmeleri için gerek kendileri gerekse çocukları için arzu edilen şartları sağlamakta zorlanacakları açıktır. Bu durum annenin yetersiz beslenmesi, bebeğin yetersiz beslenmesi, hijyen şartlarının yetersizliği ve bunlara bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarının yaygınlığı, sosyal şartların yetersizliği ve fiziksel ortamın durumu şeklinde kendini göstermektedir. (Akın, 2007: 18-19)

Bebek ve çocuk ölümlerinin birbiriyle ilgili ve/ veya ilgisiz pek çok nedeni vardır. Bu nedenler arasında annenin yaşı, beslenmesi, genetiği, doğum komplikasyonları, annenin genetik yapısı ve kötü alışkanlıkları sayılabilir. Yapılan bazı çalışmalarda annenin eğitim düzeyinin yükselmesi ile bebek ölüm oranları arasında negatif bir korelasyon olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda kalkınmış ülkelerde bebek ölüm oranları, diğer ülkelerin ve dünya ortalamasının oldukça altındadır. (Corman ve Grossman, 1985: 213-236) Dünya Bankası tarafından hazırlanan raporlar incelendiğinde bu durum net bir şekilde görülmektedir. Dünya Bankası verileri kullanılarak hazırlanan Tabloda 1980 yılından bu güne kadar 10 yıllık dilimler halinde ve 2013 yılında seçilmiş bölge, organizasyon ve ülkelere göre her bin canlı doğumda ölen bebek sayıları verilmiştir.⁸

7 <http://www.healthindicators.eu/offline/offline.html> (Erişim Tarihi:15.11.2014)

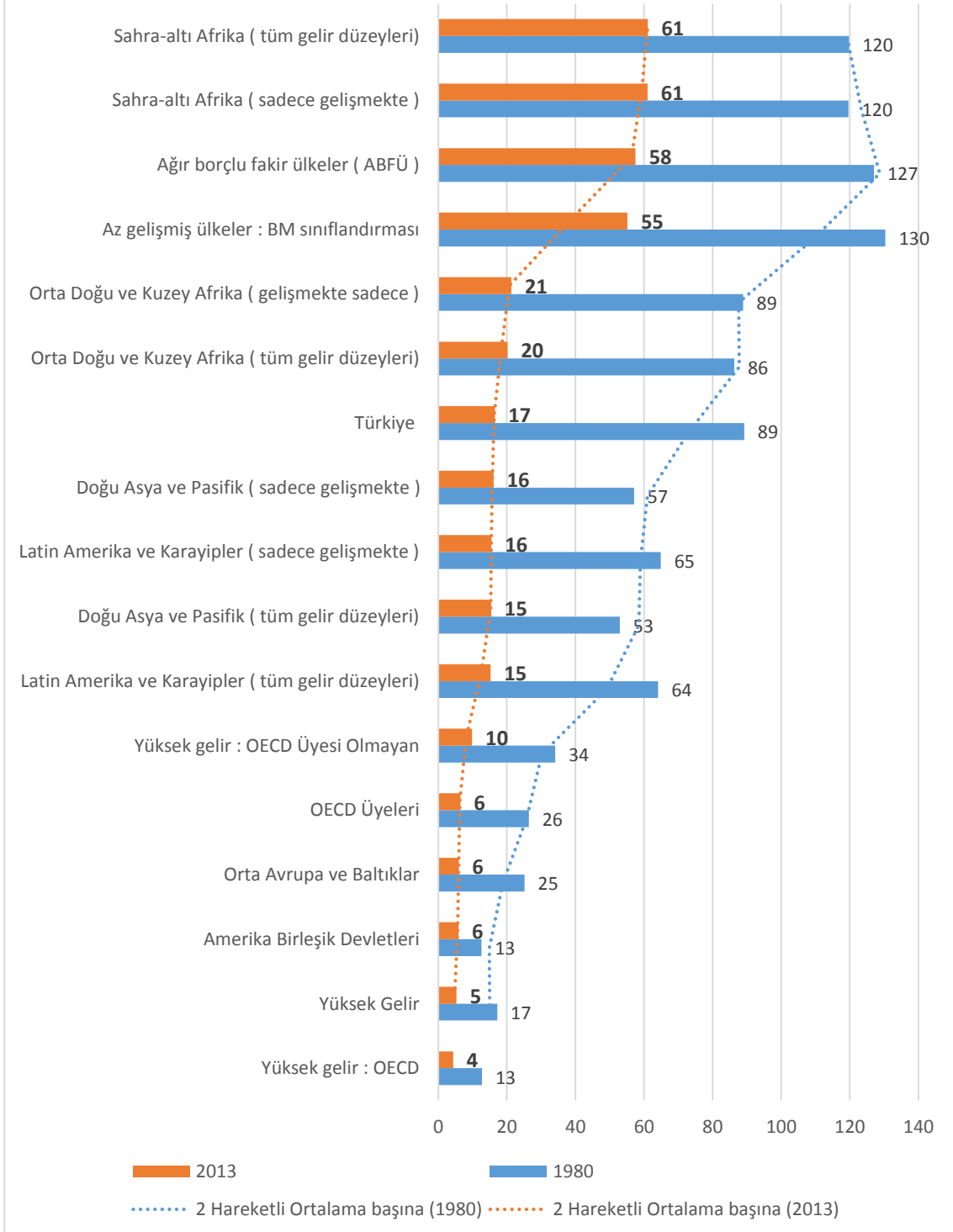
8 <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN/countries?display=default> (Erişim Tarihi: 03.02.2015)

Tablo 20. Dünya Bankası Verilerine Göre Bebek Ölüm Oranları (1980-2013)

Bebek Ölüm Oranı (1.000 Canlı Doğumda)					
Ülke/ Bölge/Organizasyon	1980	1990	2000	2010	2013
Orta Avrupa Ve Baltıklar	25	18	12	7	6
Doğu Asya Ve Pasifik (Yalnızca Gelişmekte)	57	45	33	19	16
Doğu Asya Ve Pasifik (Tüm Gelir Düzeyleri)	53	43	31	18	15
Yüksek Gelir	17	12	8	6	5
Ağır Borçlu Fakir Ülkeler (ABFÜ)	127	109	92	63	58
Latin Amerika Ve Karayipler (Yalnızca Gelişmekte)	65	44	27	18	16
Latin Amerika Ve Karayipler (Tüm Gelir Düzeyleri)	64	43	27	17	15
Az Gelişmiş Ülkeler: BM Sınıflandırması	130	108	88	61	55
Orta Doğu Ve Kuzey Afrika (Tüm Gelir Düzeyleri)	86	49	34	22	20
Orta Doğu Ve Kuzey Afrika (Gelişmekte Yalnızca)	89	52	36	23	21
Yüksek Gelir: OECD Üyesi Olmayan	34	24	19	11	10
Yüksek Gelir: OECD	13	9	6	5	4
OECD Üyeleri	26	17	11	7	6
Sahra-Altı Afrika (Yalnızca Gelişmekte)	120	107	95	67	61
Sahra-Altı Afrika (Tüm Gelir Düzeyleri)	120	108	95	67	61
Türkiye	89	56	34	20	17
Amerika Birleşik Devletleri	13	9	7	6	6

Kaynak: data. Worldbank

Bebek Ölüm Oranları (Her 1000 Canlı Doğan Bebek Sayısına Göre)



Grafik 26. Dünya Bankası Verilerine Göre Bebek Ölüm Oranları (1980-2013)

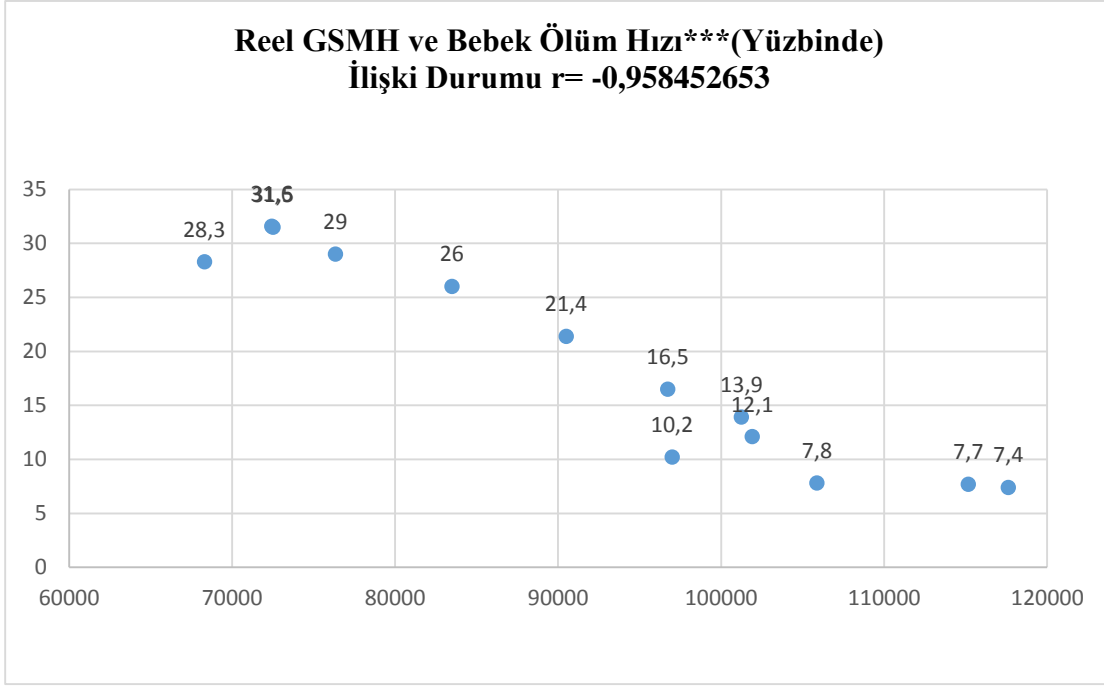
Kaynak: data. Worldbank

Bireylerin anne karnında ve takip eden bebeklik ve çocukluk dönemlerinde uygun ortamlarda bulunmaları, dengeli ve yeterli beslenmeleri hayatları boyunca bireysel verimliliklerini etkilemektedir. Bu açıdan gerekli şartların sağlanması ise hane halklarının gelir düzeylerine bağlıdır.

İnsan vücudunda bağışıklık sistemini güçlendiren ve insan bünyesini daha dayanıklı hale getiren demir, protein ve vitaminleri içeren besin maddelerine baktığımızda ise karbonhidrat ağırlıklı besinlere göre nispeten pahalı olduğu ve gelir düzeyi düşük hanelerin bu ürünlere ulaşmakta sıkıntı yaşadığı gözlenmektedir. Bu durum bu hane halklarına mensup bireylerin daha başlangıçta sağlıklı bir yaşam için yeterli ve dengeli bir beslenme için gerekli maddeleri yeterince almamasına yol açmakta ve bağışıklık sistemi ile enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlanmaktadır. Sonuç olarak gelir düzeyi düşük hane halklarının ağırlıklı olduğu toplumlarda yaşayan bireylerin söz konusu sağlık yetersizliği durumu uzun dönemde verimliliği düşürmekte ve üretim kayıplarına yol açmaktadır. (Bhargava, Jamison, Lau, ve Murray, 2001: 1-26)

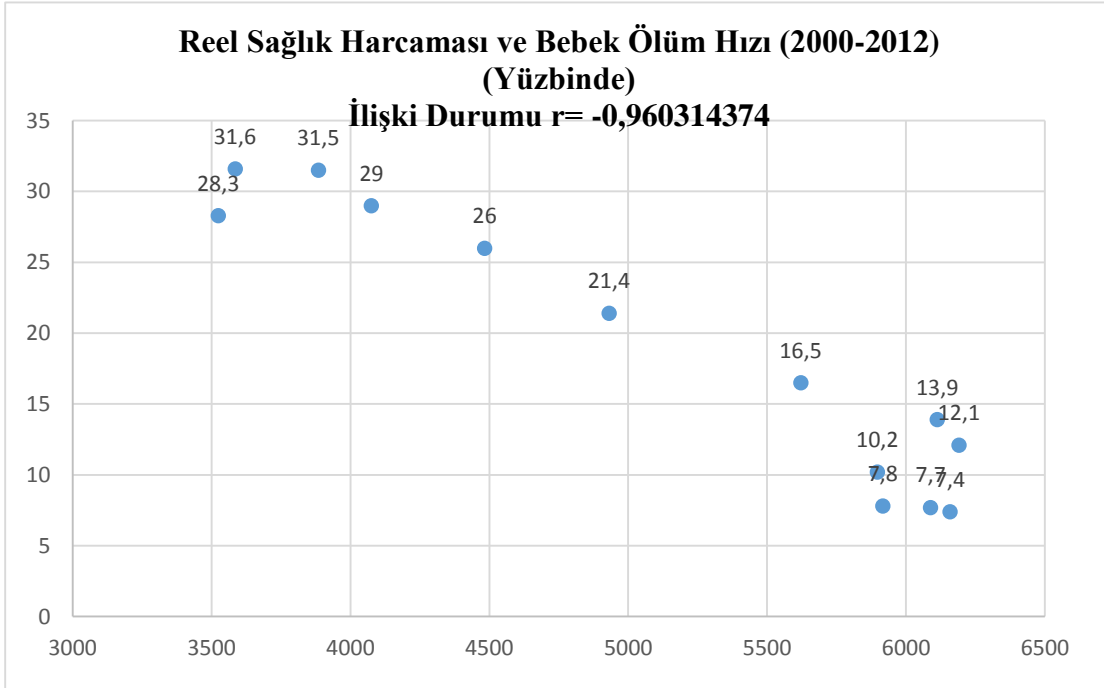
Ülkemizde Reel GSMH ve Reel Sağlık Harcamaları ile ve Bebek Ölüm Hızı arasındaki ilişki incelendiğinde Reel GSMH ile Bebek Ölüm Hızı arasında kuvvetli negatif ilişki bulunmaktadır. Reel GSMH arttıkça toplumda Bebek Ölüm Hızı azalmaktadır.

