

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

72927

EKONOMİK KALKINMA SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE
SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YENİDEN YAPILANMASI

72927

Hazırlayan
İsmail MAZGİT

Danışman
Prof. Dr. Mustafa ÖZATEŞLER

İZMİR, 1998

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DÖKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN;

Soyadı: MAZGİT

Adı : İsmail

TEZİN ADI;

Türkçe :Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün
Yeniden Yapılanması

Yabancı Dil: Reconstruction of Turkey’s Health Sector in the Process of
Economic Development

TEZ TÜRÜ: Yüksek Lisans Doktora Doçentlik Tıpta Uzmanlık Sanatta Yeterlilik

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ;

Üniversite: Dokuz Eylül Üniversitesi

Fakülte :

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA;

Yayınlayan:

Basım Yeri:

Basım Tarihi:

ISBN

TEZ YÖNETİCİSİNİN;

Soyadı Adı: ÖZATEŞLER, Mustafa

Ünvanı : Prof.Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL: TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI:

TEZİN KONUSU(KONULARI) :

- 1- Sağlık sektörünün ekonomik özellikleri
- 2- Sağlık hizmetlerinin ekonomik kalkınmayla ilişkisi
- 3- Türkiye sağlık sektörünün gelişimi ve yeniden yapılanması

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :

- 1- Sağlık ekonomisi
- 2- Sağlık ve ekonomik kalkınma
- 3- Türkiye'de sağlık politikaları

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER :

- 1- Health economics
- 2- Health and economic development
- 3- Health policy in Turkey

- 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum
- 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümün fotokopisi alınabilir
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası:



Tarih

04/06/1998

ÖZET

Sağlık hizmetlerinden yararlanılması, yaşama hakkına bağlı olarak, temel insan haklarından biridir. Başarılı bir sağlık sistemi, toplumdaki bütün fertlerin bu hakkı kullanmasını sağlamalıdır. Mevcut kit kaynaklarla bunun sağlanabilmesi, sağlık sektörüne tahsis edilen kaynakların etkin kullanılmasına bağlıdır.

Ayrıca, 20. yüzyılın ikinci yarısında sağlık harcamalarının giderek artması ve kalkınma kuramlarında beşeri sermayenin öne çıkması, sağlık sektörünün ekonomik önemini artırmıştır. Buna bağlı olarak, ekonomi bilimi yöntemlerinin sağlık sektörüne uygulandığı “sağlık ekonomisi” yeni bir disiplin olarak gelişmeye başlamıştır.

Bu tezde, sağlık ekonomisinin bakış açısıyla, Türkiye sağlık sektörü değerlendirilmiştir.

Birinci bölümde, sağlık sektörünün kapsamı ve temel özellikleri belirlenmiştir.

İkinci bölümde, sağlık sektörüyle ekonomik kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkiler ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde, Türkiye sağlık sektöründe uygulanan politikalar ve örgütlenme biçimleri değerlendirilmiştir.

Dördüncü bölümde ise, ekonometrik yöntemler de kullanılarak, Türkiye sağlık sektörünün ekonomik analizi yapılmıştır.

Sonuç kısmında, yukarıdaki analizler ışığında Türkiye sağlık sektörünün genel bir değerlendirmesi yapılmış ve sektörün yeniden yapılanmasına yönelik öneriler getirilmiştir.

ABSTRACT

The availability and use of health services constitutes one of the main elements of basic human rights. A successful health system requires that all the members of a society have access to basic health services. Given scarce resources the necessary condition to secure such a viable health system; is to use the resources allocated to this sector, efficiently.

Moreover, starting from the second half of 20th century; the economical importance attached to health sector has increased due to an increase in expenditures on health and also to the gaining priority of human capital in development theory. These developments in turn have led to the rise of a new discipline called "health economics".

In this thesis the health sector in Turkey is analysed from the view point of health economics.

In chapter one the contents and basic characteristics of health sector are examined.

The second chapter involves the analysis of the mutual interdependence between health sector and economic development.

In the third chapter the organization of the health sector and the relevant policies pursued in Turkey are evaluated.

In the fourth chapter an economic analysis of Turkey's health sector; is carried on by the aid of econometric methods.

Finally, in the light of the above analysis, a general evaluation of Turkey's health sector is made and various proposals concerning the restructuring of this sector are suggested.

Doktora tezi olarak sunduğum “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

04...106.1 1998

İsmail MAZGİT



TUTANAK

Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünün 11/6/1998 tarih ve 11/1 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 27 maddesine göre İktisat Anabilim dalı doktora öğrencisi İsmail MAZGİT'in "Ekonomik Kalkınma Sürecinde Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması" konulu tezi incelenmiş ve aday 30/6/1998 tarihinde, saat 10:30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 9 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarında jüri üyelerince sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin başarılı olduğuna oy birliği ile karar verildi.

BAŞKAN

Prof. Dr. Mustafa SUTTUOR

ÜYE

Prof. Dr. Hüsnü AKEREN

ÜYE

Doc. Dr. İsmail ARASIL

ÖNSÖZ

Sağlık sektörü, doğrudan insan yaşamının devamıyla ilgili hizmetleri kapsamı nedeniyle önemli bir sektördür. Sektörün temelinde, hiçbir ekonomik değerlendirme yöntemiyle ölçülemeyecek olan insan hayatı yer almaktadır. Bu nedenle de, yakın bir zamana kadar sağlık sektörü, ekonomik bir sektör olarak ele alınmamış; sosyal nitelikli bir kamusal hizmet olarak değerlendirilmiştir. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren ise, gerek sağlık hizmetlerine ayrılan maddi kaynakların önemli ölçüde artması, gerek kalkınma açısından öneminin anlaşılması, sağlık sektöründe ekonomik çalışmaların yoğunlaşmasını sağlamış ve sağlık ekonomisi adı altında yeni bir disiplin geliştirmiştir.

Ülkemizde de sağlık sektörünün giderek daha fazla ekonomi, işletme gibi bilim dallarıyla uğraşanların ilgisini çekmesinde, yukarıda sözü edilen gelişme önemli bir rol oynamıştır. Bunun yanında, Türkiye sağlık sektöründeki sorunların giderek artması nedeniyle, reform çabaları gündeme gelmiş; ancak, gerek kamu kaynaklarının yetersizliği, gerek politik alandaki gelişmeler bu reform çabalarının sonuçlanmasını engellemiştir.

Resmi kaynaklara göre, sağlıkta reform süreci işlemekle birlikte; uygulanan politikalar, kapsamlı bir reform programının unsurları olmaktan çok, kısmi düzenlemeler niteliğini taşımaktadır. Mevcut koşulların devamı halinde, yakın gelecekte sağlık sektörünün farklı bir yapılanma içine girmesi mümkün görünmemektedir. Oysa, Üçüncü Binyıl'a girerken, sağlık sektörünün yeniden yapılanması ihtiyacı, acil bir konu olarak, Türkiye'nin gündeminde durmaktadır. Günlük politik çekişmelerin ötesine geçilerek, bu ihtiyacın dikkate alınması, politik kadrolara düşen önemli bir görevdir. Bu görevin yerine getirilmemesi durumunda; artan ekonomik eşitsizliklere bağlı olarak gelişen sağlıktaki eşitsizlikler, ciddi bir sosyal sorun olmaya devam edecektir.

Yaklaşık on yıldan bu yana sözü edilen sağlıkta reform çalışmalarının, bir devlet politikası olarak ele alınması ve sağlık sektörünün, modern ekonomi ve işletme biliminin ilkeleri doğrultusunda, ancak sosyallik ilkesi göz ardı edilmeden yeniden yapılandırılması; Türkiye'nin, "mutlu insanlar ülkesi" olmasına en önemli katkılardan biri olacaktır. Çorbada tuzumuz bulunabilirse, ne mutlu bize.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	1
İÇİNDEKİLER	2
KISALTMALAR LİSTESİ.....	6
TABLolar LİSTESİ.....	7
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	9
GİRİŞ	10

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN

TANIMI, KAPSAMI VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

1. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TANIMI VE KAPSAMI.....	16
1.1. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TANIMI.....	16
1.2. HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARI.....	21
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK KURULUŞLARI	24
1.4. SİSTEM OLARAK SAĞLIK SEKTÖRÜ	28
1.4.1. GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMİ VE İŞLEYİŞİ	30
1.4.2. SAĞLIK SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE BAŞARISI	35
2. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖZELLİKLERİ.....	38
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ	38
2.1.1. SAĞLIK HAKKI, TEMEL İNSAN HAKLARINDAN BİRİDİR.....	39
2.1.2. SAĞLIK ULUSLARARASI BİR SORUNDUR.....	40
2.1.3. SAĞLIK HARCAMALARI BEŞERİ SERMAYE YATIRIMIDIR.....	43
2.1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMLİ BİR BÖLÜMÜ KAMUSAL HİZMET NİTELİĞİNDEDİR.....	44
2.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASINDA BİLGİ ASİMETRİKTİR.....	52
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ ÖZELLİKLERİ.....	53
2.2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI BİR EKİP İŞİDİR	54
2.2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE REKABET ÇOK SINIRLIDIR.....	55

2.2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ ÜRETİMİ TEKNOLOJİ VE BİLGİ YOĞUNDUR	58
2.2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ ESNEKLİĞİ DÜŞÜKTÜR.....	59
2.2.5. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI, TALEBİ ARTIRIR.....	60
2.2.6. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINDA MEKANSAL YAYGINLIK YÜKSEKTİR.....	60
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN ÖZELLİKLERİ.....	61
2.3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN FİYAT ESNEKLİĞİ DÜŞÜKTÜR.....	62
2.3.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN GELİR ESNEKLİĞİ YÜKSEKTİR.....	63
2.3.3. SAĞLIK HİZMETİNDE PAKET TALEP SÖZ KONUSUDUR, KAPSAMI HEKİM BELİRLER	65
2.3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ RASTSALDIR.....	65
2.3.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ULAŞILABİLİRLİĞİ TALEBİ ARTIRMAKTADIR.....	66
2.3.6. SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİGORTASI YAYGINLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİ ARTIRMAKTADIR	67
2.3.7. SOSYO-EKONOMİK GELİŞME SAĞLIK HİZMETİ TALEBİNİ ARTIRMAKTADIR.....	69

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN

EKONOMİK KALKINMAYLA İLİŞKİSİ

1. EKONOMİK KALKINMA VE İNSAN UNSURU	72
2. SAĞLIK VE EKONOMİK KALKINMA İLİŞKİLERİNDE DÖNÜM NOKTASI: ALMA ATA KONFERANSI.....	83
3. KALKINMA GÖSTERGESİ OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	91
4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALKINMAYA ETKİLERİ	108
4.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALKINMAYA OLAN DOĞRUDAN KATKISI.....	110
4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALKINMAYA OLAN DOLAYLI KATKISI	115
5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAYNAK DAĞILIMI VE EKONOMİK DEĞERLENDİRME.....	119
5.1. SAĞLIK ÖRGÜTÜ BAZINDA EKONOMİK DEĞERLENDİRME.....	122
5.2. PROGRAM VEYA YÖNTEM BAZINDA EKONOMİK DEĞERLENDİRME.....	126

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ

1. CUMHURİYET ÖNCESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	131
1.1. ANADOLU ÖNCESİ DÖNEMDE TÜRKLERDE SAĞLIK HİZMETİ.....	131
1.2. SELÇUKLULAR DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	133
1.3. OSMANLI DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	136
1.3.1. KURULUŞ VE GENİŞLEME DÖNEMİNDE OSMANLI SAĞLIK HİZMETLERİ.....	136
1.3.2. TANZİMAT SONRASINDA OSMANLI SAĞLIK HİZMETLERİ.....	139
1.3.2.1. MODERN TIP EĞİTİMİNE GEÇİŞ	140
1.3.2.2. TANZİMAT SONRASINDA SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ.....	143
2. CUMHURİYET TÜRKİYESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	148
2.1. CUMHURİYETİN KURULUŞ YILLARINDA SAĞLIK POLİTİKALARI VE ÖRGÜTLENME.....	148
2.2. 1923-1960 DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ	149
2.3. 1960-1980 DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ	161
2.4. 1980 SONRASI DÖNEMDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ	170
2.5. 1990'LARDA YENİ ARAYIŞLAR: SAĞLIK REFORMU	183

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN EKONOMİK ANALİZİ

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI	191
1.1. BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI.....	198
1.1.1. SAĞLIK OCAKLARI VE SAĞLIK EVLERİ.....	199
1.1.2. ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ÖRGÜTÜ.....	207
1.1.3. BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN DİĞER KURUMLAR.....	210
1.2. YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ ARZI	213
1.2.1. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ GENEL GELİŞİMİ	215
1.2.2. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA GÖRE DAĞILIMI.....	222
1.2.3. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI.....	226

2. SAĞLIK İNSANGÜCÜ.....	232
2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN GELİŞİMİ	234
2.2. SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN BÖLGESEL DAĞILIMI	242
2.3. SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN KURULUŞLARA DAĞILIMI.....	245
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	249
3.1. GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	249
3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI	255
4. TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SABİT SERMAYE YATIRIMLARI.....	262
5. TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELECEĞİNE YÖNELİK TREND ANALİZİ	269
SONUÇ.....	282
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	294



KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
age.	: Adı Geçen Eser
agm.	: Adı Geçen Mevzuat
BYKP	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
ISIC	: Uluslararası Standart Endüstri Sınıflandırması (International Standart Industrial Classification)
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBTHGM	: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SM	: Sağlık Merkezi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı)
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
WB	: The World Bank (Dünya Bankası)
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
YTK	: Yataklı Tedavi Kurumu

TABLolar LİSTESİ

TABLO 1: ULUSLARARASI STANDART SANAYİ SINIFLANDIRMASI (ISIC) İÇİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	18
TABLO 2: SEÇİLMİŞ ÜLKELER VE ÜLKE GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI	94
TABLO 3: ÜLKE GRUPLARINA GÖRE SEÇİLMİŞ MAKRO SAĞLIK GÖSTERGELERİ	95
TABLO 4: GELİR GRUPLARINA GÖRE SEÇİLMİŞ BAZI MAKRO SAĞLIK GÖSTERGELERİ	96
TABLO 5: BAZI ÜLKELERDE BEKLENEN YAŞAM UMUDU VE KİŞİ BAŞINA GSYİH	97
TABLO 6: REGRESYON DENKLEMLERİ	100
TABLO 7: TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİNİ YÜKSELTEN YATIRIMLARIN SAĞLADIĞI PARASAL FAYDALAR	112
TABLO 8: 1923 YILINDA TÜRKİYE'DEKİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI	150
TABLO 9: SAĞLIK OCAKLARI PERSONEL DURUMU (1963-1973)	166
TABLO 10: YATAKLI VE YATAKSIZ SAĞLIK KURULUŞLARINDA MEVCUT DURUM	195
TABLO 11: YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARININ KURUMLARA DAĞILIMI (1996)	197
TABLO 12: SAĞLIK OCAĞI VE SAĞLIK EVİ SAYILARI (1963-1994)	200
TABLO 13: SAĞLIK OCAKLARI VE SAĞLIK EVLERİNİN HİZMET VERDİĞİ NÜFUS	201
TABLO 14: SAĞLIK OCAKLARINDAKİ SAĞLIK PERSONELİ KADRO SAYILARI VE MEVCUT DURUM	203
TABLO 15: SAĞLIK OCAKLARININ 1990-1996 DÖNEMİ ÇALIŞMALARI (BIN ADET)	204
TABLO 16: SAĞLIK OCAKLARI TARAFINDAN SUNULAN HİZMETLERİN OCAK BAŞINA GELİŞİMİ (1990-1996)	205
TABLO 17: ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZLERİNİN GELİŞİMİ	208
TABLO 18: AİLE PLANLAMASI HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR İÇİNDE AÇSAP MERKEZLERİNİN PAYI	208
TABLO 19: AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE AÇSAP MERKEZLERİ	209
TABLO 20: BAZI KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	211
TABLO 21: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ HASTA YATAKLARININ GELİŞİMİ	216
TABLO 22: TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ HİZMET GELİŞİMİ VE BAZI RASYOLAR (1925-1996)	219
TABLO 23: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA DAĞILIMI VE ORTALAMA YATAK SAYILARI (1996)	222
TABLO 24: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN KURULUŞLARA DAĞILIMI (%)	224
TABLO 25: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ İLLERE VE BÖLGELERE DAĞILIMI	228
TABLO 26: YATAK YOĞUNLUĞUNA GÖRE İL GRUPLARI - 1996	230
TABLO 27: TÜRKİYE'DE HEKİM SAYISI VE BİR HEKİME DÜŞEN NÜFUS	235
TABLO 28: HEKİMDİŞİ SAĞLIK PERSONELİNİN SAYISAL GELİŞİMİ	239
TABLO 29: SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE SAĞLIK İNSANGÜCÜ (1991)	241
TABLO 30: TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİNİN İL GRUPLARINA DAĞILIMI-1995	242
TABLO 31: ÜÇ BÜYÜK KENTTE HEKİM SAYILARI-1973	244
TABLO 32: İL GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK PERSONELİ BAŞINA NÜFUS -1995	244
TABLO 33: TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİNİN KURULUŞLARA DAĞILIMI-1995	245
TABLO 34: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA GÖREVLİ UZMAN HEKİMLERİN KURULUŞLARA DAĞILIMI	246
TABLO 35: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA UZMAN HEKİM ETKİNLİĞİ-1996	247
TABLO 36: TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI (1980-1996)	258
TABLO 37: SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİNİN GSMH VE DEVLET BÜTÇESİ İÇİNDEKİ PAYI (1980-1997)	259
TABLO 38: TOPLAM KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ KURULUŞLARA DAĞILIMI	260
TABLO 39: TOPLAM ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK HARCAMALARI VE GSMH İÇİNDEKİ PAYI	261
TABLO 40: TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI FON AKIM TABLOSU	261
TABLO 41: TOPLAM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ SABİT SERMAYE YATIRIMLARI (1963-1998)	264

TABLO 42: SAĞLIK SEKTÖRÜNE YAPILAN SABİT SERMAYE YATIRIMLARININ KAMU VE ÖZEL KESİM AYRIMI (1963-1998)	265
TABLO 43: YATIRIM TEŞVİK BELGELERİNİN SEKTÖREL DAĞILIMI	267
TABLO 44: SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN REGRESYON SONUÇLARI	271
TABLO 45: SAĞLIK HARCAMALARIYLA İLGİLİ EKSTRAPOLASYON SONUÇLARI.....	272
TABLO 46: SAĞLIK SEKTÖRÜNE YAPILAN SABİT SERMAYE YATIRIMLARINA İLİŞKİN REGRESYON SONUÇLARI.....	273
TABLO 47: SAĞLIK SEKTÖRÜNE YAPILAN SABİT SERMAYE YATIRIMLARINA İLİŞKİN EKSTRAPOLASYON SONUÇLARI	274
TABLO 48: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ YATAK KAPASİTELERİ VE SUNDUKLARI HİZMETE İLİŞKİN REGRESYON SONUÇLARI	276
TABLO 49: YATAKLI TEDAVİ KURUMU YATAK KAPASİTELERİ VE SUNDUKLARI HİZMETE İLİŞKİN EKSTRAPOLASYON SONUÇLARI	278
EK TABLO 1: ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI (1987).....	306
EK TABLO 2: ÜLKELER BAZINDA SEÇİLMİŞ SAĞLIK GÖSTERGELERİ.....	307
EK TABLO 3: ÜLKELERİN SAĞLIK SONUÇ GÖSTERGELERİNE VE GELİR DÜZEYLERİNE GÖRE SIRALAMASI	309



ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL 1: SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ.....	26
ŞEKİL 2: GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMİ	31
ŞEKİL 3: DIŞSALLIĞIN SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASA DENGESİNE ETKİSİ.....	50
ŞEKİL 4: SAĞLIK SİGORTASININ PİYASA DENGESİNE ETKİSİ.....	68
ŞEKİL 5: KARŞILIKLI GÜÇLENEN DÖNGÜ: YOKSULLUĞUN AZALMASI VE İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞİMİ	80
ŞEKİL 6: SAĞLIK İLE KALKINMA ARASINDAKİ DOĞRUDAN VE DOLAYLI İLİŞKİLER.....	110
ŞEKİL 7: ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI PİRAMİDİ.....	186
ŞEKİL 8: FİNANSMAN KAYNAKLARINA GÖRE SAĞLIK SİSTEMLERİ.....	249
ŞEKİL 9: FİNANSMAN ŞEKLİNE GÖRE SAĞLIK SİSTEMLERİ.....	252
ŞEKİL 10: SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN MODELLERİ DÜZLEMİ.....	254



*“Sağlam ve Gürbüz Nesil,
Türkiye'nin Mayasıdır”*

Mustafa Kemal ATATÜRK
TBMM 5. Dönem 3. Toplantı
Açış Konuşmasından

GİRİŞ

Günlük yaşantımızda sık kullandığımız “her işin başı sağlık”, “sağlık en büyük zenginliktir”, “sağlık olsun” şeklindeki ifadeler, sağlığın bireysel anlamda önemini göstermektedir. Atatürk'ün yukarıdaki ifadesi ise sağlığın toplumsal önemini göstermeye yetmektedir.

Dolayısıyla sağlığın gerek bireysel gerekse toplumsal açıdan önemli bir amaç olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Sağlık, yakın zamana kadar yalnızca tıp bilimlerini ilgilendiren bir konu iken, son zamanlarda özellikle toplumsal açıdan bütün sosyal bilimlerin ilgi alanına girmiştir. Bu çerçevede son yıllarda ekonomi biliminde de giderek daha fazla sağlık sorunuyla ilgilenilmekte ve “sağlık ekonomisi” adı altında oluşan yeni disiplin gelişmektedir.

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulandığı bir disiplindir. Dar anlamıyla sağlık ekonomisinin amacı, sağlık hizmetleri teşkilatının etkinliğini değerlendirmek ve bu örgütün geliştirilmesi konusunda önerilerde bulunmaktır. Geniş anlamıyla ise, sağlığın ya da kötü sağlığın davranışsal, çevresel ve tıbbi nedenlerinin araştırılması ve bunları önleyici araçların geliştirilmesidir¹.

Sağlık hizmetleri konusu, özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısından bu yana ekonomistlerin uğraş alanı içine girmiştir. Bu nedenle sağlık ekonomisi literatürde yeni bir kavram niteliğini taşımaktadır². Ülkemizde de yeni ilgilenilmeye başlanılan bu alan, giderek önem kazanmaktadır. Nitekim, VI. BYKP'nında ilk kez sağlık ekonomisti adıyla uzman yetiştirilmesi hedefi yer almış ve konu resmi belgelere de geçmiştir.

¹ CULYER,A.J.; “Health, Economics and Health Economics”, Proceedings of the World Congress on Health Economics, Leiden, 1970, s. 3.

² ALPUGAN, Oktay; “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, Karadeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, 1984, s. 148.

Ekonomi bilimi kurallarının sağlık alanına uygulanması, oldukça yeni olmasına karşılık; sağlığın korunması içgüdüsel bir davranıştır ve bu nedenle sosyal ve tıbbi bir faaliyet olarak sağlık hizmetleri, insanlık tarihi kadar eskidir.

Sağlık hizmetleri, tarih boyunca önemli değişimler göstermiştir. Başlangıçta sağlık ve hastalık kavramlarının dini inanışlarla iice olması nedeniyle, yalnızca din adamlarının ilgilendiği sağlık hizmetleri, zaman içinde dinden bağımsızlaşmış ve giderek başlı başına sosyal ve ekonomik bir faaliyet halini almıştır.

Günümüzde ise sağlık hizmetleri ve sağlık sektöru, hemen hemen bütün ölkelerde, toplam ekonomi içinde önemli paya sahip bir sektör durumundadır. Ölkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak, diğer sektörlerden daha hızlı gelişen hizmet sektörleri içinde, sağlık hizmetlerinin payı da giderek yükselmektedir. Bu nedenle ekonomik bir faaliyet olarak da, sağlık hizmetlerinin önemi artmakta; bu sektöre yönelik ekonomik çalışmalar yoğunlaşmaktadır. Zira, sağlık sektöru giderek daha fazla kaynak kullanmakta ve ekonomik faaliyetlerdeki temel çelişki, “kaynakların sınırlı buna karşılık ihtiyaçların sınırsız olması” çelişkisi bu alanda da kendini göstermektedir.

Sağlık sektöru hakkındaki ekonomik değerlendirmelerde genel olarak iki uç bakış açısının olduğunu görmekteyiz. Bunlardan birincisi insan boyutunu yeterince dikkate almadan, kaynak kullanımında etkinlik kavramını öne çıkaran ve dolayısıyla sağlık sistemini girdiler-çıktılar denklemine göre şekillendirme amacını güden bakış açısıdır. İkinci bakış açısı ise, sağlığın temel insan haklarından biri olduğu gerçeğini ön planda tutarak, ne pahasına olursa olsun sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz sunulması ve gerekli kaynağın genel bütçeden karşılanması düşüncesini savunmaktadır. Bu iki uç görüşe karşılık, uygulamada çeşitliliğin ötesinde karmaşa egemendir.

Sağlık, temel insan haklarından biridir. Konunun özünde, hiç bir hesaplama yöntemiyle değer ölçülemeyecek olan insan hayatı vardır. Buna karşılık devletin vergi yoluyla elde ettiği kaynaklar bütün sağlık sisteminin masraflarını karşılamaya yeterli düzeyde olmadığı gibi; sağlık sektörünün sunduğu hizmetler de “sıfır fiyatla” yani bedava kişilere sunulacak ölçüde “serbest mal” niteliğinde değildir. Dolayısıyla, yukarıda sözü edilen iki uç görüşün temelinde de doğru yönler bulunmasına karşılık gerçekçi bakış

açısının, sağlık sektörünün sahip olduğu çeşitliliğin kavranılmasından sonra ortaya konulabileceğini düşünmekteyiz.

Her şeyden önce sağlıklı olmak ve sağlığı korumak insan yaşamının temel amacıdır. Bu amaca ulaşılması bizzat yaşamın devamı açısından önem taşımaktadır. Dolayısıyla bilinçli ya da bilinçsiz, insan faaliyetlerinin özünde, sağlıklı olmak hedefi bulunmaktadır. Öte yandan, sağlıklı olmak hedefi, tümüyle objektif bir değerlendirmeye dayanmamaktadır. Burada önem taşıyan kişinin sağlığını algılama düzeyidir. Kendini sağlıklı algılayan bir kişinin sağlık kontrolünden geçmesi durumunda hekimler tarafından bu kişinin hasta olduğuna karar verilebileceği gibi; bunun aksine hekim tarafından hasta olarak tanımlanmayan bir kişi kendini hasta olarak algılayabilir.

Sağlıklı insan, günlük faaliyetlerini rahatlıkla yürütebildiği gibi, sağlıksızlık durumunda insanın hem kendisi, hem de yakın çevresinde bulunan diğer insanlar sıkıntı duyacaktır. İnsanların sağlıklarını korumaları ise, ancak sağlıklı bir toplumda ve temiz bir çevrede mümkündür. Bu nedenle de kişiler, kendileri için olduğu kadar yakın çevrelerinden başlayarak, herkes için sağlıklı olmayı arzular. Kaldı ki, çevresi sağlıklı olmayan bireylerin kendi sağlıklarını korumaya çalışmaları da pek bir anlam ifade etmeyecektir. Bu nedenle SAĞLIK, bireysel olduğu kadar aynı zamanda TOPLUMSAL BİR AMAÇTIR. Bütün ülkelerde devletin sağlık hizmetleriyle ilgilenmesinin temelinde de bu olgu bulunmaktadır.

Söz konusu bireysel ve toplumsal amacın gerçekleştirilmesi sırasında esas olarak sağlık hizmetlerinden yararlanılmaktadır. Ancak bireysel ve özellikle toplumsal düzeyde sağlıklı olmak, yalnızca sağlık hizmetleriyle ya da sağlık sektörünün faaliyetleriyle ulaşılabilecek bir amaç olmaktan uzaktır. Bu amaca ulaşılması için, birbiriyle doğrudan ve dolaylı ilişki içinde bulunan çok sayıda sektörün işbirliği gereklidir. Bu işbirliğinin yeterli düzeyde sağlanamaması durumunda, ülkedeki sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi teknikler ne kadar üst düzeyde olursa olsun sağlıklı toplum hedefine ulaşılması söz konusu olamayacaktır. Bu nedenle SAĞLIK, SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİNİ GEREKTİRİR.

Sağlıklı toplum hedefine ulaşılması, her şeyden önce, bu amaç için harekete geçirilebilecek ekonomik kaynakların yeterliliğiyle ilgilidir. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerde

toplumun sağlık d¼zeyi, gelişmekte olan ¼lkelere oranla daha iyi konumdadır. Burada söz konusu olan yalnızca devlet b¼tçesinin ne kadarının sağlığa harcandığı değil, toplam harcamalar içinde sağlığın payının ne düzeyde olduğudur. Öte yandan, sağlık hizmetleri ister piyasa koşullarında özel kesim tarafından ¼retilsin, ister tüm¼yle kamu kesimi tarafından ¼retilsin, sonuçta bir ¼retim s¼reci söz konusudur. Bu nedenle de, SAğLIK aynı zamanda EKONOMİK BİR OLGUDUR. Ayrıca, ¼lkede sunulan sağlık hizmetlerinin ve toplumun sağlık d¼zeyinin ¼lkenin kalkınmasıyla yakından ilişkisi bulunmaktadır. Son yıllarda sektör¼n ekonomik boyutunun giderek daha fazla öne çıkması da, bu ilişkiden kaynaklanmaktadır.

Bir ¼lkedeki sağlık sisteminin şekilleniişinde genel tercihler önemli rol oynamaktadır. Bazı ¼lkelerde, sağlık hizmetleri tüm¼yle devlet eliyle ¼retilip finanse edilirken; bazı ¼lkelerde, özellikle tedavi hizmetleri, tüm¼yle piyasa koşullarına bırakılmıştır. Birçok ¼lkede ise, bu iki uç durumun karması olarak hem kamu kesimi, hem özel kesim tarafından hizmet ¼retilmektedir. Ayrıca, hizmetin finansmanı açısından da çeşitli seçenekler söz konusudur. Bu konularda verilecek kararlar ise tüm¼yle politiktir ve dolayısıyla, sağlık sistemi genel politik tercihlere göre şekillenmektedir. Bu nedenle SAğLIğIN aynı zamanda POLİTİK ve İDEOLOJİK BOYUTU BULUNMAKTADIR.

Sağlıklı toplum hedefine ulaşılması ve insan hayatının sağlıklı bir şekilde devamı için bireylerin bu konuya gösterdikleri bilinçli duyarlılık, yani sağlık k¼lt¼r¼ de önem taşımaktadır. Örneğin gelişmekte olan ¼lkelerde en fazla ölümlere neden olan bazı bulaşıcı hastalıklardan basit hijyen (sağlık koruma) kurallarına uyulmasıyla korunmak mümkündür. Aynı şekilde, basit ilkyardım yöntemlerinin kullanımıyla trafik kazaları başta olmak üzere kaza sonucu ölümlerin azaltılması mümkündür. Buna göre SAğLIK aynı zamanda SOSYAL ve K¼LT¼REL BİR OLGUDUR.

Bu açıklamalar ışığında, sağlık sektör¼n¼n içerdiiği hizmetlerin teknik boyutu yanında ekonomik, politik/ideolojik, sosyal ve k¼lt¼rel boyutları da olan geniş kapsamlı bir alan olduğunu rahatlıkla belirtebiliriz. Ayrıca, aşağıda değinildiği gibi sağlık sektör¼ kapsamına giren hizmet türlerinde de oldukça yoğun bir farklılaşma söz konusudur. Çok farklı sağlık gereksinimleri söz konusudur ve bunlara yönelik çok çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Aynı şekilde bu farklılıkların ortaya çıkardığı çeşitli organizasyon biçimleri

mevcuttur. Kısacası, sektör, dış çevreyle ilişkileri açısından olduğu kadar, kendi içinde de çeşitliliğe sahiptir.

Konunun bu geniş boyutları göz ardı edilmemekle birlikte, çalışmamızın kapsamı nedeniyle, daha çok ekonomik boyut ön planda tutulacaktır. Bu çerçevede aşağıda öncelikle konunun kavram bakımından sınırları belirlenmeye çalışılmış ve bu amaç doğrultusunda birinci bölümde, sağlık sektörünün tanımı, kapsamı ve temel özellikleri ele alınmıştır. Bu bölümde ortaya konulduğu gibi, sağlık sektörü diğer ekonomik sektörlerden oldukça farklı özelliklere sahiptir. Ekonomik değerlendirmelerde bu farklılıkların mutlaka dikkate alınması gerekmektedir.

Çağdaş yaklaşımlar, “ekonomik kalkınmanın en önemli unsurunun, ülkedeki beşeri sermaye stoku olduğu” düşüncesini temel almaktadır. Sağlık hizmetleri, beşeri sermayenin geliştirilmesinde en önemli sektörlerden biridir. Sağlık hizmetleri ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişki, çift yönlü nedensellik içermektedir. Bir yandan sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve toplum sağlık düzeyinin geliştirilmesi, ekonomik faaliyetlere daha etkin katılımı sağlamakta; öte yandan, ekonomik kalkınma sağlık için ayrılacak maddi kaynakların artmasını sağlamaktadır.

Çalışmamızın ikinci bölümünde, sağlık sektörüyle ekonomik kalkınma arasındaki bu çift yönlü ilişkiler, ele alınmıştır. Ekonomik gelişmişlik düzeyleri birbirinden çok farklı olan ülkelerin, sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeleri arasındaki ilişkiler ekonometrik analiz teknikleri kullanılarak belirlenmeye çalışılmış; böylece, ekonomik kalkınma ile sağlık hizmetleri arasındaki ilişkilerin tanımlanmasıyla yetinilmemiş, ekonometrik modellerle de desteklenmiştir. Bu bölümde ayrıca, örgüt bazında ve sağlık programı veya yöntem bazında sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirme yöntemleri ele alınmıştır.

Sağlık ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişkilerin istenilen düzeyde şekillendirilebilmesi, ülkede uygulanan sağlık politikalarına ve bu politikaların sonucunda oluşan yapıya bağlıdır. Bu çerçevede, Ülkemizdeki sağlık politikalarının ve bu politikaların sonucunda ortaya çıkan sektör yapısının incelenmesi, çalışmamızın üçüncü bölümünün konusunu oluşturmaktadır. Bu bölümde, Ülkemizdeki sağlık sektörünün

genel gelişimi üzerinde durularak, günümüze kadar uygulanan sağlık politikalarıyla sağlık örgütlenme yapısı ele alınmıştır.

Uygulanan politikaların kısa sürede değiştirilebilmesine, hatta tam tersi yönde uygulanabilmesine karşılık, daha önceki uygulamaların sonucu olarak ortaya çıkan yapının kısa sürelerde değiştirilebilmesi mümkün değildir. Üçüncü bölümdeki değerlendirmeler de, Türkiye sağlık politikalarındaki temel ilkelerin belli dönemlerde salınımlar göstermesine karşılık, sağlık sektöründeki mevcut yapının kısa sürede değişmediğini ortaya koymaktadır.

Dördüncü bölümde, sağlık sektörünün ekonomik analizi gerçekleştirilmiş ve bu çerçevede, tarihsel verilerin de yardımıyla, sektörün yapısı ortaya konulmuştur. Bu yapı içerisinde, sektörün yakın geleceğine ilişkin trend analizi yöntemi kullanılarak, muhtemel gelişmenin ne yönde olabileceği ele alınmıştır. Trend analiziyle elde edilen bulgulardan hareketle, sağlık sektörünün yeniden yapılanmasında hangi noktalara özellikle dikkat edilmesi gerektiği belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın sonuç kısmında ise, yapılan analizler çerçevesinde elde edilen bulgular özetlenmiş ve sektörün geleceğine ilişkin öneriler geliştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN

TANIMI, KAPSAMI VE TEMEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmamızın birinci bölümünde, öncelikle sektörün tanımı ve kapsamı belirlenmeye çalışılacaktır. Bunun yapılabilmesi için ekonomik faaliyet alanı olarak sağlık sektörünün neleri kapsadığı ele alınacak ve sektör kapsamının belirlenebilmesi için hastalık ve sağlık kavramları üzerinde durulacaktır. Bundan sonra sağlık sektörünü diğer ekonomik sektörlerden ayıran özellikler değerlendirilecektir.

1. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TANIMI VE KAPSAMI

1.1. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TANIMI

Ülke ekonomilerinin analizini kolaylaştırmak ve ekonomiyi yönlendirmek bakımından hangi alanlara daha fazla önem verildiğinin ve verilmesi gerektiğinin tesbiti ekonomiyi “sektörlere (kesimlere)” ayırmakla mümkün olabilmektedir. Bu nedenle her ülke, kendi ekonomisini yapısına uygun olarak belli sektörler ayırmakta ve analizleri bu sektörler üzerinde yapma ihtiyacı duymaktadır. Ancak ülkeler arası düzeyde karşılaştırma yapabilmek için herhangi bir “sektör” tanımının ya da genel anlamda “sektör” tanımından ne anlaşıldığının, belli özellikleri kapsayacak şekilde belirlenmesi gerekmektedir³. Bu düşünceden hareketle çalışmamızda öncelikle, uluslararası karşılaştırmalara esas olan Birleşmiş Milletler’in “Bütün Ekonomik Faaliyetler İçin Uluslararası Standart Sanayi Sınıflandırması (International Standart Industrial Classification of All Economic Activities-ISIC)” içinde sağlık hizmetlerinin konumu belirtilecek ve daha sonra sektörün kapsamı değerlendirilecektir.

Birleşmiş Milletler tarafından yapılan sınıflandırmada; her ülkede varolabilecek ekonomik faaliyetlerin “ana bölüm (major division)”, “bölüm (division)”, “ana grup (major group)” ve “grup (group)” olarak 4’lü ayırımına gidilmiş ve bu ayırım 4 haneli

³ ÖZATEŞLER, Mustafa: Otomotiv Sanavii ve Türkiye Ekonomisindeki Etkileri. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İzmir, 1982, s.7.

kodlarla ifade edilmiştir. Kısaca ISIC sınıflandırması olarak anılan bu sınıflandırmaya göre ana bölümler aşağıdaki gibidir⁴:

1. Tarım, Avcılık, Ormancılık ve Balıkçılık
2. Madencilik ve Taşocakçılığı
3. İmalat Sanayii
4. Elektrik, Gaz ve Su
5. İnşaat ve Bayındırlık İşleri
6. Toptan ve Perakende Ticaret, Lokantalar ve Oteller
7. Ulaştırma, Depoculuk ve Haberleşme
8. Bankalar, Sigortalar, Gayrimenkul Alım-Satımı ve İşletmelere Sağlanan

Hizmetler

9. Topluma Yönelik Sosyal ve Kişisel Hizmetler
0. İyi Tanımlanmamış Faaliyetler

Bu sınıflandırma içinde sağlık hizmetleri 9 numaralı ana sektör içinde yer almaktadır. 9 numaralı ana sektörün, iki haneli sınıflandırmaya göre içeriği şöyledir⁵:

91. Kamu Yönetimi ve Savunma
92. Sağlıkla İlgili ve Benzeri Hizmetler
93. Sosyal Hizmetler ve Topluma İlişkin Hizmetler
94. Eğlence ve Kültür Hizmetleri
95. Kişisel veya Hanehalkına Yönelik Hizmetler

⁴ UNITED NATIONS, International Standart Industrial Classification of All Economic Activities, Statistical Papers, Series M, No: 4, Rev. 2, New York, 1968, s. 26. Bu yayında kullanılan sınıflandırma, ISIC sınıflandırmasının yeniden düzenlenmiş şeklidir ve günümüzde BM ve BM'e bağlı diğer uluslararası örgütlerin yayınlarında kullanılmaktadır. Ayrıca, sınıflandırma ve bu sınıflandırmanın değerlendirilmesi için bkz. ÖZATEŞLER, Mustafa; Otomotiv Sanayii ve Türkiye Ekonomisindeki Etkileri, age., s.8 vd.

⁵ UNITED NATIONS, International Standart Industrial Classification of All Economic Activities, age., s. 26.

96. Uluslararası ve Diğer Sınır ötesi Kuruluşlar

Bu sınıflandırma içinde sağlık hizmetleri 92 numaralı bölüm ile 93 numaralı bölümün bir kısmıdır. 92 ve 93 numaralı bölümlerin “Ana Grup”lara ve “Grup”lara göre ayrımı Tablo 1’de verilmiştir.

TABLO 1: ULUSLARARASI STANDART SANAYİ SINIFLANDIRMASI (ISIC) İÇİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

BÖLÜM NO	ANA GRUP NO	GRUP NO	SINIF BAŞLIĞI
92	920	9200	Sağlıkla İlgili ve Benzeri Hizmetler
93	931	9310	Eğitim Hizmetleri
	932	9320	Bilimsel Enstitüler ve Araştırma Merkezleri
	933	9331	Doktorluk Hizmetleri, Dişçilik Hizmetleri, Diğer Sağlık Hizmetleri
		9332	Veterinerlik Hizmetleri
	934	9340	Sosyal Hizmetler
	935	9350	Ticari, Mesleki ve Sendikal Ortaklıklar
	939		Diğer Sosyal ve Topluma İlişkin Hizmetler

KAYNAK: UNITED NATION; International Standart Industrial Classification of All Economic Activities, Statistical Papers, Series M, No: 4, Rev. 2, New York, 1968, s. 38'den derlenmiştir.

Çalışmamızın konusunu oluşturan sağlık hizmetleri, bu tablodan da anlaşılacağı gibi, ISIC sınıflandırmasında 9200 ve 9331 grup numaralı ekonomik faaliyetlerden oluşmaktadır. Söz konusu 9200 ve 9331 numaralı grupların kapsamında yer alan ekonomik faaliyetlerin ayrıntısı şöyledir:

9200: Sağlıkla ilgili hizmetler ve çöp kaldırma, kanalizasyon düzenleri, drenaj sistemleri işletmeciliği; gündelik temizlikçilik, baca temizleme hizmeti, pencere ve büro temizliği hizmetleri, zararlı hayvanlarla mücadele hizmetleri, buharla temizleme hizmeti, dezenfeksiyon hizmetleri ve benzeri diğer hizmetler⁶.

9331: Tıbbi hizmetler, cerrahlık, dişçilik ve diğer sağlıkla ilgili hizmetler. Hastane, sanatoryum ve benzeri diğer hasta bakımı ve tedavi kurumları; ana ve çocuk sağlığının korunmasına ilişkin danışma merkezleri; sağlık hizmetlerinde istihdam edilen veya kendi hesabına çalışan hemşireler ve ebeler; uzman veya pratisyen hekimlerin muayenehaneleri ve danışma salonları; pedikürcü, ortopedist, fizyoterapist, gözcü, ve diğer benzeri

pratisyenler; dişçiler; ambulans hizmetleri; hekimlerin ve diş doktorlarının hastalıkların teşhis ve tedavisiyle bağlantılı hizmet taleplerini karşılayan tıbbi ve dişçilikle ilgili laboratuvarlar bu grupta yer almaktadır⁷.

Bu açıklamalardan da anlaşılacağı gibi 9200 numaralı grupta insan sağlığını dolaylı yoldan etkileyen, ancak kesinlikle ihmal edilemez önemde olan, çöp toplanması, kanalizasyon düzeni, haşere mücadelesi gibi, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yer almaktadır. Buna karşılık 9331 numaralı grupta; doğrudan insan sağlığının geliştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesine yönelik hasta bakımı ve tedavi hizmetleri yer almaktadır.

Buna göre, ISIC uluslararası sektör sınıflandırmasında, ekonomik faaliyet olarak sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetler, hizmetlerin niteliğinden çok hizmeti yürüten kişi ve kurum dikkate alınarak sınıflandırılmıştır. Bir başka ifadeyle, ISIC sınıflandırması, sektörün arz boyutu dikkate alınarak yapılmıştır.

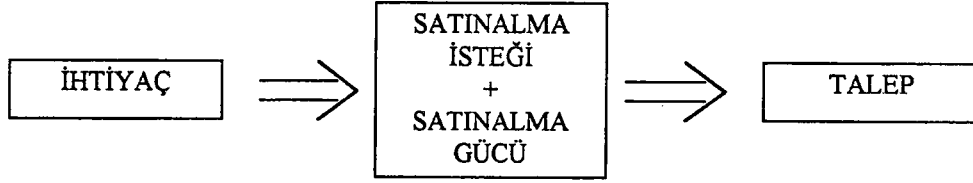
Sağlık sektöründeki arzı gerçekleştiren işletmeler, sektöre yönelik hizmet talepleri ve bu hizmetlerin finansmanı diğer ekonomik faaliyetlerden önemli ölçüde farklıdır. Öncelikle, sağlık hizmetlerinin niteliğinden dolayı bu sektörde özel işletmeler yanında kamu işletmeleri de faaliyet göstermektedir. Üstelik sağlık sektöründe faaliyette bulunan kamu işletmeleri, birçok ülkede özel kesimden daha büyük paya sahiptir. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetleri arzı, diğer ekonomik mal ve hizmetlerde olduğu gibi, yalnızca kâr amacıyla yapılmamaktadır. Yani sağlık hizmetleri arzında kâr yanında “toplumsal fayda” niteliği de çok önemlidir.

Benzer şekilde sağlık hizmetleri talebi de, diğer ekonomik sektörlerle yönelik talepten önemli derecede farklıdır. Bu farklılığın ortaya konulabilmesi için özel mal ve hizmetlerdeki talebin ortaya çıkış sürecinin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

⁶ NATIONS UNIES; Index de la Classification Internationale Type, Par Industrie, de Toutes les Branches d'Activité Économique, Études Statistiques Série M, No: 4, Rev. 2/Add. 1, Édition Avec Index, New York, 1975, s. 173.

⁷ NATIONS UNIES; Index de la Classification Internationale Type, Par Industrie, de Toutes les Branches d'Activité Économique, age., s. 174.

Talep, satın alma gücüyle desteklenmiş satın alma isteğidir⁸. Bu satın alma isteğinin ardında bulunan unsur ise ihtiyaçtır. Buna göre özel mal ve hizmetlerde talebin ortaya çıkış süreci şöyledir:



Buna göre bir ihtiyacın talebe dönüşmesi satın alma isteği ve satın alma gücünün varlığına bağlıdır. Buna karşılık sağlık sektörüne ilişkin olarak ihtiyaç, satın alma isteği ve satın alma gücüne bağlı olmadan talebe dönüşebilmektedir.

Öncelikle “sağlıklı olma isteği” olarak ifade edilebilecek olan ihtiyaç, yaşama isteğine bağlı olarak herkeste bulunmaktadır. Ancak bunun “satın alma isteği”ne dönüşmesi algılanan sağlık düzeyinde bir bozulma (gerileme) olmasına veya bozulma riskinin hissedilmesine bağlıdır. Bu noktada bireysel gereksinim ile tıbbi gereksinim farkı önem kazanmaktadır. Kişiler ilgisizlik veya bilgisizlik nedeniyle, tıbbi açıdan varolan ihtiyacı satın alma isteğine dönüştürmeseler de, kamu otoritesi bu kişiler adına sağlık hizmeti talebi ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin bulaşıcı hastalık riski bulunan kişilerin sağlık kontrolünden geçirilmesi ve hasta olduğu belirlenen bireylerin tedaviye alınması kişinin kendi isteği dışında, kamu zorlamasıyla söz konusu olabilmektedir.

Benzer bir şekilde tıbbi ve sosyal açıdan sağlık hizmetine ihtiyaç olması, ancak gerekli satın alma gücünün bulunmaması durumunda da kamu otoritesi, sosyal güvenlik kuruluşları eliyle veya bütçe kaynaklarıyla finanse ederek sağlık hizmeti talebi ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin ödeme gücü olmayan vatandaşların devlete ait sağlık kuruluşlarında ücretsiz tedavi ve muayene edilmesi, sosyal devlet anlayışının gereğidir.

Sağlık sektöründeki arz ve talebin bu şekilde diğer sektörlerden farklı olması, sağlık hizmetlerinin dışsallığından ve hizmetin karşılığında insan hayatının devamı gibi hiç bir ekonomik değerle ölçülemeyecek bir konunun bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bu

⁸ PEKİN, Tevfik; Ekonomiye Giriş, İzmir, 1991, s. 42

nedenle sağlık hizmetleri toplumsal niteliklidir. Zaten ISIC sınıflandırmasında sağlık hizmetlerinin yer aldığı 9 numaralı ana bölümün başlığının “topluma yönelik sosyal ve kişisel hizmetler” şeklinde belirlenmesi de bu gerçeğin bir ifadesidir.

Dolayısıyla sağlık sektörünün, diğer ekonomik sektörlerden önemli derecede farklılaştığını söyleyebiliriz. Gerek sağlık hizmeti arzında gerekse sağlık hizmeti talebinde ve finansmanında görülen bu farklılıklar nedeniyle sağlık sektörü, diğer ekonomik sektörlerden ayrı olarak ele alınmalıdır. Bu farklılığın ortaya konulabilmesi için sağlık ve hastalık kavramlarının incelenmesi ve sağlık hizmetlerinin özelliklerinin ortaya konması gerekmektedir. Bu gereklilikten hareketle aşağıda öncelikle sağlık ve hastalık kavramları üzerinde durulmuş; daha sonra sağlık sektörünün özellikleri değerlendirilmiştir.

1.2. HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARI

Hastalık ve sağlığın tanımı, sağlık sektörünün oldukça geniş bir kapsama sahip olmasının gerekçesini göstermektedir. Kısaca sağlık, hasta olmamak şeklinde tanımlanabilirse de, bu tanım yetersizdir ve hastalığın nasıl algılandığına bağlıdır. Oysa hastalığın tanımı da, en az sağlığın tanımı kadar belirsizlikler içermektedir.

Hasta olma durumunun algılanması, kişiden kişiye ve toplumdaki topluma farklılık gösterebilmektedir. Kişi; ağrı, acı olmayan bir durumda kendini sağlıklı hissedebilirken, bu kişiyi muayene eden hekim hastalık olduğuna karar verebilir veya bunun tersi de her zaman olabilmektedir. Bu nedenle hastalık ve sağlık arasında kesin bir çizginin varlığından söz edemeyiz.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/World Health Organisation-WHO) tarafından yapılan tanımda hastalık aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

“Hastalık, organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle dengesinin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durumdur.”

⁹ TUNCEL, Nur, ŞANLI, Türkan ve PEKER, Müeyyet; Halk Sağlığı Hemşireliği, (Editör: Naci Güçhan), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:568, Eskişehir, 1993, s.4.

Bu tanım hastalığın yalnızca biyolojik bir olay olmadığını, aynı zamanda psikolojik ve sosyo-ekonomik bir sorun olduğunu vurgulamaktadır. DSÖ tarafından, hastalık tanımına benzer bir anlayışla yapılan sağlığın tanımı da, konunun ruhsal ve toplumsal yönüne dikkat çekmektedir. **DSÖ'nün, genel kabul gören tanımına göre sağlık;**

“bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri bakımından bir bütün olarak iyi olma durumudur”¹⁰.

Bu tanım benzer şekilde Türk sağlık mevzuatına da girmiştir. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”a göre **sağlık,**

“yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.”¹¹

Sağlık ile ilgilenen herkesin, özellikle yöneticilerin, bu tanımlamayı bütün boyutlarıyla kavraması gerekir. Tanımlamanın en ilginç yönü de, sağlığın sosyal iyilik haline bağlı olarak yapılmasıdır¹². Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi sağlık; hastalık, sakatlık gibi durumlar yanında ruhsal ve toplumsal rahatsızlıkların da olmamasına bağlıdır.

Esas olarak hastalık, ağrı ve rahatsızlıkla birlikte kişinin kendini nasıl gördüğünü ve saygınlığını da etkileyen yoğun bir kişisel ve sübjektif deneyimdir. Hastalığın, hastanın rolünü yerine getirememesi ögesine “işlevsel”, diğer etkilere ise “duygusal” tanımı getirilebilir. Sağlık sistemleri hastalığın her iki yönüyle de baş etmek üzere kurulmuştur. Buna karşılık, toplumlar, daha çok hastalığın işlevsel yönüyle; kişiler ise, duygusal yönüyle ilgilidir¹³.

Hastalık ve sağlığa ilişkin bu tanımlar göstermektedir ki, bir kişiyi tümüyle sağlıklı veya tümüyle hasta olarak tanımlamak pek mümkün değildir. Bu nedenle son yıllarda,

¹⁰ WHO; Official Record, No:2, Geneva, 1948, s. 100.

¹¹ RESMÎ; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, Tarih: 5. 1.1961, Sayı: 224, (RG. T/S: 12.1.1961/10705), Madde: 2.

¹² FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara, 1985, s. 1.

¹³ FIELD, Mark G.; “Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”, Çeviren: Ömer TARIM, Toplum ve Hekim, Aralık 1991, s. 30.

sağlık ve hastalığa ilişkin belli ağırlıkların verildiği bir çizelge şeklindeki tanımlar daha sıklıkla kullanılmaktadır.

Çizelge şeklinde tanımlarda, kişinin sağlığının en yüksek düzeyden en düşük düzeye doğru uzanan bir çizelge üzerinde bulunduğu göz önünde tutularak, günlük yaşam faaliyetlerinin sürdürülebilmesi ve çalışma yeteneği ile sağlığı arasında bir orantının varlığı kabul edilmiştir. Çizelgenin bir ucunda tam sağlık durumu ve buna bağlı olarak kendini iyi hissetme, işlevsel yeteneğin tam olması yer alırken; öbür uçta hastalık ve buna bağlı olarak kendini hasta hissetme, işlevsel yeteneğin azalması ve nihayet ölüm hali bulunmaktadır¹⁴. Bu tanımlama dikkate alındığında sağlık, kişinin söz konusu çizelge üzerinde pozitif uca ne kadar yakın olduğuna bağlı olmaktadır. Bu nedenle de sağlık hizmetleri; kişiyi, bulunduğu konumdan çizelgenin pozitif ucuna doğru kaydırmayı hedeflemektedir. Dolayısıyla mevcut durum ne olursa olsun sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla “sürekli sağlık hizmeti tüketimi” söz konusu olmaktadır.

Son olarak verilen çizelge şeklindeki tanım, sağlığı daha çok bireysel açıdan ele almaktadır. Oysa yukarıda verilen DSÖ'nün sağlık tanımından da anlaşılacağı gibi sağlık, yalnızca bireysel bir sorun değil aynı zamanda toplumsal bir olgudur. Konunun bireysel boyutu daha çok tıp bilimini ilgilendirmektedir. Bizim çalışmamızda ise, esas olarak sağlığın toplumsal boyutu önem taşımaktadır. DSÖ tarafından yapılan ve genel kabul gören tanımdaki “....toplumsal yönden tam bir iyilik durumu....” ifadesinde, sağlığın yalnızca bireysel bir sorun olmadığı, aynı zamanda toplum bütününe ve toplumdaki kaynaklanan etkileşimin de dikkate alınması gereği açıktır.

Ayrıca, sağlık sektörünün konumuz açısından önem taşıyan bir başka özelliği de, sosyal ve ekonomik gelişmeyle olan yakın ilgisidir. Toplumsal gelişme, ancak sağlıklı bireylerden oluşan toplumlarda gerçekleştirilebilir. Sağlıklı olmayan bireylerin ekonomik faaliyetlere etkin bir şekilde katılmaları beklenemez.

¹⁴ TUNCEL, N.; ŞANLI, T. ve PEKER, M.; Halk Sağlığı Hemşireliği, age., s. 3.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK KURULUŞLARI

Sağlık sektörü tarafından yerine getirilen hizmetler, büyük bir çeşitliliğe, öncelik ve öneme sahiptir. Normal koşullarda her insan, bir ebinin veya doktorun hizmetiyle Dünyaya gelmekte; düzenli olmasa da, yaşadığı sürece belli aralıklarla sağlık hizmetlerinden yararlanmakta; ölüm anında da bir sağlık çalışanından ilgi beklenmektedir. Bir başka ifadeyle, doğumdan, hatta doğum öncesinden itibaren, ölüme kadar sağlık hizmetlerinden yararlanma söz konusudur. Dolayısıyla insan hayatının hemen her anında yararlandığı sağlık hizmetlerinin çok çeşitli alanlara yayılması kaçınılmazdır.

Sağlık hizmetlerindeki bu çeşitliliği ifade edecek tanım, 224 sayılı yasayla Türk sağlık mevzuatına girmiştir. Bu tanıma göre **sağlık hizmetleri**;

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler.

olarak kabul edilmiştir¹⁵. Bu tanım, DSÖ Anayasasında yer alan sağlık hizmetleri tanımıyla benzer kapsamdadır. DSÖ'nün tanımına göre;

“İnsan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi (preventive medicine), hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi (curative medicine), bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım (rehabilitation, readaptation) çalışmalarının tümüne”

sağlık hizmetleri denilmektedir¹⁶.

Tanımdan da anlaşılacağı gibi, sağlık hizmeti doğrudan hastalara sunulan bir hizmet olmakla kalmayıp, “insan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması” amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır.

¹⁵ RESMİ; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, agm., Madde: 2.

¹⁶ TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Cilt: I-II, İstanbul, 1992, s. 352.

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların bedensel, akılsal, sosyal bütünlüklerine zarar veren faktörlerin yok edilmesi, bütünlüğün korunup geliştirilmesi ve sağlam/hasta bireylerin tıbbi kontrolleri sonucu erken tanı ve tedavileri ile bütünlüğü azalanların yeterli duruma getirilmesi için gösterilen çabaların tümüdür. Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetleri, bilgi, beceri, yetki ve sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayan ve aynı amaç için birlikte çalışan sağlık elemanlarının sunduğu hizmetlerin toplamıdır¹⁷.

Yukarıda verilen her üç tanımdan da görüleceği gibi, sağlık hizmetleri “**koruyucu sağlık hizmetleri**”, “**tedavi edici sağlık hizmetleri**” ve “**rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri**” olmak üzere üç temel hizmet türünden oluşur. Bunlardan birincisi, kişilerin hasta olmamalarını sağlamaya yöneliktir. Buna karşılık bazı bireylerin hasta olmalarının önüne geçilemez. Bu durumda da, kişi tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanır. Hastalık veya kaza sonucunda yetenek kaybı söz konusu olursa, bu bireyler de söz konusu yeteneklerini yeniden kazanmak veya kaybı en azda tutmak amacıyla rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanırlar.

Aşağıdaki şekil, bu üç ana sağlık hizmet türünün neleri kapsadığını göstermektedir. Buna göre koruyucu sağlık hizmetlerini kişiye ve çevreye yönelik olarak iki farklı grupta değerlendirmek mümkündür. **Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri** aile planlaması, kişisel hijyen, bağışıklama (bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama), sağlık eğitimi, yeterli beslenme, ilaçla koruma ve erken tanı olarak sıralanabilir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensupları tarafından yerine getirilir¹⁸.

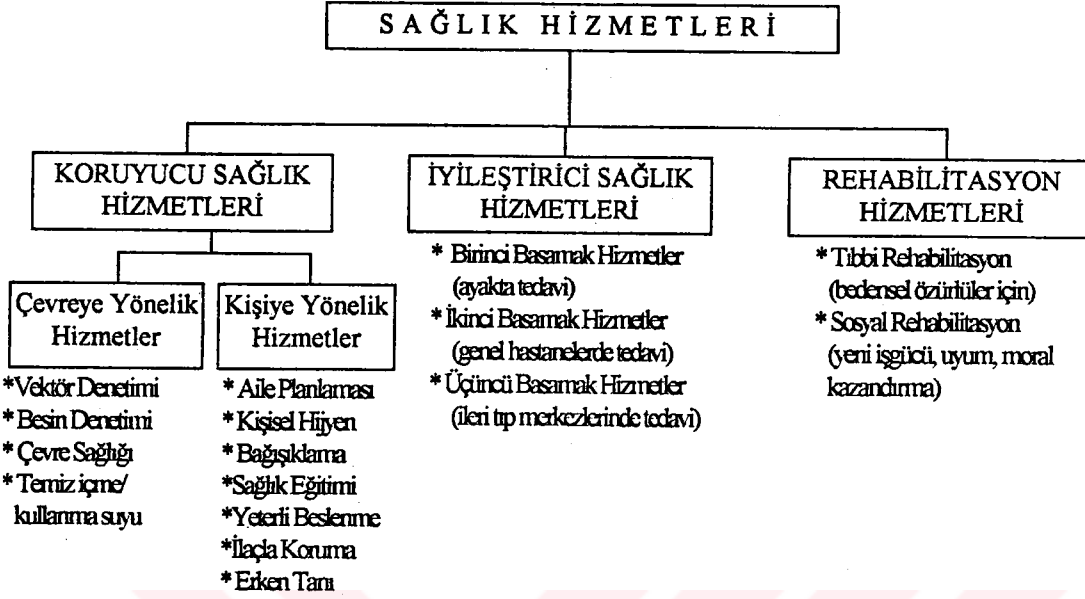
Çevre sağlığı hizmetleri de denilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise “vektör”¹⁹denetimi, besin denetimi, çevre sağlığı, temiz içme ve kullanma suyu temini, katı ve sıvı atık denetimi gibi konulardan oluşur. Çevreye yönelik sağlık

¹⁷ TUNCEL, N.; ŞANLI, T. ve PEKER, M.; Halk Sağlığı Hemşireliği, age., s. 13.

¹⁸ FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 5.

¹⁹ Bulaşıcı hastalıklara yol açan taşıyıcı canlılar. Sıtma için sivrisinek, bağırsak hastalıkları için karasinek gibi.

hizmetleri bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülür²⁰.



ŞEKİL 1: SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ

KAYNAK: TUNCEL, Nur; ŞANLI, Türkan ve PEKER, Müeyyet; *Halk Sağlığı Hemşireliği*, (Ed.: N. GÜÇHAN), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 568, Eskişehir, 1993, s. 14.

Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri uygulanan tedavinin yöntemine ve uygulama yerine göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak üç grupta ele alınır. Birinci basamak tedavi, hastanın ilk başvurduğu sağlık personeli tarafından evde veya yataksız sağlık kurumlarında (sağlık ocakları, dispanserler vb.) ayakta uygulanan tedavidir. İkinci basamak tedavi, ayaktan tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda hastane ortamında yatarak uygulanan tedavidir. Üçüncü basamak tedavi ise gelişmiş tıp teknolojisinin kullanıldığı tıp merkezlerinde ve özeldal hastanelerinde (göğüs hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri vb. sağlık kurumlarında) uygulanan tedavidir.

Tedavi hizmetleri bazı sınıflandırmalarda dört basamağa ayrılmaktadır. Bu sınıflandırmalarda hastanın, ev ilaçları veya eczaneden alınan ilaçlarla kendisi veya

²⁰ FİŞEK, Nusret H.; *Halk Sağlığına Giriş*, age., s. 5.

yakınları tarafından tedavisini ifade etmek üzere “kendi kendine bakım (self care)”, tedavi hizmetlerinin bir basamağı olarak değerlendirilmektedir²¹.

Rehabilitasyon hizmetleri ise bedensel özürlüler için hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan “tıbbi rehabilitasyon”; işe uyum vb. için sosyal çalışmacılar tarafından yapılan “sosyal rehabilitasyon” olarak iki ana grupta ele alınmaktadır²². Rehabilitasyon hizmetleri diğer sağlık hizmetlerine göre daha uzun süreyi almaktadır.

Yukarıdaki açıklamalardan anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri oldukça geniş bir yelpazeye yayılmış bulunmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık kurumlarında da büyük bir çeşitlilik söz konusudur.

Genel olarak sağlık kuruluşları boyutuyla sektöre bakıldığında ilk dikkati çeken nokta, sektörde hem kamu, hem özel kesimin faaliyette bulunuyor olmasıdır. Özel sağlık kuruluşları, rahatlıkla fiyatlandırmanın yapılabildiği tedavi hizmetlerinde ve yeterli talebin bulunduğu kentsel bölgelerde yoğunlaşmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde yoğun olarak dışsal fayda söz konusudur ve bedel ödemediği için bu hizmeti satın almayan bireylerin, hizmetten faydalanmasını engellemek genellikle mümkün değildir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma sorunu bulunmakta ve bu nitelikleri nedeniyle kamusal hizmet niteliği ağır basmaktadır. Dolayısıyla bu tür hizmetlerin genel bütçeden finanse edilmesi ve kamu eliyle sunulması gerekmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu özelliğine karşılık, tedavi hizmetleri dışsallığın sınırlı olduğu bir alandır ve kâr amacındaki özel sağlık kuruluşları tarafından hizmet sunulması mümkündür.

Bunun yanında, ülkenin her tarafına sağlık hizmeti götürme hedefi, özel kesime ait sağlık kuruluşlarının kâr amacıyla örtüşmemektedir. Bu nedenle yeterli talebin olmadığı yerlerde özel sağlık kuruluşlarının faaliyette bulunması beklenemez. Dolayısıyla nüfus yoğunluğunun ve gelir düzeyinin düşük olduğu bölgelerde hizmet, kamusal sağlık kuruluşları eliyle sunulmaktadır.

²¹ FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 6.

Sağlık hizmetlerinde özel işletmeler de faaliyette bulunmakla birlikte, bu alan yoğun olarak kamu denetimindedir. Devlet, özel sağlık kuruluşlarının egemen olduğu ülkelerde dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin denetimini yapmak zorundadır ve bu denetim bütün ülkelerde sağlık bakanlıklarının yetkisi altındadır.

Kamu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine baktığımızda başlıca iki örgütlenme şeklinin bulunduğunu görmekteyiz. Bunlardan birincisi her önemli sağlık sorununun çözümü için farklı bir örgütün oluşturulduğu “dikey örgütlenme modeli”, ikincisi nüfus esasına dayalı ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi hizmetlerinin birlikte sunulduğu “yatay örgütlenme modeli”dir.

Dördüncü bölümde, sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi sırasında ele alınacağı gibi Türkiye’de kamu sağlık örgütlenmesinde bu iki model birlikte geçerlidir. Birinci tip örgütlenme modeli, Cumhuriyetin kuruluşunda benimsenmiş; ikinci tip örgütlenme modeli ise 1963 yılında başlatılan “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” programında benimsenmiştir. Sıtma Savaş Teşkilatı, Verem Savaş Dispanseri gibi sağlık kuruluşları dikey örgütlenmenin örneklerini oluştururken, yatay örgütlenme modelinde sağlık evleri ve sağlık ocakları esas alınmış, buralardan sevk edilen hastaların tedavisinin sağlık merkezlerinde ve gerekli olduğunda gelişmiş hastanelerde tedavisi yöntemi benimsenmiştir. Günümüzde bu iki tip örgütlenme modeli de sürdürülmektedir.

Sonuç olarak, sağlık sektörü kapsamının gerek hizmet, gerekse kuruluş bazında birçok alt sektörden oluştuğunu söyleyebiliriz. Ülkedeki hastaneler, sağlık ocakları, finansman kuruluşları gibi farklı kuruluş tiplerinin her biri sağlık sektörünün alt sektörleridir.

1.4. SİSTEM OLARAK SAĞLIK SEKTÖRÜ

Birbiriyle ilişkili olan çok sayıda alt sektörü kapsamı nedeniyle, sağlık sektörünün “SİSTEM” olarak nitelendirilmesi daha doğru olacaktır. Bu düşünceyle aşağıdaki açıklamalarımızda, genel olarak bütün sağlık sektörünü ifade etmek üzere “sağlık sistemi” kavramının kullanılması tercih edilmiştir. Zira, yukarıdaki açıklamalarda

²² FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, age.. s. 6.

değınildiği gibi, sağlık hizmetleri; kişilerin hastalıklardan korunmasını sağlayan aşılama hizmetlerinden, hastalıklarının iyileştirilmesini sağlayan tedavi hizmetlerine, tedavi sonrasında uyum sağlamayı amaçlayan rehabilitasyon hizmetlerine kadar birçok hizmeti ifade etmektedir. Ayrıca, tedavi sırasında kullanılan ilaçların üretiminden tıbbi malzeme üretimine; tüketilen gıda maddelerinin kontrolünden çevre sağlığı hizmetlerine kadar birçok alt sektör, sunulan sağlık hizmetini ve toplumun sağlık düzeyini yakından ilgilendirmekte; hizmetin sunum şeklinden hizmetin finansmanına kadar birçok fonksiyon ve organizasyon sağlık hizmetinin başarısını etkilemektedir.

Böylesine geniş bir kapsama sahip olan sağlık sektöründeki faaliyetlerin, bir sistem bütünlüğü içinde ele alınması gerekmektedir. Toplumun sağlık düzeyini yakından ilgilendiren organizasyonların çokluğu ve birbirleriyle ilişkileri dikkate alındığında, sistem bütünlüğü olmadan yapılacak değerlendirmelerin, kısmi değerlendirme düzeyini aşamayacağı açıkça ortaya çıkmaktadır.

Çok genel olarak sistem, “birbiriyle bağlantılı parçaların oluşturduğu bütün” olarak tanımlanmaktadır. Bütünü oluşturan parçalar, sistemin elemanları olarak görülmektedir. Bu elemanlar yani parçalar, birbiriyle doğrudan veya dolaylı ilişki içinde bulunmaktadır²³. Dolayısıyla sistem, birbiriyle işlevsel ilişki içinde olan; bütünü, parçaların toplamından farklı olan; daha alt düzeydeki organizasyonların belli bir amacın gerçekleştirilmesine yönelik olarak oluşturduğu bir üst organizasyondur.

Sağlık sistemi kavramıyla da, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, hizmetin kapsamı, sağlık insangücünün eğitimi, sağlık mevzuatı, sağlık politikalarının belirlenmesi gibi konularda ülkede var olan organizasyon bütünü ifade edilmektedir. Bir başka tanımla sağlık sistemi, “konuyla ilgili bütün resmi çabaları; personel ve kurumları; ekonomik kaynakları; araştırma çalışmalarını; devlet veya toplumun hastalıkların, erken ölümlerin, sakatlıkların önlenmesine ve diğer sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin çabalarını içine alan” genel bir deyimdir²⁴.

²³ ERKAN, Hüsnü; Sosyal Piyasa Ekonomisi-Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması, İzmir, 1987, s. 5.

²⁴ FIELD, Mark G.; “Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”. age., ss. 29-30.

Dünyadaki 150'yi aşkın ülkenin her biri belli noktalarda bazı farklılıklar içeren sağlık sistemlerine sahiptir. Bu nedenle her bir uygulamayı farklı bir sağlık sistemi olarak ele almak mümkünse de, bunun pratik bir yöntem olmayacağı açıktır. Bu nedenle söz konusu sistemler, farkları ve benzerliklerine göre gruplandırılmaktadır. İlgili literatürde bu gruplandırma birçok farklı ölçüte göre yapılmaktadır.

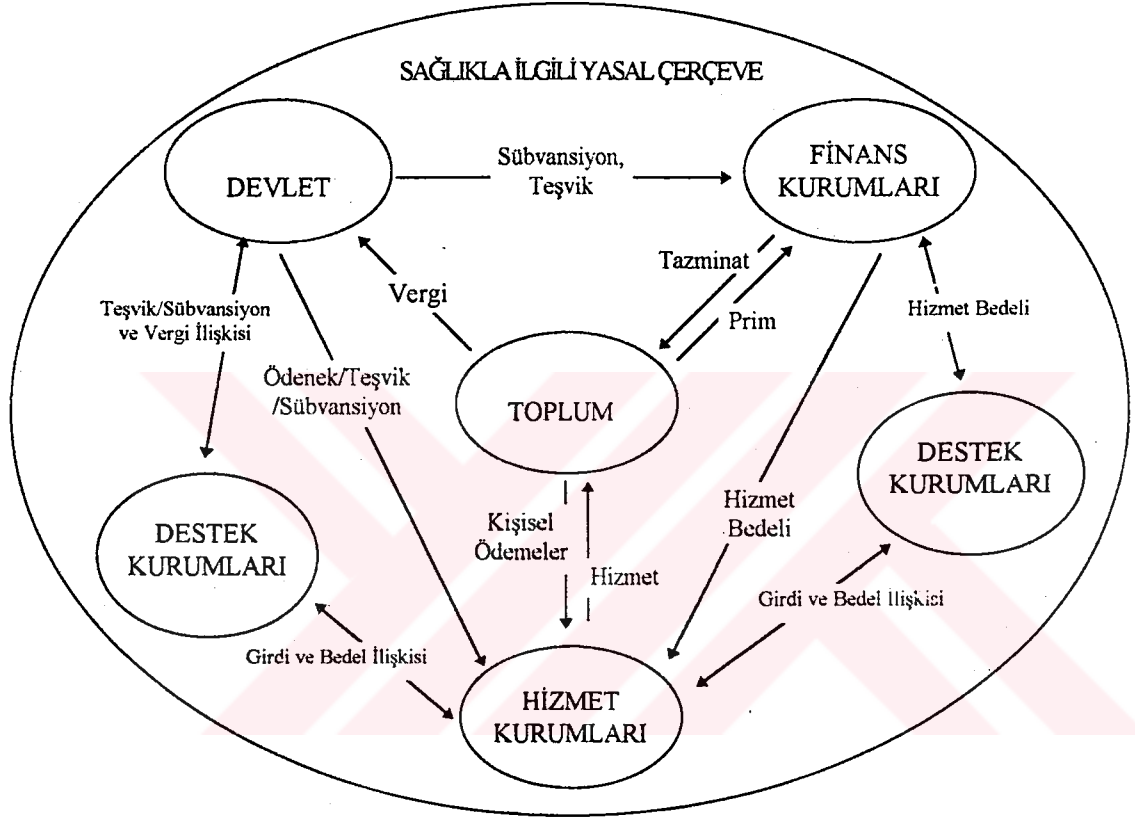
Farklı sağlık sistemlerini belli özelliklerine göre bir skala üzerine yerleştirmek gerekirse, bir uçta sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa koşullarında üretilip topluma sunulduğu ve hizmetin piyasa koşullarında finanse edildiği sağlık sistemi yer alırken; diğer uçta sağlık hizmetlerinin belli bir planlama anlayışı içinde toplumun gereksinimlerine göre devlet tarafından belirlenip, sunulduğu ve finansmanının da devlet tarafından gerçekleştirildiği sağlık sistemi yer almaktadır.

Hizmet sunumu, finansman şekli, ihtiyacın belirlenmesi, sağlık personelinin eğitimi ve istihdamı konularında ülkelere göre farklılıklar görülmekte ve bu farklılıklar ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmaktadır. Uygulamada sıklıkla hizmet finansmanının sigorta kuruluşları (gönüllü/zorunlu ve kamu/özel sektör) tarafından sağlandığı sağlık sistemleri görülmektedir. Hizmet sunumunda ise bazı ülkelerde özel sektör veya kamu kesimi tarafından kurulup işletilen sağlık kurumları öne çıkmakta ise de, büyük çoğunlukla gerek sigorta gerekse hizmet sunumu açısından karma sağlık sistemleri görülmektedir. Örneğin, Ülkemizde zorunlu kamu sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur) aynı zamanda kamu sağlık sigortası işlevini üstlenmekte ve hizmet sunumu hem kamu kesimi hem de özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunun yanında, piyasa payı henüz küçük olmakla birlikte katılımın gönüllü olduğu özel sağlık sigortacılığı da giderek yaygınlaşmaktadır.

1.4.1. GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMİ VE İŞLEYİŞİ

Bu açıklamalar çerçevesinde, genel olarak bir sağlık sisteminin tarafları, işleyişi ve etkinliği konularını değerlendirebiliriz. Aşağıdaki şekilde, bu değerlendirmelere esas olmak üzere geliştirilmiş bir sağlık sistemi şeması verilmiştir. Genel olarak bir sağlık sisteminde toplum yani tüketiciler, hizmet kurumları, finans kurumları, destek kurumları ve devlet olmak üzere beş taraf vardır. Bu beş taraf ve aralarındaki ilişkiler, bu amaçla geliştirilmiş olan, Şekil 2'de gösterilmiştir.

Sağlık sisteminin merkezinde toplum yer almaktadır. Zira, sağlık sisteminin varlık nedeni, toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmektir. Toplum, sağlık hizmetlerini talep etmekte ve bu talep sağlık hizmet kurumları tarafından karşılanmaktadır. Bunun yanında, koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bireyler tarafından doğrudan bir sağlık hizmeti talebi olmasa da, topluma ve bireylere sağlık hizmeti sunumu söz konusu olabilmektedir.



ŞEKİL 2: GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMİ

Toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını veya talebini karşılamak üzere kamu kesimi, kâr amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar veya özel sektör tarafından kurulmuş olan **sağlık hizmet kurumları**, sağlık sisteminin ikinci önemli unsurunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmet kurumları, sundukları hizmete göre farklılaşmaktadır. Poliklinik, dispanser, hastane, laboratuvar gibi doğrudan tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumların kamu ve/veya özel kesim tarafından oluşturulmasına karşılık; genel olarak koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı, halk sağlığı laboratuvarı, çevre sağlığı birimleri gibi hizmet kurumları kamu kesimi tarafından kurulup işletilmektedir.

İster kamu kesimi, ister özel kesim tarafından kurulsun, bütün sağlık hizmet kuruluşlarının amacı sağlığı geliştirmek, halkı hastalıklardan korumak, fizik ya da mental kökenli, kronik ya da akut hastalıkları tanıyıp iyileştirmek, yaralanma ve hastalık sonucu iş yapma gücü azalan kişileri esenlendirmektir²⁵. Dolayısıyla faaliyetin sonucunda kâr elde edilmesi veya sosyal bir amacın gerçekleştirilmesi hedefleri bulunması nedeniyle farklılaşan özel ve kamu sağlık hizmet kuruluşlarında özde amaç birliği söz konusudur. Özel sektöre ait sağlık hizmet kurumları, kâr etmek için bu amacı gerçekleştirmeye çalışırken, kamu sektörüne ait sağlık hizmet kurumları sosyal fayda için bu amacı gerçekleştirmeye çalışmaktadır.

Sunulan sağlık hizmeti doğrudan bireysel talep sonucu ortaya çıkmışsa ve birey herhangi bir sağlık sigorta sistemine dahil değilse, bu durumda genellikle bu hizmetin bedeli, hizmeti talep eden kişi tarafından ödenmektedir. Buna karşılık, birçok durumda doğrudan ödeme söz konusu olmayıp, hemen hemen bütün ülkelerde özel veya kamu finans kurumları devreye girmekte ve hizmetin bedeli bu kurumlar tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılacak fon yani finansman kaynakları, finansman kurumunun kamusal veya özel olmasına bağlı olarak farklı şekillerde temin edilmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu tarafından genel bütçeden karşılanıyorsa, bu durumda sağlık hizmetleri, toplumun ödediği vergilerle finanse edilmektedir. Söz konusu finansman, gönüllü bir sağlık sigortası tarafından sağlanıyorsa bireylerin yatırdıkları primler bu kaynağı oluşturmaktadır. Buna karşılık, Ülkemizde olduğu gibi, zorunlu ve kamusal nitelikli bir sosyal güvenlik kuruluşu söz konusu ise, çalışanların ücretlerinden ve/veya işverenden yapılan kesintilerle finansman kurumunun kaynağı oluşturulmaktadır.

Gerçekleştirilen sağlık hizmetinin bedelinin ödenmesi konusunda, her sağlık sisteminde bir diğerinden farklı olan çok çeşitli ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu çeşitli ödeme yöntemlerinden biri tercih edilebileceği gibi, bu yöntemlerden birkaçının kullanıldığı karma ödeme sistemleri de söz konusu olabilmektedir. Örneğin sağlık

²⁵ EREN, Nevzat; "Sağlık Hizmetleri, Planlama ve Örgütlenmeye İlişkin Genel Yaklaşım Yöntemleri". Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni. Yıl:2, Sayı:17, ss. 13-14.

hizmetlerinin sigorta kapsamında yürütüldüğü sistemlerde, finansman kurumu hizmet bedelini doğrudan hizmeti sunan kuruma ödeyebildiği gibi, sigortalının kendisine de ödeme yapılabilmektedir. Bunun yanında Ülkemizde SSK örneğinde olduğu gibi, sağlık finansman kurumunun kendi sigortalılarına sunulacak sağlık hizmetini kendisinin üretmesi de söz konusu olabilmektedir.

Sağlık sistemi içinde doğrudan yer alan **devletin işlevi** ise yalnızca ilgili yasal çerçeveyi düzenlemekle sınırlı değildir. Devlet, aynı zamanda denetleyici olarak sistemde aktif rol almaktadır. Zira, gerek sağlık kurumlarının gerekse sağlık personelinin gerekli lisansı almadan bu sektörde faaliyette bulunması olanaksızdır. Bu nedenle devletin denetleyiciliği özel önem taşımaktadır. Bununla birlikte, sağlık sisteminde devletin belirleyiciliği, ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin piyasa mantığıyla yürütüldüğü ABD’de, devletin ağırlığı minimum düzeyde iken “ulusal sağlık sistemi”nin yürürlükte olduğu İngiltere gibi ülkelerde, devletin önemli bir belirleyiciliği bulunmaktadır.

Öte yandan, Ülkemizde olduğu gibi, birçok sağlık sisteminde devlet doğrudan sağlık hizmeti sunan birimleri kurmakta, bunları işletmekte ve gerekli sağlık personelinin istihdam etmektedir. Bu durum, özellikle sosyal yönelimli devletler için geçerli olmakla birlikte, sağlık hizmetlerini tümüyle piyasanın işleyişine bırakan sağlık sistemlerinde bile, en azından koruyucu sağlık hizmeti doğrudan devlet kurumları eliyle yürütülmektedir. Bu çerçevede denilebilir ki, hangi tip sağlık sistemi benimsenmiş olursa olsun, devlet her ülkede sağlık sektöründe yer almaktadır. Zira, koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetleri yarı kamusal niteliktedir ve devlet toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedefine kayıtsız kalamaz.

Ayrıca, devlet, toplumdan aldığı vergilerle oluşturulan bütçe kaynaklarından kamu sağlık kurumlarına ödenek aktarmakta, özel sağlık kurumlarına teşvikler vermektedir. Benzer şekilde, finans kurumları ile devlet arasında da kaynak aktarımı ilişkisi mevcuttur. Bu ilişki, özellikle Ülkemizdeki gibi, ağırlıklı olarak kamusal nitelikli sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık hizmetlerinin finansmanını üstlendiği sistemlerde daha belirgindir. Devlet en azından, diğer kamu hizmetleri için istihdam ettiği personelin işvereni olarak sosyal güvenlik kuruluşlarına sağlık primi yatırmak zorundadır. Bunun

ötesinde birçok ülkede devlet, sosyal güvenlik kuruluşlarına, üçüncü taraf olarak, belli bir prim yatırmaktadır.

Sağlık sisteminde yer alan bir diğer temel taraf ise, sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok önemli işlevler üstlenmiş olan **destek kurumlarıdır**. Destek kurumları, doğrudan sağlık hizmeti sunmamakla birlikte, sundukları mal ve hizmetlerle sağlık hizmetinin üretimine katkıda bulunmaktadır. Destek kurumları, ilaç endüstrisinden tıbbi malzeme ve cihaz üreten kuruluşlara kadar birçok işletmeden oluşmaktadır. Bu kuruluşların ürettiği sağlık gereçleri genellikle doğrudan tüketime konu olmamakta, sağlık hizmetinin sunumu sırasında sağlık personeli tarafından veya hekimin önerisi üzerine hasta tarafından tüketilmektedir. Dolayısıyla bu grupta yer alan işletmelere yönelik talep, türev talep niteliğini taşımaktadır.

Bir ülkedeki sağlık sistemini oluşturan taraflar arasındaki ilişkiler, **sağlıkla ilgili yasal/geleneksel kurallar bütünü** olarak isimlendirilebilecek; sağlıkla ilgili yasal düzenlemeler, kurallar, tıp ahlakı, gelenekler, toplumun sosyal ve kültürel değerleri toplumsal alışkanlıklar tarafından oluşturulan kurallar bütünü çerçevesinde gelişir. Bu çerçevenin yasal düzenlemeleri, yani yazılı kurallar, görelî olarak daha kısa sürede değiştirilip yenilenebilirken, yazısız kurallar daha uzun sürede oluşur ve kısa sürede değişmez. Dolayısıyla birbirinin aynı kurumsal yapıya sahip ülkeler arasında bile toplumsal değerler açısından var olan farklılıklar nedeniyle, farklı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Sağlık sistemlerini şekillendiren önemli unsurlardan birinin de, **ülkelerin** sahip oldukları **ekonomik zenginlik düzeyleri** olduğunu ifade edebiliriz. Bununla birlikte yukarıda değinildiği gibi toplumsal değerler vb. farklılıklar nedeniyle ekonomik kalkınma sürecinde benzer konumda bulunan ülkelerin sahip oldukları sağlık sistemleri arasında farklılıklar olabileceği gibi, bu sistemlerin sonuçları, yani toplumların sağlık düzeyleri arasında farklılıklar olması da doğaldır. Ancak bu farklılıkların ekonomik kalkınma ile toplumsal sağlık düzeyi arasındaki aynı yönlü fonksiyonel ilişkiyi ortadan kaldıracak boyutlarda değildir.

Öte yandan, ekonomik zenginliğin belli bir eşik değerinden sonra, toplumların sağlık göstergeleri arasındaki farklar azalmaktadır. Bu durum, günümüzün tıp bilimi ve

tıp teknolojisine bağımlı olarak, sağlık hizmetlerinin belli bir düzeyden sonra insan sağlığı üzerindeki olumlu etkisinin sınırlı kaldığını göstermektedir²⁶.

Kapsamı ve büyüklüğü açısından ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, kâr amacı gütmeyen **gönüllü kuruluşlar** da sağlık sisteminde önemli bir yer tutabilmektedir. Bu tür kuruluşlar özellikle toplumsal nitelikli sağlık sorunlarıyla ilgilenmekte; ödeme gücü olmayanlara ücretsiz sağlık hizmeti sunmak üzere hastane, dispanser vb. kurmakta veya kurulmuş bulunanların ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmakta; yardıma muhtaç kişilerin çeşitli sağlık kurumlarında yapılan tedavilerinin giderlerini üstlenmektedirler. Toplumsal sorumluluk duygusunun getirdiğı bu tür faaliyetlerin Türkiye sağlık tarihinde çok önemli rolü vardır. Bazıları, hâlâ yaşayan vakıf hastaneleri, bunun en belirgin örnekleridir.

1.4.2. SAĞLIK SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ VE BAŞARISI

Bir ülkedeki sağlık sisteminin etkin olup olmadığının değerlendirilmesi, sistemin amaçlarına ulaşma düzeyinin tesbitiyle mümkündür. Bu nedenle sağlık sistemlerinde varolan amaçların gözden geçirilmesi faydalı olacaktır. Sağlık sisteminin amaçları genel olarak aşağıdaki gibi özetlenebilir²⁷:

- Erken ölümü önleyerek, yaşam süresini uzatmak.
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca geciktirilmesi.
- Hastalığın ve sakatlığın mümkün olduğunca azaltılması.
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi.
- Direncin artırılarak, sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması.
- Çevre ile ilişkilerde yüksek tatmine ulaşılması.
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili eğitimi ve araştırma yapılması.

Bütün bu amaçları bir cümle ile özetlemek gerekirse, “**bir ülkedeki sağlık sisteminin temel amacı, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir**”. Bu amaca

²⁶ ALPUGAN, Oktay; “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, age., s. 153.

²⁷ ÖZKUL, Ali Ekrem; Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü, (Editör: Hikmet SEÇİM), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 819, Eskişehir, ss. 10-11.

ulaşılıp ulaşılmadığı ise, sağlık alanında uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan ölçütler açısından ülkedeki durumun ve gelişimin tesbit edilmesiyle mümkündür.

Tek başına toplumun sağlık düzeyinin göstergesi olarak kullanılacak bir kriter mevcut değildir. Bununla birlikte “bebek ölüm hızı” ve “beş yaş altı ölüm oranı”, uluslararası karşılaştırmalarda en sık kullanılan güvenilir ölçütler arasındadır. Ülkelerin sağlık konumları ve dolayısıyla sağlık sistemlerinin başarısı hakkında bilgi verebilecek başlıca göstergeler üç büyük grupta toplanabilmektedir²⁸:

- Kişiyeye özgü, yaşamsal istatistiklerle ilgili ölçütler.
- Çevreyeye özgü etmenlerle ilgili ölçütler.
- Sağlık hizmetlerinin niteliğini gösteren ölçütler.

Birinci grupta yer alan kişiyeye özgü yaşamsal istatistiklerden en sık kullanılanları “bebek ölüm hızı”, “anne ölüm hızı”, “beş yaş altı ölüm oranı”, “ortalama yaşam süresi”, “beklenen yaşam umudu”, “ölü doğum oranı”, “sık rastlanılan hastalıklarda ölüm oranları” gibi göstergelerdir. Bu göstergeler görece olarak daha homojen yapıdadır. Ayrıca, bu gruptaki ölçütler de; doğurganlık ölçütleri, hastalık (morbidite) ölçütleri, ölüm (mortalite) ölçütleri olmak üzere üç önemli gruba ayrılır²⁹: İkinci grupta yer alan, çevreyeye yönelik sağlık istatistiklerinde ise artırılmış su kullanan veya sağlıklı konutlarda oturan nüfus oranı gibi göstergeler kullanılırken; sağlık hizmetlerinin niteliğini, kaliteden çok kantiteye dayalı olarak gösteren istatistiklerin başında “hekim başına düşen nüfus”, “yatak başına düşen nüfus”, “hastanelerde ortalama yatış süresi” gibi göstergeler gelmektedir.

Kuşkusuz sağlık sistemlerinin başarısını bu tür rasyolarla değerlendirebilmek için, o ülkede sağlık istatistiklerinin düzenli, güvenilir ve ülke genelini yansıtacak düzeyde olması gerekmektedir. Sağlık istatistiklerinin düzenliliği, gelişmiş ülkelerde sağlanmış olmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerin birçoğu için düzenli istatistik bulmak hâlâ önemli bir sorundur.

²⁸ TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), age., ss. 205-229. Ayrıca, bu amaçla kullanılan sağlık göstergeleri ve içeriği hakkında daha geniş bilgi için, Bkz. TUNCEL, N.; ŞANLI, T. ve PEKER, M.; Halk Sağlığı Hemsireliği, age., ss. 41-44; BİRLEŞMİŞ MİLLETLER; Sağlık, Eğitim ve Konut'a İlişkin Sosval ve Ekonomik İstatistiklerin Entegrasyonu İçin Kavramlar ve Metodlar, DPT-Sosyal Planlama Başkanlığı, Temmuz 1991, Ankara, ss. 52-74.

²⁹ TUNCEL, N.; ŞANLI, T. ve PEKER, M.; Halk Sağlığı Hemsireliği, age., s. 42.