Bu durum son yüzyılda görülen bireylerin gelirleri arttıkça daha sayıda çocuk sahibi olma isteğinin genel bir yansımasıdır. Reel GSMH arttıkça Bebek Ölüm Hızının bu şekilde azalma göstermesi iktisadi gelişmeye bağlı olarak bireylerin tıbbi olanaklara daha rahat ulaşabilmeleri ve yaşamlarını daha sağlıklı koşullarda sürdürmeleri ile açıklanabilir.



Grafik 27.İktisadi Büyüme ve Bebek Ölüm Hızı (2000-2012)

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak hazırlanmıştır.



Grafik 28.Reel Sağlık Harcaması ve Bebek Ölüm Hızı (2000-2012)

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

2. Sağlık Harcamalarında Bölgesel Farklılıklar ve Kalkınma

2.1. Bölgesel Kalkınmışlık Farklılığı

Türkiye ekonomisinin temel sorunlarından biride bölgelerarası gelişmişlik farklarıdır. Ülkemizde bölgeler arasında kalkınma farklılıklarının başlıca nedenleri; bölgelerin içerisinde yer aldığı coğrafi koşullar, yetişmiş insan gücü (beşeri sermaye), uygulanan kalkınma modelleri, alt yapı kapasitesi, pazara ve girdi piyasalarına yakınlık gibi parametrelerdir.⁹ Ülkemizin bölgeleri ve illeri arasındaki sosyo-ekonomik gelişme süreci tekdüze olmayıp farklılıklar söz konusudur.

Ülkemizde bölgesel dengesizliklerin azaltılması, bölgelerarası gelişmişlik farklarının dengeli bir yapıya kavuşturulması ve bölgesel/yerel kalkınmanın gerçekleştirilmesi amacıyla, çok uzun bir geçmişi ve etkinliği olmasa da hazırlanan ve uygulanan DAP, DOKAP ve GAP projeleri gibi entegre projeler, bölgesel kalkınmışlık farklılıklarının giderilmesi için uygulanan politikaların en önemli uygulamalarını oluşturmaktadır. Bu projelerin temel hedefi; gelir düzeyi ve hayat standardını yükseltmek, bu bölgelerin diğer gelişmiş bölgelerle aralarında var olan gelişmişlik farkını azaltıp ortadan kaldırmak, kırsal kesimin verimliliğini ve istihdam olanaklarını arttırarak gelişmiş kentlere doğru verilen göç olgusunu durdurmaştır. (Sevinç; 2011: 36-50)

Bölgesel eşitsizliklerin giderilebilmesinde başlangıç noktası, bölgesel gelişme farklılıklarının ortaya konulmasıdır. Bu farklılıkları ölçmenin önemli bir yolu kişi başı GSYİH (veya GSMH) verilerini kullanmaktır. Bu çerçevede Türkiye ekonomisinde bölgeler arasındaki gelişmişlik farklarının hangi boyutlarda olduğunun anlaşılabilmesi için de bölgelere ilişkin başta gelir düzeyi olmak üzere seçilmiş temel göstergelerin incelenmesi gerekmektedir.

Ancak bu bağlamda güncel veriler son 10 yıldır yayımlanmamaktadır. Bu nedenle çalışmanın bu kısmında tek başına yeterli olmasa ve özellikle gelir dağılımı hakkında bilgi içermese de genel ve ulaşılabilir bir gösterge olan “Gayrisafi Katma Değer” (GSKD) kullanılmıştır. Bölgesel sağlık harcamalarını analiz edebilmek içinse sağlık personel verisi ve sağlık kurum verileri kullanılmıştır.

9 http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/ga/2012GA/Dogu_Anadolunun_Bolgesel_Gelimedeki_Yeri_B.pdf Erişim Tarihi:01.05.2015

GSKD verilerinde 2004-2011 arasında üretilen toplam GSKD kullanılmıştır. Sağlık harcamalarına ilişkin olarak da doğrudan bir bölgesel veriye ulaşılamamış ancak sağlık hizmetinin ana unsuru olan personel ve kurumlara ait veriler kullanılmıştır. Son olarak da nüfus verisi ilave edilmiştir. Bu alanlarda veriler TÜİK İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırmasına (İBBS) göre kodlanarak yayınlanmaktadır. Çalışmada verilerin bölgelere göre dağılımı tespit edilirken TÜİK verileri kullanılarak Bölge Dönüşüm Tablosu hazırlanarak yedi coğrafi bölgeye göre tekrar değerlendirilmiştir.

Tablo 21. Bölge Dönüşüm Tablosu

Coğrafi Bölge	İl	İBBS Kodu
Marmara	İstanbul	TR10
	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli	TR21
	Balıkesir, Çanakkale	TR22
	Bursa, Eskişehir, Bilecik	TR31
	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova	TR32
Ege	İzmir	TR33
	Aydın, Denizli, Muğla	TR41
	Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak	TR42
Akdeniz	Antalya, Isparta, Burdur	TR51
	Adana, Mersin	TR52
	Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye	TR61
İç Anadolu	Ankara	TR62
	Konya, Karaman	TR63
	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir	TR71
	Kayseri, Sivas, Yozgat	TR72
Karadeniz	Zonguldak, Karabük, Bartın	TR81
	Kastamonu, Çankırı, Sinop	TR82
	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya	TR83
	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane	TR90
Doğu Anadolu	Erzurum, Erzincan, Bayburt	TRA1
	Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan	TRA2
	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli	TRB1
	Van, Muş, Bitlis, Hakkari	TRB2
Güneydoğu Anadolu	Gaziantep, Adıyaman, Kilis	TRC1
	Şanlıurfa, Diyarbakır	TRC2
	Mardin, Batman, Şırnak, Siirt	TRC3

GSKD, ekonomik birimlerin belli bir dönemde bir bölgedeki ekonomik faaliyetleri sonucunda ürettikleri mal ve hizmetlerin (çıktı) değerinden, bu üretimde bulunabilmek için kullandıkları mal ve hizmetler (ara tüketim) değerinin çıkarılması sonucu elde edilen değer olarak tanımlanmaktadır.¹⁰ Sağlık hizmeti verileri ise dolaylı olarak sağlık harcama düzeyi hakkında bir fikir vermesi için kullanılmıştır.

2.2. GSKD ile Sağlık Göstergelerinin Bölgesel Düzeyde Karşılaştırması

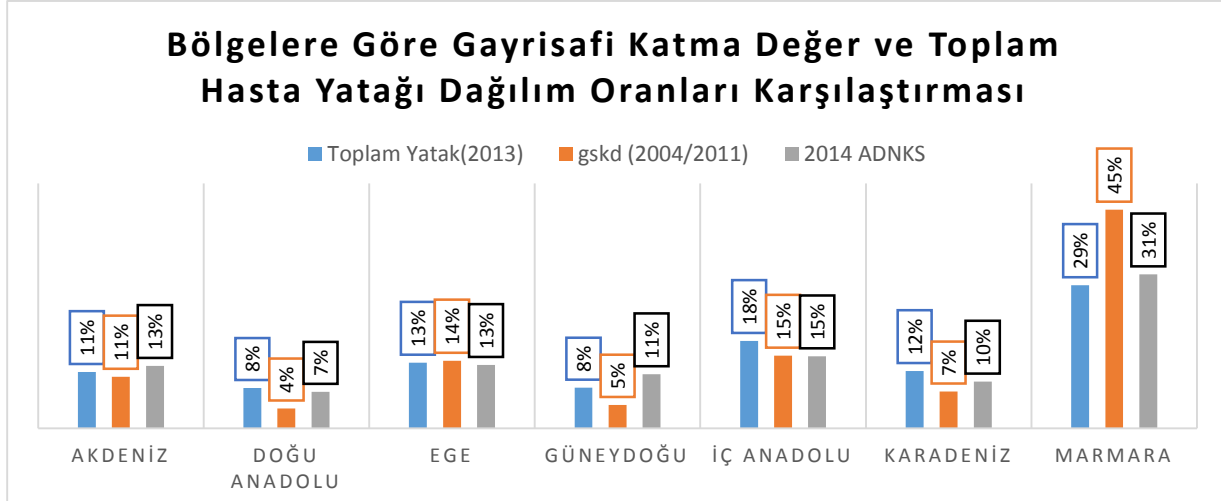
Sağlık sektörünün ve sağlık harcamalarının bölgesel düzeyde kalkınma üzerinde etkisini belirleyebilmek için yeterli ve sağlıklı verilere ulaşılamadığı için dolaylı bir yöntem izlenmiştir. Bölgesel büyüme verileri yerine GSKD kullanılırken, sağlık harcama verileri yerine de sağlık harcamalarının sonucu olarak nitelendirilebilecek kurumsal ve personel verileri kullanılmıştır.

Tablo 22. Sağlık Göstergeleri ve GSKD Karşılaştırma

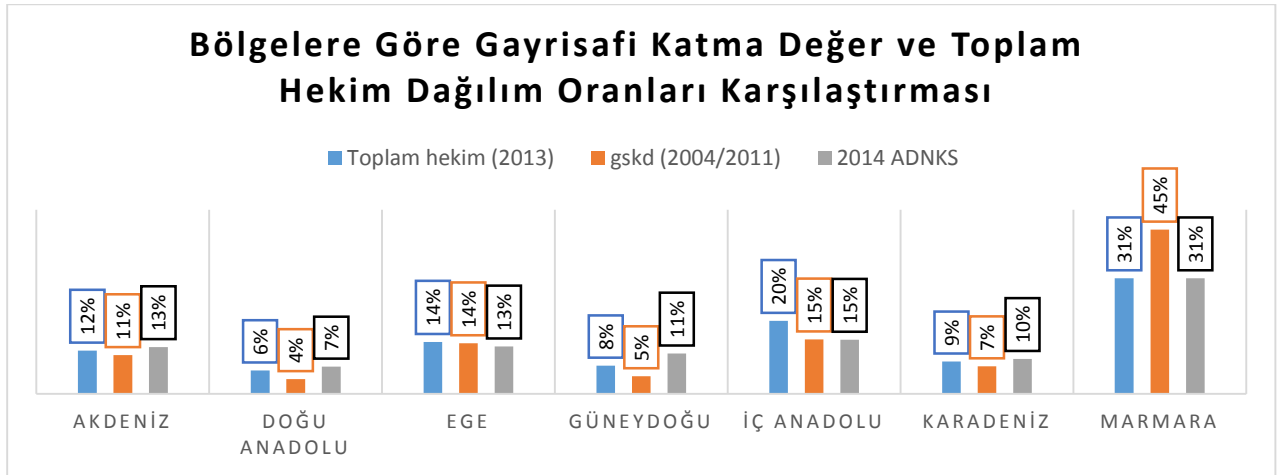
Bölge	Toplam hekim (2013)	Uzman hekim (2013)	Toplam Pratisyen hekim (2013)	Toplam Hemşire(2013)	Toplam Ebe (2013)	Toplam Sağlık memuru(2013)	Toplam HASTANE(2013)	Toplam Yatak(2013)	GSKD (2004/2011)	2014 ADNKS
Akdeniz	12%	12%	13,87%	11,77%	14,44%	13,33%	11,21%	11%	11%	13%
Doğu Anadolu	6%	5%	8,56%	7,75%	8,02%	7,97%	9,29%	8%	4%	7%
Ege	14%	14%	14,39%	13,84%	15,78%	13,86%	13,12%	13%	14%	13%
Güneydoğu	8%	7%	11,22%	8,37%	7,65%	8,56%	8,31%	8%	5%	11%
İç Anadolu	20%	20%	14,92%	18,30%	15,54%	20,04%	15,43%	18%	15%	15%
Karadeniz	9%	8%	11,04%	11,67%	12,78%	13,12%	13,78%	12%	7%	10%
Marmara	31%	33%	25,99%	28,31%	25,79%	23,12%	28,87%	29%	45%	31%
TOPLAM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kaynak: TÜİK VERİLERİ