Sağlık hizmetleri sisteminin başarılı olması için sağlık hizmetlerinde aşağıdaki niteliklerin sağlanması gerekmektedir³⁰:

- **Kapsayıcılık-Tümelci Olma:** Sağlık hizmeti hedef toplumun tümünü kapsamına alabilmeli hizmeti herkese götürebilmelidir.
- **Elde Edilebilirlik-Ulaşılabilirlik:** Sağlık servisleri toplumun içinde ya da yakınında olmalıdır, halk ondan yararlanabileceğinin farkında olmalıdır.
- **Yeterli Nitelik:** Hem sağlık yöneticileri hem de sağlık personeli sağlık hizmetinin niteliğinin iyi olmasına özen göstermelidir. Hekimler ve diğer sağlık personeli yönünden niteliğin iyi olması eğitim, deneyim ve en son mesleki gelişmeleri izleyip uygulamaya bağlıdır.
- **Uyumlanabilirlik-İntibak Kolaylığı:** Sağlık yöneticileri kendilerini toplumsal, ekonomik ve politik değişmelere uydurabilecek canlılık içinde olmalıdır.
- **Etkili Sonucu Elde Edebilme ve Görevini Yapma Yeteneği:** Sağlık yönetimi sistemi, yasaları yapan, uygulayan yetkililerle halk arasında etkili bir hareketliliktedir.

Bu nitelikleri sağlayan bir sağlık sistemi başarılı kabul edilirken, bu değerlendirmenin zaman içinde değişebileceği de gözden uzak tutulmamalıdır. Zira, belli dönemlerde başarılı kabul edilen bir sağlık sistemi, genel ekonomik ve politik tercihlerde ya da toplumsal yönelimlerde değişim ortaya çıktığında başarısız kalabilmektedir. Burada, kuşkusuz ülkedeki sağlık sisteminin neyi amaç aldığının belirlenmesi ve bu sistemin nasıl bir toplumsal ortamda işletilmeye çalışıldığının belirlenmesi önem taşımaktadır. Örneğin, kişi başına gelir düzeyinin yüksek olduğu bir ülkede başarılı olan özel sigortacılığa dayalı bir sistem, görece olarak daha fakir bir toplumda başarılı olamayabilir.

Öte yandan, sağlık sisteminin başarılı sayılabilmesi için sağlık hizmetlerinin düzeyinin yükseltilmesi değil, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır. Bir başka ifade ile Dünyanın hiçbir yerinde yapılamayan bir ameliyatın Ülkemizde başarıyla gerçekleştirilmesi önemli olmakla birlikte bu, sağlık sisteminin başarısını değil, ilgili alanda faaliyet gösteren kurumun ve ekibin başarısını gösterir. Sağlık sisteminin başarısının göstergesi ise yukarıda değinilen uluslararası sağlık göstergeleri (örneğin bebek ölüm oranları, bağışıklama oranları vb.) açısından toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir.

³⁰ EREN. Nevzat; "Sağlık Hizmetleri, Planlama ve Örgütlenmeye İlişkin ...", age., ss. 9-10.

2. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖZELLİKLERİ

Sağlık sektörünün kendine has bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler, sağlık sektörünün diğer sektörlerden farklı bir konuma sahip olmasına yol açmakta ve bu özelliklerin sonucunda bütün ülkelerde yoğun devlet müdahalesi söz konusu olmaktadır. Sağlık sektörünün özelliklerinden bir kısmı tıp biliminin niteliklerinden; bir kısmı sağlık/hastalık olgusunun insani/duygusal boyutunun bulunmasından; bir kısmı da sağlık ile ekonomik kalkınma arasındaki yakın ilişkiden kaynaklanmaktadır.

Konuyla ilgili çalışmalarda sağlık sektörünün birçok özelliği sıralanmaktadır. Bu konuda yapılmış hemen hemen bütün çalışmalarda, sağlık sektörünün kendine özgü nitelikleri bulunduğu kabul edilmekte ve bu konuya yer verilmektedir. Gerçekten de sağlık sektörü ekonomideki diğer sektörlerden oldukça farklı özelliklere sahiptir ve bu özellikler dikkate alınmadan yapılacak değerlendirmeler yetersiz kalacaktır.

Aşağıda sağlık hizmetlerinin ve sağlık sektörünün özellikleri ele alınmıştır. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin özelliklerinin bir kısmı, yukarıda değinildiği gibi, sağlık/hastalık olgusunun insani boyutundan kaynaklanmaktadır ve bu nedenle “sağlık hizmetlerinin genel özellikleri” şeklinde bir alt başlık halinde ele alınması uygun olacaktır. Bunun ötesinde, sağlık sektörünü ekonomik bakış açısıyla ele aldığımızda, bu sektörün arz ve talep olarak birbirini tamamlayan iki boyutu olduğu açıktır. Bu iki boyutun kendine özgü nitelikleri de ayrı ayrı ele alınmıştır.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri, sağlık hakkının temel insan haklarından biri olması; sağlığın uluslararası bir sorun olması; sağlık harcamalarının beşeri sermaye yatırımı niteliğine sahip olması; sağlık hizmetlerinin kamusal hizmet niteliğinde olması; sağlık hizmetleri piyasasında bilginin asimetrik olması şeklinde sıralanabilir. Bu özellikler aşağıda ayrı ayrı ele alınmıştır.

2.1.1. SAĞLIK HAKKI, TEMEL İNSAN HAKLARINDAN BİRİDİR

Sağlıklılık temel insan haklarından biridir. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. Maddesi sağlık hakkını güvenceye almıştır³¹:

“Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için besin, giyim, barınma, tıbbi bakım ve gerekli sosyal servisleri içeren uygun yaşama standardına ulaşma (...) hakkı vardır.”

İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde yer alan bu ifadenin dışında, DSÖ Anayasasında da sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ifadesi yer almıştır³²:

“İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir.”

Sağlık hakkının korunması ve sağlık hizmetlerinden her vatandaşın eşit yararlanması hedefi, 1961 Anayasası ile Türk hukuk sisteminde de yerini almıştır. 1961 Anayasasının 49. Maddesi;

“devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.”

hükmünü getirmekte; ayrıca, 1961 Anayasasının yapıldığı ortamda hazırlanan, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un 1. maddesinde de aynı anlayış görülmektedir. Anılan kanunun birinci maddesinde;

“İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak...”

ifadesi yer almaktadır. 1982 Anayasası'nın 56. Maddesinde de;

³¹ TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), age., s. 15'de UNICEF; Universal Declaration of Human Rights, Department of Public Information, 10 Decembre 1948'den aktarıyor.

³² FİŞEK, Nusret; “Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası”, Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, Yıl:2, Sayı:17, s. 19.

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.”

denilerek sağlık hakkının herkesin yararlanacağı bir hak olduğu vurgulanmaktadır.

Görüldüğü gibi gerek uluslararası metinler, gerekse Türk hukuk sistemindeki önemli metinler, sağlık hakkının temel bir insan hakkı olduğunu benimsemektedir. Bununla birlikte, son yıllarda Ülkemiz ekonomik ve sosyal politikalarında temel hedeflerden biri halinde olan “serbest piyasa ekonomisine işlerlik kazandırılması”, ve “devletin küçültülmesi” anlayışıyla, sağlık hakkının yeterince dikkate alınmadığı şeklindeki eleştiriler yoğunlaşmıştır. 1987 yılında sağlık hizmetleriyle ilgili genel esasları belirlemek amacıyla hazırlanıp kabul edilen 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nda sağlık hakkından hiç bahsedilmemesi bu durumun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

2.1.2. SAĞLIK ULUSLARARASI BİR SORUNDUR

Sağlık hizmetlerinin, özellikle temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, Dünya toplumu tarafından ortak bir sorun olarak algılanmaktadır. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren sağlıkla ilgili uluslararası toplantıların yapılması, Dünya toplumundaki bu anlayışın ürünüdür. İnsanların ülkeler arası hareketliliği nedeniyle, bulaşıcı hastalıkların kolaylıkla ülkeden ülkeye sıçraması; sağlığın, uluslararası bir sorun olarak algılanmasına ve ortak çabanın gerekliliğinin kabul edilmesine neden olmuştur.

Sağlığın uluslararası işbirliğini gerektiren bir sorun olarak algılanması, özellikle veba, kolera gibi bulaşıcı hastalıkların büyük salgınlar yapmasına dayanmaktadır. Bu salgınların ülkeden ülkeye sıçramasını önlemek için, ülkeler sağlık alanında işbirliği gereği duymuşlar ve Fransız Hükümetinin daveti üzerine 1851 yılında Paris’te ilk uluslararası toplantı yapılmıştır. 1903 yılında bu toplantıların 11’ncisinde karantina işleri için uluslararası sürekli bir örgüt kurulması önerilmiş ve bu toplantıda alınan kararlar doğrultusunda, 1907 yılında “Uluslararası Halk Sağlığı Örgütü” kurulmuştur. Uluslararası Halk Sağlığı Örgütü’nün kuruluşunu sağlayan “Roma Anlaşması”, sağlık alanında ilk uluslararası sözleşmedir³³

³³ FİŞEK, Nusret H.: Halk Sağlığına Giriş, age., s. 204.

Birleşmiş Milletler'in bir alt kuruluşu olan ve resmi olarak 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu alanda faaliyet gösteren en kapsamlı kuruluşlardandır. DSÖ'nün Genel Müdürlüğünü yapmış Dr. Mahler'in ifadesiyle DSÖ'nün birçok görevi, fakat tek bir amacı vardır: "Bütün Dünyadaki insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşmalarını sağlamak"³⁴.

Bu örgütün anayasasına göre görevleri şunlardır³⁵:

- Uluslararası sağlık hizmetlerini yönlendirme ve koordine etmek.
- Birleşmiş Milletler ve örgütleri, hükümetler, meslek grupları ve gereken diğer örgütler ile sağlık alanında işbirliği yapmak.
- İsteyen hükümetlerin sağlık idaresini güçlendirmek için teknik yardım etmek.
- Sağlık meslek mensuplarının eğitim standartlarını geliştirmek ve personel eğitimi için hükümetlere yardımda bulunmak.
- Teşhis yöntemlerini standardize etmek.
- Epidemiyoloji, istatistik ve gerekli teknik hizmetler için örgüt kurmak ve bu hizmetleri geliştirmek.
- Besinler, aşı ve serumlar, ilaçlar için uluslararası standartlar geliştirmek.
- Sağlık alanında bilimsel araştırmaları yürütmek ve geliştirmek.
- Sağlık ile ilgili konularda meslek mensuplarına ve halka yayın yapmak.

DSÖ dışında, doğrudan sağlık amaçlı olmasalar da, görevleri arasında özellikle sosyal sağlık sorunlarının çözümü bulunan birçok uluslararası kuruluş görev yapmaktadır. Bunların belli başlıları Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), Kızılhaç, Dünya Gıda Programı (WEP), Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO) olarak sayılabilir³⁶.

Sağlık sorunlarının uluslararası boyutu nedeniyle kurulan birçok örgütün yanında, uluslararası konferanslar da düzenlenmektedir. Bu konferansların en önemlilerinden biri,

³⁴ MAHLER, Halfdan; "Yarının Tıbbı ve Doktorları", Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, Yıl: 2, Sayı: 18, s.52.

³⁵ FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 207-208.

³⁶ TÜMERDEM, Yılmaz; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), age., ss. 6-10.

1978 yılında Alma Ata'da gerçekleştirilen hükümetler arası konferanstır. Daha sonra ayrıca, ele alınacak olan konferansın sonunda yayınlanan bildirinin birinci maddesinde;

“... sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının Dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.³⁷”

denilerek, sağlığın uluslararası boyutu açıkça belirtilmiştir. Ayrıca, aynı bildirinin üçüncü maddesinde;

“...insanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve Dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır³⁸.”

ifadesine yer verildikten sonra dokuzuncu maddede;

“Bütün ülkeler tüm halkı için gerekli temel sağlığı sağlamak için bir ortaklık ruhu ile işbirliği yapmalıdır. Çünkü herhangi bir ülkede insanların sağlıklı olması diğer memleketleri ve onların menfaatlerini de ilgilendirir³⁹...”

denilerek uluslararası işbirliğinin önemi vurgulanmıştır.

DSÖ ve diğer Birleşmiş Milletler örgütlerinin, özellikle gelişmekte olan ülkelerle ortaklaşa yürüttükleri uluslararası sağlık mücadelesinin en güzel örneklerinden birini, bir zamanların en fazla çocuk ölümlerine yol açan çiçek hastalığının, Dünya çapında ortadan kaldırılması oluşturmaktadır. Benzer bir işbirliği ruhu günümüzde de, çocuk felci hastalığının Dünya çapında ortadan kaldırılması için verilen mücadelede sergilenmektedir.

Uluslararası alanda gösterilen bu kararlılığa karşılık sıkıntısı çekilen en önemli sorun, söz konusu projelerin finansmanında kullanılacak ekonomik kaynakların yetersizliğidir. Dünyanın zengin sanayileşmiş ülkelerinin bu alana yeterli kaynak aktarması

³⁷ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara Hıfzıssıhha Okulu Yayını, 1980, Ankara, s. 3.

³⁸ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age., s. 3.

³⁹ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age., ss. 5-6.

yanında, gelişmekte olan ülkelerin de bu alana yerel düzeyde destek vermesi önem taşımaktadır.

2.1.3. SAĞLIK HARCAMALARI BEŞERİ SERMAYE YATIRIMIDIR

1960'lı yıllarda ekonomi literatüründe yerini alan “beşeri sermaye” kavramının gelişiminde önemli rolü olan T.W. Schultz, beşeri sermaye yatırımlarını beş kategoride ele almaktadır⁴⁰: a) sağlık hizmet ve tesisleri, b) işbaşında eğitim, c) resmi öğretim, d)özellikle tarımsal bilgiyi yayma programlarını da içine alan çalışma programları, e) birey ve ailelerin değişen iş olanaklarından yararlanabilmek için yaptıkları göçler. Schultz'un sınıflamasında birinci sırada yer aldığı gibi; sağlık hizmetleri, temel üretim faktörü olan insanın çalışma yeteneklerini geliştiren unsurlardan biri olması nedeniyle, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar genel olarak bir tüketim değil, beşeri sermayeye yapılan yatırımdır.

Harcamanın yapıldığı dönemde, sağlık için yapılan harcama doğrudan bir tüketim olarak görülebilir. Ancak sağlık harcamaları, kaybedilen çalışma yeteneğinin yeniden kazanılmasını sağladığı gibi; potansiyel yetenek kayıplarını önlemesi nedeniyle de, bir yatırım harcaması olarak değerlendirilmelidir. Örneğin bir kişinin hastalığının tedavi edilmesi, doğrudan kişinin çalışma yeteneğini yeniden kazanmasını sağlayacaktır. Buna karşılık, herhangi bir hastalık mevcut olmadığı halde yapılan genel bir sağlık taraması, doğrudan kişilerin çalışma yetenekleri üzerine olumlu katkıda bulunmayacaktır. Ancak bu sağlık taraması, ileride ortaya çıkması muhtemel hastalıkların belirlenmesini sağlayacağından, bireylerin çalışma yeteneğindeki kayıp potansiyelini ortadan kaldıracaktır. Zira, hastalıkların erken teşhisi hem tedaviyi kolaylaştırmakta, hem de yapılacak harcamayı azaltmaktadır. Bir başka ifadeyle, kişinin hastalığının tedavi edilmesi, çalışmaması nedeniyle ortaya çıkan üretim ve ücret kaybını engellemekte; buna karşılık, koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla kişinin hasta olmasının önlenmesiyle ileride ortaya çıkabilecek üretim ve ücret kayıplarını engellemektedir.

⁴⁰ SCHULTZ, Theodor W.; “Beşeri Sermayeye Yapılan Yatırımlar”, İktisadi Kalkınma Seçme Yazılar, (Çeviren: Fahir GÜRKAN), Ankara, 1966, s.414.

Sonuç olarak, gerek koruyucu sağlık hizmetleri gerek tedavi hizmetleri, beşeri kaynakların gelişimini sağlamaktadır. Beşeri kaynak gelişimi; bilginin, becerilerin ve toplumdaki kişilerin yeteneklerinin artması süreci olarak tanımlanmaktadır⁴¹. Bu tanım çerçevesinde, sağlık hizmetinin beşeri kaynak gelişimine katkısı açıkça görülmektedir. Aşağıda ayrıntılı olarak ele alındığı gibi; ekonomik kalkınma ile sağlık hizmetleri ilişkisinin hareket noktası da, sağlık hizmetlerinin beşeri sermaye yatırımı olması niteliğidir.

2.1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNEMLİ BİR BÖLÜMÜ KAMUSAL HİZMET NİTELİĞİNDEDİR

Bilindiği gibi mal ve hizmetler kamu ile ilişkileri açısından üç temel grupta incelenir: Özel mal ve hizmetler, kamusal mal ve hizmetler, yarı kamusal mal ve hizmetler. Mal ve hizmetlerin bu sınıflama içinde nerede yer aldığı söz konusu mal veya hizmetin bazı özelliklerine göre belirlenir. Bu özellikler, bedel ödemeyen bireylerin tüketimden mahrum edilememesi ve tüketicilerin birbirine rakip olup olmamaları kriterlerine göre belirlenir⁴². Bu iki kriter, dört farklı alması ortaya çıkarmaktadır. Bu alması;

- tüketimden mahrum edilememe ve tüketicilerin rakip olmaması;
- tüketimden mahrum edilememe ve tüketicilerin rakip olması;
- tüketimden mahrum edilebilme ve tüketicilerin rakip olmaması;
- tüketimden mahrum edilebilme ve tüketicilerin rakip olması durumlarıdır.

Bedel ödemeyen bireylerin tüketiminden mahrum edilebildiği ve tüketicileri birbirlerine rakip olan mal ve hizmetler "*normal özel mal*"lardır. Bu tür mal ve hizmetler piyasa koşullarında üretilirler. Bu tür mal veya hizmet tek kişiye sunulmuştur ve bireyin onu tüketmesi başka bir kimsenin tüketimine engeldir. Her türlü dayanıksız tüketim malı

⁴¹ YÜCE, Demet; "İktisadi Analizde Beşeri Sermaye Kavramı", Uludağ Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: VI, Sayı: 2, s.40'da zikredilen kaynak, HARBİSON, F. ve MYERS, C. A.; Education, Manpower and Economic Growth, Mc Graw Hill Book Co., New York, 1964, s. 2.

⁴² PESTON, Moris; Kamu Malları ve Kamu Kesimi, Akbank Macmillan İktisat Serisi, İstanbul, 1979, s. 13.

ve kişisel hizmet bu gruba girer. Tüketicilerin birbirine rakip olmadığı ve bedel ödemeyen bireylerin tüketimden mahrum edilemediği mal ve hizmetler “*tam kamu malı*” niteliğindedir. Bu tür mallar belli sayıda kişi için sunulmuşsa, herkes için sunulmuş demektir ve herhangi bir kişinin bundan yararlanması engellenemez⁴³. Bu tür mal ve hizmetler içinde en çok bilinen örnek, milli savunma hizmetidir. Diğer almasıklar, mal ve hizmetin türüne göre özel veya kamusal niteliğin ağır bastığı, ara durumları oluşturmaktadır. Örneğin eksik kapasiteyle kullanılan bir otoyolda; otoyola giriş, bilet gişeleri konulmasıyla sınırlandırılabilir durumdayken, bu otoyolda seyreden araçlar birbirlerine rakip durumda değildir. Bu gibi mal ve hizmetler “*yarı kamusal*” mal ve hizmetler olup piyasa koşullarında arz edilebilir olsalar da, belli ölçülerde kamusal düzenlemeye gereksinim duyulabilir.

Sağlık hizmetlerini, bu kriterlerin ortaya koyduğu almasıklara göre değerlendirdiğimizde özellikle çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tam kamu hizmeti niteliği taşıdığını görmekteyiz. Örneğin bir yörede sıtma ile mücadele edilmesi için sivrisineklerin yok edilmesine yönelik faaliyetleri ele alalım. İlaçlama ve/veya sivrisineklerin üremesine yol açan bir bataklıkın drenajı, belli birtakım kişilere sunulmuş hizmet değildir. Öyle olsa bile, örneğin bir uç durum olarak, bölgedeki bir tek kişinin bu faaliyeti finanse ettiğini ve bedelini ödemesi nedeniyle hizmetin yalnızca ona sunulduğunu varsayalım. Bu durum, diğer bireylerin bu hizmetten yararlanmasını engellemeyecektir. Bir başka ifadeyle, söz konusu hizmeti bir kişinin tüketimi, yöredeki herkesin tüketimi olmakta ve bir kişinin tüketimi diğerlerinin tüketimini engellememektedir. Buna göre söz konusu hizmet, tam kamusal nitelikte bir hizmettir.

Öte yandan, daha önce değinildiği gibi sağlık hizmetlerinin kapsam ve içeriği çok çeşitlidir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetinin dışında, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, örneğin aşılama hizmeti, tüketicilerin birbirine rakip olduğu bir hizmet türüdür. Ancak bu özellik, diğer bireylerin aşılama yararlanmaması anlamına gelmemektedir. Aşılama, belli bazı bireylere sunulmaktadır ve aşı miktarının sınırlı olduğu bir durumda, bir kişinin aşılama aşılama diğer bireylerin aşılama aşılama engeldir. Buna karşılık aşılama sonucu bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, aşılama hizmetini doğrudan

⁴³ PESTON, Moris; Kamu Malları ve Kamu Kesimi, age., ss. 14-16.

tüketmeyen diğer bireylere de fayda sağlamaktadır. Teknik deyimle, bir kişinin tüketimi diğer bireylere dışsal fayda sağlamaktadır.

Bu nedenle söz konusu sağlık hizmeti de, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetinden bazı farklı özellikler göstermesine karşılık kamusal bir hizmet niteliğindedir. Ayrıca, başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere, birçok hastalığın tedavisi de, benzer özellikler göstermektedir. Toplumdaki hastalık bulaşma olasılığını azaltan her türlü tedavi, kişiye özel sunulmasına karşın, kamusal nitelik taşımaktadır. Kuşkusuz tüketimin bölünebilir olması, bu hizmetin fiyatlandırılmasını ve özel birimlerce üretilmesini olanaklı kılmaktadır. Ancak bu özellik kamunun sağlık hizmetlerine kayıtsız kalmasını gerektirmez.

Bu açıklamalardan sonra, tümüyle kişiye özel estetik müdahale gibi belirli bir bölümü dışında, sağlık hizmetlerinin genel olarak kamusal bir hizmet niteliğinde olduğunu belirtebiliriz. Sağlık hizmetinin kamusal hizmet sınıfında yer almasına yol açan nitelikleri, bu hizmetlerin tümüyle piyasa mekanizmasına bırakılması durumunda etkin kaynak dağılımının sağlanmasını engeller. Bu nitelikler⁴⁴;

- i) dışsallıklar,
- ii) sosyal mallar,
- iii) oligopolleşme eğilimi ve
- iv) erdemli istekler olgularıdır.

i) Dışsallıklar: Dışsallık, kamu mal ve hizmetlerinin en bilinen gerekçesidir. Piyasa mekanizmasında tüketici, genellikle satın aldığı mal ve hizmetin dışsal etkilerini dikkate almaz ve kendi elde edeceği faydaya göre talepte bulunur. Oysa bir sağlık hizmetinin satın alınması durumunda sağlanacak toplam fayda, kişisel faydadan daha farklı olacaktır. Bu durum özellikle bulaşıcı hastalıkların tedavisinde veya aşılama, çevre sağlığının iyileştirilmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde daha belirgindir.

Söz konusu sağlık hizmetlerinin tüketilmesi durumunda, yalnız bu hizmeti tüketen kişi veya aile için değil, toplum geneline yayılan bir fayda söz konusudur. Dışsallık kavramıyla açıklanan bu olgu, toplumdaki bazı kimselerin herhangi bir bedel ödememeleri

⁴⁴ AKALIN, Güneri; Kamu Ekonomisi, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara, 1981, ss. 207-213.

durumunda bile, belli bir fayda sağlamalarını gündeme getirmektedir ki; sağlık hizmetleri piyasasına devlet müdahalesini gerektiren nedenlerden birisi bu olgudur. Zira, eğer dışsallığın düzeltilmesi için herhangi bir tedbir alınmazsa, dışsallık yaratan faaliyetin istenilmeyen bir seviyede olacağı açıktır⁴⁵. Dışsallık yaratan faaliyetlerin sosyal olarak yararlı olanları gereğinden az, sosyal olarak zararlı olanları gereğinden fazla arz edilebilir⁴⁶. Bu durumda optimal arz miktarının planlama yoluyla ve devletin piyasaya uygun bir yöntemle müdahale etmesiyle belirlenmesi gereklidir.

Sıtma ile mücadele için bataklığın kurutulması; kolera, dizanteri vb. bulaşıcı bağırsak hastalıklarının önlenmesi için içme ve kullanma suyunun klorlanması; bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için çocukların aşılması; sıtmalı, hepatitli veya AIDS'li bir hastanın tedavisi türünden, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile bulaşıcı hastalıklardaki tedavi hizmetleri, dışsallığın yoğun olduğu konulardır. Öte yandan, ilk bakışta kişiye özel gibi görünen birçok sağlık hizmetinde yukarıdaki örneklerden daha sınırlı olmakla birlikte belli bir dışsallık söz konusudur. Örneğin savaşta yaralanan bir askerin veya iş kazası geçiren bir işçinin tedavisi de belli bir toplumsallık içerdiği gibi, yaşlı bir kimsenin bakımı ve tedavisi de belli bir toplumsal fayda içermektedir. Zira, yaşlılarına iyi davranan toplumlarda sosyal huzurun ve güvenin daha fazla olacağı, gelecek kaygısının daha az olacağı ve bireylerin toplumsal değer ve kurumlara daha fazla sahip çıkacağı açıktır.

Sağlık hizmetlerinin ortaya çıkardığı dışsal ekonomilerin üç farklı biçimde olduğu ifade edilmektedir⁴⁷:

Birinci dışsal fayda argümanının ortaya koyduğu husus, sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizması tarafından sağlanması durumunda, mübadele işleminde bulunan kişiyi teşvik edecek veya yönlendirecek hiçbir mekanizmanın bulunmamasıdır. Yönlendirme mekanizmasının bulunmaması nedeniyle sağlık hizmetleri arzı optimalin altına düşebilecektir. Bunun önlenmesi kamunun müdahalesini gerektirmektedir. Bu tür dışsal faydanın en belirgin örneği, bulaşıcı hastalıkların tedavisi amacıyla sunulan hizmetlerdir.

⁴⁵ PESTON, Moris; Kamu Malları ve Kamu Kesimi, age., s. 52.

⁴⁶ YÜCE, Demet; "İktisadi Analizde Beşeri Sermaye Kavramı", age., s. 207.

Weisbord tarafından geliştirilen bir başka dışsallık argümanı ise “ihtiyari talep”tir. İnsanların kesinlikle kullanacaklarını bilmedikleri tesisler için ihtiyari talepleri mevcuttur. Örneğin, insanlar trafik kazasına uğrarlarsa, kendilerini tedavi edecek bir hastane kapasitesinin varlığını bilmeleri durumunda, bu kapasitenin devamı için bir ödemede bulunmak istemeleri mümkündür. Oysa sağlık hizmetinin piyasa mekanizmasına bırakılması durumunda, hastane sahibi tüketiciye sağladığı ihtiyari fayda dolayısıyla bir kazanç sağlayamaz. Çünkü piyasa mekanizması esas alındığında, tüketici ancak elde ettiği tedavi hizmeti karşılığında ödemede bulunur. Bu durumda ya hastanenin kapatılması ya da işletme hacminin daraltılması kaçınılmazdır. Zira, mevcut kapasitenin bir kısmına herhangi bir ödeme yapılmamaktadır.

Bir başka tip dışsallık ise, insanların belli ölçüde birbirlerinin bir parçasıymış gibi düşünmeleri ve başkalarının temin ettikleri sağlık hizmeti ile ilgilenmeleridir. Bu durumda kişinin yakınındaki bir bireyin daha sağlıklı olması veya sağlık hizmetlerinden toplumdaki herkesin dengeli bir şekilde faydalanması, genel olarak toplumdaki diğer bireylerin de bundan fayda sağlamalarını gündeme getirebilir.

Bu dışsallıkların sonucu olarak devlet, sağlık hizmetleri piyasasına yalnızca denetleyici olarak değil, aynı zamanda doğrudan hizmet sunan işletmeleriyle de katılmaktadır.

ii) Sosyal Mallar: Sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa koşullarında sunulması durumunda, etkin kaynak dağılımı sağlanamayacağına bir başka gerekçesi de, sağlık hizmetlerinin sosyal mallar kategorisinde yer almasıdır. Sosyal mallar, özel dışsal ekonomiler kümesi sağlayan mallardır. Bu tanım, dışarıda tutulamama yani birilerinin tüketimden mahrum edilememesi ve tüketicilerin birbirine rakip olmaması özelliklerini kapsar. Çevreye veya kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bu özelliklere sahiptir.

iii) Oligopolleşme Eğilimi: Sağlık hizmetleri piyasası, özellikle özel kesim eliyle sunulan tedavi hizmetleri piyasası, oligopollerin yoğun olarak görüldüğü bir piyasa türüdür. Bu alanda ortaya çıkan tekelleşme eğilimi, piyasaların özelliğinden kaynaklanan “doğal tekelleşme” niteliğindedir. Zira, büyük şehirler hariç, belli bir bölgede kurulan hastane,

⁴⁷ AKALIN, Güneri; Kamu Ekonomisi, age.. ss. 208-210.

ölçek ekonomilerinin sonucu olarak genellikle tek başına o yörenin sağlık hizmetleri talebini karşılayabilmektedir. Bir başka ifadeyle, başlangıçta birden fazla hastane bulunsa bile, tıbbi teknolojinin pahalı olması maliyetleri yükseltmekte ve bu durum, sağlık işletmelerinin belli bir talep düzeyinin altında varlığını sürdürmesini zorlaştırmaktadır.

Öte yandan, sağlık sektöründe hizmet arz edebilmek için özel izin alınması gerekmektedir. Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetleri piyasasına giriş özel kurallara bağlanmıştır. Uzun ve yorucu bir eğitim döneminin ardından hekimlik mesleğine girilebilmesi, arzı sınırlandıran, dolayısıyla piyasadaki oligopolcü eğilimleri artıran bir başka unsurdur.

iv) Erdemli İstekler: Erdemli isteklerin sağlık hizmetleri piyasasında kullanımı iki noktada toplanabilir⁴⁸: Birincisi tüketicinin sağlık hizmeti seçimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanmaktadır. Bazı durumlarda insanlar hastalıklarının farkında olmayabilirler veya hastalıklarının farkında olsalar bile tedavinin sonuçlarını takdir edemezler. Ayrıca, bazı durumlarda, serbest kişisel tercihler uygun olmayabilir. Örneğin akıl hastalarında, alkoliklerde ve uyuşturucu kullananlarda erdemli istekler olarak ifade edilen zorunlu tercihler, serbest tercihlerden daha üstündür.

Erdemli istekler konusundaki ikinci nokta dışsallıklarla ilgilidir. İnsanlar çevrelerindeki ilgilendikleri diğer kişilerin bilgisiz olduklarından gelirlerinin yeterli bir bölümünü sağlık hizmetlerine ayırmadıklarını, dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmadıklarını düşünürler. Bu durumda da, kişinin serbest tercihi yanında erdemli isteklerin gündeme gelmesi gerekli olabilir. Dolayısıyla erdemli istekler söz konusu olduğunda sağlık hizmetleri arzı ile ilgili kararlar piyasa tarafından değil yöneticiler tarafından verilmektedir.

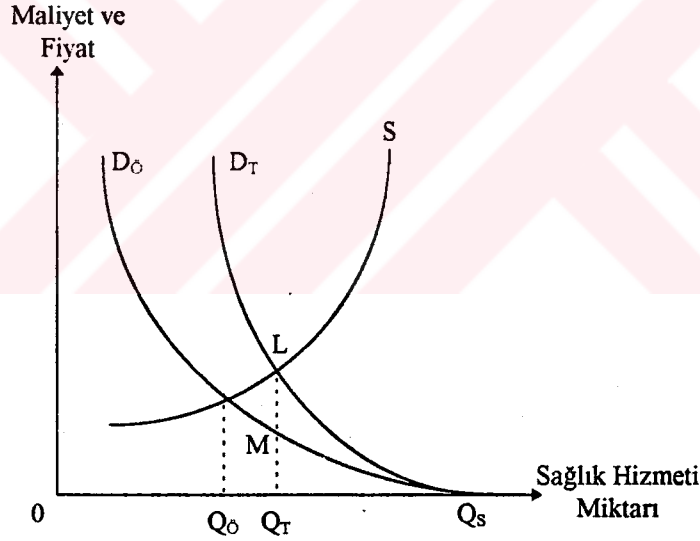
Sonuç olarak, sağlık hizmetleri piyasasının özellikleri nedeniyle, bu hizmetlerin tümüyle piyasa mekanizmasına bırakılması söz konusu olmamaktadır. Kuşkusuz bu açıklamalar, özel kesim işletmelerinin bu piyasada varolamayacakları anlamına gelmemektedir. Ancak, devlet bir şekilde bu piyasada yer almak durumundadır. Devletin sağlık hizmetleri piyasasında üstleneceği fonksiyonlar, genel olarak ülkenin ekonomik

⁴⁸ AKALIN, Güneri; Kamu Ekonomisi, age., ss. 212-213.

sistem tercihiyle paralel bir şekilde belirlenmektedir. Genel ekonomik sistem tercihi piyasa ekonomisinden yana olan ülkelerde devlet, sağlık hizmetleri piyasasında oldukça sınırlı şekilde yer alırken; merkezi yönetimli ekonomik sistem tercihi yapılmış veya devletin ekonomideki ağırlığının fazla olduğu ülkelerde, devlet sağlık sektöründe görece olarak daha fazla yer almaktadır.

Öte yandan, devletin genel olarak ekonomideki ve özel olarak sağlık sektöründeki işlevi hangi düzeyde olursa olsun, bütün ülkelerde sağlık hizmetleri sübvansede edilmekte, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri kamu kurumlarının inisiyatifinde bulunmaktadır.

Bu tür sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa koşullarına bırakılması durumunda arz talep dengesinin daha düşük miktarlarda sağlanacağı; buna karşılık kamunun müdahale etmesi durumunda optimum arz miktarının sağlanabileceği yukarıdaki açıklamalarda belirtilmişti. Bu açıklamalar çerçevesinde, sağlık hizmetleri tüketiminin sağladığı dışsal fayda dikkate alındığında, sunulan sağlık hizmetinin ne kadarının kamu kaynaklarından sübvansede edilmesi gerektiği aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



ŞEKİL 3: DIŞSALLIĞIN SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASA DENGESİNE ETKİSİ

KAYNAK: Bu şekil, BULUTOĞLU, Kenan; *Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, 1981, s. 288 ve AKALIN, Güneri; Kamu Ekonomisi, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara, 1981, s. 208'deki anlatımlardan yararlanılarak çizilmiştir.*

Sağlık hizmetlerinin basitleştirici bir varsayım ile, tek tip olarak ele alındığı bir piyasada; S eğrisi sağlık hizmetlerine ilişkin toplam arz eğrisini göstermektedir. D₀ ile gösterilen piyasa talebi özel toplam talep eğrisi olup, sağlık hizmetlerinden sağlanacak

dışsal faydayı dikkate almamaktadır. D_T ise dışsal faydanın dikkate alındığı toplumsal toplam talep eğrisidir.

Dışsal faydanın dikkate alınması durumunda aynı fiyat düzeyinde daha fazla sağlık hizmeti talep edileceğinden D_T , D_0 'nin sağında çizilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sıfır maliyetle üretilmesi yani, sağlık hizmetlerinin “serbest mal” olması durumunda dışsal faydanın önemi kalmayacağından özel ve toplumsal toplam talep eğrileri Q_S noktasında kesişmektedir. Bir başka ifadeyle, sıfır fiyatlı sağlık hizmeti en çok Q_S kadar tüketilecektir.

Dışsal faydanın dikkate alınmaması ve kamu müdahalesinin olmaması durumunda D_0 ve S eğrilerinin kesiştiği K noktasına göre denge oluşacak; Q_0 kadar sağlık hizmeti arz ve talep edilecektir. Oysa sağlık hizmetini tüketen kişilerin elde ettikleri özel fayda yanında bu tüketimden toplumun sağladığı dışsal fayda dikkate alındığında tüketilmesi gereken miktar Q_0 değil, Q_T miktarıdır. Zira, toplumsal toplam talep eğrisi ile toplam arz eğrisi Q_T miktarına karşılık gelen L noktasında kesişmektedir.

Bu durumda Q_T kadarlık sağlık hizmeti tüketilmesi için, bu kadarlık sağlık hizmetinin üretilmesi gereklidir. Bu durumda da katlanılması gereken maliyet ve dolayısıyla fiyat $Q_T L$ kadar olmaktadır. Oysa özel toplam talep eğrisine göre bu kadarlık bir tüketim için bireylerin ödemeye razı olacakları fiyat $Q_T M$ kadardır. Buna göre LM kadarlık maliyetin kamu kaynaklarından sübvansede edilmesi gerekmektedir. Bu fark, üreticilere vergi indirimi, teşvik vb. yöntemlerle ödenebileceği gibi, doğrudan tüketicilerin sübvansede edilmeleri veya bu yöntemlerin karması şeklinde de kamu kaynaklarından finanse edilebilir.

Burada kamu kaynaklarından finanse edilen LM kadarlık maliyet, söz konusu sağlık hizmetinden sağlanacak toplumsal dışsal faydaya eşittir. Dikkat edilirse buradaki değerlendirmemizde sağlık hizmetinin kim tarafından üretildiği sorunuyla ilgilenilmemiştir. Ülkede geçerli olan sağlık sistemine göre, söz konusu üretim, özel sağlık kurumları tarafından yapılabileceği gibi, kamu sağlık kurumları tarafından da gerçekleştirilebilir.

Bu analizde dikkate alınması gereken bir başka sorun, kamu kaynaklarından sağlanacak ek finansmanın toplumdaki bireyler arasında nasıl dağıtılacağı; bir başka

ifadeyle, LM kadarlık sübvansiyonun nasıl tayinlanacağıdır. Buna verilebilecek en uygun yanıt, ödeme gücü Q_{TL} kadarlık fiyatı karşılayabilecek durumda olan bireylerin bu sübvansiyondan hiç yararlandırılmaması, buna karşılık hiç ödeme gücü olmayan bireyin sağlık harcamalarının tamamının, belli düzeyde ödeme gücü olan bireyler için ödeme gücünü aşan kısmın kamu kaynaklarından finanse edilmesi şeklindedir.

Söz konusu finansmanın genel bütçe kaynaklarından sağlanması durumunda; vergi mükelleflerinden hizmetten yararlananlara doğru, gelirin yeniden dağılımı gündeme gelecektir. Ancak bu durum, politik olarak istenmeyen bir seçenek olabileceği gibi genel ekonomik tercihler açısından tartışılabilir sonuçlara neden olabilecektir.

Bir başka seçenek, ödeme gücü olmayan veya yetersiz olan bireylere yapılacak parasal yardımın, sektörde yer alan özel üreticilerin “aşırı kârının” vergilendirilmesi yoluyla sağlanması olabilir⁴⁹. Bu seçeneğin kabulü de, yukarıda belirtilen sakınca yanında özel işletmecilikten yana tercihte bulunan ekonomik sistemlerde, sistem mantığıyla ilgili yeni tartışmalara yol açabilir. Öte yandan, hangi yöntem benimsenirse benimsensin, karmaşık vergi mekanizmalarının kurulmasını gerektireceği açıkça görülmektedir.

Türkiye gibi vergi sisteminde birçok aksamaların olduğu ülkelerde, bu uygulamaların sağlıklı yürütülebilmesi oldukça güçtür. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin genel özellikleri nedeniyle, en azından ödeme gücü olmayan vatandaşlar için, sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından desteklenmesi kaçınılmaz bir gerekliliktir. Bu gereklilik, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin doğal bir sonucudur. Ülkemizdeki “yeşilkart” ve benzeri uygulamaların temel mantığı da budur. Ancak bu uygulamalarda da başka pratik sorunlar ortaya çıkmaktadır.

2.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASINDA BİLGİ ASİMETRİKTİR

Ekonominin bütün sektörlerinde, genel olarak arz ve talep tarafları eşit olmasa da, eşite yakın bir bilgiye sahiptir. Arz eden tarafın, konunun teknik yönlerini bilmesine karşılık; talep sahibi de, en azından sunulan mal veya hizmetin kendisine ne ölçüde yarar sağlayacağını genellikle bilmektedir. Yeterli bilgiye sahip değilse bile, belli bir piyasa

⁴⁹ PESTON, Moris; Kamu Malları ve Kamu Kesimi, age., ss. 58-59.

araştırmasından sonra bu konuda tatmin edici bir bilgi düzeyine sahip olabilir. Örneğin hemen herkes evinde herhangi bir elektronik eşyayı kullanmakta; normal koşullarda bu bireylerin hiçbiri söz konusu eşyanın teknik yönlerini bilmemektedir. Ancak bir elektronik eşya satın alacak birey, daha önce bu eşyayı kullananlardan veya satıcılardan alacağı bilgilerle, kendi gereksinimine en uygun gelecek model konusunda karar verebilecek bilgi birikimine sahip olabilmektedir.

Buna karşılık sağlık hizmetleri talep eden birey, ne düzeyde bir araştırma yaparsa yapsın, hangi tedavi yönteminin kendisine daha iyi geleceğini öğrenme olanağına sahip olamayacaktır. Bu konuda bilgisine başvurulacak kişi, uzun ve yorucu bir eğitimden geçmiş ve kendisine bu hizmeti sunacak düzeye gelmiş olan hekimdir. Hekimlik mesleğinin inceliklerinin ve sağlık hizmetinin niteliklerinin, basit bir bilgilenme süreciyle öğrenilemeyeceği açıktır. Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrikidir.

Sağlık hizmetleri piyasasında bilginin asimetrik olması, sağlık hizmeti tüketicisini “belirsizlik altında seçim” yapmaya zorlamaktadır. Bir başka ifadeyle, sağlık tüketicisinin fiilen seçebileceği imkanlar sınırlıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetinden yararlanacak kişi, fiyat hariç alacağı hizmetin kalitesi ve maliyeti konusunda belirsizlik altında seçim yapmaktadır.⁵⁰

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZININ ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri arzının, diğer sektörlerde sunulan mal ve hizmet arzından ayırdedici birtakım özellikleri bulunmaktadır. Esas olarak insanın bulunduğu her yerde, sınırlı düzeyde de olsa, sağlık hizmetleri arzı söz konusudur. Büyük şehirlerden en küçük yerleşim birimlerine kadar, kişiye veya çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta veya yataklı tedavi edici sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kısacası, sağlık hizmetlerinin tür açısından çeşitliliği yanında büyük bir mekansal çeşitliliği de söz konusudur. Böylesine çeşitliliğin olduğu bir sektörde arzın da kendine özgü birtakım nitelikler göstermesi doğaldır. Bu özellikler aşağıda ele alınmıştır.

⁵⁰ ARASIL, Ömer. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamaları Hakkında Ampirik Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1983, s. 12.

2.2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI BİR EKİP İŞİDİR

Sağlık hizmetleri arzı, hizmet türüne bağlı olarak, çok farklı meslek gruplarının işbirliğini gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri sunulurken, hekimler yanında tıp eğitimi almış diğer sağlık personelinin ve farklı teknik eğitimlerden geçmiş destek personelinin varlığı kaçınılmazdır. Bu nedenle, gerek koruyucu sağlık hizmetinde, gerekse tedavi hizmetlerinde farklı meslek gruplarının işbirliği, sağlık hizmetleri arzını, bir ekip işi haline getirmektedir.

Sağlık hizmetleri arzını oluşturan unsurlar birbirini tamamlayıcı özellik gösterir. Sağlık sektöründe hizmet üretmek, kendi alanlarında uzmanlaşmış kişilerin bir araya gelmesiyle, yani ekip çalışmasıyla mümkün olmaktadır⁵¹.

Sağlık ekibi, esas olarak hekimin liderliğinde oluşan bir ekiptir. Bununla birlikte hekimin bulunmadığı sağlık çalışanları ekibi tarafından da hizmet sunulması söz konusu olabilmektedir. Tedavi hizmetlerinin özellikle hekim tarafından yönlendirilmesine karşılık, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde ve sağlık destek hizmetlerinde yoğun olarak hekim dışı sağlık personeli istihdam edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hekim, diş hekimi, eczacı, kimyacı, biyokimyacı, biyolog, diyetisyen, hemşire, sağlık memuru, ebe, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çevre mühendisi gibi birçok farklı meslek gruplarından elemanların görev alması yanında sağlık hizmetlerinin sevk, idare ve planlanmasında da tıbbi istatistikçi, sevk ve idare uzmanı (hastane müdür ve yardımcıları), işletmeci, bilgisayar uzmanı gibi meslek elemanları görev almaktadır. Bütün bu meslekler nedeniyle sağlık hizmetleri; tıp, eczacılık, kimya, işletmecilik, mühendislik, elektrik-elektronik, mimarlık, ekonomi, sosyoloji, bilgi-işlem gibi çok farklı dallarla ilgilidir.

Sağlık hizmetleri bütünü, bu kadar farklı disiplinden ve eğitim kolundan gelen kişilerin işbirliği sonunda ortaya çıkmaktadır. Söz konusu meslek elemanları, sağlık hizmeti sunumunda birbirlerinin tamamlayıcısı konumundadır. Bu nedenle, herhangi bir elemanın eksik kalması durumunda sağlık hizmetlerinde aksamalar olması kaçınılmazdır.

⁵¹ TOKGÖZ, Erdinç; "Sosyal Gelişimde Sağlık", 2. Türkiye İktisat Kongresi -III. Kitap: Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, 2-7 Kasım 1981, İzmir, s. 502.

Örneğin tedaviyi düzenleyen hekim ne kadar yetenekli ve bilgili olursa olsun, bu tedaviyi uygulayacak olan hemşire ve diğer sağlık personelinin gerekli beceriyi gösterememesi durumunda, tedavinin başarıya ulaşma olasılığı düşük kalacaktır. Dolayısıyla bir ülkede toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi için sağlık hizmetleri üretiminde yer alan bütün meslek elemanlarının, nitelik ve nicelik açısından, yeterli düzeyde yetiştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin en önemli insangücü hekimlerdir. Ancak konuyu yalnızca hekim sayısının artırılması ve hekimlerin eğitimi düzeyinde ele almak, sağlık hizmetlerindeki çeşitliliğin kavranılmaması anlamına gelir ki, bu da zaman içinde ülkenin sağlık sisteminde tıkanmalara neden olur. Örneğin Ülkemizde son 15-20 yıldır yaşanan yanlışlardan birisi budur. Eğitim kalitesi yeterince dikkate alınmadan açılan tıp fakültelerinden son yıllarda çok sayıda hekim mezun olmuştur. Ancak bu hekimlerin bir kısmı, hizmet sunmak için gittikleri sağlık ocaklarında, gerekli ekipman ve kendilerine destek verecek yeterli sağlık personeli bulamadığından, neredeyse hekimlik mesleğinin pratiğini unutmaya yüz tutmuş; bu hekimlerimizin önemli bir kısmı da çareyi, olanakları daha geniş olan büyük şehirlerde görev almak ve uzmanlık için çaba harcamakta bulmuştur. Zira, sağlık hizmeti sunan her üretim biriminde görev alanların kişisel bilgi ve becerileri yanında, belli bir yönetim düzeni ve ayrıca, tam bir “bütünleşme” içinde olmaları gerekmektedir⁵².

2.2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE REKABET ÇOK SINIRLIDIR

Tıp biliminin ilkeleri doğrultusunda gelişen sağlık hizmetlerinde, arz birimleri, mesleklerinin gereği olarak birbirleriyle rekabet etmezler. Özellikle hekim bazında rekabet ahlaki nedenlerle hoş karşılanmaz ve birçok ülkede yasalarla sınırlanmıştır. Örneğin, Ülkemizde, sağlık personelinin çalışma şartlarını belirleyen, 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun” getirdiği reklam yasağı ile hekimlerin rekabetini engellemek istemiştir⁵³.

⁵² TOKGÖZ, Erdinç; “Sosyal Gelişimde Sağlık”, age., s. 502.

⁵³ Madde 24 - İcrayı sanat eden tabipler, hasta kabul ettikleri mahal ve muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup, diğer suretlerle ilan, reklam vesaire yapmaları memnudur.

Sağlık hizmetlerinin bu niteliği, sunulan hizmetin insani boyutundan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kâr amacından çok, sosyal fayda amacı dikkate alınmaktadır. Nitekim, bütün ülkelerde, sağlık hizmetlerine devlet müdahalesinin temel gerekçesini bu alanın insani boyutu oluşturmaktadır. Özel kesim eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde de hekim, ticari kaygılardan önce tıp biliminin gereklerini ve hastanın gereksinimlerini dikkate almak durumundadır.

Sağlık sektörüne girişler, gerek kurum düzeyinde, gerekse meslek düzeyinde bütün ülkelerde belli kıstaslara bağlanmıştır. Özel kesimin bir sağlık işletmesi kurmak istemesi durumunda, genellikle çok ince ayrıntılara kadar belirlenmiş kurallara uymak ve çalışma izni alabilmek için istenen özellikte bir işyeri hazırlamak zorundadır. Örneğin Ülkemizde özel hastane açabilmek için Sağlık Bakanlığı'nın izni ve ilgili mevzuatla belirlenmiş kıstaslara uyulduğunun belgelenmesi üzerine verilecek onayı gereklidir.

Öte yandan, sağlık mesleklerine girebilmek için, bu mesleklerin gerektirdiği eğitimin alınması yanında, Sağlık Bakanlığı tarafından bu eğitim sonunda elde edilen bilgi ve becerilerin meslek icrasına yeterli olduğunun onaylanması gerekmektedir⁵⁴. Ayrıca, birçok ülkede meslek kuruluşlarına üyelik zorunluluğu söz konusudur. Dolayısıyla bir sektörde rekabetin varlığı için gerekli olan “piyasaya serbest giriş” ilkesi sağlık sektöründe işlememektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe rekabet yasal ve kurumsal düzenlemelerle sınırlandırılmıştır. Bu kısıtlayıcı etken arzın istendiğinde, yeterince artırılmasına olanak vermemektedir⁵⁵.

Kuşkusuz bu sınırlanma durumu, rekabetin hiç olmadığı anlamında yorumlanamaz. Özel kesim eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde rekabet, sektörün kendine has yöntemleriyle sürdürülmektedir. Örneğin özel tedavi kurumları, kendilerine diğer kurumlardan farklı bir hedef kitle oluşturabilmek için, sağlık hizmetlerine destek nitelikte sunulan otelcilik hizmetlerinde farklılığa gitmektedir. Daha üst gelir gruplarından

⁵⁴ Bu konu, 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun”'un ilk iki maddesiyle düzenlenmiştir. Madde 1 - Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak (...) şarttır. Madde 2 - Yukarıdaki maddede yazılı diplomanın muteber olması için (...) Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tasdik ve tescil olması lazımdır.

⁵⁵ TOKGÖZ, Erdinç; “Sosyal Gelişimde Sağlık”, age., s. 501.

hasta çekebilmek için son derece lüks denilebilecek bir otelcilik hizmeti sunan özel hastaneler mevcuttur.

Ayrıca, sağlık sektöründe özel ve kamu kesiminin birlikte faaliyette bulunduğu ülkelerde, özel sağlık kurumları ile kamu sağlık kurumları arasında belli bir rekabet bulunmaktadır. Bu rekabet, daha çok kamu sağlık kurumlarında sunulan hizmeti zaman darlığı veya kalitesi nedeniyle satın almak istemeyen grupların özel kesime çekilmesi hedefine yönelik olarak tek taraflı bir rekabettir. Zira, burada özel kesim, kamu kesimiyle rekabet içindeyken, genellikle kamu sağlık kurumları kendilerini bu rekabetin bir parçası olarak değerlendirmemekte ve faaliyetlerini kamu/özel rekabetini dikkate almadan sürdürmektedirler.

Nitekim, birçok hastalıkta gerekli olan modern teşhis yöntemleri, ileri teknoloji ürünü tıbbi cihazların kullanımını gerektirmektedir. Bu cihazların kamu sağlık kurumlarında yeterince bulunmaması; bulunanların da, çeşitli nedenlerle etkin kullanılmaması nedeniyle uzun süreli randevular söz konusu olmaktadır. Bu süreyi beklemek istemeyen ve gerekli ücreti ödeyebilecek ekonomik güce sahip olan bireyler, söz konusu teşhis hizmetini özel kesimden satın alma eğiliminde olmaktadır. Bu eğilimi dikkate alan özel sağlık kuruluşları söz konusu teşhis ve tedavi cihazlarını satın alarak hizmet farklılaşması şeklinde bir rekabet ortamı yaratabilmektedir.

Sağlık sektöründe rekabetin sınırlı olmasına neden olan bir başka önemli faktör de, sektördeki tekelleşme eğilimidir. Daha önce değinildiği gibi, sağlık sektöründeki tekelleşme eğilimi sağlık işletmelerinin genellikle büyük bir sabit yatırım gerektirmesinden kaynaklanmaktadır. Özellikle tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinde sabit maliyetlerin değişken maliyetlerden çok daha yüksek olması, optimum ölçeğin büyük olmasına ve bu da, küçük ölçekli işletmelerin maliyet dezavantajı nedeniyle piyasadan çekilmesine yol açmaktadır.

Yukarıda değinilen noktaların dışında, sağlık sektöründe rekabeti sınırlandıran bir başka konu da, sağlık kurumlarının bölgesel tekel konumlarıdır. Zira, sağlık hizmetlerinde en önemli kavramlardan biri “hizmete ulaşılma” özelliğidir. Özellikle acil durumlarda en yakın sağlık kurumu ilk başvuru yeri olmakta ve daha uzakta çok daha iyi koşulların bulunduğu bir sağlık kurumu olsa dahi, oraya ulaşma çabasına girilmemektedir. Bununla

birlikte ambulans hizmetlerinin yeterliliği ölçüsünde bölgesel tekel konumunun zayıfladığı da bir gerçektir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili en yoğun rekabetin yaşandığı alan, ilaç endüstrisidir. İlaç sektöründe ulusal ve uluslararası birçok şirket faaliyet göstermektedir ve bu şirketler yoğun olarak birbirleriyle rekabet içindedir. Bu sektördeki rekabet de, fiyat dışındaki unsurlarda yoğunlaşmakta ve büyük ölçüde promosyona başvurulmaktadır. Promosyon faaliyetleriyle yürütülen rekabet, doğrudan hasta üzerinde olmamakta, hastanın hangi ilacı kullanacağını belirleyen hekimler düzeyinde yapılmaktadır.

2.2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ ÜRETİMİ TEKNOLOJİ VE BİLGİ YOĞUNDUR

Sağlık hizmetleri, genel olarak tıp biliminin gelişimi doğrultusunda sürekli bir değişim içindedir. Tıp bilimlerinde yapılan araştırmalar sürekli olarak yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanında, biyomedikal mühendislik alanındaki gelişmeler de, sürekli olarak gelişmiş teknoloji ürünü yeni tıbbi cihazları kullanıma sunmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan tıbbi donanım, sürekli bir yenilenme içindedir. Bu ise, sağlık hizmetlerinin giderek daha pahalı hale gelmesine yol açmaktadır. Özellikle söz konusu bilimsel ve teknolojik üretime katkıda bulunamayan gelişmekte olan ülkeler, tıbbi teknoloji konusunda sürekli olarak dışa bağımlıdırlar. Gelişen teknoloji ve bilimsel yöntemleri izleyebilmek için yüksek miktarda ithalat yapılmakta, sağlık personeli sürekli olarak gelişmiş ülkelere eğitim amaçlı geziler yapmak zorunda kalmaktadır. Buna karşılık sağlık sektörüyle ilgili bu teknolojik gelişme iki olumlu sonuca neden olmuştur. Birincisi, bazı sağlık hizmetlerinin kalitesinin hızla yükselmesi; ikincisi ise bazı temel mal ve hizmetlerin birim maliyetlerinin düşürülebilmiş olmasıdır⁵⁶.

Sağlık hizmetleri maliyetini yükselten bu gelişme, daha çok tedaviye yönelik hizmetler için söz konusudur. Bu nedenle de, yukarıda değinildiği gibi, tedavi amaçlı sağlık kurumlarının ilk yatırım maliyeti çok yüksek olmaktadır. Koruyucu sağlık

⁵⁶ TOKGÖZ, Erdinç; "Sosyal Gelişimde Sağlık", age., s. 502.

hizmetlerinde de teknolojik gelişme olmakla birlikte, daha düşük hızda gerçekleşmektedir.

Bu teknolojik ve bilimsel gelişmenin sağlık hizmetlerine aktarılması ve fiili olarak kullanımı, bu sektörde yer alan insangücünün niteliklerine ve yeni gelişmeleri izleme eğilimine bağlıdır. Yeni gelişmelerin yeterince izlenmemesi durumunda, çok kısa sürede geri kalınacak ve insan hayatının korunması/geliştirilmesi açısından önem taşıyan yenilikler, uygulama olanağı bulamayacaktır. Bu da, sağlık insangücünün sürekli olarak hizmet içi eğitimden geçmesini gerektirmektedir. Sağlık insangücünün sürekli eğitimi, sunulan hizmetin kalitesinin istenilen düzeye getirilebilmesi açısından kaçınılmaz bir zorunluluktur.

Öte yandan, sağlık hizmetleri üretiminin teknoloji ve bilgi yoğun olması, bu sektörde görev alacak personelin oldukça uzun bir eğitim döneminden geçmesini gerektirmektedir. Bu ise, sağlık hizmetleri arzının nitelik ve niceliği açısından belirleyici olan sağlık insangücünün, istenildiği zaman istenildiği kadar artırılmasını engellemektedir.

2.2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ ESNEKLİĞİ DÜŞÜKTÜR

Sağlık hizmetleri arzının belirleyenleri fiyat, sağlık insangücü, fiziki altyapı, kullanılan teknoloji ve fiili kapasitenin kullanım düzeyidir. Bu belirleyicilerle, sağlık hizmeti arzı arasında, aynı yönlü ilişki söz konusudur. Bunlardan sağlık insangücünün, fiziki altyapının ve teknolojinin kısa dönemde artırılması mümkün değildir.

Sağlık insangücünün artabilmesi için, belli bir mesleki formasyon gerektiğinden, en az 12-18 yıllık bir eğitim söz konusudur. Uzman hekimler için ise bu süre uzmanlık alanına göre 23-24 yıla uzayabilmektedir. Fiziki altyapının yani bina ve teknik donanımın sağlanmasında da, yine belli bir süreye gereksinim vardır. Özellikle hastanelerin sağlık mimarisine uygun bir yapı olması gereği, bu süreyi uzatmaktadır. Yeni teknoloji geliştirilmesi ise her alanda olduğu gibi araştırma-geliştirme faaliyetlerine bağlıdır. Mevcut teknolojinin daha yenisiyle değiştirilmesi ise teknoloji transferine bağlıdır.

Kısacası, sağlık hizmetleri arzının belirleyenlerinden, kapasite kullanım oranı dışındakilerinin artırılması, kısa dönemde söz konusu olmamaktadır. Kapasite kullanım oranı ise esas olarak talebe bağlı olup, ileride ele alınacağı gibi, sağlık hizmetleri talebinin

öngörülenememe niteliği her an kullanılabilir bir atıl kapasitenin varlığını gerektirmektedir. Yine de, modern işletmecilik teknikleri ve etkin bir yönetim ile kapasite kullanım oranının artırılması mümkündür. Ancak buradaki artış da, sınırlı kalacaktır.

Buna göre makro düzeyde ele alındığında sağlık hizmetlerinde fiyatların artması, kısa dönemde sunulan hizmetin miktarını artırmayacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri arzının fiyat esnekliği oldukça düşüktür.

2.2.5. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI, TALEBİ ARTIRIR

İnsanın olduğu her yerde sağlık sorunlarının bulunması doğaldır. Sağlık sorunu olan bireyler, bu sorunu gidermek için bir sağlık kurumuna başvurarak hastalığının veya yarasının iyileştirilmesi talebinde bulunur. Sağlık hizmeti talebinde en önemli unsurlardan biri sağlık hizmetlerine ulaşabilme düzeyidir. Hizmete ulaşmada birtakım zorluklarla karşılaşan kişiler, sağlık sorununa atfettiği önem düzeyine bağlı olarak hizmet talebini erteleyebilmekte veya tıp dışı yöntemlere başvurabilmektedir.

Bu nedenle, daha önce bulunmayan bir yörede sağlık kurumunun faaliyete başlaması, bu türden ertelenmiş talepleri güncelleştireceği gibi, daha önce pek önemsenmeyen sağlık sorunlarında da, sağlık kurumuna başvurulması söz konusu olacaktır. Dolayısıyla sağlık tesisleri, kuruldukları yörede, ek talep ortaya çıkarmaktadır. Belli hastalıkların erken teşhisine yönelik taramalarda, sağlık hizmetlerinin bu özelliği net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

2.2.6. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINDA MEKANSAL YAYGINLIK YÜKSEKTİR

İnsanın olduğu her yerde sağlık sorunları, dolayısıyla potansiyel sağlık hizmeti talebi vardır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri mekansal olarak oldukça yaygındır. Ülkenin her tarafına asgari sağlık hizmetinin götürülmesi, sosyal devlet ilkesinin doğal sonucudur. Örneğin Ülkemizde sosyalleştirme ile birlikte, her 5.000-10.000 nüfusa bir sağlık ocağının kurulması hedefi, bu ilkenin sonucudur.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde ülkenin her tarafında sunulmasını gerektiren nedenler şöyle sıralanabilir:

1. Sağlık hizmetleri acildir. Özellikle kaza, yaralanma gibi durumlarda hastaya zamanında müdahale edilmesi büyük önem taşır. Bu nedenle en uç noktalarda bile ilkyardım ve acil tedavi düzeyinde sağlık hizmetinin sunulması gereklidir.

2. Koruyucu sağlık hizmetlerinin insanların yaşadığı ortamda sunulması gerekmektedir. Bu da, sağlık ocağı benzeri yaygın bir örgütlenmeyi gerektirmektedir.

3. Büyük merkezlerdeki daha gelişmiş sağlık kurumlarına yığılmaların önlenmesi için, daha basit düzeydeki sağlık sorunlarının yerinde çözümlenmesi gerekmektedir.

4. Demokratik ülkelerde, seçmen kitlesinin politikacılardan beklediği başlıca sosyal hizmetlerden birisi sağlık kurumudur. Seçmenler, kendi bölgelerinde her an başvurabilecekleri bir sağlık kurumunun varlığına önem verirler. Bu da, seçmenden yeniden oy isteyecek olan politikacıların kendi seçim bölgelerinde hastane vb. sağlık kuruluşunun kurulması için çaba harcamalarına neden olur.

Sağlık hizmetlerinin mekansal dağılımı, aynı zamanda sağlık kurumları arasında heterojenliği ve hizmet niteliği açısından bir sıralamayı gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetleri talebinin kısmen daha az olduğu küçük yerleşim birimlerindeki daha küçük ölçekli sağlık evi, sağlık ocağı, dispanser gibi kurumlar, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunarken; daha karmaşık teşhis ve tedavi yöntemlerinin kullanılmasını gerektiren vakalar, büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına havale edilmektedir.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri talebini diğer hizmet türlerinden ayırdeden kendine özgü bazı nitelikleri vardır. Bunlar; ikamenin olmaması, talebin rastlantısal olması, talebin fiyat esnekliğinin görece düşük, buna karşılık gelir esnekliğinin yüksek olması, talebin içeriğinin belirlenmesinde hastanın değil hekimin daha etkin olması, tüketici konumundaki hastanın yeterli bilgiye sahip olmaması ve buna bağlı olarak akılcı olmayan davranışlar gösterebilmesi, talebin sürekli artış göstermesi şeklinde sıralanabilir. Aşağıda bu özellikler ayrı ayrı ele alınmıştır.

2.3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN FİYAT ESNEKLİĞİ DÜŞÜKTÜR

Sağlık hizmetleriyle ilgili çalışmaların hepsinin birleştiği ortak kanı, sağlık hizmetlerinin ikamesi olmayan ve tüketimi zorunlu bir hizmet olması nedeniyle fiyat esnekliğinin düşük olduğu yolundadır. Sosyal güvenlik hizmetlerinin yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerinin bu çerçevede sigortalar yoluyla finanse edilmesi, sağlık-fiyat-gelir ilişkilerinin tesbitini zorlaştırmakla birlikte, bir bütün olarak ele alındığında, bu ilişkilerin yönünün belirlenmesi mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin ertelenebilse bile iptal edilememesi, genellikle yaşamsal öneme sahip olması, tedavi ertelendikçe hastalığın tahribatının artması özellikleri, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğini düşürmektedir⁵⁷. Bunun yanında, estetik kaygıların öne çıktığı sağlık hizmetlerinde, örneğin lens, estetik cerrahi (rekonstrüksiyon hariç), bazı diş ve ortopedik protez gibi hizmetlere yönelik talebin fiyat esnekliği, görece olarak daha yüksektir.

Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişiler, hizmetin fiyatı konusunda edilgen konumdadır. Hemen her türlü mal ve hizmet talebinde, mal ve hizmetin niteliğine göre değişen boyutlarda, fiyat pazarlık süreci söz konusudur. Ancak, sağlık hizmetleri talebi söz konusu olduğunda hastalar, genellikle fiyat kabullenici durumundadır. Bazı istisnalar dışında hizmeti arz eden hekim veya kurum tarafından önerilen fiyat kabul edilir. Bu da, sağlık hizmetleri talebinin fiyat değişimleri karşısında fazla değişmemesine neden olmaktadır.

57 Birçok çalışmada sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşük olduğu kabul edilmektedir. Örneğin; TOKGÖZ, Erdoğru; "Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme", HÜ. İdari Bilimler Dergisi, C:1, S:2, Haziran 1979, ss. 5-6; TOKAT, Mehmet; Sağlık Ekonomisi, Editör: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 793, Eskişehir, 1994, ss. 10-11; ÖZSARI, Haluk; "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik", Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995, s. 115. Buna karşılık, bazı yazarlar, talep esnekliğinin yüksek değer taşıdığını ifade etmektedir. Örneğin Sargutan. "sağlık hizmetlerinin temel ihtiyaç olmaması ve vazgeçilebilme/ertelenebilme özelliğine/imkanına sahip olması" nedeniyle büyük bir talep esnekliğine sahip olduğunu ifade etmektedir. Bkz. SARGUTAN, Erdal; Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s. 15. Ancak bu ifadede söz konusu olanın talebin fiyat esnekliği mi, yoksa talebin gelir esnekliği mi olduğu net değildir. Oysa, sağlık hizmetleri talebinde bu ayrım oldukça önemlidir. Nitekim, hekim tarafından verilen reçetede ilaçların pahalı olması nedeniyle, reçetede ilaçlardan yalnızca bir-iki tanesini alan veya reçeteyi almaktan vazgeçen çok sayıda hastanın varlığı, kişisel gözlemlerimizde de tesbit edilmiştir. Ancak bu olaylar, daha çok sağlık hizmetinin veya ilacın fiyatından değil, hastanın gelir düzeyinin düşüklüğünden kaynaklanmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin düşüklüğü, insanların hastalıkları konusunda gösterdikleri duyarlılığın suiistimal edilmesine de neden olabilmektedir. Bunun önlenmesi için, birçok ülkede, sağlık hizmetleri fiyatları kontrol altında tutulmaktadır. Hekim muayene ücretleri tabip odaları tarafından belirlenmekte; ilaç fiyatları sağlık bakanlıklarının denetimine tabi olmakta, hastane ücretleri ilgili kamu kurumları tarafından belirlenmektedir. Bunun yanında yüksek gelir gruplarına hizmet sunan özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmeti talep esnekliğinin düşüklüğünden yararlanarak oldukça yüksek fiyat tarifeleri uygulayabilmektedirler.

2.3.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN GELİR ESNEKLİĞİ YÜKSEKTİR

Sağlık hizmetleri talep esnekliğinin düşüklüğüne karşın, gelir esnekliği oldukça yüksektir. Belli gelir eşiğine kadar genellikle, kamu kesimi tarafından ücretsiz veya çok düşük ücretlerle sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanılmaktadır. Gelir düzeyi belli bir eşik değerinin üstünde olan bireyler ise, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmeti yerine ya da bunun yanında ücretli özel sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadır.

Ülkemizde olduğu gibi, zorunlu kamu sosyal güvenlik sistemi olan ülkelerde, üst gelir grupları, bu kuruluşlar tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinden zaman darlığı, sunulan hizmetin kalitesizliği gibi gerekçelerle yararlanmak istememesi durumu; sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir.

DİE'nin "1987 Yılı Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi" verilerini kullanarak yaptığımız ekonometrik analizde elde edilen sağlık harcamalarına ilişkin harcama fonksiyonu;

$$HBSH = 10,89 \times HBKG^{0,62}$$

HBSH: Hane Başına Sağlık Harcamaları;
HBKG: Hane Başına Kullanılabilir Gelir.

olarak bulunmuştur.

Denklemden görüldüğü gibi, sağlık harcamalarının gelir esnekliği yüzde 62'dir. Buna göre hane başına gelir düzeyinde ortaya çıkacak yüzde 10'luk artış, hane başına

sağlık harcamalarında yüzde 6,2'lik bir artışa yol açacaktır⁵⁸. Buradan hareketle sağlık harcamalarını “normal mallar” grubunda değerlendirebiliriz. Zira, bilindiği gibi normal mallar, gelir arttıkça tüketimi artan mallardır.

1994 yılında DİE tarafından gerçekleştirilen, “Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi”nde elde edilen verilere göre de, benzer bir durum söz konusudur. Gelir gruplarına göre sağlık harcamalarının dağılımına baktığımızda, gelirden en düşük paya sahip olan %20'lik dilimde, toplam sağlık harcamalarının yalnızca %8,6'sının yapıldığını; buna karşılık gelirden en yüksek paya sahip olan %20'lik dilimde toplam sağlık harcamalarının % 43,3'ünün yapıldığını görmekteyiz. Buna göre 1. %20'lik gelir grubunda sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı % 2,61 olurken; 5. %20'lik gelir grubunda sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı % 2,78 düzeyindedir. Bir başka ifadeyle, üst gelir gruplarında sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı, nispi olarak diğer gelir gruplarından daha yüksektir⁵⁹.

Bu konuda, daha önce yapılmış çalışmalarda da, benzer sonuçlar elde edilmiştir. Savaş Yıldırım tarafından yapılan bir çalışmada, 1980-1992 döneminde sabit fiyatlarla GSMH yüzde 79 artarken sağlık harcamalarının yüzde 135 arttığı belirtilmektedir. Söz konusu çalışmada sağlık harcamalarının milli gelir esnekliği 1,44 olarak bulunmuştur⁶⁰. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık harcamalarının analiz edildiği bir başka çalışmada⁶¹, 1963-1991 döneminde başlangıç ödenekleri olarak sağlık harcamaları bileşiminin “bir”e yakın değerler aldıkları, 1980-1991 döneminde kesin harcama olarak ekonomik sınıflandırma ele alındığında ise, esneklik değerlerinin “bir”den büyük değer aldıkları hesaplanmıştır. Sağlık yatırım harcamalarının gelir esnekliği 1,35, sağlık transfer

⁵⁸ 1987 yılı tüketim harcamaları anketi sonuçlarından yaptığımız analizde, 20 farklı gelir grubuna ilişkin sağlık harcamalarının dağılımını ifade eden veriler kullanılmış; Belirlilik Katsayısı (R^2): 0,91; β_0 'ın standart hatası: 0,598; β_1 'in standart hatası: 0.045; F istatistiği: 189.441 olarak bulunmuştur. Buna göre parametrelerin tek tek ve topluca testi anlamlıdır. Denklemin elde edildiği veri seti EK1'de sunulmuştur.

⁵⁹ Buradaki oransal değerlendirmeler DİE, Hanehalkı Tüketim Harcamaları Sonuçları, Yayın No: 2030, Ankara, Haziran 1997'de yer alan çeşitli tablolardaki verilerle yapılmıştır.

⁶⁰ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT. Yayın No: 2350, Ankara, 1994, s.97-98.

⁶¹ ATAÇ, Beyhan; ATAÇ, Engin; “Türkiye’de 1963-1991 Döneminde Personel, Eğitim, Sağlık ve Savunma Harcamalarının Analizi”, IX. Malive Eğitimi Sempozyumu 6-8 Mayıs 1993, Silifke-Mersin, Çukurova Üniversitesi Pasımevi, Adana, 1994, s. 32.

harcamalarının gelir esnekliği 1,31, sağlık personel harcamalarının gelir esnekliği 1,12 olarak bulunmuştur.

Fransa için yapılmış olan bir başka çalışmada da⁶², sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payının 1950 yılında yüzde 5,4 olduğu ve bunun zaman içinde artarak 1985 yılında yüzde 20,1'e yükseldiği belirtilmektedir. Buna göre, gelir düzeyi arttıkça, sağlık harcamalarının gelir içindeki ve toplam harcamalar içindeki payı yükselmektedir.

2.3.3. SAĞLIK HİZMETİNDE PAKET TALEP SÖZ KONUSUDUR, KAPSAMI HEKİM BELİRLER

Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişilerin talebi tek tek sağlık hizmetine yönelik olmayıp, rahatsızlık duyulan konuyla ilgili bir paket sağlık hizmetine yöneliktir. Zira, sağlık hizmetlerindeki asimetrik bilgi nedeniyle kişi ne tür bir sağlık hizmetine ihtiyacının olduğunu belirleme olanağından yoksundur.

Sorun örneğin kişinin çocuğunun hastalanması, başının ağrması, başının dönmesi vb. şeklinde ortaya çıkar. Kişi, bu sorununu gidermesi amacı ve talebiyle bir sağlık kurumuna başvurur. Burada kişinin talebi, çocuğunun hastalığını tedavi edecek bir sağlık hizmet paketine yöneliktir. Bu paketin içeriğini hekim belirler. Yani, ne tür teşhis tekniklerinin (laboratuvar tetkikleri, röntgen filmi vb.) ve ne tür tedavi yöntemlerinin (hangi ilaçların nasıl bir dozajla) kullanılacağı konularında kararı hekim verecektir.

Sağlık hizmetlerinin esas olarak paket halinde talep edilmesi, dolaylı sağlık hizmetlerine ve tıbbi cihaz, ilaç gibi sağlık ürünlerine talebin birer dolaylı talep olmasına yol açar. Ayrıca, paket halinde talep söz konusu olduğu ve hastanın bu paketin içeriği hakkında yeterli bilgisi olmadığı için, hasta genellikle kendisine önerilen tedavi paketini bütün olarak kabul etme ya da reddetme seçenekleriyle karşı karşıyadır.

2.3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ RASTSALDIR

Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağı önceden belirlenemez. Talep tahmin yöntemleriyle bazı öngörülerde bulunabilmesine karşın, bu öngörülerde yanılma payı oldukça yüksektir. Bu nedenle de sağlık hizmeti sunan işletmeler, genellikle atıl

⁶² TOKAT, Mehmet: Sağlık Ekonomisi, agc.. s. 11-12.

kapasiteyle çalışmak zorunda kalmaktadır. Zira, bir trafik kazasının ne zaman gerçekleşeceği bilinemediği gibi, böyle bir kaza nedeniyle çok sayıda yaralının hastaneye başvurma olasılığı her zaman vardır.

Bu olasılığın gerçekleşmesi durumunda, insan hayatının söz konusu olduğu ve böyle bir olaya kayıtsız kalınmayacağı için de, bu tür ani talepleri karşılayacak yatak, personel vb. unsurların bulundurulması, teknik deyimle atıl kapasitenin sürekli varolması gerekmektedir. Bu da, sağlık işletmelerinin maliyetini yükseltmektedir. Söz konusu maliyetin özel sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi, bu işletmelerin kâr amacına uygun düşmemektedir. Zira, özel kurumlar kendilerine başvuran hastalardan bu atıl kapasitenin bedelini tahsil etme olanağına sahip değildir. Bu maliyetin genel vergilerle karşılanması, dolayısıyla bu atıl kapasitenin kamu sağlık işletmelerinde bulundurulması uygun olmaktadır.

2.3.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ULAŞILABİLİRLİĞİ TALEBİ ARTIRMAKTADIR

Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik talep, kişinin kendi sağlığını algılama düzeyine bağlıdır. Kişinin sağlık düzeyinde bir sorun olduğunu düşünmesi, sağlık kurumuna başvurması için önkoşul niteliğindedir. Bundan sonra, kişinin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlık kurumuna başvurusunda en önemli kriterlerden biri olmaktadır. Belli bir hekimin bulunması, sağlık kurumunun hastanın ikamet ettiği yere yakın olması, ulaşım harcamalarının düşüklüğü sağlık hizmeti kullanımını artırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyini etkileyen faktörler üç grupta ele alınmaktadır. Bunlar kişisel etmenler, kolaylaştırıcı etmenler ve gereksinim etmenleridir⁶³. Burada sözü edilen kolaylaştırıcı etmenler, hizmeti elde edebilme yeteneği; gereksinim ise hastalığını algılama düzeyine yani hastalığının şiddetine bağlı olarak ortaya çıkan tıbbi bakıma duyduğu gereksinimdir.

⁶³ DİNÇER, T., KAVUNCUBAŞI, Ş. ve ALOĞLU, E.; "Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı". Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 62, s. 116'de zikredilen kaynak ANDERSEN, R., KRAVİTİS, J., ENDERSON, W.O., Equity in Health Services Emprical Analyses in Social Policy, Cambridge, 1975.

Ülkemizde yapılmış saha çalışmalarında yukarıda sözü edilen gruplandırmaya uygun olarak tesbit edilmiş belirleyici etmenlerin sağlık hizmetlerini kullanım düzeyi etkileri araştırılmış ve yaklaşık aynı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalardan birisi de Adıyaman, Ankara, Antalya, Denizli, Mersin, İstanbul, İzmir, Konya, Muğla, Samsun, Trabzon ve Zonguldak illerinde bulunan sağlık kurumlarına başvuran hastalar arasında örneklemeyle seçilen 2733 kişiye uygulanan anket çalışmasıdır⁶⁴. Çalışmada, diğer etmenlerin yanında, hastanın sağlık kurumuna uzaklığının başvuru süresi açısından önemli bir kriter olduğu belirlenmiştir.

1990 yılında 166 kişinin katıldığı bir başka anket çalışmasında; “İlk başvuru yeriniz neresidir?” sorusuna verilen yanıtların yüzde 50’si hastane, yüzde 34’ü özel hekim şeklinde olmuştur. Bunun nedeni sorulduğunda katılanların yüzde 80’i tarafından tanı, tedavi ve ulaşılabilirlik üstünlüğü yanıtı verilmiştir⁶⁵. Bu da göstermektedir ki, hizmete ulaşılabilirlik düzeyi, sağlık hizmet talebini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık kurumları arasındaki tercihlerde de etkili olmaktadır.

Gerek Ülkemizdeki alan araştırmalarının, gerekse yurtdışında yapılmış araştırmaların gösterdiği gibi, kişinin hizmete ulaşılabilirlik düzeyi, sağlık hizmetleri talebi üzerinde önemli bir etkendir. Birçok sağlık kurumu tarafından yürütülen gezici sağlık ekibi uygulamaları da, bu gerçeğe dayanmaktadır. Özellikle ağız ve diş sağlığı açısından ve verem gibi bazı bulaşıcı hastalıkların tesbiti açısından gezici sağlık hizmeti sunulması durumunda, hizmet kullanım düzeyinin yükseldiği görülmektedir.

2.3.6. SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİGORTASI YAYGINLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİ ARTIRMAKTADIR

Sağlık harcamaları gelir esnekliğinin yüksek olduğu yukarıdaki açıklamalarda belirtilmişti. Bu durum, belli bir gelir düzeyine kadar doyurulmamış ya da ertelenmiş bir sağlık hizmeti talebinin de varlığına işaret etmektedir. Ülkede sosyal güvenlik ve sağlık

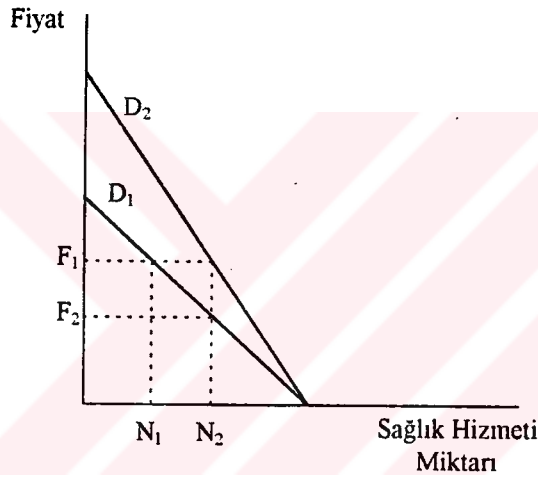
⁶⁴ Bu anket çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu öğretim üyelerinden Doç. Dr. Tevfik Dinçer’in yönetiminde bir ekip tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Anketin genel değerlendirmesi için Bkz. DİNÇER, T., KAVUNCUBAŞI, Ş. ve ALOĞLU, E.; “Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı”, age., ss. 115-121.

⁶⁵ DİZDAR, Yavuz; “Türkiye Sağlık Hizmetleri Arz ve Taleplerinde Yanlış Yönlenim İçerisindedir”, Toplum ve Hekim, Şubat 1993. s. 21.

sigortası sistemleri yaygınlaştıkça, söz konusu doyurulmamış ya da ertelenmiş hizmet talebi gündeme gelmektedir. Özellikle, kullanılan sağlık hizmeti miktarıyla ödenen prim arasında bağlantı kurulmamış sigorta sistemlerinde, hizmet talebinin daha fazla arttığı görülmektedir.

Zorunlu kamu sağlık sigortası programlarında, genellikle gelirin belli bir oranı olarak prim kesintisi yapılmaktadır. Bu durumda, çalışanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, kendi bütçesinden harcama yapmaları durumunda sağlık hizmeti talep etmeyecekleri sorunlarında da, hizmet talebinde bulunmaktadır. Bu da, sağlık hizmetleri talebinin ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Sağlık sigortasının sağlık hizmetleri talebi üzerindeki etkisi, bu amaçla çizilmiş olan, aşağıdaki Şekil 4 yardımıyla gösterilebilir.



ŞEKİL 4: SAĞLIK SİGORTASININ PİYASA DENGESİNE ETKİSİ

Şekilden görüldüğü gibi, standart bir sağlık hizmetinin fiyatı F_1 olduğunda, N_1 miktarında sağlık hizmeti talep edilecektir. Sağlık hizmeti harcamalarının bir bölümü (örneğin $F_1 F_2$ kadar), kullanılan sağlık hizmeti ile ödenen primlerin ilişkisinin bulunmadığı bir sağlık sigortası tarafından karşılanması durumunda, D_1 talep doğrusuna göre, tüketicilerin talep edecekleri hizmet miktarı N_1 'den N_2 'ye yükselmektedir.

Bu durumda tüketicinin ödeyeceği fiyat F_2 olmakla birlikte, piyasada sağlık hizmetinin fiyatı F_1 'dir. Buna göre tüketici D_1 talep doğrusu üzerinde kalmakla birlikte, "fiili sağlık hizmeti talep doğrusu" D_1 'den D_2 'ye kaymış, dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasa talebi artmış olacaktır.

Kuşkusuz talep ve harcamalardaki bu artışın sonuçlarını değerlendirebilmek için, söz konusu sağlık hizmeti tüketiminin ne ölçüde tıbbi gereksinimden kaynaklandığının bilinmesi gerekmektedir. Yeterli gelire sahip olmadığı için hekime başvuramayan bireylerin, sağlık sigortası sonrasında, gerekli sağlık hizmeti tüketim düzeyine ulaşması, toplumun sağlık statüsünün yükselmesine katkıda bulunacaktır. Buna karşılık, tıbbi gereksinimden kaynaklanmayan hekim başvurularının artması, sağlık sektöründeki iş yükünün gereğinden fazla artırması yanında, geçekten tıbbi gereksinimi olan bireylere gerekli hizmetin sunulmaması gibi bir sonuca da yol açabilecektir.

2.3.7. SOSYO-EKONOMİK GELİŞME SAĞLIK HİZMETİ TALEBİNİ ARTIRMAKTADIR

Toplumun sosyo-ekonomik gelişme düzeyi, sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimi ve dolayısıyla talebi artıracaktır. Bireylerin tıbbi bakım konusunda edindikleri önbilgiler, hekime başvurulması gereken durumların daha net olarak ayırdedilmesini sağlayacak, böylece daha yoğun, aynı zamanda daha etkin sağlık hizmeti tüketimi söz konusu olacaktır. Örneğin periyodik olarak “chek-up (tam sağlık kontrolü)” yaptırma alışkanlığı daha çok üst-orta gelir gruplarında, kentlerde ve sosyal açıdan daha gelişmiş olan bölgelerde yaygındır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili olarak, 1992 yılında yapılan bir alan araştırmasında, yukarıdaki yargıyı doğrulayan bulgular elde edilmiştir. Bu araştırmanın bulgularına göre toplumun hekime başvuru oranı batıdan doğuya ve kentsel kesimden kırsal kesime gittikçe azalmaktadır. Kentsel kesimde tüm yaş gruplarında 3,1 olan yıllık hekime başvuru oranı, kırsal kesimde 1,6'ya düşmektedir⁶⁶. DİE tarafından, 1974-1975 yıllarına ilişkin olarak yapılan nüfus araştırmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırmaya göre de, metropollerde yaşayanların % 98,3'ü ölmeden önce hekim tarafından muayene edilirken, bu oran nüfusu 50000-10000 arasında olan yerleşim

⁶⁶ TÜRKAY, Figen ve arkadaşları: Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, Ankara, 1997, ss. 12-13.

yerlerinde % 81,3'e, gelişmiş kırsal yörelerde % 58,1'e, orta gelişmişlikteki kırsal yörelerde %48'e, azgelişmiş kırsal yörelerde %33,1'e düşmektedir⁶⁷.

Sosyo-ekonomik gelişme düzeyiyle bağlantılı olarak ortaya çıkan sağlık hizmeti tüketimi, başlangıçta özel ve kamu sağlık harcamalarını artıran bir unsurdur. Ancak bu tüketim, tıbbi sorunların başlangıçta belirlenmesini sağladığı ölçüde, ileride yapılması gereken daha yüksek harcamaları engellediği gibi, tıbbi müdahalenin başarısını da yükseltmektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde ve bölgelerde artan sağlık harcamaları, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkısı bulunmaktadır. Kuşkusuz, ülke düzeyinde toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, sağlık bilincinin kır-kent farklılığı olmaksızın, tüm ülkede yaygınlaşması gerekmektedir.

Buraya kadar yapılan açıklamalardan görüldüğü gibi, sağlık sektörü, diğer sektörlerden farklı özelliklere sahiptir. Sektörle ilgili değerlendirmelerde, bu farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Zira, sektörde sunulan hizmetler doğrudan insan hayatının devamı veya kalitesiyle ilgilidir. Bu nedenle de, başarılı bir sağlık sistemi, toplumdaki bireylerin niteliklerinin gelişimine ve daha yüksek bir nüfus kalitesine ulaşılmasına katkıda bulunacaktır. Çalışmamızın ikinci bölümünde ele alınacağı gibi, sağlık sektörünü ekonomik kalkınma açısından önemli kılan da, budur.

⁶⁷ FİŞEK, Nusret; "Sağlık Hizmet Araştırmalarında Demografinin Yeri", Nüfusbilim Dergisi, Cilt:5, 1983, ss. 41-42.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN EKONOMİK KALKINMAYLA İLİŞKİSİ

Ekonomik kalkınma, birçok sosyal ve ekonomik faktörden etkilenen bir süreçtir. Bu süreçte sağlık sektörü tarafından sunulan hizmetler de büyük önem taşımaktadır. Öncelikle, sağlıklı bireyler daha mutlu ve huzurlu bir yaşam süreçleri için, daha verimli olarak ekonomik faaliyetlerde yer alabilecekler ve bu şekilde ekonomik kalkınma sürecine daha etkin bir şekilde katılabileceklerdir. Ayrıca, toplumlar ekonomik kalkınma sürecinde daha iyi bir konuma geldikçe, sağlık hizmetlerine talep ve dolayısıyla sağlık harcamaları artacaktır. Bu ise, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunacaktır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri ile ekonomik ve sosyal kalkınma arasında birbirini besleyen çift yönlü ilişki söz konusudur.

Kalkınma ve sağlık hizmetleri arasındaki bu çift yönlü ilişki, sağlık hizmetlerinin hem bir yatırım unsuru, hem de bir tüketim unsuru olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetleri yatırım niteliğindedir; zira, artan sağlık hizmeti tüketimi, insanın sağlık sermayesi stokunun artmasını sağlamakta ve böylece, en önemli üretim faktörü olan insanın geliştirilmesine hizmet etmektedir. Sağlık hizmetleri bir tüketim niteliği de taşımaktadır; zira, sağlık hizmetlerinin kullanımı, kişilerin sağlıklı olma ihtiyacını karşılamaktadır. Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetleri; insan sermayesi stokuna ilave anlamında olduğu için yatırım, insanın sağlıklı olma ihtiyacını tatmin ettiği için tüketimdir. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri, kalkınmaya hizmet eden bir yönü olmasına karşılık, kendisi de, kalkınmanın sonuçlarından etkilenmektedir.

Aşağıda, bu ilişkilerin çerçevesini belirlemek amacıyla yapılacak olan değerlendirmede, öncelikle ekonomik kalkınma ve kalkınmada insan faktörünün önemine değinilecek, daha sonra da sağlık sektörünün ekonomik kalkınmaya etkileri ele alınacaktır.

1. EKONOMİK KALKINMA VE İNSAN UNSURU

Kalkınma, son yüzyılın ekonomi literatüründe en çok işlenen konulardan biridir. Bununla birlikte, sosyal bilimlerin birçok alanında olduğu gibi, burada da kavram karışıklığı ortaya çıkabilmektedir. Nitekim, kalkınma, büyüme ve gelişme kavramlarının, farklı tanımlara karşılık gelecek şekilde kullanımı söz konusudur. Çalışmamızın kapsamı açısından bu konuda ayrıntıya girilmesi gereksiz olmakla birlikte, konumuzu yakından ilgilendiren beşeri sermayenin öneminin ortaya konulabilmesi, bu kavramlara belli bir açıklık getirilmesini gerektirmektedir.

Kalkınma, salt üretimin ve kişi başına gelirin artırılması demek olmayıp, az gelişmiş bir ekonomide iktisadi ve sosyo-kültürel yapının da değiştirilmesi, yenileştirilmesidir. Kişi başına düşen milli gelirin artması yanında, genel olarak üretim faktörlerinin etkinlik ve miktarlarının değişmesi, sanayi kesiminin milli gelir ve ihracat içindeki payının artması gibi yapısal değişiklikler, kalkınmanın temel öğeleridir. **Büyüme** ise, nitelikten çok nicelik bakımından ortaya çıkan bir değişikliktir. Bir ekonominin büyümesi, mutlaka o ekonomide yapısal değişimleri gerektirmez. Büyüme, sadece üretimin ve kişi başına gelirin artırılması olarak kabul edilebilir. Kavram kargaşası nedeniyle kimi yerli ve yabancı kaynaklarda **gelişme** ile **büyüme**, kimilerinde ise **gelişme** ile **kalkınma** eş anlamlı kabul edilmektedir⁶⁸.