10 http://www.dika.org.tr/photos/files/B%C3%BCiten_BGSKD_2014_Ocak.pdf Son Erişim 10.04.2015



Grafik 29. Bölgelere Göre Hasta Yatağı, GSKD, Nüfus
Kaynak: TÜİK VERİLERİ



Grafik 30. Bölgelere Göre Hekim, GSKD, NÜFUS
Kaynak: TÜİK VERİLERİ

Tablo 23. Bölgesel Dağılım Karşılaştırması

Sıra	Nüfus 2014 ADNKS	GSKD (2004-2011)	Hekim Sayısı (2013)	Hasta Yatağı (2013)
1	Marmara	Marmara	Marmara	Marmara
2	İç Anadolu	İç Anadolu	İç Anadolu	İç Anadolu
3	Ege	Ege	Ege	Ege
4	Akdeniz	Akdeniz	Akdeniz	Karadeniz
5	Güneydoğu	Karadeniz	Karadeniz	Akdeniz
6	Karadeniz	Güneydoğu	Güneydoğu	Güneydoğu
7	Doğu Anadolu	Doğu Anadolu	Doğu Anadolu	Doğu Anadolu

Kaynak: TÜİK verileri

Çalışmada görüldüğü üzere gerek nüfus gerekse ürettiği katma değer (ekonomik gelişmişlik düzeyi) açısından ilk üç sırada yer alan bölgeler, sunulan sağlık hizmeti bakımından da ilk üç sırada yer almaktadır. Bu sıralamada bu bölgelerde ülke nüfusunun % 33'ü yaşaması da etkilidir.

Gelişmişlik düzeyi ve alınan hizmet bağlamında listenin son iki sırası da değişmemektedir. Genel anlamda bölgelerin gelişmişlik düzeyi ile aldıkları hizmet verileri arasında uyumluluk söz konusudur. Değerlendirmenin geneline bakıldığında gerek nüfus gerekse ekonomik anlamda en gelişmiş bölge olan Marmara bölgesinin sağlık hizmeti dolayısıyla sağlık harcamaları yönünden ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Ancak orantısal olarak bakıldığında ürettikleri katma değer bakımından son üç sıradaki bölgelere daha fazla sağlık harcaması yapıldığı ileri sürülebilir. Bu durum bölgeler arası kalkınmışlık farkının azaltılarak ekonomik refahın ülke geneline yayılması bağlamında olumlu değerlendirilebilir.

Ülkemizde hâkim bölgesel kalkınma anlayışında hâkim olan anlayış tarım sektörü ve daha az oranda olmak üzere küçük ve orta ölçekte sanayi sektörü yatırımlarının itici güç olmasıdır. Bu bağlamda sağlık sektörü bölgesel kalkınma için daha çok diğer sektörlerden etkilenmesi beklenen bir sektör olmaktadır. Oysaki DAP, DOKAP ve GAP bölgelerine yapılacak nitelikli ve özelliği sağlık yatırımları ile hem bölge halkına hizmet götürülerek bu bölgelerden başta İstanbul ve Ankara olmak üzere büyük şehirlere doğru yaşanan hareketlilik azaltılabilecek hem de Malatya Örneğinde (Turgut Özal Tıp Merkezi) görüldüğü üzere sağlık turizmi hareketliliği ile bu bölgelerde ek istihdam ve gelir olanakları sağlanacaktır.

3. Sağlık Harcamalarında Türkiye ve OECD Karşılaştırılması

3.1. Sağlık Harcamasının GSMH İçindeki Payı

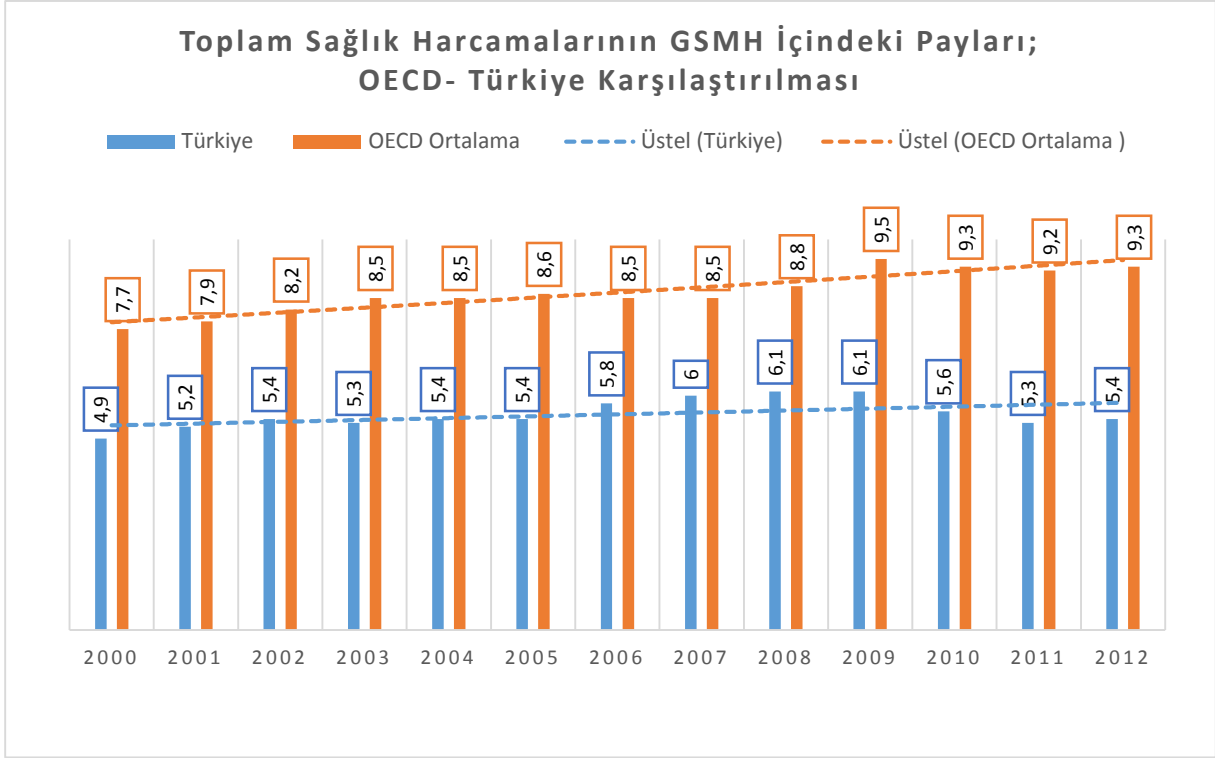
2012 yılı içerisinde ülkemizdeki sağlık harcamalarının GSMH içindeki miktarına (% 5,4) baktığımızda OECD ülkeleri ortalamasının (% 9,3) altında gerçekleştiği ve önceki yıllarda da benzer bir tablo sergilendiği görülmektedir. 2012 yılı için GSMH içerisinde en fazla sağlık harcamasının gerçekleştiği ülke % 16,9 ile Amerika Birleşik

Devletleri, en az sağlık harcamasının gerçekleştiği ülke ise Türkiye olmuştur. Türkiye'ye en yakın değer ise % 5,9 ile Estonya'da gerçekleşmiştir.

Tablo 24. OECD Ülkeleri GSMH içinde Sağlık Harcamaları (2000-2012)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	8,1	8,2	8,4	8,3	8,6	8,5	8,5	8,5	8,7	9,0	8,9	9,1	..
Avusturya	10,0	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,1	10,9	11,1
Belçika	8,1	8,3	8,5	9,6	9,7	9,6	9,6	9,6	9,9	10,7	10,6	10,6	10,9
Kanada	8,7	9,1	9,4	9,5	9,6	9,6	9,7	9,8	10,0	11,1	11,1	10,9	10,9
Şili	6,4	6,5	6,5	7,4	7,0	6,8	6,3	6,5	7,0	7,6	7,1	7,2	7,3
Çek	6,3	6,4	6,8	7,1	6,9	6,9	6,7	6,5	6,8	7,8	7,4	7,5	7,5
Danimarka	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9	11,0
Estonya	5,3	4,9	4,8	4,9	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	6,9	6,3	5,8	5,9
Finlandiya	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	9,0	8,9	9,1
Fransa	10,1	10,2	10,6	10,8	10,9	10,9	10,9	10,8	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6
Almanya	10,4	10,5	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,6	11,2	11,3
Yunanistan	8,0	8,9	9,2	9,0	8,8	9,7	9,7	9,8	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3
Macaristan	7,2	7,2	7,6	8,6	8,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	8,1	8,0	8,0
İzlanda	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,6	9,3	9,0	9,0
İrlanda	6,2	6,8	7,1	7,3	7,6	7,6	7,5	7,9	9,0	9,9	9,2	8,7	8,9
İsrail	7,3	7,8	7,7	7,6	7,5	7,5	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
İtalya	7,9	8,1	8,2	8,2	8,5	8,7	8,8	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Japonya	7,6	7,8	7,9	8,0	8,0	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	9,6	10,1	10,3
Güney Kore	4,4	5,0	4,9	5,2	5,2	5,7	6,1	6,4	6,6	7,2	7,3	7,4	7,6
Lüksemburg	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	6,7	7,3	8,1	7,6	7,3	7,1
Meksika	5,0	5,4	5,5	5,9	6,0	5,9	5,7	5,8	6,0	6,5	6,3	5,9	6,2
Hollanda	7,6	7,9	8,5	9,0	9,1	10,1	10,0	10,0	10,2	11,0	11,2	11,2	11,8
Yeni Zelanda	7,6	7,7	8,0	7,8	8,0	8,3	8,7	8,4	9,3	9,8	10,0	10,0	..
Norveç	8,4	8,8	9,8	10,0	9,6	9,0	8,6	8,7	8,6	9,7	9,4	9,3	9,3
Polonya	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	6,9	6,8
Portekiz	8,6	8,6	8,7	9,2	9,5	9,8	9,4	9,4	9,7	10,2	10,2	9,7	9,5
Slovakya	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	8,5	8,0	8,1
Slovenya	8,3	8,6	8,6	8,8	8,5	8,5	8,4	8,0	8,5	9,4	9,1	9,1	9,4
İspanya	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6	9,4	..
İsveç	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,6
İsviçre	9,9	10,3	10,6	10,9	11,0	10,9	10,4	10,2	10,3	11,0	10,9	11,1	11,4
Türkiye	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,4
İngiltere	6,9	7,2	7,5	7,8	7,9	8,1	8,3	8,4	8,8	9,7	9,4	9,2	9,3
ABD	13,1	13,8	14,6	15,1	15,2	15,2	15,3	15,6	16,1	17,1	17,0	17,0	16,9
OECD Ortalaması	7,7	7,9	8,2	8,5	8,5	8,6	8,5	8,5	8,8	9,5	9,3	9,2	9,3

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.



Grafik 31. Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payları OECD- Türkiye Karşılaştırması (2000-2012)

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

Grafik 31'de görüldüğü üzere OECD ülkeleri ile Türkiye'de gerçekleşen sağlık harcamalarının dönem içerisinde ki seyri büyük oranda paralel gerçekleşmiştir.

3.2. Sağlık Harcamalarının Yıllık Değişim Oranları

2012 yılı içerisinde ülkemizdeki sağlık harcamalarının değişim miktarına (%4,1) baktığımızda OECD ülkeleri ortalamasının (%1,6) üstünde gerçekleştiği görülmektedir. Önceki yıllarda ise OECD ortalaması daha dar bir aralıkta değişirken ülkemiz ortalamasının daha geniş aralıkta değiştiği görülmektedir. 2012 yılı için sağlık harcamasının en fazla arttığı ülkeler Meksika, Şili ve Estonya olurken, en fazla düşüşün yaşandığı ülkeler Lüksemburg, Macaristan ve Yunanistan olmuştur. En dramatik azalış ise % -11,9'luk düşüş ile Yunanistan'da yaşanmıştır.11 Türkiye ise % 4,1 ile Avrupa bölgesinde yer alan ülkeler içinde en yüksek artışın gerçekleştiği grupta değerlendirilebilir.