Oysa, ekonomik kalkınma kavramı, büyümeyle birlikte nitel ve nicel yapısal değişimleri kapsamaktadır. Bu nedenle kalkınma kavramı, yalnızca az gelişmiş ülke ve bölgeler için kullanılmaktadır. **Gelişme süreci** ise, gelişmiş veya az gelişmiş her ülke veya bölgede, büyüme yanında nitel ve nicel unsurları da içeren yapısal değişmelerle birlikte gerçekleşmektedir⁶⁹. Bir başka ifadeyle, kapsam bakımından kalkınma ve gelişme kavramları arasında; kullanıldığı coğrafik mekan bakımından büyüme ve gelişme kavramları arasında benzerlik söz konusudur.

⁶⁸ HAN, Ergül; İktisadi Kalkınma, Anadolu Üniversitesi Yayın No:122, Eskişehir, 1993, s. 4.

⁶⁹ ERKAN, Hüsnü; Sosyo-Ekonomik Bölgesel Gelişme - Teorik ve Uygulamalı Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1987, s. 3.

Bu açıklamalardan anlaşılacağı gibi, ekonomik kalkınma daha çok az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler için söz konusu iken, günümüzün gelişmiş ülkelerinde amaç, mevcut düzeyin korunması ve geliştirilmesidir. Buna göre gelişmiş ülkelerde de, yalnızca üretim hacminin artması anlamında ekonomik büyüme değil, sahip olunan yapısal özelliklerin de gerektiği gibi değişimini içerecek şekilde, ekonomik gelişmeden söz edilmesi daha doğru olacaktır. Nitekim, bugünün az gelişmiş ülkeleri kalkınmalarını sağlamak için sanayileşme yolunda çaba harcarken; gelişmiş ülkeler, teknik ve ekonomik olarak bilgi toplumunun gereklerini yerine getirmeye çalışmaktadır. Buna göre ekonomik gelişme, sonu olmayan, hedefe ulaşıldıkça yeni hedeflerin ortaya çıktığı bir süreçtir.

Bir ekonomi politikası amacı olarak kalkınma, özellikle İkinci Dünya Savaşı izleyen yıllarda popüler hale gelmiştir. Bunda, İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki ideolojik ayrılaşmanın ve çok sayıdaki ulusal devletin bağımsızlığını kazanmasının etkisi vardır. Zira, yeni bağımsızlığını kazanan ulusal devletlerin çoğunluğu, bu tarihe kadar gelişmiş ülkelerin sömürgesi durumundaydı ve ekonomik gelişme düzeyleri çok düşüktü. O yıllarda Dünyada sosyalist bir blok oluşturmak amacındaki SSCB, bu ülkelerdeki gerikalmışlığı kapitalist ülkelerle olan ilişkilerine bağlıyor ve kalkınmaları için bu ülkelerin sosyalist devrimi gerçekleştirmeleri gerektiğini savunuyordu. Bu tezin söz konusu ülkeler arasında da taraftar bulması, ABD başta olmak üzere Batı Dünyasının ilgisini kalkınma sorunlarına çekmişti.

Bu ülkelerin ekonomik kalkınma amacına yönelmelerindeki gerekçelerin ve kalkınma kavramının içeriğinin daha iyi değerlendirilebilmesi için, bu ülkelerin ortak özelliklerinin bilinmesi yararlı olacaktır. Zira, çok genel ifadeyle kalkınma, az gelişmişliğin ortadan kaldırılmasıdır. Bununla birlikte, burada sözü edilecek olan özellikler, gelişmekte olan veya az gelişmiş ülke olarak nitelendirilen ülkelerin özelliklerini genel olarak yansıtmaktadır. Kuşkusuz bu grupta yer alan ülkelerin tümünde, bu özelliklerin tamamı görülmeyebilir.

Günümüzde kalkınma sorununu yaşayan ülkelerin ortak özellikleri genellikle beş grup olarak ele alınmaktadır. Bunlar; ekonomik, demografik, sosyal, teknolojik, siyasal ve idari özellikler olarak sıralanabilir⁷⁰.

Ekonomik Özellikler;

- Kişi başına düşen gelir miktarı çok düşüktür.
- Gelir dağılımı (kişisel, fonksiyonel, sektörel, bölgesel gibi) her açıdan çok dengesizdir.
- Tasarruf eğilimi düşüktür.
- Tasarrufların dağılımı dengesizdir ve halkın büyük kısmı tasarrufta bulunamaz.
- Kişi başına düşen sermaye miktarı çok azdır.
- Mevcut olan az miktardaki sermaye de kötü kullanılmaktadır.
- Nüfusun büyük bir kısmı tarım sektöründedir.
- Tarım sektöründe gizli işsizlik çok yaygındır.
- Tarım dışı sektörlerde istihdam olanakları azdır.
- Tarım, ormancılık ve madencilik sektörlerinde çalışanlar, başka sektörlerde iş bulamadıkları için bu sektörlerde kalırlar.
- Tarımsal üretim çoğunlukla hububattan meydana gelir.
- Harcamaların büyük kısmı yiyecek mallarına ayrılır.
- İhracatın büyük kısmı yiyecek malları ve hammaddelerdir.
- Kredi ve pazarlama mekanizması yetersizdir.
- Tarımsal ürünlerin pazarlama oranları düşüktür.
- Sanayi sektörünün üretimi sınırlıdır ve gerek hammadde gerek teknoloji yönünden dışa bağımlıdır.
- Hizmet sektörü normalin üstünde büyüktür ve bu sektörde de marjinal verimliliği çok düşük işler çoğunluktadır.
- Özel girişimcilik gelişmemiştir.
- Modern ve geleneksel kesim yan yana bulunur. Birçok alanda ikili yapı (düalizm) vardır.

⁷⁰ Bu özellikler hakkında geniş bilgi için bkz. SAVAS, Vural; Kalkınma Ekonomisi, 4. Baskı, İstanbul, 1986, ss. 15-29; KAYNAK, Muhteşem; Ekonomik Kalkınma, Ankara, 1988, ss. 14-19; HAN, Ergül; İktisadi Kalkınma, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:122, Eskişehir, 1993, ss. 16-35; TÜRK, İsmail; Maliye Politikası Amaçlar-Araçlar ve Çağdaş Bütçe Teorileri, Gözden Geçirilmiş 6. Baskı, Ankara, 1985, ss. 147-149.

Demografik Özellikler;

- Hızlı nüfus artışı vardır.
- Doğum ve ölüm artış oranları yüksektir.
- Aktif olmayan nüfusun aktif nüfusa oranı, yani bağımlılık oranı yüksektir.
- Ortalama ömür kısadır.
- Nüfus yetersiz ve yanlış beslenmektedir.
- Sağlık koruma önlemleri yetersizdir.
- Sağlık sektörüyle ilgili nicel ve nitel göstergeler çok düşüktür.
- Konut sorunu çözülememiştir.
- Kırsal nüfus aşırı kalabalıktır.

Sosyal Özellikler;

- Geleneksel toplum yapısı egemendir.
- Kadınların sosyal statüleri çok düşüktür.
- Çocuk işçiler çoktur.
- Orta sınıf çok zayıftır.
- Eğitim seviyesi düşüktür.
- Okuma yazma bilmeyenlerin oranı yüksektir.

Teknolojik Özellikler;

- Tarımda verimlilik düşüktür.
- Teknik üretim ve teknik kadro yetersizdir.
- Haberleşme ve ulaşım araçları yetersizdir.
- Mevcut teknoloji ilkelidir.

Siyasal ve İdari Özellikler;

- Demokratik bir yönetim şekli benimsenmiş olsa bile, farklı siyasal mekanizma arayışları söz konusudur.
- Devletin ekonomiye müdahalesi yanında, ordunun da siyasette etkinliği vardır.
- Bürokratik organizasyonda yetersizlikler yoğunudur.
- Toplumsal disiplin yoktur.
- İdari konularda merkezîyetçi yapı egemendir.
- Şeklen hukuk kuralları olmasına rağmen keyfi kararlar çoktur.

Yukarıda sayılan bu özelliklerin ortadan kaldırılmasında veya olumlu yönde değiştirilmesinde, üretim artışını ifade eden GSMH artışının, yani, salt ekonomik büyümenin yeterli olmayacağı açıktır. İşte bu nedenle de, söz konusu özelliklere sahip olan ülkeler, ekonomik büyümeden daha geniş kapsamlı olan kalkınmayı hedef olarak almaktadırlar. Ekonomik ve sosyal kalkınmalarını gerçekleştirerek, gelişmiş ülkelerle aralarındaki açığı kapatmaya çalışmaktadırlar.

Bu çabaların sonucu olarak, 1950'lerden bu yana birçok azgelişmiş ülkede, önemli ekonomik ve sosyal gelişmeler sağlanmıştır. Ne var ki, bu gelişmeler, azgelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelerle aralarındaki açığı kapatmaya yetmemiştir. Bu farkın kapatılabilmesi için, azgelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelere çok daha hızlı bir gelişme sürecine girmeleri gerekmektedir.

Buna karşılık, azgelişmiş ülkelerin gelişme hızını düşüren, dolayısıyla hedeflerine ulaşmalarını engelleyen bazı unsurlar söz konusudur. Kısaca kalkınmanın engelleri olarak adlandırılabilir olan bu unsurların ortadan kaldırılması ya da en azından etkilerinin hafifletilmesi, kalkınma ekonomisinin en önemli ilgi alanıdır. Bu önem nedeniyle de, azgelişmiş ülkelerin kalkınmalarına engel olan faktörler hakkında, birçok teorik yaklaşım geliştirilmiştir.

Bu yaklaşımların belli başlıları; geleneksel kalkınma literatürü yaklaşımı, yapısalcı yaklaşım ve bağımlılık yaklaşımıdır⁷¹. Bu yaklaşımlarda azgelişmiş ülkelerin neden kalkınmadıkları belli açılardan incelenmektedir. Azgelişmişlik, geleneksel kalkınma literatürü yaklaşımında kısır döngü ile; yapısalcı yaklaşımda ulusal ekonominin yapısal özelliklerine bağlı olarak; bağımlılık yaklaşımında ise, tarihsel bir bakış açısıyla, azgelişmiş ülkelerin diğer ekonomilerle ilişkileri çerçevesinde açıklanmaktadır.

Kuşkusuz bu yaklaşımların her biri, azgelişmişliği açıklayan önemli bilgiler içermektedir. Bu nedenle söz konusu yaklaşımlardan yararlanarak, azgelişmişliği bütüncül olarak ele almak ve bu şekilde konunun iç ve dış dinamiklerini birlikte değerlendirmek gerekmektedir. Ancak bunun yapılması çalışmamızın kapsamı açısından gereksiz olup, burada yalnızca yukarıda sözü edilen eksikliklerin değerlendirilmesi yeterli olacaktır.

⁷¹ KAYNAK, Muhteşem; Ekonomik Kalkınma, age., 1988, s.4.

Kalkınma konusunda yapılmış çalışmalar değerlendirildiğinde, az gelişmiş ülkelerin başlıca iki açık nedeniyle kalkınmalarını sağlayamadıkları görülmektedir. Aynı zamanda kalkınmanın itici güçleri olan bu unsurlar, sermaye birikimi ve teknolojidir. Esas olarak, birbiriyle yakından ilişkili olan bu iki unsurdan biri olmadan diğerinin fazla anlam taşımadığı açık bir gerçektir. Zira, kalkınma açısından teknolojinin önemi, onun üretimde kullanılmasına bağlıdır. Üretim sürecini daha verimli kılacak olan teknolojinin, ülke içinde geliştirilmesi tercih edilen bir durum olmakla birlikte, çoğunlukla az gelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelere ithal ettikleri teknolojileri kullandığını görmekteyiz. Bu ise, kullanılan mevcut makinalardan daha gelişmiş makinaların ithal edilmesi yoluyla olmaktadır ki; üretimde kullanılan makinaların artması veya geliştirilip yenilenmesi, doğrudan fiziki sermaye birikimi anlamına gelmektedir.

Sermaye, ülke gelirinin gelecekteki akımını çoğaltmak üzere tüm aktiflere yapılan katkıları ifade ettiğinden, ilk bakışta tüketim malı olarak nitelendirilen birçok mal ve hizmetlerin de sermaye stoku içinde yer alması gerekir. Bir ülkenin üretim potansiyelini ve böylece kişi başına gelir düzeyini artırmanın yolu olarak üretim kapasitesini genişletmek, yalnızca fiziki sermayenin çoğaltılmasıyla değil, beşeri sermayeye yapılan yatırımların genişletilmesi, kısaca verimliliğin artmasına katkıda bulunan her türlü harcamanın çoğaltılmasıyla gerçekleşir. Özetle sermaye birikimini, ekonominin mevcut üretim araçlarına doğrudan ve dolaylı olarak yapılmış tüm katkılar şeklinde tanımlayabiliriz⁷². Bu nedenle kalkınma açısından sermayenin yalnızca fiziki sermaye olarak algılanması yetersizdir. Bunun yerine, **sermaye birikimi kavramının fiziki ve beşeri sermayeyi birlikte kapsayacak şekilde, geniş anlamda ele alınması gerekmektedir.** Çalışmamızda da sermaye birikimi kavramı, aksi belirtilmedikçe geniş anlamda sermayeyi belirtmektedir.

Daha iyi eğitilmiş ve beceri kazandırılmış, dengeli ve sağlıklı beslenebilen kültürlü bir insan kaynağı, daha verimli çalışabilen beşeri sermaye, dolayısıyla artan emek verimliliği demektir. Kaldı ki, beşeri sermayenin niteliği sürekli yükseltilmedikçe, fiziki yatırımları geliştirip derinleştirmenin çok fazla yararı olmayacak, kalkınma süreci bundan beklediği faydayı sağlayamayacaktır. Zaten kalkınmada temel sorun servetin yaratılması

⁷² KAYNAK, Muhteşem; Ekonomik Kalkınma, Ankara, 1988, s. 65.

değil; serveti yaratacak kapasitenin yaratılması, yani, beyin gücünün yaratılmasıdır. Beyin gücü geliştirildikçe, fiziki yatırımlar daha etkin bir şekilde kullanılabilir, üretimle ilgili sorunlar daha sistematik olarak çözülebilecek ve ekonomik kurumların organizasyonu daha iyi yapılabilecektir. Böylece faktör girdilerinden sağlanacak hasıllar, beyin gücü sayesinde daha üst düzeylere sıçrama olanağı bularak kalkınma süreci daha kısa sürede tamamlanabilecektir⁷³.

Günümüzde gelişmiş ülkelerle azgelişmiş ülkeler arasındaki farklılıkların en önemlisi de, ilk gruptaki ülkelerin beyin gücünün yani beşeri sermayenin önemini kavramalarıdır. Bugünün gelişmiş ülkelere baktığımızda, bu ülkelerin sermaye birikimini sağladıkları, teknoloji üretimine yönelik kurumsal yapılarını oluşturdukları ve bunlardan daha önemli olarak, nüfus kalitesini geliştirecek yatırımlara çok önem verdiklerini görmekteyiz. Gelişmiş ülkeler nüfus kalitesinin, bir başka ifadeyle, nitelikli insangücünün önemini kavradıkları için, çok önceden bu alanda yatırımlara başlamışlar ve beşeri sermaye yatırımı da denilen eğitim, sağlık, beslenme, konut gibi alanlarda atılma girişmişlerdir.

Bu gerçekten hareketle günümüzün azgelişmiş ülkeleri de bu alanlara önem vermek zorundadırlar. Esas olarak, azgelişmiş ülkelerin kalkınmalarını engelleyen, sadece fiziki sermaye ve teknoloji yetersizliği değil, nitelikli insangücü kıtlığıdır. Bu ülkeler her türlü üretimin temel ögesini oluşturan insanı sağlıklı, yeterince beslenmiş ve eğitilmiş hale getirdikçe ekonomik büyümeyi kalkınmaya dönüştürebileceklerdir⁷⁴. Beşeri sermayenin geliştirilmesi için yeterli çaba harcanmadığında, ekonomik büyümenin kalkınmaya dönüşüp süreklilik kazanması mümkün değildir. Azgelişmiş ülkelerin bu gerçeği kavramadan, mevcut koşullarla gelişmiş ülkeleri yakalamaları son derece güçtür. Zira, gelişmiş ve azgelişmiş ülke grupları arasındaki fark öylesine açılmıştır ki, azgelişmiş ülkelerin GSMH artış hızları, genellikle gelişmiş ülkelerin GSMH artış hızından daha yüksek olmasına rağmen, bu farkın mevcut trendlerle kapatılması çok uzun süreyi gerektirmektedir.

⁷³ KAYNAK, Muhteşem; Ekonomik Kalkınma, Ankara, 1988, s. 105.

⁷⁴ TOKGÖZ, Erdinç; "Sosyal Gelişimde Sağlık", a.g.e., s. 497.

Örneğin, 1985-1994 döneminde, Dünya Bankası sınıflamasına göre, düşük gelirli ülkeler yıllık ortalama yüzde 3,4 oranında kişi başına GSMH artışı gerçekleştirmişken, aynı dönemde, yüksek gelirli ülkelerin kişi başına GSMH artış hızı yüzde 1,9 olarak gerçekleşmiştir. Buna karşılık 1994 yılında, kişi başına GSMH ortalaması, düşük gelirli ülkelerin grubunda 380 \$ iken, yüksek gelirli ülkeler grubunda 23420 \$ düzeyindedir⁷⁵. Bu artış hızları aynı kalmak kaydıyla, düşük gelirli ülkeler ancak 123 yıl sonra, yüksek gelirli ülkeler grubunun bugünkü gelir düzeyine ulaşabileceklerdir. Yine bu artış hızları aynı kalmak kaydıyla, düşük gelirli ülkelerin yüksek gelirli ülkeler grubunu yakalaması için 282 yıl gerekmektedir.

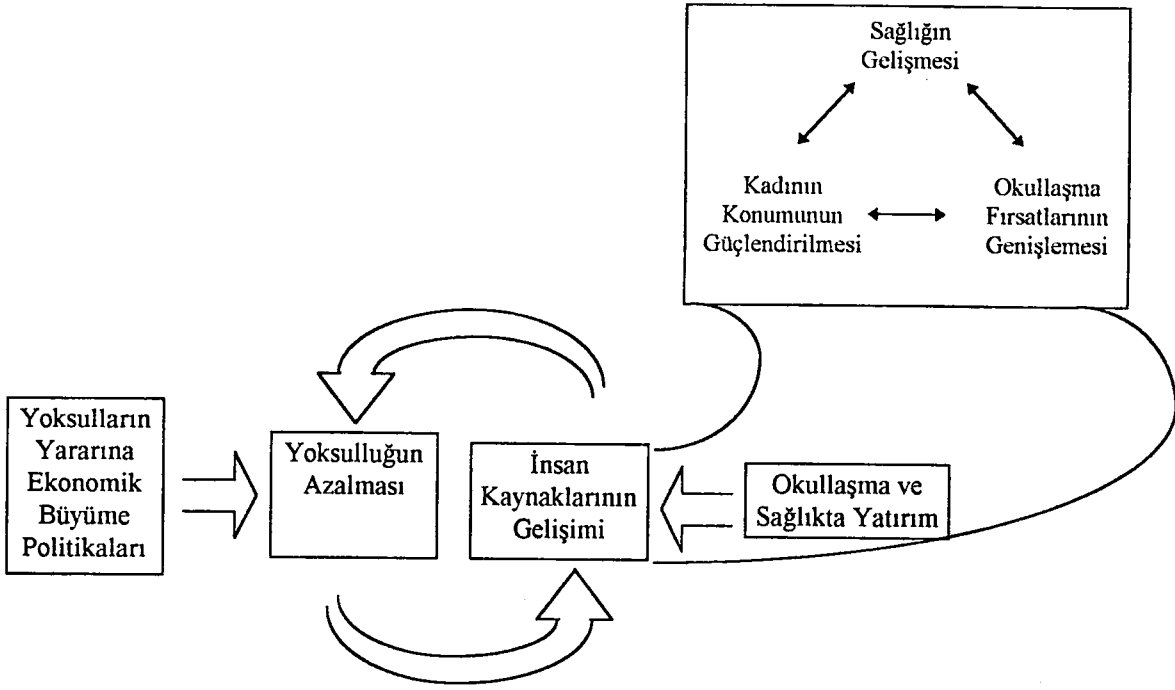
Bu matematiksel örnek de göstermektedir ki, bir az gelişmiş ülkenin gelir düzeyi açısından gelişmiş ülkeleri yakalaması, bu koşullarda neredeyse olanaksız denecek kadar güçtür. O halde, az gelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkeler düzeyine çıkabilmesi için, mevcut koşullarda olağanüstü değişim gerçekleştirebilecek bir ivmeyi yakalaması gerekmektedir. Bu ivmeyi verecek ve ekonomik büyümeyi, kalkınmaya dönüştürüp sürekli kılacak olan gelişme, insan sermayesinin zenginleştirilmesinden başka bir şey olamaz. İnsan sermayesi yaklaşımının önemli isimlerinden Schultz'un da belirttiği gibi, ülkelerin büyüme hızlarındaki farklılıkları açıklayabilecek temel neden, insan sermayesine yapılan yatırımlardaki farklılıklardır⁷⁶.

Az gelişmiş ülkelerin temel sorunu olan yoksulluğun azaltılması ile insan kaynaklarının geliştirilmesi arasında çok yakın ve karşılıklı ilişki vardır. Bu döngü, Şekil 5'de gösterilmiştir.

Şekilden görüldüğü gibi, sağlığın gelişimi, okullaşma düzeyinde sağlanan gelişmeler ve toplumda kadının konumunun güçlendirilmesi; insan kaynaklarının gelişimini besleyen temel unsurlardır. İnsan kaynaklarının gelişimi ise, doğrudan yoksulluğun azalmasını sağlamaktadır.

⁷⁵ WB; World Development Report 1996, Oxford University Press, 1996, s. 188-189.

⁷⁶ SCHULTZ, Theodore W.; Investment in Human Capital, The Free Press, New York, 1971, s. 24.



ŞEKİL 5: KARŞILIKLI GÜÇLENEN DÖNGÜ: YOKSULLUĞUN AZALMASI VE İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞİMİ

KAYNAK: WORLD BANK; *World Development Report 1993, -Investing in Health-*, Oxford University Press, s.37.

Yoksulluğun azalmasıyla insan kaynaklarının gelişimi arasında, çift yönlü nedensellik bulunmaktadır. Zira, gelişen insan kaynakları hem bireysel olarak daha iyi gelir düzeylerine ulaşılmasını, hem de artan verimliliğe bağlı olarak, ekonomik büyümenin yükselmesini sağlamaktadır. Bu şekilde, bireysel düzeyde ve makro düzeyde sağlanan gelir artışları yoksulluğu azaltırken; yoksulluğun azalması, yani, daha yüksek gelir düzeylerine ulaşılması; daha iyi sağlık, daha iyi eğitim olanaklarına kavuşulmasını sağlamaktadır.

Bu süreçte hükümetler tarafından, yoksulların yararına ekonomik büyüme politikaları uygulanması, yoksulluğun azalmasına; okullaşma ve sağlıktaki yatırımlar da, insan kaynaklarının gelişmesine katkıda bulunarak, söz konusu karşılıklı işleyen döngüyü güçlendirmektedir.

Kalkınma açısından beşeri sermayenin fiziki sermayeden çok daha önemli olduğunu göstermek için en sık kullanılan örnek, Avrupa'da ve Japonya'da, İkinci Dünya Savaşının verdiği tahribatın beklenenden daha kısa sürede onarılmasıdır. Bilindiği gibi İkinci Dünya Savaşında özellikle Fransa, İngiltere ve Almanya'daki hava saldırıları ülkelerin üretim tesislerinin büyük bir kısmını kullanılamaz hale getirmişti. Bu ülkeler, savaşın tahribatını ölçmek üzere görevlendirilen iktisatçıların tahminlerinden çok daha

kısa sürede, harap olan üretim tesislerini yenilediler ve çok kısa sayılabilecek bir sürede, Dünyanın ekonomik devleri arasında yerlerini aldılar. Bu örneğin de gösterdiği gibi, nitelikli insangücüne sahip olan ülkeler, kalkınmanın gerekleri olan diğer faktörlerin hazırlanmasında çok fazla zorlanmamaktadırlar.

Esas olarak insan, ekonomik faaliyetlerin özünü oluşturmaktadır. İnsan hem tüketici olarak, hem de bir üretim faktörü olarak ekonomik faaliyette yer almaktadır. İnsanın üretim faktörü olarak üstlendiği fonksiyon nedeniyle, ekonomi teorisinin başlangıcından itibaren ekonomik gelişmede insanın rolü üzerinde durulmuştur. Modern ekonomi biliminin kurucusu olan A. Smith'in ulusların zenginliğini "işgücünün uzmanlaşması ve işbölümü"ne dayandırması bunun güzel bir örneğidir.

Ayrıca, insan yalnızca emek sahibi olarak değil, girişimci olarak da temel üretim faktörlerinden biridir. Doğal kaynakları, işgücünü ve sermayeyi bir araya getirerek üretim organizasyonunu oluşturan, yani üretim yapılmasını sağlayan kişi olarak girişimci, ekonomik kalkınma açısından önemli bir fonksiyonu yerine getirmiş olmaktadır.

Girişimcinin ekonomik gelişmedeki rolünü iyi bir şekilde ortaya koyan iktisatçılardan biri, Schumpeter'dir Schumpeter'e göre kapitalist ülkelerin kalkınması, büyük ölçüde girişimcilerin eseridir. Geri kalmış ülkeler ise dinamik değil; statik girişimci yetiştirdikleri için kalkınmalarını sağlayamamışlardır⁷⁷. Buna göre denilebilir ki, **kalkınmanın en önemli unsuru yenilikçi insandır** ve bu nedenle kalkınma politikalarının merkezinde, "insanın geliştirilmesi"ne yönelik uygulamalar bulunmalıdır.

İnsanın ekonomik kalkınmadaki öneminin anlaşılmasıyla, 1950'lerden sonra geliştirilen insan sermayesi yaklaşımı, bu gereklilikten hareketle oluşturulmuştur. Günümüzde bu alandaki çalışmalar, "İnsan Sermayesi Kuramı" olarak anılmaktadır. İnsan Sermayesi Kuramı çerçevesinde verimlilik, gelir dağılımı, büyüme, istihdam ve insan sermayesi değişkenleri arasındaki ilişkiler mikro ve makro boyutta ele alınmaktadır. İnsana yatırımın kişinin kazancını ve sosyo-kültürel düzeyini belirlemesi yanında firmalar açısından, emek ve girişimci faktörü olarak insanın verimlilik ve üretim artışı üzerine

⁷⁷ ÖZGÜVEN, Ali; İktisadi Büyüme İktisadi Kalkınma Sosyal Kalkınma Planlama ve Japon Kalkınması, İstanbul, 1988, s. 136.

etkisi nedeniyle insan sermayesinin mikro-ekonomik analizi; büyüme, gelir dağılımı, istihdam, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel gelişme ve uluslararası rekabet açısından ise insan sermayesinin makro-ekonomik analizi söz konusudur⁷⁸.

İnsan sermayesinin makro ve mikro analizi çalışmamızın kapsamı dışında olmakla birlikte, genel bir değerlendirme yaptığımızda, İnsan Sermayesi Kuramı'nda eğitimin merkezi bir konu olarak ele alındığını görmekteyiz. Söz konusu yaklaşımlarda sağlık hizmetlerinin önemi yadsınmamakla birlikte, özellikle uygulamalı çalışmalar, eğitimin kalkınma üzerindeki etkileri konusunda yoğunlaşmış durumdadır. Bu yoğunlaşma öylesine belirgindir ki, bazı yazarlar tarafından insan sermayesi teorisi, "eğitimsel yatırım teorisi" olarak da ifade edilebilmektedir⁷⁹. Kısacası, sağlık hizmetleri, insan sermayesinin önemli unsurlarından biri olmasına karşın, bu açıdan değerlendirilmesi yeterince yapılmamıştır⁸⁰.

Oysa insan sermayesi yaklaşımlarının öncüllerinden olan T.W. Schultz'un da belirttiği gibi, sağlık hizmet ve tesisleri, beşeri sermaye yatırımlarının başında gelmektedir⁸¹. İnsan sermayesi yaklaşımına katkıda bulunan diğer yazarlar da, sağlık hizmetlerini, insanın çalışma yeteneğini koruyup geliştirerek, çalışmanın verimini artırmasından dolayı, insana yatırım olarak değerlendirmişlerdir. Örneğin S. J. Mushkin'e göre, sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynaklar (emek ve mallar), sağlık yatırımlarının bir kısmıdır. Bu amaçla yapılan harcamalar, çalışma gücünü korur ve yıllar boyunca geri dönmeye devam eder. Sağlık yatırımları, çalışma gücünü koruyarak ve ileri yıllarda ortaya çıkacak hastalıkları azaltarak gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf edilmesini sağlar. Bu şekilde gelişen insanın sağlık sermayesi stoku, insan sermayesinin

⁷⁸ TUNÇ, Mehtap; Kalkınmada İnsan Sermayesi Yaklaşımları ve Türkiye'de İnsan Sermayesi Boyutunun Analizi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1997, s. 110. Kalkınmada insan sermayesi yaklaşımları hakkında geniş bilgi için bu kaynaktan ve referanslarından yararlanılabilir.

⁷⁹ SAHOTA, Gian Singh; "Theories of Personal Income Distribution A Survey" Journal of Economic Literature, Vol:XVI, March 1978, s. 12.

⁸⁰ İnsan Sermayesi Kuramının ağırlıklı olarak eğitim konusuna yer vermesi, çıktıların ölçülmesi açısından, eğitimin sahip olduğu görece avantajdan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda, sağlık hizmetlerinin insanın yaşam kalitesi üzerine yapmış olduğu katkıların ölçülmesine ilişkin sayısal göstergelerin ve yöntemlerin geliştirilmesine çalışılmaktadır. Bu çalışmalar geliştikçe, İnsan Sermayesi Kuramı içinde sağlık hizmetlerinin de gereken öneme kavuşacağı açıktır.

⁸¹ SCHULTZ, Theodor W.: "Beşeri Sermayeye Yapılan Yatırımlar", age., s.414.

önemli bir bölümünü oluşturur⁸². Dolayısıyla, sağlık sermayesi stokunu artıracak sağlık hizmetleri ve yatırımları, insan sermayesinin artmasını sağlayarak, ülke kalkınmasında çok önemli bir fonksiyon üstlenmektedir. Bu nedenle, sağlık harcamaları ve yatırımları, ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasında vazgeçilmez bir unsurdur.

Buraya kadar yapılan açıklamalardan anlaşılacağı gibi, gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkeler açısından, ekonomik kalkınmada, insan unsuru önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle kalkınma çabasındaki bütün ülkeler, insan sermayesine giderek daha fazla önem vermektedir. Buna bağlı olarak, insan sermaye stokunu geliştiren bir unsur olan sağlık hizmetleri ve sağlık yatırımları da, üzerinde giderek daha fazla durulan konuların başında gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri ile kalkınma arasındaki ilişkilerin daha net bir şekilde ortaya konulması gerekmektedir.

2. SAĞLIK VE EKONOMİK KALKINMA İLİŞKİLERİNDE DÖNÜM NOKTASI: ALMA ATA KONFERANSI

Sağlığın kalkınmanın önemli belirleyicilerinden biri olduğu görüşü, 1960'ların sonlarında ortaya çıkan ve kalkınmanın yeni ölçütlerinin belirlendiği tartışmalarla önem kazanmıştır. Bu döneme kadar kalkınmanın sağlanması açısından, doğrudan milli gelirde artış sağlayacak yatırımlara önem verilmiş ve eğitim, sağlık gibi sosyal sektörler birer tüketim sektörü olarak düşünülmüştür. Bu dönemde kalkınma için daha çok yol, köprü, baraj gibi yatırımlara önem verilmiş ve bu yatırımların yaratacağı ekonomik etkilerin diğer sektörlerle de yansiyarak sosyal sorunların da çözüleceği beklenmiştir. Ancak, büyüme hızlarını artıran birçok Üçüncü Dünya ülkesinde yoksul kesimin bu büyümeden faydalanamadığı görülmüştür.

Bu gerçekten hareketle, kalkınma için yeni kriterler oluşturulmuştur. Bunlar, “beslenme statüsü”; “daha fazla iş olanakları”; “gruplar, sosyal sınıflar ve ülkeler arası artan eşitlik”tir. Bu kriterlerle birlikte o döneme kadar bir tüketim sektörü olarak tanımlanan sağlık, yatırım sektörü olarak görülmeye başlanmış ve bu görüş içinde de en

⁸² MUSHKIN, Selma J.; “Health as an Investment”, Investment in Human Capital, Ed. By B.F. Kiker, University of South Carolina Press, s. 390.

çok, sağlık sektörünün işgücü verimliliğini artırarak kalkınmaya yaptığı fayda göz önüne alınmıştır⁸³.

İşgücü verimliliğindeki artış, ekonomik kalkınma ile sağlık sektörü arasındaki ilişkilerde ilk dikkati çeken konu olmuştur. Öte yandan, sağlık yatırımlarının önemine bu döneme kadar hiç değinilmediğinin düşünülmesi de doğru değildir. Örneğin Pigou, 1947 yılında yayınlanan bir çalışmasında, "toplumun sağlığına, zekasına ve karakterine yapılan yatırım, bütün yatırımlar içinde en önemlisidir"⁸⁴ diyerek bu alana dikkat çekmektedir. Ancak, bu görüşlerin belirtilmesi, sağlık yatırımlarının toplumun geneline yaygınlaşacak bir hizmet ağının oluşturulmasına ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesine yetmemiştir.

Toplumun sağlık statüsünü yükseltme hedefi, "Temel Sağlık Hizmetleri (Primary Health Care)" yaklaşımını gündeme getirmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri⁸⁵ (TSH) kavramının ilk ortaya çıkışı ise, 1850'lerdeki "Halk Sağlığı Hareketi" olduğu belirtilmektedir. Bu hareketin, bugünkü gelişmiş ülkelerin sağlık düzeylerine yaptığı katkı oldukça önemlidir ve bu ülkelerin sağlık düzeyindeki iyileşmelerin, tıp biliminin gelişiminden çok, Halk Sağlığı Hareketi ile paralel olduğu ileri sürülmektedir. TSH kavramının kökeninde de, işte bu hareket bulunmaktadır⁸⁶.

⁸³ TATAR, Mehtap; "Temel Sağlık Hizmetleri: Politik ve İdcolojik Bir Yaklaşım", Toplum ve Hekim, Cilt: 10, Sayı: 67, Mayıs-Haziran 1995, s. 27.

⁸⁴ KLARMAN, Herbert E.; "Investment in Health Care", Investment in Human Capital, (Ed. B.F. KIKER), University of South Carolina Press, s.420.

⁸⁵ Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavramı İngilizce'deki Primary Health Care (PHC)'in karşılığı olarak kullanılmıştır. Bu kavramın Türkçe'ye çevrilisinde kavram kargaşası egemendir. PHC kavramının Türkçe karşılığı olarak Birincil Sağlık Bakımı, Birincil Sağlık Hizmeti, Birinci Basamak Sağlık Bakımı kavramlarının kullanımı da söz konusudur. Bazı çalışmalarda TSH kavramı, "Basic Health Services"ın karşılığı olarak da kullanılmıştır. Ancak biz çalışmamızda TSH kavramını, DSÖ'nün Alma-Ata Deklarasyonunda verilen tanıma uygun olarak PHC'in karşılığı olarak kullanılmaktayız. Kavramın içeriği ve tartışmalar için bkz. WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara Hıfzıssıhha Okulu Yayını, 1980, Ankara; TATAR, Mehtap; "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış: Karmaşa mı Yanılgı mı?" Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 62, Temmuz-Ağustos 1994; TATAR, Mehtap; "Temel Sağlık Hizmetleri: Politik ve İdeolojik Bir Yaklaşım", age.; DİRİCAN, M. Rahmi; "Birincil Sağlık Bakımı (Primary Health Care)", Toplum ve Hekim, Sayı: 25, Ocak 1980.

⁸⁶ TATAR, Mehtap; "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış", age., s.78.

TSH kavramı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi için kullanılması gereken bir yöntemdir. Bu yaklaşım, 1970'lerden sonra geniş ölçüde tartışılmaya başlanmış ve başta DSÖ olmak üzere, sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenmiştir. Bu yaklaşımın benimsenmesinde etkili olan şey, tıp teknolojisindeki hızlı gelişmeye rağmen, ülkelerin sağlık göstergelerinin iyileşmemesidir.

1973 yılı Ocak ayında DSÖ Yürütme Kurulu, "Birçok ülkede, sağlık hizmetlerinin toplumun niteliksel ve niceliksel değişiminde ayak uyduramadığını, toplumların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olmadıklarını, bu durumun hem gelişmiş ülkeler hem de üçüncü Dünya ülkeleri için söz konusu olduğunu" belirtiyordu. Aynı yıl Mayıs ayında 26. Dünya Sağlık Kurulu toplantısında "Sağlık hizmetlerinden yararlanması yetersiz olan nüfus gruplarının gereksinmelerini karşılamaya özel bir önem verilmesi" öneriliyordu.

Yine aynı yıl, DSÖ Genel Başkanı Dr. Mahler, örgütün yıllık raporunu sunarken, DSÖ'nün ve bu örgüte üye ülkelerin en belirgin başarısızlığının temel sağlık hizmetlerinin kapsam, yaygınlık ve niteliklerinin yeterince geliştirilememiş olmasından ileri geldiğini belirtiyordu⁸⁷. Bu yakınmaların ve tesbitlerin yoğunlaşması, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık göstergelerinde 1970'lere kadar sağlanan gelişmenin, bu yıllarda duraklamasından kaynaklanıyordu. Zira, gelişmekte olan ülkelerde rastlanan hastalıkların fakirlik, kötü çevre sağlığı koşulları ve yetersiz beslenmeden kaynaklandığı genel kabul görmüştü⁸⁸.

1975 yılında yapılan 28. Dünya Sağlık Kurulu toplantısında; DSÖ Genel Başkanı "Hekimlikte ve teknolojide çok hızlı bir gelişme olmasına karşılık, ülkelerin çoğunda, yoksunluk bölgelerinde yaşayan insanların büyük bir bölümünün, sağlık durumunun düşük düzeyde olduğuna" değiniyor ve Kurul şu kararı alıyordu: "Olanakların elverdiği en kısa sürede, DSÖ tarafından uluslararası düzeyde bir toplantı yapılmalı ve bu

⁸⁷ DİRİCAN, M. Rahmi; "Birincil Sağlık Bakımı ...", age., s. 28.

⁸⁸ TATAR, Mehtap; "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına ...", age., s.79.

toplantıda ulusal sağlık hizmetlerinin bir b6lümü olarak, birincil sağlık bakımının (PHC) nasıl geliştirileceği tartişılmalıdır”⁸⁹.

Bu kararda, DSÖ ve UNICEF tarafından 1971 yılında başlatılan “gelişmekte olan 6lkelerin temel sağlık gereksinimlerinin karşılamak için alternatif yaklaşımlar” 6retmeye y6nelik çalışma etkili olmuştur. Bu çalışmada, “b6t6n çabalara rağmen gelişmekte olan 6lkelerde sağlık stat6s6n6n y6kseltilemediği ve birçok gelişmekte olan 6lkenin, gelişmiş 6lke modellerine dayanarak taklit ettiği sistemlerin başarısız olduğu” sonucuna ulaşılmış ve “bu 6lkelerde genel kalkınma s6reci ile entegre edilmiş TSH’ne dayalı bir sistemin kurulması gerektiği” vurgulanmıřtır⁹⁰. Bunun 6zerine, 29. D6nya Sağlık Kurulu, SSCB’nin davetini kabul ederek, UNICEF’in de katkılarıyla Alma Ata’da uluslararası bir konferans d6zenlenmesini karara bağlamıştır.

Bu karar uyarınca, 6-12 Eyl6l 1978 tarihlerinde, o g6nk6 adıyla, Kazak Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti başkenti Alma-Ata’da, Temel Sağlık Hizmeti ile ilgili uluslararası bir konferans yapılmıştır. Konferansa, 134 h6k6metin delegasyonu ve Birleşmiş Milletlerden 67 6rg6t temsilcisi ile WHO ve UNICEF’le resmi ilişkileri olan 6zel ihtisas kuruluşları ve h6k6metlere bağlı olmayan 6rg6tler katılmıştır. Konferans sonunda, “D6nyadaki t6m insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi duruma getirmek için t6m h6k6metlerin, t6m sağlık ve kalkınmada g6revli olanların ve D6nya toplumlarının en kısa zamanda gerekli işlemlerin yapılmasına olan gereksinmeyi belirleyen”⁹¹ bir bildiri yayınlanmıştır.

Alma Ata konferansı, sağlık konusunda yapılmış en kapsamlı uluslararası toplantı niteliğindedir. Bu konferansın konumuz açısından anlamı ise, bu toplantının, sağlık ile kalkınma arasındaki ilişkilerin çok net bir şekilde ortaya konulduğu bir uluslararası toplantı olmasıdır. Konferansta, sağlığın temel insan haklarından biri ve uluslararası bir sorun olduğu belirtilerek; toplumların sağlık stat6lerinin y6kseltilmesi için, TSH’ne dayalı bir sağlık sisteminin kurulmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

⁸⁹ DİRİCAN, M. Rahmi: “Birincil Sağlık Bakımı ...”, age., s. 29.

⁹⁰ TATAR, Mehtap; “Temel Sağlık Hizmetlerinin ...”, age., s.80.

⁹¹ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age., s. 3.

Toplumların sağlık statülerinin yükselmesinde temel yöntem olduğu kabul edilen TSH, DSÖ Genel Müdürü ve UNICEF Yönetim Müdürü tarafından hazırlanmış ortak raporda şu şekilde tanımlanmıştır⁹²:

«TSH, birey ve ailelerce kabul edilebilir yollardan, onların katkıları ile, ülke ve toplumca ödenebilecek az bir ücret karşılığında, tüm Dünyada birey ve ailelerin yararlanabilecekleri esas sağlık hizmetidir.»

“TSH en azından, mevcut sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol altında bulundurma metotlarını içeren eğitim; uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve çocuk sağlığı hizmetler, ana sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama yolları; salgın hastalıklardan korunma ve kontrol; genel hastalık ve yaralanmaların uygun şekilde tedavisi ve gerekli ilaçların sağlanmasına ağırlık verir”⁹³ denilerek temel sağlık hizmetinin kapsamı belirlenmektedir.

Bu içeriğe uygun bir şekilde yürütülecek temel sağlık hizmeti “... tüm sağlık sisteminin ve aynı zamanda ülkenin topyekün sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçası”⁹⁴ konumundadır. Kalkınmanın amacı, halkın ekonomik yönden üretken, toplumsal yönden ise doyumlu bir yaşam sürmesidir. Sosyal doyum ve ekonomik üretkenlik, her bir toplumda sosyal ve kültürel değerlere göre farklı şekillerde yorumlanacaktır. Bununla birlikte bireyler, aileler ve toplumlar, ancak ideal bir sağlık düzeyinde iseler yaşamın diğer nimetlerinden zevk alabilirler. Bu nedenle sağlık kalkınması; sosyal ve ekonomik kalkınma için esastır. TSH, sağlık statüsünü geliştirmekle ve kalkınma süreci içinde uyarıcı eylem düzenlemesiyle kalkınmaya katkıda bulunur⁹⁵. Bu nedenle kalkınma ve sağlık ilişkisinde, ülkede uygulanan sofistike tedavi yöntemlerinin gelişmesinin değil, topluma yaygınlaşmış sağlık hizmetlerinin önemi vardır.

TSH yaklaşımı ve bu konferans, sağlık ile ekonomik ve sosyal kalkınma arasındaki ilişkilerin ortaya konulması açısından önemli bir dönüm noktasıdır. Ancak, 1978 yılında Alma Ata Konferansında belirtilmiş ve konferansa katılan 134 hükümetin

⁹² WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age., s. 32.

⁹³ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age., s. 1-2.

⁹⁴ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age., s. 1.

temsilcisi tarafından imzalanan bir bildiri ile kamuoyuna duyurulmuş olmasına karşılık, TSH yaklaşımı üzerindeki tartışmalar hâlâ sürmektedir. Bu tartışmalar, TSH'nin dar ve geniş anlamda ele alınmasına bağlı olarak yapılmakta, bütün ilgililer tarafından kabul edilmekle birlikte, hayata geçirilmesinde önemli engellerle karşılaşmaktadır.

TSH, yalnızca sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması olmayıp, bundan çok daha geniş konuları kapsamaktadır. Temel sağlık, sosyo ekonomik gelişme çabalarının bir parçasıdır ve sağlık ile sosyal ve ekonomik gelişme arasındaki çok yakın ilişki aynı zamanda, hayat şartları ve seviyesindeki sürekli gelişmeye bağlıdır. Bu nedenle, sağlık sektörü çalışmaları ulusal düzeyde, daha alt kademelerde veya küçük yerel seviyelerde eğitim, tarım, hayvan bakımı, içme ve kullanma suları, yerleşme, genel işyerleri, ulaştırma, endüstri ve diğer sektörlerde mevcut sağlık çalışmaları ile koordine edilmelidir. Sağlık çalışmaları, özellikle çocuk ve anne beslenmesinin geliştirilmesi; üretim ve tüketimde artış; özel gelirlerin daha eşit dağılımı; yoksulluğu azaltma önlemleri; çevre koruması ve güzelleştirilmesi gibi konularda alınan önlemlerle beraber yürütülmelidir⁹⁶. Dolayısıyla TSH yaklaşımı, toplumların yaşamını bir bütün olarak algılamakta; ülkeler arası ve ülke içindeki sağlık düzeyleri farkının, diğer alanlarda yaşanan eşitsizliklerin ve yoksulluğun sonucunda ortaya çıktığını kabul etmektedir.

Böylesine geniş kapsamlı bir faaliyet olan TSH yaklaşımının, aradan geçen bu kadar süreye rağmen, bütün ülkelerde kabul edildiği halde uygulamaya konulamamasında ya da kabul edilip uygulamaya konulmasına rağmen başarısız olunmasında, kapsamın geniş olmasının da etkisi büyüktür.

TSH yaklaşımının tam olarak uygulamaya konulamamasında, yaklaşımın geniş kapsamlı olması dışında engeller söz konusudur. Bu engellerin bir kısmı tıp profesyonellerinin tutumundan, bir kısmı finansman yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bunlar kadar önemli olan bir diğer engel ise, hükümetlerin tutumudur.

Birinci basamak sağlık hizmetini de kapsayan ve koruyucu sağlık hizmetlerine tedavi hizmetlerinden daha çok önem veren TSH yaklaşımının sistemleşmesi durumunda

⁹⁵ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age.. s. 40.

⁹⁶ WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, age.. s. 15.

tıp profesyonelleri, yaşam koşulları daha zor olan kırsal yörelerde de hizmet verecek ve bu durum psikolojik sorunun ötesinde mesleki kariyerinin de aksamasına yol açabilecektir. Ayrıca, kamu sağlık hizmetlerinde çalışan tıp personelinin hemen hemen tamamı, aynı zamanda özel sağlık hizmetlerinde tedavi hizmetleri sunmakta ve gelirinin önemli bir kısmını buradan elde etmektedir. Halkın bedelini ödemedeki çok da istekli olmadığı koruyucu hizmetleri yerine getirmek üzere kırsal kesimde çalışılması, bu gelirden vazgeçilmesini gerektirmektedir. Öte yandan, günümüz tıp eğitiminde hekimler, sağlıktan çok hastalıklarla ilgilenmekte ve tedavi hizmeti sunacak şekilde yetiştirilmektedirler. Bu da, koruyucu hizmetlerle daha az ilgilenilmesinin temel gerekçelerinden biridir.

Finansman sorunu, TSH sisteminin yeterince gelişmiş bir düzeyde ve ülkenin tamamında yaygınlaştırılması hedefinden kaynaklanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha ucuz olduğu şeklindeki yaygın düşünceye karşılık, bu düşünce gerçeği tam olarak yansıtmamaktadır. Koruyucu programların, özellikle yüksek risk gruplarına yönelik uygulanmasının maliyeti azalttığı kanıtlanmıştır. Buna karşılık, koruma programlarına yüksek risk grupları yerine, genel nüfusa yönelik olarak veya toplumun taranması gibi konularda başvurulduğunda, programdan elde edilecek yarar yapılan harcamaları karşılamayacaktır⁹⁷. Bir başka ifadeyle, koruyucu hizmetlerde birim maliyetler düşük olmakla birlikte, bu hizmetlerin toplumun geneline sunulması, toplam maliyetleri yükseltmektedir. Özellikle az gelişmiş ülkelerin finansal kaynakları ise böyle bir hizmet sunumuna yetmemektedir.

Hedeflerin çok iddialı, buna karşılık finansman kaynaklarının yetersiz olması, geniş kapsamlı TSH yaklaşımı yerine, daha dar kapsamlı “Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STSH)” yaklaşımının önerilmesine neden olmuştur. STSH yaklaşımının esasını, ülkedeki en fazla hastalık ve ölüm olaylarına yol açan sorunların belirlenmesi ve bunların önlenmesine çalışılması fikri oluşturmaktadır. Bu yaklaşım ise aslında 1970’li yıllara kadar yoğun olarak önerilen, ancak başarısızlıkla sonuçlanan “dikey programların” yeniden sunulmasından başka bir şey değildir⁹⁸. Bu nedenle de, TSH yaklaşımının

⁹⁷ WHO; “Sağlık Ekonomisi”, Toplum ve Hekim, Çeviren Bülent KILIÇ, Nisan 1993, s. 81.

⁹⁸ TATAR, Mehtap; “Temel Sağlık Hizmetlerinin ...”, *agc.*, s.83.

uygulanmasındaki finansal engelden dolayı ortaya atılan STSH yaklaşımı, Alma Ata ruhuna darbe olarak değerlendirilmektedir.

TSH yaklaşımının uygulanmasındaki üçüncü engeli oluşturan hükümetlerin tutumu ise, bu yaklaşımın Alma Ata'da da belirtildiği gibi, uzun vadede olumlu sonuçları görülebilecek bir yaklaşım olmasından ve yukarıda değinilen finansal engellerden kaynaklanmaktadır. Hükümetlerin ömürleri genellikle, 4-5 yıl gibi sürelerle kısıtlıdır ve hükümetler bu 4-5 yıl içerisinde olumlu sonuçları ortaya çıkacak, dolayısıyla siyasi geleceklerine olumlu katkıda bulunacak programları tercih etme eğilimindedirler. Bu nedenle, TSH yaklaşımı yerine STSH yaklaşımını benimsemektedirler.

Öte yandan, TSH yaklaşımı, toplumun sağlık statüsü ile, yaşam düzeyi arasında bağlantı kurmaktadır. Bu bağlantı ise, dikkatlerin, toplumdaki genel eşitsizliklere çevrilmesi anlamına gelmektedir. Zira, TSH yaklaşımının geniş anlamda ele alınması, toplum katılımını ve bilinçlenmesini gerektirmektedir. Toplum katılımı ve eğitimi olmaksızın, TSH'nin sistemleşmesi söz konusu olamaz. Bu ise, sağlıkta yaşanan sorunların; temiz içme suyunun olmamasından, yeterli sağlık koşullarına sahip olmayan konutlarda barınılmasından, sağlık hizmetlerine zamanında ulaşılamamasından, dengesiz ve yetersiz beslenmeden kaynaklandığının bilinmesini sağlayacaktır.

Bu konulara dikkatlerin çevrilmesi, toplum genelinde sağlık sorunlarının gelir dağılımındaki eşitsizlik, işsizlik gibi genel ekonomik ve politik sorunlardan kaynaklandığının anlaşılması üzerine, yeni politik taleplerin gündeme gelmesine neden olabilecektir. Bu tür taleplerin gündeme gelmesini istemeyecek hükümetlerin, finansal ve teknik eksiklikler nedeniyle sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmadığını savunacakları ve TSH yerine, STSH yaklaşımını benimseyecekleri açıktır.

Bu açıklamalar çerçevesinde, kalkınma ile sağlık hizmetleri arasındaki ilişkilerin gelişimi değerlendirildiğinde, karşımıza çıkan tablo şu şekilde özetlenebilir. 1970'li yıllara kadar sağlık sektörü genellikle bir tüketim sektörü olarak kabul edildiğini; bu yıllardan sonra sağlık göstergelerinin bir kalkınmışlık göstergesi olarak yorumlandığını ve sağlık ile kalkınma arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerin varlığının daha fazla dikkat çektiğini görmekteyiz.

Kalkınma ile sağlık arasındaki bağlantının sistemli olarak ortaya konulduğu yaklaşım, 1978 yılında, Alma Ata Bildirisi ile Dünya kamuoyuna duyurulan, TSH yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, toplumların sağlık statüleriyle genel yaşam biçimleri arasındaki bağlantıyı ortaya koymuş ve bu bağlantı nedeniyle, toplumların ekonomik ve sosyal kalkınmalarında daha temiz bir çevre, temiz içme suyu, sağlıklı konutlar, yeterli beslenme koruyucu sağlık hizmetleri gibi unsurların önemine dikkat çekmiştir.

Bu unsurlarda sağlanacak iyileşmelerin, toplumun sağlık statüsünü geliştireceğini ve bunun da kalkınmaya yeni bir güç katacağını ortaya koyması bakımından TSH yaklaşımının geliştirilmesi, kalkınma-sağlık ilişkilerinde bir dönüm noktası olmuştur. Buna göre, ülkelerin sağlık sistemlerini TSH yaklaşımına entegre edilmiş şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Bu gereklilik nedeniyle, günümüzdeki sağlık reform çalışmalarında, TSH uygulamaları özel bir yer tutmaktadır. Ülkemiz sağlık sektörünün yeniden yapılanmasında da bu gerekliliğe dikkat edilmesi zorunludur.

3. KALKINMA GÖSTERGESİ OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Tüm ülkelerin nihai amacı kalkınma ve bu yolla toplumun refahını artırmaktır. Sağlıklı uzun yaşam ise, refah içinde yaşayabilmenin önkoşulu olduğu gibi, aynı zamanda en önemli amacıdır.

Geleneksel olarak, kalkınma düzeyinin kısmî göstergeleri dört grupta toplanmaktadır. Bunlar⁹⁹:

- yaşam düzeyi göstergeleri,
- sosyal yapıya ilişkin nispi göstergeler,
- üretime ilişkin nispi göstergeler,
- dış ticaretle ilgili göstergelerdir.

Yaşam düzeyine ilişkin göstergeler de;

- kişi başına gelir düzeyi,
- gıda maddeleri tüketimi düzeyi,

⁹⁹ PENOUIL, Marc; Economie du Développement, Librairie Dalloz, Paris, 1972. s. 7.

- sağlık koşullarının durumu

olarak gruplandırılırlar. Bu çerçevede, bir ülkenin kalkınmış olup olmadığına karar verebilmek için sağlık koşullarının durumunu da dikkate almak gereklidir.

Günümüzün kalkınma anlayışında, beşeri sermayenin önemi artmış ve buna bağlı olarak sağlık ve eğitim konularına daha çok önem verilmeye başlanmıştır. Nitekim, son dönemlerde kalkınma; sağlık ve eğitim sorunlarının çözümlenmişlik derecesiyle açıklanmaktadır. Bir anlamda kalkınma; sağlık ve eğitim sorunlarının çözümüyle özdeşleştirilmektedir. Toplumuna yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunmayı gerçekleştirememiş, dolayısıyla temel sağlık göstergelerini arzu edilen noktalara çıkaramamış bir ülkenin kalkınmış ülke olabilmesi mümkün değildir¹⁰⁰.

Diğer bir deyişle, toplam sağlık harcamalarının topluma yansımaları olan, kişi başına hekim sayısı, yatak sayısı, ilaç tüketimi, sağlık hizmetleri kalitesi ve buna ulaşılabilirlik ve de bunların doğal uzantısı olan bebek ölüm oranı, genel ölüm oranı ve ortalama ömür gibi temel sağlık göstergeleri, eğitim göstergeleriyle birlikte toplumun kalkınmışlık düzeyini belirleyen faktörler olmaktadır¹⁰¹. Bu nedenle kalkınma düzeyi, toplumun sağlık durumunun geldiği seviye ile yakından ilgilidir.

Toplumun sağlık düzeyini geliştirmeyen bir ülkenin kalkınmış ülke olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Dolayısıyla, kalkınma hedefine sahip ülkelerin sağlık hizmetlerine özellikle önem vermesi gerekmektedir. Zira, sağlık hizmetleri doğrudan kalkınmışlığın göstergesi olduğu gibi, diğer kısmi göstergeler üzerinde de etkili olan mekanizmalarla, ülke kalkınmasını hızlandıracak fonksiyonlar üstlenir. Her şeyden önce sağlık hizmetlerinin başarısına bağlı olarak ülke, giderek artan bir beşeri sermaye stokuna kavuşmaktadır.

Bu gerçekten hareket eden, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), ülkeleri gelişmişlik düzeylerine göre sıralamada sıklıkla kullanılan ve GSYİH'ya (veya GSMH'ya) göre daha güvenilir bir gösterge olan, İnsani Kalkınma Endeksini (Human

¹⁰⁰ TOKAT, Mehmet; Sağlık Ekonomisi. Editör: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 793, Eskişehir, 1994, s.72.

¹⁰¹ TOKAT, Mehmet ve KISAER, Hülya; Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi, MPM Yayını No: 455, Ankara, 1991, s. 11.

Development Index-HDI) her yıl hesaplamakta ve yayınlamaktadır. Bu endeks sağlık, eğitim ve gelir olmak üzere üç alana ilişkin göstergelerden oluşturulan endekslerin basit aritmetik ortalamasıdır¹⁰². Bir başka ifadeyle, UNDP tarafından ülkelerin gelişmişlik düzeyini ölçmek için kullanılan endeks kapsamında, üçte bir ağırlıkla sağlık göstergesi kullanılmaktadır. İnsani Kalkınma Endeksinin kapsamı da göstermektedir ki, bir ülkedeki toplumun sağlık düzeyi önemli bir gelişmişlik göstergesidir.

İnsani Kalkınma Endeksi'nde ülkelerin sağlık düzeyinin temsilcisi olarak kullanılan gösterge, "Beklenen Yaşam Umudu"dur. Bu gösterge, uluslararası karşılaştırmalarda sıklıkla kullanılan bir sağlık düzeyi ölçütüdür¹⁰³. Söz konusu gösterge, toplumdaki sağlık düzeyini tam olarak yansıtamamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin nihai amacının insan ömrünü uzatmak olduğu varsayılırsa, Beklenen Yaşam Umudu göstergesi sağlık hizmetlerinin başarısının bir ölçüsü olarak kabul edilebilir.

İster Doğumda Beklenen Yaşam Umudu (DBYU), isterse bebek ve çocuk ölüm hızları göstergeleri açısından ele alınsın; ülkelerin kalkınmışlık/zenginlik düzeyleri ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki net bir şekilde görülebilmektedir. Her şeyden önce gelir düzeyi yüksek ülkeler sağlık amacıyla daha fazla harcama yapabilmektedirler. Bunun sonucu olarak, sosyo-ekonomik gelişmesini belli bir düzeye ulaştırmış olan ülkeler sağlık göstergelerini de iyileştirmişlerdir.

Kalkınmasını sağlamış ülkeler, daha yüksek gelir düzeylerine ulaştıkları için, sağlık harcamaları hem toplam olarak, hem de kişi başına harcama olarak çok daha

¹⁰² UNDP, Human Development Report 1996, Oxford University Press - New York, 1996, s. 106. İnsani Kalkınma Endeksi'nin içeriğinde yer alan ve eşit ağırlığa sahip olan bu üç endeks: "Beklenen Yaşam Umudu (Life Expectancy at Birth) Endeksi"; "Yetişkin Okur-Yazarlığı (Adult Literacy)", ve "Birleştirilmiş Okula Başlama Oranı (Combined Enrolment Ratio)" endekslerinden oluşan "Okula Ulaşma Endeksi (Educational Attainment Index)"; "Satınalma Gücü Paritesine Göre Reel Kişi Başına Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (Real GDP per Capita Purchasing Power Parity) Endeksi"dir.

¹⁰³ Ülkelerin sağlık konumları ile ilgili bilgi edinebilmek için kullanılması yararlı olan ölçütler üç büyük grupta toplanabilir:

1. Kişiyeye özgü, yaşamsal istatistiklerle ilgili ölçütler: Bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, beş yaş altı ölüm oranı, genel ölüm hızı, ortalama yaşam süresi, beklenen yaşam umudu, perinatal mortalite hızı, hastalık oranları, insidans, prevalans, sık rastlanılan hastalıklarda ölüm oranlarıdır.

2. Çevreye özgü etmenlerle ilgili ölçütler: Arıtılmış su kullanan nüfus oranı, sağlıklı konutlarda oturan nüfus oranı gibi göstergelerdir.

3. Sağlık hizmetlerinin niteliğini gösteren ölçütler: Hekim başına düşen nüfus, yatak başına düşen hasta sayısı, hastanelerde yatış süresi gibi göstergelerdir. TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Cilt: I ve II, İstanbul, 1992, ss. 204-205.

yüksek seviyelerdedir. Her ne kadar sağlıklı olma isteği, en önemli ihtiyaçlardan biri olsa da, düşük gelirli ülkelerin bu alana ayırabilecekleri kaynakları çok sınırlı kalmaktadır.

Bu durum, buldukları coğrafyaya göre ülke gruplarının sağlık harcamalarının verildiği Tablo 2'den görülebilmektedir.

Tablodan görüldüğü gibi, düşük gelirli ülkelerde kişi başına sağlık harcamaları (KBSH) da düşüktür. Ayrıca, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına baktığımızda, az gelişmiş ya da gelişmekte olan bölgelerde yüzde 4 civarında olduğunu buna karşılık, yerleşik piyasa ekonomilerinde bu oranın yüzde 9,2 olduğunu görmekteyiz.

TABLO 2: SEÇİLMİŞ ÜLKELER VE ÜLKE GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI

ÜLKE GRUBU	KBGSYİH	KBSH	SH/GSYİH (1990, %)		
	(1990, \$)	(1990, \$)	TOPLAM	KAMU	ÖZEL
Sahra altı Ülkeleri	510	24	4,5	2,5	2,0
Hindistan	360	21	6,0	1,3	4,7
Çin	370	11	3,5	2,1	1,4
Diğer Asya Ülkeleri ve Adalar	1320	61	4,5	1,8	2,7
Latin Amerika ve Karaipler	2190	105	4,0	2,4	1,6
Orta Doğu	1720	77	4,1	2,4	1,7
Eski Sosyalist Avrupa Ülkeleri	2850	142	3,6	2,5	1,0
Yerleşik Piyasa Ekonomileri	19900	1860	9,2	5,6	3,5
Dünya Ort.	4000	323	8,0	4,9	3,2

KAYNAK: WB; World Development Report 1993 - Investing in Health, Oxford University Press, Washington DC, 1993, Tablo 1 ve Tablo A9'dan düzenlenmiştir.

NOT: KBGSYİH: Kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla;

KBSH: Kişi başına sağlık harcamaları;

SH/GSYİH: Sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı

Yerleşik piyasa ekonomilerinde sağlık harcamalarında kamunun payının yüksek olmasında, bu ülkelerde gelişmiş bir özel sektörün varlığının da önemli katkısı vardır. Zira, bu ülkelerde ekonomik faaliyetler yoğun olarak özel kesim tarafından yapılmakta ve kamu kesimi, sosyal harcamalara daha fazla kaynak ayırmaktadır. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde sermaye birikiminin azlığı ve özel kesimin yeterince güçlü olmaması, kamu kesiminin ekonomik faaliyetlerle ilgilenmesini kaçınılmaz hale getirmektedir. Bu ülkelerde kalkınmanın kamu kaynaklarından sağlanmaya çalışılması, yüksek bütçe açıklarını ve dolayısıyla iç/dış borçlanmayı gündeme getirmekte, bu ise, kamunun zaten düşük olan gelirlerinin iç ve dış borç faiz ödemelerinde kullanılmasına yol açmaktadır. Sonuçta da, Dünyanın az gelişmiş coğrafi bölgelerinde yer alan ülke hükümetlerinin, sağlık ve eğitim gibi sosyal nitelikli hizmetlere yeterli kaynak ayırması

mümkün olmamaktadır. Günümüzde, bu ülkelerin özel sağlık hizmetlerini teşvik etmeleri gerektiği iddiasının ardında yatan dayanaklardan birisi de bu özelliktir.

Aynı ülke gruplarına ilişkin olarak, seçilmiş bazı makro sağlık göstergeleri, Tablo 3'de verilmiştir. Bu tablodan görüleceği gibi, kişi başına gelir düzeyleri ve sağlık harcamalarının düşük olduğu ülke gruplarında, toplam doğurganlık hızları ve ölüm hızları yüksek; doktor ve hastane yatağı rasyoları ise düşüktür.

TABLO 3: ÜLKE GRUPLARINA GÖRE SEÇİLMİŞ MAKRO SAĞLIK GÖSTERGELERİ

ÜLKE VEYA ÜLKE GRUBU	TOPLAM DOĞURGANLIK HIZI (1990)	PERİNATAL ÖLÜM HIZI (1990)	ÇOCUK ÖLÜM HIZI (1990)	1000 KİŞİYE DÜŞEN HEKİM (1988-92)	1000 KİŞİYE HASTANE YATAĞI (1985-90)
Sahra altı Ülkeleri	6,4	68	175	0,12	1,4
Hindistan	4,0	64	127	0,41	0,7
Çin	2,5	25	43	1,37	2,6
Diğer Asya Ülkeleri	3,3	49	97	0,31	1,8
Latin Amerika	3,3	33	60	1,25	2,7
Orta Doğu	5,0	46	111	1,04	2,9
Eski. Sos. Av. Ü.	2,2	19	22	4,07	11,4
Yerleşik Piy. Ek.	1,7	9	11	2,52	8,3
Dünya Ort.	3,4	40	96	1,34	3,6

KAYNAK: WB; World Development Report 1993 - Investing in Health, Oxford University Press, Washington DC, 1993, Tablo A3 ve A8'den düzenlenmiştir.

Perinatal bebek ölüm hızı ile çocuk ölüm hızı göstergeleri arasındaki farka baktığımızda ilginç bir bağlantı da ortaya çıkmaktadır. Gelişme düzeyi düşük ülke gruplarında, çocuk ölüm hızları perinatal ölüm hızından ortalama iki kat daha fazladır. Buna karşılık, Eski Sosyalist Avrupa Ülkeleri ve Yerleşik Piyasa Ekonomilerinde bu iki gösterge birbirine çok yakındır. Perinatal dönem, gebeliğin 28. haftadan sonrasındaki dönemi ve doğumdan sonraki ilk 7 günü kapsayan dönemdir. Bu dönemdeki bebek ölümlerinde, daha çok biyolojik faktörler etkili olurken; yaşamın daha ileri dönemlerinde ortaya çıkan ölümlerde, sosyo-ekonomik koşulların etkisi artmaktadır. Bu nedenle, denilebilir ki; gelişmiş ülkelerde sağlıklı doğan bebekler, yaşamlarının geri kalan bölümlerinde sağlıklı bir şekilde büyürken, sosyo-ekonomik gelişme düzeyi düşük olan ülkelerdeki çocukların bu şansı da düşük olmaktadır.

Dünya Bankasının sınıflamasına uygun olarak, ülkelerin sahip oldukları kişi başına gelir düzeyleri açısından gruplandırılması durumunda, gelir düzeyiyle sağlık

göstergelerinin iyiliği arasındaki korelasyon dikkati çekmektedir. Buna ilişkin veriler Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablodan görüleceği gibi, düşük gelir grubundaki ülkelerin kişi başına milli gelir ortalaması 380 dolardır. Bu gelir düzeyi, 4470 dolar olan Dünya ortalamasının yüzde 9'udur. Bir başka ifadeyle, gelir açısından Dünya ortalamasından yüzde 93 daha kötü durumdadır. Dünya ortalamasına göre, bebek ölüm oranı yüzde 33; 5 yaş altı çocuk ölüm oranı yüzde 37 daha kötü durumdadır. Beklenen yaşam umudu ise 63 yıl ile, 67 yıl olan Dünya ortalamasından yüzde 6 düzeyinde kötüdür.

TABLO 4: GELİR GRUPLARINA GÖRE SEÇİLMİŞ BAZI MAKRO SAĞLIK GÖSTERGELERİ

ÜLKE GRUPLARI	KİŞİ BAŞINA MİLLİ GELİR ² 1994		BEBEK ÖLÜM ORANI ¹ 1993		5 YAŞ ALTI ÇOCUK ÖLÜM ORANI ¹ 1993		BEKLENEN YAŞAM UMUDU ² 1994	
	(\$)	Endeks	(Binde)	Endeks	(Binde)	Endeks	(Yıl)	Endeks
Düşük Gelir Grubu	380	9	64	133	103	137	63	94
Alt-Orta Gelir Grubu	1590	36	40	83	63	84	67	100
Üst-Orta Gelir Grubu	4640	103	36	75	43	57	69	103
Yüksek Gelir Grubu	23420	524	7	14	9	12	77	115
Dünya Ortalaması	4470	100	48	100	75	100	67	100

KAYNAK: ¹WB; *World Development Report-1995* Oxford University Press, Washington DC, 1995.

²WB; *World Development Report-1996* Oxford University Press, Washington DC, 1996.

Yine tablodan görüleceği gibi yüksek gelir grubunda yer alan ülkelerin kişi başına gelirleri, Dünya ortalamasının 5,2 katı iken; bebek ölüm oranında yüzde 86, 5 yaş altı çocuk ölüm oranında yüzde 88, beklenen yaşam umudunda ise yüzde 15 düzeyinde Dünya ortalamasından daha iyi durumdadır.

Bu değerlendirmelerden açıkça görüldüğü gibi, daha üst gelir grubunda yer alan ülkelerin, sağlık göstergeleri de daha iyi durumda olmaktadır. Bununla birlikte, yukarıdaki tabloda yer alan verilerden görüleceği gibi, belli bir gelir düzeyinden sonra sağlık göstergelerinde sağlanan iyileşme sınırlı kalmaktadır. Nitekim, yüksek gelir grubunda kişi başına milli gelir, Dünya ortalamasının yüzde 424 üzerinde olduğu halde, sağlık göstergeleri, Dünya ortalamasından, ölüm hızlarında yüzde 90, beklenen yaşam umudunda ise yüzde 15 daha iyidir. Aynı şekilde, düşük gelir grubundaki ülkelerde gelir düzeyi açısından Dünya ortalamasının çok altında olmasına rağmen, ölüm hızları

açısından yüzde 35 civarında; beklenen yaşam umudu açısından yalnızca yüzde 6 daha kötü sağlık göstergelerine sahiptir.

Gelir düzeyi ve sağlık göstergelerinin zaman içindeki gelişimi dikkate alındığında, bu ilişki daha net görülebilmektedir. Aşağıdaki Tablo 5, bu amaçla düzenlenmiştir. Tablodan görüleceği gibi, Doğumda Beklenen Yaşam Umudu(DBYU)'nda 1960-1993 döneminde Dünya ortalaması yüzde 21,3 oranında artmışken; aynı dönemde Kişi Başına GSYİH (KBG) değerinde yüzde 209,1'lik bir artış söz konusudur.

Tabloda üst satırlarda yer alan yüksek gelirli ülkeler, 1960-1993 döneminde KBG değerini Dünya ortalamasındaki artıştan çok daha fazla artırırken; bu ülkelerde DBYU'ndaki artış Dünya ortalamasındaki artıştan çok daha az olmuştur. Örneğin, tabloda 1960 yılı için DBYU en yüksek ülke olan Norveç, 33 yılda bu değeri ancak yüzde 4,9 artırabilmişken; KBG'yi yüzde 307 artırmayı başarmıştır. Buna karşılık tabloda 1960 yılı için DBYU en düşük ülke olan Sierra Leone, 33 yılda bu değeri yüzde 24,4; KBG'ini yüzde 207 artırmayı başarmıştır.

TABLO 5: BAZI ÜLKELERDE BEKLENEN YAŞAM UMUDU VE KİŞİ BAŞINA GSYİH

ÜLKE GRUBU	BEKLENEN YAŞAM UMUDU (YIL)			KİŞİ BAŞINA GSYİH (SGP, \$)		
	1960 ¹	1993 ²	% FARK	1960 ¹	1993 ²	% FARK
Japonya	67,9	79,6	17,2	2240	20660	822,3
İtalya	69,2	77,6	12,1	3230	18160	462,2
Kanada	71,0	77,5	9,2	6070	20950	245,1
Norveç	73,4	77,0	4,9	5000	20370	307,4
Birleşik Krallık	70,6	76,3	8,1	4990	17230	245,3
ABD	69,9	76,1	8,9	7380	24680	234,4
Portekiz	63,3	74,7	18,0	1430	10720	649,6
Singapur	64,5	74,9	16,1	1530	19350	1164,7
Çin	47,1	68,6	45,6	720	2330	223,6
Türkiye	50,1	66,7	33,1	1260	4210	234,1
Brezilya	54,7	66,5	21,6	990	5500	455,6
Hindistan	44,0	60,7	38,0	530	1240	134,0
Mozambik	37,3	46,4	24,4	790	640	-19,0
Sierra Leone	31,5	39,2	24,4	280	860	207,1
Dünya Ort.	53,4	64,8	21,3	1794	5545	209,1

KAYNAK:¹⁾UNDP; *Human Development Report 1992*, Oxford University Press - New York, 1992, Tablo 4 ve Tablo 30'dan;

²⁾UNDP; *Human Development Report 1996*, Oxford University Press - New York, 1996, Tablo 4 ve Tablo 26'dan düzenlenmiştir.

Yine tabloda yer alan ülkeler arasında bir başka karşılaştırma da şöyle yapılabilir: 1993 yılında 5500 \$ kişi başına gelire sahip olan Brezilya'da beklenen yaşam umudu 66,5

yıl iken, Brezilya'nın yaklaşık iki katı kişi başına gelire sahip olan Portekiz'de beklenen yaşam umudu 74,7 yıldır. Yani bu iki ülke arasında ortalama yaşam süresi açısından yüzde 12,3'lük fark bulunmaktadır. Buna karşılık Portekiz'in yaklaşık iki katı kişi başına gelire sahip olan Kanada ile Portekiz arasında beklenen yaşam umudu farkı yüzde 3,7 düzeyindedir.

Bu değerlendirmeler göstermektedir ki, toplumların sağlık düzeyleri ile gelirleri arasında yakın bir ilişki vardır. Nitekim, aşağıda verilen Kişi Başına Gelir Düzeyi ile Doğumda Beklenen Yaşam Umudu Sürelerinin verildiği grafikte bu ilişkiyi açıkça göstermektedir.

Ancak bu ilişki, belli gelir düzeylerinden sonra zayıflamaktadır. Zira, insan yaşamı üzerindeki olumsuz çevre koşullarının etkileri ortadan kaldırılıp, beslenme olanakları artırıldıkça sunulan sağlık hizmetleri daha başarılı olmakta, buna bağlı olarak toplumlardaki DBYU artmaktadır. DBYU yükseldikçe, bu değerlerde yeni artışlar sağlamak giderek daha güç olmaktadır.

Ekonomik gelişme süreciyle birlikte artan gelir düzeyi, sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılmasını mümkün kıldığı gibi, yeni geliştirilen tıbbi teknikler ve bulunan ilaçlar yaygınlaştıkça, bunların olumlu etkisi de yaygınlaşmakta ve gelişmiş ülkelerle azgelişmiş ülkeler arasındaki beklenen yaşam umudu süresindeki fark kapanmaktadır. Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, UNICEF, UNDP, FAO gibi uluslararası kuruluşların Dünya çapında sürdürdükleri eradikasyon¹⁰⁴ ve tıbbi yardım programları da gelişmiş ve azgelişmiş ülkeler arasındaki toplum sağlığı farkının azalmasına katkıda bulunmuştur. Bir anlamda azgelişmiş ülkeler "sağlık göstergeleri" konusunda "geriden gelmenin avantajı" nı kullanmışlardır.

Buraya kadar yapılan açıklamalarda, sağlık göstergelerinin ekonomik gelişme düzeyi farklı ülkelerde, nasıl bir görünüme sahip olduğu üzerinde duruldu. Burada ise, sağlık göstergelerinin daha ayrıntılı olarak ele alındığı ve çeşitli sağlık göstergeleri ile

¹⁰⁴ Eradikasyon, sözlük anlamı "yok etme" olup, sağlık hizmetlerinde, "bir hastalığın yayılma yollarının tümünün kontrol altına alınarak yeni vakaların önlenmesi ve mevcut hastaların tedavi ederek hastalığın tümüyle ortadan kaldırılması faaliyetleri" anlamında kullanılmaktadır.

gelir düzeyi arasındaki fonksiyonel ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yaptığımız ekonometrik çalışmaların sonuçlarına yer vereceğiz.

Bu ekonometrik çalışmada, daha çok kalkınmanın sağlık göstergeleri üzerindeki etkileri araştırılmış; sağlık hizmetlerinin kalkınma üzerindeki etkilerini ekonometrik olarak ölçmek mümkün olmamıştır. Zira, sağlık hizmetlerinin kalkınma üzerindeki etkileri belli bir gecikmeyle ve dolaylı olarak ortaya çıkmaktadır. Oysa burada ele alınan ülkelere ilişkin veriler zaman serisi analizine uygun olmayıp, ancak yatay kesit analizi yapılabilecek şekildedir. Temin edilen ve analize dahil edilen verilerin aynı yıla ait olmasına gayret edilmiş, ancak verilerin tamamının aynı yıla ait olması sağlanamamıştır. Bu nedenle de birbirine yakın yılların kullanılmasıyla yetinilmiştir.

Bu modellerde kullanılan veriler 105 ülkeye ait olup, üç grupta toplanmış, gerek bu veri grupları arasındaki, gerekse bazı önemli tekil göstergeler arasındaki fonksiyonel ilişkiler araştırılmıştır.

- **Sağlık Sonuç Göstergesi Endeksinin Hesaplanmasında Kullanılan Göstergeler:** Beklenen Yaşam Umudu, Perinatal Bebek Ölüm Hızı, Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı.
- **Sağlık Altyapı Göstergeleri Endeksinin Hesaplanmasında Kullanılan Göstergeler:** Bin Kişi Başına Hekim, Hemşire ve Hastane Yatağı Sayısı.
- **Sağlık Harcamaları Göstergeleri Endeksinin Hesaplanmasında Kullanılan Göstergeler:** Kişi Başına Sağlık Harcamaları, Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya oranı.

Bu göstergeler, farklı nitelikte rasyolar olduğundan, bunların tek bir forma indirgenmesi gerekli olmuş ve bunun için her bir gösterge, önce tekil endekse dönüştürülmüş; daha sonra grup endeksleri oluşturulmuştur. Göstergelerden tekil ve grup endekslerin oluşturulmasında kullanılan yöntem, ülkelerin bu değerlere göre sıralanmasına olanak sağlayacak şekildedir. Bu nedenle, regresyon modellerinin dışında, bu sıralamayla ilgili olarak da bir değerlendirme yapılmıştır. Endekslerin oluşturulmasında kullanılan yöntem, sözünü ettiğimiz bu ikinci çalışmanın sonuçlarıyla birlikte daha aşağıda sunulmuştur.

Söz konusu, tekil ve grup endeksleri arasındaki fonksiyonel ilişkiler için tahminlenen regresyon denklemleri, Tablo 6'da verilmiştir.

TABLO 6: SAĞLIK KALKINMA İLİŞKİSİ REGRESYON SONUÇLARI

DENKLEM	C	β_1	β_2	β_3	R ²	F
1) SSGE = C + KBGE ^{β_1} + SAGE ^{β_2} (Standart Hata)	1.807869 (0.058621)	0.122107 (0.025520)	0.149505 (0.032216)	-	0.657757	97.05605
2) (BYAÇÖHE-PNBÖH) = C + KBGE ^{β_1} (Standart Hata)	0.000143 (0.195553)	-0.530442 (0.054374)	-	-	0.492676	95.17033
3) (BYAÇÖHE-PNBÖH) = C + KBSHE ^{β_1} (Standart Hata)	0.000139 (0.201924)	-0.460345 (0.049052)	-	-	0.473335	88.07654
4) BYAÇÖHE = C + KBSHE ^{β_1} + BKBDDE ^{β_2} (Standart Hata)	1.306354 (0.026658)	0.046199 (0.010199)	0.071862 (0.011434)	-	0.714732	120.2631
5) BYUE = C + KBSHE ^{β_1} + BKBDDE ^{β_2} (Standart Hata)	1.478066 (0.041731)	0.100455 (0.017723)	0.136764 (0.017814)	-	0.780967	172.9282
6) PNBÖHE = C + BKBDDE ^{β_1} + KBGE ^{β_2} (Standart Hata)	2.465511 (0.089617)	0.232343 (0.038114)	0.157797 (0.038038)	-	0.676315	101.3371
7) BYUE = C + β_1 KBGE + β_2 BKBDDE + β_3 BYAÇÖHE (Standart Hata)	-0.211465 (0.021769)	0.158718 (0.024293)	0.090363 (0.025300)	1.026827 (0.030902)	0.963347	884.8590

Kullanılan Semboller: Katsayılar: C=Sabit Terim, R² = Belirlilik Katsayısı, F=F Testi Katsayısı, Değişkenler: SSGE=Sağlık Sonuç Göstergeleri Endeksi, KBGE=Kişi Başına Gelir Endeksi, SAGE=Sağlık Alıyapı Göstergeleri Endeksi, BYAÇÖHE=Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı Endeksi, PNBÖH=Perinatal Bebek Ölüm Hızı Endeksi, KBSHE=Kişi Başına Sağlık Harcamaları Endeksi, BKBDDE=Bin Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı Endeksi, BYUE= Beklenen Yaşam Umuğu Endeksi.

Bu uygulamada, üstel fonksiyon tipi tercih edilmiştir. Bunun birinci sebebi, üstel fonksiyon şeklinde tahminlenen regresyon denklemlerinin, doğrusal fonksiyon için tahminlenen regresyon denklemlerinden daha iyi istatistik sonuçlar vermesidir. Öte yandan, üstel fonksiyonlarda tahminlenen katsayıların doğrudan esneklik değerlerini vermesi de, bu fonksiyon tipinin tercihinde ikinci nedendir. Yalnızca 2 numaralı denklemde doğrusal form, istatistiksel olarak üstel formdan (logaritmik formdan) daha iyi sonuç verdiği için, Doğumda Beklenen Yaşam Umudu Endeksinin (DBYUE) belirleyicilerinin tahminine ilişkin modelde, doğrusal form tercih edilmiştir.

Regresyon denklemlerinin tümünde; katsayılarının anlamlılık düzeylerini belirlemek amacıyla t testi, model bütünüünün anlamlılığını belirlemek için F testi uygulanmıştır. Denklemlerde yer alan katsayıların tamamı % 100'e yakın güvenle anlamlı bulunmuş; F testlerinin sonucuna göre her bir denkleme ilişkin katsayıların topluca anlamlılık düzeyleri t testinde olduğu gibi % 100'e yakındır.

1 numaralı regresyon denklemi, Sağlık Sonuç Göstergeleri Endeksini (SSGE') belirleyen değişkenlerin tesbitine yöneliktir. Sağlık Sonuç Göstergeleri Endeksini açıklama yeteneği en yüksek olan değişkenler, Kişi Başına Gelir Düzeyi Endeksi ve Sağlık Altyapı Göstergeleri Endeksidir. Bu sonuç, beklentilere uygun olup, burada özellikle belirtilmesi gereken bir nokta söz konusudur. Regresyon denklemine açıklayıcı değişken olarak sağlık harcamaları göstergeleri dahil edildiğinde, bu göstergelerle KBGE arasında çoklu bağlantı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle Kişi Başına Sağlık Harcamaları Endeksi (KBSHE), Sağlık Harcamaları/gayri safi Yurtiçi Hasıla Endeksi (SH/GSYİHE) ve Kişi Başına Gelir Endeksi (KBGE) arasında bir tercihin yapılması gerekmiştir. Açıklayıcı gücünün fazla olması nedeniyle, KBGE tercih edilmiştir.

1 numaralı regresyon denklemine ilişkin R^2 değerinden görüleceği gibi, KBGE ve Sağlık Altyapı Göstergeleri Endeksinin (SAGE), Sağlık Sonuç Göstergeleri Endeksi (SSGE) üzerindeki belirleyicilikleri, yüzde 65,7 düzeyindedir. β_1 ve β_2 katsayılarına göre, sağlık sonuç göstergeleri üzerinde SAGE'nin etkisi, kişi başına gelir düzeyi endeksinin etkisinden daha yüksektir. Bu denklemde bağımlı değişken olarak alınan SSGE'nin kapsamında, Doğumda Beklenen Yaşam Umudu (DBYU) önemli bir yer tutmaktadır.

Bu nedenle, 2 numaralı denklemde DBYUE'nin belirleyenleri araştırılmıştır. Kullanılan 12 gösterge içinde, DBYUE'ni açıklama yeteneği en fazla olanlar KBGE, Bin Kişi Başına Doktor Endeksi (BKBDE) ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı Endeksi (BYAÇÖHE) olarak tesbit edilmiştir. Doğrusal formda daha iyi sonuç veren bu regresyon denkleminde, belirlilik katsayısı (R^2) % 96,3 olarak bulunmuştur. Açıklayıcı değişkenlerin katsayıları değerlendirildiğinde, bu üç açıklayıcı değişkenden BYAÇÖHE'nin açıklama gücünün daha fazla olduğu görülmektedir. BYAÇÖHE'nde 1 birimlik iyileşme, DBYUE'ni yaklaşık 1,03 birim iyileştirmektedir. BYAÇÖHE'nden sonra DBYUE'nde en fazla etkili olan değişken KBGE olmakla birlikte bu değişkenin DBYUE'ni etkileme düzeyi çok düşüktür. Bu nedenle sıklıkla ülkelerin sağlık düzeylerinin temsilcisi olarak kullanılan DBYU'nun yükselmesi büyük ölçüde beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılmasına bağlıdır.

Beş yaş altı çocuk ölümlerinin, hangi değişkene duyarlı olduğunu belirlemek amacıyla kurulan 3 numaralı denklemden görüleceği gibi BYAÇÖHE üzerinde KBSHE ve BKBDDSE etkili olmaktadır. Bunlardan nüfusa göre doktor sayısını gösteren BKBDDSE'ndeki yüzde 1'lik artış, BYAÇÖHE'ni yüzde 0,07 oranında; KBSHE'ndeki yüzde 1'lik artış ise yüzde 0,05'lik bir iyileşme sağlamaktadır, 3 numaralı denklemin belirlilik katsayısına göre, BYAÇÖHE'ndeki değişmelerin yaklaşık olarak yüzde 71,5'i bu iki göstereye bağlıdır.

Toplumun sağlık düzeyinin önemli göstergelerinden olan çocuk ölüm hızlarının daha yakından incelenmesi, ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları ve gelişmişlik düzeyleri hakkında da bilgi vermektedir. Örneğin Perinatal, Postneonatal Ölüm Hızı, BYAÇÖH arasındaki ilişki¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Perinatal Ölüm Hızı, bir yıl içinde ölü doğan ve canlı doğup ilk 7 gün içinde ölen bebek sayısının aynı sürede gerçekleşen toplam ölü ve canlı doğum sayısına oranıdır. Bir başka ifadeyle, gebeliğin 28. haftasından sonra ve doğumdan sonraki ilk bir hafta içinde gerçekleşen bebek ölümleri Perinatal Bebek Ölüm Hızına dahildir. Perinatal dönemde gerçekleşen bebek ölümleri daha çok doğumsal malformasyonlar, metabolik bozukluklar, düşük doğum tartısı ve prematürelilik sorunlarından kaynaklanmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 29-365 günlük dönem olan postneonatal dönemde ise ölüm nedenleri arasında yetersiz ve dengesiz beslenme, sunulan sağlık hizmetlerin niteliği ve çevresel etkiler önem taşımaktadır. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu, önlenabilir nitelikte olan pnömoni, diare ve benzeri enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanmaktadır TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Cilt: I ve II, İstanbul, 1992, s. 216-217.

Gelişmiş ülkelerle az gelişmiş ülkeler arasında ölüm hızları açısından en büyük fark söz konusu dönemlerde gerçekleşen ölümlerde ortaya çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelere ilişkin sağlık istatistikleri incelendiğinde, zaten düşük olan bebek ölümlerinin daha çok, önlenmesi zor olan biyolojik nedene bağlı ölümler olduğu, perinatal bebek ölümleriyle 5 yaş altı çocuk ölümleri arasında çok fazla fark olmadığı görülmektedir. Bir başka ifadeyle, gelişmiş ülkelerde sağlıklı olarak doğan çocukların tamamına yakını sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedir. Buna karşılık, az gelişmiş ülkelerde, daha çok biyolojik nedenlere bağlı olan perinatal ölümler de yüksek olmakla birlikte, 5 yaş altı çocuk ölümleri perinatal ölümlerden çok daha yüksektir. Bu nedenle ülkelerin sağlık düzeylerinin ve sosyo-ekonomik gelişmişlik farkların önemli göstergelerinden birisi de, BYAÇÖH ile Perinatal Bebek Ölüm Hızı (PNBÖH) arasındaki farktır.

Bu ilişkiden hareketle, söz konusu farkı açıklayabilecek değişkenlerin belirlenmesine çalışılmıştır. Bunun için kurulan regresyon denklemlerinde, açıklayıcılık değeri en yüksek değişkenler, KBSH ve KBG olarak tesbit edilmiştir. Ancak, KBSH ve KBG arasındaki bağlantı nedeniyle, ikisinin de açıklayıcı değişken olduğu denklemde çoklu bağlantı sorunu çıkmıştır. Dolayısıyla bu değişkenler aynı regresyon denkleminde kullanılamamıştır. Bu değişkenlerin ayrı ayrı açıklayıcı değişken olarak yer aldıkları denklemlerin sonuçları ise şöyledir: 4 numaralı denkleme göre KBSHE, bu farkın yüzde 47,3'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,4733$). KBSHE'ndeki yüzde 1'lik bir yükselme bu farkı yüzde 0,46 oranında azaltacaktır ($\beta=0,4603$). 5 numaralı denklemle verilen KBGE ise, BYAÇÖHE ile PNBÖH arasındaki farkın yüzde 49,2'sini açıklamaktadır ($R^2=0,4927$). KBGE'ndeki yüzde 1'lik yükselme, bu farkın yüzde 53 oranında azalmasını sağlayacaktır ($\beta=0,5304$).

Bu iki regresyon denklemine göre; beslenme, sağlık hizmetlerinin niteliği, çevre gibi faktörlerden kaynaklanan bebek ölümlerinin azaltılmasında, sağlık hizmetleri için yapılan harcamalardan daha çok, ülkedeki genel gelir düzeyi etkili olmaktadır ki; bu sonuç, beklentilerimize de uygun düşmektedir. Zira, bir ülkedeki bebek ölümlerinin önlenmesi yalnızca sağlık hizmeti sunulmasıyla veya sağlık harcamalarının artmasıyla gerçekleştirilemez. Bunun yanında beslenme, çevre koşulları başta olmak üzere ilgili alanlarda da gelişme gerekmektedir.

Bu yargıyı doğrulayan bir başka uygulama da, Tablo 6'da sunulan son regresyon denklemdir. 6 numaralı regresyon denklemine göre, Perinatal bebek ölümlerinin önlenmesinde gelir düzeyi etkili olmakla birlikte, nüfusa göre doktor sayısı daha fazla etkili olmaktadır. Zira, yukarıda değinildiği gibi bu çağdaki bebek ölümlerinde biyolojik faktörler sosyo-ekonomik faktörlerden daha fazla etki etmektedir. Nitekim, PNBÖHE değişkeninin KBGE'ne göre esnekliği yüzde 15,7 düzeyinde iken, BKBDDSE'ne göre esnekliği yüzde 23,2'dir.

Sonuç olarak, yukarıda açıklanan ekonometrik uygulamalardan da görülmektedir ki; toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde, sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık için yapılan harcamalar yanında, genel olarak toplumdaki gelir düzeyi de oldukça etkilidir. Bu nedenle, toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi, ekonomik zenginlikle yakından bağlantılıdır.

Bununla birlikte, bir ülkenin gelişmiş sayılabilmesi için yalnızca ekonomik zenginlik düzeyi değil, bunun toplumda yaygınlığı ve toplumun yaşam düzeyinde söz konusu zenginlikle elde edebildikleri de önem taşımaktadır. Dolayısıyla, ülkelerin GSMH düzeylerine bağlı olarak gelişmiş/azgelişmiş şeklinde sınıflandırılması yeterli değildir. Bunun yerine ülkelerin, toplumun yaşam düzeyinin göstergesi olabilecek ölçütlere göre sınıflandırılması daha uygun olacaktır. Yaşam düzeyinin göstergeleri ise fiziksel gereksinimlerin yeterli düzeyde karşılanmasını sağlayan gıda maddeleri, konut, içme suyu, çevre koşulları gibi unsurlar yanında; kişilerin kendilerini geliştirebilecekleri iş olanaklarına sahip olmasına; eğitime, kültürel ve sosyal faaliyetlere katılım düzeyine kadar birçok konuyu kapsamaktadır. Buna karşılık, bütün bu alanları kapsayacak bir gösterge yoktur. Daha önce sözü edilen İKE (İnsani Kalkınma Endeksi-HDI), bazı eksikliklerine rağmen, bu açığı kapatabilecek bir gösterge olarak kullanılmaktadır.

Konuyu sağlık hizmetleri açısından değerlendirdiğimizde; ülkeleri, o ülkede yaşayanların sağlık durumlarına göre sıralamak en uygun yaklaşım olacaktır. Ancak, toplumların sağlık düzeylerini tam ve eksiksiz olarak yansıtabilecek tek bir gösterge de henüz yoktur. Daha önce değinildiği gibi, uluslararası sağlık düzeyleri karşılaştırmalarında kullanılan başlıca sağlık göstergeleri beklenen yaşam umudu, bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı

çocuk ölüm hızıdır. Bu göstergeler, ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin sonuçlarını yansıtması açısından anlamlıdır.

Bu nedenle, söz konusu üç gösterge, bir anlamda, sağlık hizmetleri sonuç göstergeleridir. Bu göstergelerin iyileşmesi doğrudan doğruya toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir. Bu ilişki nedeniyle, söz konusu göstergeler ülkeler arası karşılaştırmalarda kullanılmaktadır. Örneğin UNICEF, “Dünya Çocuklarının Durumu” raporlarında ülkeleri Beş Yaş Altı Çocuk Ölümleri’ne göre sınıflandırmaktadır¹⁰⁶. Bu yayında diğer bazı sağlık göstergeleri verilmekle birlikte ağırlıklı olarak kullanılan gösterge, BYAÇÖH’dır. Oysa bu gösterge önemli olmakla birlikte, ülkedeki sağlık düzeyini kısmen yansıtmaktadır.

Yukarıda sözü edilen üç göstergenin kısmi açıklama yetenekleri bir araya getirildiğinde, daha güçlü bir gösterge elde edilebilir. Örneğin Hamzaoğlu böyle bir çalışma yapmış ve BYAÇÖH, BÖH, DBYU ve HDI (İKE-İnsani Kalkınma Endeksi)’ni kullanarak yeni bir endeks oluşturmuştur¹⁰⁷. Bu çalışmada, karşılaştırma için ülke seçimi, Dünya Bankası’nın ekonomik gruplaması ve Elling’in sınıfsal gruplamasına göre yapılmış ve toplam 36 ülke 10 grup halinde değerlendirmeye alınmıştır. Bu ülkeler için yukarıda belirtilen göstergelere göre endeks oluşturulmuş ve ülkelerin bu endekse göre gösterdikleri performans, Dünya Bankası’nın gelir sınıflamasındaki konumlarıyla birlikte değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede, “kişi başına düşen GSMH’ya göre üst sıralarda olan bazı ülkelerin endekse göre alt sıralarda; kişi başına düşen GSMH’ya göre alt sıralarda yer alan bazı ülkelerin, endekse göre üst sıralarda yer aldığı” sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin GSMH değerleriyle bağlantısının araştırıldığı bu çalışmada, BYAÇÖH ve HDI birlikte kullanılmıştır. Daha önce belirtildiği gibi, HDI’nın hesaplanmasında üçte bir ağırlıkla DBYU göstergesi kullanılmaktadır. Bu nedenle Hamzaoğlu’nun çalışmasında DBYU göstergesinin ağırlığı diğer göstergelerden daha

¹⁰⁶ Bkz. UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 1993, UNICEF Türkiye Temsilciliği Yayını, Ankara.

¹⁰⁷ HAMZAOĞLU, Onur, “GSMH Ülkelerin Gelişmişlik Düzeylerinin Göstergesi Olabilir mi?”, Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 64-65, ss. 26-29.

fazla olmaktadır. Ayrıca, HDI'nın hesaplanmasında Okula Ulaşma Oranı ve Kişi Başına GSYİH değeri kullanılmaktadır. Bunlar ise doğrudan sağlık göstergeleriyle bağlantılı değildir.

Ülkelerin sağlık göstergeleri açısından sıralanması amacıyla tarafımızdan yapılan değerlendirmede, 105 ülkeye ilişkin verilerle çalışılmış ve bu verilerle, SSGE adını verdiğimiz grup endeksi oluşturulmuştur. Bu grup endeksinin oluşturulmasında kullanılan değişkenler BYAÇÖH, BÖH ve DBYU göstergeleridir. Bu göstergelerden ilk ikisi birbirine yakın göstergeler olmakla birlikte, bu göstergeleri etkileyen faktörler arasında belli bir farklılık vardır. BYAÇÖH, 5 yaşına ulaşmadan ölen çocukların oranını vermektedir. Bir başka ifadeyle, çocukların 5 yaşına ulaşmadan ölme olasılığıdır. Bu nedenle, çocuklara ilişkin genel bir göstergedir ve ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyiyle yakından ilgilidir. BÖH ise 1 yıl içinde, yani 1 yaşını doldurmadan ölen bebeklerin, aynı yıl içindeki canlı doğum sayısına oranıdır. BÖH'nda sosyo-ekonomik faktörlerin de etkisi olmakla birlikte, daha çok biyolojik etkenler ve ana-çocuk sağlığına ilişkin olarak sunulan sağlık hizmetleri etkili olmaktadır. DBYU göstergesi ise makro bir gösterge olup, ülkedeki sosyo-ekonomik koşulların genel nüfus üzerindeki etkisini yansıtmaktadır.

Bu üç göstergeden SSGE'nin oluşturulması için, öncelikle her bir göstergeden tekil endeks oluşturulmuş ve tekil endekslerin aritmetik ortalaması alınarak grup endeksi elde edilmiştir. Tekil endekslerin oluşturulmasında kullanılan yöntem, UNDP tarafından HDI'nın hesaplanması için kullanılan yöntemin benzeridir¹⁰⁸. Buna göre bir göstergeye ilişkin herhangi bir ülkenin endeks değeri şu formülle hesaplanmıştır.

$$\text{Endeks Değeri} = \frac{(\text{Cari Değer} - \text{En Düşük Değer})}{(\text{En Yüksek Değer} - \text{En Düşük Değer})}$$

BYAÇÖH ve BÖH göstergeleri, gelişmişlik düzeyiyle birlikte düşerken, DBYU göstergesi gelişmeyle birlikte artmaktadır. Bu nedenle DBYU göstergesi için endeks

¹⁰⁸ UNDP, Human Development Report 1996, Oxford University Press - New York, 1996, s. 106.

yukarıdaki formüle göre hesaplanırken, ölüm hızları için endeks hesaplanmasında küçük bir değişiklik yapılarak aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$\text{Endeks Değeri} = \frac{(\text{Cari Değer} - \text{En Yüksek Değer})}{(\text{En Yüksek Değer} - \text{En Düşük Değer})}$$

Bu formüle göre oluşturulan tekil endeks serilerinde, en küçük değer sıfır, en büyük değer birdir. Grup endeksi de, bu üç tekil endeksin aritmetik ortalaması alınarak bulunmuştur. Grup endeksine göre 105 ülke sıralanmış ve bu sıralama ile kişi başına GSYİH'ya göre sıralama karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmaya esas olan değerler Ek 2'de sunulmuştur.

Karşılaştırma sonunda ortaya çıkan tablo şöyle özetlenebilir. SSGE'ne göre ilk 5 sırada yer alan ülkeler Japonya, İsveç, Hong Kong, İsviçre, Kanada olarak sıralanırken, gelire göre sıralamada ilk 5 ülke İsviçre, Finlandiya, Japonya, İsveç, Norveç'tir. Gerek SSGE'ne göre sıralamada, gerekse KBGSYİH'ya göre sıralamada genellikle ilk sıralarda gelişmiş ülkeler yer almaktadır.

Buna karşılık, iki sıra farkına göre bir değerlendirme yapıldığında, SSGE sıralamasında, gelire göre sıralamanın Sri Lanka 44; Çin 42; Vietnam 40; Arnavutluk 27; Nikaragua 20; Şili, Polonya ve Gürcistan 16; Hong Kong ve Dominik Cumhuriyeti 15; Kolombiya ve Honduras 14; Bulgaristan, Romanya, Ekvator, Filipinler ve Tanzanya 13 sıra üstünde yer almaktadır.

SSGE sırası gelir sırasının altında yer alan ülkeler ise ABD, Kazakistan, İran ve Fildişi Kıyısı (-10); Yemen Cumhuriyeti(-11); Finlandiya(-12); Danimarka(-13); Türkiye ve Kamerun(-19); Cezayir (-21); Türkmenistan (-22); Brezilya (-29); Meksika (-39); Suudi Arabistan ve Güney Afrika (-42).

Buna göre gelirinden daha yukarıda sağlık göstergeleri sağlayabilmiş ülkeler, genellikle sağlık hizmetlerinin devlet sorumluluğunda olduğu ülkeler iken, sağlık harcamalarına en fazla kaynak ayıran ülke olan ABD'nin gelire göre 10 sıra aşağıda sağlık göstergesi sağlayabilmesi ilginçtir. Türkiye ise gelir açısından 105 ülke içinde 50. sırada yer alırken; SSGE açısından 69. sırada yer almaktadır.

Buraya kadar yapılan açıklamalarda, ülkelerin kalkınmışlık düzeyleriyle sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiler üzerinde duruldu. Daha önce belirtildiği gibi, kalkınma ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişki çift yönlü nedensellik içermektedir. Bir başka ifadeyle, kalkınmış bir ülkenin insanları daha sağlıklı ve daha uzun bir yaşam sürerken; sağlık hizmetlerinin gelişmesi de kalkınmayı hızlandırmaktadır. Aşağıda bu ilişkinin ikinci boyutu üzerinde durulacaktır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALKINMAYA ETKİLERİ

Yukarıda, bir kalkınmışlık göstergesi olarak sağlık statüsünün önemine değinildi ve gelişmiş ülkelerdeki sağlık statüsü ile gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık statüsünün farkı ortaya konuldu. Buna göre ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça, sahip oldukları sağlık statülerinin de iyileştiği görülmektedir. Bundan sonraki açıklamalarımız ise daha çok, sağlık hizmetlerindeki veya sağlık statüsündeki gelişmelerin ülkelerin kalkınmalarına olan etkileri değerlendirilecektir.

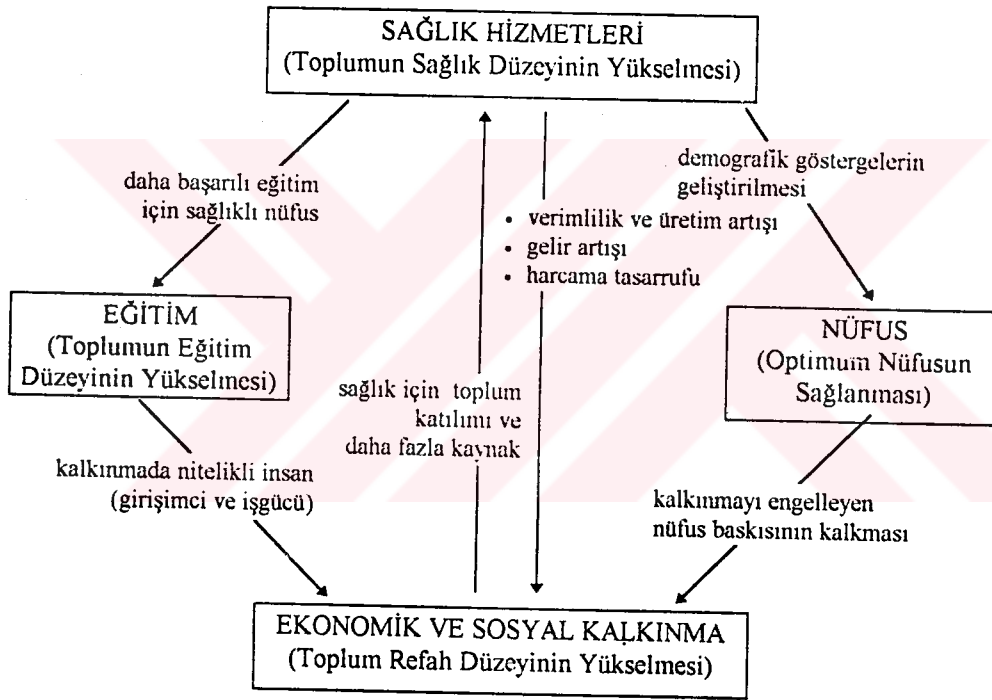
Esas olarak sağlık kalkınma ilişkisi, kalkınmanın yalnız ekonomik boyutuyla ilgili bir olgu olmayıp, sosyal kalkınmayı da kapsamaktadır. Sosyal kalkınmanın gerçekleştirilmesi ise, kişiye gelir artışları yanında daha iyi bir konut, daha iyi sağlık koşulları, daha iyi ulaşım, daha iyi eğitim ve kültür gibi birçok hizmetlerin sunulmasıyla gerçekleşebilir. Bir başka anlatımla, kalkınmanın temel amacı olan ülkedeki insanların refah düzeyinin artırılması, kişisel tüketim yanında sağlık, eğitim, kültür gibi kolektif tüketim artışıyla sağlanacaktır¹⁰⁹. Dolayısıyla, bu ilişkide ekonomik kalkınma yanında sosyal kalkınmanın da birlikte düşünülmesi yerinde olacaktır.

Günümüzde hemen herkes tarafından kabul edildiği gibi, bir toplumun sağlıklı olması; insanların verimliliğini ve çalışma yeteneklerini artırmakta ve bu da doğrudan ekonomik gelişmeyi etkilemektedir. Bununla birlikte, sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkiler, karmaşık sayılabilecek bir mekanizmayla gerçekleşmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalkınma üzerine etkileri, doğrudan ve dolaylı etkiler olarak ayrılarak

¹⁰⁹ ÖZGÜVEN, Ali; İktisadi Büyüme İktisadi Kalkınma ..., agc., s. 153-154.

incelenmesi gerekmektedir. Bu amaçla geliştirdiğimiz Şekil 6'da bu etkilerin başlıcaları gösterilmiştir.

Şekilden görüldüğü gibi, sağlık ile ekonomik ve sosyal kalkınma arasındaki ilişkiler çift yönlüdür. Ülkedeki sağlık sisteminin temel hedefi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Bu amaçla yürütülen sağlık hizmetlerinin çıktısı da, elde edilen sağlıktır. Sağlık hizmeti, bu hizmetten yararlanan bireyin sağlık düzeyini yükselterek, bu bireyin ekonomik faaliyetlere daha etkin katılımını sağlamaktadır. Böylece sağlık hizmetleri insangücünün¹¹⁰ çalışma yeteneğini artırarak üretimin organizasyon ve yönetimini geliştirecek, üretim hacmini artıracaktır. Bunun da ekonomik kalkınmaya olumlu katkıda bulunacağı açıktır.



ŞEKİL 6: SAĞLIK İLE KALKINMA ARASINDAKİ DOĞRUDAN VE DOLAYLI İLİŞKİLER

Sağlık hizmetlerinin ülke kalkınmasına doğrudan katkısı, bu alandaki çalışmaların hemen hepsinde belirtildiği gibi, üç şekilde ortaya çıkmaktadır: Verimlilik ve üretim artışı, gelir artışı, harcama tasarrufu. Ülkenin ekonomik ve sosyal kalkınma düzeyi arttıkça

¹¹⁰ Burada insangücü kavramı, doğrudan üretimdeki fiziki işgücü yanında yönetici veya girişimci olarak ekonomik faaliyetlerde yer alan tüm bireylerin çalışma güçlerini de kapsayacak şekilde geniş anlamda ele alınmaktadır.

sağlık için daha fazla kaynak ayrılabilmesi ve toplum katılımının sağlanması mümkün olmaktadır. Bunlar sağlık hizmetleriyle ekonomik ve sosyal kalkınma arasındaki doğrudan ilişkileri oluştururken, ülke nüfusunun genelini ilgilendiren demografik gelişmeler ve eğitim yoluyla dolaylı ilişkiler gerçekleşmektedir.

Burada, çok yaygın olarak düşülen bir yanlışlıktan söz etmek yerinde olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalkınmaya hizmet etmesi, toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesine bağlıdır. Bir başka ifadeyle, sağlık konusunu kalkınma açısından ele alıp değerlendirdiğimizde önemli olan, ülkedeki tıbbi tekniklerin geliştirilmesi değil, toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesidir.

Ülkedeki sağlık sisteminin etkinliği ve kalkınmaya olan katkısı, en sık ölümlere yol açan ve en sık görülen hastalıkların ortadan kaldırılmasında sağlanan başarıya bağlıdır. Bu nedenle, konuya kalkınmanın hızlandırılması açısından yaklaşılması durumunda, ancak kısıtlı bir nüfusun yararlanabileceği gelişmiş bir hastane kurmak ile ülkedeki çocuk felcini yok edecek bir aşılama programı arasında tercih yapılması gerektiğinde, tercihin ikincisinden yana olması gerekmektedir.

Ancak bu ifadeden, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi gerektiği sonucu çıkarılmamalıdır. Burada belirtilmek istenen şey, hizmetin ne kadar yaygın bir kitleye ulaşacağına kalkınma açısından önemli olduğudur. Kuşkusuz bir toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde tedavi edici sağlık hizmetlerinin de önemi büyüktür. Aşağıda, sağlık hizmetlerinin kalkınmaya olan katkıları incelenmiştir.

4.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALKINMAYA OLAN DOĞRUDAN KATKISI

Hastalıkları tedavi ederek, işgücü kaybını önlemek; çalışanların ağrısını/acısını dindirerek çalışma sırasındaki halsizlik, ağrı gibi verim kaybına neden olan sorunların ortadan kaldırılması; gelecekte ağırlaşabilecek olan hastalıkları olabildiğince erken kontrol altına alarak, gelecekte ortaya çıkacak hastalıklar nedeniyle yapılması gereken harcamaları önlemek sağlık hizmetlerinin doğrudan katkılarına oluşturmaktadır. Bu katkılar, sağlığını kaybetmiş kişilerin sağlıklarına kavuşturmayı amaçlayan tedavi

uygulamalarında olduğu gibi, örneğin çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı aşılması şeklindeki bir koruyucu sağlık hizmeti uygulamasında da ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalkınmaya olan doğrudan katkıları, hem mikro hem makro bazda değerlendirilebilecek üç boyutu içermektedir. Bunlar: verimlilik boyutu, gelir boyutu ve harcama boyutu olarak sıralanabilir. Bu katkıları, parasal olarak ifade edilebilecek katılardır ve sağlık hizmetlerine ekonomi biliminin analiz yöntemiyle yaklaşımasını ifade eden “sağlık ekonomisi”nin başlıca inceleme alanlarını oluşturur.

Verimlilik boyutu, doğrudan insangücünün ekonomik faaliyetlerdeki işlevleri ile ilgilidir. Sağlık hizmetleriyle kalkınma arasındaki ilişkiler pür ekonomik bakış açısıyla değerlendirildiğinde, ilk olarak dikkati çeken boyut, sağlık hizmetlerinin bir üretim faktörü olarak insangücünün verimliliği üzerindeki etkileri olmuştur. Verimlilik açısından hastalıkların insangücünün üzerindeki etkilerini, kısaca üç başlık altında toplayabiliriz: 1.ölüm (işgücü kaybı), 2.sakatlık(çalışma zamanı kaybı), 3.halsizlik(çalışma anında verimlilik kapasitesi kaybı)¹¹¹. Sağlık hizmetlerinin bu kayıpları ortadan kaldırması, doğrudan üretim artışı veya üretilen mal ve hizmetteki kalite artışı anlamındadır.

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

Sağlık hizmetlerinin kalkınmaya doğrudan katkılarının üçüncü boyutu, harcamalarla ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulması, ekonomik kaynakların bir kısmının bu alana ayrılmasını gerektirmektedir. Bunun yanında, söz konusu hizmetlerden yararlanılması bireysel düzeyde harcamaların artması anlamındadır. Sağlığın

¹¹¹ BİNGÖL, Güven; “Sağlık ve Ekonomi”, Toplum ve Hekim, Yıl:2, Sayı: 17, s.42.

korunması ve geliştirilmesi ise, daha sonra ortaya çıkacak bu harcamalardan tasarrufu sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin, ekonomik faaliyetlere olan katkıları, Tablo 7'de gösterilmiştir. Bu katkılar, hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması; sakatlık veya hastalık durumlarının azalması; çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması şeklinde ortaya çıkmaktadır.

TABLO 7: TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİNİ YÜKSELTEN YATIRIMLARIN SAĞLADIĞI PARASAL FAYDALAR

FAYDANIN TANIMI	EKONOMİK ETKİSİ	FAYDANIN TÜRÜ
Hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin azaltılması	adam-saat olarak mutlak artış	adam-saat arzının miktar olarak artışı
Sakatlık veya hastalık durumlarının azalması	adam-saat olarak görelî artış	
Çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalması	adam-saat başına üretken kapasitenin artışı	adam-saat başına ürünün kalite açısından artışı

KAYNAK: Güneri AKALIN, Kamu Ekonomisi, Ankara Ü. SBF Yayını, No: 486, Ankara, 1981, s. 215.

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

Kişinin sağlığının bozulması, sonuçta ölüme neden olmasa da, sakatlık veya hastalık nedeniyle kişinin geçici veya sürekli olarak üretimden uzaklaşması sonucuna neden olmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin katkısı, işgücü arzında görelî bir artış şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kişinin bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olması durumunda, sakatlık veya hastalık nedeniyle geçici olarak üretimden uzaklaşması kişisel gelirinde bir azalmaya yol açmayabilir. Ancak böyle bir durumda makro anlamda üretimin azalacağı açıktır.

Ayrıca, işgücünü çalışma süresinde ortaya çıkan ağrı, acı, halsizlik gibi sıkıntılar, işgücü verimliliğini düşürmektedir. Bu durumda, işgücü doğrudan üretimden kopmamakta ve kişisel gelirden belirgin bir azalma olmamakla birlikte, üretim miktarı ve

üretile mal veya hizmetin kalitesi düşmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin ekonomik faaliyetlere bu anlamda da olumlu bir etkide bulunduğu açıktır.

Bu konularda yapılmış olan birçok araştırma, yukarıda özetlenen sağlık hizmetlerinin ekonomik büyümeye katkılarını göstermektedir. Söz konusu araştırmaların bazılarının sonuçları aşağıdaki gibi özetlenebilir¹¹²:

- Kendrick tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ABD’de 1889-1957 yılları arasında ortak girdi endeksi yılda ortalama %1,9 oranında artış gösterirken, hasıla endeksi %3,5 oranında bir artış göstermiştir. Aradaki 1,6 puanlık fark işgücü, sermaye ve toprak miktarındaki artış dışında başka faktörlerden oluşmuştur ki, Kendrick bu farkı “sağlık ve eğitim”deki iyileşmeye bağlamıştır.
- Muskin tarafından, 1960 yılında 67 milyon aktif işgücü üzerinde yapılan bir araştırmada, 13 milyon işçinin tıp alanındaki yenilikler sayesinde üretime devam ettiği belirtilmiştir.
- Hindistan’da Tamil Devletinde cüzamlılar üzerinde yapılan araştırmaya göre, 645.000 cüzamlıya yapılan koruyucu sağlık hizmetinin 130 milyon dolarlık GSMH artışına neden olduğu hesaplanmıştır ki; bu miktar Hindistan’ın aynı dönemde sağladığı kamusal dış yardımların %10’una karşılık gelmektedir.
- Bangladeş’te sağlıklı kişilerin, sağlığı bozuk kişilerden daha yüksek ücretle çalıştığı saptanmıştır. Bu ücret farkı, sağlıklı kişilerin daha verimli çalışmasına bağlanmıştır.
- Fildişi Sahili’nde, hastalıklı kişilerin her ay bir işgünü kaybına neden oldukları ve sağlıklı olanlardan % 19 dolayında daha az kazandıkları görülmüştür. Bunun gerekçesi de, sağlıklı kişilerin daha verimli çalışması olarak açıklanmıştır.
- Sri Lanka’da 1947-1977 yılları arasında yapılan sıtma eradikasyonu ülke GSMH’sinin %9 artmasını sağlamıştır.
- Rusya’da 11 yıllık ulusal çocuk felci aşı kampanyasında harcanan her ruble için 66 ruble kazanıldığı hesaplanmıştır¹¹³.

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

¹¹² TOKAT, Mehmet; Sağlık Ekonomisi, age., ss. 68-69.

¹¹³ GÜLER, Çağatay; “Sağlık Programları İle Sosyo-Ekonomik Gelişme Arasındaki İlişkiler”, Toplum ve Hekim, Sayı: 25, Ocak 1980, s. 49.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik katkılarının tam olarak ölçülebilmesi için, sağlık hizmeti sonucunda sağlanan çıktının, fayda/maliyet analizlerinde kullanılacak şekilde ölçülebilmesi gerekmektedir. Bu ise, sağlık hizmetlerinin nihai hedefi olan “sağlıklı ömür” değişkeninin ölçülmesindeki güçlükler nedeniyle oldukça zordur. Zira, herkesin hayatına verdiği değer farklı olacağı gibi, bu değerın ölçülmesi etik açıdan da tartışılabilir bir durumu ortaya çıkarmaktadır.

Bununla birlikte, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin sağladığı ekonomik faydanın, bazı basitleştirici varsayımlarla fonksiyon biçiminde ifade edilmesi mümkündür.

Bunun için; n sayıda bireyin etkilendiği bir sağlık programının zamansız ölümleri önleyerek kişilerin gelecekteki kazançlarında ortaya çıkardığı artışın bugünkü değeri G_i ile, hasta bireylerin sayısındaki azalmanın sağlayacağı verimlilik artışını V_i ile, hastalıkların erken kontrolü ile ileride yapılması olası harcamalarda sağlanacak tasarrufu H_i ile gösterdiğimizde, sağlık hizmetlerinin sağladığı parasal fayda;

$$F = \sum_{i=1}^n G_i + \sum_{i=1}^n V_i + \sum_{i=1}^n H_i$$

denklemlerle gösterilebilir.

Sunulan sağlık hizmetinin bireysel ve toplumsal maliyeti M_i ile gösterilirse;

$$0 < \left\{ \left(\sum_{i=1}^n G_i + \sum_{i=1}^n V_i + \sum_{i=1}^n H_i \right) - M_i \right\}$$

olduğu sürece, sağlık hizmetinin topluma ekonomik katkısı pozitifdir ve bu hizmetin sunulması, ekonomik açıdan da anlamlıdır.

Söz konusu ekonomik katkının en yüksek değere çıkarılması, M_i 'nin düşürülmesi ve/veya G_i , V_i , H_i değerlerinin yükseltilmesi ile mümkündür. Bunun teknik terimlerle ifadesi, maliyet minimizasyonunun veya çıktı maksimizasyonunun sağlanması şeklindedir.

İşsizliğin dikkate alınmaması, kazanılan ek ömürde elde edilecek gelirler açısından bireyler arasındaki farklılığın normal dağılım gösteren bir seri olarak kabul edildiği bir durumda, denklemde F ile gösterilen faydanın maksimizasyonu için, ülkedeki sağlık hizmetlerinin, Beklenen Yaşam Umudu değerini en fazla yükseltecek olan alanlarda ve ileride doğabilecek harcamaları en aza indirecek uygulamalara yönelmesi gerekmektedir.

Bu da, ülkedeki mortalite ve morbidite oranlarının en yüksek olduğu hastalıkların önlenmesine ve erken tanısına yönelmesi anlamına gelmektedir.

Konuya bu bakış açısıyla yaklaşıldığında, sağlık hizmetlerinin ekonomik mantıkla açıklanamayacak yönlerinin bulunduğu da bir gerçektir. Örneğin, çalışma yaşamının dışında kalmış olan yaşlıların tedavisi ve bakımı için yapılan harcamaların, yukarıdaki denklemde ifade edilen gelir ve verimlilik artışı anlamında bir sonucu söz konusu değildir. Üstelik, yaşlılar için yapılan sağlık harcamaları, özellikle nüfusun yaşlandığı ABD ve Avrupa ülkelerinde giderek artmaktadır. Buna karşılık yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaması düşünülemez. Sağlık hizmetlerinin ekonomik bakış açısıyla açıklanamayacak olan insancıl yönünü oluşturan bu ve benzeri örnekler, bütün ülkelerde tartışma dışında bırakılmaktadır.

İnsancıl yönü nedeniyle, ekonomik mantıkla yaklaşılamayacak örnekler kapsam dışında tutulursa, sağlık hizmetlerinin doğrudan ekonomik katkılarının en yüksek düzeye çıkarılması amacı, sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımı ve değerlendirme konusunu gündeme getirmektedir. Bu konuya daha sonra, ayrı bir başlık altında değinilecektir.

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALKINMAYA OLAN DOLAYLI KATKISI

Yukarıda verilen Şekil 5’de gösterildiği gibi, sağlık hizmetleri ile ekonomik ve sosyal kalkınma arasında doğrudan ilişkiler yanında, dolaylı ilişkiler de söz konusudur. Öncelikle belirtilmesi gerekir ki; sağlık hizmetlerinin amacı, insanların sağlıklı ömürlerinin uzatılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi, insanların her türlü faaliyetine olumlu katkıda bulunacaktır. Dolayısıyla sağlık sektörü, yaşamın her alanındaki faaliyetlerle, herhangi bir şekilde ilgilidir. Bir başka ifadeyle, sağlık sektöründeki gelişmeler, toplumun her alanını yakından ilgilendirmektedir. Bunun temel gerekçesi, sağlık sektörünün özünde, maddi ve maddi olmayan yönleriyle insanın bulunmasıdır. O halde, insanın gelişmesine hizmet eden sağlık sektörü, insanın gelişmesini sağladığı ölçüde, sosyal ve ekonomik kalkınmayı hızlandıracaktır.

Bu dolaylı ilişki, karmaşık bir yapıya sahip olan bir dizi etkileşimleri içermektedir. Burada üzerinde özellikle durmak istediğimiz dolaylı ilişkiler; **sağlık-eğitim-kalkınma** ve **sağlık-nüfus-kalkınma** şeklinde sınırlandırılmıştır.

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

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

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

Sağlık hizmetlerinin kalkınma üzerine dolaylı etkilerinden bir diğeri, sağlık hizmetleri sonucunda ortaya çıkan demografik gelişmelerdir. Ülkedeki sağlık hizmetleri ile demografik gelişmeler arasındaki etkileşim, kısa ve uzun dönemde farklılaşmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık-nüfus-kalkınma ilişkisinin de iki boyutu bulunmaktadır. Nüfus artış hızının yüksek olması, ülkenin içinde bulunduğu konuma bağlı olarak, sosyal ve ekonomik kalkınmayı frenleyebilmekte veya hızlandırabilmektedir.

Ekonominin temelini oluşturan, “kıt kaynaklar ve sınırsız ihtiyaçlar” ilişkisinde; kaynaklardaki sınırlı artış karşısında, sınırsız ihtiyaç gösteren beşeri faktörün sürekli bir tempo içinde artış göstermesi, bu sınırlı kaynakların insanlar arasında daha adil bir dağıtımına tabi tutulması sorununu eskisinden daha güncel ve önemli bir duruma getirmiştir. Bu sorun, kaynakları kıt ve ekonomik gelişme düzeyleri düşük ülkeler için daha da önemli olmaktadır. Çünkü, bu gibi ülkelerde aşırı nüfus artış hızı esasen var olan çok düşük gelir seviyesi, kötü beslenme, aşırı gelir eşitsizliği ve benzeri sorunların giderek artmasına ve kalkınmanın sınırlanmasına neden olmaktadır¹¹⁴.

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

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

Kısa dönemde ortaya çıkan bu etkiler, ülkenin işgücü gereksinimini karşılaması nedeniyle kalkınmayı hızlandırabilme potansiyeli taşımakla birlikte; gelişmekte olan ülkelerde, nüfus artış hızının yükselmesi kalkınmayı sınırlandırabilmektedir. Bunda, söz konusu ülkelerdeki işgücü fazlası, ekonomik gelişmenin sınırlılığı nedeniyle sanayi sektörlerindeki istihdam olanaklarının yetersizliği gibi faktörler etkili olmaktadır.

Hızla artan nüfus, sağlık hizmetlerine olan talebi de artırmaktadır. Bu hizmetler için büyük kaynakların ayrılması, aynı kaynakların alternatif kullanma imkanlarını ortadan kaldırmaktadır. Üstelik sağlık hizmetlerine artan nüfus oranında kaynak ayrılabilmesi halinde ise, hizmetlerin aslında yüksek olmayan nitelikleri de bozulmaktadır¹¹⁵.

¹¹⁴ BAŞOL, Koray: Demografi, İzmir, 1994, s. 115.

¹¹⁵ BAŞOL, Koray: Demografi, age., s. 170.

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

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

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

Ailelerdeki ortalama çocuk sayısının düşmesi, her çocukla daha fazla ilgilenilmesini sağlarken, çocukların aldıkları eğitim yükselmekte, çocuklara daha iyi bakılmaktadır. Bu koşullarda yetişen çocukların gerek eğitimi, gerekse duygusal gelişimi yeterli düzeye çıkarılabilmekte ve sonuçta toplumun nüfus kalitesi geliştirilmektedir.

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

Kuşkusuz uzun dönemli gelişmeler söz konusu olduğunda, kalkınma ile sağlık arasında demografik gelişmelerin ötesinde birçok faktör etkili olacaktır. Örneğin sıtma eradikasyonu programı çerçevesinde bataklıkların kurutulması yeni tarım topraklarının

kazanılmasını sağlayabilir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanalizasyon sistemi, tarım ürünlerinin zararlılarla bulaşmasını önleyeceğinden, bu ürünlerin ulusal ve uluslararası pazarlarda daha kolay alıcı bulmasına katkıda bulunacaktır.

Bununla birlikte uzun dönemde, kalkınmanın sağlanması için gerçekleştirilen bazı yatırımların sağlık üzerine olumsuz etkileri gündeme gelebilecektir. Örneğin ülkenin ekonomik gelişimi için kurulan bir termik santralin veya bir çimento fabrikasının çevreye zararlı etkilerde bulunması sık sık yaşanan olaylardır. Bu olaylar, kalkınmanın sağlık üzerine olumsuz etkilerini göstermesi bakımından önemli olmakla birlikte bu etkiler, konumuz gereği burada ele alınmayacaktır.

5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAYNAK DAĞILIMI VE EKONOMİK DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetleri ile ekonomik kalkınma ilişkilerinin önemli bir boyutu da, sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımı ve ekonomik değerlendirme konusudur. Bu konunun önemi, kalkınmanın hızlandırılması amacıyla kullanılacak kaynakların sınırlı olmasına karşılık, sağlık gereksinimlerinin neredeyse sınırsız olması çelişkisinden kaynaklanmaktadır. Bu çelişkinin çözümlenmesi veya en azından etkisinin hafifletilmesi, kaynakların akılcı şekilde kullanımına bağlıdır. Bunun için, sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların nasıl dağıtılacağına ilişkin karar verme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık sektörünün son yıllarda giderek daha fazla ekonomik araştırmaya konu olmasının ardında yatan gerekçe de, sözünü ettiğimiz kaynak dağılımı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ekonomik değerlendirme sorunlarıdır.

Bu sorunlar, sağlık sektörünün GSMH içindeki payının son zamanlarda hemen bütün ülkelerde artış göstermesiyle ön plana çıkmıştır. Bu olgunun değişik nedenleri vardır. Bunların başlıcaları şöyle sıralanabilir¹¹⁶:

- Sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinin artması,

¹¹⁶ SALTİK, Ahmet; "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", Toplum ve Hekim, Cilt:10, Sayı:68, Temmuz-Ağustos 1995, s. 39.

- Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması,
- Tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin gelişmesi ve giderek daha pahalılaşması,
- Bulaşıcı hastalıkların azalması, yerine uzun gidişli süreğen hastalıkların artması.

Bu nedenlerin ortaya çıkardığı harcama artışı, sağlık sektöründe kullanılan kaynakların alternatif maliyetlerini yükseltmiştir. Alternatif maliyetlerin yükselmesiyle sağlık alanında kullanılan kaynakların etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı sorusunun yanıtı, doğal olarak daha önemli hale gelmiştir.

Sonuçta, insan yaşamı gibi, parayla ölçülemeyecek bir değer söz konusudur. Ancak buradaki temel sorunun “insan hayatının kurtarılmaya değer olup olmadığı” değil, “hangi yöntemle en fazla hayatın kurtarılabileceği” veya “kaynakların hangi alanlara ayrılmasıyla daha fazla sağlıklı yaşam sağlanabileceği” olduğu dikkate alınır, sağlık hizmetlerine ekonomik değerlendirme yöntemleriyle yaklaşılmasının mantığı daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır. Zira, ekonomik değerlendirme yöntemlerinin özünde, “kıt olan kaynakların en yararlı şekilde kullanımının sağlanması” düşüncesi bulunmaktadır. Konuya bu düşünceyle yaklaşıldığında; sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların en yararlı şekilde kullanılıp kullanılmadığının, hastane ve benzeri hizmet birimlerindeki ve belli tedavi yöntemlerinin veya sağlık programlarının verimlilik ve etkinliğinin istenilen düzeyde olup olmadığının araştırılması gerekmektedir¹¹⁷.

Sağlık sektöründe kullanılan kaynaklar hekim, hemşire, sağlık teknisyeni gibi sağlık meslek mensupları, yani “sağlık insangücü”; EKG cihazı, röntgen cihazı gibi “tıbbi cihazlar”; ilaç, pansuman malzemesi gibi “tıbbi malzemeler”; sağlık ocağı, hastane gibi “sağlık binaları” şeklinde gruplandırılabilir. Bunların dışında diğer sektörlerden çok daha fazla önem taşıyan bir diğer kaynak da “zaman”dır. Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve

¹¹⁷ Etkinlik ve verimlilik kavramları zaman zaman birbirinin yerine kullanılsalar da, bu iki kavram arasında belirgin bir farklılık vardır. Etkinlik, yapılan işin amaçlara uygunluk derecesini ifade etmekte; verimlilik ise, elde edilen çıktının kullanılan girdilere oranını şeklinde tanımlanıp, kaynak kullanım düzeyini göstermektedir. Bir başka ifadeyle, etkinlik, belli bir girdi bileşimiyle en yüksek ve amaca en uygun çıktının elde edilmesini ifade ederken; verimlilik belli bir çıktının en az girdi kullanımıyla elde edilmesi anlamındadır. Bu nedenle verimli olarak yapılan bir iş, mutlaka etkin olmayabilir. Sağlık hizmetleri açısından bu ayrım için bkz. ALPUGAN, Oktay; “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, I. Verimlilik Kongresi -Bildiriler, 27-29 Kasım 1991, MPM Yayını No: 454, ss. 61-62; ÖZKUL, Ali Ekrem; Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü, (Editör: Hikmet ŞEÇİM), Anadolu Ü. Yayın No:819, 1994, ss. 15-16.

zamanında sunulması; böylece kaynak kullanımında etkinliğin sağlanması için söz konusu kaynakların optimum düzeyde kullanılması gerekmektedir. Bu optimumluk, kaynakların tam kapasiteyle kullanımı anlamına gelmemektedir. Zira, sağlık hizmetlerinde zaman açısından talep belirsiz olup, her an acil bir durumla karşılaşılabilir. Bu nedenle, acil hizmet taleplerini karşılayacak şekilde atıl kapasite bulundurulması, sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan bir zorunluluktur. Bu zorunluluk yanında, sektörün daha önce ele alınan özellikleri, sağlık hizmetlerindeki verimlilik ve etkinlik sorununun sanayi işletmelerinden daha farklı düzeyde ele alınmasını gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik konusundaki çalışmalar, sektörel düzeyde olmayıp daha çok mikro düzeyde yapılmaktadır¹¹⁸. Bunun temel nedeni sağlık hizmetlerinde elde edilen çıktının homojen bir yapıda olmaması, hastanelere göre hatta aynı hastanedeki servislere göre çok farklı olgularla ilgilenilmesidir.

Verimlilik ve etkin kaynak dağılımının belirlenmesi amacıyla yapılan mikro analizler iki boyutta gerçekleştirilmektedir. Bunlar;

- Hastane, sağlık merkezi gibi “sağlık örgütü bazında” yapılan verimlilik/etkinlik analizleri ve
- Tedavi yöntemleri veya sağlık programlarının karşılaştırılması amacıyla, “program veya yöntem bazında” yapılan verimlilik/etkinlik analizleridir.

Sağlık örgütü bazında yapılan analizlerde, ele alınan örgüt düzeyinde verimlilik ve etkinlik analizleri yapılmakta; hastaneler arasında veya aynı hastanenin farklı hizmet birimleri arasında karşılaştırmalar yapılarak, bu birimlerdeki kaynak kullanım etkinliğinin artırılması yöntemleri belirlenmeye çalışılmaktadır.

Yöntem bazında yapılan analizlerde ise, örneğin böbrek yetmezliğinin tedavisinde hemodiyaliz veya organ nakli yöntemlerinden hangisinin daha etkin olduğu araştırılmaktadır. Sık kullanılan bir başka örnek de, diş çürümelerine karşı suların florlanması, diş yüzeyinin florlanması veya çürük dişlerin tedavi edilmesi seçenekleri arasında tercihin belirlenmesi şeklinde verilebilir.

¹¹⁸ AKIN, Ülgen ve AKSOY Serap; Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayını No:332, Ankara, 1985, s.8.

5.1. SAĞLIK ÖRGÜTÜ BAZINDA EKONOMİK DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetlerinde verimlilik araştırmaları, gelişmiş ülkelerde 1960'lı yıllarda daha çok örgüt bazında analizler şeklinde başlamışken; çıktıların sayısallaştırılması konusundaki gelişmeler doğrultusunda giderek programlar/tedavi yöntemleri arasında karşılaştırma amaçlı analizler yaygınlaşmıştır. Ancak yine de, sanayi sektörüne ilişkin çalışmalarla karşılaştırıldığında, sağlık sektörüyle ilgili verimlilik ve etkinlik çalışmalarının en önemli sorunu, çıktıların sayısal olarak değerlendirilmesi aşamasında yaşanmaktadır. Zira, sanayi işletmelerinin çıktıları net üretim miktarlarıyla ölçülebilir ve bu miktarlar piyasa fiyatlarıyla değerlendirilebilirken; sağlık sektörü çıktılarının ölçülmesinde ve parasal olarak değerlendirilmesinde birtakım sorunlar vardır.

Çıktıların sayısallaştırılması amacıyla önerilen yöntemler olarak, örneğin hasta sayısı veya hastanelerde yatılan süreyi içeren hasta günü sayısı, çıktıların ölçülmesinde bir yaklaşım sağlayabilirken, bu tür ölçümler de kendi içinde bazı sorunlar içermektedir. Bir beyin ameliyatı ile bir apandisit ameliyatı iş yükü açısından birer birimlik iş yükü oluşturmaya karşılık, ne harcanan zaman açısından, ne de yapılan harcamalar ve gerektirdiği uzmanlık bilgisi açısından eşit değildir. Bir başka örnek poliklinik hizmeti veren iki doktorun karşılaştırılmasından verilebilir. Örneğin çoğunlukla tanısı standartlaşmış hastalıklarla karşılaşan bir poliklinik hekimi ile, çoğunlukla tanısı karmaşık tetkikleri gerektiren hastalıklarla karşılaşan bir poliklinik hekiminin verimlilik düzeyi karşılaştırması çok anlamlı değildir. Zira, birinci hekim örneğin 30 hastayı muayene ederken, ikinci hekimin 10 hastayı muayene etmesi durumunda; birinci hekimin ikinci hekimden üç kat daha verimli çalıştığını söylemek doğru olmayacaktır.

Bu gibi sorunlar, sağlık hizmetlerinde çıktı ölçümünün objektif kriterlere bağlanmasını güçleştirmektedir. Buna karşılık hasta karmasının servisler veya hastaneler arasında eşite yakın dağıldığı varsayılarak belli bir yaklaşımda bulunulabilir. En azından böyle bir ölçüm, hiç ölçüm yapılmamasına göre daha aydınlatıcı olacaktır.

Hastane veya benzeri sağlık birimlerindeki verimlilik düzeyinin artırılması amacıyla örgüt bazında yapılan analizlerde, kaynakların birbirini bütünleyici nitelikte olması, kaynak dağılımıyla ilgili karar problemlerinde değişken sayısını artırmaktadır. Değişken sayısının çok olması, verimlilik ölçümlerinde en eski ve en sık kullanılan yöntem

olan oran analizini güçleştirmektedir. Örneğin 5 girdi ve 6 çıktı bulunuyorsa 30 tane oranın hesaplanması ve karşılaştırmanın bu 30 oranla yapılması gerekmektedir. Ayrıca, bu oranlardan birkaçı yönünden çok iyi durumda olan bir hastane diğer oranlar yönünden kötü durumda olabilir¹¹⁹.

Bu tür sorunları nedeniyle hastane benzeri sağlık birimlerinde verimlilik ve etkinlik değerlendirmelerinde yöneylem araştırma teknikleri kullanılmaktadır. En sık kullanılan, yöneylem araştırma teknikleri ise doğrusal programlama ve similasyondur¹²⁰. Doğrusal programlama, belirli bir amacın gerçekleşme derecesini etkileyen bazı kısıtlayıcı koşulların bulunması ve bunların doğrusal eşitlik veya eşitsizlikler olarak verilmesi durumunda, bu amaca en iyi (optimal) bir biçimde ulaşılması için kıt kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlayan matematik bir yöntem, bir planlama tekniğidir. Bu şekilde ulaşılacak istenen amaç; bir firmada kârın maksimizasyonu/maliyetin minimizasyonu veya çıktı maksimizasyonu/girdi kullanımının minimizasyonu olarak belirlenebilir¹²¹. Sağlık hizmetlerinde doğrusal programlama uygulamalarında; özel sağlık kurumları dışında kâr amacının bulunmaması nedeniyle, kâr maksimizasyonu değil, çıktı maksimizasyonu veya girdi minimizasyonu amaçlanır.

Similasyon tekniğiyle kurulan modeller ise, doğrusal programlama modellerinde göz ardı edilen, sağlık hizmetlerinin karmaşık yönlerinin daha gerçekçi biçimde temsilini sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir. Doğrusal programlamada, belirlenmiş hizmet sürelerinin ve sürekli hastaların bulunduğu varsayılmakta; hastaların sıralanması ve hastanın gelişi aşamasında yapılan işlemlerin sırası dikkate alınmamaktadır¹²². Bununla birlikte similasyon tekniğinin daha karmaşık olması ve çok sayıda denklemlerden oluşan modellerin çözümlenmesini gerektirmesi, bu tekniğin kullanımını zorlaştırmaktadır. Günümüzde bilgisayar uygulamalarının ulaştığı düzey, bu tekniğin operasyonel kısmını

¹¹⁹ KAVUNCUBAŞI, Şahin ve ERSOY, Korkut; "Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçümü", Amme İdaresi Dergisi, Cilt:28, Sayı:3, Eylül 1995, s.78.

¹²⁰ AKIN, Ülgen ve AKSOY Serap; Sağlık Hizmetlerine Verimlilik ..., age., s. 36.

¹²¹ ÖZATEŞLER, Mustafa; İktisadi Planlama Teorisi ve Genel Üretim Modeli, İzmir, 1992, s. 171.

¹²² Similasyon vb. tekniklerle kurulmuş sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımında optimizasyon modeli örnekleri hakkında bkz. AKIN, Ülgen ve AKSOY Serap; Sağlık Hizmetlerine Verimlilik ..., age., ss. 37-50.

kolaylaştırırsa da, gerektirdiği bilgilerin fazlalığı, bu tekniğin önemli bir dezavantajını oluşturmaktadır.

Verimlilik ölçümleriyle ilgili olarak son yıllarda sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılan bir diğer yöntem de, “Veri Zarflama Analizi”dir. Bu analizde, teknik verimlilik ölçümleri yapılmakta ve ele alınan bir üretim örgütünün, en verimli olan bir diğer üretim örgütüne göre durumu tesbit edilmektedir. Bunun için, herhangi bir gözlem kümesinde en az girdi bileşimini kullanarak en çok çıktı bileşimini üreten en iyi gözlemler, yani verimlilik sınırını oluşturan üretim örgütleri belirlenir ve söz konusu sınır referans kabul edilip, diğer örgütlerin bu sınıra olan uzaklığı açısız olarak ölçülür¹²³. Bu yöntemle yapılan verimlilik ölçümünde en verimli olan hastane referans alınırken, diğer ölçüm tekniklerinde, ele alınan hastanelerin ortalaması referans alınmaktadır.

Yukarıda kısaca özetlenen verimlilik ölçüm tekniklerinin her birinin üstün ve zayıf yönleri bulunmaktadır. Bu nedenle, verimlilik ölçümlerine ilişkin sonuçlarının değerlendirilmesinde söz konusu üstün ve zayıf yönlerin dikkate alınması gerekmektedir. Her şeyin ötesinde, sağlık hizmeti sunan hastaneler, birbirinden çok farklı hastalıkların tedavisiyle ilgilenmektedir. Bu nedenle hastanelerin değerlendirilmesinde hasta karmasının dikkate alınması kaçınılmazdır. Örneğin bir kadın doğum servisindeki bir hasta, normal doğum olması durumunda 1-2 gün hastanede kalırken; bir cerrahi servisindeki hastanın yatış süresi çok daha uzun olmaktadır. Dolayısıyla, kadın doğum servisinde yüksek bir yatak devir hızı hesaplanırken; genel cerrahi servisinde daha düşük bir yatak devir hızı hesaplanacaktır.

Karşılaştırmalarda kullanılacak yöntemler değişiklik göstermekle birlikte, sağlık organizasyonu bazında yapılan performans değerlendirmelerinde başvurulan rasyoların başlıcaları şunlardır¹²⁴:

¹²³ K AVUNCUBAŞI, Şahin ve ERSOY, Korkut; “Hastanelerde Teknik ...”, age., s.82.

¹²⁴Burada sözü edilen ölçütler ve bu ölçütler kullanılarak yapılan çeşitli verimlilik ve performans karşılaştırmaları için bkz. SEÇİM, Hikmet; “Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri (I) - İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama”, Verimlilik Dergisi, Yıl:1988, Sayı:1, ss.5-30; KAVUNCUBAŞI,Şahin ve ERSOY,Korkut; “Hastanelerde Teknik ...”, age., ss.77-92; KISAER,Hülya; “Hastanelerde Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi”, I. Verimlilik Kongresi -Bildiriler, 27-29 Kasım 1991, MPM Yayını No:454, ss. 397-404; TOKAT,Mehmet ve KISAER,Hülya; Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi, age., ss. 35-98.

Personel Etkinliğine İlişkin Ölçütler:

- Personel / Fiili Yatak Sayısı,
- Personel / Dolu Yatak Sayısı,
- Personel / Yatan Hasta Sayısı
- Personel / Hasta Günü Sayısı
- Personel / Teorik Hasta Günü Sayısı,
- Fiili Yatak Sayısı / Hekim
- Dolu Yatak Sayısı / Hekim
- Yatan Hasta Sayısı / Hekim
- Hasta Günü Sayısı / Hekim
- Teorik Hasta Günü / Hekim (teorik hasta günü = fiili yatak sayısı x 365)
- Ameliyat Sayısı / Hekim
- Poliklinik Sayısı / Hekim
- Hemşire / Hekim

Yatak Etkinliğine İlişkin Ölçütler:

- Yatak İşgal Oranı (hasta gün sayısı / teorik hasta gün sayısı)
- Ortalama Yatış Süreleri (hasta gün sayısı / yatan hasta sayısı)
- Yatak Devir Hızı (yatan hasta sayısı / fiili yatak sayısı)

Maliyet Etkinliğine İlişkin Ölçütler:

- Hasta Günü Maliyeti (toplam hastane giderleri/toplam hasta günü sayısı),
- Yatak Maliyeti (toplam hastane giderleri/toplam fiili yatak sayısı),
- Hasta Maliyeti (toplam hastane giderleri/toplam yatan hasta sayısı),
- Poliklinik Maliyeti (toplam poliklinik giderleri / toplam poliklinik sayısı),
- Sağlık Personeli Ücretleri / Toplam Harcamalar
- Sağlık Personeli Ücretleri / Toplam Ücretler
- Hekim Ücretleri / Sağlık Personeli Ücretleri
- Hekim Ücretleri / Toplam Harcamalar
- İdari Personel Ücretleri / Toplam Harcamalar
- Hekim Başına Düşen Toplam Gider (Toplam Harcamalar / Hekim Sayısı)
- Net Hasta Geliri / Toplam Harcamalar
- Net Hasta Geliri / Toplam Personel Gideri

- Net Hasta Geliri / Sağlık Personeli Ücretleri
- Net Hasta Geliri / Hekim Ücretleri

Yukarıda sıralanan etkinlik ölçütleri, hastane bazında hesaplanarak, hastaneler arasında karşılaştırma olanağı sağladığı gibi, aynı veya farklı hastanelerde benzer servisler arasındaki karşılaştırmalarda da kullanılabilir. Yapılacak değerlendirmenin niteliğine göre, bu ölçütlerden seçilecek bazılarının kullanılması mümkündür. Sağlık hizmet organizasyonlarında çok sayıda girdi kullanıldığı ve çok sayıda çıktı elde edildiği için; her bir girdi bazında, her bir çıktıya göre verimlilik ölçümünü sağlayacak çok sayıda performans ölçütünün türetilmesi mümkündür.

5.2. PROGRAM VEYA YÖNTEM BAZINDA EKONOMİK DEĞERLENDİRME

Programlar düzeyinde kaynak dağılımı ve ekonomik değerlendirme çalışmalarına aşağıdaki soruların yanıtlanması amaçlanarak başlanır¹²⁵:

- Belirli bir sağlık hizmetini sunmanın veya belirli bir tedavi yönteminin maliyeti nedir?
- Söz konusu hizmetten ya da tedaviden sağlanan yararlar nedir?
- Belirli bir sağlık sorununu ortadan kaldırmanın en etkin yolu nedir?
- Amaç gerçekleştirilmeye değer midir?

Bu soruların yanıtlarının bulunması, sağlık ekonomisi araştırmalarının kapsamına girmektedir. Sağlık ekonomisi araştırmalarında ele alınacak programın veya tedavinin maliyetinin ve kazanımının birlikte ele alınması, ayrıca, en az iki seçeneğin karşılaştırılması gerekmektedir. Bir tek seçenek üzerinde yapılan maliyet ve kazanım incelemeleri; maliyet tanımlama, kazanım tanımlama veya maliyet ve kazanım tanımlama şeklindedir. Hem maliyet ve kazanımların birlikte ele alınması, hem de birden fazla seçeneğin karşılaştırılması tam ekonomik değerlendirme olarak nitelenebilir¹²⁶. Sağlık

¹²⁵ ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin; "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Ekonomisi". Nüfusbilim Dergisi, Sayı:10, 1988, s.49.

¹²⁶ AKSAKOĞLU, Gazanfer; "Sağlık Ekonomisi Araştırmaları". Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 62, Temmuz-Ağustos 1994, s. 111.

ekonomisi araştırmalarında kullanılabilecek tam ekonomik değerlendirme yöntemleri ve bu yöntemlerin temel özellikleri aşağıdaki gibi özetlenebilir¹²⁷:

Maliyet Analizi (Cost Analysis); Maliyet analizi, bu değerlendirme yöntemlerinin en basitidir ve yalnızca birbiriyle aynı sonucu veren tıbbi müdahale yöntemlerinin maliyetlerinin karşılaştırılarak, en düşük maliyetli olanının tercih edilmesine olanak sağlar. Ancak, birbiriyle tümüyle aynı sonucu verecek tedavi yöntemleri, oldukça seyrek karşılaşılan bir durum olduğundan, bu yöntemin kullanım alanı son derece sınırlıdır.

Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis); Maliyet fayda analizi, alternatif sağlık programlarının, hem maliyetinin hem de faydalarının parasal olarak değerlendirilmesi ilkesine dayanmaktadır. Dayandığı temel ilke olan parasal değerlendirme nedeniyle, bu yöntemin kullanımında da bazı sakıncalar bulunmaktadır. Öncelikle, maliyetlerin parasal olarak ifadesi mümkün olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinden sağlanan faydaların parasal ifadesi çok zordur. Bir sağlık programında karşılaşılan maliyetler ve elde edilecek faydalar parasal olarak ifade edildikten sonra, bu veriler fayda/maliyet oranı, net bugünkü değer kriteri veya içsel getiri oranı tekniklerinden biriyle değerlendirilmekte ve bu şekilde programın gerçekleştirilip gerçekleştirilmemesine karar verilmektedir.

Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis); Maliyet etkililik analizinde ise, tanımlanmış bir amacı gerçekleştirmek için, en az maliyetli yöntemin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu analizde, program sonucu elde edilecek faydalar parasal olarak değil, belirli bir sağlık hedefi olarak ifade edilir. Örneğin kurtarılan yaşam süresi, önlenen körlük vakalarının sayısı, önlenen düşük ağırlıklı doğum sayısı ya da başarıyla tedavi edilen uyuşturucu bağımlısı sayısı gibi. Bu yöntemde de, ulaşılan veya ulaşılmak istenen sonucun, her koşulda gerçekleştirilmeye değer bir amaç olduğu varsayımı bulunmaktadır.

¹²⁷ TATAR, Mehtap; "Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri", *Verimlilik Dergisi*, Yıl: 1994, Sayı: 4, ss. 155-160.

Maliyet Fayda analizinin temel kullanımı uzun dönemli yatırım planları olmasına rağmen, maliyet etkililik kavramı daha çok günlük aktivitelerin planlanmasında kullanılır¹²⁸.

Maliyet Faydalanma Analizi (Cost Utility Analysis); Bazı yazarlar tarafından “Maliyet Kullanım Analizi” olarak Türkçeleştirilen maliyet faydalanma analizinde, tıbbi müdahalenin hastanın yaşam kalitesinde yarattığı etki de dikkate alınmaktadır. Bu analizde bir programın maliyeti, programa dayalı olarak gerçekleşen sağlık statusündeki iyileşmelerle karşılaştırılmakta; bu da, kazanılan QALY (quality adjusted life years) ile ölçülmektedir. Sonuçlar ise, kazanılan bir QALY’nin maliyetiyle değerlendirme konusu olmaktadır.

“Niteliği Düzeltmiş Yaşam Yılı” veya “Kaliteye Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılı” olarak Türkçe’ye çevrilen QALY (Quality Adjusted Life Year) yaklaşımının klasik sağlık ekonomisi yaklaşımlarından ayrılan üç önemli boyutu vardır¹²⁹:

- Maliyeti en son olarak gündeme getirmektedir.
- Yaşam niteliğini maliyetle sentezlemektedir.
- Salt klinisyenlerin kararlarıyla yetinmemektedir; topluma dayalı bir değerlendirme yapılmaktadır.

Daha önce de değinildiği gibi, bu değerlendirmelerde çıktının ölçülmesi, konunun en sorunlu kısmını oluşturmaktadır. Bu amaçla, klinik deneylerle hazırlanmış tablolardan yararlanılabilmekte, bu tablolara göre oluşturulmuş sağlık statusündeki değişim, söz konusu programdan etkilenen kişi sayısı ile birlikte değerlendirilerek, programın oluşturduğu toplam çıktı belirlenmektedir. Uygulanacak bir sağlık programının hem yaşam kalitesi, hem de kazanılan yaşam süresi açısından katkılarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen klinik skalalara örnek olarak “the Karnofsky Index”, “the Nottingham Health Profile”, “the Canadian Heart Association of Angina”, “Guttman Scale”, “Time Trade-off”, “Standart Gamble” sayılabilir¹³⁰.

¹²⁸ ARASIL, Ömer; Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamaları Hakkında Ampirik Bir Çalışma, age., s.61.

¹²⁹ SALTİK, Ahmet; “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, age., s.43.

¹³⁰ TATAR, Fahrettin, “Sağlık Sektöründe Kaynak Tahsisinde Yeni Yaklaşımlar ve Bu Yaklaşımların Türk Sağlık Sektörü İçin Geçerliliği Üzerine Düşünceler”. Toplum ve Hekim, Cilt: 10.

Çıktı değerlendirmesinde kullanılan bir diğer yaklaşım ise özürlülük (disability) ve zorlanma (distress) sınıflandırmasıdır. Özürlülük 8, zorlanma ise 4 kademeli olarak ele alınmaktadır. Hazırlanan matris tablosunda, sayısal skorlama büyüdükçe, özürlülük ve/veya zorlanma durumu ağırlaşmaktadır. Verilen sağlık hizmeti ile kişinin skorunda elde edilen düzelme, çıktı olarak nitelenmektedir¹³¹.

Dünya Bankası'nın sağlık hizmetlerine ayırdığı, 1993 yılı Kalkınma Raporunda sözü edilen ve gelişmekte olan ülkelerin hükümetlerine, sağlık programlarının gözden geçirilmesinde kullanabilecekleri bir ölçüt olarak sunulan, bir başka değerlendirme yöntemi de DALY (Disability Adjusted Life Year)'dir¹³². "Engelli Olmayan Yaşam Yılı" veya "Sakatlığa Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılı" olarak Türkçe'ye çevrilen bu kavram da, QALY ile aynı felsefeye dayanmaktadır. Uygulanacak sağlık programıyla kişilerin özürlü ya da engelli olmaları geciktirilebilir, hatta önlenir. Bu şekilde, "engelli" olmaktan kurtarılmış her bir yaşam yılı, 1 DALY olarak değerlendirilmektedir.

Burada sözü edilen ekonomik değerlendirme yöntemlerinin uygulanabilmesinin her şeyden önce, ülkedeki sağlık statüsü hakkında yeterli bir veri tabanının bulunmasını gerektirdiği açıktır. Ülkedeki mevcut sağlık statüsünün ne düzeyde olduğu belirlendikten sonra, uygulanması düşünülen sağlık programının bu statüde ne gibi değişikliklere yol açabileceği, kısa, orta ve uzun vadeler dikkate alınarak belirlenmelidir. Daha sonra, söz konusu programlardan hangisinin ekonomik değerlendirme yöntemleri açısından daha iyi konumda olduğu belirlenecek ve sektöre ayrılan kaynakların, bu programlar arasında nasıl dağıtılacağına karar verilebilecektir.

Ekonomik değerlendirme yöntemlerinin uygulamaya aktarılması sonucunda, mevcut kaynaklarla, mümkün olan en yüksek sağlık gelişimi sağlanabilecek ve böylece sağlık sektörünün ülke kalkınmasına katkısı da en üst düzeye çıkarılmış olacaktır.

Sayı: 66, Nisan 1995, s.94; TATAR, Mehtap; "Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri", age., s. 159. Sözü edilen kaynaklardan birincisinde Nottingham Sağlık Profili'nin içeriği verilmiştir.

¹³¹ SALTİK, Ahmet; "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", age., s.42.

¹³² WB; World Development Report 1993 - Investing in Health, age., s. 1.

Ancak, kararda etkili olacak faktörlerin yalnızca sağlık sektörüyle sınırlı olmadığı da açıktır. Karar aşamasına gelindiğinde, konunun ideolojik ve felsefi boyutu bütün açıklığıyla gündeme gelmekte, sağlık programları arasındaki tercihlerde bu yönelimler de etkili olmaktadır. Bu nedenle ülkenin sağlık statüsünü büyük ölçüde uygulanan sağlık politikaları belirlemektedir.

Bu politikalar, zaman içinde ülkedeki sağlık sektörünün yapısını değiştirmektedir. Dolayısıyla, sağlık sektörüyle ilgili değerlendirmeler, mutlaka uygulanan sağlık politikalarını ve bu politikalara bağlı olarak gelişen yapıyı dikkate almak zorundadır. Bu çerçevede, çalışmamızın üçüncü bölümünde, Türkiye'deki sağlık politikaları ve sağlık sektörünün yapısı ele alınacaktır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ

Sağlık sektörünün bugünkü konumu, kuşkusuz geçmişten günümüze aktarılan tarihsel mirasın ve günümüze dek uygulanan politikaların ürünüdür. Belli bir dönemde ortaya çıkan sağlık örgütlenmesi ve uygulamalar, ardından gelen dönemin örgüt yapısını ve uygulamalarını yoğun olarak etkilemektedir. Bu nedenle, Türkiye’de sağlık sektörünün gelişimi değerlendirilirken, tarihsel dönüm noktalarının belirlenmesi yararlı olacaktır. Bu düşünceden hareketle ve bütünü görülebilmesi amacıyla, Anadolu öncesine kısaca değinerek, Türklerdeki sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları ele alınmıştır.

1. CUMHURİYET ÖNCESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Bilindiği gibi, Türklerin tarih sahnesinde ortaya çıkışı, Orta Asya bozkır yaşantısıyla başlamış ve Anadolu’ya gelinceye kadar, sürekli batıya yönelen bir yer değiştirme süreci yaşanmıştır. Bu yer değiştirme sürecinde; sahip olunan siyasi, sosyal ve kültürel yapı, gidilen bölgelerdeki yapılarla kaynaşarak yeni sentezlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin gelişiminde de bu etkileşimi görmek mümkündür. Örneğin, Türklerin İslamiyet’le tanışıp, bu yeni dini benimsemesinden sonra, Türk-İslam tıbbı ortaya çıkmış ve birçok ilki başlatan ünlü hekimler yetişmiştir. Dolayısıyla denilebilir ki, Türkiye’de mevcut sağlık hizmetleri, çağlar boyunca değişik coğrafyalarda ortaya çıkan gelişim sürecinin sonucudur.

1.1. ANADOLU ÖNCESİ DÖNEMDE TÜRKLERDE SAĞLIK HİZMETİ

Orta Asya Türklerinde, sağlık/hastalık gibi konular, tanrılara bağlamakta ve “gök-kültürü” ile açıklanmaktadır. Bu nedenle de, hekimlik ve hasta bakımı hizmetlerini din adamı olan şamanlar yürütmüştür. Genel olarak yaklaşım bu olmakla birlikte, eski

Türklerdeki hasta bakımı uygulamalarının ayrıntısı hakkında yeterli bilgi mevcut değildir¹³³.

Orta Asya'dan Batıya yönelişle birlikte, 8. yüzyılda İslamiyet'le tanışan ve kısa zamanda, bu yeni dini benimseyen Türklerin, İslam tıbbına önemli katkıları olmuştur. Tıbbi bilgi, her ne kadar Yunanlıların elinde büyük ilerlemeler göstermişse de, Yunan hastanelerinde bilimsel tıp, dinsel tıbbın yerini alamamıştı. Bilimsel tıbbın sihir ve dinden ayrılmasının ilk kez İslamiyet'le birlikte gerçekleştiği, İslam Dünyasında hem tıp eğitiminde hem de hastanede egemen olmaya başlayan tıbbın, geçmişten ve özellikle Yunanlılardan miras kalmış olan bilimsel tıp olduğu belirtilmektedir. İslam Dünyasında hastaneler, hastaların tedavi ve tedavilerinin bitiminde taburcu edildikleri uzmanlaşmış kuruluşlar olmalarına karşın, bu dönemde Bizans hastaneleri bu şekilde uzmanlaşmamışlardır. Zira, bunlar, bütünüyle hasta tedavisi için kurulmuş değillerdir¹³⁴.

İslamiyet öncesinde, Romalıların, askeri amaçla kurulmuş hastaneleri olduğu belirtilmekle birlikte, İslamiyet öncesindeki en önemli hastane İran'ın güneybatısındaki Cundişapur Hastanesiydi. Bir tıp okuluyla birlikte olan Cundişapur Hastanesi'nin kuruluşu Hindistan'dan gelen bir hekime bağlanmakla birlikte, Bizans'ın İran'daki etkilerini de yansıtmaktadır ve muhtemelen İslam hastaneleri için bir model niteliğindedir¹³⁵.

İslam ülkelerindeki hekimliğin geliştirilip yaygınlaştırılmasında Türk asıllı hekimlerin de büyük katkısı olmuştur. Bu hekimlerin en tanınmışları Ebu Bekir Razi, Farabi, İbni Sina olarak sayılabilir¹³⁶. Bu dönemde yetişen Türk hekimlerin tıbbi pratiğin gelişmesine katkısı yanında, tıp biliminin gelişimine de önemli katkıları olmuştur. Örneğin

¹³³ EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1986, ss. 34-37.

¹³⁴ SAYILI, Aydın; "İslam'da Hastane Kurma Faaliyetinin Erken Evrelerine Orta Asya Katkıları", Çeviren Ahmet CEVİZCİ, Erdem, Cilt: 3, Sayı: 7, Ocak 1987, s. 137.

¹³⁵ SAYILI, Aydın; "İslam'da Hastane Kurma Faaliyetinin ...", age., ss. 137-140.

¹³⁶ Bu ünlü Türk hekimleri, yalnızca Doğu tıbbını değil aynı zamanda Batı ülkelerindeki tıbbı da önemli ölçüde etkilemiştir. Bu etki, söz konusu hekimlerin birçok ilki başlatmasından kaynaklanmaktadır. Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, age., ss. 38 vd.

İbni Sina'nın "Kanun" isimli tıp eseri yüzyıllarca ders kitabı olarak okutulmuş¹³⁷; göz önüne alınmayabilecek birkaç küçük ayrıntı dışında, günümüzde de, herhangi bir tıp fakültesinde koruyucu hekimlik dersi olarak okutulabilir düzeydedir¹³⁸.

Türk hekimlerinin yetişmesinde, yöneticilerin hekimlere verdikleri desteğin de önemli rolü olmuştur. Türk hükümdarlar, tıbbi araştırmalarla ilgilenen Türk hekimlerini geniş ölçüde desteklemişler; halka ücretsiz tıbbi bakım sunulması amacıyla büyük mali ödenekler sağlamışlardır¹³⁹. Örneğin, Türk komutan General Feth İbn Hakan tarafından, Bağdat'ta kurulan ve İslam Dünyasının beşinci büyük hastanesi olan hastane; dönemin Mısır Valisi olan Türk devlet adamı Ahmed İbn Tulun tarafından Kahire'de kurulan ve altıncı büyük İslam hastanesi olan Tulunoğulları Hastanesi bu mali ödeneklerin somut birer göstergesidir.

Özellikle, 872-874 yıllarında kurulan Tulunoğulları hastanesi, akıl hastalarına ayrılmış olan bölümün varlığı, hastane masraflarını karşılamak üzere vakıf olarak büyük bir arazisinin olması nedeniyle özel bir öneme sahiptir¹⁴⁰. Bu hastanelerle vakıf geleneği yanında, ücretsiz tıbbi bakım sağlanması geleneği başlamış, Selçuklu ve Osmanlı Devletleri de bu geleneği sürdürmüşlerdir.

1.2. SELÇUKLULAR DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Selçukluların, daha önceki Türk devletlerinden farklı olarak gelişmiş bir kent yaşantısı vardı. Bunun sonucunda, sağlık kurumlarında da yerleşik düzenin getirdiği farklılıklar göze çarpmaktadır. Sağlık sorunlarına kayıtsız kalınmamış ve Türklerin İslamiyet'i benimsemesinden sonra gelişmeye başlayan vakıf kurumları eliyle, halkın sağlık sorunlarına çözüm getirilmeye çalışılmış, birçok şehirde dönemin yöneticileri tarafından hastaneler yaptırılmıştır.

¹³⁷ UZ, M. Hulki; Pratisyen Hekimlerin Hizmet İçi Eğitim İhtiyacı, TC Sağlık Bakanlığı - Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993, s. 12.

¹³⁸ EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, age., s. 44.

¹³⁹ SAID, Hakim Muhammed; "Türkiye'de Tıp ve Tıbbi Kurumlar", Çeviren Ahmet CEVİZCİ, Erdem, Cilt: 4, Sayı: 10, Ocak 1988, s. 101.

¹⁴⁰ Bu hastaneler hakkında bkz. SAYILI, Aydın; "İslam'da Hastane Kurma Faaliyetinin ...", age., ss. 146-147 ve SAID, Hakim Muhammed; "Türkiye'de Tıp ve Tıbbi Kurumlar", age., s. 101-102.

Malazgirt Savaşı ile Türklerin yeni anavatanı olduktan sonra, Anadolu'nun birçok şehrinde Türk eserleri yapılmaya başlanmıştır. Esas olarak Anadolu, çok eski çağlardan beri birçok uygarlığın beşiği olmuş, güzide bir toprak parçasıdır. Nitekim, Hıristiyanların kurdukları ilk hastane, MS 369 yılında kurulan Kayseri hastanesidir. Bunu Urfa ve diğer Anadolu kentlerinde kurulan hastaneler izlemiştir¹⁴¹. Dolayısıyla Anadolu'nun sağlık tesisi açısından da, erken dönemlerde önemli gelişmelere sahne olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.

Selçukluların Anadolu'da hakimiyet sağladıkları dönemde, vakıf şeklinde kurdukları hastanelerin bazıları, yapı olarak günümüze kadar ulaşmıştır. Söz konusu hastanelerin başında Kayseri'de kurulan Gevher Nesibe Hatun Hastanesi (Kayseri Darüşşifası) gelmektedir. I. Gıyasettin Keyhüsrev tarafından, kız kardeşi Gevher Nesibe anısına yaptırılan hastanenin yanında bir de Tıp Medresesi yapılmış ve böylece hekimlerin kuramsal eğitim yanında uygulamalı eğitim de almaları sağlanmıştır.

Kayseri Gevher Nesibe Hatun Darüşşifası ve Tıp Medresesinden sonra Selçuklular tarafından yapılan ve bugünkü sınırlarımız içinde kalan hastanelerin başlıcaları şunlardır¹⁴²: 1217'de Sivas'ta Keykâvus Hastanesi, 1219-1233'de Konya'da Turan Melik Hastanesi, 1228'de Divrik'de Ata Bey Ferruh Hastanesi, 1235'de Çankırı'da Ali Pervane Bey Hastanesi, 1272'de Kastamonu'da Pervane Bey Hastanesi, 1275'de Tokat'ta Vezir Sahib Hastanesi, 13. yüzyılda Aksaray, Erzurum ve Erzincan hastaneleri, 14. yüzyılda Zülkadiroğulları Cüzam Hastanesi, 1288'de Sivas'ta Rahat Oğulları Darür Rahası, 1308'de Amasya'da Anber bin Abdullah Hastanesi.

11. yüzyıldan 14. yüzyıla kadar Selçuklular tarafından Suriye, Filistin, Mısır, Irak ve İran'da yapılan, dolayısıyla bugünkü Türkiye sınırları dışında kalan hastaneler ise şunlardır¹⁴³: Şam'da Nurettin Şehit Hastanesi (1154), Musul'da Erbil (Gökbörü) Hastanesi (1159-1232), Kudüs'te(1187) ve Akka'da (1187) Selâhattini Eyyubi Hastaneleri, Şam'da Kaymeri Hastanesi (1248), Kirman'da Kutluk Türkân Hastanesi

¹⁴¹ EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, age.. s. 23.

¹⁴² SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973, s. 15.

¹⁴³ SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age.. s. 13.

(1271-1281), Kahire’de Seyfettin Kalavun Hastanesi (1284), Şam’da Salihîye Kaymerî Hastanesi (1308), Tebrîz’de Reşîddün Hastanesi (1310), Hısmülekrad’da Bey Emir Hastanesi (1319), Halep’te Ergun Kâmîlî Hastanesi (1354).

Bu hastaneler, masraflarını kendi özel kaynaklarından sağlayan vakıflar şeklinde kurulmuş olup, hizmetleri halka ücretsiz sunuyorlardı. Vakıf olarak kurulan hastanelerde, hem hasta tedavisi yapılıyor, hem de usta-çırak ilişkisiyle hekim yetiştiriliyordu¹⁴⁴.

Bu dönemde kurulan hastane ve diğer sağlık tesislerinin birçoğunda, dönemin yöneticilerinin eşleri veya kızları olan kadınların önemli katkıları vardır. Bu hayırsever kadınların adları, kuruluşuna ön ayak oldukları sağlık tesisleriyle birlikte anılmaktadır. Bunlardan ikisini özellikle anmak gerekmektedir. Anadolu’da kadın adına bağlanan ilk şifahane Kayseri’deki Gevher Nesibe Sultan Darüşşifası’dır. Darüşşifa, Gevher Nesibe Sultan’ın bıraktığı zengin vakıf gelirleriyle yaşamış ve çevre sağlığına tam yedi yüz yıl hizmet etmiştir. Anadolu’da kurucusu kadın olan ikinci hastane, Divriği’deki Turan Melik Darüşşifası’dır. Turan Melik Darüşşifası, Selçuklu hastanelerinin en mamur ve mükemmellerinden biri kabul edilir¹⁴⁵.

Selçuklular tarafından kurulan hastane ve tıbbî kurumların sayısı, binden fazladır¹⁴⁶. Ayrıca, seyyar hastane kavramını geliştiren de Selçuklulardır¹⁴⁷.

Selçuklu döneminde kurulan hastaneler dikkate alındığında, yöneticilerin halkın sağlığıyla yakından ilgilendikleri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, hükümdarlar ve beyler hekim yetiştirmeye büyük özen göstermiş, yabancı ülkelerden en iyi hekimleri Anadolu’ya getirmişler, hekim geçinenlerle savaşmışlar, hekim ve hastaneleri denetlemişlerdir¹⁴⁸.

Anadolu Selçukluları döneminde, vakıf olarak kurulmuş hastanelerde, yoksul halka ücretsiz sağlık hizmeti verilmekle birlikte, hastane dışında hekimlik, serbest meslek uygulaması biçimindeydi. Hekimler yaptıkları hizmet karşılığında halktan para

¹⁴⁴ EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, age., s.45.

¹⁴⁵ CUNBUR, Müjgan; “Selçuklu ve Osmanlı Devirlerinde Kadınların Kurdukları Şifahaneler”, Erdem, Cilt:3, Sayı:8, Mayıs 1987, ss. 341-343.

¹⁴⁶ SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbî Kurumlar”, age., s.98.

¹⁴⁷ SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbî Kurumlar”, age., s.98.

¹⁴⁸ FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 155.

alıyorlardı¹⁴⁹. Bir anlamda, hastanelerde ücretsiz çalışan hekimler, hastane dışındaki faaliyetleriyle de geçimlerini sağlamaktaydı.

Genel olarak, İslam tıbbının üzerine oturduğu klasik tıp prensipleri, Selçuklular zamanında Anadolu'da yetişmiş hekimler tarafından da benimsenip, kabul edilmişlerdir¹⁵⁰.

Bu devirde Anadolu'da yetişmiş hekimlerin önemle üzerinde durdukları konular arasında göz hastalıkları ayrı bir önem taşır. Aynı zamanda ağız ve diş tedavilerine de büyük önem verildiği, diş hekimliğinin ayrı bir ihtisas dalı olarak ele alındığı görülür. Cerrahi müdahaleler de daha çok kırık, çıkık, incinme, çıban, ur, yaraların tedavisi şeklinde harici müdahaleler olup; dahili tedaviler genellikle ilaçla yapılmaktadır¹⁵¹.

1.3. OSMANLI DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Osmanlı döneminde sağlık alanında ortaya çıkan gelişmelerin iki dönem halinde ele alınması yararlı olacaktır. Zira, Osmanlı döneminin başlangıcında, Selçuklulardaki yapı belli bazı eklemelerle, sürdürülmüştür. Buna karşılık, İmparatorluğun duraklama ve gerileme döneminde, diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da, yeni gelişmelere ayak uydurulamamış ve buna bağlı olarak bir takım sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sorunların giderilmesinde başvurulan yöntem ise, Batıya yönelme olmuştur. Cumhuriyet dönemi sağlık sektörünün yapılanmasının ve tıp eğitiminin temelleri de, bu dönemde atılmıştır. Bu nedenle, Osmanlı dönemi, “Kuruluş ve Genişleme Dönemi” ve “Tanzimat Sonrası” alt başlıkları altında ele alınmıştır.

1.3.1. KURULUŞ VE GENİŞLEME DÖNEMİNDE OSMANLI SAĞLIK HİZMETLERİ

13. yüzyıl sonlarında Anadolu Selçuklu Devleti'nin zayıflamasıyla, Anadolu'da birçok beylik kurulmuş ve bunlardan biri olan Osmanlı Beyliği, 1308'de yıkılan Anadolu Selçuklu Devleti'nin yerini almıştır. Genişleme sürecinin sonunda bir İmparatorluk haline

¹⁴⁹ EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; *Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı*, age., ss.45-46.

¹⁵⁰ KÂHYA, Esin; “Anadolu Selçuklularında Bilim”, *Erdem*, Cilt:5, Sayı:13, Ocak 1989, s.78.

¹⁵¹ KÂHYA, Esin; “Anadolu Selçuklularında Bilim”, age., s.79.

gelmiştir. Anadolu’da Osmanlı döneminin başlangıcı, gerek siyasi, gerek toplumsal olarak Selçuklu Devleti’nin devamı niteliğindedir.

Bu özellik, sağlık hizmetleri ve tesisleri açısından da geçerlidir. Osmanlı Devleti, Anadolu Selçuklularının kurduğu sağlık tesisleri yanında Bizans’tan aldıkları şehirlerde hastaneler, tıp mektepleri ve eczaneler açmışlardır. Sağlık tesisleri genellikle hayrat olarak yapılmış ve hayrat sahibi tarafından vakfedilen gelir kaynaklarıyla faaliyetlerini sürdürmüşlerdir. Osmanlılar döneminde kurulan başlıca sağlık kuruluşları şunlardır¹⁵²:

1399 (bazı kaynaklara göre 1400 veya 1401) yılında Bursa’da yaptırılan Yıldırım Sultan Bayezid Hastanesi; 1421-1451 yıllarında Edirne’de yaptırılan İkinci Sultan Murad Cüzamhanesi; 1470 yılında İstanbul’da yaptırılan Fatih Sultan Mehmet Darüşşifası ve Darültıbbı; 1486 yılında Edirne’de yaptırılan İkinci Sultan Bayezid Hastanesi; 1514 yılında İstanbul’da yaptırılan Yavuz Sultan Selim Cüzamhanesi; 1555 yılında İstanbul’da yaptırılan Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi Merkez Eczanesi ve Tıp Medresesi; 1539 yılında Manisa’da yaptırılan Ayşe Hafsa Sultan Bimarhanesi; 1539 yılında İstanbul’da inşasına başlanan ve 1550’de tamamlanan Haseki Darüşşifası; 1583 yılında Üsküdar’da yaptırılan Toptaşı Bimarhanesi (Çinili Hastane); 1616 yılında İstanbul’da yaptırılan Birinci Sultan Ahmed Hastanesi; 1843 yılında İstanbul’da yaptırılan Gureba Hastanesi; 1860 yılında kurulan Zeynep Kâmil Hastanesi; 1897 yılında İstanbul’da yaptırılan Şişli Etfal Hastanesi.

Osmanlı döneminde kurulan önemli sağlık tesislerinin tamamına yakın kısmı, başkent olmuş şehirlerde kurulmuştur. Hastanelerin ve onu izleyen sağlık kuruluşlarının ülke düzeyine yayılması 1840’dan sonra başlar¹⁵³.

Osmanlıların Selçuklu sağlık örgütlenmesine getirdikleri bir yenilik, “**hekimbaşı**”lık (Reisül-Etibba) kurumudur. Fatih Sultan Mehmet tarafından, başlangıçta

¹⁵² Bu dönemde kurulan sağlık tesisleri aşağıdaki kaynaklardan derlenmiştir. Ayrıntılı bilgi için bkz.: SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 17; CUNBUR, Müjgan; “Selçuklu ve Osmanlı Devirlerinde Kadınların Kurdukları Şifahaneler”, age., s. 344 vd.; SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbi Kurumlar”, age., s.97 vd.; EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, age., s.46 vd.; KÂHYA, Esin; “On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı İmparatorluğunda Tıp Eğitimi ve Kalburüstü Hekimlerimiz”, Erdem, Cilt:1, Sayı:3, s.686 vd.

¹⁵³ TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), age., s. 156.

sarayın sağlık sorunlarıyla ilgilenmek üzere kurulan hekimbaşılık kurumu, daha sonraları, sarayın olduğu kadar bütün ülkenin sağlık işlerinden sorumlu olmuştur.

Sadrzama bağlı olarak çalışan hekimbaşı, ülkedeki sağlık örgütlenmesinin başkanıydı ve bir anlamda günümüzdeki sağlık bakanına karşılık gelen görevleri yürütüyordu. Hekimlerin atanmaları, yükseltmeleri, salgın hastalıklarla savaş, hastane açma, hekimlerin sınavı, muayenehane açma izni verilmesi vb. hekimbaşının görevleri arasındaydı¹⁵⁴. Fatih döneminden II. Mahmut dönemine kadar altmış üç çok seçkin hekim, “hekimbaşı” olarak görev yapmıştır¹⁵⁵.on dokuzuncu yüzyıl ortalarına kadar, hekimbaşılık dışında, halkın sağlık sorunlarıyla ilgilenen başka bir resmi sağlık örgütü kurulmamış; ancak on dokuzuncu yüzyıldan itibaren, diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da, Batıya yönelmesiyle yeni bazı örgütlenmelere gidilmiştir.

Hem uygulama, hem kuram bakımından, Selçuklular dönemi tıbbının devamı niteliğinde olan Osmanlı döneminde, Türk hekimleri, Galenos ve İbni Sina'nın kuram ve kavramlarını izlemeyi sürdürmüşlerdir¹⁵⁶. On altıncı yüzyılda Osmanlı İmparatorluğunu bilimsel yönden Avrupa ile mukayese ettiğimizde bir denkliğin mevcut olması¹⁵⁷, bunun bir sorun oluşturmadığını göstermektedir.

Nitekim, Türk tıp tarihine ilişkin olarak, Selçuklular devrinin başlangıcından on sekizinci yüzyıla kadar olan dönemi kapsayan bir inceleme, Türk ulusunun, nadir parlaklıkta bilim adamları ürettiklerini gösterir. Dönemin Türk tıbbındaki gelişmeler ve Türk doktorların ün kazandıkları başlıca noktalar şöyle sıralanabilir¹⁵⁸:

- Arapça ve Farsça yazılmış önem taşıyan tıbbi eserlerin tümü Türkçe'ye çevrilmiştir.

¹⁵⁴ EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, age., s.47.

¹⁵⁵ SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbi Kurumlar”, age., s. 102. Nusret Fişek tarafından belirtildiğine göre ise, 1469 yılından Hekimbaşılığın kaldırıldığı 1849 yılına kadar geçen 380 yıl süresince 46 Hekimbaşı görev yapmıştır. Yine aynı kaynağa göre ilk Hekimbaşı Kutbettin, son Hekimbaşı II. Mahmut döneminde görev yapan Abdülhak Molla’dır. FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 157.

¹⁵⁶ SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbi Kurumlar”, age., s. 114.

¹⁵⁷ KÂHYA, Esin; “On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...”, age., s. 685.

¹⁵⁸ SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbi Kurumlar”. age., s. 114-115.

- Türk doktorlar, cerrahide ve özellikle göz cerrahisinde kullanılan birçok aleti tasarlayıp yetkinleştirdiler.
- Türk doktorları teşhis ve kalıtsal hastalıklar alanında üstat olmaları yanında psikiyatri ve psiko-terapi alanında da öncüydüler. Cerrahideki ustalıkları nedeniyle Avrupa'nın her yerinde ün kazanmışlardı.
- Türkler, insanlık tarihinde yalnız cüzamlılar için hastane kuran ilk ulustur.
- Çiçek hastalığına karşı insandan insana aşı (variolation) usulü gerek Selçuklu ve gerekse Osmanlı Türkleri tarafından bugünkü tekniğine uygun bir şekilde geliştirilerek Anadolu'da uygulanmıştır¹⁵⁹.
- Türk hekimleri, Avrupa'da akıl hastalarının, onların kötü ruhlar tarafından istila edildikleri şeklindeki yanlış inançla, diri diri yakıldıkları bir zamanda; akıl hastalıklarının tedavisinde, bazı özel ruhsal rahatsızlıklar için müzikten tedavi edici bir biçimde yararlanacak kadar dikkate değer ilerleme kaydetmişlerdir.
- Hastane yapımlarında, halka ücretsiz tıbbi bakım ve ilaç verecek şekilde gelir kaynağının hastane yönetimine bırakılması esas olmuştur. Bu nedenle yapılan hastaneler, genellikle bir külliye ile birlikte ve vakıf olarak kurulmuştur.

Ancak on sekizinci yüzyıldan sonra, Avrupa'da ortaya çıkan bilimsel gelişmeler, Osmanlı tıbbıyla Avrupa tıbbının arasındaki farkı Avrupa lehine artırmıştır. Osmanlı hekimleri, Avrupa'ya olan yakınlıklarına karşılık, Rönesans sonrası dönemde, tıpta bir atılım meydana getiren keşiflerden habersiz yaşamışlardır. Bu dönemde, çok geniş kapsamlı bilgisi olan insanlar ve düşünürler, zihinsel faaliyetlerini eski üstatların eserlerine dipnotlar yazmakla ve onları yorumlamakla sınırlamışlardır. Bu dar görüşlü insanların üzerinde ittifakla birleştikleri husus, eski üstatların eserlerinin aşılması, nihai oldukları ve yeni keşifler ve dolayısıyla yeni bir başlangıç yapmanın, her ne olursa olsun hiçbir olanağı bulunmadığıydı. Avrupa'da Aydınlanma Çağı'nı başlatan koşullar Doğuda hiçbir zaman varolmadı. Sonuç olarak, Batı çok hızlı adımlarla ilerledi, buna karşın Doğu uyumsuzluk ve tevekkül hali içinde geride kaldı¹⁶⁰.