Tablo 25. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamalarının Değişim Oranları (2000-2012)

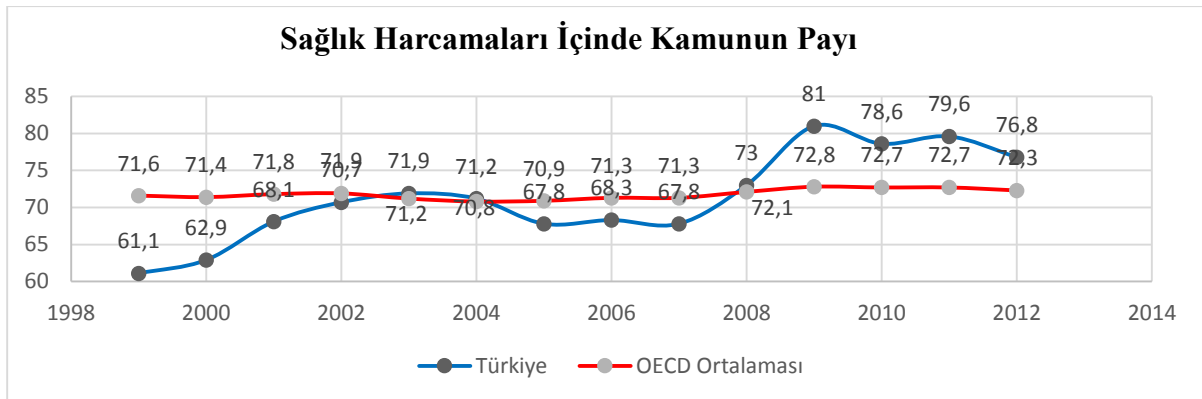
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Avustralya	5,2	5,8	3,3	6,4	1,5	4,2	4,2	4,1	5,4	1,3	5,3	..
Avusturya	1,6	2,0	2,7	3,8	2,3	1,7	4,2	3,7	2,4	1,4	0,5	2,9
Belçika	2,9	3,4	14,9	3,6	1,5	2,0	3,3	4,3	4,2	1,4	2,3	2,5
Kanada	6,7	5,9	3,8	3,3	3,3	4,2	2,8	3,2	8,3	3,3	0,9	1,6
Şili	5,7	3,6	21,3	7,5	6,8	6,8	8,8	3,6	10,7	6,7	6,3	6,5
Çek	4,9	8,1	8,9	1,4	7,2	3,3	3,0	7,8	9,9	-2,9	2,8	-0,4
Danimarka	5,3	3,0	2,3	4,1	3,5	5,0	2,2	1,2	6,3	-2,1	-0,9	0,7
Estonya	-2,4	6,3	9,4	11,0	6,5	10,0	10,6	12,5	-1,7	-6,5	1,0	5,0
Finlandiya	5,2	7,1	6,5	4,9	5,7	3,4	1,5	3,6	1,0	1,3	2,3	0,6
Fransa	3,1	4,4	2,7	3,8	2,3	1,7	1,6	1,2	2,9	1,3	1,8	0,8
Almanya	2,6	2,1	1,4	-1,2	2,0	2,1	1,7	3,3	4,2	2,3	0,6	0,9
Yunanistan	16,4	6,9	4,0	1,4	12,8	6,5	4,2	3,0	-2,5	-11,5	-4,1	-11,9
Macaristan	4,6	9,6	17,2	0,5	6,8	1,6	-7,0	-1,9	-3,4	5,3	1,2	-2,5
İzlanda	2,2	8,8	4,7	2,6	2,5	1,2	5,5	1,7	-1,4	-7,5	-0,1	1,4
İrlanda	16,2	9,8	6,3	9,0	5,3	4,7	9,8	11,8	3,6	-8,4	-3,3	2,0
İsrail	6,7	-1,4	0,4	3,7	5,8	2,4	6,5	4,9	1,2	5,2	5,0	4,1
İtalya	4,3	2,1	-0,4	5,9	3,8	3,3	-2,2	3,4	-0,1	1,8	-1,3	-3,0
Japonya	3,0	0,9	3,4	2,4	3,7	1,9	2,6	3,5	4,6	5,3	4,6	3,5
Güney Kore	17,5	3,9	9,7	5,6	12,0	13,6	10,2	5,9	8,7	8,5	4,9	4,9
Lüksemburg	1,5	16,3	-5,7	11,7	1,9	2,3	-7,6	8,5	3,8	-2,4	-2,7	-2,4
Meksika	7,5	3,9	8,1	6,4	1,8	1,5	5,0	3,5	3,2	2,0	-2,1	8,5
Hollanda	6,3	7,0	10,5	4,3	11,4	2,1	4,1	3,9	4,1	3,8	0,5	..
Yeni Zelanda	4,9	9,1	2,1	6,0	8,3	7,7	-0,6	7,5	6,2	3,0	2,9	..
Norveç	4,5	8,3	3,6	2,7	2,4	1,1	3,7	3,9	2,8	-0,2	4,6	3,6
Polonya	7,4	9,7	2,3	4,7	3,8	6,0	9,1	14,3	6,4	1,1	2,3	0,3
Portekiz	1,6	1,1	3,8	4,8	3,8	-1,7	2,0	2,2	2,7	1,8	-6,4	..
Slovakya	3,6	7,0	8,3	30,2	4,2	13,0	16,6	9,4	8,5	-2,9	-3,7	4,2
Slovenya	6,7	4,4	4,7	0,8	4,4	4,9	1,4	9,6	2,0	-2,1	0,8	0,6
İspanya	4,1	2,8	16,0	4,0	4,5	5,4	4,7	6,2	3,6	-0,2	-1,9	..
İsveç	9,7	6,7	3,2	1,7	2,9	3,0	3,0	2,9	2,3	1,5	3,2	1,9
İsviçre	5,1	3,4	3,1	2,7	1,8	-0,8	2,1	3,0	4,8	2,1	3,1	4,5
Türkiye	-1,7	10,2	4,9	10,0	10,0	14,0	8,7	1,3	-4,7	0,8	2,4	4,1
İngiltere	6,5	6,8	7,1	5,0	6,1	4,8	4,5	4,1	5,1	-2,1	-0,4	0,7
ABD	5,9	8,0	6,4	4,3	3,5	3,3	3,6	2,7	3,1	2,5	1,7	2,1
OECD Ortalaması	5,5	5,8	5,9	5,3	4,9	4,3	3,9	4,8	3,5	0,4	1,0	1,6

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

2000-2012 dönemi içerisinde Türkiye ve OECD ülkeleri arasındaki değişim oranları incelendiğinde, her ne kadar farklı aralıklarda dalgalanmalar olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payına baktığımızda ise Türkiye’de %5,5 civarında, OECD ülkelerinde İSE % 8,5 civarında bir dalgalanma gerçekleştiği gözlenmektedir. Kısaca ifade etmek gerekirse genel olarak her geçen yıl sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının artırılması eğilimi var olsa da, artış oranlarında paralel bir düşme eğilimi göze çarpmaktadır.

3.3. Sağlık Harcamalarında Kamunun Payı

OECD verilerine göre 2012 yılı içerisinde ülkemizdeki total sağlık harcamalarının içinde kamunun yaptığı sağlık harcamalarının (%76,8) ile OECD ülkeleri ortalamasının (%72,3) üstünde gerçekleştiği görülmektedir. 1999 yılında ise ülkemiz ortalaması %61,1 iken OECD ortalaması %71,6 gerçekleşmiştir. Dönem içerisinde OECD ortalamasında fazla değişiklik gözlenmez iken ülkemizde sağlık harcamalarının içerisinde kamunun payı giderek artmıştır. Bu durum gerek sağlık finansman sistemindeki değişiklikler gerekse hizmet sunum modelindeki değişiklikler ile açıklanabilir. Grafik 36 da net bir şekilde görüldüğü üzere 2006/2007 Sosyal Sigorta reformunu ile kamunun sağlığı finanse eden kurum ve kuruluşlarının SGK çatısı altında toplanmasının ertesinde kamunun toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı sürekli olarak OECD ülkeler ortalamasının üstünde seyretmiştir. Dönem içerisinde OECD ülkeleri genelinde yatay bir eğilim izlenirken Türkiye’ de yükselen bir eğilim söz konusudur.



Grafik 32. Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamunun Payı OECD- Türkiye Karşılaştırma(1999-2012)

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

Tablo 26. OECD Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı (2006-2012)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	66,6	67,5	67,9	68,5	67,8	68,4	..
Avusturya	75,7	75,8	76,3	76,2	75,5	76,5	75,9
Belçika	72,9	72,5	74,6	75,7	75,0	75,7	75,2
Kanada	69,8	70,2	70,5	70,9	70,8	..	70,1
Şili	41,7	43,0	44,1	48,3	48,6	48,8	49,2
Çek	86,7	85,2	82,5	83,7	83,8	84,2	84,0
Danimarka	84,6	84,4	84,7	85,0	85,1	85,3	85,8
Estonya	73,3	75,6	77,8	75,3	78,9	79,3	78,7
Finlandiya	74,8	74,4	74,5	74,8	74,2	74,6	75,0
Fransa	77,6	77,7	77,3	77,5	77,5	77,3	77,4
Almanya	76,4	76,4	76,4	76,8	76,7	76,5	76,7
Yunanistan	62,0	60,3	59,9	68,4	66,7	67,4	67,1
Macaristan	69,8	67,3	67,1	65,7	64,8	63,8	62,6
İzlanda	82,0	82,5	82,6	82,0	80,4	80,4	80,5
İrlanda	75,4	75,7	75,4	72,6	69,6	67,8	67,6
İsrail	61,5	59,9	60,6	61,3	61,8	60,8	59,8
İtalya	78,2	78,3	78,9	78,9	78,9	77,1	77,3
Japonya	79,4	80,4	81,4	81,5	82,1	82,6	82,1
Güney Kore	54,7	54,7	54,5	56,5	56,6	55,5	54,5
Lüksemburg	85,1	85,6	88,5	86,6	85,9	85,3	83,5
Meksika	43,1	44,0	44,7	45,9	47,5	49,6	50,6
Hollanda	84,4	84,5	85,0	85,9	86,1	85,7	85,8
Yeni Zelanda	80,1	82,4	82,8	83,0	83,2	82,7	..
Norveç	83,8	84,1	84,4	84,6	84,7	84,8	85,0
Polonya	69,9	70,4	71,8	71,6	71,2	70,3	69,2
Portekiz	67,0	66,7	65,3	66,5	65,9	65,0	..
Slovakya	68,3	66,8	67,8	65,7	68,1	70,9	69,7
Slovenya	72,7	72,3	74,3	73,8	74,2	73,5	71,5
İspanya	71,6	71,9	73,0	74,7	74,2	73,0	..
İsveç	81,1	81,4	81,5	81,5	81,5	81,7	81,3
İsviçre	59,1	59,1	65,2	65,5	65,2	65,4	65,8
Türkiye	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	76,8
İngiltere	81,7	80,5	81,4	83,2	84,0	83,4	84,0
ABD	44,9	44,9	45,8	47,0	47,4	47,5	47,6
OECD Ortalaması	71,3	71,3	72,1	72,8	72,7	72,7	72,3

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

OECD verileri incelendiğinde Hollanda, Danimarka ve Norveç'te sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı %85 ve üzeri gerçekleşirken, Güney Kore, ABD ve Meksika'da sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı %55 ve altında gerçekleştiği görülmektedir.¹² Ülkemizde ise 2012 yılında bu oran %76,8 olarak gerçekleşmiştir.

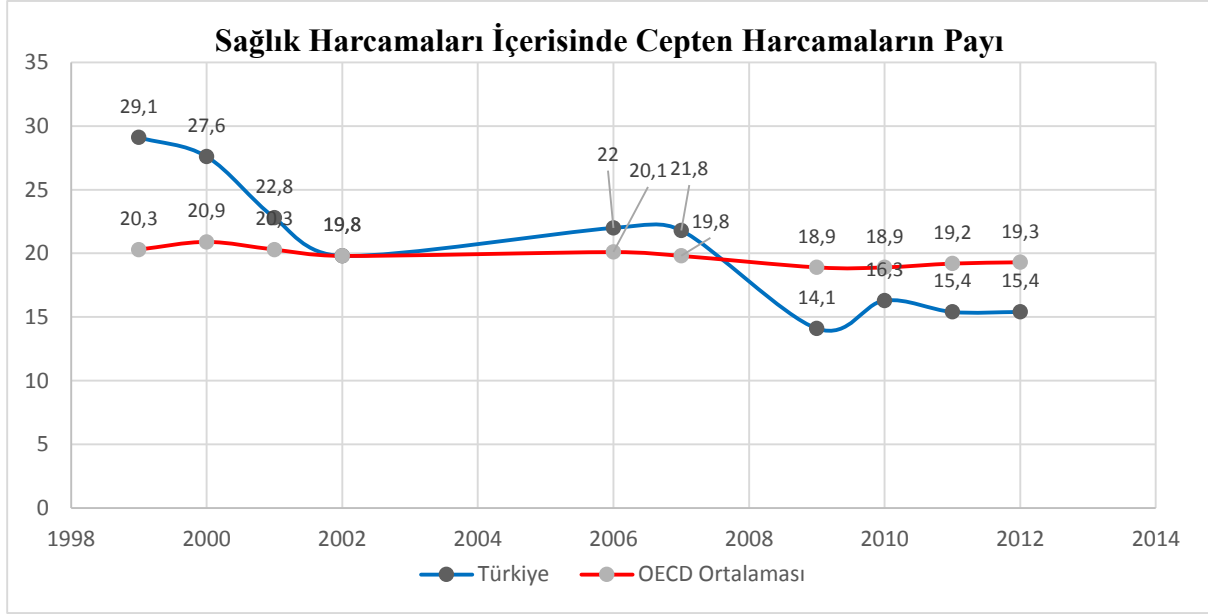
Bu durum refah eğilimli ve kapsayıcı nitelikte sosyal güvenlik anlayışını benimseyen ülkelerde, sağlık harcamaları içerisinde devletin görece daha fazla rol aldığı göstermektedir.

3.4. Sağlık Harcamalarında Cepten Harcamaların Payı

2012 yılı içerisinde ülkemizdeki toplam sağlık harcamalarının içinde cepten harcamaların payı açısından ülkemiz %15,4 ile OECD ülkeleri ortalamasının %19,3 altında gerçekleştiği görülmektedir. 1999 yılında ülkemiz ortalaması %29,1 iken OECD ortalaması %20,3 gerçekleşmiştir. Dönem içerisinde OECD ortalamasında fazla değişiklik gözlenmez iken ülkemizde sağlık harcamalarının içerisinde kamunun payı giderek artmış cepten harcamalarının payı giderek azalmıştır. Bu durum gerek sağlık finansman sistemindeki değişiklikler gerekse hizmet sunum modelindeki değişiklikler ve bireylerin tercihlerinde oluşan değişikliklerle açıklanabilir.

Bireyler hizmet sunumunun birleştirilmesinde sonra kamu sağlık kuruluşlarını daha fazla tercih eder olmuşlardır. 2006/2007 Sosyal Sigorta reformu ile kamunun sağlığı finanse eden kurum ve kuruluşlarının SGK çatısı altında toplanması ve kamu sağlık hizmet sunumunun birleştirilmesinin ertesinde cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı sürekli olarak OECD ülkeler ortalamasının altında seyretmiştir. 1999-2013 dönemi içerisinde OECD ülkeleri genelinde yatay bir eğilim izlenirken Türkiye'de aşağıya bir eğilim söz konusudur.

12 OECD Health Statistics 2014



Grafik 33. Sağlık Harcamaları İçerisinde Cepten Harcamaların Payı OECD- Türkiye Karşılaştırma (1999-2012)

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

Sağlık harcamaları dağılımı içerisinde yer alan özel sağlık harcamaları için de cepten yapılan harcamaların oranını bilmek de son derece önem taşımaktadır. Bu bilgiye sahip olmak devletin sosyal devlet anlayışı içinde sorumluluklarını belirlemesine yardımcı olmaktadır.

Bir diğer önemli hususta bu bilgiler ışığında geleceğe dönük plan ve programların hazırlanmasıdır. Ayrıca, yoksullukla bireylerin fakirliğini artırmada önemli olduğu tartışılmakta olan cepten yapılan sağlık harcamalarının ne boyutta olduğunu ve kimlerin daha fazla cepten harcama yaptığını bilmek de son derece önemli konulardır.

Tablo 27.OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları İçerisinde Cepten Harcamaların Payı (1999-2013)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Avustralya	18,6	19,8	19,3	18,8	18,3	18,3	18,6	18,7	18,0	18,2	18,6	19,3	18,3	..	..
Avusturya	..	..	..	..	..	17,8	17,8	17,4	17,3	16,9	17,0	17,2	16,9	16,7	..
Belçika	..	..	..	..	21,8	20,9	20,8	21,9	22,3	21,1	20,0	20,8	19,9	20,4	..
Kanada	16,4	15,9	15,2	15,2	14,5	14,6	14,6	15,0	14,8	14,6	14,2	14,4	..	15,0	..
Şili	..	..	..	..	42,0	41,2	41,3	39,2	37,5	35,9	32,9	32,8	32,7	31,9	32,4
Çek	9,5	9,7	10,2	9,5	10,0	10,4	10,7	11,3	13,2	15,7	14,6	14,9	14,7	15,0	..
Danimarka	14,6	14,7	14,4	14,1	14,0	14,2	14,0	13,8	13,9	13,6	13,2	13,2	12,8	12,4	..
Estonya	14,1	19,9	19,0	20,1	20,4	21,3	20,4	25,1	21,9	19,7	20,3	18,6	17,6	18,2	..
Finlandiya	22,4	22,3	21,8	21,3	20,9	20,5	20,1	19,1	19,3	19,1	18,9	19,6	19,1	18,7	18,5
Fransa	7,2	7,1	7,2	7,0	7,1	7,0	7,1	7,4	7,3	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	..
Almanya	11,2	11,4	11,6	11,7	12,1	13,5	13,5	13,7	13,6	13,3	13,1	13,1	13,1	13,0	12,9
Yunanistan	..	..	..	..	..	..	..	..	..	37,9	28,0	28,9	28,5	28,4	..
Macaristan	24,9	26,3	27,7	26,3	25,5	24,9	25,0	24,2	25,4	25,7	25,3	26,3	27,1	28,3	..
İzlanda	17,8	18,9	19,0	18,1	17,0	17,4	17,2	16,6	16,0	16,0	16,6	18,2	18,2	18,1	18,1
İrlanda	15,0	15,7	15,0	14,3	15,3	15,0	16,0	16,1	14,8	15,3	16,1	18,2	17,7	16,9	..
İsrail	26,6	28,3	29,1	26,8	27,6	27,8	29,2	25,9	27,1	25,5	24,8	24,1	26,0	25,9	..
İtalya	24,7	23,1	21,1	21,0	20,8	20,1	19,0	18,6	18,8	18,5	17,7	17,5	18,8	18,8	18,0
Japonya	15,4	15,4	15,1	15,6	16,4	16,2	15,4	17,0	16,1	15,1	15,0	14,4	14,0	..	..
Güney Kore	42,5	41,1	35,8	36,8	38,3	38,3	37,8	36,4	36,0	35,8	34,4	34,0	35,5	35,9	36,6
Lüksemburg	7,4	11,8	12,5	11,8	12,2	11,6	11,6	11,5	9,4	9,1	9,3	9,6	10,6	11,0	..
Meksika	50,0	50,9	52,4	53,2	56,2	54,0	54,4	53,5	52,3	51,6	50,2	48,5	46,2	45,2	..
Hollanda	..	..	..	..	8,0	7,9	8,1	6,7	6,5	6,6	5,8	5,7	5,9	6,0	5,8
Yeni Zelanda	15,9	15,4	17,0	16,1	..	14,1	14,1	13,8	11,5	11,2	10,6	10,5	10,9	..	..
Norveç	..	..	..	..	16,6	16,8	16,7	16,5	16,1	15,7	15,3	15,0	15,0	..	..
Polonya	28,9	30,0	28,1	25,4	26,4	28,1	26,1	25,6	24,6	22,8	22,7	22,1	22,3	22,7	..
Portekiz	..	24,3	24,1	23,2	23,4	23,4	23,9	25,1	25,5	26,9	25,9	25,8	27,3	..	..
Slovakya	10,4	10,6	10,7	10,9	11,7	19,2	22,6	25,9	26,2	25,2	25,6	21,7	22,6	22,4	..
Slovenya	..	..	..	..	11,7	11,6	12,4	11,6	13,0	11,9	11,9	12,2	11,8	11,9	..
İspanya	23,3	23,6	23,9	23,7	23,0	22,7	22,1	21,1	20,4	20,3	18,9	19,8	20,7	..	..
İsveç	..	..	16,6	16,2	15,9	16,3	16,7	16,6	16,5	16,4	16,4	16,3	16,1	16,5	..
İsviçre	33,4	33,0	31,8	31,6	31,6	31,9	30,6	30,8	30,7	24,8	24,7	25,1	25,2	26,0	..
Türkiye	29,1	27,6	22,8	19,8	..	..	..	22,0	21,8	..	14,1	16,3	15,4	15,4	..
İngiltere	11,4	11,1	11,1	11,0	11,1	10,0	9,6	9,9	10,0	8,9	8,7	8,8	9,3	9,0	..
ABD	15,1	14,9	14,3	13,8	13,7	13,5	13,4	13,1	13,0	12,7	12,2	12,0	12,0	12,0	..
OECD Ortalaması	20,3	20,9	20,3	19,8	20,1	20,1	20,1	20,1	19,8	19,8	18,9	18,9	19,2	19,3	

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

Ülkemizde sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların payı 2007 yılına kadar genel olarak OECD lkeler ortalamasında yüksek seyrederken, 2007 yılından sonra Kamunun sektördeki ağırlılığının artmasından da etkilenerak OECD lkeler ortalamasının altında gerçekleşmiştir. 2012 yılında Türkiye’de sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların payı % 15,4 iken OECD lkeler ortalaması % 19,3 gerçekleşmiştir.

3.5. Kişi Başi Sağlık Harcaması

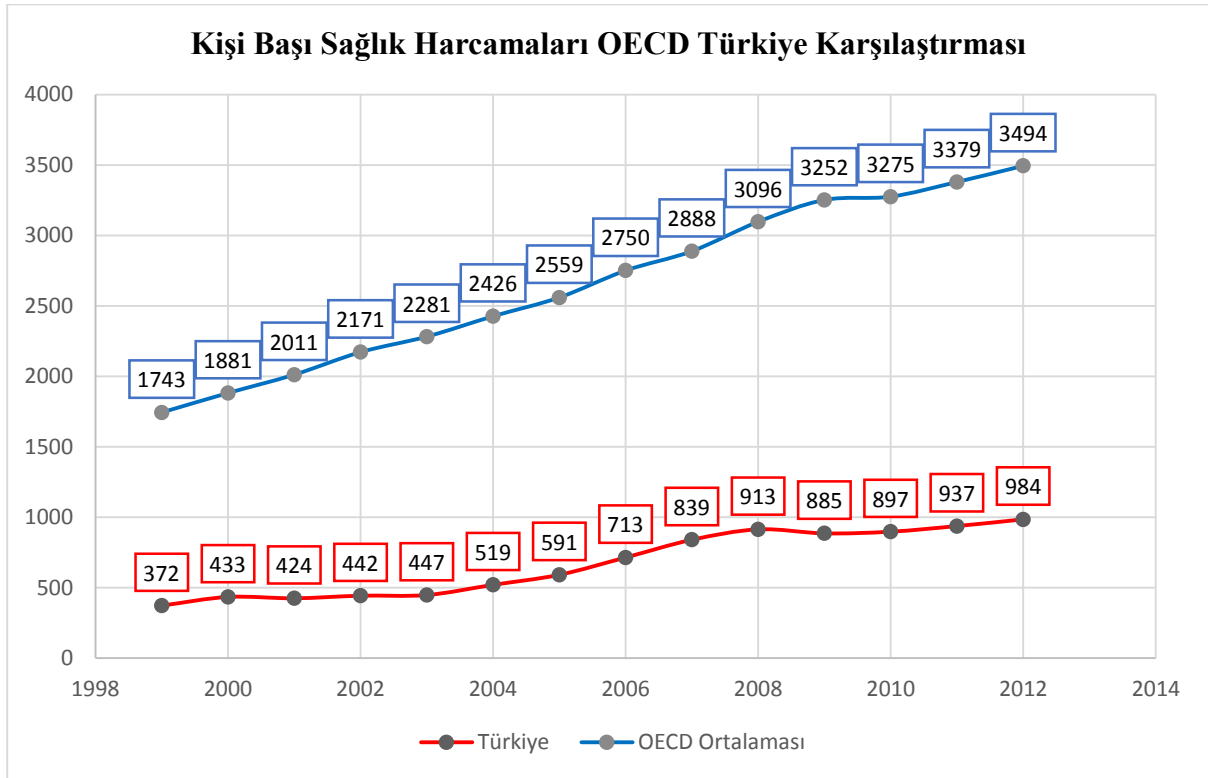
Diğer ülkelerle yapılan karşılaştırmalarda toplam veriler genel bir fikir verse de daha net bir fikir edinmek için kişi başi hesaplamalara bakmak gerekir. Toplam sağlık harcamasının nüfusa bölünmesiyle kişi başi düşen sağlık harcaması bulunmaktadır. Ülkemiz sağlık harcamaları açısından OECD karşılaştırıldığında, kişi başi toplam sağlık harcama düzeyinin en düşük olarak gerçekleştiği görülmektedir. Genel rakamlara bakıldığında lkemiz OECD lkeleri ortalamasının çok uzağına düşmemekle birlikte nüfus dikkate alındığında sağlık harcaması rakamında açık farklar gözükmektedir.