1.3.2. TANZİMAT SONRASINDA OSMANLI SAĞLIK HİZMETLERİ

Yukarıdaki açıklamalardan anlaşılacağı gibi, Osmanlı İmparatorluğu'nun kuruluş dönemlerinde, Selçuklu Devletinden miras alınan sağlık örgütlenme yapısı, Hekimbaşılık kurumuyla geliştirilmiş ve belli bir düzeye getirilmiştir. Ancak, Osmanlı'nın gerileme

¹⁵⁹ SSBY; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age.. s. 81.

¹⁶⁰ SAID, Hakim Muhammed; "Türkiye'de Tıp ve Tıbbi Kurumlar". age.. s. 114.

döneminde, diğer alanlarda olduğu gibi tıp ve halk sağlığı alanında da, sorunlar başlamış ve Türk tıbbı, gelişen tıp teknolojisine ayak uyduramamıştır. Batıdaki yeniliklerin ülkeye aktarılmasıyla, gelişen tıp teknolojisine ayak uydurulabileceği ve aradaki açığın kapatılabileceği, bu şekilde mevcut sorunları gidereceği düşünülmüştür.

Türk tıbbı üzerindeki Batı etkisi, on sekizinci yüzyılda gözle görülür hale geldi ve Türk bilim adamları ve tabipler Batılı kaynaklardan giderek daha çok yararlanmaya başladılar¹⁶¹. Özellikle on dokuzuncu yüzyılda, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve tıp eğitiminde, Batıya yönelim, bir anlamda, Cumhuriyet dönemindeki sağlık sisteminin temel ilkelerini oluşturmuştur. Batıya yönelişin tıp eğitimine ve sağlık örgütlenmesine etkileri aşağıda ayrı alt başlıklar halinde ele alınmıştır.

1.3.2.1. MODERN TIP EĞİTİMİNE GEÇİŞ

On sekizinci yüzyılda meslekten doktor sayısının az olduğu ve aynı zamanda meslekten olmayan ve özellikle Batı ülkelerinden gelen muhtelif kişilerin de doktor olarak çalıştıkları görülmektedir. Bu nedenle hükümet, hekimliğin belli bir standarda kavuşturulması gerektiğine karar vermiş ve belli sınavlardan geçmemiş kişilerin doktorluk yapmalarını yasaklamıştır¹⁶².

Bu dönemde, hekim yetiştiren en önemli kurum, **Süleymaniye Tıp Medresesi** idi ve buradan yetişen hekimler ihtiyacı karşılamaya yetmiyordu. Dolayısıyla, yeni tıp okullarının açılması gerekiyordu. Bunun üzerine, 1805 yılında bir Rum okulunda tıp şubesi açılmasına karar verildiyse de, bu okulun sadece Rum asıllı öğrenci alması nedeniyle ülkedeki hekim ihtiyacı yeterince karşılanamamıştır¹⁶³. Burada asıl ilginç olan III. Selim ve çevresinin disseksiyon (kadavra üzerinde yapılan inceleme, otopsi) yapılmadan tıp öğretiminin olamayacağını anlaması, fakat bunun devlet eliyle yapılmasına cesaret edemeyerek tıp öğretiminin Rumlara verilmesiydi¹⁶⁴.

¹⁶¹ SAID, Hakim Muhammed; "Türkiye'de Tıp ve Tıbbi Kurumlar", age., s. 112.

¹⁶² KÂHYA, Esin; "On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...", age., s. 686.

¹⁶³ KÂHYA, Esin; "On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...", age., ss. 686-687.

¹⁶⁴ DÖLEN, Emre; "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Bilim", Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 1, s. 168.

Bu tür yöntemlerle, tıp ve tıp eğitimindeki kötü gidişin önüne geçilemeyeceğinin farkında olan yöneticiler, ordu içinde reform niteliğinde yapılan düzenlemeleri de fırsat bilerek, Sultan II. Mahmut'u İstanbul'da Avrupa standartlarında bir tıp okulu açmaya ikna ettiler¹⁶⁵. Avrupa'daki örneklerine uygun bir tıp okulu, 1827 yılında **Tıphane-i Amire**¹⁶⁶ adı altında kuruldu. Okulun önemli görevlerinden biri, Fransızca'dan Türkçe'ye tıp literatürünün çevirisinin yapılmasıydı¹⁶⁷. 14 Mart'ta kurulan bu okul Türkiye'de modern tıp eğitiminin başlangıcı olarak kabul edilmekte ve bu nedenle, her yıl 14 Mart günü "**Tıp Bayramı**" olarak kutlanmaktadır¹⁶⁸.

Askeri hekim yetiştirmek amacındaki Tıphane-i Amire'nin öğrenim dili Fransızca idi. Bu, tıp eğitiminde Fransa'nın etkinliğinden kaynaklanmaktaydı. Fransa'da ihtilalden sonra kaldırılan üniversitelerin yerine açılan yeni okullardan biri olan Ecole de Santé'nin eğitim programı örnek alınarak eğitime başlanmıştır. Başlangıçta, dört yıl olarak düzenlenen, ancak zaman zaman öğrenim süresi değiştirilen okula öğrenci olmak için herhangi bir ön eğitim zorunluluğu getirilmemiştir¹⁶⁹.

Daha sonra, Paris ve Viyana Tıp Fakülteleri örnek alınarak, öğretim programında bazı değişikliklere gidilen Tıphane-i Amire'ye ek olarak Mart 1831'de "**Cerrâhhane**" kuruldu. O günün koşullarında ayrı meslekler olarak düşünülen tıp ve cerrahliğin eğitimi de ayrı kurumlarda yapılmaktaydı. Ordular ve askeri hastaneler için askeri hekim, eczacı ve cerrah yetiştirmek amacıyla kurulan bu kuruluşlardan yeterli randıman alınamaması üzerine¹⁷⁰ 1839 yılında "**Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şâhane**" adıyla birleştirildi ve

¹⁶⁵ BASKAN, Semih; "2000'li Yılların Eşiğinde Tıp Eğitimi", Görüş, TÜSİAD, Haziran 1996, s.44.

¹⁶⁶ Türk tıp eğitiminde çok önemli bir yere sahip olan bu okul, farklı kaynaklarda Tıbbiye-i Âmire, Darü't Tıbb-ı Âmire veya Darü't Tıbbiye-i Âmire adlarıyla da anılmaktadır.

¹⁶⁷ SAID, Hakim Muhammed; "Türkiye'de Tıp ve Tıbbi Kurumlar", age., s. 113.

¹⁶⁸ Osmanlı Devletinin Batı modeline uygun ilk tıp okulu, 1806 yılında yapımına başlanan ve 1807 yılında tüzüğü çıkarılan "Tıphane"dir. Tüzüğünde, ölü üzerinde otopsinin yapılabileceği belirtilen bu okul günün koşullarına göre ileri düzeyde olmakla birlikte, Kabakçı Mustafa isyanı sonrasında dağılmıştır. Bkz. DÖLEN, Emre; "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Bilim", age., s. 168.

¹⁶⁹ Türkiye'nin ilk tıp fakültesi olan bu okulun eğitim programının için bkz. KÂHYA, Esin; "On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...", age., ss. 689-692.

¹⁷⁰ SSBY; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 18.

Viyana Tıp Okulu'nu model alan laboratuvar ve klinikleriyle bir Tıp Fakültesi oluşturuldu¹⁷¹.

Birleşme sırasında Galatasaray'a nakledilen ve bu nedenle, Galatasaray Tıp Okulu adıyla da anılan¹⁷², bu okulun eğitim dili, Fransızca olmakla birlikte, okul, tıp bilimlerinin Türkçeleştirilmesine önemli katkılar sağlamıştır. Öğrencilerin, herhangi bir ön eğitimden geçmeden tıp okuluna gelmelerinin, yol açtığı sorunlar ve ortaöğretim kurumlarının olmaması nedeniyle, öğrencileri Tıbbiye'ye hazırlamak için, 1845 yılında “**Tıbbiye İdadîsi**” açılmıştır¹⁷³.

Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'nin, 1849 yılında yayınlamaya başladığı “**Vakayi-i Tıbbiye**”, Ülkemizin ilk tıp dergisidir. Ayda bir yayınlanan bu dergi, aynı zamanda hükümet dışında çıkarılan ilk süreli yayınıdır. Bu dergi, birçok Avrupa ülkesinin benzer yayınlardan yıllar önce basılmıştır¹⁷⁴.

1850'de binasının yanması üzerine, değişik binalarda faaliyetine devam eden Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane, 1903 yılında Haydarpaşa'da yeni yapılan binaya taşındı ve 1933 yılına kadar bu binada faaliyetini sürdürdü.

On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında, tıp eğitiminin Türkçe yapılması fikri giderek yaygınlaşmaya başladı. Bazı hekimler, Türkçe bir tıp terminolojisinin oluşmasına yardımcı olmak amacıyla bir *Tıp Kâmûsu* düzenlemişlerdir. Bu düşüncenin yaygınlaşması üzerine, 1867 yılında eğitim dili Türkçe olan “**Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şâhâne**” adıyla yeni bir tıp okulu açılmıştır¹⁷⁵. Bu okulun temel niteliği, ilk sivil tıp okulu olmasıdır.

Tıp eğitiminde Türkçe'nin daha başarılı sonuçlar vermesi üzerine 1869/1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şâhane'de de Türkçe öğretime geçilmiştir. Nitekim,

¹⁷¹ GÜRSOY, Gencay; “Sağlık”, Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 6, s. 1717.

¹⁷² KÂHYA, Esin; “On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...”, age., s. 697.

¹⁷³ DÖLEN, Emre; “Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Bilim”, age., s. 170.

¹⁷⁴ KURTULAN, İlideniz; “Tarihte Türk Tıp Basını”, Toplum ve Hekim, Cilt: 6, Sayı:33, Haziran 1984, s.57 vd.

¹⁷⁵ KÂHYA, Esin; “On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...”, age., s. 699.

okulun açıldığı, 1827 yılından 1870 yılına kadar geçen kırk üç yılda, üç yüz dolayında hekim yetişmiş iken, öğretimin Türkçe olmasından sonraki on yıl içinde binden fazla hekim yetişmiş olması¹⁷⁶ Türkçe öğretimin başarısının açık bir göstergesidir.

1909 yılında Askeri ve Sivil Tıbbiye'ler birleştirilerek Haydarpaşa'ya taşınmıştır. Bu iki okulun kadrosundan yeni bir kadro oluşturularak ve böylece Haydarpaşa Tıp Fakültesi kurulmuştur¹⁷⁷.

Osmanlı'nın Batıya yönelik döneminde, tıp eğitimi konusunda ortaya çıkan dikkate değer bir diğer oluşum da, Askeri Tıbbiye'den çıkan hekimlerin staj görmeleri amacıyla 1898'de "**Gülhane Tababet-i Askeriye Tatbikat Mektebi**"nin kurulmasıdır. O dönemde Almanya ile olan askeri ilişkilerin sonucu olarak, Alman hocalar getirilmiş ve okul, Alman modeline göre organize edilmiştir. Birinci Dünya Savaşı sırasında asker hastanesi olarak görev yapan Gülhane, 1941 yılında Ankara'ya taşınarak günümüzdeki **Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Tıp Fakültesi**'nin temelini oluşturmuştur¹⁷⁸.

1.3.2.2. TANZİMAT SONRASINDA SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetlerinin yönetimi, on dokuzuncu yüzyıla kadar, Hekimbaşı tarafından gerçekleştirilmekteydi. Tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıktaydı ve genel hatlarıyla yukarıda değinilen, vakıf olarak örgütlenmiş hastanelerde yürütülmekteydi. Hastanelerde yoksullara ücretsiz bakılırken, temelde sağlık hizmeti ücretli yürütülmekteydi. Halka ücretsiz sağlık hizmeti sunulması, aşağıda değinilecek olan "Memleket Tabipliği"nin başlamasına kadar, devletin görevleri arasında sayılmamaktaydı. Ancak, on dokuzuncu yüzyılda, Dünya çapında salgınlara neden olan bulaşıcı hastalıklar, binlerce insanın ölmesine neden olunca, hükümetlerin sağlık sorunlarına ilgisi artmıştır. Artan bu ilgi nedeniyle, Osmanlı İmparatorluğu'nun son döneminde, Batıda bakteriyoloji alanındaki gelişmeler kısa sürede ülkeye aktarılmıştır.

¹⁷⁶ DÖLEN, Emre; "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Bilim". age., s. 170.

¹⁷⁷ DÖLEN, Emre; "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Bilim". age., s. 170.

¹⁷⁸ DÖLEN, Emre; "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Bilim". age., ss. 170-171.

Bu dönemlerin en önemli sağlık sorunu, çok yoğun ölümlere neden olan veba, kolera, tifo, tifüs gibi salgın hastalıklardır. Bu hastalıkların özellikle deniz yolculuklarıyla ülkeden ülkeye sıçraması, bütün ülkeleri tehdit altında bırakmaktaydı. Bu nedenle, sağlık alanındaki ilk uluslararası işbirliği de, bu dönemde salgınların önlenmesi amacıyla başlatılmıştır. Avrupa’da salgın hastalıklara karşı ortak ve tek tip önlemler uygulamak için toplanan Uluslararası Sağlık Konferanslarının ilki, 1851’de Paris’te yapılmıştır. Buna karşılık, Osmanlı İmparatorluğu’nda Meclis-i Tahaffuz-ı Ulâ’nın, 1840 yılında 13 yabancı delege ile toplanarak uluslararası bir nitelik kazanmış olması¹⁷⁹ Osmanlı İmparatorluğu’nda on dokuzuncu yüzyılda koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığına verilen önemin bir göstergesidir.

Tanzimat ile Cumhuriyet arasındaki dönemde, koruyucu sağlık uygulamalarının başında, karantina gelir. Hicaz dolayısıyla sıklıkla bulaşıcı ve salgın hastalıklara hedef olan İmparatorluk, önce karantina uygulaması başlatarak, ülkeyi dışarıdan gelebilecek bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı korumuş ve bunların Osmanlı İmparatorluğu vasıtasıyla Avrupa’ya yayılmasını da önlemiştir¹⁸⁰.

Osmanlı İmparatorluğu’nda karantina uygulaması ilk kez, 1831 yılında İstanbul’da baş gösteren kolera salgını sonucunda gerçekleşmiştir¹⁸¹. Hekimbaşı olarak görev yapan Mustafa Behcet, aynı yıl bir karantina dairesi kurulmasını sağlamıştır. İlk daimi karantina ise 1839 yılında Kuleli Askeri Kışlasında kurulmuştur¹⁸². Bu yıldan sonra gerekli oldukça ülkenin birçok yerinde geçici karantinalar kurulmuş ve ülke salgın hastalıklardan kurtarılmaya çalışılmıştır.

Karantina, salgın hastalıkların yayılmasını bir ölçüde yavaşlattıysa da, daha yeterli mücadele Dünyada bakteriyoloji alanındaki gelişmelerin oldukça kısa sürede Osmanlı İmparatorluğu’na girmesiyle olmuştur. Nitekim, on dokuzuncu yüzyılda halk sağlığı ve bakteriyoloji konusundaki gelişmelerin, Osmanlı hekimleri tarafından oldukça yakından

¹⁷⁹ YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Koruyucu Sağlık Uygulamaları”, Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi - Cilt:5. İletişim Yayınları, 1985, İstanbul, s. 1337.

¹⁸⁰ YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e ...”, *age.*, s. 1338.

¹⁸¹ Osmanlı İmparatorluğu’nda karantina ve karantina işlerinin yönetimi hakkında ayrıntılı bilgi için Bkz. YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e ...”, *age.*, ss. 1322-1325.

¹⁸² KÂHYA, Esin; “On dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı ...”, *age.*, s. 705.

izlendiği anlaşılmaktadır. Örneğin, Pasteur'ün 1880'den sonra yaptığı araştırmalarla bulduğu kuduz aşısı, ilk kez 1885 yılında insana uygulanmış, bu konuda, Pasteur'ün Paris Tıp Akademisi'nde verdiği tebliğ ise aynı yıl, İstanbul'da yayınlanmıştır. 1886'da bu aşının Türkiye'de uygulanabilmesi için Paris'e bir heyet gönderilmiş ve 1887 yılının başında, Dersaadet Daü'lkelp Ameliyathanesi kurularak, kuduz aşısı üretimine başlanmıştır. Bu, Doğudaki ilk kuduz enstitüsüdür¹⁸³. Kuduz dışında çiçek, kolera, verem, sığır vebası, tifo, tifüs gibi bulaşıcı hastalıkların etkenleri, aşılama başta olmak üzere korunma yöntemleri üzerine çeşitli yayınlar yapılmış ve aşı geliştirmek amacıyla kurumlar oluşturulmuştur¹⁸⁴.

Toplum sağlığıyla ilgili ilk kurum, Eylül 1837'de, karantina işlerini yürütmek üzere kurulan “**Meclis-i Tahaffuz**”dur. 1840'dan sonra uluslararası nitelik kazanan bu kuruluş, çeşitli aşamalardan geçerek, bugünkü merkezi sağlık teşkilatının çekirdeğini oluşturmuştur¹⁸⁵.

1849 yılında hekimbaşılığın kaldırılmasından sonra, hekimbaşının yetkileri, 1850 yılında kurulan “**Mekteb-i Tıbbiye Nezareti'ne**” (**Tıp Okulu Bakanlığı**) verilmiştir. 1862 yılında, tıp meslekleri uygulaması için bir tüzük çıkarılarak, hekimlik yapabilmek, İstanbul veya yabancı ülkelerdeki bir tıp okulundan diploma almış olma ve diplomaların tescili koşuluna bağlanmıştır¹⁸⁶. Bu tüzüğün yürürlüğe girmesine kadar, Anadolu'da tıp eğitimi almamış birçok kimsenin hekimlik yapıyor olması ve özellikle, yurtdışından gelen kişilerin eğitim durumlarının tesbit edilemiyor olması, hekimlik mesleğinin bir standarda kavuşturulması bakımından, söz konusu tüzüğün önemini göstermektedir.

1871'de, “**Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Nizamnamesi**” ile “**Sıhhiye Müfettişlikleri**” ve “**Memleket Tabiplikleri**” kurulmuşlardır. Bu kuruluşlar, sağlık hizmetlerini Anadolu'ya ilçelere kadar ulaştırabilecek bir sistemi getirmesi bakımından

¹⁸³ TEKELİ, İlhan ve İLKİN, Selim; Osmanlı İmparatorluğu'nda Eğitim ve Bilgi Üretim Sisteminin Oluşumu ve Dönüşümü, Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu - Türk Tarih Kurumu Yayınları, VII. Dizi, Sayı:154 , s. 149.

¹⁸⁴ Bu yayınlar ve kurumlar hakkında bkz. TEKELİ, İlhan ve İLKİN, Selim; Osmanlı İmparatorluğu'nda Eğitim ve Bilgi Üretim Sisteminin Oluşumu ve Dönüşümü, age., ss. 149-151.

¹⁸⁵ YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat'tan Cumhuriyet'e ...”, age., s. 1323.

¹⁸⁶ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 157.

tarihsel bir değer tařıtmaktadır¹⁸⁷. Memleket hekimleri, ilçelerde görev yaparlar, aşı ve hasta tedavi hizmetlerinden dolayı ücret alamazlardı. Sıhhiye müfettişleri ise, illerde ve livalarda¹⁸⁸ görev yapıyorlardı. Sağlık hizmetlerindeki bu rgtlenme, Cumhuriyet döneminde de illerde “İl Sağlık Müdürlükleri”, ilçelerde “Hükümet Tabiplikleri” olarak sürdürülmüştür.

1871 düzenlemesi, halka ücretsiz sağlık hizmeti götürülmesini devlet görevleri arasında sayması ve hekimlerle hastalar arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırması nedeniyle ayrıca, önem taşıtmaktadır. Nitekim, hastadan para aldığı saptanan memleket tabiplerinin görevine son verilmesi¹⁸⁹, hükümetin bu konuya gösterdiği duyarlılığı açıkça ifade etmektedir.

Aynı düzenlemeyle, İstanbul’da ve diğer illerde Belediye Eczanesi adıyla birer eczane açılmasına karar verilerek, Osmanlı İmparatorluğu’ndaki ilk belediye sağlık teşkilatının kurulmasını saęlamıřtır¹⁹⁰. Bu belediye eczaneleri, memleket tabiplerinin denetimindeydi ve hekim tarafından onaylanan yoksul hastaların ilaçları ücretsiz olarak veriliyordu.

Görevi çeşitli sağlık personelinin belediyelere tayinini yapmak ve yabancı ülkelerde sağlık eğitimi görerek ülkede çalışmak isteyenlere çalışma izni vermek olan “Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye”, 1869 (bazı kaynaklara göre 1878) yılında kurulmuş ve isim değişiklikleriyle, 1913 yılına kadar faaliyet göstermiştir. Bu meclis 1913 yılında lağvedilerek yerine “Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi” kurulmuştur. Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi, 1914 yılında Karantina ve Hicaz Sıhhiye Daireleri ile birlikte, Dahiliye Nezareti’ne bağlanmış ve bakanlığın adı, “Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti” olarak değiştirilmiştir. Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi, “İl Sağlık Müdürlükleri”, “İlçe

¹⁸⁷ TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), age., s. 358.

¹⁸⁸ Osmanlı İmparatorluğu’nda idari örgütlenme eyalet (il), liva (sancak), kaza (ilçe), köy, mahalle şeklindeydi. Cumhuriyet ilanına kadar korunan bu idari rgtlenme 1921 Anayasası ile; il, ilçe, bucak, köy şeklini almıştır.

¹⁸⁹ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 158.

¹⁹⁰ YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e ...”, age., s. 1321.

Hükümet Tabiplikleri” kurarak, bir anlamda, Cumhuriyet dönemi sağlık örgütünün temelini atmıştır¹⁹¹.

İtalya’daki sağlık örgütü örnek alınarak oluşturulan, Sıhhiye Müdüriyet-i Umumîyesi, ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinden sorumlu olmasına karşılık, Dahiliye Nezareti’ne bağlı bir genel müdürlük şeklinde teşkilatlandırılmıştı. Bir başka ifadeyle, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri ikinci derecede bir devlet örgütü ile idare edilmekteydi¹⁹².

Yukarıdaki açıklamalarda göstermektedir ki; Osmanlı İmparatorluğu’nun son yüzyılında sağlık hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla mücadele niteliğinde yürütülmüştür. Kolera, veba, tifo gibi salgın hastalıklar kitlesel ölümlere neden olmuş; bu nedenle de karantina hizmetlerine büyük önem verilmiş ve özellikle bakteriyoloji alanında Dünyada ortaya çıkan yenilikler, çok kısa sürelerde, ülkeye aktarılmıştır. Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında ise çok geç kalınmış ve İstanbul dışına yönelik ilk sağlık örgütü, ancak on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında kurulabilmiştir. Buna karşılık, 1871 yılında kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri, 1914 yılındaki idari düzenlemede korunması, daha önce belirtildiği gibi, Cumhuriyet sonrasına ilişkin sağlık taşra teşkilatının temelini atılması açısından yerinde bir karar olmuştur.

Halkın sağlık durumu açısından, Türkiye Cumhuriyeti’ne kalan miras ise, iç açıcı değildi. yirminci yüzyılın başında hazırlanan Ordu Sağlık Bürosu raporuna göre; Türk köylerinin yüzde 80’i sağlığa uygun olmayan çevrelerde kurulmuştu. Halkın yüzde 14’ü sıtmalıydı. Frengi, yaklaşık yüzde 9 oranında yaygındı. Köylülerin yüzde 72’si bitli olup her an tifüse yakalanabilecek durumdaydılar. Sağlığa uygun tuvalet vb. kolaylıklar, evlerin yüzde 97’sinde bulunmamaktaydı. Ve bu koşullara sahip halkın, ancak yüzde 7’si okur-yazardı. İstanbul, İzmir, Beyrut gibi birkaç büyük kentin dışında durum, köylerden çok farklı değildi¹⁹³. Bu rapordan öğrenildiğine göre, toplumun sağlık düzeyi çok bozuktur ve Birinci Dünya Savaşı yıllarında daha da bozuldu.

¹⁹¹ YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e ...”, age., ss. 1321-1322.

¹⁹² SSBY; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 23.

¹⁹³ DİE; Türkiye’de Toplumsal ve Ekonomik Gelişiminin 50 Yılı, Başbakanlık DİE Matbaası, Yayın No: 683, Ankara, 1973, s. 25.

2. CUMHURİYET TÜRKİYESİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Cumhuriyet döneminin başlangıcındaki, sağlık hizmeti örgütlenmesi ve dönemin sağlık sorunları, Osmanlı İmparatorluğu'ndan kalan miras olarak görülebilir. Henüz Cumhuriyet kurulmadan, sağlık hizmetlerinin İçişleri Bakanlığı'ndan ayrılarak bağımsız bir bakanlık şeklinde örgütlenmesi ise, ulusal bağımsızlık mücadelesi veren kadroların sağlık hizmetlerine verdiği önemi göstermektedir. Nitekim, Avrupa'nın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık çatısı altında değilken, TBMM, Sağlık Bakanlığı kurulmasına karar vermiştir.

2.1. CUMHURİYETİN KURULUŞ YILLARINDA SAĞLIK POLİTİKALARI VE ÖRGÜTLENME

Kurtuluş Savaşı döneminde, TBMM'nin yaptığı ilk işlerden biri, Bakanlar Kurulu'nun oluşturulmasıydı. 2 Mayıs 1920 tarihli ve 3 Sayılı Kanunla oluşturulan Bakanlar Kurulu'nda sağlık işlerinin tek bir elden yönetilmesi amacıyla, o günkü adıyla "Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti"¹⁹⁴ kurulmuştur. 3 Mayıs 1920'de yapılan Bakanlar Kurulu toplantısında Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak yer almıştır.

Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında Merkez ve Taşra Teşkilatı şöyle belirlenmişti¹⁹⁵:

Merkez Teşkilatı: Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi.

Taşra Teşkilatı: Sağlık Müdürlükleri, Hükümet Tabiplikleri, Belediye Tabiplikleri, Karantina Tabiplikleri, Küçük Sıhhiye Memurlukları. Bakanlığın taşra teşkilatı, 1871 yılında yapılan düzenlemeyle kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri'nin, devamı niteliğindedir.

¹⁹⁴ 1920 yılında kurulan Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti, zaman içinde, fonksiyonlarındaki değişime bağlı olarak ve yaşayan Türkçe'nin kullanımı nedeniyle isim değiştirerek günümüze kadar gelmiş ve günümüzdeki adı "Sağlık Bakanlığı" olmuştur. Bu nedenle Bakanlıktan söz edilirken günümüzdeki adıyla anılması tercih edilmiş olup, ancak özel olarak gerektiğinde anıldığı dönemin adıyla ifade edilmiştir.

¹⁹⁵ SSYB; *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, age., s. 31.

Yine aynı bütçe tasarısıyla Meclis-i Sıhî-ı Âlî kaldırıldı, Daülkelp (Kuduz Tedavi Merkezi), Telkihane (Aşihane) ve Bakteriyojihaneye kurulması kabul edildi. Yerel yönetimlere ait hastaneler aynen bırakılarak, Kastamonu ve Zonguldak bölgesindeki hastaneler de yerel yönetimlere devredildi.

Sağlık Bakanlığı'nın bu şekilde örgütlenmesi, dönemin sağlık politikalarını da yansıtmaktadır. Buna göre Sağlık Bakanlığı, o dönemin en önemli sağlık sorunu olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine çalışacak, tedavi hizmetleri ise yerel yönetimlerin inisiyatifine bırakılacaktır. Aynı zamanda Hükümet Tabiplikleri eliyle, yoksul hastaların ücretsiz muayene ve tedavileri yapılacak ve ilçedeki sağlık kuruluşlarının denetimi sağlanacaktır. Bu genel politikaya karşılık Bakanlık, dönemin gereksinimleri doğrultusunda, göçmen işleri, Öksüz Yurtları vb. konularla da ilgilenmiştir.

1920 yılının ilk aylarında Batı Cephesi'nde başlayan tifo, kolera vb. bulaşıcı hastalıklara karşı, İstanbul'da 1908'den beri çalışmakta olan Aşihanedan istenen aşılarda düzenli bir şekilde sağlanamayınca, Ankara'da aşı üretilmesine karar verildi. Anadolu'ya geçen birkaç hekim, Cebeci Hastanesi'ndeki Birinci Dünya Savaşı'ndan kalma bir laboratuvar kalıntısından faydalanarak çeşitli aşılarda hazırlamayı başardılar¹⁹⁶.

Bu olay da göstermektedir ki, bu dönemin sağlık hizmetlerinde öncelik, savaşın gereklerine verilmiş ve savaşın olumsuz koşulları belirleyici olmuştur.

2.2. 1923-1960 DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ

Kurtuluş Savaşı sonrasında, ülkenin her tarafında varolan sıkıntıların ortadan kaldırılması ve açılan yaraların sarılması gerekmektedir. Cumhuriyet Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam, bu yaraların sarılmasında ve yeni bir sağlık örgütlenmesinin oluşturulmasında büyük katkılarda bulunmuştu. Denilebilir ki, Refik Saydam'ın Bakanlığı döneminde konulan ilkeler ve gerçekleştirilen uygulamalar, ülkenin sağlık politikasının temel belirleyicisi olmuştur.

¹⁹⁶ GÜRSOY, Gencay; "Sağlık", age., s. 1720.

Bakanlık, tedavi hizmetleriyle ilgili olarak, yalnızca gerekli yerlerde Numune hastaneler kurmayı kendine görev saymış, çalışmalarının asıl yoğunluğunu koruyucu sağlık hizmetlerine vermiştir. Zira, Osmanlı Devleti döneminden beri, tedavi hizmetleri esas olarak yerel yönetimlerce yerine getirilmekteydi ve yeni kurulan devletin ülkenin her alanına tedavi hizmeti götürecek altyapısı ve parasal olanakları yoktu.

Tablo 8’de, bu dönemde faal olan hastane ve yatak durumları görülmektedir.

TABLO 8:1923 YILINDA TÜRKİYE’DEKİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI

KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK DURUMU	
		SAYI	PAYI
Devlet Hastanesi	3	950	14,7
Belediye Hastanesi	6	635	9,9
Özel İdare Hastanesi	45	2450	38,1
Özel, Yabancı Azınlık Hst.	32	2402	37,3
Toplam	86	6437	100,0

KAYNAK: SSYB; *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973, s. 250.*

Cumhuriyet ilan edildiğinde, ülkede 86 hastane faaliyet göstermekteydi. Bu hastanelerde bulunan yatakların yarısı, Belediye ve Özel İdarelere ait hastanelerde; üçte biri özel ve yabancı azınlık hastanelerinde; kalanı ise yalnızca 3 tane olan Devlet Hastanelerinde bulunmaktaydı. Bu koşullarda, Sağlık Bakanlığı’nın yapabileceği en iyi şey, tedavi hizmetlerinden çok, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermektir.

Cumhuriyetin kuruluş döneminde, sağlık hizmetlerini geliştirme çabalarında karşılaşılan en büyük zorluk, bütçe yetersizliğinden çok, yeterli sayıda hekim, hemşire ve ebe bulunmamasıdır¹⁹⁷. Bu nedenle, dönemin Sağlık Bakanı Refik Saydam, sağlık personeli yetiştirilmesine büyük önem vermiştir. 1924 yılında Tıp Fakültesi mezunlarının tümünü kapsayan mecburi hizmet yükümlülüğü konulmuş¹⁹⁸ ve tıp talebe yurtları açılmıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için yeterli sayı ve nitelikte

¹⁹⁷ FiŞEK, Nusret; *Halk Sağlığına Giriş*, age., s. 159.

¹⁹⁸ Mecburi hizmet yükümlülüğü, 8 Kasım 1923 tarih ve 369 sayılı Kanun ile yürürlüğe konulmuş ve bu Kanun, 1932 yılında 2000 sayılı Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır.

sağlık personelinin yetiştirilmesi yolunda ilk adımlar atılmıştır¹⁹⁹. Tıp talebe yurdu, hekim gereksiniminin karşılanmasında çok etkili olmuş, hekim sayısı hızla yükselmiştir²⁰⁰.

Bakanlık, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programında, çözümlenmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle tesbit etmişti²⁰¹:

1. Devlet sağlık örgütünün genişletmek,
2. Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
3. Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
4. Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
5. Sağlıkla ilgili kanunlar yapmak,
6. Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
7. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak.

Ankara'da, bir "Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü" kurulması çalışmaları, bu program sonrasında başlamış; Sivas ve Ankara'da kurulan "kimyahane"ler birleştirilerek Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuştur. Bakteriyoloji, İmmünobiyoloji ve Farmakoloji bölümlerinden oluşan Enstitü, Refik Saydam'ın çabaları ile gelişmiş ve Cumhuriyet döneminin yüz akı sayılabilecek bir sağlık kuruluşu haline gelmiştir²⁰².

1925 yılında hazırlanan çalışma programındaki hedefe uygun olarak izleyen yıllarda, sağlık hizmetlerini düzenleyen üç kanun çıkarıldı. Bunlardan birincisi 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun", ikincisi 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu",

¹⁹⁹ AKDUR, Recep; "Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?", Ankara ve İzmir TOB, Haziran-Temmuz 1976, Sayı: 9-10, Yıl:1, s.63.

²⁰⁰ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 160.

²⁰¹ SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 38.

²⁰² GÜRSOY, Gencay; "Sağlık". age., s. 1720. Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün adı, Enstitünün kurulmasında ve geliştirilmesinde büyük emekleri geçmiş; birçok sağlık tesisinin kuruluşunu gerçekleştirerek, Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık teşkilatının modern bir görünüm kazanmasına hizmet etmiş ve en uzun süre Sağlık Bakanlığı görevini yürütmüş olan Refik Saydam'ın ölümünden kısa bir süre sonra, 14.8.1942 tarih ve 4288 sayılı Kanunla "Türkiye Cumhuriyeti Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü" olarak değiştirilmiştir. SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 142.

üçüncüsü ise 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı “Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilât ve Memurin Kanunu”dur. Bu kanunlarda ilk ikisi günümüzde de geçerli olup, “Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilât ve Memurin Kanunu”, yeni bir teşkilatlanmaya gidilmesi nedeniyle 1983 yılında yürürlükten kaldırılmıştır²⁰³.

1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, ebeler, sünnetçiler, hastabakıcı hemşirelerin mesleklerini icra etmelerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Bu kanunla “tababet sanatı” ifadesi kullanılmış ve hekimlik mesleğine ayrıcalıklı bir konum verilmiştir. Hekimlere resmi görevlerinin yanında evinde veya muayenehanesinde hasta bakabilme hakkı tanınmış, bu şekilde hekimlerin resmi görevlere kayıtsız kalması önlenmeye çalışılmıştır. Bunun yanında, gerekli eğitimi ve Sağlık Bakanlığının iznini almadan tababet ve dallarında faaliyet gösteren kişilere ilişkin ceza hükümleri getirilmiştir²⁰⁴.

Bu kanunla hekimlere tanınan farklı statü, bir yandan tıp mesleğinin geleneğinden, bir yandan da ekonomik koşullardan kaynaklanıyordu. “Serbest çalışan hekimin devlet hizmetinde çalışanlara oranla daha fazla kazanabilmesi olgusu” karşısında, hekimi devlet hizmetinde tutabilmek için daha geçerli bir çözüm yolu bulunamamıştı²⁰⁵. Bu çalışma şekli, daha sonra “Tamgün Çalışma” düzenlemeleriyle değiştirilmiş olmakla birlikte, Tamgün Çalışma’nın kaldırılması nedeniyle, günümüzde de geçerlidir.

Halen yürürlükte olan ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde esas kabul edilen, 1593 sayılı “Umumi Hıfzısıhha Kanunu”nun 1. maddesinde;

«Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin

²⁰³ “Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, Tarih: 13.12.1983, Sayı: 181, Madde: 48, (RG. T/S: 14.12.1983/18251 Mükerrer)

²⁰⁴ “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, Tarih: 11.4.1928, Sayı: 1219, çeşitli maddeler, (RG. T/S: 14.4.1928/863).

²⁰⁵ GÜRSOY, Gencay; “Sağlık”, age., s. 1721.

sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir²⁰⁶.»

denilerek, sağlık ve sosyal yardım hizmetleri asli Devlet görevlerinden biri olarak kabul edilmiştir. Bu kanun maddesinde geçen “sağlık koşullarının iyileştirilmesi” ifadesinden, daha o yıllarda, sağlık hizmetlerine geniş kapsamlı anlam verildiğini görmekteyiz. Yine aynı Kanununun 2. Maddesi ile de, bu Devlet hizmetinin yürütülmesinde ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bütün diğer kurumlar tarafından yürütülen sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin denetlenmesinde “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı”na yetki verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’na bu yasayla verilen işlerin başlıcaları şunlardır²⁰⁷:

- Doğumu artıracak ve çocuk ölümlerini azaltacak önlemleri almak²⁰⁸,
- Doğum öncesi ve doğum sonrası anne sağlığını korumak,
- Bulaşıcı ve salgın hastalıkların ülkeye girmesini engellemek,
- Yurtiçinde her türlü bulaşıcı ve salgın hastalıklarla veya çok miktarda ölüme sebep olan diğer zararlı etkenlerle mücadele,
- Hekimlik ve diğer sağlık mesleklerinin uygulanmasına nezaret etmek,
- Gıdalar ile ilaçlar ve bütün zehirli etkili ve uyuşturucu maddelerle, yalnız hayvanlar için kullanılanlar hariç, her türlü serum ve aşılı denetlemek²⁰⁹,
- Çocukluk ve gençlik sağlığına ilişkin işlerle, çocukluk ve gençlik sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik tesisleri denetlemek,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Çalışma ve meslek sağlığını koruma işleri,
- Maden suları ve benzerlerine nezaret,
- Hıfzıssıhha kuruluşları ve bakteriyoloji laboratuvarları ve hayati muayene ve tahlillere mahsus kuruluşları kurmak ve idare etmek,
- Mesleki öğretim kurumlarını kurmak, idare etmek ve dengi kurumları denetlemek,

²⁰⁶ “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”, Tarih: 24.4.1930, Sayı: 1593, Madde: 1, (RG tarih ve sayı: 6.5.1930/1489).

²⁰⁷ “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”, agm., Madde: 3.

²⁰⁸ Bu fıkradaki “doğumu artıracak” ifadesi, 1.4.1965 tarih ve 557 sayılı Kanununun 8. maddesiyle kaldırılmıştır.

²⁰⁹ Gıda denetimi, 24.6.1995 tarih, 560 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı görevleri arasından çıkarılmıştır.

- Akıl hastaları ve diğer ruh hastalıklarını tedavi için hastaneler ile malul ve özürlü kişileri kabul edecek yurt ve benzeri müesseseleri kurmak ve idare etmek,
- Göçmenlerin sağlık işleri,
- Hapishanelerin sağlık koşullarına nezaret etmek,
- Tıbbi istatistikleri düzenlemek,
- Sağlık yayın ve propaganda işleri,
- Ulaşım araçlarının sağlıklı olmasına nezaret etmek.

Bu kanunla Sağlık Bakanlığı'na verilen genel sağlığı koruyucu önlemlerin yanında tedavi hizmetlerinin yürütülmesi belediyelere, özel idarelere ve diğer yerel yönetimlere verilmiştir²¹⁰. Bu düzenlemede Bakanlık, yerel yönetimlere rehber olmak üzere bazı yerlere numune tesisler kurmakla yükümlü tutulmuştur.

Nitekim, Refik Saydam'ın Sağlık Bakanı olduğu dönemde Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı numune hastaneler kurmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmak için teşvik edilmiştir²¹¹. Hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde temel birimler olarak kabul edilmiş; bunun yanında sıtma, frengi, trahom gibi önemli sorunların kısa zamanda çözümlenmesi için sağlık müdürüne bağlı olmayan ve kısmen genel idare dışında (sıtma savaş teşkilatı gibi) örgütler kurulmuştur²¹².

Bir anlamda bulaşıcı hastalıklarla mücadele amacıyla "dikey örgütlenme" yöntemi tercih edilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde öncelik, savaş yıllarında bozulan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve çok sayıda ölüme yol açan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine verilmiştir. 309 maddelik Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 130 maddesi (29. maddeden 150. maddeye kadar) bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye ayrılmış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele yolları belirlenerek, bu hastalıklarla ilgili ihbar zorunluluğu getirilmiştir. Sıtma, frengi, trahom gibi önemli bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla kurulan örgütler de bu önceliğin bir sonucudur.

²¹⁰ "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu", agm., Madde: 4.

²¹¹ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 159.

²¹² FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 161.

Örneğin Cumhuriyetin ilanından önce ve sonra ciddi bir sorun olan sıtma ile mücadele için kanun çıkarılmış ve sıtma eradikasyon teşkilatı kurulmuştur. Türkiye’de sıtma ile mücadele esasları ilk kez, 1926 yılında kabul edilen 839 sayılı “Sıtma Mücadele Kanunu” ile kondu.

Bu kanunla sıtma mücadele örgütü kurulmuş ve şu esaslar getirilmiştir: 1. Dalak ve kan muayeneleri ile sıtmalıların tesbiti ve bunların parasız tedavileri, 2. Bataklıkların kurutulması, 3. Sivrisinek yetiştiren jitlelerin ve çeltik sahalarının kontrol altına alınması²¹³.

1940 yılına kadar bu esaslarla yapılan sıtma mücadelesiyle, muayene edilen kanlara göre sıtmalı sayısını %11’e kadar düşürüldü. İkinci Dünya Savaşı yıllarında sıtma ilaçları ithalatının güçleşmesi ve nüfus hareketleri 1942 ve 1943 yıllarında yeniden sıtma epidemilerine yol açtı ve yukarıdaki oran %32’ye kadar yükseldi. Bunun üzerine 1945 yılında 4707 sayılı ve 1946 yılında 4871 sayılı kanunlar yürürlüğe girdi. 4871 sayılı “Sıtma Savaş Kanunu” ile sıtma savaşının devamlı yürütülmesi gündeme geldi ve bu kanunlar uyarınca yapılan savaş sonunda geniş çapta arazi ıslahı, sıtmalı araştırması ve tedavileri yapılarak hastalık kontrol altına alınabildi. Bu mücadelede, Marshall Planı çerçevesinde temin edilen insektisitlerin (DDT) önemli rolü oldu. 1946 yılında %20 olan muayene edilenler içindeki sıtmalı sayısı, 1956 yılında %0,8’e düşürüldü²¹⁴.

Aynı şekilde çiçek, kolera, kuduz, frengi, lepra, tifüs, veba, verem, trahom gibi hastalıklarla mücadele için programlar düzenlenmiş ve bunların bir çoğu için özel tedavi tesisleri kurulmuş, aşılama programları düzenlenmiştir²¹⁵. Toplumsal gelişmenin ortaya çıkardığı gereksinmelere ve halkın taleplerine yanıt vermek amacıyla kurulan yeni örgütler hem bakanlığın merkez örgütünde hem de yurt düzeyinde gereksinmenin ağır bastığı bölgelerde kurulmuştur. Frengi ile savaş, Trahom savaş, sıtma savaş, verem savaş, kanserle savaş, ruh sağlığı, nüfus planlaması vb. alanlarda merkezde Genel Müdürlük, ya da Müdürlükler ve bunlara bağlı olarak taşra örgütleri zaman içinde oluşturulmuşlardır. Bu örgütlenmelerin bir bölümünde öncülük halktan gelmiştir. Örneğin veremle savaş

²¹³ SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 105.

²¹⁴ SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 105.

²¹⁵ Bu hastalıklarla mücadele için yürütülen çalışmalar hakkında ayrıntılı bilgi için bkz., SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., ss. 76-139.

çalışmaları, devlet örgütü kurulmadan önce, yıllarca verem savaş dernekleriyle yürütülmüştür. Kanslerle savaş çalışmaları da aynı türde bir gelişme göstermiştir²¹⁶

Esas olarak Türkiye’de salgın hastalıklarla mücadele ilk kez, Dr. Reşad Rıza Bey’in Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Hıfzıssıhha Müdürlüğü sırasında 13 Nisan 1914’te yayınlanan “Emrâz-ı Sâriye ve İstilâiye Nizamnâmesi” ile devletin görevleri arasına alınmıştır. Bu tüzük, 1930’da Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkıncaya kadar yürürlükte kalmıştır²¹⁷. Ancak bu dönemlerde, gerek İmparatorluğun içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal koşullar, gerekse savaş yıllarının getirdiği olumsuzluklar, salgın hastalıklarla mücadelede etkin bir sonuç alınmasını engellemiştir. Nitekim, daha önce sözü edilen, Ordu Sağlık Bürosu Raporu’nda, 1910’larda Anadolu’daki insanların sağlık düzeylerinin ne kadar kötü olduğunu açıkça ifade etmekteydi.

Bu koşullar nedeniyle, Cumhuriyetin kuruluşunda salgın hastalıklarla mücadelenin birinci önceliğe sahip olması yerinde bir tercih olmuştur. Bu tercihin bir sonucu olarak, Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı sırasında uygulanan ücret politikası da bu doğrultuda şekillenmiş; salgın hastalıklarla savaşta ve Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü gibi kurumlarda çalışan hekimlere serbest hekimlikte kazanabilecekleri düzeyde ücret verilmiş, hastanelerde çalışan hekimlere yüksek ücret ödenmemiştir²¹⁸.

Bu uygulamalarla salgın hastalıklarla mücadelede önemli başarılar kazanılmış, İkinci Dünya Savaşı yıllarında, Türkiye’nin savaşa girmemesine rağmen ülkedeki sağlık düzeyi gerilemiştir. Savaş yıllarının getirdiği ekonomik sıkıntılar, hastalıklarla mücadelede kullanılan ilaçların, araç ve gereçlerin ithalatını güçleştirmiş; sıtma başta olmak üzere tifüs, çiçek gibi hastalıklar büyük salgınlar yapmıştır. Bir yandan salgın hastalıklar, bir yandan beslenme koşullarının bozulması ölümleri artırmıştır²¹⁹.

Bu koşullar altında, sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar hızlandırılmış ve 1946 Kasım ayında toplanan Yüksek Sağlık Şurası’nda

²¹⁶ EKİNCİ, Tarık Ziya; “Sağlık Örgütlenmesinde Tarihsel Gelişme ve Yapısal Sorunlar”, Toplum ve Hekim, Sayı:30, Haziran 1980, s.42.

²¹⁷ YILDIRIM, Nuran; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e ...”, age., s. 1322.

²¹⁸ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 160.

²¹⁹ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 161.

dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behcet Uz'un önderliğinde hazırlanan "Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı" onaylanmıştır.

Bu planın hedefleri şunlardı²²⁰:

- İleri ülkelerin öncelikle ele aldıkları koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli örgütü kurmak ve geliştirmek,
- Köylük bölgeleri sağlık örgütüne kavuşturmak,
- Mevcut sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek,
- Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek,
- Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve örgüt bakımından tam sağlık tesisleri kurmak,
- Bu işleri en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Millî Sağlık Bankası veya Millî Sağlık Sigortası Kurumu ve Sağlık Sandıkları kurmak.

İzleyen yıllarda, Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nın hedeflerine uygun şekilde sağlık hizmetini köylere kadar götürebilmek için, "sağlık merkezleri" kurulması yoluna gidilmiş ve her kırk köy için (yaklaşık olarak 20.000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması kararlaştırılmıştır. Her sağlık merkezinde, acil vakalar için, 10 hasta yatağı, iki hekim ve tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetleri birlikte yürütebilmek için, on bir sağlık personeli bulunacaktı. Bu örgütlenme modelinde, Ankara Etimesgut'ta geliştirilen "kırsal bölge sağlık merkezi"nden esinlenilmiştir²²¹. Söz konusu sağlık merkezi 1929 yılında "İçtimai Hıfzıssıhha Dispanseri" adıyla kurularak, küçük bir bölgede koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleriyle görevlendirilmiştir²²². 1930'lu yıllarda kurulan söz konusu sağlık merkezi, Cumhuriyetin ilk yıllarında varolan "numune tesisler kurma" ilkesinin güzel bir örneğidir²²³.

²²⁰ SŞYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 43.

²²¹ FİŞEK, Nusret; "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", Toplum ve Hekim, Aralık-1991, s. 3.

²²² AKDUR, Recep; "Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinin Gelişimi", Toplum ve Hekim, Sayı: 28, Nisan 1980, s. 39.

²²³ Söz konusu sağlık merkezinde, 1930'lu yıllarda Fransa ve ABD'de uygulanan halk sağlığı, çevre sağlığı ve tedavi hekimliğinin birlikte yer aldığı hizmet şekli benimsenmiştir. Günümüzdeki sağlık kurumları açısından bile örnek oluşturabilecek düzeyde gelişmiş bir çalışma yöntemine sahip olan bu örnek kuruluş; çevre sağlığı, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele, okul sağlığı, ana-çocuk sağlığı, hekimlerin sahada eğitimi gibi hizmetleri yanında kapsadığı nüfusa ilişkin

“Birinci On Yıllık Sağlık Planı”nda, modern sağlık yönetiminin temel prensiplerinden olan, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulmasının kabul edildiğini görmekteyiz²²⁴. Dr. Behcet Uz’dan sonra gelen Sağlık Bakanları, bu planı rafa kaldırmışlar ve giderek plan çok yanlış uygulanmış, her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etmeye dönüşmüştür. Bugün ise, bu kuruluşlar, maliyeti çok yüksek, küçük birer hastane olmaktan ileri gidememiştir. Geçimini muayenehanesindeki çalışmayla sağlamak zorunda bırakılan sağlık merkezi hekimleri ise, halk sağlığı hizmetleriyle hiç ilgilenemedikleri gibi, ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir²²⁵.

“Birinci On Yıllık Sağlık Planı”nın önemli bir diğer noktası, “Milli Sağlık Bankası” veya “Milli Sağlık Sigortası Kurumu” kurulması hedefinden söz etmesidir. Sağlık sektöründe yeniden yapılanma tartışmalarının yoğunlaştığı, 80’li ve 90’lı yıllarda sıklıkla gündeme gelen genel sağlık sigortasının, 1947 yılında hazırlanan bir sağlık planında yer alması ilginçtir. Ayrıca, birçok kez kanun tasarısı olarak TBMM’ne sunulmasına karşılık, hala gerçekleştirilememiş olması da, üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur.

Bu dönemde sağlık hizmetleriyle ilgili bir diğer önemli olay, 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumunun kurulmasıdır. Bu kanunla Kurum, sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi almıştır. Bu hüküm, 1952 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Sigortalı işçilere sağlık hizmeti verilmeye başlanması büyük bir atılım olmakla beraber, sadece sigortalıya yapılan sağlık hizmetini finanse eden bir kurum olması gereken SSK’nın, sağlık teşkilatı ve hastaneler kurulmasına müsaade edilmesi hatalı bir hareket olmuştur²²⁶. 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” ile Sağlık Bakanlığı’na verilen kamu sektöründe çalışan bütün sağlık

sağlık sicilinin tutulması, sevk zincirinin işletilmesi gibi konularda da birçok ilki başlatmıştır. Bu sağlık merkezinin o dönemdeki çalışma sistemi hakkında bkz. PEKTAŞ, Mustafa Necip; “Dr. Cemal Or Hocanın Etimesgut Numune Sağlık Merkezi Başhekimi Olarak O Yöreyle Vermiş Olduğu Hizmetler”, Dirim - Aylık Tıp Gazetesi Yıl:70, Sayı: 7-8-9, 1995, ss. 178-182.

²²⁴ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., s. 162.

²²⁵ AKDUR, Recep; “Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?”, age., s.64.

²²⁶ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age., ss. 161-162.

personelinin atanması ve diğer özlük haklarının düzenlemesine ilişkin yetkinin sınırlandırılması, sektörler arasında sağlık personeli dağılımı dengesini bozmuştur. Nitekim, günümüzde “sağlık hizmetleri arzının tek bir Bakanlık çatısı altında toplanması” önerisi de, Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumların hizmet üretmesiyle içine düşülen karmaşa ortamının sonucudur.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Dünya ekonomisinde yaşanan genişleme ve hızlı kalkınma süreci, Türkiye’yi de etkisi altına almış; toplumun beklentileri yükselmiş ve buna bağlı olarak, halkın sağlık hizmeti taleplerinde de artış olmuştur. Türkiye’de çok partili siyasi yaşama geçildiği bu dönemde, her alanda yaşanan hareketlilik, sağlık sektörüne de yansımış ve yerel yönetimler tarafından sunulan tedavi hizmetleri, halkın artan sağlık hizmeti taleplerini karşılayamaz olmuştur.

Demokrat Parti’nin hükümet olduğu 1950’li yıllarda, sağlık politikalarında dönüşüm başlamıştır. 1953 yılında, özel idare hastanelerinin devletleştirilmesi ve hasta tedavisinin bir devlet hizmeti olarak kabul edilmesi, bu dönüşümlerden en önemlisidir. Bu karar, tedavi edici sağlık hizmetlerinde standartların yükselmesine, her ilde göreceli olarak eşit olanak sağlanmasına, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine fırsat vermesi bakımından yerinde bir karardır²²⁷. Ancak bu kararla, koruyucu sağlık hizmetleri Bakanlık düzeyinde ikinci planda kalmıştır.

Bu dönemde hızlanan teknolojik gelişme, sağlık kurumlarının donanımına yepyeni araçlar katmış, hizmetin kalitesi yükselirken maliyeti de artmıştır. Öte yandan, ulaşım olanakların artması ve hızlı kentleşme sonucunda, hızla artan sağlık hizmeti talebinin karşılanamaması, yeni sorunlara yol açmıştır. Bakanlık, yeni sağlık kurumları açmak bir yana, mevcutlara bile yeterli sağlık personeli bulamaz hale gelmiş, personel yetersizliği olan bölge ve kurumlarda hizmeti çekici kılacak olanaklar sağlayamamıştır²²⁸. Sağlık personeli yetiştirmek için gerekli çalışmaların yeterli düzeyde yapılamaması, hasta bakım hizmetinin gelişmesini de engellemiştir²²⁹. Böylece, kamu sağlık kuruluşları tarafından arz edilen sağlık hizmeti, artan talebi karşılayamaz hale gelmiştir. Karşılanamayan sağlık

²²⁷ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age.. s. 163.

²²⁸ GÜRSOY, Gencay; “Sağlık”, age.. s. 1721.

²²⁹ FİŞEK, Nusret; Halk Sağlığına Giriş, age.. s. 163.

hizmeti talebinin yükselmesi ve bunun yanında, hekimler için kamu sağlık hizmetinin çekiciliğinin azalmasının etkisiyle, özellikle büyük şehirlerde, muayenehane sayısı oldukça hızlı bir şekilde artmıştır.

Özel muayenehanelerin artmasının bir diğer nedeni de, 1950'li yıllarda yaşanan hızlı uzmanlaşmadır. Kırsal alandan bu muayenehanelere ve devlet hastanelerine, çoğunlukla da ikisinin hoş olmayan bileşimine hasta akışı artmıştır. Bunun temel nedeni, halkın yüzde altmışından fazlasının yaşadığı kırsal kesimde koruyucu hizmetlerin hiç olmayışı ve ağırlıklı olarak iyileştirici sağlık hizmetlerini amaçlayan Sağlık Merkezi örgütlenmesinin fonksiyonel kılınamamasıydı²³⁰.

1950'lerin sonunda, genel hatlarıyla günümüzdeki sorunlara benzer sorunların yoğunlaştığı bir görünüm söz konusuydu. Ekonomik gelişmenin ve hızlı şehirleşmenin getirdiği yoğun bir sağlık hizmeti talebi ve bu artan talebi karşılamaya yetmeyen, tedaviye yönelik sağlık hizmeti arzı; yine hızlı şehirleşme sonucu ortaya çıkan ve mevcut olanaklarla giderilemeyen altyapı eksiklikleri ve bunun getirdiği olumsuz sağlık koşulları; sağlık hizmeti maliyetinin gelir düzeyindeki artıştan daha hızlı yükselmesi; hızlı nüfus artışı ve şehirleşme sonucu ortaya çıkan marjinal sektörler ve bu sektörlerde çalışan sosyal güvenlikten yoksun kitleler ve bunların sağlık sorunları; hizmet talebindeki artışa paralel olarak kapasite artışının sağlanamaması nedeniyle ağırlaşan çalışma koşullarından bunalan sağlık personeli...

Kısacası, 1950'lerin sonunda kuyrukta hizmet bekleyen hastasıyla, hekim görmeden ölen köylüsüyle, yaptığı işten, ne maddi ne de manevi olarak, yeterince tatmin olamayan sağlık personeliyle, sorunlu bir sağlık sistemi mevcuttu. Buna karşılık, ülkenin her tarafına dengeli bir şekilde sağlık hizmetinin götürülmesi ve bunun, kaynak israfına yol açmayacak yöntemlerle yapılması gerekmektedir. Sıkıntıların giderilebilmesi için, "hastanın hizmetin verildiği yere gelmesi yerine; hizmetin hastanın olduğu yere götürülmesi" düşüncesi, 1960'ların başında yeni bir sistemi gündeme getirdi: "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi". Sağlık sistemi olması yanında, toplum kalkınmasına da hizmet edeceği düşünülen bu yeni sağlık sistemi, günümüzde de devam eden bir tartışma

²³⁰ AKSAKOĞLU, Gazanfer, "Denemeyen Model: Sosyalleştirme", Toplum ve Hekim, Nisan 1994, s.52.

sürecini başlattı. Ancak “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi”, aşağıda değinileceği gibi birçok nedene bağlı olarak, Ülkemizin sağlık sorunlarına çözüm getirememiş, daha doğrusu, Ülkemizin sağlık sorunlarını çözecek şekilde uygulanamamıştır.

2.3. 1960-1980 DÖNEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ

1960 yılı, Türkiye için birçok alanda önemli bir dönüm noktası niteliğini taşımaktadır. 27 Mayıs Harekatı ile DP iktidarı sona ermiş; siyasi, ekonomik ve sosyal anlamda, ülkenin yeniden dönüşümü sağlanmaya çalışılmıştır. Bu dönüşüm çabaları, sağlık alanında da etkili olmuştur.

1960’lı yılların başında, birçok alanda gerçekleştirilmeye çalışılan bu dönüşümün gerekçeleri, esas olarak, İkinci Dünya Savaşı sonrasında Dünya ekonomisinde ve politik sisteminde yaşanan dönüşümde yer almaktadır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Dünya çapında yaşanan ekonomik genişleme ve ülkelerin artan kalkınma/büyüme hızları, Devletlerin yeni bir biçime girmesini sağlamıştır. Genel olarak Avrupa’da ve Amerika’da Keynesyen ekonomi anlayışı önem kazanmış ve Devletin ekonomik gelişmelerde belirleyici rolü ön plana çıkmıştı. Bu koşullarda Klasik “Jandarma Devlet” anlayışından, “Sosyal Devlet” anlayışına geçilmiştir.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda 10 Aralık 1948’de; Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından ise 6 Nisan 1949’da kabul edilmesine karşın, 1960’lı yıllara kadar, bu bildirinin birçok maddesi gibi 25. Maddesi de göz ardı edilmiş ve bu maddede değinilen “Her şahsın ... sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ... hakkı vardır. Analık ve çocukluk, özel bir özen ve yardım görmek hakkına sahiptir” gibi hususların gerçekleştirilmesi için etkin önlemler, alınmamıştır²³¹. 1960’da başlayan dönüşüm, bu önlemlerin alınmasına olanak sağlamış ve “Sosyal Devlet” anlayışı Türkiye’ye de yansımış ve Devletin temel insan haklarının korunup geliştirilmesi görevi, Anayasa güvencesine alınmıştır.

²³¹ DİRİCAN, Rahmi; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri”. Toplum ve Hekim, Nisan 1994, s.49.

Genel olarak, sosyal devlet anlayışını ortaya çıkaran bu dönüşümün, sağlık alanına yansması ise, öncelikle sağlık hakkının Anayasada yer alması ve daha Anayasa halk oyuna sunulmadan çıkarılan, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” ile, sağlık hizmetlerinin ülkenin her alanına götürülmesinin amaçlanmasıdır. Aynı zamanda ekonomik ve sosyal gelişmelerin beşer yıllık dönemleri kapsayan planlarla yönlendirilmesini ifade eden “Planlı Kalkınma” dönemine geçilmiş olması, sağlık hizmetlerindeki makro politikaların Beş Yıllık Kalkınma Planları (BYKP) ile belirlendiği döneme geçilmiştir.

Böylece, dönüşüm çabalarının, yasal düzenlemeler ve makro politikalar anlamında sağlık alanına yansması, üç noktada özetlenebilir: **“Sağlık hakkının Anayasa güvencesine alınması”, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi”, “sağlık politikalarının da BYKP kapsamında değerlendirilmesi”.**

9.7.1961 tarihinde yürürlüğe giren “1961 Anayasası”, sağlık hizmetini anayasal bir hak olarak kabul etmiştir. Anayasanın “Ekonomik ve Sosyal Haklar” bölümünde yer alan 49. maddesinde

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla ödevlidir.”

denilerek, sosyal haklardan olan “sağlık hakkı”nı benimsemiş ve bu hakkın kullanımında Devleti görevli saymıştır. Ayrıca, yine 49. Maddede yer alan;

“Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbir alır.”

hükmü ile, toplumun sağlık düzeyinin sosyo-ekonomik koşullara yakından bağlı olduğu gerçeğini de kabul etmektedir. Böylece, 1961 Anayasası, geniş kapsamlı tanımına uygun olarak sağlık hakkını benimsemekte ve bunu sosyal devlet anlayışının bir parçası saymaktadır.

Aynı anlayışın gereği olarak, “planlı” dönemle birlikte, sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi için, ana ilkeler ve hedefler saptandı: Sağlık hizmeti vatandaşın

ayağına götürülecek, geri kalmış bölgelere öncelik tanınacak, koruyucu hekimliğe önem verilecek ve yeterli sayıda nitelikli sağlık elemanı yetiştirilecektir²³².

Sağlık hizmetlerinin vatandaşın ayağına götürülmesi için, uygulamayı düzenleyecek olan 224 sayılı yasa, geniş kapsamlı bir sağlık tanımına dayanıyor ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre bir biçimde, ülkede yaygınlaştırılmasını hedefliyordu. Bu hedefin gerçekleşmesi için;

Sağlık Evi ⇒ Sağlık Ocağı ⇒ Sağlık Merkezi ⇒ Hastane

zinciri şeklinde bir örgütlenme modeli öngörüyordu. Hizmetin temel birimi olan sağlık evi 2500 kişilik bir nüfusa hizmet verecek ve köy ebesi tarafından doğum ve başlıca koruyucu sağlık hizmeti sunulacaktı.

Yasa metnine göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şöyle sıralanabilir:

1. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak, insan haklarından biridir (1. Madde).
2. Sağlık hizmeti ülkenin her yerine “eşit olarak” ve “nüfus esası”na göre götürülecektir. (2. Madde)
3. Sosyalleştirmenin yapıldığı bölgelerde vatandaşlar, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına katılmak suretiyle, eşit şekilde yararlanacaklardır (2. Madde). Kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetinden yararlanmak istemeyen vatandaşlar ise, ücretini ödemek koşuluyla istediği sağlık kurumunda muayene ve tedavi olabileceklerdir (5. Madde). Böylece, hastaların “hekim ve sağlık kurumu seçme özgürlüğü” kabul edilmektedir.
4. Kamu kesiminde çalışan sağlık personeli, serbest çalışamayacak (3. Madde); kamu kesiminde çalışmayanlar ise serbest çalışmaya devam edebileceklerdir (4. Madde). Böylece “sağlık personelinin çalışma koşullarını seçme hakkı” kabul edilmekte ve bir anlamda, sosyalleştirmede görev alınması gönüllü hale getirilmektedir.

²³² GÜRSOY, Gencay; “Sağlık”, age., s. 1724.

5. Sosyalleştirmenin yapıldığı yerlerde, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kurumlar hariç, kamu kesimine ait bütün sağlık kurumlarının hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecektir(8. Madde). Bu hükümlerle, kamu sağlık kurumlarında “yönetim birliği” sağlanması amaçlanmaktadır.
6. Sağlık ocaklarında hizmet, “ekip anlayışı”yla sunulacaktır(10. Madde).
7. Sağlık evleri ve sağlık ocakları koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekler ve ayrıca, sağlık sicillerini tutacaklardır(10. Madde). Böylece “sağlık hizmetlerinin entegrasyonu” sağlanacaktır.
8. Hastanelerdeki sağlık personeli, sağlık ocağı ve sağlık merkezlerindeki sağlık personelinin(12. Madde); sağlık merkezindeki sağlık personeli de, sağlık ocağındaki sağlık personelinin mesleki gelişimine yardımcı olacaklardır(11. Madde). Böylece sağlık personelinin “sürekli eğitimi” sağlanacaktır.
9. Acil vakalar dışında, sosyalleştirme yasasının getirdiği haklardan yararlanmak isteyenler, “sevk zinciri”ne uygun bir şekilde, gereken kurumlara havale edileceklerdir (13. Madde). Sevk zincirinin kurulmasıyla, yerinde tedavisi mümkün olan hastaların, büyük merkezlerdeki sağlık kurumlarına yığılması önlenecektir.
10. Bazı özel durumlar dışında, sevk zincirine uygun olarak sağlık kurumuna başvuran kişilerin, muayene ve tedavileri ile tedavi için gerekli olan ve her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek ilaçlar ücretsiz temin edilecektir(14. Madde).
11. Ülke düzeyinde temsilcilerin katılımıyla, bir “Genel Kurul”; halkın ve sağlık personelinin katılımıyla, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve iller düzeyinde “Sağlık Kurulları” kurulacaktır(22. Madde). Böylece, sağlık yöneticileri ile halk arasında bilgi alış-verişi gerçekleştirilecek ve sağlık hizmetlerine “toplum katılımı” sağlanacaktır. Toplum katılımı, giderek toplumsal kalkınma hareketine dönüşebilecek stratejik önemde bir oluşum olarak önerilmiştir.

Yukarıda sıralanan maddelerden de görüleceği gibi, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, Türkiye sağlık sektöründe çok önemli

bir değişimi başlatmak, bir anlamda sağlık sektörünü yeniden yapılandırmak amacındadır. Ancak, bu yasayla getirilen hükümlerin önemli bir kısmı, ya uygulanmamış, ya da eksik uygulanmıştır. Yasanın yürürlüğe girmesinden çok kısa bir süre sonra, bazı maddeleri değiştirilmeye başlanmıştır. Örneğin, yasanın pilot uygulamasının başlamasından 3 yıl sonra, sağlık personelinin sözleşmeli çalıştırılmasıyla ilgili hükmü değiştirilmiştir.

Bu geniş kapsamlı uygulamanın planlandığı gibi yürütülebilmesinin birinci koşulu, devlet bütçesinden yeterli kaynağın ayrılmasıdır²³³. Oysa, daha sonra değinileceği gibi, sosyalleştirme planını uygulayacak olan Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı pay, sosyalizasyon uygulamasına geçildikten sonra yükseleceğine, aksine sürekli olarak düştü.

Plana göre sosyalleştirmenin, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla, zaman içinde, ülkenin tümüne yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Bunun için öncelik, sağlık alanında en elverişsiz koşulların bulunduğu yerlere verilmiştir.

Sosyalleştirmeye, pilot il olarak seçilen Muş ilinde, 1 Ağustos 1963 tarihinden itibaren, 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi ile bařlanmıřtır²³⁴. Sosyalleştirmenin geri kalmış bölgelerden başlaması, "sosyalleştirme için gerekli altyapının hazırlanmasındaki güçlük nedeniyle", başarısızlığın nedenlerinden biri olarak deęerlendirilirken²³⁵, buralarda mevcut sağlık örgütlenmesinin olmayışı ve bölge halkının acil gereksinimleri nedeniyle, doğru bir karar olarak da değerlendirilmekte ve bu bölgelerdeki örgütlenmenin sosyalizasyon ilkelerine göre, "sıfırdan başlamasının", modelin tümelci yaklaşımına uygun olduğu belirtilmektedir²³⁶.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine geri kalmış bölgelerden başlanmasının ve başlangıç dönemindeki heyecanın etkisiyle, 1968 yılına kadar program hızlı bir tempo ile yürütülmüştür. Bu yıldan sonra sosyalleştirme hızı düşmeye başladı. Sosyalleştirmenin ilk beş yılı sonunda, yani 1968 yılı sonu itibariyle, 22 ilin sosyalleştirme kapsamına alınmasına karşılık, 1973 yılı sonuna kadar bu sayı ancak 25'e çıkarılabilmemiřtir²³⁷. Bir

²³³ GÜRSOY, Gencay; "Sağlık", age., s. 1725.

²³⁴ SSBYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 236.

²³⁵ AKDUR, Recep; "Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?", age., s.69.

²³⁶ AKSAKOğLU, Gazanfer; "Denenmeyen Model: Sosyalleştirme", age., s. 53.

²³⁷ SSBYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 241.

başka ifadeyle, sosyalleştirme ilk beş yılda 22 ilde uygulanmaya başlanmışken, ikinci beş yılda sadece 3 il bu kapsama dahil edilebilmiştir. İlk beş yılın sonrasında, “sosyalleştirme bölgelerinde özellikle hekim ve hemşire istihdamında karşılaşılan sorunlar çözümlenmediğinden” Programın yavaşlatıldığı ifade edilmiştir²³⁸.

Gerçekten de, Tablo 9’da verilen 1963-1973 yıllarına ilişkin sağlık ocakları personel durumu; sağlık memuru istihdamında önemli bir sorun olmamasına karşılık özellikle hekim ve hemşire istihdamında yetersizliklerin bulunduğunu açıkça göstermektedir.

Nitekim, bu tablodan görüleceği gibi, hekim kadrolarının doluluk oranı 1963 yılında %90 iken, giderek düşmüş ve 1973 yılında %29 seviyesine gerilemiştir. Benzer durum hemşire istihdamında da söz konusudur. 1963 yılında %65 olan hemşire kadrolarının doluluk oranı, %26’ya kadar gerilemiştir. Buna karşılık sağlık memurlarında %100’ün üzerinde kadro doluluk oranı, bir başka ifadeyle, kadro fazlası istihdam söz konusudur. Ebe kadrolarının doluluk oranı ise önce azalmış, daha sonra yükselmiştir.

TABLO 9: SAĞLIK OCAKLARI PERSONEL DURUMU (1963-1973)

YIL	İL SAYISI	HEKİM			SAĞLIK MEMURU			HEMŞİRE			EBE		
		(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
1963	1	20	18	90	20	18	90	20	13	65	60	54	90
1964	6	179	143	80	174	207	119	173	50	29	508	309	61
1965	12	486	276	57	401	399	100	459	142	31	1346	622	46
1966	12	486	284	58	461	468	102	459	129	28	1346	746	55
1967	17	635	315	50	603	597	99	599	179	30	1755	1146	65
1968	22	832	324	39	801	739	92	787	185	24	2309	1547	67
1969	24	902	342	38	871	929	107	857	235	27	2512	2062	82
1970	25	946	331	35	914	910	100	892	194	22	2893	2515	87
1971	25	946	309	33	914	915	100	892	239	27	2893	2439	84
1972	25	946	283	30	914	1488	163	892	256	29	2893	3023	104
1973	25	946	275	29	914	1454	159	892	235	26	2893	3428	118

NOT: (1) Asgari Kadro Sayısı, (2) Mevcut Personel, (3) Kadroların Doluluk Oranı(%)

KAYNAK: SSYB, *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973, s. 241’den düzenlenmiştir.*

Sosyalleştirme Programı’nda, genellikle planlanan personel sayısına ulaşılamamıştır. Bu, büyük ölçüde, sosyalizasyon bölgelerinde çalışan sağlık personeline

²³⁸ DPT; 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı, agc., s.91.

ilk yıllarda tanınan ekonomik ayrıcalıkların, enflasyon karşısında kısa zamanda erimesi ve buna bağlı olarak hizmetin özendiriciliğinin kalmaması gibi nedenlerden kaynaklanmıştır.

Ayrıca, sosyalizasyon uygulamasının belkemiği olan, tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi ve bir ekip çalışması gerçekleştirmesi beklenen sağlık ocağı personelinin eksik kadrolarla çalışması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde hedeflenenlere ulaşılmasını engellerken; ekibin eksik olması hizmetin entegre edilmesini de engellemiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, hizmetin cazibesini yitirmesiyle büyüyen personel açığı, “tamgün çalışma” yasası ile giderilmeye çalışıldı. 1978 yılı sonunda çıkarılan bu yasayla, kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin, serbest çalışması yasaklandı ve oldukça kısa bir geçiş süresi sonunda sağlık alanında çalışan “tüm elemanlara” belli bir tazminat ödenerek, kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği artırılmaya çalışıldı. Sağlık personelinin, sosyalleştirilmiş bölgede veya birinci basamakta çalışıp çalışmadığına bakılmadan tüm ülkede uygulanması; sosyalleştirilmiş bölgelerde personel açığını bir ölçüde azalttıysa da, asıl etkisi hastanelerde çalışan personelde görüldü.

Bir yandan tam donanımlı hastanelerde yeterince hekim bulunamaması, bir yandan da muayenehanesi olan hekimlerin, hastaları yatırma önceliğini muayenehanelerinde yaptıkları viziteye göre verme olasılığı (ya da hastaların buna inanmaları), öteden beri, hastane hekimlerinin tamgün hastanelerde çalışarak, muayenehanelerini kapatmaları gerektiği düşüncesinin gerekçesi olmuştur. Buna uygun olarak, Türkiye’de 1978 yılında başlatılan “tamgün uygulaması”, hastanelerin hekim açığını, bir yandan hekimlerin ücretlerini artırırken bir yandan da muayenehanelerini kapatma zorunluluğu koyarak gidermeyi amaçlıyordu. Ancak, eksikliği olanlar yerine, tüm sağlık personelinin ödüllendirilmesi, bir yandan hekimlerin ücretlerinin yeterli miktarda yükseltilememesine ve hastaneyi bırakıp muayenehaneyi tercih etmelerine sebep oldu; bir yandan da açığı olmayan sağlık personelinin (eczacı, dişçi, hastabakıcı) ve idari personelin maaşlarının aşırı artırılması, bunların hastanelerde aşırı istihdamına sebep oldu²³⁹.

Tamgün Yasası, ilkedeki doğruluğuna karşın, kamuoyu hazırlanışında, kapsamında, ödeneklerin düzenlenmesinde ve nihayet zamanlamasındaki bir dizi yanlış

²³⁹ BULUTOĞLU, Kenan; Kamu Ekonomisine Giriş, age., s. 291.

yüzünden daha başında, geniş tepkilere neden oldu. Hekimlerin büyük çoğunluğunu tatmin etmeyen tazminatlar, diğer kamu görevlileri arasında türlü huzursuzluklara yol açtı. Kamu görevlilerine uygulanan ücret politikasına karşı duyulan öfke, zaman zaman hedefini aşarak, sağlık personeline ödenen tazminatlara yöneliyordu. Bu nedenlerle “Tamgün Yasası”, belli kesimlerde yalnızca bir tazminat yasası olarak değerlendirildi²⁴⁰. Konunun yalnızca sağlık personeline ödenecek tazminatlara indirgenmiş olması, yasanın özündeki “hekimlerin ve diğer sağlık personelinin çalışma şeklinin değiştirilmesi” amacının dikkate alınmaması önemli bir eksikliklerdir.

Uygulamaya geçildiğinde, Anadolu’da, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan ve “Devletin verdiği ekonomik güvenceye fazla güvenmemek gerektiğini düşünen”, uzman hekimler arasında yoğun istifalar oldu. Buna karşılık, kamu kesiminde çalışan pratisyen hekim sayısında belirgin bir artma oldu. Uzman hekim istifaları, ciddi hizmet sıkıntılarına yol açtı. 1979 Kasım ayında gerçekleşen hükümet değişikliği sonrasında, Sağlık Bakanlığı, “Tamgün Yasası”nın karşısında yer aldı ve 1980-1981 döneminde, önce tazminatlar dondurularak enflasyon karşısında tümüyle etkisiz hale getirildi; sonra sağlık personeli, diğer kamu görevlileriyle ücret eşitliği sağlanıncaya kadar, kamu kesimi ücret artışlarının dışında bırakılarak, yasanın uygulanmasından tümüyle vazgeçildi²⁴¹. Böylece, Türkiye’nin sağlık sorunlarının, en azından bir kısmını çözebilecek olan ve iyi niyetle hazırlanmış bir deneme daha tarihe mal oldu.

1960-1980 döneminin sağlık politikalarını ve sağlık örgütlenmesini genel olarak değerlendirdiğimizde görmekteyiz ki, bu döneme damgasını vuran gelişme, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve bu uygulamayla, ülkenin daha önce hiç hekim görmemiş yerlerine bile sağlık evi veya sağlık ocağı yapılıp hizmet götürülmesidir. Bu uygulamaya temel oluşturan 224 sayılı yasanın koyduğu hedeflerle değerlendirildiğinde, bu uygulamanın başarısı sınırlı kalmıştır. Ancak 224 öncesi durumla karşılaştırıldığında, bu dönemde gerçekleştirilenler hiçte küçümsenecek boyutta değildir.

²⁴⁰ GÜR SOY, Gencay; “Sağlık”, age., s. 1727.

²⁴¹ GÜR SOY, Gencay; “Sağlık”, age., s. 1727.

Örneğin, 1979 yıl sonu itibariyle, sosyalleştirme kapsamına alınan il sayısı 44'e hizmet götürülen nüfus 22 milyon kişiye yükselmiş; bu dönemde 1764 sağlık ocağı ve 6443 sağlık evi faal duruma getirilmiştir²⁴². 1980 yılında Türkiye'nin nüfusunun 44 milyon 737 bin olduğu dikkate alınırca, nüfusun yaklaşık yarısına, sosyalleştirme modeli çerçevesinde, sağlık hizmeti götürüldüğü ortaya çıkmaktadır.

1979 yılı sonu itibariyle ulaşılan bu nokta, önemli bir gelişme sağlandığını ifade etmektedir. Buna karşılık sosyalleştirmenin bütün ülkeye yayılması için, 224 sayılı yasayla konulan sürenin 15 yıl (yani 1978 yılı sonu) olduğu dikkate alındığında, ulaşılan noktanın, hedefin çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Bunun birçok nedeni bulunmaktadır. Ancak, bizzat sosyalleştirmeyi yürütmekle görevli Sağlık Bakanlığı'nın bile, zaman zaman yasanın karşısında yer aldığı düşünülmesi, hedefin gerisinde kalınmasını açıklar niteliktedir.

Ne var ki, kırsal alana sağlık hizmeti götürülmesinde başka seçeneğin olmaması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin sürmesini sağlamıştır²⁴³. Dolayısıyla "sosyalleştirme"nin, Ülkemizin daha uzun yıllar vazgeçemeyeceği ve yararlanacağı bir model niteliğinde olduğu ve geliştirilerek, yeniden yapılandırılması gerektiği ifade edilmektedir²⁴⁴.

Nitekim, Sağlık Reformu çabalarının yoğunlaştığı günümüzde de, bu modelle oluşturulan sağlık evi ve sağlık ocağı uygulamasının kırsal kesim için devamı benimsenmekte²⁴⁵, ancak kentlerde farklı bir örgütlenmenin oluşturulması hedefi kabul görmektedir.

²⁴² DPT; Atatürk'ün Doğumunun 100. Yıldönümünde Rakamlarla ve Fotoğraflarla Kalkınan Türkiye, TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No: 1788, Ankara, Ekim 1981, s. 209-212 arasındaki tablolardan.

²⁴³ AKSAKOĞLU, Gazanfer; "Denemeyen Model: Sosyalleştirme", age., s. 54.

²⁴⁴ AKSAKOĞLU, Gazanfer; "Denemeyen Model: Sosyalleştirme", age., s. 55.

²⁴⁵ RESMİ; Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-200), Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Ankara, 1995, s. 45.

2.4. 1980 SONRASI DÖNEMDE SAĞLIK POLİTİKALARI VE HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ

1980 yılından günümüze kadar olan dönemde sağlık politikalarının ve hizmet örgütlenmesinin değerlendirilebilmesi için, Türkiye'nin 1980'li yılların başında geçirdiği dönüşümü dikkate almak gerekmektedir. Zira, bu dönüşüm, Dünyada da, yeni bir yapılanmaya gidildiği bir döneme denk düşmektedir ve bu yeniden yapılanma süreci, ekonomiden sosyal ve siyasal alana kadar, bütün toplumsal alanları derinden etkilemiştir. Dünyada da yeni bir yapılanmaya gidilmesi, Türkiye'deki dönüşümün yalnız iç dinamiklerle açıklanmasının yetersiz kalacağını göstermektedir.

1970'lerin ikinci yarısında, Dünya ekonomisinde ortaya çıkan gelişmeler, o güne kadar olduğu gibi, Keynesyen İktisat Yaklaşımı içinde açıklanamamış ve gelişmiş ülke ekonomileri, bir bocalama dönemine girmiştir. Bu bocalama dönemini ABD ve İngiltere'de liberal/muhafazakar yönetimlerin işbaşına gelmesi izlemiştir. Gelişmiş ülkelerin önemli bir kısmı, artan işsizlik ve enflasyon sorunlarıyla mücadelede başarısız kalmış; talep yönlü Keynesyen yaklaşımın önerdiği politikalar bu sorunları çözmeye yetmemiş; ideolojik ve felsefi yaklaşım anlamında "sosyal devlet" görüşü önemini yitirmeye başlamıştır.

Bu koşullarda, arz yönlü yaklaşımlar devreye girmiş ve özel sektörün güçlendirilmesi gerektiği, savunulmaya başlanmıştır. Özel kesimin güçlendirilmesi için, kamu kesiminin ekonomideki payının sınırlandırılması, vergi yükünün azaltılması, sosyal harcamaların kısılması gerektiği öne çıkarılmış; İngiltere'de başlayan özelleştirme hareketi zamanla bütün Dünyaya yayılmıştır.

Türkiye'de de, 1980 yılının başında, ekonomideki sıkıntılara çözüm bulmak amacıyla "24 Ocak İstikrar Tedbirleri" alınıyor; ekonomide ve giderek sosyal alanda köklü dönüşümleri başlatacak olan liberalleşme, Devletçi politikaların alternatifi olarak öne çıkıyordu. Liberalleşmenin gereği olarak; Devletin sosyal amaçlarla uyguladığı politikalarından vazgeçmesi veya kapsamını daraltması, ekonomideki kamu payının küçültülmesi, özel kesimin teşvik edilerek geliştirilmesi, o güne kadar kamu işletmeciliğinin egemen olduğu alanların özel sektöre açılması ve giderek KİT'lerin özelleştirilmesi öngörülmüştü.

Öte yandan, 1970'lerin sonlarına doğru iyice artan, toplumsal huzursuzluğun giderilmesi ve anarşi ortamının düzeltilmesi amacıyla, 12 Eylül 1980 Askeri Harekatı gerçekleştirilmiştir. 27 Mayıs Harekatının, 1960-1980 dönemi politikalarının çerçevesini belirlemesi gibi, bir anlamda, 1980 sonrası dönemde de, 12 Eylül Harekatının izleri görülmektedir. Bu özellik sağlık alanında da geçerli olup, 12 Eylül Yönetimi'nin gözetiminde hazırlanan 1982 Anayasası ile çizilen çerçeve, izleyen yıllardaki sağlık politikalarının belirleyicisi olmuştur.

Bu çerçevede, giderek "Devletin sağlık alanında üstlendiği yükümlülüklerin azaltılması" ilkesine uygun politikalara yönelmek istenmiştir. Bu yönelimin temel hareket noktalarını ise, Dünyadaki yapısal değişimde olduğu gibi; Devletin vergi toplamadaki başarısızlığına bağlı olarak, kamu kaynaklarının yetersiz kalması ve kamu işletmeciliğindeki sorunlar nedeniyle, özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri yani, hastane işletmeciliği alanında, özel kesim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması amacı oluşturmaktadır.

Öte yandan, hastane işletmeciliğinde özel kesimin teşvik edilmesi 1980 sonrasında birden ortaya çıkan bir amaç değildir. Örneğin 20 Kasım 1961 tarihinde kurulan Sekizinci İnönü Hükümeti'nin programında "Hükümet, yerli ilaç sanayiinin ve **özel hastanelerin kuruluşlarını teşvik edici tedbirler** almayı vazife bilecektir"²⁴⁶ ifadesiyle, ilk kez bir Hükümet Programında, tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel kesimden daha yoğun bir şekilde yararlanılması gereği dile getirilmektedir.

Bununla birlikte, Devletçi geleneğin uzantısı olarak, sağlık alanına kayıtsız kalınması söz konusu olamayacağı gibi; sağlık alanında özel işletmecilik anlayışının yaygın olmaması ve en azından başlangıçta, ülkenin sağlık hizmetlerini özel kesim aracılığıyla gördürmenin olanaksızlığı gibi nedenlerle, kamu sağlık kurumlarının devamı kaçınılmazdı. Nitekim, sağlık hizmetlerinde özel kesimin etkinliğinin giderek arttığı, 1980 sonrası dönemde, sağlık sektörünün her alanında kamu kesiminin egemenliği sürmüştür.

Bu döneme ilişkin olarak, sağlık politikalarının çerçevesini belirleyen temel hukuksal metin, 1982 Anayasası'dır. 1982 Anayasası'nda sağlık hakkı kabul edilmiş,

²⁴⁶ ERDİLEK, Neşe; "Hükümetler ve Programları". Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 4. s. 1001

ancak, 1961 Anayasası'nda yer alan, "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görebilmesini sağlamakla ödevlidir." ifadesi yerine; "Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak (...) amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" ifadesine yer verilerek, devletin bu alandaki görevi sağlık kuruluşlarını planlayıp, düzenlemeye indirgenmiştir.

Ayrıca, özel kesimdeki sağlık kuruluşlarından bu amaçla yararlanılması ve genel sağlık sigortası kurulmasına zemin hazırlaması, 1982 Anayasası'nın sağlık alanına bakışını, farklı kılan yönlerdir. Nitekim, 56. Maddenin metni şöyledir:

"Madde 56 - Herkes, sağlık ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşın ödevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir²⁴⁷."

Anayasadaki bu ifadeler, 1980'li yıllarda sağlık alanında izlenecek politikaların 1960'lı yıllardan farklı olacağını işaretlerini vermektedir. Bununla birlikte, daha önce belirtildiği gibi, özellikle kırsal alana yönelik sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, alternatif bir modelin geliştirilememesi, "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" uygulamasına devam edilmesini gerektirmiştir. Bunun için, sosyalizasyonun tüm ülkeye yaygınlaştırılması programı yeniden ele alınmış ve sağlık alanında sorunlu olduğu düşünölen konularda, dönemin otoriter yaklaşımına uygun çözümler üretilmiştir.

12 Eylül Harekatı sonrasında yönetimi üstlenen MGK'nun, sağlık alanında gerçekleştirdiği ilk uygulamalardan biri, sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşullarını oldukça iyileştirmiş olan 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına

²⁴⁷ 1982 Anayasası'nın tasarılarında "genel sağlık sigortası kuruluğu" şeklinde yer alan ifade, Danışma Meclisi'nde "genel sağlık sigortası kurulabilir" şeklinde değiştirilmiştir. SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi. Sağlık-İş Yayınları. Ankara, Eylül 1993, s.6.

Dair Kanun”un, “hizmet ihtiyaçlarını karşılamaması ve devleti gereksiz mali külfete sokması” gerekçesiyle 31.12.1980 tarihli ve 2368 sayılı yasa ile kaldırılmasıdır²⁴⁸.

MGK döneminin sağlık alanındaki ikinci önemli uygulaması, hekimlere “mecburi hizmet” yükümlülüğü getirilmesidir. Daha önce belirtildiği gibi, 1963 yılında Muş’taki pilot uygulama ile başlatılan sosyalizasyonun kademeli olarak bütün ülkeyi kapsamı temel hedeflerden biriydi. Ancak, özellikle hekim istihdamında ortaya çıkan sorunlar, programın yavaşlatılmasına neden olmuştu. Nitekim, uygulamanın ilk 5 yılında 25 il sosyalizasyon kapsamına alınmışken, 1980 yılına gelindiğinde bu sayı ancak 45’e yükseltilebilmişti. Öte yandan, 1980 yılında sosyalizasyon bölgesinde hekim kadrolarının ancak yüzde 53’ü doldurulabilmişti.

Söz konusu hekim açığının, hekimlere “mecburi hizmet” yükümlülüğü konulması yoluyla kapatılabileceği düşünülerek; 21.8.1981 tarih ve 2514 sayılı “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” ile; Silahlı Kuvvetlerde, Adli Tıp kurumlarında çalışanlar ve temel tıp bilimlerinde ihtisas yapanlar hariç, 2 yılı pratisyenlikte, 2 yılı uzmanlıkta olmak üzere toplam 4 yıl sürecek olan “mecburi hizmet” yükümlülüğü getirilmiştir²⁴⁹. Böylece, sosyalizasyon bölgelerinde “özendirici ve gönüllü görev alınması” ilkesinden geri dönmüştür²⁵⁰.

Ayrıca, sağlık alanında özel sektörün desteklenmesi konusunda bazı kısmi düzenlemeler yapıldı. 1981 sonunda yayınlanan bir Bakanlar Kurulu Kararı ile, sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır. Bu durum 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yinelenmiştir²⁵¹.

²⁴⁸ SOYER, Ata; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995”, Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 14, s. 1114.

²⁴⁹ RESMÎ; “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” Tarih: 21.8.1981, Sayı: 2514 (RG. T/S: 25.8.1981/17451). Sosyalleştirme bölgesinde varolan hekim açığının belli ölçülerde kapatılmasının da etkisiyle, daha sonra iki kez beşer yıllık süreler için, mecburi Devlet hizmeti yükümlülüğü süreleri yarıya indirilmiştir. Bu düzenlemelerden ilki 15.6.1989 tarih ve 3579 sayılı Kanun ile gerçekleştirilmiş; ikincisi ise, 13.12.1995 tarih ve 548 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, ikinci düzenleme ile pratisyen hekimler 2514 sayılı Kanun kapsamından çıkarılmış, bir başka ifadeyle, pratisyen hekimlerin mecburi hizmet yükümlülüğü 5 yıl için kaldırılmıştır.

²⁵⁰ GÜR SOY, Gencay; “Sağlık”, age., s. 1726.

²⁵¹ SOYER, Ata; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995”, age., s. 1114.

Bunların dışında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmışsa da, “sigorta ile halkın sağlık tesislerine özellikle ayaktan tedavi için müracaatları artacaktır. Bugünkü hekim sıkıntısı ve sağlık ocaklarının tam çalıştırılmaması karşısında bu müracaatların karşılanamayacağı tereddüdü vardır. Varlıklı kişilerden toplanacak prime esas veriler yeterli olmadığından sigorta gelirlerinin istenen düzeyde olmadığı takdirde, gider fazlalığının Devlete yeni bir yük getireceği endişesi mevcuttur” denilerek çalışmalara devam edilmemiştir²⁵².

1983 yılında işbaşına gelen ANAP Hükümeti, 24 Ocak İstikrar Tedbirlerinin alınışında Başbakanlık Müsteşarı olan, Turgut Özal’ın Başkanlığı’nda kurulmuştu ve bu kararlardaki liberalleşme ekseninin belirleyicisi olan kadrolara sahipti. Bu nedenle, ANAP Hükümetleri’nin izlediği politikalar da, giderek her alanda liberalleşme yönünde olmuştur.

Birinci ANAP Hükümeti’nin programında, 1980’li yıllarda izlenecek sağlık politikalarının temel noktaları belirtiliyordu. Bu temel noktalar şöyle özetlenebilir²⁵³:

- Sağlık hizmetlerinin vasıflı, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak ve ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması,
- Hekim ve diğer sağlık personelinin yurdun her köşesinde bulunabilmesinde, daha yararlı olacak olan teşvik edici politikaların kullanılması,
- Bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması,
- Herkesin istediği hastaneden faydalanması,
- Devlet ve SSK Hastanelerinin yükünü hafifletmek için, bu kuruluşlar dışında çalışan hekim ve sağlık personelinin faydalanılması,
- İlaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması,
- Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna dahil olmayanların sağlık hizmetleri ile ilgili ödemeleri için bir fon kurulması, bu fondan ödeme yapılacak kişilerin mahalli idareler tarafından tesbit edilmesi,
- Hastane hekimliğinin teşvik edilmesi,
- Sağlık hizmetlerindeki açığın sözleşmeli personel istihdamı ile giderilmesi.

II. ve III. ANAP Hükümeti dönemlerinde de, Hükümet Programlarında yer alan, “Bütün vatandaşlarımızın sağlık sigortasına kavuşturulması”, “Herkesin istediği

²⁵² SOYER, Ata; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995”, age., s. 1115.

²⁵³ ERDİLEK, Neşe; “Hükümetler ve Programları”, age., s. 1046 ve SOYER, Ata; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995”, age., s. 1115’den özetlenerek alınmıştır.

hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin kurulması” gibi ifadelerden anlaşılacağı gibi, I. ANAP Hükümeti Programında yer alan, sağlık sektöründe özel kesimin faaliyetlerinin yaygınlaştırılması yolundaki genel anlayışın devam ettiğini görmekteyiz.

ANAP Hükümetleri döneminde, sağlık alanında gerçekleştirilen uygulamaları değerlendirdiğimizde; ilk olarak, 1.1.1984 tarihi itibarıyla, bütün ülkenin “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” kapsamına alındığını görmekteyiz. Daha önceki Hükümetler döneminde başlatılan bu program uyarınca, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde ülkenin her yerine sağlık hizmeti götürülmesi amacıyla başlatılan ve Cumhuriyet Döneminde de korunan Hükümet Tabiplikleri tümüyle kaldırılmış oldu.

1983 yılında, 295 olan Hükümet Tabiplikleri, sağlık ocakları haline getirilirken; bu yaygınlaştırma kararı, birçok yörede kiralanan binalara sağlık ocağı taşınması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Daha önceki dönemlerden sarkan sorunların da etkisiyle, yeterli altyapı yatırımı olmaksızın gerçekleştirilen bu yaygınlaşma, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının geçici binalarda verilmesine neden olmuş, geçici binaların sağlık hizmeti sunulması amacıyla yapılmamış olması, hizmet kalitesini olumsuz etkilemiştir. Kendi binasında faaliyet gösteren sağlık ocakları oranının 1984 yılında yüzde 81 iken, 1995 yılında yüzde 64’e gerilemesi bu sürecin sonucudur²⁵⁴.

1984 yılında bütün illerin sosyalleştirme kapsamına dahil edilmesiyle, Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinde öne çıkan hedef, sosyalleştirme kapsamındaki hizmetlerin verimliliğinin yükseltilmesi olarak belirlenmiştir²⁵⁵.

ANAP Hükümetleri döneminde sağlık alanına damgasını vuran olgu, sağlık hizmetlerinin, giderek daha fazla, “piyasa ekonomisi kural ve işleyişine” uygun olarak yürütülmesi istek ve çabalarıdır. Bu çerçevede, SSK’nın hizmet üreten değil, hizmet satın alan bir kurum haline getirilmesi hedeflenmiş, SSK Hastanelerinin özel hastane

²⁵⁴ 1984 yılına ilişkin oran RESMÎ, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: 1974, Ankara, 1985, s. 150’den hesaplanmış; 1995 yılına ilişkin oran ise SOYER, Ata; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995”. age., s. 1124’den alınmıştır.

²⁵⁵ DPT; 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Sektörel Gelişmeler:1985-1989, TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No: 1975, Ankara, Ocak 1985, s. 240.

statüsünde çalıştırılacağı, dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından açıklanmıştır²⁵⁶.

Yine bu kapsamda değerlendirilebilecek bir uygulama, 1980'lerin ikinci yarısında giderek yaygınlaşan "hizmet ihaleleri"dir. Hastaneler tarafından yapılan hizmet ihalelerini, diğer satınalma yöntemlerinden ayıran temel unsur, hizmeti satın alan kurumun aynı zamanda ürünün üretilmesi için gerekli kaynaklara da sahip olmasıdır²⁵⁷.

Döner sermayeye sahip hastane işletmelerinin gerçekleştirdiği hizmet ihaleleri, geleneksel olarak hastanelerin kendi kaynaklarıyla yerine getirdiği; genel temizlik, yemekhane, çamaşırhane gibi bazı "otelcilik hizmetlerini" özel kesime ihale yöntemiyle yaptırmasıdır. Kamuoyunda "Taşeronlaşma" olarak ifade edilen bu uygulama, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmakta olup, esas olarak geniş kapsamlı özelleştirme tanımına dahil olan yöntemlerden biridir²⁵⁸.

ANAP döneminin sağlık alanındaki görüşlerini en iyi yansıtan resmi bir belge de, 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur. "Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları belirlemek" amacıyla olan bu yasa, Milli Savunma Bakanlığı hariç, ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesine olanak sağlamaktadır²⁵⁹.

3359 sayılı yasanın getirdiği en temel değişiklik ise, hastanelerin giderlerini, sundukları hizmetler karşılığında, vatandaşlardan veya bunların bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşundan alacakları gelire karşılaması ve böylece genel bütçeye yük olmamalarını sağlamak üzere, "sağlık işletmesi" haline dönüştürülmesidir.

Yasanın sağlık personelinin hizmetimi eğitimi; genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla, sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık sigortası bölümlerinin tek bir kurum çatısında toplanması; sağlık işletmesine dönüştürülen kurumlarda, sözleşmeli personel

²⁵⁶ SOYER, Ata; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995", age., s. 1115.

²⁵⁷ TATAR, Fahrettin, TATAR, Mehtap ve ŞAHİN, İsmail; "Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye'deki Uygulamaları", Amme İdaresi Dergisi, Cilt:30, Sayı:3, Eylül 1997, s. 79.

²⁵⁸ TATAR, Fahrettin, TATAR, Mehtap ve ŞAHİN, İsmail; "Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye'deki Uygulamaları", age., s. 78.

²⁵⁹ RESMÎ; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Tarih: 7.5.1987, Sayı: 3359, (RG. T/S: 15.5.1987/19461), Madde 3.

çalıştırılması ve bu personelin ücretleri hakkındaki hükümlerin Anayasa Mahkemesi tarafından iptali nedeniyle, yasa uygulamaya aktarılamamış; hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesine, yasanın çıkarılmasından çok sonra pilot uygulamayla başlanılabilmektedir. Günümüzde, Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi'nde, bu yasaya göre başlatılan pilot uygulama sürmektedir.

Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak amacıyla, 3359 sayılı yasa ile getirilen diğer iki uygulama da; "sağlık kütüğü"nin oluşturulması ve "Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu"nun kurulmasıdır²⁶⁰. Sağlık kütüğünün oluşturulması, esas olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nda da yer almış, ancak yeterince uygulamaya aktarılamamıştır.

Yardımcı sağlık personeli açığını kapatmak amacıyla, ANAP hükümetleri döneminde yapılan uygulamalar ise iki başlıkta özetlenebilir: yeni Sağlık Meslek Liseleri açmak ve tamamlama programıyla yardımcı sağlık personeli yetiştirmek. "Tamamlama programı" adıyla anılan program, 1986-1990 yıllarında uygulanmış ve bu çerçevede, lise mezunlarına 18 aylık bir eğitimle Sağlık Meslek Lisesi diploması verilmiştir. Bu programla ebelik, hemşirelik ve teknisyenlik bölümlerinden toplam 20752 kişi mezun olmuştur²⁶¹. Ancak, gerek altyapı yetersizlikleri nedeniyle yeni Sağlık Meslek Liselerinin açılması, gerekse eğitim ve atamalarda sorunlar nedeniyle tamamlama programları, yardımcı sağlık personeli açığının kapatılmasını sağlayamamıştır.

Ayrıca, ANAP Hükümetleri döneminde sağlık alanında gerçekleştirilen faaliyetler arasında; "Hızlandırılmış ve Genişletilmiş Aşı Kampanyası" ile 5 milyon dolayında çocuğun aşılması, ana ve çocuk sağlığı programlarının başlatılması, Nüfus Planlaması Kliniklerinin kurulması, kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunulması amacıyla Kamu Sağlığı Merkezlerinin kurulması, ilçe hastanelerinin desteklenmesi, Hızır Acil Merkezi Hizmetlerinin başlatılması sayılabilir²⁶². Kamu Sağlığı Merkezlerinin kurulması, kentlerde, birinci basamak sağlık hizmeti sunulmasında sağlık ocaklarının yeterli olmamasından kaynaklanmıştır. Daha sonra, Semt Polikliniği adıyla sürdürülen bu

²⁶⁰ RESMÎ; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, agm., Geçici Madde 3 ve Geçici Madde 4.

²⁶¹ TÜRKAY, Figen ve arkadaşları; Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, age., s. 24.

²⁶² SOYER, Ata; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995", age., s. 1115.

örgütlenmede, hastanelerin poliklinik yükünün hafifletilmesi amaçlanmıştır. Ancak, gerek hasta sevk zincirinin işletilememesi, gerekse halkın doğrudan hastaneye başvurma alışkanlığı bu örgütlenmeden de istenilen düzeyde sonuç alınmasını engellemiştir.

Uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenen aşı kampanyasında elde edilen başarı üzerine, kampanyalarla sağlık sorunlarının çözülebileceği düşüncesi geliştirilmiş ve bu kapsamda; I. Sağlık Taraması, sünnet kampanyası, ana ve okul öncesi çocuk tarama ve izleme programı gibi kampanyalar başlatılmıştır²⁶³.

Bu arada, Dünya Bankası ile 16.8.1990 tarihinde, 8 ili kapsayacak ve Dünya Bankası tarafından finanse edilecek bir "Sağlık Projesi" anlaşması imzalanmıştır. Projenin amaçları; Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemleri almak, Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetsel kapasitesini artırmak olarak belirlenmiştir²⁶⁴. 1991 yılında başlatılan bu Proje, daha sonra "Birinci Sağlık Projesi" olarak adlandırılmıştır ve 1995 yılında da benzer nitelikte "İkinci Sağlık Projesi" başlatılmıştır.

1991 Ekim ayında gerçekleştirilen seçimlerle ANAP hükümetleri dönemi sona ermiş ve DYP-SHP Koalisyon Hükümeti kurulmuştur. Bu Hükümetin Programı'nda da sağlıkla ilgili olarak şu görüşler yer almıştır²⁶⁵:

- Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde yaygınlaştırılması ve etkinliğinin artırılması yoluyla tedavi edici hizmetlere olan aşırı talep azaltılacaktır.
- Birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi bağlamında aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılacaktır.
- Sağlık hizmeti sevk zinciri içinde sunulacaktır.
- Sağlık kuruluşlarında performansa göre ücret belirlenecek, sözleşmeli personel istihdamına gidilecektir.

²⁶³ SOYER, Ata; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995", age., s. 1117. Bu kampanyalarla aşılama oranlarının istenilen düzeylere yükseltilebilmesi, kampanyaların başarısı olarak yorumlanmıştır. Ancak izleyen dönemlerde, bu oranların korunamaması bağışıklama sorununun kampanyalarla çözümlenemeyeceği şeklinde kaygılara ve eleştirilere neden olmuştur.

²⁶⁴ SARGUTAN, Erdal; Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi. age., s. 30.

²⁶⁵ SOYER, Ata; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995", age., s. 1117.

- GSS aşamalı olarak yaygınlaştırılacak, ödeme imkanı olmayan vatandaşın sigorta primleri devlet tarafından karşılanacak, bu çerçevede aşamalı olarak herkese tedavi imkanı sağlayan “yeşil kart” verilecektir.

1992 Ocak ayında açıklanan “Ekonomik Paket”te, “yeşil kart uygulamasının başlatılarak sosyal sigorta sisteminin yaygınlaştırılması, belirlenecek bölgelerde özel sağlık kuruluşlarına arazi tahsisi, 10 yıllık Kurumlar Vergisi muafiyeti, yatırım malı ithalinde alınan fonlardan muafiyet, fiyatlandırmada esneklik, sağlık sektörünün yabancı sermayeye açılması” sağlık alanında alınacak önlemler olarak sıralanmıştır.

Bu Hükümet döneminde Sağlık Bakanı olan Yıldırım Aktuna, 1980’den sonra belirlenen genel eğilimlere uygun olarak, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla “Sağlık Reformu” hazırlanmasını sağlamıştır. Bu reform tasarısının tartışılması amacıyla, 23-27 Mart 1992’de I. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve reform çalışmalarının genel ilkeleri tartışmaya açılmıştır. Ancak, oluşturulması düşünülen sistemde “taviz verilmeden uygulanacak iki ana özellik” bulunduğu açıklanması ve bu açıklamanın ardından ortaya çıkan gelişmeler, kongre çalışmalarının “sağlıklar diyalogu”na dönüşmesine neden olmuştur. Reform çalışmalarında “taviz verilmeden uygulanacak” bu iki ana özellik; “birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması” ve “kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi ve zaman içinde özelleştirilmesi” şeklinde belirlenmiştir. Bu iki özellik, reform çalışmalarının ana ekseninin, 1980 sonrasında gelişen “liberalleşme” doğrultusunda olduğunu göstermektedir.

Hükümet programında yer alan “yeşil kart” verilmesi uygulaması, 18.6.1992 tarih ve 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun” ile başlatılmıştır. Bu yasanın amacı, “hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayanların bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçinceye kadar Devlet tarafından karşılanması”dır²⁶⁶. Buna göre, ödeme gücü olmayan vatandaşların, yataklı tedavileri ile ilgili masraflarını karşılayan bu uygulama²⁶⁷, GSS kuruluncaya kadar sürdürülecek geçici bir uygulama olarak

²⁶⁶ RESMİ; “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun”, Tarih: 18.6.1992, Sayı: 3816, Madde-1.

²⁶⁷ RESMİ; “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların ...”, agm., Madde-2/a.

düşünülmüştür. Ancak, daha önce birçok kez gündeme gelmesine rağmen kurulamayan GSS'nın uzun bir geçiş dönemini gerektirdiğinden, "Yeşil Kart" uygulamasının uzunca bir süre devam edeceğini söyleyebiliriz. Hali hazırda Yeşil Kart uygulaması çerçevesinde, 5,4 milyon kişi yataklı tedavi hizmetleri açısından güvenceye kavuşturulmuştur²⁶⁸.

Yine "Sağlık Reformu" çalışmalarının tartışıldığı, II. Ulusal Sağlık Kongresi, 12 ve 16 Nisan 1993 tarihleri arasında yapılmış, ancak Kongrede üzerinde uzlaşılan bir program elde edilememiştir. Sağlık reformu çalışmaları, bu Kongreden sonra Bakanlık düzeyinde ve daha dar bir çerçevede sürdürülmüştür.

1994 yılı başında ortaya çıkan ekonomik kriz sonrasında, 5 Nisan Kararları çerçevesinde yapılan kısıtlamalar, sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. Söz konusu kısıtlamalar nedeniyle, hastaneler ve sağlık ocaklarında ilaç ve en basit araç-gerecin sağlanması konusunda sorunlar artmış, sarf malzemeleri bile hastalara aldırılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerine desteğini önemli ölçüde kesmiştir²⁶⁹.

Esas olarak bu uygulama, ekonomik kriz gerekçesiyle başlatılmış olmakla birlikte, Devletin yataklı tedavi kurumlarını "sağlık işletmesi" şekline dönüştürme politikasına uygun bir gelişme olmuştur. Nitekim, 11 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe giren "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik" 1990'ların genel politika ilkelerini yürürlüğe koymuştur.

Söz konusu yönetmeliğin amacı, 3359 sayılı yasa çerçevesinde sağlık işletmesine dönüştürülecek yataklı tedavi kurumlarının yönetimi ve çalışma esaslarını düzenlemektir. Sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevleri sırasında göz önünde bulundurulacak ilkeler ise şöyle sıralanmıştır²⁷⁰:

- a) Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare,
- b) Desantralizasyon ve oto-kontrol,

²⁶⁸ DPT; Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) - 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler. Ankara, 1997, s. 155.

²⁶⁹ SOYER, Ata; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995", age., s. 1121.

²⁷⁰ RESMÎ; Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, Bakanlar Kurulu Kararı Tarihi: 29.11.1994, No: 94/6407, RG. T/S: 11.1.1995/22168, Madde 8.

c) Hizmette rekabet,

d) Modern tıbbi bilgi, metot ve teknolojinin takibi,

e) İşletme gelirleri ile giderlerin karşılanması,

f) Rutin hizmet üretimi yanında, modern eğitim ve faaliyet alanıyla ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma.

Yukarıda sıralanan temel ilkelerden görüleceği gibi, yataklı tedavi kurumlarının piyasa kurallarına göre işletilmesi ve Devletin bu alandaki yükünün hafifletilmesi, temel hareket noktasıdır.

Ayrıca, Üniversite ve SSK hastanelerinde bir süredir uygulanmakta olan ve hekimlerin mesai saatleri dışında özel hasta bakmasını ifade eden “sur-time” çalışma, 3359 sayılı Kanun ve buna dayalı olarak çıkarılan, yönetmelik hükümlerinde de korunmuştur²⁷¹. Bu çalışma şeklinin, daha önce sözü edilen “turnike” benzeri gelişmeleri ne ölçüde değiştireceği ise tartışmalıdır.

Sağlık ocaklarında, standart kadro sayısına göre, pratisyen hekim doluluk oranının yüzde 100'e çıkmış olması²⁷², pratisyen hekimlerin, 1981 yılında konulan mecburi hizmet kapsamından çıkarılmasına olanak sağlamış, 13.12.1995 tarih ve 548 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile pratisyen hekimlerin yükümlülükleri kaldırılmıştır.

Buna karşılık, uzman hekim açığının devam etmesi nedeniyle, uzman hekimlere yönelik mecburi hizmet uygulaması sürdürülmektedir. Nitekim, 1996 yılında, uzman hekim atanamayan yerlere birer aylık geçici görevlerle 400 uzman hekim gönderilmiş²⁷³ ve uzman hekim açığı bu şekilde giderilmeye çalışılmıştır.

²⁷¹ Sağlık işletmesinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen tabipler, Sağlık Bakanlığı'nın tesbit edeceği usul ve esaslar çerçevesinde ve yönetim kurulunun uygun görmesi halinde, mesai saatleri dışında, kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilirler. RESMÎ; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, agm., Madde 5 ve RESMÎ; Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, agm., Madde 29.

²⁷² DPT; Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) - 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, age., s. 153.

²⁷³ DPT; Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) - 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, age., s. 152.

Ayrıca, acil sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine devam edilmekte olup bu çerçevede, 1996 yılında 5 ilde, Sağlık Bakanlığı'na ait, "Acil Yardım ve Kurtarma Merkezi" kurulmuştur. Bu merkezlere bağlı, 58 acil sağlık hizmeti istasyonu görev yapmaktadır.

RP-DYP Koalisyon Hükümeti sırasında, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarısı", "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Kanun Tasarısı" ve "Sağlık Finansmanı Kurum Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı" hazırlanmıştır²⁷⁴. Bu üç tasarıdan meydana gelen paket, RP-DYP Koalisyon Hükümeti tarafından yasalaştırılmamış olmakla birlikte, bu Hükümetin sağlık alanına bakışının da, 1980 sonrasındaki Hükümetlerle benzerlik taşıdığını göstermektedir.

Buraya kadar yapılan açıklamalar çerçevesinde, 1980 sonrası uygulanan sağlık politikaları ve hizmet örgütlenmelerini değerlendirdiğimizde, bu döneme ilişkin olarak şu tesbitleri yapabiliriz.

1980 sonrasında Dünyada ortaya çıkan dönüşüm, Türkiye'yi de etkilemiştir. Bu çerçevede, 1980 sonrasında Türkiye sağlık sektöründe uygulanan politikalarda genel eğilim, sektörde piyasa koşulları ve kurallarının egemen kılınmasını sağlamaya yönelik olmuştur.

Sağlık hizmet arzı ile ilgili olarak, yukarıdaki genel eğilime karşın, özel kesimin sağlık sektörüne ilgisi yeterince yükseltilememiş; koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamına yakın kısmında kamu kesimi egemen konumda olmaya devam etmiştir. Nitekim, 1997 yılı itibariyle hasta yataklarının yüzde 95'i kamu kesimine aittir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çerçevesinde geliştirilen ve "Sağlık Evi" ile "Sağlık Ocağı"nın temel hizmet birimi olduğu birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesi, kırsal kesimde sürdürülmüş; kentlerde "Kamu Sağlığı Merkezi", "Semt Polikliniği" gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunmaya yönelik yeni örgütlenmelere gidilmiştir.

²⁷⁴ TÜRK-İŞ; TÜRK-İŞ '97 Yıllığı, Cilt:1 - 96'dan 97'ye Değişimin Dinamikleri-. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Türk-İş Araştırma Merkezi, Ankara, 1997, s. 286.

Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması ilkesi çerçevesinde, GSS kurulmasına ilişkin çalışmalar yapıldıysa da, bunlardan bir sonuç alınamamış ve GSS kuruluncaya kadar, hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için, çeşitli fonlardan desteklenmesi yöntemine gidilmiştir. Bu nedenle, Ülkemizde uygulanan sağlık finansman yöntemlerine yenileri eklenmiş ve böylece karmaşa sürdürülmüştür.

Sonuç olarak, sayısal büyüklüklerde kesinlikle küçümsenmemesi gereken düzeylere ulaşmasına rağmen, Türkiye sağlık sektörü; kaynakların etkin kullanıldığı, toplum sağlık düzeyinin gerektiği gibi yükseltilebildiği, halkın hizmete rahatça ulaşabildiği, hizmete ulaşmada bölgesel farklılıkların ortadan kaldırıldığı, etkin bir yapıya ulaştırılamamıştır. Bu nedenle de, Türkiye sağlık sektöründe ekonomik ve sosyal kalkınmaya destek verecek şekilde, yeniden yapılanmaya ihtiyaç vardır.

2.5. 1990'LARDA YENİ ARAYIŞLAR: SAĞLIK REFORMU

Yukarıda yapılan açıklamalardan görüldüğü gibi, 1960'lara kadar, gerekli görülen noktalarda kısmi düzenlemeler yapılarak, Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde oluşturulan sağlık örgütlenme modeli az çok korunmuştur. 1961 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" ile, sağlık hizmetlerinde yeni bir örgütlenme dönemi başlatılmıştır. Sağlık evleri ve sağlık ocakları eliyle, ülkenin en uç noktalarına kadar sağlık hizmeti götürmeyi amaçlayan bu model, bazı aksamalar olmasına karşılık, özellikle kırsal bölgelerde, günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Buna karşılık model, kanunda biçimlendirildiği şekliyle uygulanmamış; konu sağlık evi ve sağlık ocaklarının yapımıyla sınırlandırılmıştır.

1980'li yıllara kadar sağlık hizmetlerinde "sosyal devlet ilkesi"nin geçerli olduğunu ve sağlık ocakları eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin ücretsiz verildiğini ve tedavi hizmetlerinin de önemli ölçüde sübvansede edildiğini görmekteyiz. 1980'li yıllarda Dünyada ve Türkiye'de yaşanan değişim sağlık sektörüne de yansımış ve sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla piyasa koşullarında arz edilmesi yoluna gidilmiştir. Bu çerçevede, özel kesimin sağlık hizmetlerindeki etkinliği artarken, sağlık sektöründeki biriken sorunlar yeni arayışları hızlandırmıştır.

Kamu finansman açığının giderek artması, sağlık ve eğitim gibi hizmetlere ayrılan kaynakları giderek daha fazla sınırlandırmış; özellikle 1990'lara gelindiğinde içine düşülen borç ve faiz sarmalı, devlet bütçesinin yaklaşık yarısının iç borç faiz ödemelerine, kalan kısmın üçte ikisinin de personel giderlerine ayrılması sonucunda, yatırımlara ayrılan payın neredeyse sıfırlanmasına neden olmuştur. Bu koşullarda kamu sağlık yatırımlarının aynı düzeylerde sürdürülmesi bile olanaksız hale gelmiş ve sağlık hizmetlerinin de giderek daha fazla özel kesim eliyle sunulması sağlanmaya çalışılmıştır. Bir anlamda bu yönelim, bilinçli bir tercihin ürünü olmaktan çok, kamu finansman açığının uzantısı niteliğindedir.

Sağlık sektörünün yeniden yapılanması amacını taşıyan reform çabalarının, sağlık sektörünün geniş kapsamlı bir sektör olması nedeniyle çok yaygın bir düzenlemeler listesine sahip olması kaçınılmazdır. Örneğin, 1993 yılında hazırlanan "Sağlık Kanunu Tasarısı"nda, Sağlık Bakanlığı tarafından 32 ayrı konuda tüzük çıkarılması ve 14 ayrı kanunun yürürlükten kaldırılması öngörülmüştü²⁷⁵. Bu ayrıntılı düzenlemelere karşılık, sağlık reformu çalışmaları üç ana eksen üzerine oturtulduğu belirtilebilir. Bunlar:

- 1) Sağlık hizmetlerinin arzı ile finansmanının birbirinden ayrılması ve finansmanın Genel Sağlık Sigortası modeliyle sağlanması;
- 2) "Sevk zincirinin" etkin bir şekilde işletilebilmesini sağlayacak şekilde, birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesine aile hekimliği modelinin entegre edilmesi;
- 3) Tedavi edici sağlık hizmeti sunan hastane işletmeciliğinde, rekabetçi koşulların sağlanabilmesi ve böylece her hastanenin kaynak kullanımı ve kaynak üretimi açısından kendine yeterli hale gelmesi ve özel kesimin etkinliğinin artırılması olarak özetlenebilir.

Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" adı altında yeni bir birim oluşturulmuş ve bu birim aracılığıyla, sağlık reformuna ilişkin hazırlıklar yürütülmüştür.

Dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna tarafından "mevcut durumun belirlenmesi, ihtiyacın tartışılması ve planlanması, modelin kurulması ve yasal dayanağının

²⁷⁵ SAĞLIK BAKANLIĞI: Sağlık Reform İle İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri, Ankara, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1994, s. 36 vd.

oluşturulup, yasalaşması ile oluşan bir süreç” olarak tanımlanan Sağlık Reformu çalışmaları kapsamında yapılanlar aşağıdaki gibi özetlenebilir²⁷⁶:

- 1991 yılında DPT tarafından yaptırılan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile reform çalışmaları başlamış,
- Yine 1991 yılında başlayan Birinci Sağlık Projesi ile ilk araştırma ve ön tasarımları yapılmış ve bu çerçevede;
- 1992 yılında yapılan Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde ihtiyaç belirleme ve planlama çalışmaları gerçekleştirilmiş;
- 1993 yılında Sağlık Reformu’nun ilk yasa tasarımları hazırlanmış ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi’nde tartışılmış;
- 1994 yılında yasaların nihai tasarımı yapılarak, gelen görüşler doğrultusunda revizyonlar tamamlanmış ve hükümet onayı alınarak TBMM’ne sunulmuş;
- 1995 yılında TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu’nda görüşülmüş;
- Yine 1995 yılında Sağlık Reformu Paket’i 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Uygulama Takvimi’ne aynen alınmış;
- 1996 yılında ise Reform kapsamındaki Sağlık Finansman Kurumu Kanunu, Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Sistemleri Çalışması ile uyumlu hale getirilmiştir.

Bu çalışmalarla oluşturulan politika hedefleri, “Ulusal Sağlık Politikası” adı altında bir araya getirilmiş ve aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi bir piramit biçiminde ifade edilmiştir.

Bu piramitte yer alan konulara ilişkin olarak belirlenen 30 hedef, esas olarak Sağlık Reformunun içeriğini de belirlemektedir²⁷⁷. Bu hedefler genel olarak 2000 veya 2005 yılına kadar çözüme kavuşturulması düşünülen sorunları ve bu sorunların çözümü için uygulanacak stratejileri içermektedir.

²⁷⁶ AKTUNA, Yıldırım; “Sağlık Reformu Geldi... Gelecek”, Görüş, Haziran 1996, s. 34.

²⁷⁷ Sözü edilen bu hedefler, ilkeler ve stratejiler için bkz. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ; Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, Mart 1993, ss. 13-80.



ŞEKİL 7: ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI PİRAMİDİ

*KAYNAK: SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ;
Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, Mart 1993, s. 8.*

Dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna'nın, "Ulusal politikalar, toplumun mümkün olduğunca geniş kesimlerince tartışılarak ortaya konmuş, siyasi partilerin esasları itibari ile mutabık kaldıkları metinler olmalıdır ki, hükümetlerin, bakanların değişmesinden etkilenmeksizin uzun vadeli stratejiler olarak uygulanabilsinler... Çünkü sağlık alanındaki sorunlar kısa erimli, yüzeysel ve palyatif yaklaşımlarla ortadan kaldırılabilecek nitelikte değildir." şeklindeki ifadelerine karşılık²⁷⁸, sözü edilen hedeflerin büyük çoğunluğuna ulaşılamamış; Sağlık Reformu çalışmaları olması gereken düzeye getirilememiştir.

Bugün ulaşılan nokta ve Sağlık Reform çalışmaları kapsamında ulaşılmaması gereken hedefler şöyle belirtilmektedir²⁷⁹:

- Sağlık hizmetleri açısından sigorta kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 67,1 olmuştur. Yeşil kart uygulaması çerçevesinde 6.339.303 kişi yataklı tedavi hizmetleri açısından güvenceye kavuşturulmuştur. Ancak, söz konusu uygulamanın yeterli ve sağlam finansman kaynağına dayandırılmamış olması sebebiyle ortaya çıkan aksaklıklar devam etmektedir.

²⁷⁸ SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK PROJESİ GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ: Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, Mart 1993, s. 5.

²⁷⁹ Buradaki değerlendirmeler, resmi bir belge niteliğinde olan DPT: 1998 Yılı Programı, Ankara, 1998, ss. 38-42'den özetlenerek alınmıştır.

- Sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması sağlanacak, sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun güvence altına alınabilmesi amacıyla öngörülen düzenlemeler tamamlanarak il bazında pilot uygulamaya geçilecektir. Bu uygulama sonuçlarına göre öngörülen düzenlemeler ülke geneline yaygınlaştırılacak ve tedricen genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir.

- Hastanelerin sağlık hizmet talebini etkili ve verimli olarak karşılayabilmeleri ve hastaneler arası rekabetin temin edilerek, tüketici tatmininin artırılabilmesi için hastaneler idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline dönüştürülecektir.

- Sağlık sevk sisteminin yeniden düzenlenmesi ve hastanelere olan aşırı talebin birinci basamak sağlık hizmetleri kademesinde önlenebilmesi amacıyla, aile hekimliği sistemine geçilecektir. Bu sistemde, tüketiciye hekim seçme serbestliği getirilecek ve hasta sevk zincirinin aile hekimliği basamağından itibaren organize edilmesi sağlanacaktır.

- Bazı sağlık ocaklarının, bulunduğu yörenin şartlarına göre, kamu sağlığı merkezleri haline dönüştürülmeleri sağlanacak ve bu merkezler, hasta sevk zinciri içerisinde etkili hale getirilerek, hastane önlerindeki yığılmaların tedricen azaltılması temin edilecektir.

- Sağlık veri tabanının oluşturulması ile ilgili çalışma tamamlanarak, hizmet kademeleri arasında sağlıklı veri ve bilgi akışını sağlayacak sağlık enformasyon sistemi kurulacaktır. Bu amaçla ilk etapta Sağlık Bakanlığı bünyesinde istatistik birimi kurulacaktır.

- Yüksekokula dönüştürülen ve Sağlık Bakanlığına ait olan, sağlık meslek lisesi binalarının, amacı dışında kullanımı önlenecektir. Hemşirelikte branşlaşmaya gidilecek, diğer branşlarda ise sağlık meslek liseleri eğitimlerine devam edecektir. Hastane yatak kapasitesi 150'nin altında olan yerlere, yeni sağlık meslek lisesi açılmayacaktır.

- Sağlık sorunlarının nedenlerine, önlenmesine, kontrol altına alınmasına ve kontrol araçlarının tesbitine yönelik çalışmalara devam edilecek, bu alanda başlatılan araştırmalar tamamlanacaktır.

- Halk sağlığının korunması amacıyla, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı denetiminde, bakteriyel aşı üretim kapasitesinin artırılması ve viral aşı üretiminin başlatılması amacıyla, gerekli altyapının kurulması ve geliştirilmesi sağlanacaktır.

- Halk sağlığını tehdit edici menenjit, hepatit ve bunun gibi hastalıkların zorunlu aşı kapsamına alınması ile ilgili etüt çalışması yapılacaktır.

- Hastanelerin yüksek kapasiteyle ve daha kaliteli hizmet verebilmeleri için modernizasyon çalışmalarına devam edilecek, düşük kapasiteyle hizmet veren hastanelerin fiziki alan genişlemesi ve yeni yatak ilavesine gitmesi önlenecek; ancak, mevcut kapasitenin tam olarak kullanılmasını müteakip, yeni inşaat yapılmasına gidilebilecektir. Vardiya sistemine geçirilerek, hastanelerde poliklinik ve teşhis ünitelerinin kesintisiz hizmet vermeleri sağlanacaktır.

- Hastanelerin idari ve mali yönden özerk işletme haline dönüştürülebilmesine imkan veren, 3359 sayılı Kanun'un uygulanmasından doğan aksaklıkların giderilmesi için gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

- Üniversite hastanelerinin, genel hastanecilik anlayışıyla hizmet vermelerini önlemek ve asli görevleri olan araştırma ve eğitim hizmetlerine ağırlık vermelerini sağlamak amacıyla, gerekli düzenlemeler yapılacak, bu amaca uygun yatak kapasitesinin belirlenmesi için bir çalışma başlatılacaktır.

- Sağlık altyapısının yetersiz olduğu yerlerde yeni sağlık birimlerinin hizmete alınmasına devam edilecektir.

- Özel sektör sağlık yatırımlarının teşvikine devam edilecek, özel sağlık sigortasının uygulanabilirliğini tespit edecek envanter çalışmaları başlatılacaktır.

- Yaşlılığa bağlı hastalıklar ile yatalak hastalar için, yeni bakım ve tedavi merkezlerinin açılması, geriatri, organ nakli, yanık ve rehabilitasyon merkezlerinin kapasitelerinin artırılması çalışmalarına devam edilecektir.

- Özellikle trafik kazaları, tabii afetler sonucu ölüm ve yaralanmalara karşı daha etkili hizmet vermek amacıyla, ülke düzeyinde ilk yardım ve acil sağlık hizmetleri ağının kurulması için ilgili kuruluşların işbirliğiyle bir hizmet modeli geliştirilecektir.

- Öncelikli hizmet alanlarını belirlemek amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan program kapsamında, sağlık ocaklarının güçlendirilmesi, karayolları acil yardım istasyonlarının kurulması, acil yardım servisleri ve hastane acil servislerinin iyileştirilmesi, kanser erken teşhis ve tedavi merkezlerinin kurulması ve yaygınlaştırılması projeleri tamamlanarak uygulamaya geçilecektir.

- Sağlık hizmetlerinde finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi, maliyet, harcama ve fiyatlandırma konularının belli bir esasa dayandırılması amacıyla bir çalışma başlatılacaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda yapılması öngörülen hukuki ve kurumsal düzenlemeler ise şöyle sıralanabilir:

- Kamu sağlığının korunması, sağlık personeli eğitim ve istihdamı, hizmet sunumu ve mesleklerle ilgili hususların düzenlenmesini öngören yasal düzenlemeler yapılacaktır.

- Kırsal ve kentsel kesimde birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda etkililiği, yaygınlığı ve sürekliliği sağlayacak bir model geliştirilecek ve bu çerçevede, ihtiyaç duyulan kurumsal düzenlemeler yapılacaktır.

- İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti sunumunda kaliteyi, verimliliği idari etkililiği ve tüketici tatminini sağlamak için, hastanelerin idari ve mali özerkliği olan sağlık işletmelerine dönüştürülmesine ilişkin hukuki düzenleme çalışmaları tamamlanacaktır.

- Sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasını, uzun vadede sağlık sigortası uygulamalarında norm ve standart birliğinin sağlanmasını ve prim ödeme gücü olmayanlar için kamusal sübvansiyonu öngören yasal düzenlemeler yapılacaktır.

- Sağlık Bakanlığının doğrudan tedavi hizmeti sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapı yerine, politika, standart ve norm belirleyen, sağlık alanını düzenleyen, denetleyen ve etkili koruyucu sağlık hizmetleri sunan bir yapıya kavuşturulması amacıyla, merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılacak ve bu çerçevede, gerekli kurumsal düzenlemeler tamamlanacaktır.

• Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı'nın milli bir araştırma kurumu haline getirilmesi amacıyla, merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılacak ve bu çerçevede gerekli kurumsal düzenlemelerle ilgili çalışmalar tamamlanacaktır.

• Ebelik ve Ebeler Birliği, Hemşirelik ve Hemşireler Birliği ile ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır.

• Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nün ile Hususi Hastaneler Kanunu'na dayalı olarak çıkartılan Özel Hastaneler Tüzüğü'nün günümüzün ihtiyaçlarına cevap verebilecek hale getirilmesi ile ilgili çalışmalar başlatılacaktır.

Yukarıda sıralanan amaçlar ve hukuksal düzenlemelerden de anlaşılacağı gibi, sağlık alanında yapılması öngörülen çalışmalar oldukça kapsamlıdır. Bu çerçevede sorunların ve bu sorunların çözümü için yapılması gerekenlerin esas olarak çok iyi bilindiği görülmektedir.

Ancak, Ülkemizin politik ve sosyo-ekonomik koşulları dikkate alındığında, bu yasal düzenlemeleri gerçekleştirmenin sanıldığı kadar kolay olmayacağı belirtilebilir. Kaldı ki, yasal düzenlemelerin sorunları çözemediğinin en iyi kanıtlarından biri yine, sağlık alanında yaşanmıştır.

Daha önce de değinildiği gibi, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun", bugün için Sağlık Reformu ile sağlanılmaya çalışılan; "sağlık hizmetlerinin entegre bir yaklaşımla sunulması", "sevk zincirinin oluşturulması", "sağlık kütüklerinin oluşturulması", "hastalara hekim seçme serbestliğinin tanınması", "sağlık personeline kamu veya özel çalışmayı seçme serbestliğinin tanınması", "sağlık kuruluşlarının hiyerarşik düzende çalışması", "sağlık hizmetlerine toplum katılımının sağlanması", "sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta primleriyle karşılanması" gibi ilkeleri içermekteydi. Ancak, bu ilkelerin bir kısmı, yasalaşma sırasında tasarıdan çıkarılmış, bir kısmı, ilgisizlik nedeniyle hiç uygulamaya aktarılamamış, bir kısmı politik ve ekonomik nedenlerle eksik uygulanmıştır.

Bugün için gündemde bulunan Sağlık Reform çalışmalarının da, aynı akıbete uğramaması, her şeyden önce konunun bir devlet politikası olarak ele alınmasına ve kısa vadeli bakış açılarıyla değil, ülke gereksinimleri ve olanaklarını dikkate alan uzun vadeli bakış açısının varlığına bağlıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN EKONOMİK ANALİZİ

Bu bölümün konusunu, Türkiye sağlık sektörünün ekonomik analizi oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerini ekonomik açıdan ele aldığımızda, sağlık hizmetlerine ilişkin arz ve talebin, milli gelirden sağlık sektörüne ayrılan payın ve sağlık hizmetleri sunan kuruluşların verimliliğinin incelenmesi gerekmektedir. Bu çerçevede aşağıda, sağlık hizmet arzı, sağlık insangücü, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık sektörüne yapılan yatırımlar değerlendirilecek; böylece Türkiye sağlık sektörünün mevcut durumu belirlenerek sorunlar saptanmaya çalışılacaktır. Bu değerlendirmelerden sonra da, Türkiye sağlık sektörünün yakın geleceğine ilişkin olarak gerçekleştirdiğimiz trend analizinin sonuçları verilecektir.

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Sağlık hizmetleri, hizmetin niteliği açısından sınıflandırıldığında; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetleri olarak üç kısımda ele alınmaktadır. Bu ayırmada daha çok, talebi ortaya çıkaran gereksinim ve hizmeti kullanan açısından bir sınıflandırma yapılmaktadır.

Sağlık hizmetini sunan kurumun nitelikleri göz önüne alınarak yapılan sınıflandırmalarda, sıklıkla kullanılan yöntem ise; hastaların sağlık hizmetlerine başvuru sırası dikkate alınarak, hizmetin basamaklarla (kademelerle) ifade edilmesidir. Bu çerçevede “Birinci basamak”, “ikinci basamak” ve “üçüncü basamak” şeklinde ayrımlar söz konusu olduğu gibi, üçüncü basamak sağlık hizmetlerini, ikinci basamak içinde değerlendiren ve sağlık hizmetlerini yalnızca “birinci basamak” ve ikinci basamak” şeklinde sınıflandıran ayrımlar da yapılmaktadır²⁸⁰.

²⁸⁰ YEĞİNBOY, Yasemin; Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, İzmir, 1993, s. 22.

Sağlık hizmetinin niteliği açısından yapılan sınıflandırma, çalışmamızın birinci bölümünde ele alınmıştır. Burada ise daha çok, sağlık hizmetini sunan kurumun nitelikleri göz önüne alınarak yapılan sınıflandırma çerçevesinde konuyu ele alacağız.

Böyle bir sınıflandırmanın tercih edilmesinde temel gerekçe, bir sağlık kuruluşunun koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin birden fazlasını sunabilmesidir. Örneğin sağlık ocakları, hastaların ayaktan tedavilerini düzenleyen bir kurum olması yanında, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında da önemli fonksiyonlar üstlenmektedir.

Aynı şekilde, örneğin, Verem Savaş Dispanserleri tarafından gerçekleştirilen veremli hastaların tedavisi, hizmetten yararlanan kişi açısından bir tedavi hizmeti niteliğinde iken; hastalıklı kişilerin tedavi edilmesi yeni bulaşmaları önleyeceği için toplum açısından koruyucu sağlık hizmeti niteliğine sahiptir. Dolayısıyla sağlık kuruluşlarını sundukları hizmetin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmasına göre ayrı ayrı değerlendirmek, hizmetlerin ayrımında ortaya çıkan sorunlar ve veri yetersizliği gibi nedenlerden dolayı, genellikle mümkün olmamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta teşhis ve tedavinin yapıldığı kurumları; ikinci basamak sağlık hizmetleri, yataklı tedavi kurumları tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetlerini; üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, daha ileri tıbbi bilgi ve teknoloji gerektiren hastalıkların tedavi edildiği, referans niteliğine sahip özeldal hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. İkili ayrıma gidildiğinde ise, birinci basamak sağlık hizmetleriyle ayakta ve evde yapılan teşhis ve tedavi; ikinci basamak sağlık hizmetleriyle yataklı tedavi kurumlarındaki teşhis ve tedavi hizmetleri kastedilmektedir.

“Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, daha çok sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP Merkezleri, semt poliklinikleri, özel poliklinikler vb. tarafından sunulmaktadır. “İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri” de, “genel hastaneler” tarafından sunulmaktadır²⁸¹. “Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri” ise, genellikle Tıp Fakültelerinin Uygulama ve

²⁸¹ Genel hastane kavramıyla, her türlü hastanın başvurusunun kabul edildiği ve her türlü hastalığın teşhis ve tedavisinin yapıldığı hastaneler ifade edilmektedir.

Araştırma Hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Özeldal Hastaneleri (İhtisas Hastaneleri) tarafından sunulmaktadır. Buna karşılık, sağlık hizmetleri arzında oldukça önemli yeri olan, Tıp Fakültelerinin Uygulama ve Araştırma Hastaneleri, birer referans hastanesi olarak çalışması gerekirken, bugün için her türlü hastalıklarla ilgilenmekte ve yoğun poliklinik hizmeti vermektedir. Bir başka ifadeyle, Tıp Fakültelerinin Uygulama ve Araştırma Hastaneleri, kısmen Genel Hastane kimliğinde çalışmaktadır. Özel sektöre ait sağlık kuruluşları da, genellikle birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bununla birlikte, son yıllarda bazı özel sağlık kuruluşlarının ihtisaslaşmaya önem verdikleri görülmektedir.

Sağlık hizmetleri arzının örgütlenmesi açısından, Türkiye'deki sağlık hizmet arz sistemi dikkate alınarak, Sargutan tarafından yapılan ayrıntılı bir sınıflandırma aşağıda verilmiştir²⁸². Sargutan, sağlık sektörünün alanlarını “uzak etkili sağlık hizmetleri alanı”, “dolaylı sağlık hizmetleri alanı” ve “asıl sağlık hizmetleri alanı” olarak genel bir sınıflandırmaya tabi tuttukten sonra, bizim konumuzu oluşturan asıl sağlık hizmetlerini aşağıdaki ayrımla ele almaktadır.

- **Üst kademe sağlık idaresi hizmetleri:** Amaçların ve politikaların belirlenmesi, planlama ve enformasyon, kaynakların temini, yönetme, koordinasyon vb. hizmetler,
- **Primer (asli/birincil) sağlık hizmetleri:** Yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetleri,
 - 1) Koruyucu sağlık hizmetleri
 - a) Çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
 - b) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
 - 2) Birinci kademe tedavi hizmetleri (ilkyardım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü hizmetleri ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri, evde sağlık bakım hizmetleri, hasta sevk ve izleme hizmetleri),
 - 3) laboratuvar hizmetleri,
 - 4) Eczacılık hizmetleri,

²⁸² SARGUTAN, Erdal; Türk Sağlık Sektörünün Yapısı. age.. ss. 6-12.

- 5) Adli tıp hizmetleri,
 - 6) Benzeri diğer hizmetler,
- **Yataklı tedavi hizmetleri**
 - 1) İkinci kademe tedavi hizmetleri (genel hastanelerdeki hizmetler),
 - 2) Üçüncü kademe tedavi hizmetleri (referans hastanelerindeki hizmetler),
 - a) Özeldal hastaneleri (onkoloji, geriatri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, sanatoryumlar, prevantoryumlar vb.) tarafından verilen hizmetler.
 - b) Eğitim hastaneleri tarafından verilen hizmetler.
 - c) Üniversite hastaneleri tarafından verilen hizmetler.

Bu sınıflandırmada yer alan üst kademe sağlık idaresi hizmetleri, esas olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmakta; politika oluşturulması ve geleceğe yönelik projeksiyonların belirlenmesinde Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) da etkili olmaktadır. Primer (asli/birincil) sağlık hizmetleri ise, Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesi içinde esas olarak sağlık ocağı ve sağlık evinin görev alanına giren hizmetlerdir. Bununla birlikte, bu hizmetlerin sunulmasında örneğin AÇSAP, Kamu Sağlığı Merkezi (Semt Polikliniği) gibi bazı sağlık kuruluşları da görev almaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri de kısmen sağlık merkezlerinde ve ağırlıklı olarak hastanelerde yürütülmektedir.

Yukarıdaki sınıflandırmadan da anlaşılacağı gibi, Ülkemizdeki sağlık hizmetleri arzı, sunulan hizmetin niteliğine göre birbirinden farklılaşan, çok sayıda sağlık kuruluşu tarafından sunulmaktadır. Örneğin 1996 yılı itibariyle, SB'na bağlı 14 farklı türde 682 yataklı tedavi kurumu²⁸³; Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı 9 farklı türde 116 yataklı tedavi kurumu vardır²⁸⁴.

Sağlık hizmetleri arzında, mülkiyet ayrımı dikkate alınmaksızın, yalnızca hizmetin niteliğinden kaynaklanan çoklu yapı; sağlık hizmeti sunan yataklı ve yataksız sağlık

²⁸³ SB; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997, 49.

²⁸⁴ SOSYAL SİGORTALAR KURUMU; 1996 Faaliyet Raporu, Yayın No: 594, 1997, 46.

kuruluşlarının verildiği Tablo 10’da görülmektedir. Bu tabloda yer alan yataksız sağlık kuruluşlarının bir kısmı koruyucu sağlık hizmeti sunarken, çoğunluğu birinci basamak tedavi hizmeti sunmaktadır. Genel bir değerlendirmeye olanak sağlamak üzere ve çok fazla ayrıntıya girmeden verilen bu dağılım, ülkedeki sağlık kuruluşlarının yerine getirdiği fonksiyonlar açısından ne ölçüde çeşitlendiğini göstermektedir.

TABLO 10: YATAKLI VE YATAKSIZ SAĞLIK KURULUŞLARINDA MEVCUT DURUM-1996

YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARI	SAYI	YATAKSIZ SAĞLIK KURULUŞLARI	SAYI
- Genel Hastane	806	Sağlık Evi	11877
- Sağlık Merkezi	151	Sağlık Ocağı	5167
- Doğum ve Çocuk Bakımevi	44	AÇSAP Merkezi	274
- Göğüs Hastalıkları Hst.	29	Verem Savaş Dispanseri	262
- Çocuk Hastalıkları Hst.	10	SSK Sağlık İstasyonu	237
- Ruh Sağ. Ve Hastalıkları Hst.	8	SSK Dispanseri	147
- Fizik Ted. Ve Rehab. Hst.	7	MEB Sağlık Eğitim Merkezi	93
- Göğ. Kalp ve Dam. Cer. Mrk.	5	Sıtma Ens. ve laboratuvarı	87
- Acil Yardım ve Trav. Hst.	4	İl ve İlçe Halk Sağlığı Lab.	81
- Kemik Hastalıkları Hst.	3	Hızır Acil Merkezi	63
- Diş Hastanesi	3	Semt Polikliniği	52
- Zührevi Hastalıklar Hst.	2	Sahil Sağ. Dnt. Mrk.	45
- Lepra Hastanesi	2	Deri ve Tenasül Hst. Dispanseri	16
- Onkoloji Hastanesi	2	Merkez ve Bölge Hıfzıssıhha Ens.	14
HASTANELER TOPLAMI	1076	Hudut Sağ. Dnt. Mrk.	13
		Cüzam Savaş Dispanseri	12
		Hava Limanı Sağ. Dnt. Mrk.	8
		Liman-Şehir Bakt. Müess.	2
		Sağlığı Koruma Yeri (Karantina)	2

KAYNAK: SB; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 595, s.1 ve 44.
DPT; Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-200) - 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1997, s.152.

Tablo 10’dan görüldüğü gibi, Ülkemiz sağlık hizmetleri arzında yataklı sağlık kuruluşlarında “genel hastane”; yataksız sağlık kuruluşlarında, “sağlık evi” ve “sağlık ocağı” önemli bir ağırlığa sahiptir. Bu tablonun düzenlenme gerekçesi, yataklı ve yataksız tedavi kuruluşlarının sayısal dağılımının değerlendirilmesinden çok, bunların çeşitliliğinin gösterilmesidir. Nitekim, tablodan görüleceği gibi, 14 farklı türde yataklı tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşu ve 19 farklı türde yataksız sağlık kuruluşu mevcuttur. Doğrudan sağlık hizmeti sunmayan, ancak sağlık hizmeti sunulmasına dolaylı katkıda bulunan, sağlık personeli eğitimi ve sağlık kuruluşlarının donanımı hizmetlerinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları da dikkate alındığında, yataksız sağlık kuruluşları türü çok daha fazladır.

Bu değerlendirmeye göre, ülkemiz sağlık hizmetleri arzında, farklı nüfus gruplarına farklı niteliklerde sağlık hizmet götüren çok sayıda kuruluşun bulunduğu, bir başka ifadeyle, **lkemiz sağlık hizmetleri arzında çoklu yapının egemen olduğunu** belirtebiliriz. Bu oklu yapı, verilen hizmetin niteliğine göre kurumların da farklı olması gereğinden kaynaklanmaktadır.

Bununla birlikte, zaman zaman söz konusu sağlık kuruluşları arasında hizmet çakışmalarının olduğunu da görmekteyiz. Örneğin, AÇSAP Merkezlerinde verilen koruyucu sağlık hizmetleri, aynı zamanda sağlık ocakları tarafından da sunulmaktadır. Bu tür görev çakışmaları, sunulan hizmetin etkinliği, verimliliği açısından olumsuz etkilere yol açabilmektedir. 224 sayılı yasayla getirilen, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünlük içinde ve birinci basamakta sağlık ocakları tarafından sunulması ilkesi, bu türden etkinsizlikleri önleyecek bir uygulamadır. Buna karşın, sosyalleştirmenin uygulanmaya başlandığı 1963 yılından bu yana sürekli gündemde olduğu halde, bu ilkenin gereği yerine getirilememiş, kalkınma planlarında sürekli olarak yer alan "sağlık hizmetlerinin tek elden planlanıp, koordine edilmesi" hedefine ulaşılamamıştır.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin, hizmetin niteliğinden kaynaklanan gerekçelerle farklı türde sağlık kuruluşları eliyle sunulması yanında, sağlık kuruluşlarının bağlı olduğu kurumlar açısından da "oklu yapı" söz konusudur. Topluma sağlık hizmetlerinin sunulmasından, yasalara göre birinci derecede sorumlu olan SB'nın, toplumun her kesimine yeterli düzeyde sağlık hizmeti arz edemiyor olması, bazı kurumların kendi sağlık tesislerini kurmasına neden olmuştur.

Cumhuriyet ncesi dönemlerden bu yana, Devletin Anadolu'ya sağlık hizmeti götürme konusundaki eksiklikleri, başta vakıflar olmak üzere, Devlet dışı kurumlar tarafından kapatılmaya çalışılmıştır. 1923 yılında mevcut 86 hastaneden yalnızca 3'ünün ve hasta yataklarının yüzde 14,7'sinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmasına karşılık; Belediye ve zel İdarelere ait hastane sayısının 51; özel, yabancı ve azınlıklara ait hastane sayısının 32 olması, Cumhuriyetin başlangıcında, Merkezi Yönetimin, tedavi edici sağlık hizmetinin sunulmasıyla birinci dereceden ilgilenmediğinin göstergesidir.

1950'lere geldiğinde yerel yönetimlere ait hastanelerin SB tarafından devralınmasına karşılık, bu hastanelerle bütün nüfus gruplarına sağlık hizmeti sunulması

mümkün olmamıştır. Bunun üzerine mensuplarına sağlık hizmeti sunmak isteyen kurumlar, kendi sağlık tesislerini oluşturmaya yönelmiş ve kendi tesislerinde üretmediği veya yeterince üretmediği hizmetleri, başta SB olmak üzere, diğer kurumlardan satınalma yolunu seçmişlerdir. Bu şekilde kendi sağlık tesisini kuran kurumlardan en önemlisi Sosyal Sigortalar Kurumu'dur.

1945 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), esas olarak bir finansman kurumu olmasına karşın, üyesi olan işçilerin sağlık sorunlarının çözümünde Devlet Hastanelerinin yetersiz kalması üzerine, 1952 yılından itibaren, kendi sağlık tesislerini kurma yolunu seçmiştir. Bunun sonucu olarak SSK, SB'ndan sonra hizmet üretiminde en yaygın örgütlenmeye sahip olan kurum haline gelmiştir.

Sonuçta SB'nın tesislerinden yeterli tedavi hizmeti alamayan birçok kamu kurumu, sağlık hizmeti üreten tesise sahip olmuştur. Bu sağlık tesisleri ise genellikle mensuplarına ayakta ve evde tedavi hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerini birlikte sunan "genel hastane" niteliğindedir. Sosyal Sigortalar Kurumu dışındaki kurumların hastane dışındaki sağlık kuruluşları ise daha çok işyeri düzeyinde, revir benzeri kuruluşlardır. Tablo 11'de verilen, hastanelerin, 1996 yılı sonu itibariyle, kurumlara dağılımı, sağlık hizmetleri arzındaki çoklu yapının bir diğer boyutunu göstermektedir.

TABLO 11: YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARININ KURUMLARA DAĞILIMI (1996)

KURUMU	HASTANELER		HASTA YATAKLARI	
	SAYI	(%)	SAYI	PAYI (%)
Sağlık Bakanlığı	682	63,4	78347	50,3
Sosyal Sigortalar Kurumu	115	10,7	25359	16,3
Üniversiteler	35	3,3	22056	14,2
Milli Savunma Bakanlığı	42	3,9	15900	10,2
Özel	159	14,8	7236	4,6
İktisadi Devlet Teşekkülleri	10	0,9	2217	1,4
Dernekler	15	1,4	1263	0,8
Belediyeler	6	0,6	1218	0,8
Azınlık	5	0,5	934	0,6
Diğer Bakanlıklar	2	0,2	680	0,4
Yabancı	5	0,5	609	0,4
TOPLAM	1076	100,0	155819	100,0

KAYNAK:SB; *Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 595, s. 43.*

Tablo 11'den görüldüğü gibi, Ülkemizdeki hastanelerin %63'ü, hasta yataklarının %50'si SB'na bağlıdır. SB'ndan sonra en fazla hasta yatağına sahip olan kurum % 16,3

ile pay ile SSK'dır. SSK'yı, hasta yataklarının %14,2'sine sahip olan üniversiteler ve % 10,2'sine sahip olan Milli Savunma Bakanlığı izlemektedir. Yabancı ve azınlık hastaneleriyle birlikte değerlendirildiğinde özel hastanelerdeki yatak kapasitesi ise ancak % 5,6 düzeyine ulaşmaktadır.

Bağlı olunan kurum açısından mevcut çoklu yapı, yalnızca SB hastanelerinden yeterli hizmet alınamaması gerekçesine bağlı değildir. Örneğin Tıp Fakülteleri, eğitim amacıyla "Uygulama ve Araştırma Hastanesi" olarak kendi hastanelerini kurmaktayken, gerçek veya tüzel kişiler de kâr amacıyla özel hastane kurmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri arzının örgütlenmesindeki bu çoklu yapı, ülkedeki sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması ve koordine edilmesi gereğine ters düşmekte, yatak kapasitesinin bölgelerarası dağılımında dengesizliklere yol açmaktadır. Öte yandan, bazı hastanelerde yatak kapasitesi ihtiyaca yetmezken, bazı hastanelerde atıl kapasite bulunmakta; ancak bu hastaneler, farklı nüfus gruplarına hizmet sunduğu için, bu atıl kapasiteden yararlanılamamaktadır.

Bu açıklamalardan sonra, Türkiye sağlık hizmetleri arzıyla ilgili şu tesbiti yapabiliriz:

"Türkiye sağlık hizmetleri arzında hem sağlık kuruluşların niteliği bakımından, hem de sağlık kuruluşlarının bağlı bulunduğu kurum (mülkiyet) açısından *çoklu yapı* söz konusudur."

Bu genel değerlendirmelerden sonra, Ülkemiz sağlık hizmeti arzı; "birincil sağlık hizmetleri" ve "yataklı tedavi hizmetleri" olarak iki alt başlıkta ele alınmıştır.

1.1. BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI

Ülkemizde birincil sağlık hizmetleri arzında esas olarak iki farklı örgütlenme şekli mevcuttur: sağlık evi/sağlık ocağı modeli ve dikey örgütlenme.

Bunlardan birincisi olan sağlık evi/sağlık ocağı modeli, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle başlayan ve koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi hizmetlerini birbirinin tamamlayıcısı olarak ele alan, dolayısıyla sağlık hizmetinin entegre bir şekilde sunulmasını amaçlayan bir örgütlenme şeklidir.

Birincil sağlık hizmeti arzı için oluşturulan diğer model ise; “dikey örgütlenme” anlayışının sonucu olarak, çözümlenmesi düşünölen sağlık sorununa odaklanmış örgüt modelidir. Cumhuriyetin başıdan beri varolan dikey örgütlenme modeli çerçevesinde; Sıtma, Verem, Trahom, Lepra(Cüzam), Kuduz, Kanser gibi hastalıklarla mücadele etmek ve Nüfus Planlaması, Ana ve Çocuk Sağlığı gibi konularda arzu edilen hedeflere ulaşmak için, çeşitli örgütler kurulmuştur. Bu örgütler, toplumumuzun sağlık sorunlarına bağlı olarak zaman içinde şekil değiştirmiş, odaklanılan sorunların hafiflemesine bağlı olarak sınırlandırılmış, bazıları birleştirilmiştir.

Bu iki farklı örgütlenme modelinde hizmet açısından bazı çakışmalar ve yardımlaşmalar söz konusudur. Örneğin, AÇSAF Merkezlerinin aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetleri, aynı zamanda sağlık ocaklarının hizmetleri arasında yer almaktadır. Öte yandan, daha yaygın bir örgütlenmeye sahip olan sağlık ocakları, dikey örgütlenme içindeki bazı sağlık kuruluşlarının görevlerine yardımcı olmaktadır. Örneğin Sıtma Savaş Teşkilatının görev alanına giren, sıtma şüphelilerinden laboratuvar incelemesi için kan örnekleri toplanmasına sağlık ocakları da yardım etmektedir.

Aşağıda, bu iki farklı modele göre faaliyet gösteren ve birincil sağlık hizmeti sunan örgütlerinden bazılarının gelişimi ve faaliyetleri değerlendirilmiştir. Bu çerçevede öncelikle “sosyalleşmiş” sağlık hizmetinin temel örgütleri olan sağlık evleri ve sağlık ocaklarının gelişimi ele alınacaktır.

1.1.1. SAĞLIK OCAKLARI VE SAĞLIK EVLERİ

224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” hükümleri çerçevesinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ülkenin her yanına götürmek amacıyla kurulan sağlık ocakları ve sağlık evlerinin gelişimi, Tablo 12’de verilmiştir.

Daha önce belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine 1963 yılında başlanmış ve 1984 yılında bütün iller sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Tablo 12’de “sosyalize il sayısı” sütununda 1985 yılından sonra görölen artışların nedeni, Türkiye’nin idari yapısında gerçekleştirilen değişimler sonucunda il sayısının artmasıdır.

TABLO 12: SAĞLIK OCAĞI VE SAĞLIK EVİ SAYILARI (1963-1994)

YILLAR	SOSYALİZE İL SAYISI	EĞİTİM BÖLGESİ	SAĞLIK OCAĞI	SAĞLIK EVİ
1963	1	0	19	37
1965	12	1	416	970
1970	25	3	851	2.231
1975	26	4	995	3.243
1976	32	4	1.128	4.214
1977	36	5	1.395	5.309
1978	40	5	1.467	5.776
1979	44	8	1.467	5.776
1980	45	12	1.467	5.776
1981	45	16	1.890	6.262
1982	47	18	1.967	6.749
1983	62	18	2.525	7.055
1984	67	18	2.793	8.086
1985	67	18	2.887	8.464
1986	67	18	3.019	9.040
1987	67	18	3.084	10.045
1988	67	18	3.170	10.531
1989	71	17	3.304	10.731
1990	73	17	3.454	11.075
1991	74	17	3.672	11.262
1992	76	17	3.901	11.490
1993	76	17	4.226	11.630
1994	76	17	4.575	11.878
1995	79	17	4.927	11.888
1996	80	17	5.167	11.877

KAYNAK:SB; *Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 595, s.64.*

Sağlık ocakları ve sağlık evleri sayısı, sosyalleştirilen il sayısına bağlı olarak sürekli artmış, 1984 yılından sonra ise, sağlık ocaklarının kapsadığı nüfus miktarını azaltmak ve daha nitelikli sağlık hizmeti sunmak amacıyla yeni sağlık ocağı ve sağlık evi açılmaya devam edilmiştir. Nitekim, 1984 yılında 2793 olan sağlık ocağı sayısı, 1996 yılı sonu itibariyle 5167'ye; 8086 olan sağlık evi sayısı ise, 11877'ye yükselmiştir. Buna göre, 1984 yılından sonra sağlık ocağı ve sağlık evlerinin hizmet verdiği nüfus miktarındaki değişimler, Tablo 13'de verilmiştir.

Tablodan görüldüğü gibi, sosyalizasyonun bütün ülkeye yaygınlaştırıldığı, 1984 yılında, 17 bin 569 kişiye bir sağlık ocağı düşerken, yeni sağlık ocaklarının nüfus artışından daha fazla açılmasına bağlı olarak düzenli bir şekilde azalmış ve 1996 yılı itibariyle 12 bin 367 kişiye bir sağlık ocağı oranına ulaşılmıştır. Aynı şekilde 1984 yılında

6069 kişiye bir sağlık evi düşerken, 1996 yılında 5380 kişiye bir sağlık evi oranına ulaşılmıştır.

TABLO 13: SAĞLIK OCAKLARI VE SAĞLIK EVLERİNİN HİZMET VERDİĞİ NÜFUS

YILLAR	(1) SAĞLIK OCAĞI SAYISI	(2) SAĞLIK EVİ SAYISI	(3) YIL ORTASI NÜFUS (1000 kişi)	(3/1)	(2/1)
1984	2793	8086	49070	17569	6069
1985	2887	8464	50306	17425	5944
1986	3019	9040	51433	17036	5689
1987	3084	10045	52561	17043	5233
1988	3170	10531	53715	16945	5101
1989	3304	10731	54893	16614	5115
1990	3454	11075	56098	16241	5065
1991	3672	11262	57326	15612	5090
1992	3901	11490	58584	15018	5099
1993	4226	11630	59869	14167	5148
1994	4575	11878	61183	13373	5151
1995	4927	11888	62526	12690	5260
1996	5167	11877	63898	12367	5380

KAYNAK: Bir önceki tablonun bilgileri ve DİE'nin yıl ortası nüfus tahminleri kullanılarak hesaplanmıştır.

Ancak bu gelişme, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki 224 sayılı yasa ile belirlenen hedefin gerisindedir. Söz konusu yasada, ortalama 7000 kişiye bir sağlık ocağı ve her sağlık ocağı bölgesinde, hizmetin gerektirdiği sayıda sağlık evi açılması hükmü getirilmiştir. Buna karşılık, sağlık ocağı sayısının yeterince açılmadığını yukarıdaki tablodan görmekteyiz. Tablodaki 1 ve 2 numaralı sütunlardan görüldüğü gibi, sağlık ocakları, sağlık evlerinden daha fazla bir artış göstermiştir. Bunda özellikle sağlık evlerinin hizmet verdiği kırsal yörelerden kentlere doğru içgöç olayı etkili olmuştur. Nitekim, 1960'larda nüfusun üçte ikisi köylerde, üçte biri şehirlerde oturuyorken; 1990'larda bu oranlar yaklaşık tersine dönmüştür. Bu da, sağlık evi hizmetlerinden yararlanacak nüfusun azalması anlamına gelmektedir.

1996 yılı itibarıyla mevcut 5167 sağlık ocağının 3217'si (yani % 62'si) kendi binasında, 1950'si (yani %38'i) geçici binada faaliyetlerini sürdürmektedir. Sağlık ocaklarının % 11'i üç büyük ilde, % 14'ü kalkınmada birinci öncelikli illerde, % 16'sı kalkınmada ikinci öncelikli illerde ve % 59'u diğer illerde bulunmaktadır.

Yine 1996 yılı itibariyle mevcut 11877 sağlık evinin, 5266'sı (yani % 44'ü) kendi binasında faaliyettedir. Üç büyük ildeki sağlık evi, toplam sağlık evlerinin % 4'ü düzeyindedir. Sağlık evlerinin %22'si kalkınmada birinci öncelikli illerde, % 22'si kalkınmada ikinci öncelikli illerde ve % 52'si diğer illerde bulunmaktadır.

Sağlık ocakları ve sağlık evleri, koruyucu sağlık hizmetleri yanında, tedavi hizmetleri de sunmaktadır. Esas olarak sağlık ocaklarının yapılanmasında, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak sunulması anlayışı bulunmaktadır. Bu anlayışı 224 sayılı yasada ve sağlık ocaklarının görev tanımında görmek mümkündür.

224 sayılı yasaya göre, sağlık ocakları ve sağlık evleri; "her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi ile Sağlık Ocağı'na kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmakla mükelleftir"²⁸⁵. Buna göre, birinci basamak sağlık kuruluşları niteliğinde olan sağlık ocaklarında, esas hizmet üretim yerleri²⁸⁶;

- Tedavi edici hizmet yerleri: poliklinik hizmetleri, acil tedavi ve pansuman, enjeksiyon,
 - Koruyucu hizmet yerleri: aşı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, Sağlık Evi hizmetleri
 - Özel hizmet yerleri: laboratuvar hizmetleri
- olarak üç grupta değerlendirilebilir.

Buna göre sağlık ocakları, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunuldukları yerlerdir. Nitekim, sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması amacıyla pratisyen hekim, hemşire, ebe kadroları yanında diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, laboratuvar teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni kadroları da bulunmaktadır.

1994 ve 1996 yılları itibariyle, bu kadrolar ve mevcut personel sayısı ile kadroların doluluk oranları Tablo 14'de verilmiştir.

²⁸⁵ RESMÎ; Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Tarih: 5.1.1961, Sayı: 224, (RG. T/S: 12.1.1961/10705), Madde 10.

²⁸⁶ ŞEREF, Besim: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Birim Maliyetlerin Hesaplanması. Teknik Rapor:2. Halk Sağlığı Kurumu Derneği ve Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Ortak Yayını. Ankara 1995, ss. 6-7.

TABLO 14: SAĞLIK OCAKLARINDAKİ SAĞLIK PERSONELİ KADRO SAYILARI VE MEVCUT DURUM

ÜNVANI	1994			1996		
	KADRO	MEVCUT	DOLULUK ORANI (%)	KADRO	MEVCUT	DOLULUK ORANI (%)
Pratisyen Hekim	7417	11800	159,1	14.686	12.644	86,1
Diş Hekimi	2613	176	6,7	2.075	175	8,4
Eczacı	913	141	15,4	2.076	114	5,5
Sağlık Memuru	7133	5985	83,9	11.185	7.167	64,1
Hemşire	4548	7575	166,6	11.704	9.142	78,1
Ebe(*)	28065	24202	86,2	42.203	25.675	60,8
Çevre Sağlık Teknisyeni	885	2765	312,4	3.984	2.764	69,4
laboratuvar Teknisyeni	523	241	46,1	1.879	736	39,2

KAYNAK:SB; *Sağlık İstatistikleri 1994, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 579, s. 33.*

SB; *Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 595, s. 39.*

(*) Sağlık evi ebeleri dahildir.

Tablodan görüleceği gibi, kadrolarda sayısal çoğunluk ebe, pratisyen hekim, hemşire ve sağlık memurlarındadır. Diş hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni ve laboratuvar teknisyeni kadroları, bütün sağlık ocakları yerine, belli büyüklükteki sağlık ocaklarında bulunmaktadır. 1996 yılı için, söz konusu kadroların doluluk oranlarına bakıldığında en yüksek oran % 86,1 ile pratisyen hekim kadrolarında görülmektedir. Son yıllarda yeni tıp fakültesi açarak daha fazla hekim yetiştirme politikası sonucunda, bu kadrolar önemli ölçüde doldurulmuştur. Sağlık ocaklarındaki diş hekimi ve eczacı kadroları ise neredeyse tümüyle boş bulunmaktadır.

Sağlık ocaklarında gerçekleştirilen hizmetler, Tablo 15'de verilmiştir. Tablodan görüleceği gibi, sağlık ocaklarının çalışmalarında poliklinik hizmeti büyük bir paya sahiptir. Ayakta tedavi hizmeti olan poliklinik hizmetleri, yıldan yıla sürekli olarak artmıştır. Poliklinik hizmetlerine bağlı olarak sunulan, laboratuvar çalışması ve küçük cerrahi müdahaleler de, poliklinik sayısındaki artışa paralel olarak artmaktadır. Söz konusu ayakta tedavi hizmetleri, genel olarak sağlık ocağı sayısındaki ve personel sayısındaki artış yanında sağlık ocaklarının ekipman açısından da güçlendirilmesine bağlıdır.

TABLO 15: SAĞLIK OCAKLARININ 1990-1996 DÖNEMİ ÇALIŞMALARI (Bin Adet)

YAPILAN HİZMET	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Poliklinik Sayısı	17667	21235	22060	24990	27174	30699	32622
laboratuvar Çalışması	472	676	811	952	1117	1257	1630
Riskli Kişi İzleme :	13771	15534	14603	13185	13711	13773	13766
- Gebe	2381	2774	2628	2605	2944	2668	2759
- Bebek	4887	5582	5233	4848	5117	5109	4996
- Çocuk	6503	7178	6742	5732	5651	5996	6011
Doğum	509	538	543	557	591	578	589
- Sağlık Personeli Yardımla	428	453	460	480	523	511	533
- Kendi Kendine	81	85	83	77	68	67	56
Küçük Cerrahi Müdahale	353	402	430	476	490	540	558
Adli Rapor	--	198	211	214	222	226	--
Otopsi	--	8	9	14	10	10	--

KAYNAK: SB; *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılıği: 1994-1995*, Ankara, 1997, s.14.

SB; *Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı*, Yayın No: 595, s.73-74.

Ayrıca, sağlık ocağı bölgesindeki doğumlarda da belli bir artış söz konusudur. Doğumlarda sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilenlerin artmasına karşılık, kendi kendine gerçekleştirilen doğumlarda belli bir azalmanın olması, ana ve çocuk sağlığı açısından olumlu bir gelişmedir.

Buna karşılık, saha çalışması niteliğinde olan, "riskli kişi izleme" çalışmalarında ise görece olarak istikrar vardır. Bu faaliyetler, genelde demografik gelişmelere bağlı olup, hizmet bölgesindeki kişilerin düzenli olarak takip edildiğini göstermektedir. Sağlık Ocağı sayısındaki ve sağlık ocağında çalışan personel sayısındaki artış, "kurum içi çalışma" niteliğinde olan poliklinik sayısında artışa neden olurken, "saha çalışması" niteliğinde olan ve ETF (Ev Takip Fişleri)'lerinin düzenli kaydını gerektiren, riskli kişi izleme faaliyetlerinde artışa neden olmamaktadır. Zira, yeni açılan sağlık ocakları, mevcut sağlık ocaklarının bölgelerini paylaşmakta, bu da sağlık ocaklarının bütünü açısından kapsanan bölgede genişlemeye neden olmamaktadır. Bu nedenle, riskli kişi takibi sayısındaki istikrar bu hizmetlerin ikinci planda kalması şeklinde yorumlanmamalıdır.

Buna göre, Ülkemizdeki sağlık hizmetleri arzında birinci basamak sağlık kuruluşları olarak önemli bir yer tutan sağlık ocakları, ülkedeki ayakta tedavi hizmetlerinin yaklaşık üçte birini sunmaktadır. Doğumların ise, yaklaşık yarısı sağlık ocağı takibinde gerçekleşmektedir. Örneğin 1990 yılında bütün ülkede canlı doğan çocuk

sayısı 1 milyon 180 bindir²⁸⁷. Aynı yılda sağlık ocakları takibinde 509 bin doğum gerçekleşmiştir. Bunlardan 428 bini sağlık ocağı personelinin yardımıyla gerçekleşirken, 80 bin doğum, sağlık ocağı kayıtlarına geçen kendi kendine doğumdur. 1990-1996 döneminde sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilen doğumlarda ciddi bir artış sağlanırken, kendi kendine doğumlarda azalma sağlanmış olması, sağlık ocakları ve sağlık evlerinin, gerçekleştirdikleri hizmetlerle doğumların daha sağlıklı olmasına ve böylece toplum sağlık düzeyinin yükselmesine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Bu hizmetlerin sağlık ocağı sayısına bağlı olarak ele alınması, hizmetin yoğunluğunun değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır. Bu amaçla düzenlenen Tablo 16'da, 1990-1996 dönemine ilişkin, sağlık ocağı hizmetlerinin ocak başına, yani ortalama olarak gelişimi verilmiştir.

TABLO 16: SAĞLIK OCAKLARI TARAFINDAN SUNULAN HİZMETLERİN OCAK BAŞINA GELİŞİMİ (1990-1996)

YAPILAN HİZMET	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Sağlık Ocağı Başına Nüfus	16241	15612	15018	14167	13373	12690	12367
Poliklinik Sayısı	5115	5783	5655	5913	5940	6231	6314
laboratuar Çalışması	137	184	208	225	244	255	315
Riskli Kişi İzleme :	3987	4230	3743	3120	2997	2795	2664
- Gebe	689	755	674	616	643	542	534
- Bebek	1415	1520	1341	1147	1118	1037	967
- Çocuk	1883	1955	1728	1356	1235	1217	1163
Doğum	147	147	139	132	129	117	114
- Sağlık Personeli Yardımıyla	124	123	118	114	114	104	103
- Kendi Kendine	23	23	21	18	15	14	11
Küçük Cerrahi Müdahale	102	109	110	113	107	110	108

KAYNAK: Bir önceki tablonun bilgileri kullanarak hesaplanmıştır. Sağlık ocağı başına nüfusun hesaplanmasında DİE'nin yıl ortası nüfus tahmini kullanılmıştır

Tablodan görüldüğü gibi, 1990 yılında sağlık ocağı başına düşen poliklinik sayısı 5115 iken, düzenli bir artış göstererek, 1996 yılında 6314'e yükselmiştir. Bu gelişme, sağlık ocaklarının ayakta tedavi hizmetinde sağlık ocaklarının etkinliğinin arttığını ve giderek daha yoğun hizmet verildiğini göstermektedir. Sağlık ocaklarında verilen laboratuar hizmetlerinin, poliklinik hizmetlerinden daha hızlı bir artış göstermesi de, ayakta tedavi hizmetlerinin bir başka ilginç yönünü oluşturmaktadır. Zira, sağlık hizmeti

²⁸⁷ DİE: Türkiye İstatistik Yıllığı 1995, Yayın No: 1845, Ankara, Ocak 1996, s.83.

bir bütündür ve gerekli laboratuvar desteğinden yoksun olarak, yalnızca muayene ile yetinilmesi düşünülemez.

Poliklinik ve laboratuvar çalışmaları konusundaki bu gelişmeye karşılık, temelde nüfus hareketlerine bağlı olan riskli kişi izleme faaliyetleri ve doğumlarda, toplamda dikkate değer bir fark görülmezken, bu çalışmaların sağlık ocağı başına değerlendirilmesi bir düşüşü göstermektedir. Yukarıda belirtildiği gibi, yeni açılan sağlık ocaklarının hizmet bölgeleri, mevcut sağlık ocaklarının hizmet bölgelerinin daraltılmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu ise, sağlık ocağı başına düşen nüfusun azalmasına ve dolayısıyla kurum başına riskli kişi izleme sayılarının ve doğum sayılarının düşmesine neden olmaktadır. Nitekim, tablodan görüldüğü gibi, 1990 yılında 16 bin 241 kişiye bir sağlık ocağı düşerken, bu sayı sürekli azalmış ve 1996 yılında sağlık ocağı başına nüfus 12 bin 367 kişiye gerilemiştir. 1990 yılında ortalama olarak, sağlık ocağı başına düşen nüfusun %24,5'i kadar riskli kişi izlenmişken, 1996 yılında bu oran %21,5 olarak gerçekleşmiştir.

Küçük cerrahi müdahalelerde ise, toplam olarak önemli bir artış söz konusu iken, kurum başına müdahale sayısında belli bir istikrar vardır.

Bu değerlendirmeler de göstermektedir ki, Ülkemizde birincil sağlık hizmeti arzında önemli bir yere sahip olan sağlık ocakları özellikle kırsal kesime sağlık hizmetlerinin götürülmesi konusunda kendisinden bekleneni yapmaktadır. Gerekli tıbbi malzeme ve diğer donanımlarında eksiklikler tamamlandığında, mevcut durumdan çok daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti sunulabilecek; böylece büyük kentlere olan hasta akımı azalacak, esas olarak birer yataklı tedavi kurumu olan hastanelerdeki poliklinik kuyruklarına belli ölçülerde çözüm bulunabilecektir.

Kuşkusuz, sağlık ocaklarının kendilerinden beklenen hizmetleri gerektiği gibi yerine getirmesi, her şeyden önce bu kurumların araç-gereç eksiklerinin tamamlanmasına bağlıdır. 1996 yılı itibariyle Ülkemizdeki sağlık ocaklarının % 59'unun taşıtının bulunmaması²⁸⁸, çevre sağlığı teknisyeni kadrolarının yaklaşık üçte birlik kısmının boş olması gibi eksikliklerin devamı durumunda, sağlık ocaklarının, özellikle çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunmasında aksamaların olması da kaçınılmazdır.

²⁸⁸ SB; Sağlık İstatistikleri-1996, age., s. 119.

1.1.2. ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ÖRGÜTÜ

Ana ve çocuk sağlığı örgütü, 1951 yılında SSYB ile WHO ve UNICEF arasında imzalanan bir anlaşmayla gerçekleştirildi. Bu anlaşma uyarınca, 1953 yılında Ankara'da bir Ana Çocuk Sağlığı Gelişim Merkezi kuruldu. Bu merkez, 1963 yılında SSYB içinde bağımsız bir Ana ve Çocuk Sağlığı Müdürlüğü'ne dönüştürüldü ve yurt düzeyinde örgütlenmeye başladı. UNICEF ilkelerine göre her 50 bin nüfuslu birim için bir ana ve çocuk sağlığı merkezi kurulması öngörülmüştü. Bu doğrultuda sürdürülen çalışmalar sonucunda illerde ana ve çocuk sağlığı merkezleri, ilçelerde şubeler, köylerde ise istasyonlar kurulmaya başladı. 1983 yılında, SSYB'nın yeniden örgütlenmesi sırasında, Ana ve Çocuk Sağlığı Müdürlüğü, Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü ile birleştirilerek Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü haline geldi²⁸⁹.

Bu örgütün amaçları şunlardır²⁹⁰:

a) Anne adaylarını, sağlık eğitimi yoluyla gebelik, doğum ve doğum sonrası analık hijyeni, düşüklerin önlenmesi, çocuk bakımı, beslenmesi, yetiştirilmesi ve nüfus planlaması konularında eğitmek ve yetiştirmek.

b) Anneleri gebelikten başlayarak sistematik ve periyodik bir şekilde tıbbi kontrol altında bulundurmak, düşük ve ölü doğumların önlenmesi için gerekli tedbirleri almak, doğumların normal ve sağlıklı koşullarda yapılmasını sağlamak.

c) Doğumdan sonra anne ve çocuğun bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri almak ve çocukların belli metotlara göre, belli zamanlarda, her türlü aşılarını yapmak.

d) 0-6 yaş grubundaki çocukların, fiziki ve moral gelişmelerini izlemek, tıbbi kontrollerini yapmak, bilhassa bakım ve beslenme konusunda anneye yardımcı olmak, gerektiğinde aileyi sosyal yardımlarla desteklemek.

Bu amaçların yerine getirilmesi için il ve ilçelerde giderek yaygınlaştırılan AÇSAP Merkezlerinin sayısal gelişimi Tablo 17'de verilmiştir.

²⁸⁹ ANA BRITANNICA; "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü", Cilt:2. İstanbul, 1986, s. 21.

²⁹⁰ SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI: Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. age., s. 186.

TABLO 17: ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI MERKEZLERİNİN GELİŞİMİ (1973-1996)

YIL	AÇSAP MERKEZİ	YIL	AÇSAP MERKEZİ	YIL	AÇSAP MERKEZİ
1973	171	1981	190	1989	213
1974	179	1982	191	1990	226
1975	191	1983	185	1991	234
1976	192	1984	194	1992	252
1977	192	1985	196	1993	263
1978	197	1986	197	1994	268
1979	193	1987	198	1995	268
1980	194	1988	209	1996	274

KAYNAK: SB; *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum*, Ankara, 1992, s.117.

SB; *Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı*, Yayın No: 595, s.78.

Günümüzde çoğunluğu il merkezlerinde olmak üzere²⁹¹, il ve ilçelerde faaliyet gösteren AÇSAP Merkezlerinin, 1973 yılında 171 olan sayısı, 1996 yılında 274'e yükselmiştir.

AÇSAP Merkezlerinin ana ve çocuk sağlığını korumaya yönelik hizmetleri ile aile planlaması uygulamaları görevleri, sağlık ocakları tarafından da yürütülmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde kaldırılması düşünülmüş olmakla birlikte, hali hazırda faaliyetlerini sürdüren AÇSAP Merkezleri, hizmet sundukları nüfus grubunun farklı olması ve hizmetlerinin bir kısmının uzman hekimler tarafından sunulmasıyla sağlık ocaklarının üstlenmediği bazı hizmetleri de yürütmektedir.

AÇSAP Merkezlerinde verilen hizmetlerin başlıcalarından olan aile planlaması hizmetleri, aynı zamanda doğumevleri, doğum servisi bulunan devlet hastaneleri, sağlık ocakları ve aile planlaması klinikleri tarafından da sunulmaktadır. Tablo 18'de 1983-1996 döneminde, aile planlaması hizmeti veren kuruluşların toplam sayılarındaki gelişme verilmiştir.

²⁹¹ 1994 yılı itibarıyla 268 AÇSAP Merkezi'nin 148'i il merkezlerinde, 120'si ilçelerde bulunmaktadır. DİE, *Türkiye İstatistik Yıllığı-1995*, age., s. 137.

TABLO 18: AİLE PLANLAMASI HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR İÇİNDE AÇSAP MERKEZLERİNİN PAYI

YIL	AİLE PLANLAMASI HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR	AİLE PLANLAMASI HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR İÇİNDE AÇSAP'LARIN PAYI (%)
1983	715	17,6
1984	786	16,0
1985	925	21,3
1986	1202	16,4
1987	1429	13,9
1988	3008	6,9
1989	3315	6,4
1990	3362	6,7
1991	3438	6,8
1992	3834	6,6
1993	4011	6,6
1994	4628	5,8
1995	5185	5,2
1996	5328	5,1

KAYNAK:SB; *Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 595, s.78.*

NOT:İkinci sütundaki oranlar bu tablodaki ve bir önceki tablonun verilerinden hesaplanmıştır.

Tablodan görüldüğü gibi, aile planlaması hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının sayısı 1983 yılında 715 iken, giderek artmış ve 1996 yılında 5328'e yükselmiştir. Aile planlaması hizmeti sunan kuruluş sayısındaki artış ile sağlık ocakları sayısındaki artış arasında paralellik bulunmaktadır. Nitekim, aile planlaması hizmeti veren kuruluşlar içinde AÇSAP Merkezlerinin payı 1983 yılında % 17,6 iken; sağlık ocaklarının da bu hizmeti sunmasıyla 1996 yılında %5,1'e kadar düşmüştür.

Aile planlaması hizmeti sunan kuruluşlar içinde, AÇSAP Merkezleri sayısının son yıllarda çok düşük olmasına karşılık, AÇSAP Merkezleri tarafından sunulan aile planlaması hizmetlerinin toplam aile planlaması hizmetleri içinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Tablo 19, aile planlaması hizmetleri içinde AÇSAP Merkezlerinin durumunu göstermektedir.

**TABLO 19: AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE
AÇSAP MERKEZLERİ**

	1994	1995	1996
Aile Planlaması Hizmeti Sunan Kuruluşlar İçinde AÇSAP Merkezlerinin Oranı	5,8	5,2	5,1
Toplam Aile Planlaması Uygulamalarında AÇSAP Merkezlerinin Oranı	23,2	24,6	23,3

KAYNAK: Tablo 18 ve SB; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 595, s.83'den hazırlanmıştır.

Tablodan görüldüğü gibi aile planlaması hizmeti sunan kuruluşlar içinde AÇSAP Merkezlerinin oranı yüzde 5-6 gibi oldukça düşük bir seviyede olmasına karşılık, hizmet içindeki payı yüzde 20'nin üzerindedir. Bu bilgiler de göstermektedir ki, AÇSAP Merkezleri, aile planlaması hizmetleri içinde önemli bir işleve sahiptir.

1.1.3. BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN DİĞER KURUMLAR

Yukarıda belirtildiği gibi, birincil sağlık hizmetleri kapsamında kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta veya evde teşhis ve tedavi hizmetleri yer almaktadır. Ülkemizde bu tür hizmetleri sunan çok sayıda sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu kurumlar ve sundukları hizmetlerin belli başlıları aşağıda ele alınmıştır.

Ülkemizde verem, trahom, frengi, cüzam, sıtma gibi hastalıklarla mücadele amacıyla "dikey örgütlenme" anlayışı çerçevesinde kurulan sağlık kuruluşları tarafından da birincil sağlık hizmeti arz edilmektedir. Bu kurumların sundukları hizmetler daha çok söz konusu hastalıkların sıklıkla görüldüğü nüfus gruplarına yönelik olup, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Tablo 20, bu amaçla kurulan sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda yürütülen çalışmaları özetlemektedir.

Tablo 20'den görüldüğü gibi, verem savaş çalışmaları, 1996 yılı itibariyle 29'u Verem Savaş Derneklerine bağlı, 227'si SB'na bağlı toplam 256 Verem Savaş Dispanseri eliyle yürütülmektedir. Bu dispanserlerde, her yıl 2 milyona yakın muayene yapılmakta ve veremli olduğu belirlenen hastalar kaydedilerek, bunlar ücretsiz tedavisi edilmektedir.

TABLO 20: BAZI KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
VEREM SAVAŞ ÇALIŞMALARI									
Toplam Dispanser Sayısı	250	250	251	252	253	253	255	256	256
- Sağlık Bakanlığı	219	219	221	221	224	224	225	227	227
- Verem Savaş Derneklerinin	31	31	30	31	29	29	30	29	29
Toplam Muayene Sayısı	1.831.709	1.835.227	1.894.686	1.851.120	1.778.706	1.771.523	1.759.163	1.786.394	1.818.547
İlk Kez Saptanan Veremli Sayısı	30.779	27.884	26.669	24.941	25.166	25.455	23.601	23.639	22.127
TRAHOM SAVAŞ ÇALIŞMALARI									
Muayene Sayısı	781.120	771.305	508.452	420.440	426.850	435.508	428.406	228.264	211.494
Saptanan ve Tedaviye Alınan	13.158	11.067	9.378	6.750	4.273	3.865	3.753	2.114	1.918
Trahom Nedeniyle Kör Olan	35	58	10	1	0	1	0	0	0
FRENGİ SAVAŞ ÇALIŞMALARI									
Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri	16	16	16	16	16	16	16	16	12
Kayıtlı Hasta Sayısı	4.309	4.125	3.693	3.587	3.785	3.218	2.913	2.870	3250
- Önceden	3.952	3.763	3.364	3.123	3.004	2.710	2.648	2.640	2.798
- Yeniden	339	340	313	440	514	473	247	196	251
- Göç veya Başka Bölgeden Gelen	18	22	16	24	267	35	18	34	201
LEPRA SAVAŞ ÇALIŞMALARI									
Lepra Dispanseri	12	12	12	12	12	12	12	12	5
Kayıtlı Hasta Sayısı	3.732	3.668	3.584	3.529	3.596	3.405	3.223	3.235	3.152
- Önceden	3.654	3.614	3.541	3.466	3.447	3.319	3.150	3.057	2.965
- Yeniden	42	33	23	37	31	46	27	25	102
- Göç veya Başka Bölgeden Gelen	36	21	20	26	118	40	46	153	85
Kayıtlı Silinen Hasta Sayısı	118	127	118	82	277	255	166	270	312
SITMA ERADİKASYON ÇALIŞMALARI									
Kam Tetkiki Yapılanlar	2.772.009	2.831.154	2.635.700	2.209.298	2.018.647	2.120.150	1.939.234	1.990.986	1.839.521
Tedavi Edilenler	20.134	16.245	12.112	8.680	12.218	18.676	47.210	84.345	82.096
Koruma Tedavisine Alınanlar	335.757	255.078	242.363	310.626	237.204	215.169	270.505	351.458	248.976

KAYNAK: DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1995, Yayın No:1845, Ankara, 1996, ss. 160-162,

DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1996, Yayın No:1985, Ankara, 1997, ss. 166-168,

1987-1995 döneminde, dispanser başına ortalama, olarak 7000 civarında muayene yapılmakla birlikte, son yıllarda ortalama muayene sayısında bir azalma görülmektedir. Bu muayenelerde, ilk kez saptanan veremli hasta sayısının, muayene sayısına oranı ise 1987 yılında yüzde 1,7 iken, giderek azalmış ve 1995 yılında yüzde 1,2'ye düşmüştür.