Tablo 28. OECD Kişi Başı Sağlık Harcaması (1999-2012) (\$)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	2110	2283	2414	2579	2689	2902	3012	3208	3383	3492	3735	3786	3997	..
Avusturya	2762	2901	2933	3084	3228	3424	3503	3741	3902	4173	4386	4496	4663	4896
Belçika	2048	2248	2367	2542	2923	3015	3105	3283	3427	3681	3932	4028	4227	4419
Kanada	2416	2521	2735	2871	3059	3220	3451	3679	3843	3998	4297	4426	4503	4602
Şili	575	610	649	666	798	820	859	959	1068	1136	1210	1307	1451	1577
Çek Cumhuriyeti	938	984	1083	1195	1340	1387	1478	1563	1662	1772	2039	1928	2029	2077
Danimarka	2410	2510	2681	2870	2895	3122	3243	3581	3761	4056	4431	4534	4545	4698
Estonya	512	513	512	572	651	751	826	960	1114	1340	1389	1302	1358	1447
Finlandiya	1741	1855	1972	2150	2252	2450	2589	2768	2905	3163	3290	3289	3455	3559
Fransa	2396	2547	2719	2921	2934	3065	3229	3411	3564	3726	3954	4029	4192	4288
Almanya	2589	2681	2809	2943	3097	3165	3363	3572	3720	3973	4227	4427	4610	4811
Yunanistan	1468	1453	1756	1966	2030	2091	2355	2617	2727	3011	3030	2692	2648	2409
Macaristan	810	854	971	1114	1316	1330	1434	1513	1451	1525	1581	1703	1800	1803
İzlanda	2754	2743	2848	3156	3194	3337	3294	3280	3373	3628	3639	3404	3457	3536
İrlanda	1573	1787	2097	2360	2536	2798	2939	3179	3535	3794	4006	3787	3742	3890
İsrail	1606	1766	1882	1870	1751	1833	1829	1820	1958	1977	1986	2078	2201	2304
İtalya	1843	2030	2202	2211	2240	2359	2500	2727	2765	3018	3115	3157	3202	3209
Japonya	1830	1971	2071	2141	2234	2350	2491	2608	2747	2891	3049	3237	3458	3649
Kore	688	765	913	958	1050	1134	1289	1484	1671	1771	1893	2069	2155	2291
Lüksemburg	2384	3273	3185	3746	3635	4115	4152	4610	4227	4542	4657	4652	4661	4578
Meksika	458	497	539	570	635	683	733	777	822	879	928	950	965	1048
Hollanda	2076	2227	2441	2701	2850	3015	3543	3800	4052	4379	4554	4656	4843	5099
Yeni Zelanda	1522	1611	1711	1841	1848	1978	2124	2392	2439	2697	2973	3020	3172	..
Norveç	2780	3046	3267	3628	3837	4075	4301	4616	4877	5246	5350	5440	5746	6140
Polonya	567	584	642	733	748	807	857	935	1060	1241	1368	1432	1494	1540
Portekiz	1281	1522	1582	1664	1783	1886	2102	2172	2275	2422	2588	2627	2496	2457
Slovak Cumhuriyeti	599	606	665	730	793	1058	1143	1356	1623	1871	2095	2039	1999	2105
Slovenya	1303	1453	1582	1704	1800	1884	1994	2145	2173	2459	2537	2449	2556	2667
İspanya	1450	1539	1636	1740	2012	2121	2257	2534	2712	2939	3078	3016	2998	..
İsveç	2129	2289	2504	2702	2834	2952	2963	3198	3427	3656	3738	3747	3964	4106
İsviçre	3073	3225	3430	3673	3780	3934	4015	4256	4564	4933	5205	5292	5671	6080
Türkiye	372	433	424	442	447	519	591	713	839	913	885	897	937	984
Büyük Britanya	1670	1829	2014	2190	2336	2528	2701	2936	3018	3192	3389	3210	3212	3289
Birleşik Devletler	4527	4791	5140	5583	6009	6377	6751	7123	7504	7786	8015	8244	8483	8745
OECD Ortalama	1743	1881	2011	2171	2281	2426	2559	2750	2888	3096	3252	3275	3379	3494

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

OECD ortalaması 2012 yılında 3494 ABD doları iken, Amerika Birleşik Devletleri'nde 8745 ABD doları ile en yüksek, ülkemizde ise 984 ABD doları ile en düşük olarak gerçekleşmiştir. 13 1999-2012 yılları içerisinde OECD ve Türkiye kişi başına toplam sağlık harcaması eğilimlerine baktığımızda ise her iki göstergenin pozitif yönlü artış eğilimine sahip olduğu ancak OECD ortalamasının daha fazla artma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bunda Türkiye'nin görece yüksek nüfus artış hızının da etkisi olduğu düşünülmektedir.



Grafik 34. Kişi Başı Sağlık Harcaması OECD ile Türkiye Karşılaştırmalı Eğilim Grafiği (1999-2012)

Kaynak: OECD Health Statistics 2014 esas alınarak hazırlanmıştır.

4. Genel Değerlendirme

4.1. Sağlık Göstergeleri ve Ekonomik Göstergelerin Birlikte Analizi

Temel kamu harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkisi bilinen bir gerçektir. Ancak kamu harcamalarının artması bir noktada büyüme üzerindeki pozitif etkinin azalmasına hatta tersine dönmesine yol açabilir.(Uzay, 2002: 151-172) Sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki etkisi de bu çerçevede yorumlanabilir.

Çalışma da tespit edildiği üzere GSMH, Milli Gelir vb. ekonomik büyüklükler ile sağlık harcama düzeyi arasında yadsınamaz bir ilişki vardır. Ekonomik göstergeleri iyi ülkeler daha fazla sağlık harcaması yapma eğilimindedirler. Ülkemizde ise ekonomik göstergelere paralel olarak sağlık harcama miktarının değiştiği, ekonomik göstergelerin pozitif seyrettiği yıllarda sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Ancak sağlık harcamaları miktar olarak artma eğiliminde iken gerek GSMH içindeki oranı gerekse kamu harcamaları içindeki, oranı düşme eğilimindedir. Her ne kadar çalışmada ağırlıklı olarak 1999- 2013 dönemi alınsa da 2006-2007 yılında sağlık finansmanı ve sağlık hizmet sunumunda gerçekleştirilen reform çalışmaları dikkate alınarak 2007 sonrasını değerlendirmek daha anlamlıdır.

2001 yılı sonrası ekonomide alınan önlemler sonucu, özellikle 2002-2007 yılları arasında yüksek büyüme oranları elde edilmiştir. 2007 yılının ortalarından itibaren büyüme rakamlarında düşüşler yaşanmıştır. 2009 yılındaki krizde Türkiye’de etkilenmiş büyüme oranı %-4,7 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılı döneminde büyüme %10,3 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’nin, 2002- 2012 döneminde yıllık ortalama büyüme oranı %5,2 olmuştur. 2010 ve 2011 yıllarında kaydedilen yüksek büyüme hızları 2012 yılında ve 2013 yılında büyüme hızı yavaşlamıştır. 2014-2016 Orta Vadeli Programda 2014 yılında GSYH büyümesi %4 olarak öngörülmüştür.(Acar, 2013: 18)

Ülkelerarası 2010 Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYH) rakamları ve Satın alma Gücü Paritesi (PPP) endeksinde karşılaştırıldığında, Türkiye ekonomisi dünyada 16. sırada, AB ülkeleri arasında ise 6. sırada yer almaktadır. 2103 te ise GDP

sıralamasında Dünya Bankası verilerine göre 18. sırada bulunsa da ilk 20 ekonomi arasındaki yerini korumaktadır. (YASED Uluslararası Yatırımcılar Derneği, 2012)

Ülkenin ekonomik büyüme performansı sağlık hizmeti talebini nicelik ve nitelik yönünden artırmıştır. Sağlık sektörü ve sağlık harcamaları bu genel duruma paralel bir seyir izlemiştir. Bu dönemde aile hekimliği sistemi uygulamaya konmuş, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda ilerlemeler yaşanmıştır.

Yukarıda sıralanan gelişmelere paralel olarak temel sağlık göstergeleri iyileşmiştir. Ülkede bebek ve anne ölüm oranları düşerken, doğuşta beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Kişi başı hekim başvuru sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2'ye, SGK verilerine göre 2014'de 8,8 e yükselmiş¹⁴, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise % 77'den % 97'ye ulaşmıştır.

Sağlık harcamalarının hizmet yönünden analizini yaptığımızda en önemli konuların başında bu çalışmada da üzerinde durulan ve önemi sık sık vurgulanan koruyucu sağlık hizmetlere yönelik sağlık harcamalar gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların iktisadi göstergeler üzerindeki, etkisi 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerine yapılan harcamalara göre daha geç ortaya çıkmaktadır. Şöyle ki yapılan aşı kampanyaları ile bağışıklık kazanan bir çocuk birey düşünülüğünde, uygulanan aşının maliyeti bu bireyin hayatta kaldığı ve sağlıklı yaşadığı varsayılırsa her geçen gün düşmektedir. Ancak bu durumun işgücü piyasasında ki verimlilik üzerinde etkisi çocuk bireyin büyüüp işgücü piyasasına çalışan olarak katılmamasına kadar ortaya çıkmamaktadır. Bu bireyin aşı uygulandıktan 20 yıl sonra aktif olarak iş gücü piyasasına dâhil olduğunu varsayarsak uygulanan aşının iş gücü piyasası verimliliğine katkısı 20 yıl gecikmeli olarak gelmektedir.

Çalışma sonucunda 1. basamak sağlık hizmetlerine hem miktar hem de oransal olarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine göre daha az pay ayrıldığı, doğrudan

¹⁴ <http://www.medikalakademi.com.tr> (Erişim Tarihi: 03.02.2015)

halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi için ayrılan payın ise çok daha az olduğu görölmektedir. Yapılan cari sağlık harcamaların yalnızca çok küçük bir bölümü halk sağlığı hizmetleri için yapılmaktadır.

Bu çerçevede önemli olan harcanan paranın istenen etkiyi yapıp yapmadığıdır. Bu durumu sağlık harcamalarının verimliliği olarak da nitelendirebiliriz. Bunun içinde sağlık harcamaları başta olmak üzere iktisadi göstergeler ile seçilmiş sağlık göstergeleri arasındaki ilişki ve ülkelerin karşılaştırılması önem taşımaktadır. Genel olarak yoksul ve borçlu ülkelerin doğumda beklenen yaşam sürelerinin düşük, anne-bebek ölüm oranları ve doğurganlık oranlarının yüksek olduğu, kısaca sağlık göstergelerinin son derece kötü olduğu bir gerçektir. Bu ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları da en düşük düzeylerde dir.

OECD ülkelerinin sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri incelendiğinde ise yüksek gelir grubundaki ülkelerin bariz bir şekilde diğer ülkelere göre daha iyi durumda olduğu görölmektedir. Türkiye ise sahip olduğu gösterge değerlerine bakıldığında orta sınıf içerisinde yer almaktadır.