Trahomla savaşta, muayene sayısı ve tedaviye alınan kişi sayısında önemli ölçüde azalma gerçekleştiği, yine Tablo 20'den görülmektedir. Bu çalışmaların olumlu sonuç vermesi üzerine, 1987 yılında 35 olan, trahom nedeniyle körlük vakaları, son yıllarda tümüyle ortadan kalkmıştır.

1995 yılında sayısı 12'ye düşen, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri tarafından sürdürülen frengi savaş çalışmaları ve sayısı 5'e düşen Lepra Dispanserleri tarafından sürdürülen lepra (cüzam) savaş çalışmaları çerçevesinde, Cumhuriyetin kuruluş yıllarında çok ciddi sağlık sorunları olan frengi ve lepra önemli ölçüde azalmıştır.

Frengi ve lepra mücadelesinde elde edilen başarıya karşılık, sıtma eradikasyon çalışmalarında aynı başarının elde edilemediği, yine Tablo 20'den görülmektedir. Yapılan kan tetkiklerinin azalmasına karşılık, yıl içinde belirlenip tedaviye alınan sıtmalı sayısı, 1990 yılından sonra sürekli artmıştır. Nitekim, 1990 yılında tedaviye alınan sıtmalı sayısı 8680 iken, 1994 yılında bu sayı yaklaşık 10 katına yükselerek, 84345'e ulaşmıştır. Kan tetkiklerinin içinde sıtmalı olarak belirlenen oranı 1987'den 1995 yılına kadar sırasıyla %0,73; %0,57; %0,46; %0,39; %0,60; %0,88; %2,43; %4,24; %4,46 olarak gerçekleşmiştir.

Bu gelişmede, özellikle GAP Projesi kapsamında yer alan bölgelerde sulu tarıma geçilmesi sonucunda, sıtma taşıyıcısı sivrisineklerin rahatlıkla üreyebilecekleri ortamların artması etkili olmuştur. Bu da göstermektedir ki, bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin değişen koşullara uygun şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Aksi halde, daha önce sağlanmış başarıların her an tersine dönmesi mümkündür.

Yukarıdaki açıklamaların ışığında, Türkiye sağlık sektöründe, birincil sağlık hizmetleri arzıyla ilgili olarak şu tesbitleri yapabiliriz.

“Ülkemizde birincil sağlık hizmetleri arzı, SB'na bağlı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmekte olup, diğer kamu kurumları, özel sektör veya gönüllü

kuruluşlar tarafından sunulan birincil sağlık hizmeti, toplam içinde çok küçük bir pay almaktadır.

Türkiye sağlık sektöründe, 1963 yılı sonrasında başlayan ve 1984 yılında bütün ülkeye yaygınlaştırılan, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” programı çerçevesinde, birincil sağlık hizmetleri arzında temel örgütlenme şekli olarak, sağlık evi/sağlık ocağı modeli tercih edilmiştir.

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulduğu bu model çerçevesinde, 1996 yılı sonu itibarıyla 11877 sağlık evi ve 5167 sağlık ocağı faaliyete geçmiş ve buralarda ülkedeki toplam ayakta tedavi hizmetlerinin yaklaşık üçte biri sunulur hale gelmiştir.

Ayrıca, Cumhuriyetin kuruluş yıllarından başlayan, “sağlık hizmetlerinin dikey örgütlenmesi” modeli çerçevesinde, toplumsal sağlık sorunlarının her birine yönelik olarak kurulan sağlık örgütleri de faaliyetlerini sürdürmekte; değişen sağlık koşullarına bağlı olarak, zaman zaman bu örgütlerde değişiklikler yapılabilmektedir.

Ancak, ülkedeki birincil sağlık hizmetlerinin farklı örgütler eliyle sunulması görev çakışmalarına ve buna bağlı olarak kaynak israfına neden olabilmektedir.”

1.2. YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ ARZI

Ülkemizde yataklı tedavi hizmetleri arzı, öncelikli olarak SB'nin sorumluluğunda olup, SB dışında Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, özel sektör (gerçek ve tüzel kişilikler) ve kâr amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar eliyle yataklı tedavi hizmetleri sunulmaktadır.

Yataklı tedavi hizmetleri, evde veya ayakta bakım ve tedavisi yapılamayan, tıbbi kontrol altında tutulması gereken hastaların, bir sağlık kuruluşunda yatırılarak tedavisidir.

“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”ne göre yataklı tedavi kurumları, hastane ve sağlık merkezlerinden oluşmaktadır²⁹².

²⁹² RESMÎ; “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, Tarih: 10.9.1982, Sayı: 8/5319, (RG. T/S: 13.1.1983/17927 Mükerrer), Madde 2. Bu yönetmeliğin kapsamını belirten 2.

Sağlık merkezleri; acil vakalar, doğumlar, ateşli hastalar, küçük müdahaleler, kısa zamanda iyileşmesi mümkün görülen hastalarla, fiilen görev yapan uzmanların branşlarıyla ilgili hastaların kabul ve tedavi edildiği ve hükümet tabipliği, ocak tabipliği veya diğer koruyucu tebabet hizmetleri ve acil tedavi hizmetlerini bünyesinde bütünleştiren kurumlardır²⁹³.

Hastaneler ise, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır²⁹⁴.

Bu tanımlamada kullanılan, “ayaktan veya yatarak” ifadesi ve çalışma şekilleri dikkate alındığında, sağlık merkezleri ve hastaneler, hasta yatağına sahip olmalarına karşın, ayakta ve yatarak hasta tedavi eden kurumlar olarak isimlendirilmeleri daha doğru olacaktır. Kaldı ki, Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeye çıkarılmamış olması, esas olarak ikinci basamak sağlık hizmeti sunması gereken hastanelerin yoğun olarak poliklinik hizmeti vermelerine, bir başka ifadeyle, “birinci basamak sağlık hizmeti” sunan kurum olarak faaliyette bulunmalarına neden olmaktadır.

Hastaneler en az 50 yataklıdır ve işlevlerine göre 4 gruba ayrılır²⁹⁵:

1. Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile, yaş ve cins farkı gözetilmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır.

Maddesi sağlık merkezlerini yataklı tedavi kurumları içinde değerlendirmesine karşılık, Madde 3’de sağlık merkezlerinin, Madde 4’de yataklı tedavi kurumlarının ayrı ayrı tanımının yapılması, ayrıca, Madde 5’de yataklı tedavi kurumlarının en az 50 yataklı olduğunun belirtilmesi, yataklı tedavi kurumları tanımında ve kapsamında mevzuatta bir karışıklığın olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, Yönetmelik Maddelerinin içeriğinden 4. ve 5. Maddelerde yataklı tedavi kurumları kavramının hastane anlamında kullanıldığı anlaşılmaktadır. Çalışmamızda yataklı tedavi kurumları kavramı, Yönetmeliğin 2. Maddesinde belirtildiği şekliyle yani, sağlık merkezleri ve hastaneleri birlikte ifade etmek amacıyla kullanılmıştır.

²⁹³ RESMÎ; “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, agm., Madde 3.

²⁹⁴ RESMÎ; “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, agm., Madde 4. Yukarıda belirtildiği gibi, bu maddenin başlığı “Yataklı Tedavi Kurumları” olmasına karşılık, tanımlanan kurum hastanedir. Nitekim, bu nedenle SB yayınlarında, söz konusu maddeye atıf yaparak verdiği tanımların başlığı “Hastaneler” olarak kullanılmaktadır. Bkz. SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996, SBTHGM, Ankara, 1997, s.6.

²⁹⁵ RESMÎ; “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, agm., Madde 5.

2. Özeldal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.

3. Rehabilitasyon Merkezleri ve Servisleri: Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir.

4. Eğitim Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel, özeldal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir.

1.2.1. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ GENEL GELİŞİMİ

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana yataklı tedavi kurumlarının gelişimi, Tablo 21'de verilmiştir.

Tablodan görüleceği gibi, 1923 yılında 86 olan yataklı tedavi kurumu sayısı, 1996 yılında 1034'e; yatak sayısı ise 6437'den 139919'a yükselmiştir. Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kurumlar da dikkate alındığında, 1996 yılında yataklı tedavi kurumu sayısı 1076, yatak sayısı ise 155819'dur.

Yataklı tedavi kurumlarını bütün olarak değerlendirdiğimizde, 73 yılda, yataklı tedavi kurumu sayısının 12,5 katına; hasta yatağı sayısının ise 24,2 katına çıktığını görmekteyiz. Aynı süre içinde nüfusumuzun yaklaşık 5 katına çıktığı dikkate alındığında, yataklı tedavi kurumu sayısında ve hasta yatağı sayısında ciddi bir artış sağlandığı açıktır. Nitekim, bu gelişmeye bağlı olarak, 1923 yılında bir hasta yatağına 1920 kişi düşerken, 1996 yılında bir hasta yatağına 402 kişi düşmektedir. Aynı gelişmenin bir başka ifadesi olan, on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı, aynı dönemde 5,1'den 21,9'e yükselmiştir.

Buna göre, Cumhuriyet döneminde Ülkemizin yataklı tedavi hizmetlerinin altyapısını oluşturan kurum ve hasta yatağı açısından kayda değer bir ilerleme sağlandığı söylenebilir.

TABLO 21: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ HASTA YATAKLARININ GELİŞİMİ

YILLAR	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI	KURUM BAŞINA YATAK SAYISI	10.000 KİŞİYE DÜŞEN YATAK SAYISI
1923	86	6437	75	5,1
1925	167	9561	57	7,1
1930	182	11398	63	7,9
1935	176	13038	74	8,1
1940	198	14383	73	8,1
1945	197	16133	82	8,6
1950	301	18837	63	9,1
1955	426	34526	81	14,5
1960	566	45807	81	16,7
1965	626	55451	89	17,8
1970	746	71876	96	20,3
1975	798	81264	102	20,3
1980	827	99117	120	22,3
1985	722	103918	144	20,7
1990	857	120738	141	21,5
1991	899	123706	138	21,6
1992	928	126611	136	21,6
1993	962	131874	137	22,0
1994	982	134665	137	22,0
1995	1009	136072	135	21,8
1996	1034	139919	135	21,9

KAYNAK: SB; *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum*, Ankara, 1992 s.65.

SB; *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996*, SBTHGM, Ankara, 1997, s.14.

NOT:MSB'na ait yataklı tedavi kurumları hariçtir. 1996 yılı itibariyle Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumu sayısı 42, yatak sayısı 15900'dür. Bu kurumlar da dikkate alındığında, yataklı tedavi kurumu başına hasta yatağı sayısı 145'e; 10000 kişiye düşen yatak sayısı ise 24,4'e yükselmektedir.

On bin kişiye düşen yatak sayıları DİE'nin yıl ortası nüfus tahminlerine göre hesaplanmıştır

Nitekim, Kalkınma Planlarında sağlık sektörü için belirlenen hedeflerden yalnızca yatak sayısı ile ilgili olan hedeflere öngörülen zamandan önce ulaşılabilmektedir. Bunun sonucu olarak, yatak sayısı ile ilgili hedefler öne çekilmiştir. Örneğin, Birinci BYKP'nda 1977 yılı için verilen on bin kişiye 25 hasta yatağı hedefi²⁹⁶, İkinci BYKP'nda 1972 yılında ulaşılacak bir hedef olarak kabul edilmiş²⁹⁷; buna karşılık bu hedef 1971 yılı sonunda 25,1 olarak gerçekleşmiştir²⁹⁸.

²⁹⁶ RESMİ; *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, s. 410.

²⁹⁷ RESMİ; *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, s. 221.

²⁹⁸ RESMİ; *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*, s. 91. Burada sözü edilen nüfusa orantılı hasta yatağı hedefleri, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarının da dikkate alındığı

Bundan sonraki plan dönemlerinde ise, sayısal hedeflerin gerisinde kalınmış, ancak sorunun nüfusa orantılı hasta yatağı sayıları hedeflerinin gerçekleşmesinden çok bu yatakların ülke düzeyinde dağılımının ve kullanım düzeyinin olduğu fark edilmiştir. Nitekim, rasyonel olmayan istihdam politikaları, kapasite ve yer seçimindeki yanlışlıklar, modern hastane işletmeciliğinin olmayışı gibi nedenlerle, sağlık hizmet birimlerinin kapasite kullanım oranları düşük seviyelerde kalmıştır²⁹⁹. Yataklı tedavi kurumlarının ülke düzeyinde dağılımı ve kapasite kullanımları aşağıda ele alınmıştır.

Yataklı tedavi kurumlarının ortalama büyüklüğüne baktığımızda, hastane ölçeğinin, 1923 yılından 1985 yılına kadar giderek daha büyüdüğünü Tablo 21'den görmekteyiz. Yataklı tedavi kurumu başına düşen hasta yatağı sayısı, 1923 yılında 75 ve 1925 yılında 57 iken; 1985 yılına kadar sürekli artarak 144'e yükselmiş, bu yıldan sonra ise, belli bir azalmayla 135 düzeyine gelinmiştir.

Milli Savunma Bakanlığı kurumları hariç, 1996 yılında 135 olan kurum başına hasta yatağı sayısı, sağlık merkezlerinin dikkate alınmaması durumunda, 156'ya yükselmektedir. Zira, sağlık merkezlerindeki hasta yatağı sayısı 10-20 civarındadır. Bu ise toplam olarak yataklı tedavi kurumları hasta yatağı ortalamasını düşürmektedir. Nitekim, 1996 yılı itibariyle, 151 sağlık merkezinde bulunan toplam hasta yatağı sayısı 2115; sağlık merkezi başına hasta yatağı ise 14'tür.

Yatak sayısı, hastane ölçeğinin en önemli göstergesidir. Hastane ölçeği, hastanelerdeki sağlık hizmeti üretiminin ve maliyetlerin önemli bir belirleyicisidir. Zira, gerek mal üreten sanayi kuruluşlarında gerekse hizmet üreten kuruluşlarda, ölçek ekonomileri nedeniyle, belli bir optimum işletme büyüklüğü söz konusudur. Başlangıçta işletme ölçeği büyüdükçe, büyümenin avantajları nedeniyle ortalama maliyetler düşmekte; belli bir optimum işletme büyüklüğünden sonra büyümenin dezavantajları ortaya

hedeflerdir. Bu nedenle bizim Tablo 20'de verdiğimiz nüfusa orantılı hasta yatağı sayıları bu hedeflerle farklılık göstermektedir.

²⁹⁹ DPT: 1996 Yılı Programı Destek Çalışmaları: Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara 1996, s. 156.

çıkmakta ve ortalama maliyetler yükselmektedir³⁰⁰. Bu nedenle hastane büyüklüğünün optimum ölçekte olması önem taşımaktadır.

Bu önemi nedeniyle hastanelerde, ölçek-maliyet ilişkisi birçok uygulamalı çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmaların bir kısmında hastanenin büyümesinin maliyetleri artırdığı yolunda sonuçlara ulaşılmışken, bir kısmında da hastanenin büyümesinin maliyetleri düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bu farklı görüşler iki önemli faktörün ihmal edilmesinden kaynaklanmaktadır³⁰¹.

- Bir zaman dilimi içinde, bir dizi hastane için üretim ve maliyetlerin karşılaştırılması esasına dayalı maliyet analizi, hizmet niteliğinin farklılaşmasını dikkate almamaktadır. Büyük bir eğitim hastanesinde verilen ortalama hasta bakımı, küçük bir mahalli hastanedeki bakımdan, karakter ve nitelik olarak farklıdır.
- Hastane üretimlerini, hasta-gün, hasta kabul sayısı veya taburcu edilen hasta sayısı gibi ölçülerle değerlendirilmesi hastane hizmetleri arasındaki farklılıkları yeterli ölçüde yansıtmaktan uzak kalmaktadır.

Bu açıdan ölçek-maliyet karşılaştırılması, eşdeğer donatım ve hizmetleri olan hastaneler arasında yapılmalı veya üretimin ölçü birimi olarak, hasta-gün yerine nitelik farklılıklarını da yansıtabilen bir üretim ölçüsü geliştirilmesi gerekmektedir.

Nitekim, Ankara'da bulunan üç farklı niteliğe sahip hastanede yapılan bir etkinlik araştırması, hastane büyüklüğünün yaklaşık aynı olmasına karşılık ortalama maliyetlerin birbirinden farklı olabildiğini göstermektedir. Bu araştırmada 514 yataklı Ankara Hastanesi, 394 yataklı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi (Ankara Büyük Doğumevi) ile 385 yataklı Yüksek İhtisas Hastanesi değerlendirilmiş 1989 yılı fiyatlarıyla ortalama hasta günü maliyeti, sırasıyla 126.155 TL, 87.049 TL ve 181.744 TL olarak hesaplanmıştır. Yatak maliyetleri ise yine aynı sırayla 30 milyon TL, 28 milyon TL ve 54 milyon TL olarak belirlenmiş; ortalama yatış süresinin ve hasta günü maliyetinin

³⁰⁰ Büyüyen işletmenin bölünemeyen üretim faktörlerinden daha iyi yararlanması, uzmanlaşmaya daha çok önem vermesi, üretim için gerekli girdilerin daha uygun koşullarda temin etmesi vb. nedenlerle firma belli bir aşamaya kadar büyümekle ortalama maliyetlerini düşürebilmekte; ancak belli büyüklüğe ulaştıktan sonra, büyüyen firmada yönetim ve kontrolün güçleşmesi, bir üretim faktörünün aynı kalitede kalmak kaydıyla istenildiği kadar artırılamaması gibi nedenlerle işletmelerin ortalama maliyetleri artmaktadır. PEKİN, Tevfik. Ekonomiye Giriş, age., ss. 122-123.

³⁰¹ TUÇ, Arif Nihat; Sağlık Sektöründe Tedavi Hizmetleri ve Planlama. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul, 1979. s. 117.

fonksiyonu olan ortalama hasta maliyeti ise, yine sırasıyla, 909 bin TL, 246 bin ve 2 milyon 300 TL olarak hesaplanmıştır³⁰².

Bu araştırma da göstermektedir ki, ölçeği yaklaşık aynı, ancak nitelikleri farklı hastanelerde, bu nitelik farkına bağlı olarak, farklı maliyet yapıları söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle, hastane ölçeği-maliyet ilişkisinin belirlenmesinde, hastaneler arasındaki bu nitelik farklarının göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Türkiye’de yataklı tedavi kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla Tablo 22’de, gerçekleştirilen poliklinik sayıları ve yatan hasta sayılarıyla, yatan hasta oranlarının 1925-1996 dönemine ilişkin gelişimi verilmiştir.

TABLO 22: TÜRKİYE’DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ HİZMET GELİŞİMİ VE BAZI RASYOLAR (1925-1996)

YILLAR	POLİKLİNİK SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	POLİKLİNİK ORANI (%)	YATAK SAYISI	YATAK DEVİR HIZI	YATAN HASTA ORANI(%)
1925	54843	26744	0,40	9561	2,80	48,76
1930	244355	58309	1,69	11398	5,12	23,86
1935	722169	107977	4,50	13038	8,28	14,95
1940	1161495	176833	6,56	14383	12,29	15,22
1945	1213962	188965	6,48	16133	11,71	15,57
1950	1892575	322686	9,10	18837	17,13	17,05
1955	4542314	605105	19,04	34526	17,53	13,32
1960	6988257	931228	25,41	45807	20,33	13,33
1965	9707302	1181204	31,16	55451	21,30	12,17
1970	15177715	1552848	42,97	71876	21,60	10,23
1975	18163978	1653483	45,38	81264	20,35	9,10
1980	25648756	1905763	57,72	99117	19,23	7,43
1985	34163143	2419633	67,91	103918	23,28	7,08
1990	55540245	3186336	99,01	120738	26,39	5,74
1991	55264961	3135505	96,40	123706	25,35	5,67
1992	59219722	3378324	101,09	126611	26,68	5,70
1993	62874153	3496498	105,02	131874	26,51	5,56
1994	70238784	3740015	114,80	134665	27,77	5,32
1995	75870768	3876520	121,34	136072	28,49	5,11
1996	79566585	4084002	124,52	139919	29,19	5,13

KAYNAK:SB; *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996*, SBTHGM, Ankara, 1997, s. 35. Rasyolar, tablodaki bilgiler ve DİE’nin yıl ortası nüfus tahminleriyle hesaplanmıştır. Poliklinik Oranı = (Poliklinik Sayısı / Nüfus x 100), Yatak Devir Hızı = (Yatan Hasta Sayısı / Yatak Sayısı), Yatan Hasta Oranı = (Yatan Hasta Sayısı / Poliklinik Sayısı x 100).

³⁰² TOKAT, Mehmet ve KISAER, Hülya; *Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi*, age., s.99.

Tablo 22'den görüldüğü gibi, 1923-1996 döneminde gerek poliklinik sayısı, gerek yatan hasta sayısı açısından, yataklı tedavi hizmeti arzında önemli düzeyde artış söz konusudur. Nüfusumuzun yaklaşık 5 kat, hasta yatağı sayısının 14 kat arttığı bu dönemde yatan hasta sayısı 153 kat, poliklinik sayısı 1451 kat artış göstermiştir. Bu gelişme, Cumhuriyet döneminin başından bu yana yataklı tedavi hizmetleri arzındaki önemli artışın göstergesi olduğu gibi, aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımının da arttığını göstermektedir.

Nitekim, 1925 yılında % 0,4 olan poliklinik başvuru oranı 1996 yılında % 124,2 olmuştur. Bu gelişme, toplumun hekime başvuru oranındaki artıştan kaynaklanmıştır. Zira, 1924 yılında yüzde 48,76 olan ve giderek azalmasına karşın 1955 yılına kadar %15'in üzerinde seyreden Yatan Hasta Oranı, 1990'lı yıllarda %5'ler düzeyine gerilemiştir. Bu, daha önceki dönemlerde kişilerin hastalığı ağırlaşmadan hekime başvurmadığını, ancak hastalık ağırlaşıp ayaktan tedavi olasılığının azaldığı durumlarda hastaneye geldiği; buna karşılık günümüzde, hastaneye başvuruların yüzde 95'inin hastaneye yatırılması gerekmeyen hastalar olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bir başka ifadeyle, toplumumuzda hekim kullanma düzeyi artmıştır. Bu nedenle poliklinik oranı 1990'lı yıllarda % 100'ün üzerine çıkmıştır. Bu gelişmede etkili olan bir diğer önemli unsur ise, günümüzde oldukça azalan muttatabielerin, geçmişteki etkinliğidir.

Öte yandan, mevcut yatakların etkin kullanılıp kullanılmadığını gösteren Yatak Devir Hızı, 1923 yılında 2,8 gibi çok düşük bir oran iken 1996 yılında 29,2 olarak gerçekleşmiştir. Ortalama Yatış Süresi ve Yatak İşgal Oranı ile yakından ilgili olan bu etkinlik katsayısı, ortalama maliyetleri etkileme açısından da önem taşır³⁰³. Yatak kapasitesinin düşük seviyede kullanılması ve/veya Ortalama Yatış Süresinin uzun olması durumunda, Yatak Devir Hızı düşecektir. Aynı şekilde hastane yatak etkinliğinin temel göstergelerinden olan "Yatak İşgal Oranı (Kapasite Kullanım Oranı)" yükseldikçe, Yatak Devir Hızı da yükselecektir.

³⁰³ TOKAT,Mehmet ve KISAER.Hülya: Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi, age., s.58.

Buna göre Yatak Devir Hızının yükselmesi, Ülkemizdeki yataklı tedavi kurumlarının daha etkin kullanıldığını göstermesi bakımından olumlu bir gelişmedir. Ancak bu olumlu gelişmenin yeterli görülmesi olanaksızdır.

Konu “Yatak İşgal Oranı” ile de açıklanabilir. Bu oranın normal değeri, genel hastanelerde %80-85, kronik hastanelerde % 95-100 olarak kabul edilmektedir³⁰⁴. Buna karşılık Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarında Yatak İşgal Oranı, 1996 yılı için, %58,3 olarak gerçekleşmiştir³⁰⁵. Bu oran, yataklı tedavi kurumlarının yaklaşık yarı kapasiteyle kullanıldığını, dolayısıyla pahalı bir yatırım olan hastanelerin etkin kullanılmaması yoluyla, kaynakların israf edildiğini göstermektedir. Ülkemizde bir taraftan hasta yatakları düşük kapasite ile kullanılmakta, diğer taraftan üst düzey hizmet veren hastanelerde bekleme süresi giderek uzamaktadır. Bu durum, modern işletmecilik esasına göre yönetim eksikliğini göstermektedir³⁰⁶. Oysa, sağlık sistemi iyi çalışan gelişmiş ülkelerde, yatak kullanım oranı % 80’in üzerinde gerçekleşmektedir.

Kuşkusuz, bir hastanedeki yatakların ne ölçüde kullanılacağı, birçok faktörün etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Hastanenin bulunduğu yörenin koşulları, hastalıkların türü, hastanelerin tipi ve ölçekleri, hastane yönetiminin uyguladığı kurallar yatak kullanımını etkilemektedir³⁰⁷. Ülkemizde ise özellikle, 50 ve daha az yataklı kamu hastanelerinde, istihdam edilen uzman hekim sayısının yetersizliğinden dolayı yatak kullanım oranı yüzde 25-30 seviyesinde kalmaktadır³⁰⁸.

Bununla birlikte, basit bazı düzenlemelerle yatak kullanım düzeyinin yükseltilmesi mümkündür. Örneğin hastaların yatış ve çıkış işlemlerinin otomasyona bağlanması ve bu işlemler için zaman kaybının en aza indirilmesi yatak kullanım oranını artıracaktır. Bir yataktan, yılda 30 hastanın yararlanması ve yatağın, hastaların yatış ve çıkış işlemleri

³⁰⁴ RESMİ; “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, agm.

³⁰⁵ SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 1996, SBTHGM, Ankara, 1997, s. 36.

³⁰⁶ DPT; 1996 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1996, s. 157.

³⁰⁷ TUÇ, Arif Nihat; Sağlık Sektöründe Tedavi Hizmetleri ve Planlama, agc., s. 122.

³⁰⁸ DPT; VI. BYKP Öncesinde Gelişmeler 1984-1988, DPT Yayın no: 2190, Ankara, 1990, s. 338.

nedeniyle 1 gün boş kalması, yılda bir ay yataktan yararlanılmaması anlamına gelmektedir ki, bu süre dikkate değer bir zaman kaybıdır.

1.2.2. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA GÖRE DAĞILIMI

Ülkemizde 1996 yılı sonu itibariyle, toplam 1076 yataklı tedavi kurumu bulunmaktadır. Bu kurumların kadro yatak sayısı toplamı ise, 155 bin 819 adettir. Söz konusu kurumların ve hasta yataklarının kuruluşlara dağılımı, Tablo 23’de verilmiştir.

TABLO 23: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA DAĞILIMI VE ORTALAMA YATAK SAYILARI (1996)

KURULUŞUN ADI	KURUM SAYISI	DAĞILIM (%)	KADRO YATAK SAYISI	DAĞILIM (%)	ORTALAMA YATAK SAYISI
SAĞLIK BAKANLIĞI	682	63,4	78347	50,3	115
MSB	42	3,9	15900	10,2	379
SSK	115	10,7	25359	16,3	221
KİT	10	0,9	2217	1,4	222
DİĞER BAKAN.	2	0,2	680	0,4	340
TIP FAKÜLTELERİ	35	3,3	22056	14,2	630
BELEDİYELER	6	0,6	1218	0,8	203
DERNEKLER	15	1,4	1263	0,8	84
YABANCILAR	5	0,5	609	0,4	122
AZINLIKLAR	5	0,5	934	0,6	187
ÖZEL	159	14,8	7236	4,6	46
TOPLAM	1076	100,0	155819	100,0	145

KAYNAK:SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996, SBTHGM, Ankara, 1997, s.77’den hazırlanmıştır

Tablodan görüldüğü gibi, yataklı tedavi kurumlarının % 63,4’ü (682 adet) Sağlık Bakanlığı’na; %14,8’i (159 adet) özel kesime; %10,7’si (115 adet) SSK’ya; % 3,9’u (42 adet) MSB’ye; %3,3’ü (35 adet) tıp fakültelerine aittir. Buna karşılık, hasta yataklarının % 50,3’ü Sağlık Bakanlığı’na; % 16,3’ü SSK’ya; % 14,2’si tıp fakültelerine; % 10,2’si MSB’ye aittir. Özel kesim, yataklı tedavi kurumlarının % 14,8’ine sahip olmasına karşılık, hasta yataklarının % 4,6’sına sahiptir. Bu da göstermektedir ki, yataklı tedavi kurumlarının ortalama yatak sayıları, kuruluşlara göre oldukça farklıdır.

Nitekim, Tablo 23’den görüldüğü gibi, toplam yataklı tedavi kurumlarının ortalama yatak sayısı 145 olmasına karşılık, kâr amaçlı kuruluşlar olan özel hastanelerde bu sayı 46, derneklere ait hastanelerde 84’tür. Ortalama yatak sayısı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 115; SSK hastanelerinde 221; Milli Savunma Bakanlığı hastanelerinde 379

iken tıp fakültelerine ait hastanelerde 630'dur. Tıp fakültesi hastanelerinde gelişmiş tıp teknolojileri kullanılmakta ve bu hastaneler belli merkezlerde yer almaktadır. Birer uygulama ve araştırma merkezi niteliğinde olan bu hastanelerin, büyük ölçekli kurulmaları, buraların referans hastanesi olmasından kaynaklanmaktadır.

Buna karşılık, tıbbi ve teknolojik gelişme nedeniyle ortaya çıkan büyük hastanelerin kurulması eğilimi, daha küçük ölçekli hastaneler ve diğer yataklı tedavi kurumlarına olan gereksinimi ortadan kaldıramamaktadır³⁰⁹. Nitekim, ülke geneline sağlık hizmeti götürmekle yükümlü olan Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinde ortalama yatak sayısının 115 olmasına karşılık, bu 682 yataklı tedavi kurumlarından 151'inin, ortalama 14 yatağa sahip olan sağlık merkezi niteliğinde olması, nüfus yoğunluğunun az olduğu yerlerde, küçük hastane kurulması gereğinden kaynaklanmaktadır. Nüfus yoğunluğunun az olduğu bölgelerde, büyük hastaneler kurulması etkin değilken; nüfus yoğunluğunun fazla olduğu yerlerde büyük hastaneler daha rantabldır. Bu ise hastanelerin kademelendirilmesini gündeme getirmektedir.

Yataklı tedavi kurumlarındaki hizmetlerin kuruluşlara dağılımını göstermek üzere, aşağıdaki Tablo 24 hazırlanmıştır. Tablodan görüleceği gibi, Türkiye'de yataklı tedavi hizmetleri arzında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların egemenliği söz konusudur. 1996 sonu itibariyle, yataklı tedavi kurumlarının % 66'sı, fiili hasa yatağı sayılarının % 53'ü Sağlık Bakanlığı'na aittir. Buna karşılık, yataklı tedavi kurumlarında sunulan poliklinik hizmetlerinin % 54'ü, yatakta tedavi hizmetlerinin % 55'i Sağlık Bakanlığı kuruluşları tarafından sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'ndan sonra en fazla yataklı tedavi kurumu ve hasta yatağına sahip olan kuruluşlar ise SSK ve tıp fakülteleridir. SSK'ya bağlı hastaneler toplamın % 11'i düzeyinde iken, fiili yatak sayısının % 22'si SSK hastanelerinde bulunmaktadır. Yataklı tedavi kurumları tarafından sunulan poliklinik hizmetlerinin % 35'i, yatakta tedavi hizmetlerinin % 26'sı SSK hastanelerinde yapılmaktadır.

³⁰⁹ TUÇ. Arif Nihat: Sağlık Sektöründe Tedavi Hizmetleri ve Planlama. age., s. 119.

TABLO 24: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİN KURULUŞLARA DAĞILIMI

KURULUŞLAR	SB		SSK		TIP FAK.		DIĞ. BAK.		ÖZEL HAST.		DİĞER		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Hastane Sayısı	682	66.0	115	11.1	35	3.4	12	1.2	159	15.4	31	3.0	1034	
Fili Yatak Sayısı	64260	53.3	26175	21.7	18942	15.7	2170	1.8	6057	5.0	2990	2.5	120594	
Poliklinik	42849819	53.9	27499103	34.6	6074752	7.6	979992	1.2	1225373	1.5	937546	1.2	79566585	
Yatan Hasta	2254865	55.2	1062659	26.0	483441	11.8	32852	0.8	190925	4.7	59260	1.5	4084002	
Ameliyat	587144	47.0	330108	26.4	207507	16.6	14697	1.2	82919	6.6	25796	2.1	1248171	
Büyük	241405	44.4	135320	24.9	101832	18.7	5465	1.0	44126	8.1	15097	2.8	543245	
Orta	183488	45.9	116847	29.2	64741	16.2	4799	1.2	24330	6.1	5419	1.4	399624	
Küçük	162251	53.1	77941	25.5	40934	13.4	4433	1.5	14463	4.7	5280	1.7	305302	
Doğum	517262	65.7	187465	23.8	29026	3.7	2057	0.3	42008	5.3	9776	1.2	787594	
Ort. Yat. Sür.(Gün)	5.7	--	6.4	--	9.6	--	9.1	--	2.7	--	9.1	--	6.3	
Yatak İş. Or. (%)	55.7	--	70.7	--	67.1	--	38	--	23.1	--	49.3	--	58.3	
Yatan Hasta Oranı	5.3	--	3.9	--	8.0	--	3.4	--	15.6	--	6.3	--	5.1	
Amel./ Yatan Hasta (%)	26.0	--	31.1	--	42.9	--	44.7	--	43.4	--	43.5	--	30.6	

KAYNAK: SB, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılı 1996, SBTHGM, Ankara, 1997, Tablo 13'den düzenlenmiştir.

MSB'na bağlı kuruluşlar dahil değildir. Kurumların ve yatak sayılarının kuruluşlara dağılımında oranlar, bu nedende bir önceki tablodan farklıdır.

Tıp fakültelerine bağı hastanelerin, toplam yataklı tedavi kurumlarının % 3,4'ünü oluşturmasına karşılık, fiili yatak kapasitesinin % 15,7'sinin tıp fakültesi hastanelerinde bulunması, referans hastanesi niteliğindeki bu hastanelerin daha büyük ölçekte kurulmasından kaynaklanmaktadır. Nitekim, yataklı tedavi kurumları tarafından sunulan toplam poliklinik hizmetlerinin % 7,6'sının tıp fakültesi hastanelerinde olmasına karşılık, yatan hastaların % 11,9'u bu hastanelerde tedavi görmüştür.

Özel hastanelerin yataklı tedavi kurumları içindeki payının %15,4 olmasına karşılık, fiili yatak sayılarının % 5'i bu hastanelerde bulunmaktadır. Bir başka ifadeyle, özel kesim hastanelerinin ölçüğü, ortalamanın altındadır. Özel hastaneler toplam poliklinik hizmetlerinin % 1,5'ini veriyor iken, yatan hasta sayılarının % 4,7'si bu grupta yer almaktadır. Buna göre, özel hastanelerde ayakta tedavi hizmetleri görece olarak daha düşüktür.

Yataklı tedavi kurumlarının sundukları hizmetlerden hareketle, kuruluşlara göre performansları değerlendirdiğimizde, dikkati çeken ilk nokta, ortalama yatış sürelerinde özel hastanelerin genelden çok farklı olmasıdır. Tıp fakültesi hastanelerindeki 9,6 günlük ortalama yatış süresine karşılık, özel hastanelerdeki yatış süresinin 2,7 gündür. Özel hastanelerdeki ortalama yatış süresinin kısalığı, "hastanede tedavi yerine, evde tedavinin öne çıkarılması" şeklindeki, modern tıbbi bakım düşüncesine uygun bir gelişmedir. Ancak, özel hastanelerde ortalama yatış süresinin kısalığı, çoğunlukla bu hastanelerdeki otelcilik hizmetlerinin pahalı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bunun yanında özel hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların hastaneden çıktıktan sonra da tedavisini yürüten hekimle sürekli bağlantı kurma olanağı mevcuttur. Zira, bu hastanelerde tedavi gören hastaların sayıca az olması ve hasta ile hekim arasındaki parasal ilişki, nekahet döneminde, hastanın ayakta takibini mümkün kılmaktadır. Oysa, Sağlık Bakanlığı, SSK ve tıp fakültelerinin hastanelerinde, hekim başına hasta sayısı özel hastanelerle karşılanamayacak kadar çoktur. Dolayısıyla, bu hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların nekahet dönemlerinde evde kontrol edilme olanağı çok daha sınırlıdır ve bu nedenle hastalar riskli dönem geçinceye kadar hastanede kontrol altında tutulmaktadır. Bu nedenle de söz konusu hastanelerdeki ortalama yatış süreleri özel hastanelerden daha yüksektir.

Özel hastanelerdeki ortalama yatış süresinin kısalığına bağlı olarak, bu hastanelerde yatak işgal oranı % 23,1 gibi, Ülkemiz koşullarında çok düşük bir oranda gerçekleşmiştir. Öte yandan, örneğin SSK hastanelerinde yatak işgal oranı % 70,7 düzeyindedir. Buna göre denilebilir ki, SSK hastanelerinde hastalar yatak beklerken, özel hastanelerde yataklar hasta beklemektedir.

Yine Tablo 24'den dikkati çeken bir başka nokta, yatan hasta oranlarının kuruluşlara göre, birbirinden oldukça farklı olmasıdır. Tıp fakültesi hastanelerinde polikliniğe müracaat eden hastaların % 8,0'inin yatarak tedavi görmesine karşılık, örneğin, SSK hastanelerinde müracaatların % 3,9'u yatarak tedavi görmektedir. Buna göre tıp fakültelerinin hastanelerinde görece olarak daha ciddi hastalıklarla ilgilenilmektedir. Ayrıca, ameliyat/yatan hasta oranının Sağlık Bakanlığı hastanelerinde % 26,0; SSK hastanelerinde %31,1 olmasına karşılık, tıp fakülteleri hastanelerinde % 42,9 olması da aynı doğrultuda bir göstergedir.

Öte yandan, ameliyatların büyük/orta/küçük şeklindeki dağılımı da aynı doğrultuda yorumlanabilir. Tıp fakülteleri hastanelerinde ameliyatlarının yarısının büyük ameliyat olması, bu hastanelerin, görece olarak, referans hastanesi işlevini de üstlendiğini göstermektedir. Ancak bu farklılık, tıp fakülteleri hastanelerine başvuran hastaların % 92'sinin ayakta tedavi gördüğü ve bu hastanelerin de, ayakta tedavi merkezleri olarak kullanıldığı gerçeğini değiştirecek boyutlarda değildir.

1.2.3. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI

Daha önce ele alındığı gibi, Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarında ve bu kurumlardaki hasta yatağı sayısında, Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze, çok önemli artışlar sağlanmıştır. Nitekim, daha önce değerlendirilen Tablo 21'de gösterildiği gibi, 1923 yılından 1996 yılına kadar, nüfusumuz yaklaşık 5 kat artarken, hasta yatağı sayısı yaklaşık 22 kat artmış; buna bağlı olarak on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 5,1'den 21,9'a yükselmiştir. Hasta yatağı sayısındaki bu gelişme, kuşkusuz olumludur. Ancak, yatak sayısı kadar önemli olan bir diğer konu da, bu yatakların ülke düzeyine dağılımıdır. Ne var ki, bütün kalkınma planları ve yıllık programlarda, bu konuda hedef konulmasına karşın, istenilen düzeyde dengeli bir dağılım sağlanabilmiş değildir.

1978 yılında, Ülkemizde nüfusa orantılı yatak sayısı en düşük olan ilimiz, on bin kişiye 3,7 yatak ile Hakkari iken; nüfusa orantılı yatak sayısı en yüksek ilimiz, on bin kişiye 54,6 yatak ile Eskişehir'dir³¹⁰. Buna göre, 1978 yılında en yüksek yatak yoğunluğu olan il ile, en düşük yatak yoğunluğu olan il arasındaki fark 14,7 kattır.

1996 yılı itibariyle nüfusa orantılı yatak sayısı en yüksek ilimiz, on bin kişiye 50,3 yatak ile Isparta; nüfusa orantılı yatak sayısı en düşük ilimiz, on bin kişiye 4,3 yatak ile Batman'dır³¹¹. Buna göre 1996 yılında en yüksek yatak yoğunluğu olan il ile, en düşük yatak yoğunluğu olan il arasındaki fark 11,70 kattır.

1978 yılı ile 1996 yılı arasındaki bu farklılık, hasta yataklarının ülkeye dağılımında bir iyileşmenin olduğunu göstermektedir. Ancak bu iyileşme, eşitsizliği ortadan kaldıracak düzeyde olmaktan çok uzaktır.

Hasta yataklarının ülke düzeyine dağılımında, bu bölgelerde yaşayan nüfusun da dikkate alınması gerekmektedir. Bir başka ifadeyle, nüfusun yoğun olduğu bölgelerde hizmet arzının da diğer bölgelerden daha fazla olması gerekmektedir. Aşağıdaki Tablo 25'de, bu değerlendirmeye esas olmak üzere, Ülkemizdeki yataklı tedavi kurumu ve hasta yataklarının il gruplarına göre dağılımı, nüfus ile birlikte verilmiştir.

Tablodan görüldüğü gibi, "Kalkınmada 2. Öncelikli İller" kapsamında bulunan iller toplamında, nüfus ve hasta yatağı payları birbirine eşittir. Bir başka ifadeyle, bu grupta yer alan iller, nüfuslarıyla orantılı miktarda hasta yatağına sahiptir. "Diğer İller" olarak gruplandırılan illerde de, nüfus ve yatak payları görece olarak birbirine yakındır.

Buna karşılık, nüfusun yüzde 25'inin yaşadığı üç büyük ilde, hasta yataklarının yüzde 38,9'u; nüfusun yüzde 15,1'inin yaşadığı, "Kalkınmada 1. Öncelikli İller" kapsamında hasta yataklarının yüzde 8,5'i bulunmaktadır. Buna göre, yataklı tedavi kurumları ve hasta yatakları üç büyük ilde toplanmış durumdadır. Bu dengesiz dağılıma bağlı olarak üç büyük ilde on bin kişiye düşen yatak sayısı 34,7 iken Kalkınmada 1. Öncelikli İller'de bu sayı 12,6'ya düşmektedir.

³¹⁰ DPT; Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), age.. Tablo 266'dan.

³¹¹ SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996, Tablo 48'den.

TABLO 25: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ İLLERE VE BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI

		Üç Büyük İl	Kalkınmada 1. Önc. İller (23 İl)	Kalkınmada 2. Önc. İller (14 İl)	Diğer İller (40 İl)	TOPLAM
SAĞLIK BAKAN.	YTK Sayısı	75	123	124	360	682
	Yatak Sayısı	21.145	8.570	11.105	37.527	78.347
	Yatak (%)	27,0	10,9	14,2	47,9	100,0
SSK	YTK Sayısı	21	13	18	63	115
	Yatak Sayısı	9.954	2.124	2.787	10.494	25.359
	Yatak (%)	39,3	8,4	11,0	41,4	100,0
TIP FAK.	YTK Sayısı	15	2	4	14	35
	Yatak Sayısı	12.968	1.150	1.610	6.328	22.056
	Yatak (%)	58,8	5,2	7,3	28,7	100,0
ÖZEL	YTK Sayısı	87	1	8	63	159
	Yatak Sayısı	4.488	20	302	2.426	7.236
	Yatak (%)	62,0	0,3	4,2	33,5	100,0
DİĞER	YTK Sayısı	32	0	1	10	43
	Yatak Sayısı	5.840	4	166	911	6.921
	Yatak (%)	84,4	0,1	2,4	13,2	100,0
TOPLAM	YTK	230	139	155	510	1.034
	Yatak (Sayı)	54.395	11.868	15.970	57.686	139.919
	Yatak (%)	38,9	8,5	11,4	41,2	100,0
Toplam Nüfus İçinde Bölgenin Payı (%)		25,0	15,1	11,4	48,5	100,0
On bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı		34,7	12,6	22,4	19,0	22,3

KAYNAK:SB; *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996*, SBTHGM, Ankara, 1997, Tablo 46 ve 48'den hazırlanmıştır.

NOT: Milli Savunma Bakanlığı'na ait 42 kurum ve 15900 yatak hariçtir.

Yine tabloda dikkat çeken bir unsur, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarının ve hasta yataklarının nispi olarak ülke düzeyine daha dengeli dağılmış olmasıdır. Nitekim, SSK, tıp fakülteleri, özel, ve diğer hastanelerdeki yatakların sırasıyla % 39,3'ü; % 58,8'i; % 62,0'si ve % 84,4'ü üç büyük ilde yer alırken; Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yer alan hasta yataklarının % 27'si üç büyük ilde yer almaktadır. Hasta yatakları açısından en düşük kapasiteye sahip olan, "Kalkınmada 1. Öncelikli İller" kapsamında, Sağlık Bakanlığı dışındaki kuruluşlara ait yatakların yine aynı sırayla % 8,4'ü; % 5,2'si; % 0,3'ü ve % 0,1'i yer alırken; Sağlık Bakanlığı'na bağlı yatakların %10,9'u bu bölgede yer almaktadır. Nüfusun % 15,1'inin bu bölgede yaşadığını dikkate aldığımızda Sağlık Bakanlığı'na bağlı yatakların dağılımının da eşitsiz olduğu açıktır. Bununla birlikte diğer kuruluşlara göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı yatakların dağılımı görece olarak daha dengelidir.

SSK hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler kadar olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığı dışındaki kuruluşlara göre, daha dengeli bir dağılım göstermektedir. Tıp fakültelerine bağlı hastanelerin dağılımında ise, Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine oranla daha dengesiz bir dağılım olmakla birlikte; bu hastanelerin tıp eğitimine bağlı olarak çalıştığı ve esas olarak tedavi merkezlerinden çok birer araştırma ve referans hastanesi oldukları dikkate alındığında bu dağılım normal kabul edilebilecek düzeydedir.

Özel sağlık kuruluşlarının ülke düzeyine dağılımı ise, toplamdan daha dengesizdir. Kâr amacındaki özel hastaneler, piyasa ekonomisi mantığına uygun olarak talebin olduğu yerlerde kurulmaktadır. Nitekim, 1996 yılı itibariyle toplam 7236 hasta yatağına sahip olan 159 sağlık kuruluşunun 87'si üç büyük şehirdedir. Bu kuruluşların sahip olduğu 4488 hasta yatağı özel sağlık kuruluşlarına ait toplam yatakların yüzde 62'sine karşılık gelmektedir. "Kalkınmada I. Öncelikli İller" kapsamında yer alan illerde yalnızca Diyarbakır'da 20 yataklı 1, Erzincan'da 13 yataklı 1 olmak üzere toplam 2 adet özel hastane bulunmaktadır.

Yataklı tedavi kurumlarının iller bazında dağılımını daha yakından ve bağlı olunan kuruluş dikkate alınmadan incelediğimizde, çok ciddi bir eşitsizlik olduğunu görmekteyiz. 1996 yılı itibariyle MSB'ye ait hastaneler dikkate alınmadığında, Türkiye'de on bin kişiye düşen yatak sayısının 23,4 olduğu daha önce belirtilmişti. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında zaten düşük olan bu sayının, iller bazında da dengesiz dağılıyor olması, sorunu daha da ağırlaştırmaktadır.

Nitekim, on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 5'den az olan 2 ilimiz; 10'dan az olan 16 ilimiz bulunmaktadır. Türkiye ortalamasından daha düşük yatak yoğunluğuna sahip olan il sayısı 68 iken; Türkiye ortalamasından daha yüksek yatak yoğunluğuna sahip olan il sayısı 12'dir. Bu da, Ülkemizdeki hasta yataklarının iller bazında çok dengesiz dağıldığının bir başka göstergesi olarak yorumlanabilir. Bu değerlendirmelere esas olmak üzere hazırlanan Tablo 26, on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısına göre illerin gruplandırılmasıyla oluşturulmuştur.

TABLO 26: YATAK YOĞUNLUĞUNA GÖRE İL GRUPLARI - 1996

ON BİN KİŞİYE DÜŞEN YATAK SAYISI	İL SAYISI	İLLER	YATAK PAYI (%)	NÜFUS PAYI (%)
5 ve 5'den az	2	Batman, Bayburt	0,16	0,82
5,1-10,0	14	Adıyaman, Ağrı, Bitlis, Hakkari, Mardin, Muş, Siirt, Şanlı Urfa, Aksaray, Karaman, Şırnak, Iğdır, Yalova, Osmaniye	3,27	9,24
10,1-15,0	17	Antalya, Bilecik, Bingöl, Hatay, Kars, Konya, Malatya, Kahraman Maraş, Nevşehir, Niğde, Ordu, Sakarya, Van, Yozgat, Bartın, Ardahan, Kilis	10,61	17,72
15,1-20,0	21	Afyon, Aydın, Çanakkale, Çankırı, Denizli, Edirne, Erzincan, Gaziantep, İçel, Kayseri, Kırklareli, Kırşehir, Kocaeli, Kütahya, Manisa, Muğla, Tekirdağ, Tokat, Tunceli, Uşak, Kırıkkale	17,24	22,33
20,1-25,0	11	Adana, Amasya, Balıkesir, Bursa, Çorum, Diyarbakır, Giresun, Gümüşhane, Samsun, Sinop, Karabük	14,92	14,76
25,1-30,0	8	Artvin, Bolu, Burdur, Erzurum, İzmir, Rize, Sivas, Zonguldak	13,14	10,58
30,1-35,0	2	İstanbul, Trabzon	24,16	15,57
35,1-40,0	1	Eskişehir	1,84	1,09
40,1-45,0	3	Ankara, Elazığ, Kastamonu	12,87	7,11
45,1-50,0	0	--	--	--
50,1-55,0	1	Isparta	1,77	0,79

KAYNAK:SB; *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996*, SBTHGM, Ankara, 1997, Tablo 48'den hazırlanmıştır.

Tablodan görüldüğü gibi, en düşük yatak yoğunluğuna sahip il grubunun, toplam nüfus içindeki payı % 0,82 iken; toplam hasta yataklarının yalnızca % 0,16'sı bu illerde bulunmaktadır. Öte yandan, en yüksek yatak yoğunluğuna sahip olan grupta, yalnızca 1 il bulunmaktadır ve bu ilin toplam nüfus içindeki payının % 0,79 olmasına karşılık toplam yatak içindeki payı %1,77 düzeyindedir.

Bunun yanında, illerin sahip olduğu hasta yataklarının kullanım düzeylerinin de dikkate alınması gerekmektedir. Örneğin, 1996 yılı itibariyle, en düşük yatak yoğunluğuna sahip ilimiz olan Batman'da ikisi Sağlık Bakanlığı'na, biri SSK'ya bağlı toplam üç hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin yatak işgal oranları, Batman Devlet Hastanesi'nde % 62,8, Batman SSK Hastanesi'nde % 105,1'dir. Batman/Kozluk Devlet Hastanesi'nde ise uzman hekim bulunmadığından 1996 yılında hiç hasta yatırılmamıştır. Bu üç hastanenin toplamında yatak işgal oranı % 59,2 olarak gerçekleşmiştir. Buna göre

en düşük yatak yoğunluğuna sahip olan bu ilimizdeki hasta yatak kapasitesinin %40,8'inden, çeşitli sebeplerle yararlanılamamıştır³¹².

Batman iline ilişkin bu örnek değerlendirme de göstermektedir ki, hasta yataklarının iller arasında dengesiz dağılımı sorunu olduğu gibi, bu yatakların kullanım düzeyleri de önemli bir sorundur. Özellikle, uzman hekim istihdamındaki sorunlar nedeniyle, oldukça pahalı bir yatırım olan hastanelerin kapasitelerinden yeterince yararlanılmamaktadır. Nitekim, il bazında yatak işgal oranlarına baktığımızda önemli farklılıkların olduğunu görmekteyiz. 1996 yılı itibariyle, en düşük yatak işgal oranı % 15,2 ile Tunceli'de gerçekleşmişken; en yüksek yatak işgal oranı % 71,2 ile Adana'da gerçekleşmiştir³¹³.

Ayrıca, aynı ilde bulunan YTK'lar arasında da yatak işgal oranları yönünden çok büyük farklar olabilmektedir. Özellikle ilçe hastaneleri çok düşük yatak işgal oranları ile çalışırken, il merkezlerindeki hastanelerin tam kapasiteye yakın bir düzeyde çalıştığını görmekteyiz. Örneğin ülkenin her tarafından yoğun hasta akımının olduğu, Ankara'da Kalecik Devlet Hastanesi, 1996 yılında % 1,4 gibi çok düşük bir yatak işgal oranı ile çalışmış iken; bir özeldal hastanesi olan Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi 1996 yılında % 91,1 gibi, Türkiye ortalamasının çok üzerinde bir yatak işgal oranı ile çalışmıştır³¹⁴.

Bu oranlar da göstermektedir ki, sağlık kurumları birbirinden çok farklı yatak işgal oranları ile çalışmaktadırlar. Bu kuruluşlardan özellikle, farklı nüfus gruplarına hizmet sunanlar arasında etkin bir işbirliği ve hasta sevk sistemi olmadığı için, bazı kuruluşlar hasta yatıracak yatak bulamazken, bazı kuruluşlardaki yataklar boş tutulmaktadır. Oysa, kurumlar arasında işbirliğinin gerçekleştirilmesi durumunda, yatak kapasitesinin daha etkin kullanımı sağlanabilir.

³¹² Bu oranlar SB: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996, s. 259'daki numarasız tablodan alınmıştır.

³¹³ Bu oranlar SB: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996, Tablo 47'den alınmıştır.

³¹⁴ Bu oranlar SB: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996, s. 175'deki numarasız tablodan alınmıştır.

Yataklı tedavi kurumlarının ve hasta yataklarının ülke düzeyinde dağılımıyla ilgili değerlendirmelerimize bağlı olarak şu tesbitleri yapabiliriz:

- Ülkemizde hasta yataklarının illere dağılımı çok dengesizdir.

- Ayrıca, başta uzman hekim istihdamındaki sorunlar olmak üzere, bazı nedenlere bağlı olarak, dengesiz dağılmış olan hasta yataklarının kullanım düzeyleri de çok dengesizdir.

- İller bazında hasta yataklarının kullanım oranlarındaki farklılıklar yanında, aynı il içinde yer alan hastanelerde de çok farklı yatak işgal oranları söz konusudur.

Bu nedenlerle, yeni hastane yatırımlarının planlanmasında, kuruluş yeri seçiminin rasyonel ilkelere bağlı kalınarak yapılması zorunludur. Mevcut yataklı tedavi kurumlarındaki düşük kapasite kullanım oranlarının analizi yapılarak, varolan kapasiteden daha etkin bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak önlemlerin alınması gerekmektedir. Aksi halde pahalı bir yatırım olan hastanelerin etkin kullanılmaması nedeniyle, zaten sınırlı olan yatırım olanakları, yanlış bir şekilde yönlendirilmiş olacaktır ki, mevcudun devamı anlamına gelen bu durum, ülke kalkınmasını sınırlandıracak bir olumsuzluktur.

2. SAĞLIK İNSANGÜCÜ

Sağlık sektöründe görev yapan elemanlar için sağlık insangücü, sağlık insan kaynakları, sağlık işgücü gibi terimler kullanılmaktadır. Bu terimlerin tümü literatürde kabul görmüştür. Ülkemizde resmi belgelerde ise, sağlık personeli terimi kullanılmakla birlikte, son yıllarda sağlık insangücü (health manpower) terimi tercih edilmektedir. Bu nedenle, çalışmamızda da genel olarak sağlık insangücü terimi tercih edilmiştir.

Sağlık insangücü teriminden kamu ve özel kesimde her çeşit sağlık hizmeti üreten personelin tümü anlaşılır. Geleneksel olarak bu hizmet sadece hekimler tarafından üretilmekteydi. Tıp teknolojisi geliştikçe, pek çok sağlık meslekleri oluşmuş ve sağlık hizmeti bir ekip hizmeti haline dönüşmüştür³¹⁵.

³¹⁵ FİŞEK, Nusret H.: Halk Sağlığına Giriş, age., s. 124.

Genel olarak sağlık mesleklerinin sınıflandırılması aşağıdaki gibi yapılabilir³¹⁶:

Kişiye Yönelik Hizmet Yapanlar: Hekim, Diş Hekimi, Hemşire, Ebe, Fizyoterapist, Psikoterapist, Diyetisyen, Optometrist vb.

Çevreye Yönelik Hizmet Yapanlar: Sağlık Mühendisi, Veteriner, Çevre Sağlığı Teknisyeni vb.

Laboratuvar Personeli ve Diğer Bilimciler: Mikrobiyolog, Biyokimya Uzmanı, Hematolog, Patolog, Sağlık Fizikçisi, Röntgen Uzmanı, İstatistik Uzmanı, Sağlık Eğitimcisi vb ile bu dalların teknisyenleri.

Sağlık Alanında Uzmanlaşmış Destek Personel: Hastane Yöneticisi, Tıbbi Sekreter vb.

Genel Hizmetliler: Daktilo, şoför, Temizlikçi vb.

Bu mesleki ayrıma karşılık, bir ÷lkedeki sağlık hizmetleri arzını birinci derecede belirleyen hekim sayısıdır. Ülkenin sahip olduğu hekim sayısı ile o toplumun sağlıklı oluşu arasında fonksiyonel ilişki vardır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, bir bölgede veya ÷lkede hekim sayısı arttıka, ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Ancak bu korelasyon on bin kişiye 0,1 ve daha az hekim düştüğu durumlarda ve on bin kişiye 10-15 ve daha fazla hekim düştüğu durumlarda geçerliliğini yitirmektedir³¹⁷.

Sağlık hizmeti arzında hekimlerin bu önemli yerine karşılık, daha önce değinildiği gibi sağlık hizmeti bir ekip işidir ve ekibin her elemanı birbirini tamamlayıcı özellik gösterir. Bu nedenle, ÷lkedeki mevcut hekimlerden yeterince yararlanılması, sağlık hizmeti ekibini oluşturan hekim dışı elemanların nitelik ve nicelik olarak yeterli olmasına bağlıdır.

Kaldı ki, sağlık mesleklerindeki uzmanlaşma düzeyi nedeniyle, birçok sağlık hizmetinin yürütülmesinde, hekim dışı elemanların yetenekleri vazgeçilmez düzeye ulaşmıştır. Örneğin fizyoterapistler hekim olmamakla beraber, hekimin tavsiye edeceği

³¹⁶ FİŞEK, Nusret H.: Halk Sağlığına Giriş, age.. s. 126.

³¹⁷ TOKGÖZ, Erdinç: "Sosyal Gelişimde Sağlık", 2. Türkiye İktisat Kongresi -III. Kitap: Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, 2-7 Kasım 1981 - İzmir, DPT Yayın No: 1783, s.502.

tedaviyi hekimden çok daha iyi şekilde uygularlar. Aynı şekilde diyet uzmanları da, hekimin tavsiye edeceği diyet şekline göre hastanın yiyeceklerini hekimden daha doğru saptar ve hazırlar³¹⁸. Sağlık hizmetlerindeki uzmanlaşmanın önemini gösteren birçok benzer örnek sıralanabilir.

Dolayısıyla, her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de, etkili hizmet sunmanın en önemli şartı, sağlık hizmet ekibinin bütünlüğünü sağlayacak şekilde, gerekli özelliklere sahip yeterli insangücünün bulunmasıdır. Üretim konusunun hizmet olması ve sağlık hizmetleri talebinin özelliği sonucunda ikame edilemez bir yapıya sahip olması nedeniyle, sağlık hizmeti sunulmasında insangücünün temini, bütün sağlık politikalarının ağırlık noktasını oluşturmaktadır³¹⁹.

2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN GELİŞİMİ

1923 yılında Türkiye'de 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunuyordu³²⁰. Sadece İstanbul'da bir tıp fakültesi bulunmaktaydı ve bütün yurttaki yaklaşık 20.000 kişiye bir hekim hizmet vermekteydi. Hekim ve diğer sağlık personelinin yetersizliği nedeniyle, Anadolu'da birçok sağlık hizmeti, gerekli eğitimi almamış kişiler tarafından yürütülüyordu. Bu nedenle, Cumhuriyetin başlangıcında, sağlık alanındaki en önemli sorun, sağlık insangücünün yeterli sayıya ulaştırılması olmuştur.

Bu amaçla yapılan ilk uygulamalardan biri, 1923 yılında hekimlere mecburi hizmet yükümlülüğü getirilmesidir. Mecburi hizmet yükümlülüğünün sorunu çözememesi ve hekim ihtiyacının karşılanamaması nedeniyle, 200 kişilik İstanbul Tıp Talebe Yurdu açılmış; tıp öğretimi yapacak gençler, masrafları ve tüm ihtiyaçları hükümet tarafından temin edilerek teşvik edilmişlerdir. Bu yurdun açılması, gereken ilgiyi görmüş ve kapasitesi de günden güne artırılmıştır³²¹. Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin

³¹⁸ FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, age.. s. 140.

³¹⁹ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, age.. s. 32.

³²⁰ SSBY; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age.. s. 317.

³²¹ SSBY; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age.. s. 293.

yetiştirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında da gereken önemin verildiği bir konu olmuştur³²².

Bu çabaların sonucu olarak sağlık insangücü yetiştirilmesinde, bugün için yeterli olmamakla birlikte, önemli gelişmeler sağlanmıştır. Nitekim, Ülkemizdeki hekim sayısının nüfusla bağlantılı şekilde verildiği Tablo 27'den, gelişim görülebilmektedir.

TABLO 27: TÜRKİYE'DE HEKİM SAYISI VE BİR HEKİME DÜŞEN NÜFUS

YILLAR	UZMAN		PRATİSYEN		TOPLAM	BİR HEKİME DÜŞEN NÜFUS
	SAYI	%	SAYI	%		
1923	--	--	--	--	554	19860
1930	--	--	--	--	1182	12220
1940	--	--	--	--	2387	7420
1950	3647	52,9	3248	47,1	6895	3020
1960	5217	53,1	4609	46,9	9826	2800
1970	10241	64,6	5615	35,4	15856	2220
1980	16699	61,3	10542	38,7	27241	1631
1990	24900	49,2	25739	50,8	50639	1112
1991	25110	47,1	28154	52,9	53264	1076
1992	25587	44,9	31398	55,1	56985	1028
1993	26322	43,1	34728	56,9	61050	981
1994	27564	41,9	38268	58,1	65832	929
1995	29846	43,0	39503	57,0	69349	902
1996	--	--	--	--	73772	866

KAYNAK: SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI; *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973, s.321.*
SB; *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996, SBTHGM, Ankara, 1997, s.33.*

Cumhuriyet dönemi boyunca, yeterli sayıda hekim yetiştirilmesi konusunda gösterilen çabaların sonucu, tablodan görülmektedir. 1923 yılında 554 olan hekim sayısı, 1950 yılında 6895'e yükselmiştir. Bu gelişmeye bağlı olarak hekim başına düşen nüfus da, aynı dönemde, 19860'dan 3020'ye gerilemiştir. 1950-1960 döneminde artış hızı yavaşlamakla birlikte, hekim sayısı nüfus artışından daha hızlı artırılabilirdiği için hekim başına düşen nüfus azalmaya devam etmiştir.

İstanbul Tıp Fakültesi'ne ek olarak, 1945 yılında Ankara(Ankara), 1955'de Ege(İzmir), 1963 yılında Hacettepe(Ankara), 1967 yılında Cerrahpaşa(İstanbul), 1967'de Ziya Gökalp(Diyarbakır), 1969'da Atatürk(Erzurum), 1969'da Gevher Nesibe(Kayseri),

³²² SSBYB; *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 317.*

1972'de Çukurova(Adana) Tıp Fakültelerinin aılmasıyla³²³; 1970'lerin başında ülkemizdeki tıp fakültelerinin sayısı 9'a yükseltilmiş ve ülkenin hekim açığı, yeni açılan fakültelerle karşılanmaya çalışılmıştır. Nitekim, bu yeni fakülteler sayesinde, 1950 yılında 6895 olan hekim sayısı, 1980 yılında 27241'e yükselmiş; buna bağlı olarak aynı dönemde, bir hekime düşen nüfus 3020'den 1631'e dşrlebilmifitir. 1990 yılına gelindiğinde, 50 bini aşan hekim sayısı, 1996 yılı sonunda 74 bine yaklaşmış; hekim başına nüfus ise 866'ya düşmüştür. Buna göre, 1923 yılından günümüze, 73 yıllık dönemde neredeyse her on yılda bir hekim sayısı iki katına çıkmıştır.

Bu gelişmede yeni tıp fakültelerinin açılması yanında mevcut fakültelerde de kontenjanların artırılması etkili olmuştur. Özellikle 1980'li yıllarda artan tıp fakültesi sayılarına paralel olarak artırılan kontenjanlar, tıp fakültesi mezunlarının sayısında önemli artışların olmasını sağlamıştır. Nitekim, 1963-1964 ğretim yılında 426 olan mezun sayısı, 1974-1975 ğretim yılında 1149'a, 1983-1984 ğretim yılında 2200'e ykselmiřtir³²⁴. 1993-1994 ğretim yılında ise, mezun sayısı 4677'ye ykselmiřtir³²⁵. 1963-1964 ğretim yılında tıp fakültesi başına mezun sayısı 106 iken, 1993-1994 ğretim yılında 188'e yükselmiştir. Buna göre yalnızca tıp fakültesi sayısı artmakla kalmamış, fakülte başına mezun sayısında da önemli artışlar sağlanmıştır.

Bugün için bir hekimin ortalama 866 kişiye hizmet vermesi, daha sonra ele alınacağı gibi, gelişmiş ülkelerdeki düzeyin çok gerisindedir. Ancak Cumhuriyetin başlangıcında söz konusu olan hekim başına düşen nüfusun 19860 olduğu dikkate alındığında, çok önemli bir gelişme elde edildiği açıktır.

Ülkemizdeki hekim sayısının gelişimiyle ilgili olarak dikkati çeken bir diğer nokta da, pratisyen/uzman dengesidir. Bir nceki bölümde değindiğimiz gibi, Cumhuriyetin başlangıcında, Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı ücret politikası, hastane hekimliğinin cazibesini azaltacak yöndeydi. Dolayısıyla bu yıllarda uzmanlaşma eğilimi pek fazla değildi.

³²³ SSBY; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, age., s. 293.

³²⁴ DPT; Türkiye'de Hekim İhtivacı ve Tıp Eğitimi, Sosyal Planlama Başkanlığı, Ankara, 1987, s. 18.

³²⁵ TÜRKAY, Figen ve arkadaşları; Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, age., s. 18.

Hekimler arasında uzmanlaşma eğilimi, özellikle 1950'li yıllarda artmıştır. Bu, sağlık yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sistem içinde güvensiz konuma gelmesinden kaynaklanmıştır. Bu görevlere ödenen görece olarak yüksek ücretler bile, enflasyon nedeniyle, zamanla ortalama bir yaşam düzeyi sağlamaya yetmemiş; ayrıca, seçim kazanmayı her erdemin üstünde tutan politikacılar, bu görevlerdeki hekimlerin partizan tutumlardan etkilenmesini engelleyememiştir. Bu gelişmelerin sonucunda hekimler uzmanlaşmayı çözüm olarak görmüşlerdir. Uzmanlaşma eğilimini ortaya çıkaran pek çok etken varsa da, yukarıdaki başlıca nedenlerden kaynaklanan güvensizliğin yenilmesi, bir başka ifadeyle, hekimin kendisini ve geleceğini güvence altına alma güdüsüdür³²⁶.

Nitekim, bu dönemde artan uzmanlaşma eğilimi sonucunda, uzman hekim sayısının pratisyen hekim sayısından fazla olduğu; özellikle 1970'lere gelindiğinde uzman hekim sayısı pratisyen hekimlerin neredeyse iki katına yükseldiği, Tablo 27'den görülmektedir. Daha sonra belli bir denge sağlanmış görünüyorsa da, 1990'lara kadar uzman hekimlerin toplam hekimler içindeki payı %50'nin üzerinde kalmıştır. 1990'lı yıllarda ise, pratisyen hekim sayısı uzman hekim sayısından fazla duruma geçmiştir. Bu gelişmede, son yıllarda tıp fakültesi sayısında ve kontenjanlarındaki artışa karşılık, uzmanlık için alınan öğrenci sayısında benzer bir artışın olmaması etkilidir.

Ülkemizde yaklaşık 1/1 düzeyinde olan pratisyen/uzman hekim dengesi, gelişmiş ülkelerde pratisyen hekim lehine 2/1 düzeyindedir³²⁷. Esas olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, daha çok pratisyen hekimlerin görev aldığı temel sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Ancak gerek pratisyen/uzman hekim dengesinin bozuk olması, gerekse birinci basamak sağlık hizmetlerindeki örgütlenme ve yönetim eksiklikleri, temel sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmesini engellemektedir. İlk başvuru yeri olması gereken sağlık ocaklarının kullanımı, başta istihdam sorunları olmak üzere, çeşitli nedenlerle yetersiz düzeyde kalmış; esas olarak birer yataklı tedavi kurumu olan hastaneler, ayakta tedavi veren kurum haline dönüşmüştür. Bu nedenle sağlık

³²⁶ EREN, Nevzat; "Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesi". Ankara ve İzmir TOB, Yıl: 2, Sayı: 18, 1977.s. 4.

³²⁷ TTB; Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Pivasa Egemenliği mi?, TTB Merkez Konseyi, Ankara, 1992, s16.

sistemimizde günümüze değin pratisyen hekimden gerektiği gibi yararlanılamamıştır³²⁸. Son yıllarda görülen pratisyen hekim sayısındaki artışın devam etmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerekli düzenlemelerin yapılmaması durumunda, sıkıntılı bir eğitim döneminden geçen ve türlü fedakarlıklarla yetişen bu önemli sağlık insangücünün, kaybı kaçınılmazdır.

Yeni tıp fakültelerinin açılması ve mevcutların kontenjanlarının artırılması, iki konuda tartışmaları alevlendirmiştir: Tıp eğitiminin kalitesine bağlı olarak, hekimlerin niteliği ve işsiz hekim sorunu. Bunlardan ikincisi, özellikle hekimlerin mecburi hizmet yükümlülüğünün kaldırılmasından sonra gündeme gelmiştir. Öyle ki, önceleri mecburi hizmet uygulamasını antidemokratik bularak, uygulamaya karşı çıkan Türk Tabipler Birliği, daha sonra mecburi hizmet yükümlülüğünün kaldırılmasına karşı çıkmak durumunda kalmıştır³²⁹.

Birinci tartışma konusu olan tıp eğitiminin ve yeni yetişen hekimlerin niteliği ise, aslında yeni bir tartışma konusu değildir. 1839 yılında “Mekteb-i Tıbbiyye-i Adliye-i Şâhane” kurulurken, yurt dışında eğitim görmüş hekimlerimiz de, Ülkemizde tıp eğitimi yapmak için gerekli unsurların bulunmadığını ve bu nedenle buralardan yetişecek hekimlerin kötü yetişeceğini söyleyerek karşı çıkmışlardır. Benzer itirazlar, tıp eğitiminde Türkçe’ye geçilmesi sırasında da gündeme gelmiştir. Buna karşılık, yeni tıp okulları başarılı olmuş, özellikle Türkçe eğitime geçilmesi, yeni mezun olan hekim sayısında ciddi artışlar sağlamıştır. Daha sonraları da, her yeni tıp fakültesi kurulurken, mevcut fakülteler itiraz etmişlerdir³³⁰.

Bu itirazlarda kuşkusuz haklı yönler vardır. Eğitim için gerekli koşulların hazırlanmaması durumunda, başarılı eğitimin yapılması ve nitelikli eleman yetiştirilmesinin mümkün olmadığı açıktır. Bununla birlikte, Ülkemizin başta hekim olmak üzere, nitelikli sağlık insan gücüne ihtiyacı vardır. Nitekim, yukarıda bazı yataklı tedavi kurumlarının, başka sorunlar yanında, özellikle hekim açığı nedeniyle, düşük kapasitede çalıştığı

³²⁸ TÜRKAY, Figen ve arkadaşları; Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. age.. s. 31.

³²⁹ BASKAN, Semih; “2000’li Yılların Eşiğinde Tıp Eğitimi”, age., s. 45.

³³⁰ SARGUTAN, Erdal; Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi. age.. ss. 112-113.

belirtmişti. Dolayısıyla bir yandan hastane bulunmasına karşılık söz konusu yörede yeterli sağlık hizmeti sunulamamakta, bir yandan da pahalı birer yatırım olan hastanelerden yeterince yararlanılamamaktadır.

Nitekim, 1996 yılında hekim açığı bulunan yerlere toplam 1214 uzman, 1863 pratisyen hekim atanmış, ayrıca, uzman atanamayan illere birer ay süreyle geçici uzman hekim görevlendirme uygulaması başlatılmıştır³³¹. Ancak geçici uzman hekim görevlendirmesi gibi, “geçici” uygulamalarla hekim açığının kapatılması pek mümkün görünmemektedir.

Sağlık hizmetleri arzındaki önemi nedeniyle, buraya kadar yapılan sağlık insangücü ile ilgili açıklamalarda, özellikle hekimler üzerinde duruldu. Aşağıdaki Tablo 28’de, hekim dışı sağlık insangücü alanında yaşanan sayısal gelişmeler verilmiştir.

TABLO 28: HEKİMDIŞI SAĞLIK PERSONELİNİN SAYISAL GELİŞİMİ

	DİŞ HEKİMİ		ECZACI		SAĞLIK MEMURU		HEMŞİRE		EBE	
	(I)	(II)	(I)	(II)	(I)	(II)	(I)	(II)	(I)	(II)
1923	--	--	60	159 420	560	19 640	--	--	136	80 880
1930	--	--	127	113 760	1 268	11 390	202	71 520	400	36 120
1940	--	--	340	52 100	1 493	11 860	405	43 740	616	28 750
1950	910	22 870	980	21 230	4 018	5 180	737	28 230	1 285	16 190
1960	1 395	19 720	1 406	19 560	3 890	7 070	2 420	11 370	3 126	8 800
1970	3 245	10 860	3 011	11 700	9 954	3 540	8 796	4 020	11 321	3 110
1980	7 077	6 278	12 059	3 837	11 664	3 809	26 880	1 653	15 872	2 798
1990	10 514	5 336	15 792	3 552	21 547	2 603	44 984	1 247	30 415	1 844
1991	10 623	5 396	16 002	3 582	23 813	2 407	47 540	1 206	33 724	1 699
1992	10 703	5 474	16 593	3 531	24 160	2 425	50 456	1 161	35 096	1 669
1993	11 069	5 409	17 696	3 383	28 776	2 081	54 268	1 103	36 263	1 651
1994	11 457	5 340	18 366	3 331	30 811	1 986	56 280	1 087	35 604	1 718
1995	11 717	5 336	19 090	3 275	39 342	1 589	64 243	973	39 551	1 581
1996	14 200	4 452	18 560	3 406	45 400	1 392	71 400	885	45 000	1 405

KAYNAK:SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973, ss.321-324.

DİE; İstatistik Göstergeler: 1923-1992, Yayın No: 1682, Ankara, 1994, ss. 59-61.

SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997, s. 29.

NOT: (I)=Sağlık personelinin sayısı, (II)=Sağlık personeli başına düşen nüfus.

Tablodan görüldüğü gibi, bütün sağlık meslek mensuplarının sayısında Cumhuriyet dönemi boyunca düzenli bir artış söz konusudur. 1970-1980 yılları arasında

³³¹ DPT; 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, age., s. 152.

eczacı ve hemşire sayısındaki artış, diğer meslek mensuplarındaki artışlardan çok daha fazla olmuştur. Bu dönemde özellikle eczacı sayısındaki artış, özel üniversitelerin kurulmasından; hemşire sayısındaki artış ise Sağlık Bakanlığı'nın yoğun olarak yeni sağlık kolejleri açmasından kaynaklanmıştır.

Sağlık insan gücünde ortaya çıkan bu artışa bağlı olarak, sağlık personeli başına düşen nüfus sayısında sürekli bir azalma sağlanmıştır. Bazı yıllarda, personel başına nüfusta artışlar olmakla birlikte, bu artışlar, sınırlı kalmış ve azalma eğilimini tersine çevirecek düzeyde olmamıştır.

Buna göre, gerek hekim sayısında, gerekse hekim dışı sağlık personeli sayısında sürekli artışlar gerçekleşmiştir. Sağlık insan gücündeki bu artışların, Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunduğu açıktır. Buna karşılık, günümüzün ihtiyaçları açısından bakıldığında, sağlık personeli sayısında gerekli düzeye ulaşıldığını söylemek pek mümkün görünmemektedir. Örneğin, gelişmiş ülkelerdeki, iki hasta yatağına bir hemşire ölçüsü baz alındığında, yaklaşık 160 bin (MSB'ye bağlı kuruluşlar dahil) olan yatak sayısına karşılık, Ülkemizde 80 bin hemşireye ihtiyaç bulunmaktadır. 1996 yılı itibariyle yapılan bu değerlendirmeye göre, mevcut hemşire sayısı, yalnızca yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılayacak düzeydedir.

Hekim ve hekim dışı sağlık insangücü sayıları değerlendirilirken dikkate alınması gereken bir diğer nokta da, sağlık insangücü piramidinin durumudur. Hemşire, ebe ve sağlık memuru sayısındaki artışa karşın, bu personelin hekime oranı birden küçüktür. Oysa, çağdaş sağlık hizmetinde, hizmet piramidinin tabanını sırasıyla sağlık memuru, ebe ev hemşireler, tepe noktasını ise hekimler oluşturmaktadır³³². Buna karşılık, özellikle sağlık memuru sayısında, son yıllarda sağlanan artışa rağmen, Ülkemizdeki temel sağlık hizmetlerinin istenilen düzeyde verilmesini sağlayacak sayıya ulaşamamıştır.

Sağlık personelinin sayısal yeterliliği açısından bir diğer değerlendirme de, standart kadrolarla mevcut durumun karşılaştırılması şeklinde yapılabilir. Örneğin Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında, 1994 ve 1996 yıllarına ilişkin kadro doluluk oranları sırasıyla uzman hekimler için %64,5 ve %68,9; asistan ve pratisyen

³³² TÜRKAY, Figen ve arkadaşları; Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, agc.. s. 29.

hekimler için %131,2 ve %139,8; diş hekimleri için % 98,0 ve %64,1; eczacılar için %67,5 ve %56,6; hemşire, hemşire yardımcısı, ebeler için % 66,7 ve % 69,0 olarak gerekleřmiřtir³³³. Buna göre, özellikle uzman hekim ve hemşire, hemşire yardımcısı ve ebe kadrolarındaki boşluk dikkat çekicidir. Bir başka ifadeyle, bu meslek gruplarında Sağlık Bakanlığı'nın yeni elemanlara ihtiyaı vardır.

Sağlık insangücünün sayısal yeterliliğinin değerlendirilmesinde başvurulabilecek bir diğer yöntem de, uluslararası karşılaştırmalardır. Ülkemizdeki sağlık insangücü sayıları, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında mevcut durumun yetersizliği daha net ortaya çıkmaktadır. Bu karşılaştırmanın yapılması amacıyla düzenlenen Tablo 29'da, farklı ülkeler için, sağlık insangücü sayıları ve sağlık insangücü başına düşen nüfus yer almaktadır.

TABLO 29: SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE SAğLIK İNSANGÜCÜ (1991)

ÜLKELER	HEKİM		DİŞ HEKİMİ		ECZACI		HEMŞİRE		Hemşire /Hekim
	(I)	(II)	(I)	(II)	(I)	(II)	(I)	(II)	
Almanya	202,0	396	43,1	1857	36,0	2225	336,0	238	1,66
Fransa	155,9	366	39,8	1432	53,0	1075	310,0	184	1,99
İngiltere	82,0	702	21,5	2679	16,5	3491	255,0	226	3,11
İtalya	78,5	736	8,5	6800	45,0	1284	257,0	225	3,27
Yunanistan	35,4	291	10,4	990	7,7	1338	37,0	278	1,05
Hollanda	38,5	392	8,0	1888	2,4	6426	131,0	115	3,40
Belçika	35,2	284	7,3	1370	12,5	801	73,0	137	2,07
Danimarka	14,6	357	2,7	1948	1,5	3467	35,0	149	2,41
İspanya	158,0	247	11,3	3467	37,6	1036	161,3	242	1,02
Portekiz	29,0	341	1,8	5657	10,0	990	29,5	336	1,02
İrlanda	5,5	636	1,3	2800	1,1	3182	25,0	140	4,55
Avusturya	17,0	459	3,3	2400	2,0	3900	53,5	146	3,15
Norveç	14,2	303	5,1	843	2,0	2205	61,0	70	4,30
İsveç	25,2	341	8,6	1006	5,3	1623	84,0	102	3,33
İsviçre	20,6	330	3,3	2061	1,5	4533	55,0	124	2,67
Japonya	208,0	596	74,0	1674	96,0	1291	770,0	161	3,70
ABD	615,0	411	150,0	1685	170,0	1486	1700,0	149	2,76
Kanada	60,6	451	14,6	1870	19,3	1415	227,0	120	3,75
Finlandiya	12,4	405	4,6	1096	6,9	722	52,0	96	4,21
Türkiye	53,3	1076	10,6	5396	16,0	3582	47,5	1206	0,89

KAYNAK: Türkiye için bir önceki tablo, diğer ülkeler için DPT; 1996 Yılı Programı Destek alışmaları-Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1996 s.159.

NOT: (I)=Sağlık personelinin sayısı (Bin), (II)=Sağlık personeli başına düşen nüfus.

³³³ Bu oranlar, SB; Sağlık İstatistikleri-1994, age., s. 32 ve SB; Sağlık İstatistikleri-1996, age., s. 38'den hesaplanmıştır.

Tablodan görüldüğü gibi, tablodaki ülkeler içinde hekim başına nüfus, hemşire başına nüfus değerleri en yüksek olan ülke, Türkiye'dir. Diş hekimi başına düşen nüfus sayısı Türkiye'den yüksek olan yalnızca İtalya ve Portekiz varken; eczacı başına düşen nüfus sayısı Türkiye'den yüksek; Hollanda, İsviçre ve Avusturya olmak üzere üç ülke vardır.

Sağlık hizmeti arzı açısından görece olarak daha önemli olan, hekim ve hemşire başına düşen nüfus sayılarını daha yakından incelediğimizde, hekim başına nüfusu Türkiye'ye en yakın ülkenin Türkiye'den % 31 daha az hekim başına nüfusa sahip olan İtalya olduğunu; buna karşılık İtalya'nın da 3,27'lik hemşire/hekim rasyosuna sahip olduğunu görmekteyiz. Benzer şekilde, diğer ülkelere göre görece olarak daha yüksek hekim başına nüfus değerlerine sahip olan İngiltere ve İrlanda'nın da hekim sayısının 3,11 ve 4,55 katı hemşire sayısı ile sağlık insan gücü açısından üstün konumda olduğunu tablodan görmekteyiz.

Sonuç olarak, hemen her alanda olduğu gibi, sağlık insan gücü konusunda da, Cumhuriyet dönemi boyunca çok önemli gelişmeler sağlandığını, ancak bu gelişmelerle ulaşılan düzeyin, gelişmiş ülkelerin mevcut düzeyinden oldukça uzak olduğunu görmekteyiz. Buna göre, Ülkemizde mevcut sağlık insan gücünün, sağlık hizmetlerinin çağdaş ölçütlerde sunulması açısından, yeterli olmadığını söyleyebiliriz.

Ayrıca, sağlık insan gücünün sayısal gelişimi ve bileşimi kadar önemli bir konu da, bu personelin ülke düzeyinde ve kuruluşlara göre dağılımıdır. Sayısal düzey ve bileşiminin yeterli olması durumunda bile, sağlık insan gücünün ülkede dengeli dağılmaması durumunda, yeterli sağlık hizmetinin sunulması mümkün değildir. Kaldı ki, Ülkemiz açısından sağlık insan gücünün yeterli miktarda olmadığı yukarıdaki değerlendirmelerimizde ortaya çıkmış bulunmaktadır. Aşağıda, sağlık insan gücünün önce bölgesel, daha sonra kurumsal dağılımı ayrı ayrı ele alınmış ve personel etkinliği değerlendirilmiştir.

2.2. SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN BÖLGESEL DAĞILIMI

Yukarıda değinildiği gibi, sağlık insan gücünün sayısal yeterliliğinin değerlendirilmesi yanında, mevcut personelin ülke düzeyinde dengeli dağılıp dağılmaması

da, sağlık hizmetleri arzı açısından önemli bir konudur. Bu değerlendirmeye esas olmak üzere hazırlanan Tablo 30, başlıca sağlık meslek elemanlarının, il gruplarına dağılımını göstermektedir.

TABLO 30: TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİNİN İL GRUPLARINA DAĞILIMI-1995

	UZMAN HEKİM	PRATİSYEN HEKİM	TOPLAM HEKİM	DİŞ HEKİMİ	ECZACI	SAĞLIK MEMURU	HEMŞİRE	EBE
Üç Büyük İl:								
Sayı	15.956	16.816	32.772	5.996	7.903	9.044	21.574	7.317
Pay (%)	55,1	43,2	48,3	52,0	41,7	26,6	34,7	18,5
Kalkınmada Birinci Öncelikli İller:								
Sayı	1.250	3.353	4.603	448	1.292	3.568	5.783	4.520
Pay (%)	4,3	8,6	6,8	3,9	6,8	10,5	9,3	11,5
Kalkınmada İkinci Öncelikli İller:								
Sayı	1.653	3.644	5.297	549	1.237	4.223	6.559	5.111
Pay (%)	5,7	9,4	7,8	4,8	6,5	12,4	10,5	12,9
Diğer İller:								
Sayı	10.079	15.077	25.156	4.539	8.542	17.124	28.280	22.565
Pay (%)	34,8	38,8	37,1	39,4	45,0	50,4	45,5	57,1
Toplam (MSB Hariç):								
Sayı	28.938	38.890	67.828	11.532	18.974	33.959	62.196	39.513
Toplam (MSB Dahil):								
Sayı	29.846	39.503	69.349	11.717	19.090	34.342	64.243	39.551

KAYNAK: SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997, ss.31-33'den hazırlanmıştır.

NOT: Oranlar, Milli Savunma Bakanlığı hariç tutularak hesaplanmıştır.

Tabloda dikkati çeken ilk olgu, özellikle uzman hekim dağılımının diğer meslek elemanlarından daha dengesiz olmasıdır. Uzman hekimlerin dağılımındaki dengesizlik, nüfus yoğunluğunun ötesindedir. Nitekim, üç büyük ilde toplam nüfusun % 25'i yaşıyorken, uzman hekimlerin % 55,1'i üç büyük ilde bulunmaktadır. Uzman hekimlerin üç büyük ilde yoğunlaşması, kısmen yataklı tedavi kurumlarının yoğunluğuyla açıklanabilirse de, hekim yoğunlaşması sağlık tesislerindeki yoğunlaşmadan daha yüksektir. Zira, üç büyük ilde bulunan hasta yatakları, toplam yatak sayısının % 38,9'unu oluşturmaktadır.

Pratisyen hekimlerin yoğunlaşması, uzman hekimlerden daha az; dolayısıyla, pratisyen hekimlerin dağılımı, görece olarak daha eşit olsa da, nüfus veya sağlık tesislerindeki dağılımdan daha dengesizdir. Hekim dışındaki sağlık personeline baktığımızda, diş hekimi ve eczacıların dağılımının, hekimlerin dağılımına benzediğini; buna karşılık, sağlık memuru ve hemşirelerin dağılımının daha dengeli olduğunu tablodan görmekteyiz. Ebelerin dağılımında ise, diğer sağlık personelinin tersine bir dağılım söz

konusudur. Nitekim, yine tablodan görüleceği gibi, ebelerin % 18,5'i üç büyük ilde bulunuyorken, asıl yoğunluk diğer iller kapsamında yer alan illerde dir.

Yukarıdaki açıklamalardan anlaşılacağı gibi, sağlık personelinin il grupları bazında dağılımı, oldukça dengesizdir. Buna karşılık, daha önceki yıllarda bu dağılımın daha da eşitsiz olduğu, Tablo 31'den anlaşılmaktadır. Nitekim, 1973 yılında uzman hekimlerin % 69,8'i; pratisyen hekimlerin %50,7'si; toplam hekimlerin de % 62,9'unun üç büyük ilde bulunduğu tablodan görülmektedir. 1995 yılında ise, uzman hekimlerin % 55,1'i; pratisyen hekimlerin % 43,2'si; toplam olarak hekimlerin de %48,3'ü üç büyük ilde toplanmıştır. Buna göre, 1995 yılında 1973 yılına göre, hekim dağılımında kısmi bir iyileşme söz konusudur.

TABLO 31: ÜÇ BÜYÜK KENTTE HEKİM SAYILARI-1973

	UZMAN HEKİM	(%)	PRATİSYEN HEKİM	(%)	TOPLAM	(%)
Ankara	2250	20,2	1071	17,2	3321	19,1
İstanbul	4352	39,1	1647	26,5	5999	34,5
İzmir	1170	10,5	439	7,1	1609	9,3
Toplam	7772	69,8	3157	50,7	10929	62,9
Diğer İller	3367	30,2	3069	49,3	6436	37,1
Genel Toplam	11139	100,0	6226	100,0	17365	100,0

KAYNAK: SSYB; *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973, s.318.*

Sağlık personelinin ülke düzeyine dağılımında, yalnızca mutlak sayıların dikkate alınması yeterli olmayacaktır. Aynı zamanda nüfusun da dikkate alınması gerekmektedir. Bu amaçla hazırlanan Tablo 32'de, Üç Büyük İl, Kalkınmada 1. Öncelikli İller, Kalkınmada 2. Öncelikli İller ve Diğer İller şeklindeki yukarıdaki gruplandırmaya uygun olarak, sağlık personeli başına nüfus miktarları verilmiştir.

Tablodan görüldüğü gibi, üç büyük ilde, bütün sağlık mesleklerinde, sağlık personeli başına nüfus miktarı, diğer il gruplarının çok altındadır. Bu da, yukarıdaki değerlendirmelerde ortaya çıkan, sağlık insangücünün dengesiz dağılımı gerçeğinin, nüfus dikkate alındığında da geçerli olduğu görülmektedir.