Türkiye ise az gelişmiş ülkelere göre daha yüksek gelişmiş ülkelere göre daha düşük kişi başı sağlık harcaması yapmaktadır. Ekonomik göstergelerdeki iyileşme incelenen dönem itibarıyla toplumun genel sağlık göstergelerine pozitif yansımıştır. Bu çerçevede 2000 yılından sonra yapılan çalışmalar ile ülkede anne- bebek ölüm oranları düşürülmüş ve doğumda beklenen yaşam süresi artmıştır. Bu göstergeler bakımında orta üst ve orta gelirli ülkelerin düzeyinin yakalandığı söylenebilir. Ancak unutmamak gerekir ki bir ülkenin sağlık göstergeleri yalnızca sağlık harcamalarından değil eğitim, yoksulluk, yeterli beslenme ve gelişmenin diğer önemli unsurları ile de yakından ilişkilidir. Bu durum sağlık harcamaları ile olumlu sağlık göstergeleri arasındaki ilişkinin varlığını ve önemini ortadan kaldırmamaktadır. Bu bağlamda sağlık harcamalarını tespit etmek, bileşimini bilmek ve kimin ne için nereye ne kadar ödediğini bilmek bir ülke ekonomisinin büyümesi ve o ülkede yaşayan bireylerin sosyal refah seviyelerini artırmaları açısından önemlidir.

Sağlık harcamaları içerisinde yer alan özel sağlık harcamaları kapsamında hane halklarının yaptığı cepten harcamaların oranını önemlidir. Bu bilgilere sahip olmak devletin sosyal devlet anlayışı içinde sorumluluklarını belirlemeyi ve bunu ölçmeyi sağlar. Bu bağlamda hangi gelir gruplarının kimlerin daha fazla cepten harcama yaptığı, hangi gelir gruplarının sağlık harcamalarını sosyal güvenlik sistemleri üzerinden gerçekleştirdiğini bilmek yoksullukla mücadele ve toplumsal refahın dağılımı bağlamında son derece önemlidir.

4.2. Sağlık Harcamalarının Hane Halkı Gelirleri Üzerinde Katastrofik Etkisi

Katastrofi sözlük anlamıyla “ani şekilde ortaya çıkan felaket veya talihsiz durumu” ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Katastrofik cepten harcama genellikle “sağlık harcamasının belli bir dönemde toplam hane geliri veya harcamasının belli bir yüzdesini aşması” olarak tanımlanmaktadır.¹⁵ Hane halkları tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının hane halklarının mali durumu üzerinde yarattığı yük ve yükün getirdiği yıkıcı etki, sağlık politika yapıcıların uzun süredir üzerinde durdukları önemli bir konudur. (Xu, ve diğerleri, 2014) Bu etki DSÖ tarafından “sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi” olarak adlandırılmaktadır. Hane halkları bazen sağlık gereksinimlerini karşılayabilmek için zorunlu ihtiyaçlarından fedakârlık etmede, mevduat hesaplarını kullanmakta ve varlıklarını satmakta veya borçlanmaktadırlar. Bazı ülkelerde bu durum yoksul hanelerin borçlanmasına ve daha da yoksullaşmasına yol açmaktadır. Bazı ülkelerde ise bireylerin sağlık harcamalarını finanse edebilmek için gıda tüketiminden fedakârlık ettiği durumlar söz konusu olabilmektedir. Kısaca katastrofik harcama genellikle “sağlık harcamasının belli bir dönemde toplam hane geliri veya harcamasının belli bir yüzdesini aşması” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı %40 ve daha büyük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması yapan haneler” olarak nitelendirilmektedir. Yoksul olmayıp sağlık dışında kalan harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen yoksulluk sınırından

15 Uğurlu, M. (2014). Sağlık Harcamalarında Finansal Katastrofi ve Türkiye'nin Durumu". www.medimagazin.com.tr (Erişim Tarihi: 31.12.2014)

küçük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler” olarak nitelenmektedir.

TÜİK tarafından her yıl yapılan Hane Halkı Bütçe Anketi’nin 2013 yılında elde edilen sonuçlarına göre; Türkiye genelinde hane halklarının tüketim amaçlı yaptığı harcamalar içinde en yüksek payı % 25 oranıyla konut ve kira harcamaları alırken, harcamaların % 19,9’u gıda ve alkolsüz içeceklerden oluşmuştur. 2013 yılında hane halkları tarafından yapılan sağlık harcamalarının hane halkı gelirine göre dağılımı incelendiğinde; en düşük gelir grubu olan birinci %20’lik gruptaki hane halklarının payı %9 iken en yüksek gelirli beşinci %20’deki hane halkları, toplam sağlık harcamalarının %36,5’ini yapmıştır.

Tablo 29. Gelire göre % 20’lik gruplarda tüketim harcamalarının türlerine göre dağılımı 2012-2013

Harcama türleri/Yıllar	Gelirden en az		Orta Gelir Grupları								Gelirden en	
	Toplam		1. %20		2. %20		3. %20		4. %20		5. %20	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Toplam hane halkı tüketim harcaması	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Gıda ve alkolsüz içecekler	20	20	29	29	24	26	22	22	20	20	14	15
Alkollü içecekler, sigara ve tütün	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	3	3
Giyim ve ayakkabı	5	5	4	4	4	5	5	5	6	5	6	6
Konut ve kira	26	25	33	33	31	30	28	26	25	24	22	21
Mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri	7	7	6	6	6	6	7	6	7	7	7	7
Sağlık	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ulaştırma	17	17	9	8	13	12	15	16	17	17	22	22
Haberleşme	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
Eğlence ve kültür	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4
Eğitim hizmetleri	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	4	4
Lokanta ve oteller	6	6	4	4	5	5	5	5	6	6	7	7
Çeşitli mal ve hizmetler	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5

Kaynak: TÜİK, Hane halkı Bütçe Araştırması, 2013

TÜİK tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının katastrofik etkisi araştırmasında ülkemizde katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı %1'in altında bulunmuş olup 2002 yılında %0,81 ve 2013 yılında da %0,22 olarak hesaplanmıştır. 2002 yılında kentsel yerlerde yaşayan hanelerde katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı %0,6 iken kırsal yerlerdeki hanelerde %1,14 olarak hesaplanmıştır. Aynı oranlar 2013 yılında kent için %0,19, kır için ise %0,31 olarak bulunmuştur. Sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı %40 ve daha büyük olan haneler, "katastrofik sağlık harcaması yapan haneler"; yoksul olmayıp sağlık dışında kalan harcaması, yoksulluk sınırından küçük olan haneler ise "katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler" olarak tanımlanmıştır. (TÜİK, 2014: 1-10)

Sonuç olarak ülkemizdeki cepten sağlık harcamalarının en alt %20 gelir düzeyine sahip toplumsal kesimde yoksulluğu artırıcı bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu bireyler için katılım payı, özel sağlık hizmeti farkı, ilaç farkı gibi uygulamalardan muafiyette seçenekler arasında değerlendirilmelidir.

Sonuç

Sağlık sektöründe yaşanan nitel ve nicel gelişmeler ile temel iktisadi göstergeler arasında bir ilişki ve karşılıklı etkileşim bulunduğunu söyleyebiliriz. Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için milli gelir, iktisadi büyüme gibi temel göstergelerin artışından doğrudan etkilenmektedir. Sağlık harcamaları temelde beşeri sermaye düzeyini etkileyen iki önemli unsurdan biridir. Eğitim ve sağlık alanında yapılan harcamaların artması genel olarak beşeri sermaye düzeyinde de bir iyileşmeyi getirmektedir. Bu durum yatırım harcamaları başta olmak üzere diğer harcamaları etkilemektedir.

Günümüzde toplumların sağlık hizmetlerine olan gereksinimlerinin artması, teknolojik gelişmeler, politika yapıcıları kıt olan kaynaklarla daha fazla sağlık hizmeti sunma veya finanse etme sorunu ile karşı karşıya bırakmıştır. Bu sorun, genel olarak, iktisadi kaynakların hangi nüfus grupları, hangi hastalıklar ve hangi müdahaleler için tahsis edileceği konularında rasyonel kararlar verilmesinin önemini artırmıştır. (Özgen ve Tatar, 2007:109-132) Politika yapıcıların karşılaştıkları bir diğer tercih sorunu da harcamaları kısmak gerektiğinde nereden başlanması gerekmektedir. 1980'lerden itibaren neo-liberal görüşe göre ekonomilerde temel problem aşırı harcamalar olarak görülmüş ve çözüm önerisi de basitçe "harcamaları kısmak" olarak görülmüştür.(Chang ve Gabel, 2005: 242, 243) Özellikle 2000'li yıllarda yaşanan krizlerde politika yapıcıları ilk olarak sağlık harcamalarını azaltma yoluna gittikleri görülmüştür. Oysa burada öncelikle krizlerin iyi analiz edilmesi ve harcamaları kısmanın getireceği sosyal risklerin ve orta- uzun vadede etkilerinin hesaba katılması gerekir.

Sağlık hizmeti üretilmesindeki maliyetler dolayısıyla sağlık hizmeti girdi fiyatlarının düzeyi önemli bir göstergedir. Sağlık hizmeti maliyetlerinin önemli bir bölümü kalifiye personele ödenen ücretlerdir. Sağlık personeli ücretlerinin belirlenmesinde sağlık sisteminin yapısı, sağlık emek piyasası ve eğitim sisteminin yapısı etkili olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerine harcanması gereken kaynak miktarı belirlenirken gerekli girdilerin fiyat düzeylerini de göz önüne almalıdır.

Bu durumda sorumuz “İstenilen sağlık statüsü düzeyini yakalamak için sağlık sektörü ve iktisadi göstergelerin yanı sıra, eğitim, altyapı ve güvenlik gibi diğer sektörlere ait göstergelerle birlikte girdilerin fiyat düzeyi dikkate alınarak sağlık hizmetlerine ne kadar harcamalıdır, ne kadar kaynak ayırmalıdır ?” şeklinde olacaktır. Kısaca ifade etmek gerekirse, epidemiyolojik göstergeler, sosyal destek, sağlık girdilerinin tahsis ve teknik verimliliği, fiyat düzeyleri ve sınırlı kaynakların alternatif kullanım alanlarının bulunması gibi birçok husus sağlık sektörüne harcanması gereken doğru harcama miktarını etkilemektedir.

Bir diğer önemli konu ise sağlık hizmetlerinin finansmanı ve bu kapsamda sosyal güvenlik düzenlemeleridir. Mevcut durum itibarıyla neredeyse evrensel bir sağlık sigortası kapsamı sağlanmış ve ülke çapında sağlık hizmetlerine ulaşılabirliği artmıştır. Bu durum 2007 yılından sonra hane halklarının sağlık giderlerini cepten karşılama oranlarını düşürürken sosyal güvenlik kapsamında karşılama oranları artmıştır.

SGK ana sağlık hizmeti sunucusu olan Sağlık Bakanlığının hem en büyük müşterisi hem de en büyük finansörüdür. Bu durumda iki kurum arasında yapılan düzenlemeler ve ilişkiler ülkenin sağlık politikalarına ve sağlık hizmetlerinin geleceğine doğrudan etki etmektedir.

İktisadi göstergeler, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri birlikte değerlendirildiğinde toplam sağlık harcaması miktarının uygun olmadığını söylemek mümkün olmamakla birlikte kişi başı sağlık harcaması düzeyinin düşük olduğu söylenebilir.

Ancak unutmamak gerekir ki Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamalarının OECD ülkelerine göre az olması ülkenin genel ekonomik düzeyi ve dolayısıyla kişi başına düşen gelir ile de yakından ilgilidir. 1999- 2013 yılları arasında yapılan incelemelerde ekonomik göstergelerin iyileştiği yıllarda sağlık göstergelerinin pozitif ilerleme kaydettiği görülmektedir. Bir diğer önemli konuda Türkiye'nin OECD ülkelerine göre değişim oranlarının pozitif yönlü ve daha iyi durumda olmasıdır.

Bu durum yaşanan ve yaşanması olası sorunların göz ardı edilmesini gerektirmemektedir. Ülkemizde hastane harcamalarının büyük bölümü ayakta hastalar için yapılmakta, özellikle acil servislerde yığılmalar söz konusu olmaktadır. Yapılan çalışmalar ilaç harcamalarında diğer ülkelere göre oransal fazlalık bulunduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin aşırı ve gereksiz antibiyotik kullanımı söz konusu olup bu durumun ilaç direnci oluşmasından, kaynak israfına kadar pek çok neticesi olmaktadır.

Politika yapıcılar tarafından sağlık harcamalarının bileşiminde koruyucu sağlık hizmetlerinin payının oransal olarak artırılması gerekmektedir. Bu bağlamda hastanelerin ayaktan hasta yükünü azaltarak birinci basamak başvuru oranlarının yükseltilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve etkili bir sevk sisteminin kurulması, ilaç harcamaları başta olmak üzere tıbbi malzeme harcamalarının verimliliğinin artırılması için çalışmalar yapılması ve gerek yönetsel gerekse finansal mekanizmaların gözden geçirilmesi faydalı olacaktır.

Ülkemizde sağlık harcamalarında dikey eşitliğin sağlanmasına yönelik önlemlerin geliştirilmesi ve finansman kaynaklarının eşitlik açısından değerlendirilmesi, sağlık harcamalarının yeterli ve sürdürülebilir finansmanı için yararlı olabilir. Güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri, hane halklarının gerekli olmadığı halde daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için yaptıkları harcamaları azaltabilir. Sağlık harcamalarının doğru bileşimle, doğru kullanım alanları için finanse edilmesi ve verimli kullanılması sonucunda ülkemizin ekonomik gelişmesine ve kalkınmasına pozitif katkı yapması öngörülmektedir.

Kaynakça

- Acar, F. (2013) Türkiye Ekonomisine Genel Bakış (2001 - 2013) *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi* 1 (2), 15-32.
- Acar, İ.A. (2012). Sağlık Hizmeti Açısından Öncü Göstergelerin Önemi *Maliye Dergisi*, (163), 1-14
- Adaçay F.R. (2008) Ekonomik Kalkınmada Yoksulluk (Yoksulluk- Mücadele Stratejileri ve Türkiye'deki Boyutları) Nisan Kitabevi, Eskişehir
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002- 2008*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Altay, A. (2007) Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi* (64), 34-35.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi, *İktisat Fakültesi Mecmuası*, 40 (1-4), 133-160.
- Atabey Ertürk, S. (2012) *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası* (1. Baskı) Ankara: Gazi Kitabevi
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*. (1. Baskı) İstanbul: Beta Yayınevi
- Ay A.; Kızılkaya O. ve Koçak E. (2013). Sağlık Göstergeleri İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6 (1), 163172.
- Berber, M. (2006) *İktisadi Büyüme ve Kalkınma* (3. Baskı) Trabzon Derya Kitabevi, 232- 233)

- Barro, J. R. (1999). Human Capital And Growth In Cross Cuntry- Growth Regressions *Swedish Ekonomik Policy Reviews* 6 (2), 199-216.
- Baş, K. (1997). Eğitim, Kalkınma, Gelir Ve Doğurganlık İlişkileri: Mersin Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 52 (1), 136-152
- Bhargava A.; Jamison D.T.; Lau L. ve Murray C.L. (2001). *Modeling The Effects Of Health On Economic Growth. Gpe Discussion Paper Series: No. 33.* Cenevre, World Health Organization
- Bulut, A. (2007) Türkiyede Sağlık Reformunun Tarihçesi, Avrupada ve Türkiyede Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar Tartışmalar (Der: Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar) İstanbul İletişim Yayınları ss. 119- 120
- Corman, H. ve Grossman M. (1985). Determinants Of Neonatal Mortalyty Rates In The US, *Journal Of Heath Economics* 4 (1985), 213-236.
- Chang H. ve Grabel I. (2005) *Kalkınma Yeniden- Alternatif İktisat Politikaları El Kitabı* (Çev. Özçelik E.) Ankara, Özge Kitabevi ss. 244- 245.
- Çalışkan, Ş.; Karabacak M. ve Meçik O. (2013). Türkiye’de Sağlık-Ekonomik Büyüme İlişkisi *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (37), 123-124.
- Çelik, Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğu. *Sosyal Güvenlik Dergisi* (1), 69-70.
- Çelik, Y. (2011). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 9, (1), 23-31
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çetin M. ve Ecevit E. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: Oecd Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 11 (2), 166-182.

- Çiftçi, M. (2008). Kalkınma Göstergesi Olarak Ortalama Yaşam Beklentisine Göre Türkiye'nin AB İçindeki Konumu: Kritikler Ve Çok Değişkenli İstatistik. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri Ve İstatistik Dergisi (7)*, 51-87.
- Dağhan, A. 2007. "Devletin Sağlık Hizmetlerine Ayırdığı Bütçe Paylarının Toplum Refah Seviyesine Göre Optimum Tutarı" www.basvuruyeri.com/index.php adresinden erişildi.
- Dobb, M. (1981) *Kapitalizm Sosyalizm Azgelişmiş Ülkeler Ve İktisadi Kalkınma* (Çev: M. Selik) Ankara: Ankara Üniversitesi
- Fischer, S. (1991). Growth, Macroeconomics And Development. *Nber Macroeconomics Annual 1991* (Ed: O. J. Blanchard ve S. Fischer) Massachusetts: MIT. ss. 336.
- Günsoy, G. (2005) İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi 1, (2), 2005, 45*
- Haycox, A. (2009). What Is Health Economics? <http://www.medicine.ox.ac.uk/> (Erişim Tarihi: 09.12.2014)
- Han, E. ve Kaya, A.A. (2006). Kalkınma Ekonomisi Teori ve Politika. (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Işık, A.; Mutlu, A (2005) *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları
- İstanbuluoğlu, H.; Güleç M. ve Oğur R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi, (2)*, 86-99.
- Kalkınma Bakanlığı (2013). Uluslararası Ekonomik Göstergeler. Ankara
- Kalkınma Bakanlığı (2014). 10. Kalkınma Planı. Ankara
- Kaptanoğlu Yıldırım, A. (2012). Sağlık Yönetimi, "*Sağlık Yönetimi*" (A. Yıldırım Kaptanoğlu) İstanbul: Beşir Kitabevi. ss. 17

- Kar, M, ve Ağır H. (2006). Türkiye'de Beşeri Sermaye Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Eş Bütünleşme Yaklaşımı İle Nedensellik Testi, 1926-1994. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (6), 51-68.
- Kaynak, M. (2009) Kalkınma İktisadı, 3. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2009)
- Kaynak M. (2003) "Kalkınma İktisadının Kilometre Taşları ve Teknoloji" *Ekonomik Yaklaşım Dergisi* 14 (49) 13-33
- Kirmanoğlu H. (2005) *Amartya Sen'in Özgürlük ve Kalkınma Üzerine Düşüncelerine Bir Bakış*, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları; 26
- Lamba,M.; Altan Y.; Aktel M., ve Kerman U. (2014). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi* (47), 53-78.
- Mollahaliloğlu ve Diğerleri. (2006). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi.
- Mollahaliloğlu, S.;Hülür, Ü.; Yardım, Y.; Özbay H.; Çaylan A.K.; Ünüvar N.; ve Aydın S. (2007). *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*. Ankara. Sağlık Bakanlığı.
- Musgrove, P. (1996). *Public And Private Roles in Health, Theory And Financing Patterns*. Washington, World Bank Publications.
- Nutbeam, D. (2011). *Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. (1. Baskı). Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- OECD. (2013). Health At A Glance 2013 OECD Indicators. Paris
- Özsoy, S. (2013). Kalkınma Ekonomisinin Anlam ve İçeriği. *İktisadi Kalkınma* (Ed: B. Günsoy ve C. ÖZSOY) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. 1-2
- Özyakışır, D. (2011) Beşeri Sermayenin Ekonomik Kalkınma Sürecindeki Rolü: Teorik Bir Değerlendirme, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi* (6)1; 47

- Romer M. R. (1986). Increasing Returns And Long-Run Growth. *The Journal Of Political Economy* 94 (5),1002-1037.
- Romer, D. (1996). *Advanced Macroeconomics USA*: New York. The Mcgraw Hill Companies.
- Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011). 02.11.2011 Tarihli Ve 28103 (Mükerrer) Sayılı Resmi Gazete.
- Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2011 (2012) Ankara
- Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2013 (2014) Ankara
- Savaş, F.V.(1979) Kalkınma Ekonomisi (İkinci Baskı), İ. İ. T. İ. A. Nihad Sayar Yardım Vakfı Yayınları, No:315/547, İstanbul
- Sevinç, H. (2011) Bölgesel Kalkınma Sorunsalı: Türkiye’de Uygulanan Bölgesel Kalkınma Politikaları *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi* (6)2; 36-51
- Simon ve Moore. (2003) Son Yüzyılda ABD de 25 Mucizevi Gelişme. “*Kapitalizm Ve Küresel Refah- Kapitalizm Kendini Savunuyor*” (Ed: Ian Vasquez) Ankara: Liberte Yayıncılık. ss. 53-89.
- Solak, M. (2014). *Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu*. Eskişehir: Yüksek Öğretim Kurumu.
- Solmaz, E. (2008) İktisadi Kalkınma Kuramlarının Yoksulluk Konusuna Yaklaşımlarına Eleştirel Bir Bakış, *Mevzuat Dergisi* (4), 132 (Yıl 11)
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 4, (Sonbahar 1999), 50-54.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2013). Genel Sağlık Sigortası Rehberi. Ankara

- Sülkü, N. S. (2011) *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Susam, N.; Şeker M. ve Kılıçer E. (2013). *Türkiye Ekonomisi 2014 Bütçe Büyüklükleri ve Bütçe Performansı Raporu*. İstanbul: İfesam- İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Merkezi.
- Şentürk, Z. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektöre Devredilmesinin Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması: Kayseri Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Kayseri: Erciyes Üniversitesi.
- Taban, S. (2013). Kalkınma Sürecinde Nüfus Ve Beşeri Sermaye. *İktisadi Kalkınma* (Ed: B. Günsoy ve C. Erden) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. ss.120-132
- Taban, S. (2013). Neo- Klasik Büyüme Teorileri. *İktisadi Büyüme* (Ed: G. Günsoy ve Z. Erdinç) ” Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. ss.108-132. Eskişehir.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi *Sosyal Güvenlik Dergisi (1)*, 103-133
- Tatar, M. (2013). Özel Hemodiyaliz Merkezleri Maliyet Analizi Çalışması. İstanbul. Kurumsal Özel Diyaliz Merkezleri Derneği- DİADER
- Tatar, M. ve Özgen, H. (2007). Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1 (2), 109-132
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*, Yüksek Lisans Tezi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi
- Tokat, M. (2014). Sağlık Ekonomisi. <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler>. (Erişim Tarihi: 20.12.2014)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları Araştırma Raporu. Ankara

Türkiye Sigorta Birliği. (2014). Türkiye Sigorta Birliği 2013 Faaliyet Raporu. İstanbul

Uğurlu, M. (2014). Sağlık Harcamalarında Finansal Katastrofi ve Türkiye’nin Durumu”. www.medimagazin.com.tr (Erişim Tarihi: 31.12.2014)

Uğurluoğlu Y. ve Çelik, Ö. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi Ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 8 (1): 4-5

Uzay, N. (2002). Kamu Büyüklüğü Ve Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: Türkiye Örneği (1970-1999). *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 19: 151-172

Xu, K.; David B Evans D.B.; Kawabata K., Zeramdini R.; Klavus, J; ve Ve J L Murray J.L.C.(2013). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry. *The Lancet* (362), 111-116

YASED Uluslararası Yatırımcılar Derneği. (2012). Türkiye Sağlık Sektörü Raporu. İstanbul

Yenimahalleli- Yaşar, G.(2007). *Sağlığın Finansmanı Ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi Yayınlanmamış* Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi

İnternet Kaynakları

<https://www.polity.co.uk/shortintroductions/samples/bury-sample.pdf> Erişim Tarihi: 23.10.2014

http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf Erişim Tarihi: 10.11.2014

Haycox, A. (2009). What Is Health Economics? <http://www.medicine.ox.ac.uk/> (Erişim Tarihi: 09.12.2014)

Tokat, M. (2014). Sağlık Ekonomisi. <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler>. (Erişim Tarihi: 20.12.2014)

http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18281/179-182_pdf.pdf (Son Erişim: 10.04.2015)

<http://www.healthindicators.eu/offline/offline.html> (Erişim Tarihi:15.11.2014)

<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN/countries?display=default> (Erişim Tarihi: 03.02.2015)

http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/ga/2012GA/Dogu_Anadolunun_Bolgesel_Gelismedeki_Yeri_B.pdf Erişim Tarihi:01.05.2015

http://www.dika.org.tr/photos/files/B%C3%BCIten_BGSKD_2014_Ocak.pdf Son Erişim 10.04.2015

Uğurlu, M. (2014). Sağlık Harcamalarında Finansal Katastrofi ve Türkiye'nin Durumu". www.medimagazin.com.tr (Erişim Tarihi: 31.12.2014)