TABLO 32: İL GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK PERSONELİ BAŞINA NÜFUS -1995

	HEKİM	DİŞ HEKİMİ	ECZACI	SAĞLIK MEMURU	HEMŞİRE	EBE
Üç Büyük İl	479	2.618	1.986	1.736	728	2.145
Kalkınmada 1. Öncelikli İller	2.052	21.087	7.312	2.648	1.634	2.090
Kalkınmada 2. Öncelikli İller	1.346	12.987	5.764	1.688	1.087	1.395
Diğer İller	1.193	6.613	3.514	1.753	1.061	1.330
Toplam (MSB Hariç)	918	5.401	3.283	1.834	1.002	1.576
Toplam (MSB Dahil)	898	5.316	3.263	1.814	970	1.575

KAYNAK: SAĞLIK BAKANLIĞI: Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997, ss.31-33'den ve SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996, SBTHGM, Ankara, 1997, Tablo 48'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Bir diş hekimi karşılık gelen nüfusta, il grupları arasında büyük bir farklılık vardır. Üç büyük şehirde bir diş hekimine düşen nüfus 2618 iken, Kalkınmada 1. Öncelikli iller kapsamında yer alan illerde 21087 kişi düşmektedir. Kalkınmada 1. öncelikli illerde diş hekimi başına düşen nüfus, üç büyük ilde bir diş hekimine düşen nüfusun 8 katıdır. Aynı şekilde eczacılar için de benzer bir durum söz konusudur. Ancak sağlık memuru, hemşire ve ebeler düşen nüfus birbirine yakındır ve bu mesleklerdeki dağılım görece olarak dengelidir.

Sonuç olarak, özellikle hekim, diş hekimi ve eczacıların ülke düzeyine dağılımının oldukça dengesiz olduğunu belirtebiliriz. Bu dengesizlikte nüfus yoğunluğunun ve sağlık tesislerinin belli merkezlerde toplanmış olmasının da etkisi bulunmaktadır. Ayrıca, bu mesleklerde, serbest çalışma imkanının, özellikle büyük yerleşim merkezlerinde fazla olması, bu mesleklerdeki kişilerin, görece daha geri durumda olan bölgelere gitmesini engelleyen bir unsurdur. Nitekim, aşağıda inceleneceği gibi özellikle eczacı ve diş hekimlerinde özel kesimde çalışma oranları daha yüksektir.

2.3. SAĞLIK İNSANGÜCÜNÜN KURULUŞLARA DAĞILIMI

Türkiye'de mevcut sağlık personelinin kuruluşlara dağılımı Tablo 33'de verilmiştir.

TABLO 33: TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİNİN KURULUŞLARA DAĞILIMI-1995

	SAĞLIK BAKANLIĞI		SSK		ÜNİVERSİTE		DİĞER KAMU		ÖZEL		TOPLAM SAYI
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	
HEKİM	35.154	50,7	7.357	10,6	11.361	16,4	5.289	7,6	10.188	14,7	69.349
UZMAN	10.042	33,6	4.245	14,2	5.344	17,9	2.695	9,0	7.520	25,2	29.846
PRATİS.	25.112	63,6	3.112	7,9	6.017	15,2	2.594	6,6	2.668	6,8	39.503
DİŞHEKİMİ	2.152	18,4	454	3,9	664	5,7	795	6,8	7.652	65,3	11.717
ECZACI	1.096	5,7	887	4,6	467	2,4	604	3,2	16.036	84,0	19.090
SAĞ. MEM.	26.351	76,7	2.085	6,1	2.330	6,8	1.798	5,2	1.778	5,2	34.342
HEMŞİRE	39.250	61,1	7.203	11,2	8.628	13,4	6.540	10,2	2.622	4,1	64.243
EBE	36.621	92,6	1.417	3,6	147	0,4	114	0,3	1.252	3,2	39.551

KAYNAK: SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997, s.30'dan hazırlanmıştır.

Tablodan görüldüğü gibi, pratisyen hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin yoğunluğu Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilmektedir. Buna karşılık diş hekimi ve eczacıların büyük çoğunluğu, özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı dışında en fazla hekim yoğunluğu üniversitelerdedir. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin ise dörtte üçü uzman hekimdir. Kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin ne kadarının yalnızca kamu sağlık hizmetinde, ne kadarının hem kamu hem özel sağlık hizmetinde çalıştıklarıyla ilgili olarak sağlıklı veri bulunmamakla birlikte, özellikle uzman hekimlerin büyük kısmı, hem kamu hem özel kesimde çalışmaktadır.

Ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesi, pratisyen hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin büyük çoğunluğunun Sağlık Bakanlığı'nda çalışmasının nedenidir. Eczacı ve diş hekimlerinde serbest çalışma olanağının fazla olması, bu mesleklerdeki kişilerin çoğunlukla özel sağlık kuruluşları kapsamında yer almasına neden olmaktadır.

Yataklı tedavi kurumlarında çalışan uzman hekimlerin kuruluşlara dağılımı ise aşağıdaki Tablo 34'den görülebilmektedir.

TABLO 34: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA GÖREVLİ UZMAN HEKİMLERİN KURULUŞLARA DAĞILIMI

	TOPLAM SAYI	SB		SSK		ÜNİVERSİTE		DİĞER	
		SAYI	PAY	SAYI	PAY	SAYI	PAY	SAYI	PAY
1988	11231	5405	48,1	2466	22,0	2355	21,0	1005	8,9
1989	12319	5842	47,4	2546	20,7	2840	23,1	1091	8,9
1990	13649	6395	46,9	2682	19,6	3283	24,1	1289	9,4
1991	15988	7021	43,9	2931	18,3	4629	29,0	1407	8,8
1992	16516	7624	46,2	3417	20,7	3844	23,3	1631	9,9
1993	17538	8286	47,2	3381	19,3	4068	23,2	1803	10,3
1994	18855	8951	47,5	3551	18,8	4410	23,4	1943	10,3
1995	19798	9019	45,6	3715	18,8	4865	24,6	2149	10,9
1996	21537	9559	44,4	3768	17,5	5554	25,8	2656	12,3

KAYNAK:SB; *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996*, SBTHGM, Ankara, 1997, s.33.

Tablodan görüldüğü gibi, uzman hekimlerin yaklaşık yarısı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında çalışmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nda çalışan uzman hekimlerin payında bir azalma görülmektedir. Oransal azalış, SSK'da çalışan uzman hekimlerde daha belirgindir. Sağlık Bakanlığı ve SSK'daki azalışa karşılık, üniversitelerde ve diğer yataklı tedavi kurumlarında çalışan uzman hekimlerin payında artış söz konusudur.

Çalışılan kuruluşlara göre, uzman hekimlerin etkinliğini incelediğimizde, kuruluşlar arasında önemli farklılıkların olduğu görülmektedir. Tablo 35, 1996 yılı itibariyle, kuruluşlara göre uzman hekim etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Tablonun hazırlanışında Sağlık Bakanlığı'nın yataklı tedavi kurumları istatistikleri kullanılmış ve bu istatistiklerde yer alan ameliyatların küçük/orta/büyük ayrımından hareketle, ağırlıklı ameliyat sayısı hesaplanmıştır. Ameliyatların ağırlıklandırılmasında büyük ameliyatlar için 2, orta ameliyatlar için 1, küçük ameliyatlar için 0,5 katsayıları kullanılmıştır. Kuşkusuz gerek poliklinik hizmetlerinde gerek yataklı tedavi ve ameliyatlarda pratisyen hekimler de görev almaktadır. Bu nedenle karşılaştırmanın bu personeli de dikkate alması gerekmektedir. Ancak, bütün kurumlar için asistan ve pratisyen sayılarına ilişkin sağlıklı istatistik bulunamaması nedeniyle, karşılaştırma yalnızca uzman hekim sayıları kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca, ameliyatlara ilgili değerlendirmeler bütün uzman hekimler değil, cerrahi dallarda uzman olanlar dikkate alınarak yapılmıştır.

TABLO 35: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA UZMAN HEKİM ETKİNLİĞİ-1996

	SB	SSK	TIP FAK.	ÖZEL	DİĞER	TOPLAM
Poliklinik Sayısı	42.849.819	27.499.103	6.074.752	1.225.373	1.917.538	79.566.585
Payı (%)	53,9	34,6	7,6	1,5	2,4	100,0
Yatan Hasta Sayısı	2.254.865	1.062.659	483.441	190.925	92.112	4.084.002
Payı (%)	55,2	26,0	11,8	4,7	2,3	100,0
Ağırlıklı Ameliyat Sayısı	747.423	426.457	288.872	119.813	56.200	1.638.765
Payı (%)	45,6	26,0	17,6	7,3	3,4	100,0
Uzman Hekim	9.559	3.768	5.554	1.721	935	21.537
Payı (%)	44,4	17,5	25,8	8,0	4,3	100,0
Cerrahi Hekim	4.522	1.914	1.780	826	425	9.467
Payı (%)	47,8	20,2	18,8	8,7	4,5	100,0
Poliklinik/Uzman Hekim	4.483	7.298	1.094	712	2.051	3.694
Yatan Hasta/Uzman Hekim	236	282	87	111	99	190
Ameliyat/Cerrah Hekim	165	223	162	145	132	173

KAYNAK:SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996, SBTHGM, Ankara, 1997, Tablo 13, 43 ve 44'den hazırlanmıştır.

NOT: Diğer sütunu, Diğer Resmi Kuruluşlara,Belediyelere, Dernek ve Vakıflara, Yabancı ve Azınlıklara ait hastaneleri kapsar.

Tablodan görüldüğü gibi, 1996 yılı itibariyle Ülkemizdeki yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin % 53,9'u Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda çalışan uzman hekimler ise toplam uzman hekimlerin % 44,4'ünü oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında, bir uzman hekim başına 4483 adet poliklinik hizmeti düşmektedir. SSK hastanelerinde ise bir uzman hekim başına düşen poliklinik sayısı 7298 gibi çok yüksek bir sayıya ulaşmıştır. Tıp fakülteleri, özel ve diğer hastanelerde uzman hekim başına poliklinik hizmeti sayısı Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinden çok daha düşük düzeydedir. Buna göre poliklinik yoğunluğu bakımından SSK hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri ilk iki sırada yer almaktadır.

Yatan hasta sayılarını dikkate aldığımızda, yine sayısal çoğunluğun Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olduğunu görmekteyiz. Yatan hasta sayısının % 55,2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerindedir. Uzman hekim başına yatan hasta sayısına baktığımızda, poliklinik hizmetlerindeki kadar büyük bir fark olmamakla birlikte, SSK hastanelerinin, 282 yatan hasta/uzman hekim oranıyla, yine birinci sırada; SB hastanelerinin, 236 yatan hasta/uzman hekim oranıyla ikinci sırada olduğunu görmekteyiz.

Ameliyat sayılarını değerlendirdiğimizde, cerrah hekim başına 223 ameliyat ile SSK hastanelerinin ilk sırada, 165 ameliyat ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ikinci

sırada buldukları tablodan görülmektedir. Tıp fakülteleri hastanelerindeki cerrah hekim başına ameliyat sayısı ise, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sayıya çok yakındır.

Bu değerlendirmelere göre, SSK hastanelerinin iş yükü diğer hastanelerden oldukça fazladır. Bununla birlikte, SSK hastanelerinin ayakta tedavi hizmetlerinin diğer bütün hastanelerden daha fazla yoğunlukta olduğu da bu değerlendirmelerden çıkan bir başka sonuçtur. Öte yandan, tıp fakülteleri hastanelerinde yürütülen öğretim hizmetleri bu değerlendirmeye dahil edilememiştir. Tıp fakülteleri hastanelerinde çalışan hekimlerin zamanının önemli bir kısmını öğretim hizmetlerinde ayırdıkları dikkate alındığında, yapılan hizmetler açısından hekim etkinliğinin diğer hastanelerden daha düşük olmasını normal karşılamak gerekmektedir.

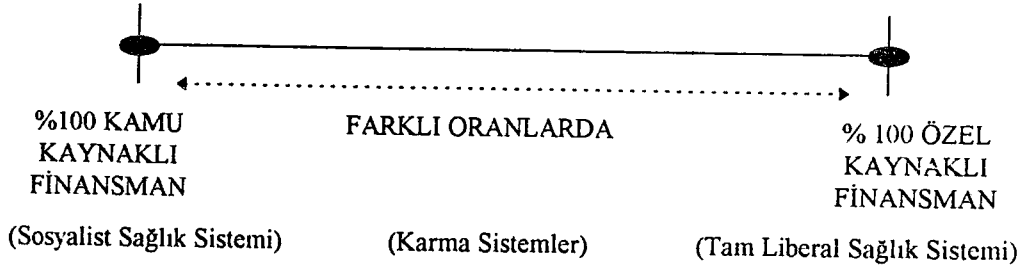
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sistemlerinin en önemli, dolayısıyla en çok tartışılan kısmıdır. Sağlık hizmetleri için, maliyet artışı nedeniyle, giderek daha fazla harcama yapılması, finansman konusunun önemini artırmıştır. Aşağıda öncelikle, genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı ele alınmış, daha sonra Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin finansmanı analiz edilmiştir.

3.1. GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Bir ülkedeki sağlık sisteminin temel ayırddedici özelliklerinden biri, sağlık hizmetlerinin finansman şeklidir. Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin iki boyutu bulunmaktadır. Birinci boyut, finansmanın kaynağı; ikinci boyut finansmanın organizasyonudur. Finansman kaynağı, kamu/özel ayrımını; finansmanın organizasyonu, ödeme şeklini kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel kaynakların bileşimi, ülkedeki genel ekonomik ve politik tercihlere göre belirlenmektedir. Sağlık hizmetleri, liberal tercihlerin geçerli olduğu ekonomik sistemlerde, ağırlıklı olarak özel kaynaklardan finanse edilmekte; sosyal yönelimlerin geçerli olduğu sistemlerde, ağırlıklı olarak, kamu kaynaklarından finanse edilmektedir.



ŞEKİL 8: FİNANSMAN KAYNAKLARINA GÖRE SAĞLIK SİSTEMLERİ

Yukarıdaki çizimde gösterildiği gibi, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kaynakların niteliğine göre ortaya çıkan iki uç durum; % 100 kamu kaynaklı finansmanın söz konusu olduğu sosyalist sağlık sistemi ve % 100 özel kaynaklı finansmanın söz konusu olduğu tam liberal sağlık sistemidir.

Hizmetin bütünüyle kamu kaynaklarından yani genel bütçeden finanse edildiği sistemlerde hizmet, genel olarak kamu sağlık kuruluşlarında üretilmekte ve halka ücretsiz sunulmaktadır. Bu tür finansman yönteminde görünen, genel bütçeden finansman olmakla birlikte kuşkusuz, gerçekte sağlık hizmetleri bu genel bütçeyi oluşturan vergilerle finanse edilmekte ve vergilerin topluma adil dağılımına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin finansman yükü de, topluma yaygınlaştırılmaktadır. Böylece, vergilerin gelire orantılı olduğu varsayımıyla, sağlık harcamaları, hizmeti kullananlar tarafından değil, gelir sahiplerinin, gelirleri oranında paylaştıkları bir yük olmaktadır.

Hizmetin bütünüyle özel kaynaklardan finanse edilmesi durumunda, sağlık hizmetlerinin maliyeti, hizmeti kullananlar tarafından ödenmektedir. Bu durumda da, sağlık hizmetlerinin finansman yükü topluma yaygınlaştırılmakta; ancak bu kez finansman yükünün birey ve gruplara dağılımı, vergi mükellefliliğiyle bağlantı kurulmadan, hizmeti kullanım düzeyine bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Uygulamada, genellikle bu iki uç durumun dışında, karma yöntemler söz konusudur. Zira, **sağlık harcamaları** emeğin verimliliğini artırmaya katkıda bulunduğu için **sosyal yatırım harcaması**; Devletin sağlık hizmetlerini parasız veya düşük bir bedel karşılığında sunması emeğin yeniden üretim maliyetini aşağı çekeceği için **sosyal tüketim harcaması**; sosyal uyumun sağlanması açısından değerlendirildiği zaman ise **sosyal**

harcama kategorisine girmektedir³³⁴. Bu nedenle de, az veya çok sosyal yönelimleri olan hiçbir devlet, sağlık harcamalarına kayıtsız kalamamaktadır.

Dolayısıyla hemen hemen bütün ülkelerde sağlık hizmetleri bütçe kaynaklarından sübvansiyon edilmekte, ancak sübvansiyon oranı, ülkeden ülkeye veya aynı ülkede hizmet türüne göre, farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin belli bir oranı veya belli bazı hizmetler, bütçe kaynaklarından finanse edilirken; bazı ülkelerde de belli bir gelir düzeyinin altındaki ve üstündeki gruplarda sübvansiyon oranları farklılaşmaktadır. Örneğin Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri halka ücretsiz sunulmakta, devlet hastanelerindeki tedavi hizmetleri de farklı oranlarda sübvansiyon edilmektedir. Bir başka uygulama da, kişilerin kendi yaptıkları sağlık harcamalarının belli kurallar çerçevesinde geri ödenmesidir³³⁵.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda birinci boyut yukarıda ele alındığı gibi, finansman kaynağının kamu/özel ayrımı iken; ikinci boyut, sağlık hizmeti üreticilerine yapılan ödemelerin şeklidir. Bu boyutuyla sağlık finansman yöntemleri temelde iki başlık altında toplanabilir: doğrudan finansman ve dolaylı finansman³³⁶.

Doğrudan finansman yönteminde; hizmetten faydalanan, hizmetin bedelini doğrudan kendisi, hizmetin üreticisi olan kuruluşa ödemektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise, sistemde üçüncü bir unsur olarak, ödeme müessesesi yer almaktadır. Dolaylı ödeme yönteminin benimsenmesi durumunda, sağlık hizmetini arz eden taraf ile talep eden taraf arasındaki para alışverişi tamamen veya kısmen ortadan kalkmaktadır.

Dolaylı ödemelere aracılık eden finansman kurumu, temel finans kaynağı vergi olan Devlet olabileceği gibi, sigorta primleriyle finanse edilen sigorta kuruluşu veya üyelerin aidatlarıyla finanse edilen yardım sandığı da olabilmektedir. Doğrudan finansman yönteminde; bir tarafta tüketiciler, diğer tarafta ise kamu ya da özel kesim hizmet

³³⁴ SÖNMEZ, Sinan; "Sağlık Hizmetleri Finansmanının Boyutları ve Bunalımın Etkileri", III. Maliye Eğitimi Sempozyumu, 23-26 Nisan 1987, Gebze, İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi, Araştırma Merkezi Yayın No: 73, İstanbul, 1988, s. 35.

³³⁵ Sağlık hizmetlerine uygulanan sübvansiyonun oranları ve uygulama şekli açısından ülkeler arasında büyük farklar vardır. Farklı ülkelerdeki uygulama örnekleri hakkında bkz. SÖNMEZ, Sinan; "Sağlık Hizmetleri Finansmanının Boyutları ve Bunalımın Etkileri", *age.*, ss. 42-54.

³³⁶ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Malivet Analizi, *age.*, s. 39.

sunucuları yer almakta olup, sistem oldukça basit bir yapı göstermektedir. Buna karşılık, dolaylı finansman yönteminde sistem daha karmaşık olup; tüketici, üretici, aracı ve kamu kesimi (Devlet) arasında çoklu bir ilişkiler ağı söz konusudur³³⁷.

Her ülkedeki ilişkiler ağı farklı olmakla birlikte, ülkelerin ekonomik, sosyal ve idari yapısı geliştikçe, sağlık hizmetlerinin finansman yapısı daha da karmaşık bir hal almaktadır³³⁸. Bir başka ifadeyle, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça, ülkenin sağlık finansman sisteminde dolaylı ödeme yöntemleri daha fazla kullanılmaktadır.

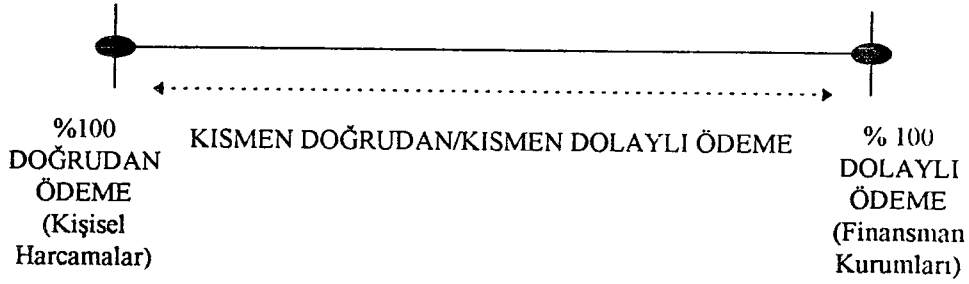
Doğrudan ödemeler, kişilerin tasarruflarıyla karşılanmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin giderek daha pahalı hale gelmesi ve hizmet talebinin artması, sağlık harcamalarını kişisel tasarruflarla karşılanamaz hale getirmiştir. Öte yandan, toplumda çalışamayacak durumda olduğu için ya da işsiz kaldığı için geliri olmayan bireyler olabileceği gibi, çalışsa bile geliri, sağlık harcamalarını karşılayabilecek düzeyde olmayan bireylerin varlığı, sağlık harcamalarının sosyal düzenlemelerle karşılanmasını gerektirmektedir. Bu etkilerin sonucunda dolaylı finansman yöntemleri giderek yaygınlaşmaktadır.

Esas olarak dolaylı ödeme yöntemleri, çalışmamızın birinci bölümünde ele aldığımız, sağlık hizmetleri talebinin rastsallığı özelliğinden kaynaklanmaktadır. Zira, sağlık hizmeti harcamasının ne zaman gerekli olacağı ve ne miktarda harcama yapılacağı belirsiz bir durumdur. Bir başka ifadeyle, sağlık harcamasının zaman ve miktar açısından belirsizlik göstermesi, dolaylı ödeme yöntemlerinin kullanımını gerektirmektedir.

Şekilden görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri finansman modellerinin ödeme yöntemi ayrımına göre, bir uçta % 100 doğrudan ödeme, diğer uçta % 100 dolaylı ödeme yöntemi bulunmaktadır. Bu iki uç durumun dışında, karma finansman modelleri de söz konusu olabilmektedir. Karma finansman modellerinde, sağlık hizmeti bedelinin belli bir kısmı veya belli hizmet türlerinin bedelleri dolaylı ödemeye, diğerleri doğrudan ödemeye konu olabilmektedir.

³³⁷ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, age., s. 40.

³³⁸ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, age., s. 42.



ŞEKİL 9: FİNANSMAN ŞEKLİNE GÖRE SAĞLIK SİSTEMLERİ

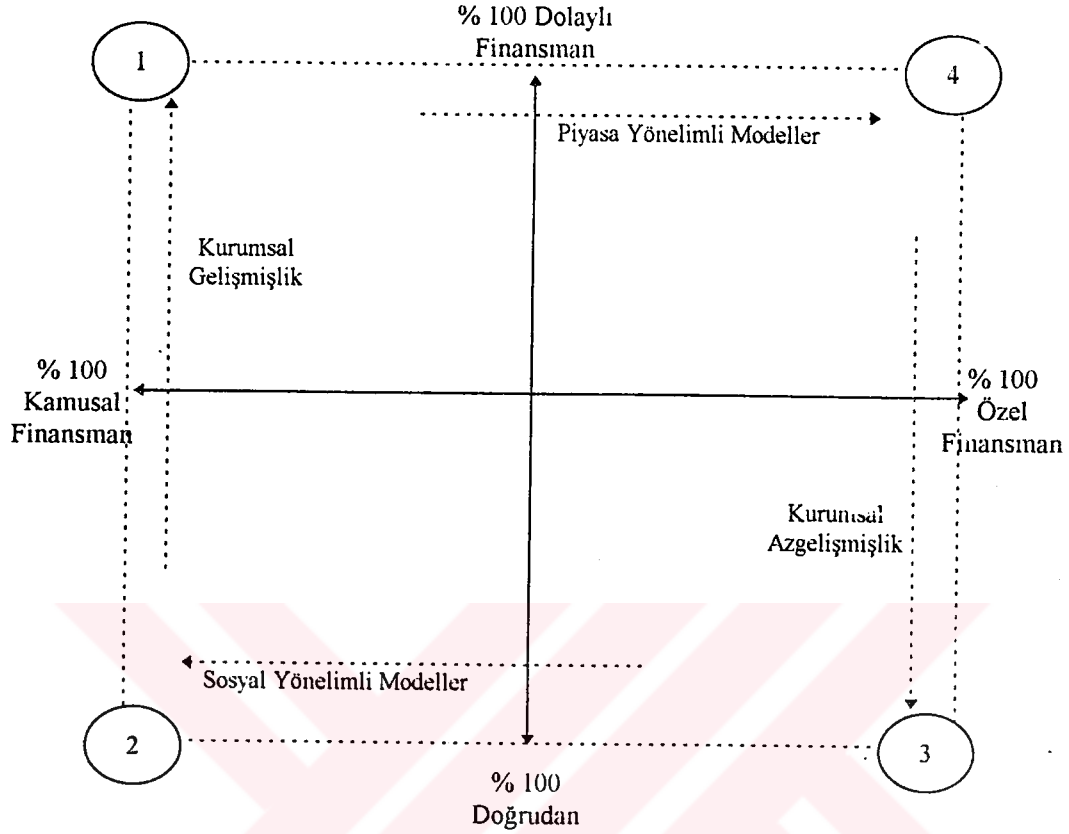
Örneğin Ülkemizde, devlet memurlarının, Sağlık Bakanlığı veya tıp fakülteleri hastanelerinde yatırılarak yapılan tedavilerine ilişkin, ilaç dahil, tüm masrafları dolaylı ödeme yöntemiyle genel bütçeden karşılanırken; ayakta tedavilerinin, sağlık kuruluşuna ait masraflarının tümü dolaylı ödeme, ilaç masraflarının % 20'si doğrudan, % 80'i dolaylı ödeme konusu olmaktadır.

Sağlık hizmet bedelinin dolaylı ödeme yöntemleriyle finanse edilmesi modellerinde, sisteme katılımın gönüllü/zorunlu olmasına göre sigorta veya sosyal güvenlik kuruluşları öne çıkmaktadır. Sigorta ve/veya sosyal güvenlik kuruluşlarının kapsadığı nüfus ve hizmet türü arttıkça, sağlık hizmetleri finansmanında doğrudan ödemelerin payı azalacak, dolaylı ödemelerin payı artacaktır.

Sağlık hizmetleri finansman modellerinin iki boyutu birlikte ele alındığında dört farklı uç durum ortaya çıkmaktadır. Bunlar:

1. Sağlık hizmetlerinin tümüyle kamu kaynaklarıyla finanse edildiği ve tümüyle dolaylı ödeme yöntemlerinin kullanıldığı durum,
2. Sağlık hizmetlerinin tümüyle kamusal kaynaklarla finanse edildiği ve tümüyle doğrudan ödeme yöntemlerinin kullanıldığı durum,
3. Sağlık hizmetlerinin tümüyle özel kaynaklardan finanse edildiği ve tümüyle doğrudan ödeme yöntemlerinin kullanıldığı durum,
4. Sağlık hizmetlerinin tümüyle özel kaynaklardan finanse edildiği ve tümüyle dolaylı ödeme yöntemlerinin kullanıldığı durumdur.

Sağlık hizmetleri finansmanının iki boyutu ve bu dört farklı uç durum dikkate alındığında, sağlık hizmetleri finansman modelleri bir düzlem üzerinde gösterilebilir. Aşağıdaki çizim, bu amaçla geliştirilmiştir.



ŞEKİL 10: SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN MODELLERİ DÜZLEMİ

Şekilden de görüldüğü gibi, bu dört uç durum, sağlık finansman modellerinin sınırlarını göstermektedir. Ülkedeki ekonomik politik tercihlerde “sosyal yönelim” öne çıktıkça, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal kaynakların ağırlığı artmakta “piyasa yönelimi” öne çıktıkça, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel kaynaklar ağırlık kazanmaktadır. Ayrıca, dolaylı finansman yöntemleriyle kurumsal gelişmişlik arasında aynı yönlü ilişki vardır. Ülkenin kurumsal gelişmişlik düzeyi arttıkça, daha fazla dolaylı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır.

Ülkedeki sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kaynakların kamu/özel bileşimine ve ödeme yöntemlerinin doğrudan ödeme/dolaylı ödeme yöntemleri bileşimine bakılarak, finansman modelinin, düzlem içinde hangi bölgede yer aldığı belirlenebilir.

Sağlık hizmetleri finansmanında dolaylı ödemelerin payının % 100 olması, sağlık sigortasının ve/veya sosyal güvenlik sisteminin ülkedeki tüm nüfusu kapsadığı ve bütün hizmet türlerinin sisteme dahil edildiği durumdur. Ülkemizde, son yıllarda sürdürülen sağlık reform hazırlıkları çerçevesinde adından sıkça söz edilen Genel Sağlık Sigortası, böyle bir modeldir. Bu model, şekildeki 1 ve 4 numaralı köşeleri birleştiren kenar üzerinde yer almaktadır. Genel Sağlık Sigortasının kaynaklarının kamu ağırlıklı düzenlenmesi durumunda 1 numaralı köşeye, sistemin özel kaynak ağırlıklı düzenlenmesi durumunda 4 numaralı köşeye yakın bir model söz konusu olacaktır.

Öte yandan, ülkedeki sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri gelirin yeniden dağılımı, kaynakların dağılımı ve genel ekonomik büyüme üzerinde etkilidir³³⁹. Finansman modelinin gelirin yeniden dağılımı etkisi, sağlık hizmetleri finansman modelinin yukarıdaki düzlem üzerinde nerede bulunduğu dikkate alınarak açıklanabilir. Ülkedeki finansman modelinin, düzlem üzerindeki konumu, aşağıdan yukarıya ve/veya sağdan sola yer değiştirdikçe, gelirin yeniden dağılımı etkisi artacaktır.

Buna göre, 3 numaralı köşeye ifade edilen, % 100 özel finansman ve % 100 doğrudan ödeme yöntemlerinin kullanıldığı finansman modellerinde gelirin yeniden dağılımı etkisi olmayacaktır.

Kamusal finansmanın payı arttıkça, vergi mükelleflerinden, sağlık hizmetini kullananlara; dolaylı finansmanın payı arttıkça sigorta veya sosyal güvenlik kuruluşunun fonuna katkısı, kullandığı hizmetten daha fazla olanlardan, fona katkısı kullandığı sağlık hizmetinden daha az olanlara doğru, gelirin yeniden dağılımı etkisi ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, ülkedeki sağlık hizmetleri finansman yöntemleri, gelir dağılımını da yakından ilgilendirmektedir.

3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık harcamaları genel olarak geniş ve dar anlamda iki farklı biçimde ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, dar anlamda sağlık harcamaları; özel ve kamu kesimleri tarafından finanse edilen, kişilere yönelik koruyucu hizmetlerle, sağlık

³³⁹ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, age.. s. 43.

idarelerinin doğrudan sorumluluğu altındaki genel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar olarak tanımlanmıştır³⁴⁰. Geniş anlamda sağlık harcamaları ise bunlara ek olarak, kişi sağlığı ile doğrudan ilgili olmayan, ancak dolaylı olarak sağlığın korunması ve iyileştirilmesi üzerine etkili olan, sağlık ile ilgili sektörlere yapılan harcamaları da kısmen veya tamamen kapsamaktadır. Bu grupta yer alan ana harcama kalemleri; evlerde tüketilen içme suyu harcamaları, kanalizasyon ve çöp toplama harcamaları, hayvan hastalıklarının denetimine ilişkin veterinerlik harcamaları, muhtaçlar için yapılan gıda yardımı harcamaları, sağlık personelinin ve halkın sağlık eğitimi için yapılan harcamalardır³⁴¹.

Ancak bu grupta yer alan geniş anlamli harcamaların, sağlık harcaması olarak kabul edilip edilmeyeceği konusu tartışmalıdır. Öte yandan, sağlık ile ilgili sektörlere yapılan harcamaların ayrımının güçlüğünden dolayı, geniş anlamdaki sağlık harcamaları, birçok istatistik kaynaktan ihmal edilmiştir ve harcamaların ayrıntısına ilişkin bilgi bulunmamaktadır³⁴². Bu nedenle çalışmamızda geniş anlamda sağlık harcamaları zorunlu olarak ihmal edilmiştir.

Ülkemizde sağlık harcamalarının kaynakları aşağıdaki gibi gruplandırılabilir³⁴³.

1. Kamu sağlık harcamaları;
 - a) Sağlık Bakanlığı,
 - b) Sosyal Sigortalar Kurumu,
 - c) Bağ-Kur,
 - d) Emekli Sandığı,
 - e) Milli Savunma Bakanlığı
 - f) Diğer Bakanlıklar,

³⁴⁰ DPT ve PRICE WATERHOUSE; Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü-Mevcut Durum Raporu. Ankara, Aralık-1989, s. 92.

³⁴¹ YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, age., ss. 45-46.

³⁴² YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, age., s. 49.

³⁴³ TOKAT, Mehmet; 1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ağustos 1997, s. 7.

- g) Üniversiteler,
- h) Kamu İktisadi Teşekkülleri,
- i) Belediyeler,
- j) Fon Sağlık Harcamaları.

2. Özel sektör sağlık harcamaları;

- a) Özel hastaneler tarafından yapılan sağlık harcamaları,
- b) Özel hekim muayenehane ve polikliniklerinde yapılan sağlık harcamaları,
- c) Özel diş hekimi muayenehanelerinde gerçekleştirilen sağlık harcamaları,
- d) Özel ilaç harcamaları.

Bu harcamaların gruplandırılmasında özellikle dikkat edilmesi gereken konu, sağlık hizmetlerinin üretimi için yapılan harcamalar ile tüketimi için yapılan harcamaların ayrımıdır. Ancak, Ülkemizde yayınlanan birçok çalışmada bu ayrım yeterince dikkate alınmamaktadır. Bu ise, sağlık harcamalarında mükerrer hesaplamalara ve sağlık harcamalarının olduğundan yüksek çıkmasına neden olabilmektedir.

Tablo 36'da, 1980 sonrası döneme ilişkin toplam sağlık harcaması ve kamu/özel ayrımı, GSMH içindeki payı ve kişi başına sağlık harcaması verilmiştir.

Tablodan görüleceği gibi, 1980-1996 döneminde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, en fazla 1993 yılında % 4,41 olarak gerçekleşmiş; en düşük oran ise 1986 yılında % 2,86 olarak gerçekleşmiştir. Dönem ortalaması ise % 3,43 düzeyindedir ve bu oran, uluslararası karşılaştırmalara göre, orta gelir düzeyindeki bir ülke için düşüktür³⁴⁴.

³⁴⁴ DPT ve PRICE WATERHOUSE; Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü-Nihai Durum Raporu, Ankara, Aralık-1990, s. 8.

TABLO 36: TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI: 1980/1996 (CARİ FİYATLARLA, MİLYAR TL)

	GAYRISAFİ MİLLİ HASILA	SAĞLIK HARCAMALARI			GSMH İÇİNDE SAĞLIK HARCAMALARI		KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARC. (BİN TL)	KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARC. (\$)
		TOPLAM	KAMU (%)	ÖZEL (%)	(%)	(%)		
1980	5303.0	187.5	96.3	51.4	91.2	48.6	4.2	55.5
1981	8022.7	251.6	116.3	46.2	135.3	53.8	5.5	50.1
1982	10611.9	325.7	148.6	45.6	177.1	54.4	7.0	43.3
1983	13933.0	443.2	204.1	46.1	239.1	53.9	9.3	41.3
1984	22167.7	684.0	300.5	43.9	383.5	56.1	13.9	38.2
1985	35350.3	1033.9	461.2	44.6	572.7	55.4	20.5	39.2
1986	51184.8	1462.7	680.0	46.5	782.7	53.5	28.4	42.5
1987	75019.4	2239.9	1114.6	49.8	1125.3	50.2	42.6	49.9
1988	129175.1	3895.0	2033.4	52.2	1861.6	47.8	72.5	51.0
1989	230369.9	7743.7	4530.3	58.5	3213.4	41.5	141.1	66.5
1990	397177.5	13919.6	8621.6	61.9	5298.0	38.1	247.7	95.0
1991	634431.1	23379.0	14846.7	63.5	8532.3	36.5	408.0	97.8
1992	1103843.4	43199.6	28615.9	66.2	14583.7	33.8	739.7	107.7
1993	1929250.0	85000.0	58000.0	68.2	27000.0	31.8	1428.8	130.1
1994	400827.1	160000.0	103500.0	64.7	56500.0	35.3	2641.3	85.2
1995	7661700.0	300000.0	193000.0	64.3	107000.0	35.7	4866.7	106.5
1996	14777000.0	550000.0	352000.0	64.0	198000.0	36.0	8914.3	114.2
1980-1996 DÖNEMİ ORTALAMASI:				55.2		44.8		

KAYNAK: SB; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1996, SBTİGİM, Ankara, 1997, Tablo 15'den hazırlanmıştır.

Toplam sağlık harcamaları içinde kamu kaynaklarının payı ise, ele alınan dönemde, 1984 yılında % 43,9 ile en düşük, 1993 yılında %68,2 ile en yüksek değerlerinde ulaşmıştır. Dönem ortalaması ise % 55,2 düzeyinde gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde özel harcamaların payı da, kamu harcamalarının tersi olarak, 1993 yılında % 31,8 ile en düşük, 1984 yılında % 56,1 ile en yüksek değerine ulaşmıştır. Özel harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı, dönem ortalaması olarak % 44,8 şeklinde gerçekleşmiştir.

Buna göre Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel kesim payları yaklaşık aynı düzeylerde dalgalanmaktadır. Kamu sağlık harcamaları içinde en önemli payı Sağlık Bakanlığı’nın harcamaları oluşturduğundan, Sağlık Bakanlığı’nın harcamalarının ayrıca, ele alınması yararlı olacaktır. Aşağıdaki Tablo 37’de, Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içinde ve GSMH içindeki payı verilmiştir.

TABLO 37: SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİNİN GSMH VE DEVLET BÜTÇESİ İÇİNDEKİ PAYI (1980-1997) (MİLYAR TL, %)

	GSMH	DEVLET BÜTÇESİ	SB BÜTÇESİ	SB BÜTÇESİ /GSMH	SB BÜTÇESİ /DEVLET BÜT.
1980	5303	757	32	0.60	4.23
1985	35350	5412	138	0.39	2.55
1990	397178	63925	2633	0.66	4.12
1991	634431	105207	4434	0.70	4.21
1992	1103843	207545	9783	0.89	4.71
1993	1997323	398710	18185	0.91	4.56
1994	3887903	823396	30639	0.79	3.72
1995	7643617	1335978	48742	0.64	3.65
1996	14777000	3558507	98064	0.66	2.76
1997	25360000	6344686	204499	0.81	3.22

KAYNAK: SB; Sağlık İstatistikleri 1996, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997, ss. 21-22’den hazırlanmıştır.

Ülkemizde kamu sağlık harcamaları içinde en önemli paya sahip olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin, GSMH içindeki payı genel olarak % 1’in altında kalmıştır. Devlet bütçesi içindeki payı ise 1980 ve 1997 yılları arasında sürekli olarak % 5 sınırının altında kalmıştır. 1992 yılında % 4,7’lik pay ile en yüksek değerine ulaştıktan sonra, 1997 yılına kadar sürekli azalmıştır.

Kuşkusuz, kamu sağlık harcamalarının içinde önemli bir paya sahip olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı harcamaları dışında da, kamu sağlık harcamaları mevcuttur.

Aşağıda, önce kamu sağlık harcamalarının daha sonra özel sağlık harcamalarının bileşimi değerlendirilmiştir.

Tablo 38'den görüldüğü gibi, toplam kamu sağlık harcamaları içinde % 35,1'lik payla Sağlık Bakanlığı ilk sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nı % 21,1'lik payla SSK; % 10,2 payla Üniversiteler % 9,5 payla diğer bakanlıklar izlemektedir. Toplam kamu sağlık harcamalarının payı ise 1995 yılında %2,7 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran, 1994 yılındaki % 2,8'lik paya göre az da olsa bir gerileme göstermiştir³⁴⁵.

TABLO 38: TOPLAM KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ KURULUŞLARA DAĞILIMI - 1995

	TUTAR		ORAN (%)
	MİLYAR TL	MİLYON S	
Sağlık Bakanlığı	74258,5	1625,7	35,1
Sosyal Sigortalar Kurumu	44754,5	979,8	21,1
Üniversiteler	21690,0	474,8	10,2
Bakanlıklar	20119,0	440,4	9,5
MSB ve TSK	12926,4	283,0	6,1
Emekli Sandığı	17858,1	391,0	8,4
Bağ-Kur	8044,6	176,1	3,8
KİT	3850,0	84,3	1,8
Belediyeler	992,0	21,7	0,5
FON	7300,4	159,8	3,4
TOPLAM	211793,5	4636,6	100,0
TKSH/GSMH		2,7	

KAYNAK: TOKAT, Mehmet: *1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ağustos 1997, Tablo 26.*

Toplam kamu sağlık harcamalarının harcama türlerine göre dağılımında ise, 108,8 Trilyon TL (% 51,4) ile hastane harcamaları ilk sırada yer alırken; 84,1 Trilyon TL (%39,7) ile ayaktan tedavi, ilaç ve tıbbi malzeme harcamaları gelmekte; üçüncü sırada ise 18,9 Trilyon TL (% 8,9) ile eğitim, yönetim vb şeklindeki diğer harcamalar gelmektedir. Kamu sağlık harcamalarının finansman kaynakları ise % 70,5 oranında vergiler; %25,2 oranında primler; % 4,3 oranında Fon gelirlerinden oluşmaktadır³⁴⁶.

1995 yılı için, özel sağlık harcamaları ise, Tablo 39'da verilmiştir. Tablodan görüldüğü gibi, özel sektör sağlık harcamalarının %46,1'i hekim muayenehane ve

³⁴⁵ TOKAT, Mehmet: *1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*, age.. s. 35.

³⁴⁶ TOKAT, Mehmet: *1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*, age.. s. 35 ve

polikliniklerinde yapılan harcamalardır. Hekim harcamalarının ardından %22,5'lik pay ile özel ilaç harcamaları gelmektedir. Toplam özel sektör sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı ise, %1,3 olarak gerçekleşmiştir.

TABLO 39: TOPLAM ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK HARCAMALARI VE GSMH İÇİNDEKİ PAYI - 1995

	TUTAR		
	MİLYAR TL	MİLYON \$	ORAN (%)
Özel Hastane Harcamaları	12582,1	275,5	15,6
Hekim Harcamaları	37265,5	815,8	46,1
Dış Hekimi Harcamaları	12779,6	279,8	15,8
Özel İlaç Harcamaları	18231,3	399,1	22,5
TOPLAM	80858,6	1770,2	100,0
TÖSH/GSMH		1,3	

KAYNAK: TOKAT, Mehmet; *1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ağustos 1997, Tablo 47.

Buna göre 1995 yılında, 211,8 Trilyon TL'si kamu kesimindeki sağlık hizmet üreticilerine; 80,8 Trilyon TL'si özel kesimdeki sağlık hizmet üreticilerine olmak üzere toplam 292,6 Trilyon TL toplam sağlık harcaması yapılmıştır. 1995 yılı için DİE'nin yıl ortası nüfus tahmininin¹⁰ 62 milyon 526 bin olduğu dikkate alındığında, 1995 yılında yapılan kişi başına sağlık harcaması, cari fiyatlarla 4 milyon 680 bin 485 TL (102,5 \$) düzeyinde gerçekleşmiştir.

Kamu ve özel sektör sağlık harcamalarını birlikte düşündüğümüzde, toplam sağlık harcamalarına ilişkin fon akım tablosu, Tablo 40'da görüldüğü gibidir.

TABLO 40: TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI FON AKIM TABLOSU - 1995
KULLANIMLAR KAYNAKLAR

	Milyar TL	Milyon \$	(%)		Milyar TL	Milyon \$	(%)
Ayakta Tedavi ve İlaç Harcamaları	152383,8	3336,0	52,1	Vergiler	158441,5	3468,6	54,1
Hastane Harcamaları	121352,0	2656,7	41,5	Doğrudan Ödem.	80858,6	1770,2	27,6
Diğer Harcamalar	18916,2	414,1	6,4	Sigorta Primleri	53351,9	1168,0	18,3
TOPLAM	292652,0	6406,8	100,0	TOPLAM	292652,0	6406,8	100,0

KAYNAK: TOKAT, Mehmet; *1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ağustos 1997, Tablo 51.

Buna göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine ilişkin harcamaların % 54,1’i vergilerle, yani genel bütçeden finanse edilirken; % 45,9’u özel kaynaklarla finanse edilmektedir³⁴⁷. Öte yandan, sağlık hizmetlerinin finansmanında % 27,6 oranında, doğrudan ödeme yöntemi kullanılırken, %72,4 oranında dolaylı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı, % 4’tür.

Sağlık harcamalarının Dünya ortalamasına baktığımızda, kişi başına sağlık harcamalarının 323 dolar olduğunu ve toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payın %8 olduğunu görmekteyiz. Ayrıca, bunun % 60,5’i kamu kaynaklı harcamalar, % 39,5’i özel kaynaklı harcamalardır³⁴⁸. Buna göre, Ülkemizdeki sağlık harcamalarının hem kişi başına düzeyi, hem GSMH içindeki payı, Dünya ortalamasının altındadır. Aynı şekilde toplam sağlık harcamaları içinde kamu kaynaklarının payı da, Dünya ortalamasından düşüktür.

Bu oranları kullanarak, Ülkemiz sağlık finansman sisteminin, yukarıda geliştirdiğimiz, Şekil 9’daki finansman modeli düzlemi içindeki yerini belirleyebiliriz. Türkiye sağlık sektöründeki finansman modeli, model düzlemindeki 4 numaralı köşeye yakındır. Buna göre, Ülkemizde kurumsal gelişmiş düzeyinin yeterli, sosyal yönelim açısından yetersiz olduğu söylenebilir. Öte yandan, kurumsal gelişmişlik düzeyinin göstergesi olarak kullanılacak, dolaylı ödeme yöntemlerinin ülkedeki sosyal güvenlik kuruluşlarının kapsadığı nüfus arttıkça daha da yükseleceğini belirtmek gerekir.

4. TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SABİT SERMAYE YATIRIMLARI

Bir ülke ekonomisinin geleceğini belirleyecek en önemli şey, kuşkusuz gelecekteki üretim kapasitesidir. Gelecekteki üretim kapasitesinin bugünkü düzeyden

³⁴⁷ Bu fon akım tablosunda yer alan 53 Trilyon TL’lik sigorta primleri, sosyal güvenlik kuruluşları eliyle finansmanı göstermektedir. Söz konusu sosyal güvenlik kuruluşları her ne kadar idari düzenlemeler açısından kamu kesimi içinde yer almış olsa da, ödenen primlerin tamamına yakın kısmının işçi ve işverenler tarafından ödendiği dikkate alındığında, primlerle finansmanın özel kaynaklar içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Kuşkusuz kamu kesiminde çalışan işçiler için ödenen sağlık sigorta primlerinin işveren payı, devlet tarafından ödenmektedir. Ancak bu durumda da devlet, işveren sıfatıyla ödeme yapmaktadır.

³⁴⁸ WB: World Development Report 1993 - Investing in Health, age., s.*211.

geriye düşmemesi ve bugünkü düzeyine göre daha da gelişmesi yatırımlara bağlıdır. Üretim kapasitesinin genişlemesi için, yatırımların sermaye mallarındaki aşınmayı karşılayacak düzeyden daha fazla olması gerekmektedir. Sadece sermaye stokundaki aşınmayı karşılayacak düzeyde yatırım yapıldığında, ülkenin üretim kapasitesinde bir artış olmayacağı gibi, sermaye mallarındaki aşınmayı karşılayacak düzeyin altında yatırım yapılması durumunda da, ülkenin üretim kapasitesi zamanla düşecektir.

Bu nedenle, uzun süreli gelişim trendi açısından yapılan sabit sermaye yatırımlarının düzeyi önemlidir. Gerek makro ekonomik gelişme açısından gerekse sektörel gelişme açısından yatırımlar stratejik öneme sahiptir. Ülkedeki veya sektördeki sermaye hasıla oranı sabitken, elde edilecek üretim (bir başka ifadeyle, gelir) düzeyi, yatırımların miktarına bağlıdır³⁴⁹. Buna göre, belli bir dönemde, diğer koşullar sabitken, yatırımların artması üretimin dolayısıyla gelirin artması anlamına gelecektir. Söz konusu önem ekonominin geneli için olduğu kadar, sektörel düzeyde de geçerlidir.

Aşağıda Tablo 41, planlı dönemde, Ülkemizdeki sabit sermaye yatırımlarını ve sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımlarını ve bunların GSMH içindeki paylarını göstermektedir³⁵⁰. Tablodan görüldüğü gibi, Ülkemizdeki sabit sermaye yatırımları, 1963 yılında 11 milyar 384 milyon TL düzeyinde ve GSMH'nin %17,0'si oranında iken, 1997 yılında 7,4 katrilyon TL düzeyine ve GSMH'nin % 24,8'i oranına ulaşmıştır. Sabit sermaye yatırımlarının GSMH içindeki payının artması, yatırımlardaki artış hızının GSMH artış hızından daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımlarını değerlendirdiğimizde, 1963 yılında 125 milyon TL düzeyinde ve GSMH'nin %0,19'u oranında iken, 1997 yılında 202,4 trilyon TL düzeyine ve GSMH'nin %0,68'i oranına ulaştığını görmekteyiz. Buna

³⁴⁹ Yatırımlarla ekonomik büyüme oranı arasındaki ilişki yatırımların verimlilik düzeyine bağlıdır. Yatırım verimliliği (sermaye-hasıla oranının tersi), bir birim yatırımın gelirden yol açtığı artışı gösterir. Yatırım verimliliği ve makro ekonomik büyüme hızı arasındaki ilişkiler için bkz. ÖZATEŞLER, Mustafa; İktisadi Planlama Teorisi ve Genel Üretim Modeli, age.. s. 136 vd.

³⁵⁰ Bilindiği gibi, ülkemizde uzun süredir yaşanan enflasyon nedeniyle, parasal değerlerde şişkinlik söz konusudur. Bu nedenle, eğilimlerin belirlenmesinde, oransal analiz daha açıklayıcıdır. Yatırımlardaki enflasyondan kaynaklanan şişkinliğin GSMH deflatörünün kullanımıyla ortadan kaldırılması mümkünse de, SSY'leriyle ilgili aşağıdaki tablolarda, bu tercih edilmemiştir. Ancak, daha sonra verilecek olan trend analizinde, cari fiyatlarla ifade edilen bu değerler, GSMH deflatörü kullanılarak 1980 fiyatlarıyla ifade edilmiştir.

göre sağlık sektörü sabit sermaye yatırımları da, GSMH'daki artıştan daha hızlı bir artış göstermiştir. Bu artış, toplam sabit sermaye yatırımlarındaki artışın da üzerinde gerçekleşmiştir. Nitekim, bunun sonucu olarak, sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarının, toplam sabit sermaye yatırımları içindeki payı, 1963 yılında %1,1 oranında iken, 1985 yılına kadar yaklaşık aynı düzeylerde kalmış, 1985 yılından sonra sürekli artarak, 1997 yılında %2,7 oranına ulaşmıştır. 1998 yılı program hedefinde de yine sağlık sabit sermaye yatırımlarının, toplam sabit sermaye yatırımları içindeki payının % 2,7 olarak gerçekleşmesi öngörülmüştür.

TABLO 41: TOPLAM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ SABİT SERMAYE YATIRIMLARI: 1963-1998 (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

	TOPLAM SSY	TOPLAM SSY /GSMH (%)	SAĞLIK SSY	SAĞLIK SSY /GSMH (%)	TOPLAM SSY İÇİNDE SAĞLIK (%)
1963	11.384	17,0	125	0,19	1,1
1965	13.030	17,0	209	0,27	1,6
1970	32.740	22,2	402	0,27	1,2
1975	115.688	21,5	1.246	0,23	1,1
1980	872.471	19,6	8.972	0,20	1,0
1981	1.242.839	18,7	15.808	0,24	1,3
1982	1.569.805	18,0	18.593	0,21	1,2
1983	2.169.243	18,9	21.860	0,19	1,0
1984	3.287.391	17,9	30.651	0,17	0,9
1985	5.561.681	20,0	50.211	0,18	0,9
1986	9.088.795	23,1	86.815	0,22	1,0
1987	14.228.100	24,6	144.500	0,25	1,0
1988	24.165.900	26,1	260.600	0,28	1,1
1989	38.304.200	22,5	507.200	0,30	1,3
1990	89.892.000	22,6	1.335.024	0,34	1,5
1991	150.156.000	23,7	2.593.368	0,41	1,7
1992	258.406.000	23,4	5.080.994	0,46	2,0
1993	525.506.000	26,3	10.431.003	0,52	2,0
1994	952.322.000	24,4	20.622.546	0,53	2,2
1995	1.882.225.000	23,4	34.141.600	0,42	1,8
1996	3.743.233.000	24,0	87.191.936	0,56	2,3
1997T	7.359.769.000	24,8	202.385.444	0,68	2,7
1998P	12.544.305.000	-	342.107.625	-	2,7

KAYNAK: TOBB; *Planlı Dönemde Rakamlarla Türkiye Ekonomisi*, Ankara, 1990, Tablo 16, 17 ve 18.
DPT; *Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1997)*, Ankara, Mart 1997, Tablo 2.3, Tablo 2.4, Tablo 2.5, Tablo 2.6 ve Tablo 2.7'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

NOT: 1997 yılı SSY değerleri DPT gerçekleştirme tahmini, 1998 yılı SSY değerleri program hedefidir.

Bu değerlendirmeye göre, sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımlarının, genel yatırımların üzerinde bir artış gösterdiğini söyleyebiliriz. Bu artışın kaynaklarının görülebilmesi için, sabit sermaye yatırımlarının kamu/özel ayrımı, Tablo 42'de verilmiştir.

Tablodan görüldüğü gibi, 1963 yılında kamu kesimi tarafından sağlık sektöründe yapılan sabit sermaye yatırımları 111 milyon TL iken, 1997 yılında 60 trilyon TL olmuştur. Kamu kesimi tarafından sağlık sektöründe yapılan sabit sermaye yatırımlarının, toplam sağlık sektörü sabit sermaye yatırımları içindeki payı ise 1963 yılında % 88,80 düzeyinde iken, 1997 yılında % 29,74 düzeyine gerilemiştir. Kamu kesimi sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı, 1963 yılında %2,3 iken; 1997 yılında % 3,5 düzeyine yükselmiştir.

TABLO 42: SAĞLIK SEKTÖRÜNE YAPILAN SABİT SERMAYE YATIRIMLARININ KAMU/ÖZEL AYRIMI:1963-1998 (Cari Fiyatlarla, Milyon TL)

	SAĞLIK SEKTÖRÜ TOPLAM SSY	KAMU KESİMİ SAĞLIK SSY	SAĞLIK SSY'LARI İÇİNDE KAMU (%)	KAMU SSY'LARI İÇİNDE SAĞLIK (%)	ÖZEL KESİM SAĞLIK SSY	SAĞLIK SSY'LARI İÇİNDE ÖZEL (%)	ÖZEL SSY'LARI İÇİNDE SAĞLIK (%)
1963	125	111	88,80	2,3	14	11,20	0,2
1965	209	215	102,87	3,5	15	7,18	0,2
1970	402	365	90,80	2,5	37	9,20	0,2
1975	1.246	1.154	92,62	2,1	92	7,38	0,2
1980	8.972	8.172	91,08	1,8	800	8,92	0,2
1981	15.808	14.608	92,41	2,0	1.200	7,59	0,2
1982	18.593	17.013	91,50	2,0	1.580	8,50	0,2
1983	21.860	19.795	90,55	1,6	2.065	9,45	0,2
1984	30.651	27.351	89,23	1,5	3.300	10,77	0,2
1985	50.211	38.811	77,30	1,2	11.400	22,70	0,5
1986	86.815	63.450	73,09	1,2	23.365	26,91	0,6
1987	144.500	106.800	73,91	1,4	37.700	26,09	0,6
1988	260.600	204.700	78,55	1,8	55.900	21,45	0,4
1989	507.200	374.400	73,82	2,2	132.800	26,18	0,6
1990	1.335.024	775.152	58,06	2,8	559.872	41,94	0,9
1991	2.593.368	1.208.659	46,61	2,5	1.384.709	53,39	1,4
1992	5.080.994	2.601.440	51,20	3,2	2.479.554	48,80	1,4
1993	10.431.003	5.471.126	52,45	3,8	4.959.877	47,55	1,3
1994	20.622.546	9.218.496	44,70	4,8	11.404.050	55,30	1,5
1995	34.141.600	15.516.580	45,45	4,7	18.625.020	54,55	1,2
1996	87.191.936	33.530.948	38,46	4,4	53.660.988	61,54	1,8
1997T	202.385.444	60.189.444	29,74	3,6	142.196.000	70,26	2,5
1998P	342.107.625	99.750.000	29,16	3,5	242.357.625	70,84	2,5

KAYNAK: TOBB; *Planlı Dönemde Rakamlarla Türkiye Ekonomisi*, Ankara, 1990, Tablo 16, 17 ve 18.
DPT; *Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1997)*, Ankara, Mart 1997, Tablo 2.3, Tablo 2.4, Tablo 2.5, Tablo 2.6 ve Tablo 2.7'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

NOT: 1997 yılı SSY değerleri DPT gerçekleşme tahmini, 1998 yılı SSY değerleri program hedefidir.

Özel kesim tarafından sağlık sektöründe yapılan sabit sermaye yatırımları 1963 yılında yalnızca 14 milyon TL iken, 1997 yılında 142 trilyon TL olmuştur. Özel kesim tarafından yapılan sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımlarının, toplam sağlık

sektörü sabit sermaye yatırımları içindeki payı ise 1963 yılında % 11,20 düzeyinde iken, 1997 yılında % 70,84 düzeyine yükselmiştir. Özel kesim sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı ise 1963 yılında % 0,2 iken, 1997 yılında % 2,5 düzeyine yükselmiştir.

Buna göre, sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımları, genel sabit sermaye yatırımlarından daha hızlı artarken, hem kamu kesimi hem de özel kesim yatırımları içinde sağlık sektörünün payı artmıştır. Sağlık sektörüne verilen önemin göstergesi olarak, bu sektöre yapılan yatırımların giderek daha fazla pay alması olumlu bir gelişme olmakla birlikte, sahip olunan pay yeterli düzeyde değildir. Öte yandan, sağlık kesimine yapılan sabit sermaye yatırımlarında yapısal bir değişim de söz konusudur. Nitekim, Planlı Dönem başlangıcında sağlık sektöründe özel kesim yatırımları yok denecek kadar az iken, zaman içinde artmış, 1997 yılında toplam sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarının dörtte üçü özel kesim tarafından yapılır olmuştur.

Bu değişimde özellikle iki gelişme etkilidir. Bunlardan birincisi, kamu kesimi gelir/gider dengesizliği sonucu ortaya çıkan, kamu finansman güçlükleri nedeniyle yatırımlara kaynak ayrılamaması, yani genel gerekçe; ikinci ise, sağlık sektörü yatırımlarının teşvik kapsamına alınması, yani sektörel gerekçedir.

Kamu kesimi gelir/gider dengesizliği ve bütçe açıklarının iç borçlanmayla finanse edilmesi tercihi, sonuçta, devlet bütçesinin üçte ikilik kısmının faiz ödemelerine ayrılmasını gerektirmiş, kalan üçte birlik kısım cari giderlere ancak yeterli hale gelmiş ve dolayısıyla, acil konular dışında yatırımlara kaynak ayrılamaz olmuştur. Nitekim, 1980'lerin ikinci yarısına kadar, sabit sermaye yatırımları içinde kamu ve özel kesim payları yaklaşık % 50 civarında salınırken, 1988 yılından sonra özel kesim sabit sermaye yatırımlarının payı genel bir artış trendine girmiş ve 1995 yılında % 82,5 gibi oldukça yüksek bir paya sahip olmuştur.

1980 öncesinde sağlıkla ilgili sektörlerden sadece ilaç sektörüne verilen yatırım teşviklerinin, 1982 yılından itibaren sağlık hizmetleri üretimine de verilmesi³⁵¹, sağlık

³⁵¹ SOYER, Ata: "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992): Ne İçin, Nereye, Ne Kadar?". Toplum ve Hekim, Cilt:9, Sayı:62, s. 94.

sektöründeki sabit sermaye yatırımları içinde özel kesimi öne çıkaran yapısal değişimin sektörle ilgili gerekçesidir. Esas olarak özel sağlık kuruluşlarının teşviki ve sağlık sisteminde özel kesimin rolünün artırılması, çalışmamızın politikalarla ilgili üçüncü bölümünde incelendiği gibi, yeni bir hedef değildir. 1960'lardan bu yana Kalkınma Planları ve Hükümet Programlarında bu konuya yer verilmektedir.

Öte yandan, Ülkemizde Cumhuriyet öncesinde de özel hastaneler varolmakla birlikte, 24 Mayıs 1933 tarihinde çıkarılan 2219 Sayılı "Hususi Hastaneler Kanunu" ile resmîyet kazanmıştır. Bununla birlikte, özel sağlık kuruluşlarının sayısındaki artış, özellikle 1980'den sonra ortaya çıkmıştır³⁵². Buna bağlı olarak, özel kesimin sağlık yatırımları da artmıştır.

1980-1992 döneminde toplam 3,7 trilyon TL (yaklaşık 1,2 milyar \$) tutarında yatırım öngören, 393 yatırım teşvik belgesi verilmiştir. Bunların 336 adeti (yatırım tutarı 3,3 trilyon TL - 982 milyon \$) özel kesime verilmiştir. Yatırım toplamının % 90,2'si sabit yatırım niteliğindedir³⁵³. Aynı dönemde verilen yatırım teşvik belgelerinin, yatırım toplamına göre % 73'ü gelişmiş yörelere, %18'i normal yörelere, %4'ü Kalkınmada 2. Öncelikli İllere, %5'i Kalkınmada 1. Öncelikli İllere verilmiştir³⁵⁴. Buna göre özellikle gelişmiş yörelerde, özel sağlık kuruluşlarının yatırım teşviklerinden de yararlanarak kayda değer bir gelişme sağladığı ifade edilebilir.

1990 yılından sonra verilen yatırım teşvik belgeleri içinde, sağlık sektörünün payı ve gelişimi Tablo 43'de görülmektedir. Tablodan görüleceği gibi, sağlık sektörüne verilen yatırım teşvik belgelerinin miktarı sürekli artmış olmakla beraber, toplam yatırım teşvik belgeleri içinde payı dalgalanma göstermiştir.

³⁵² AKINCIOĞLU, Tefik; "Özel Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Sistemimizdeki Yeri", Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi-Seminer (18 Kasım 1992), İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 1993-9, İstanbul, 1993, s. 29.

³⁵³ SOYER, Ata; "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992): Ne İçin, Nereye, Ne Kadar?", a.g.e., s. 99'daki tablodan hesaplanmıştır.

³⁵⁴ Bu oranlar, SÖNMEZ, Tark; "Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki", Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi-Seminer (18 Kasım 1992), İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 1993-9, İstanbul, 1993, s. 51'den hesaplanmıştır.

TABLO 43: YATIRIM TEŞVİK BELGELERİNİN DAĞILIMI (MİLYAR TL)

	TOPLAM		SAĞLIK		SAĞLIK /TOPLAM	GSMH Def. 1987=100
	Cari Fiyatlarla	1990 Fiyatlarıyla	Cari Fiyatlarla	1990 Fiyatlarıyla		
1990	22.684	22.684	389	389	1,72	469,52
1991	38.131	23.956	1.167	733	3,06	747,34
1992	51.393	19.749	1.590	611	3,09	1221,85
1993	247.054	56.727	2.908	668	1,18	2044,83
1994	208.862	23.138	5.371	595	2,57	4238,28
1995	2.232.828	132.169	8.224	487	0,37	7931,97
1996	2.110.691	71.394	35.573	1.203	1,69	13880,94

KAYNAK: Cari Fiyatlarla YTB tutarları MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, İlgili Yıllardan; GSMH Deflatörü, DPT; Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1997), Ankara, Mart 1997, Tablo 1.2'den alınmış, reelleştirme tarafımızdan yapılmıştır.

1990 yılında, 389 milyar TL'lik sağlık yatırımı teşvik belgesi kapsamına alınmış iken, 1996 yılında, teşvik belgesi kapsamına alınan sağlık yatırımı tutarı, 35 trilyon 573 milyar TL olmuştur. Aynı dönemde teşvik belgesi kapsamına alınan toplam yatırım miktarı ise 22,7 trilyon TL'den 2,1 katrilyon TL düzeyine yükselmiştir

YTB verilen yatırım tutarlarının 1990 yılı fiyatlarıyla ifade edilmesi durumunda, 1990-1996 döneminde, 349 trilyon 817 milyar TL toplam YTB'ne karşılık, sağlık sektörüne 4 trilyon 686 milyar TL YTB verildiğini görmekteyiz. Dolayısıyla dönem ortalaması olarak toplam YTB içinde sağlık sektörünün payı % 1,34 olmuştur. Bu oran Tablo 42'de verilen özel kesim SSY içinde sağlık sektörünün payı ile uyumludur.

Sonuç olarak, 1990'lı yıllarda, ekonominin genelinde, toplam yatırımlar içinde özel yatırımların payı, kamu kesiminin payının üstünde seyrederken, sağlık sektöründe de bu gelişmenin etkili olduğunu, üstelik sağlık sektöründe Planlı Dönemin başlangıcında özel yatırımların yok denecek kadar az olmasına karşılık, günümüzde sağlık sektörü yatırımlarının üçte ikisinden fazlasının özel kesim tarafından gerçekleştirildiğini görmekteyiz. Yatırımlardaki bu gelişmenin sürmesi durumunda, toplam sağlık hizmetleri arzı içinde gerek hasta yatağı sayısı, gerek ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri açısından % 5'lerin biraz üzerinde paya sahip olan özel sağlık kuruluşlarının giderek bu paylarını artıracığını söyleyebiliriz.

Bu gelişme, 1980'li yıllarda etkili olan, devletin küçültülmesi ve özel sektörün ekonominin her alanında etkinliğinin artırılması şeklindeki genel tercihlerin, sağlık sektöründe de geçerli olduğunu göstermektedir. Bir başka ifadeyle, yatırımlardaki

gelişmeler, “sağlık hizmetlerinde özel kuruluşlardan daha fazla yararlanılması” genel hedefine uygun bir görünüm arz etmektedir. Ancak, mevcut özel sağlık kuruluşlarındaki kapasitelerin oldukça düşük oranlarda kullanıldığını dikkate aldığımızda; özel kesim yatırımlarındaki bu artışın, aynı zamanda ülke ekonomisinde kaynak kullanımında etkinlik açısından, sorunları da beraberinde getirebileceğini belirtmeliyiz.

5. TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELECEĞİNE YÖNELİK TREND ANALİZİ

Yukarıda yapılan ekonomik değerlendirmeden görüldüğü gibi, Türkiye sağlık sektörünün altyapısını oluşturan hasta yatağı, sağlık insangücü gibi konularda, Cumhuriyet dönemi boyunca, çok önemli gelişmeler sağlanmıştır. Bununla birlikte, başta organizasyon eksikliği ve gelir yetersizliği olmak üzere bazı nedenlerden dolayı, Türkiye’de sağlık sorunlarını çözmek mümkün olmamıştır.

Örneğin, Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin planlanması ve hizmet arzıyla ilgili en yetkili kurum olmasına karşılık, Sağlık Bakanlığı’nın genel bütçeden aldığı pay ortalama yüzde 3-4 civarında seyretmiş, sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ise yüzde 5’i geçememiştir. Oysa gelişmiş ülkelerde GSMH’den sağlığa ayrılan pay, yüzde 10’un altına inmemektedir. Benzer şekilde Cumhuriyet dönemi boyunca sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımı sağlanamamıştır.

Bunların dışında Ülkemizdeki sağlık sisteminin iyi çalışmadığını gösteren birçok olay ve olgudan söz etmek mümkündür. Toplumun yaşadığı sıkıntılar, basın organlarında günlerce süren yazı dizilerine konu olmaktadır. Hastanelerdeki uzun bekleme listeleri, tedavi olmak için gittiği hastaneden yeni bir enfeksiyonla taburcu olan hastalar, hekim hataları, çok yoğun iş yükünden bunalan sağlık personeli şeklinde listeyi daha da uzatmak mümkündür. Benzeri olaylar, Ülkemizdeki sağlık sorunlarının giderek içinden çıkılmaz hale geldiğinin göstergeleridir. Dolayısıyla sağlık sektöründe yeniden yapılanma kaçınılmaz hal almıştır.

Sektörün yeniden yapılanmasında, mevcut durumun ve eğilimlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, bu eğilimlerin geleceğe yansımaları, reform çalışmalarının hangi alanlarda yoğunlaşması gerektiğini de belirleyecektir. Bu nedenle

çalışmamızın bu bölümünde, Türkiye sağlık sektörünün geleceğine ilişkin tespitlerin ortaya konulması yararlı olacaktır. Bunun için, mevcut bazı değişkenlerin zaman içindeki gelişiminden hareket ederek trend analizi yöntemi kullanılmış ve bulunan trend denklemlerinin yardımıyla yakın geleceğimiz olan 2000, 2005 ve 2010 yıllarında bu değişkenlerin alabileceği değerler öngörülmeye çalışılmıştır.

Trend analizi yönteminde, ilgili değişken üzerinde etkili olan bütün faktörlerin bileşimi olarak zamana bağlı bir değişimin ortaya çıktığı; dolayısıyla söz konusu faktörlerin, geçmiş dönemdeki etkilerinin gelecekte de aynen tekrarlanması koşuluyla, trendin gelecekteki değerlerinin öngörümlenebileceği kabul edilmektedir. Bir başka ifadeyle, bir değişkenin zaman içindeki gelişimine bakarak (ceteris paribus), belli bir süre sonra ne olacağı tahmin edilmeye çalışılmaktadır.

Kuşkusuz, bu tür tahmin yöntemleriyle elde edilen sonuçların, özellikle nokta tahminlerinin ihtiyatla değerlendirilmesi gerekmektedir. Zira, söz konusu trendi oluşturan tesadüfi (rastsal) şoklar söz konusudur ve bunların ne zaman ortaya çıkacağı önceden bilinemez. Yakın gelecekte ortaya çıkabilecek politika değişikliklerinin, söz konusu tahminlerin gerçekleşme olasılığını düşüreceği de açıktır. Bu nedenle, tahmin süresi ileriye doğru uzaklaştıkça tahminlerden sapma olasılığı artmaktadır.

Trend analizinde, bağımlı değişken (Y), zamanın (t) bir fonksiyonu olarak ele alınmakta ve eldeki mevcut verilerden (gözlemlerden) hareket edilerek, ekonometrik yöntemlerle regresyon denklemi oluşturulmaktadır. Bunun için çoğunlukla, En Küçük Kareler Yöntemi (EKKY) kullanılmakta, regresyon denkleminin tipi, değişkenin zaman içinde aldığı değerlere bakılarak belirlenmektedir. $Y=f(t)$ şeklinde belirlenen fonksiyonda (Y) ve (t) arasındaki ilişkinin matematiksel şekli; doğrusal, yarı logaritmik, tam logaritmik gibi değişik şekillerde olabilmektedir.

Bizim çalışmamızda, bağımlı değişkenin zamana göre değişimini ifade eden regresyon denklemlerinin üstel model ($Y=e^{b_1+b_2t}$) şeklinde tahminlenmesi, istatistik ve ekonometrik testlerde daha iyi sonuçlar vermiştir. Ayrıca, bu modelde b_2 katsayısından

yıllık ortalama artış hızının hesaplanabilmesi de, bu tür modellerin trend analizlerinde kullanılmasını cazip kılan bir faktördür³⁵⁵.

Türkiye sağlık sektörünün, yakın gelecekte alacağı görünüm açısından önem taşıyan değişkenler için yapılan trend analizinde elde edilen denklemler, aşağıdaki tabloda sunulmuştur. Söz konusu trend denklemlerinin bazılarında ortaya çıkan birinci dereceden otokorelasyon, AR(1) faktörü kullanılarak yapılan iterasyonla ortadan kaldırılmış ve tahminler, iterasyon sonucunda elde edilen katsayılarla yapılmıştır. Otokorelasyon sorunu, genellikle üçüncü iterasyon sonunda giderilmiştir. Bununla birlikte, çalışmamızda ele alınan değişkenlerin zamana göre trendleri araştırıldığından, regresyon denklemlerinin sunulduğu tablolarda AR(1) parametresine ayrıca, yer verilmemiştir.

Tablo 44, sağlık harcamalarına ilişkin trend denklemlerini vermektedir. Bu denklemlerin oluşturulmasında kullanılan veriler, daha önce verilen Tablo 36'da yer alan verilerdir. Bu veriler, GSMH zımnı deflatörü kullanılarak, 1980 fiyatlarına göre yeniden düzenlenmiş ve trend denklemleri reel harcama veri setiyle tahminlenmiştir. Yapılan t testine göre, parametreler istatistik olarak anlamlı bulunmuştur.

TABLO 44: SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN REGRESYON SONUÇLARI

Bağımlı Değişken	b ₁	b ₂	R ²	q	F	DW
LOG(RGSMH)	8,550872 (0,032382)	0,044540 (0,002849)	0,987	0,0269	477,9	1,987
LOG(RTOPSH)	4,898454 (0,091505)	0,070373 (0,007467)	0,967	0,0645	190,6	1,545
LOG(RKAMUSH)	4,045530 (0,221044)	0,097275 (0,018621)	0,965	0,1023	101,6	2,002
LOG(ROZELSH)	4,506387 (0,035698)	0,027116 (0,003180)	0,944	0,0339	109,7	1,777
LOG(RKBSHTL)	1,100206 (0,092369)	0,050309 (0,007492)	0,938	0,0628	98,1	1,635

NOT: Parantez içinde yer alan değerler, ilgili parametrenin standart hatalarıdır.

Yukarıdaki tabloda yer alan trend denklemlerini açık halde yazdığımızda;

Reel GSMH trend denklemi : $RGSMH = 5171,26 e^{0,0445t}$

Reel toplam sağlık harcamaları trend denklemi : $RTOPSH = 134,08 e^{0,0704t}$

³⁵⁵ Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. AKKAYA, Şahin ve PAZARLIOĞLU, Vedat; Ekonometri I, İzmir, 1995 ss. 163-166.

$$\begin{aligned} \text{Reel kamu sağlık harcamaları trend denklemi} & : \text{RKAMUSH}=57,14 e^{0,0973t} \\ \text{Reel özel sağlık harcamaları trend denklemi} & : \text{ROZELSH}=90,59 e^{0,0274t} \\ \text{Reel kişi başına sağlık harcamaları trend denklemi} & : \text{RKBSH}=3,00 e^{0,0503t} \end{aligned}$$

olarak bulunmuşlardır.

Bu denklemlerde yer alan, b_2 katsayılarının antilogaritmasından, 1 çıkarıldığında söz konusu değişkenin, ele alınan dönemdeki ortalama artış hızına ulaşılmaktadır. Buna göre, yukarıda verilen trend denklemlerindeki değişkenlerin ortalama yıllık artış hızları şöyledir:

$$\begin{aligned} \text{Reel GSMH} & : \% 4,55 \\ \text{Reel toplam sağlık harcamaları} & : \% 7,29 \\ \text{Reel kamu sağlık harcamaları} & : \% 10,22 \\ \text{Reel özel sağlık harcamaları} & : \% 2,75 \\ \text{Reel kişi başına sağlık harcamaları} & : \% 5,16 \end{aligned}$$

Bu artış oranları da göstermektedir ki, sağlık harcamaları GSMH'dan daha hızlı artmaktadır. Dolayısıyla, daha önceki teorik açıklamalarımızda ifade edilen, "sağlık harcamalarının birçok nedene bağlı olarak arttığı olgusunun" Türkiye sağlık sektörü için de geçerli olduğunu belirtebiliriz. Ayrıca, söz konusu ortalama artış hızları, kamu sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarından daha yüksek bir hızla arttığını da göstermektedir.

Yukarıda verilen trend denklemlerinden yapılan ekstrapolasyonlara göre, 2000, 2005 ve 2010 yıllarında reel GSMH, toplam, kamu ve özel sağlık harcamalarının alabileceği değerler ve bu değişkenler arasındaki oranlar, karşılaştırma yapabilmek amacıyla 1980, 1985, 1990 ve 1995 yıllarında gerçekleşen değerlerle birlikte Tablo 45'de verilmiştir.

TABLO 45: SAĞLIK HARCAMALARIYLA İLGİLİ EKSTRAPOLASYON SONUÇLARI

(1980 Fiyatlarıyla, Milyar TL)	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
GSMH	5303,0	6674,1	8825,3	10068,2	13035,4	15546,5	18057,6
Toplam Sağlık Harca.	187,5	195,2	309,3	394,2	578,1	747,0	916,0
Kamu Sağlık Harca.	96,3	87,1	191,6	253,6	418,7	568,0	717,3
Özel Sağlık Harca.	91,2	108,1	117,7	140,6	159,4	179,0	198,7
Kişi Baş. SH. (Bin TL)	4,2	3,9	5,5	6,4	8,5	10,3	12,1
Top. Sağ. H./GSMH (%)	3,5	2,9	3,5	3,9	4,4	4,8	5,1
Kamu SH./Top. SH. (%)	51,4	44,6	61,9	64,3	72,4	76,0	78,3
Özel SH./Top. SH. (%)	48,6	55,4	38,1	35,7	27,6	24,0	21,7

KAYNAK: 1980, 1985, 1990 ve 1995 değerleri Tablo 36'da verilen değerler deflate edilerek; 2000, 2005 ve 2010 yıllarına ilişkin değerler Tablo 44'deki trend denklemlerinden elde edilmiştir.

Tablodan görüldüğü gibi, trend analizimize göre, 1995 yılında % 3,9 olan GSMH içinde toplam sağlık harcamalarının payı, 2000, 2005 ve 2010 yıllarında sırasıyla % 4,4; % 4,8 ve % 5,1 olması beklenmektedir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1995 yılında % 64,3 iken 2000, 2005 ve 2010 yıllarında giderek artması ve sırasıyla % 72,4; %76,0 ve %78,3 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Buna bağlı olarak özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payında azalma beklendiği tablodaki değerlerden görülmektedir.

Sağlık sektöründeki sabit sermaye yatırımlarına ilişkin trend analizinden de ilginç sonuçlar elde edilmiştir. Bu analiz için, Tablo 41 ve 42'de verilen sabit sermaye yatırımları verileri kullanılmıştır. Sabit sermaye yatırımlarına ilişkin trend analizinde de 1980-1997 dönemine ilişkin veriler kullanılmış; veriler, GSMH zımni deflatörü kullanılarak 1980 fiyatlarına göre yeniden düzenlenmiştir.

Tablo 46'da 1980-1997 dönemine ilişkin olarak, 1980 fiyatlarıyla sabit sermaye yatırımlarından elde edilen regresyon denklemleri verilmiştir.

TABLO 46: SAĞLIK SEKTÖRÜNE YAPILAN SABİT SERMAYE YATIRIMLARINA İLİŞKİN REGRESYON SONUÇLARI

Bağımlı Değişken	b ₁	b ₂	R ²	q	F	DW
LOG(RTSSY)	6,557992 (0,049461)	0,082789 (0,004569)	0,953	0,1006	328,3	1,504
LOG(RSSSY)	1,375251 (0,403705)	0,167783 (0,028841)	0,964	0,1582	185,4	1,580
LOG(RKSSY)	1,772128 (0,256425)	0,084465 (0,019997)	0,903	0,1519	65,0	1,615
LOG(ROSSY)	-1,125186 (0,317493)	0,294583 (0,026020)	0,970	0,272	229,6	1,468

NOT: Parantez içinde yer alan değerler, ilgili parametrenin standart hatalarıdır.

Tablo 46'daki logaritmik-doğrusal formda verilen regresyon denklemlerinin üstel fonksiyon olarak açılımları şöyledir:

Reel Toplam SSY	: $RTSSY = 704,85 e^{0,0828 t}$
Reel Sağlık Sektörü SSY	: $RSSSY = 3,96 e^{0,1678 t}$
Reel Sağlık Sektörü Kamu SSY	: $RTSSY = 5,88 e^{0,0845 t}$
Reel Sağlık Sektörü Özel SSY	: $RTSSY = 0,32 e^{0,2945 t}$

Söz konusu trend denklemlerine göre, ele alınan değişkenlerin ortalama yıllık artış hızları aşağıdaki gibidir:

Reel Toplam SSY	: % 8,63
Reel Sağlık Sektörü SSY	: % 18,27
Reel Sağlık Sektörü Kamu SSY	: % 8,81
Reel Sağlık Sektörü Özel SSY	: % 34,26

Buna göre, sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımları, toplam sabit sermaye yatırımlarından daha dik bir artış trendine sahiptir. Bu trendde etkili olan faktör ise, özel kesim tarafından sağlık sektörüne yapılan sabit sermaye yatırımlarındaki çok yüksek oranlı artışlardır. Daha önce değinildiği gibi, 1983 yılından sonra sağlık sektörünün öncelikli sektörler listesinde yer alması ve bu sektöre yapılan yatırımların bu tarihten sonra teşvik tedbirlerinden yararlandırılması, özel kesimin sağlık alanına olan ilgisini önemli ölçüde artırmıştır. Nitekim, 1980-1997 döneme ilişkin verilerden yapılan trend analizine göre, sağlık sektörüne yapılan kamu kesimi yatırımlarının ortalama artış hızı % 8,81 iken, özel kesim yatırımlarındaki ortalama artış hızının % 34,26 olarak gerçekleşmesi bu farklılığa dikkat çekmektedir.

Yukarıda verilen regresyon denklemlerinden elde edilen, düzleştirilmiş veri setinden 2000, 2005 ve 2010 yıllarına ilişkin olarak yapılan ekstrapolasyon sonuçları, 1980, 1985, 1990 ve 1995 yıllarında ilişkin gerçekleşen değerlerle birlikte Tablo 47'de gösterilmiştir.

TABLO 47: SAĞLIK SEKTÖRÜNE YAPILAN SABİT SERMAYE YATIRIMLARINA İLİŞKİN EKSTRAPOLASYON SONUÇLARI

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Toplam SSY	872,5	1050,0	1997,4	2473,4	3873,7	5116,5	6359,2
Sağlık Sektörü SSY	9,0	9,5	29,7	44,9	118,6	181,2	243,7
Kamu Sağlık SSY	8,2	7,3	17,2	20,4	33,4	44,3	55,2
Özel Sağlık SSY	0,8	2,2	12,4	24,5	85,2	136,9	188,5
Sağlık/Toplam SSY	1,0	0,9	1,5	1,8	3,1	3,5	3,8
Kamu /Toplam Sağlık SSY	91,1	77,3	58,1	45,4	28,2	24,4	22,7
Özel / Toplam Sağlık SSY	8,9	22,7	41,9	54,6	71,8	75,6	77,3

KAYNAK: 1980, 1985, 1990 ve 1995 değerleri Tablo 41 ve 42'de verilen değerler deflete edilerek; 2000, 2005 ve 2010 yıllarına ilişkin değerler Tablo 46'daki trend' denklemlerinden elde edilmiştir.

Buna göre; 1980'li yıllarda, giderek daha belirgin hale gelen kamu kesimi finansman açığının etkisiyle, kamu tarafından yapılan yatırımlarda reel anlamda önemli bir artış ortaya çıkmazken, yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı özel kesimin sağlık alanına artan ilgisi, bu alandaki sabit sermaye yatırımlarının yarısından fazlasının özel kesim tarafından yapılmasını sağlamıştır. Nitekim, sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarında özel kesimin payı 1980 yılında % 8,9 iken; 1995 yılında % 54,6'ya yükselmiştir. Aynı eğilimlerin devam etmesi durumunda, 2000, 2005 ve 2010 yıllarında kamunun sağlık sektörü sabit sermaye yatırımları içindeki payı sırasıyla % 28,2; % 24,4 ve % 22,7'ye gerilerken, özel kesimin sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarındaki payı sırasıyla % 71,8; % 75,6 ve % 77,3'e yükselecektir.

Özel kesimin sağlık alanına artan ilgisi sayesinde, toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı da 1990'larda giderek artmıştır. Bunun sonucunda toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı 1980 yılında % 1,0 iken, 1995 yılında % 1,8'e yükselmiştir. Aynı eğilimin devam etmesi koşuluyla, 2000, 2005 ve 2010 yıllarında sağlık sektörü sabit sermaye yatırımlarının toplam içindeki payının % 3,1; % 3,5 ve % 3,8 olarak gerçekleşebilecektir.

Yataklı tedavi kurumları (YTK) yatak kapasitesini ve YTK'larda sunulan hizmeti trend analiziyle incelediğimizde elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur. Buradaki değerlendirmelerde, veri teminindeki güçlükler nedeniyle MSB'na bağlı olan askeri hastaneler dikkate alınamamıştır. Bununla birlikte, askeri hastanelerin, toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %10'unu oluşturuyor olması nedeniyle bu veri eksikliği toplam trendi değiştirecek boyutta değildir.

Ele alınan değişkenler için, 1980-1996 dönemine ait verilerden yararlanılarak tahminlenen regresyon denklemleri, Tablo 48'de görülmektedir.

Tabloda yer alan özel hastaneler yatak kapasitesi ile poliklinik sayılarına ilişkin regresyon denklemlerinde ortaya çıkan otokorelasyon, hareketli ortalamalar yöntemi kullanılarak yapılan iterasyonlarla ortadan kaldırılmış ve aşağıdaki tahminler, otokorelasyon kaldırılarak elde edilen parametrelerle yapılmıştır.

TABLO 48: YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ YATAK KAPASİTELERİ VE SUNDUKLARI HİZMETE İLİŞKİN REGRESYON SONUÇLARI

Bağımlı Değişken	b ₁	b ₂	R ²	q	F	DW
LOG(KURUM)	6,354522 (0,087296)	0,035243 (0,007209)	0,877	0,0597	46,3	2,375
LOG(TOPYAT)	11,38915 (0,012088)	0,027576 (0,001008)	0,995	0,0096	1303,3	2,478
LOG(KAMUYAT)	11,35425 (0,012960)	0,025633 (0,001080)	0,993	0,0107	913,2	1,943
LOG(OZELYAT)	8,144199 (0,030608)	0,057362 (0,002943)	0,982	0,0412	388,3	1,472
LOG(POLK)	10,03400 (0,026845)	0,074945 (0,002987)	0,989	0,0428	633,2	1,926
LOG(YATHAS)	7,537277 (0,075069)	0,046057 (0,005812)	0,984	0,0326	405,2	2,361
LOG(NUFUS)	10,70596 (0,013531)	0,021186 (0,000693)	0,998	0,0006	14913,9	1,988

NOT: Parantez içinde yer alan değerler, ilgili parametrenin standart hatalarıdır.

Tablo 48'de yer alan regresyon denklemlerinin, trend denklemleri şeklindeki açık formları aşağıda verilmiştir.

Yataklı Tedavi Kurumu Sayısı	: KURUM = 575,1 e ^{0,035243 t}
Toplam Yatak Kapasitesi	: TOPYAT = 88357,8 e ^{0,027576 t}
Kamu Hastaneleri Yatak Kapasitesi	: KAMUYAT = 85327,3 e ^{0,025633 t}
Özel Hastaneler Yatak Kapasitesi	: OZELYAT = 3443,3 e ^{0,057362 t}
YTK Poliklinik Hizmetleri	: POLK = 22788,2 e ^{0,074945 t}
Yatarak Tedavi Edilen Hasta Sayısı	: YATHAS = 1876,7 e ^{0,046057 t}
Yıl Ortası Nüfus	: NUFUS = 44621,0 e ^{0,021186 t}

Söz konusu trend denklemlerine göre ele alınan değişkenlerin ortalama yıllık artış hızları ise şöyledir:

Yataklı Tedavi Kurumu Sayısı	: % 3,6
Toplam Yatak Kapasitesi	: % 2,8
Kamu Hastaneleri Yatak Kapasitesi	: % 2,6
Özel Hastaneler Yatak Kapasitesi	: % 5,9
YTK Poliklinik Sayısı	: % 7,8
Yatarak Tedavi Edilen Hasta Sayısı	: % 4,7
Nüfus	: % 2,1

Bu artış hızları da göstermektedir ki; toplam yatak kapasitesi, nüfus artış hızının biraz üzerindedir. Dolayısıyla bu artış hızının korunması durumunda, Ülkemizdeki yatak kapasitesinin gelişmiş ülkeler için referans alınan düzeylere çıkarılması olanaksız görünmektedir. Bu düşük artış hızının temel gerekçesi ise, yukarıda ele alındığı gibi, özellikle kamu kesiminin sağlık sektöründeki sabit sermaye yatırımlarının yetersizliğidir. Özel hastanelerin yatak kapasitelerinin toplam içinde düşük paya sahip olması, özel kesim tarafından yapılan sabit sermaye yatırımlarıyla toplam yatak kapasitesi açısından istenilen düzeylere gelinmesini sağlayabilecek boyutta değildir. Aşağıdaki ekstrapolasyon sonuçları da, gelişimin yetersizliğini göstermektedir.

Ayrıca, YTK'ları poliklinik sayısındaki ve yatan hasta sayısındaki artış hızlarının nüfus artış hızının üzerinde olması, giderek daha fazla sağlık kuruluşuna gereksinim duyulacağını göstermektedir. Sözü edilen trend denklemlerinden elde edilen ve bazı yıllara ilişkin gerçekleşen değerlerle birlikte, Tablo 49'da sunulan ekstrapolasyon sonuçları, bu gereksinimi daha açık biçimde göstermektedir.

Tablodan görüldüğü gibi, kurum başına yatak sayısında düşük bir hızla da olsa belli bir azalma görülmektedir. Bu gelişim, 1990'larda sayıları hızla artan ve ortalamaya göre daha düşük yatak kapasitesiyle kurulan özel hastanelerden kaynaklanmaktadır. Nitekim, daha düşük kapasiteli olan özel hastanelerin artması nedeniyle, yataklı tedavi kurumu sayısının artış hızı toplam yatak sayısının artış hızından daha yüksektir.

On bin kişiye düşen yatak sayısına baktığımızda, yatak sayısındaki artış hızının nüfus artış hızının bir miktar üzerinde olması nedeniyle, nüfusa orantılı yatak sayısında

belli bir artış sağlanmıştır. Aynı eğilimin devam etmesi durumunda 1995 yılında 21,8 olan on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısının; 2000, 2005 ve 2010 yıllarında sırasıyla 22,7; 23,4 ve 24,0 olması beklenmektedir. Toplam hasta yatağındaki bu artışlar gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında yeterli olmamakla birlikte, Ülkemizde yatak işgal oranlarının düşüklüğü dikkate alındığında, asıl sorunun yatak sayısından çok, bunların ihtiyaç bölgelerine göre dengeli dağılımı olduğu belirtilebilir.

TABLO 49: YATAKLI TEDAVİ KURUMU YATAK KAPASİTELERİ VE SUNDUKLARI HİZMETE İLİŞKİN EKSTRAPOLASYON SONUÇLARI

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
YTK Sayısı	827	722	857	1009	1188	1364	1540
Toplam Yatak Sayısı	99117	103918	120738	136072	156227	175011	193794
Kamu Kesimi Yatak Sayısı	95249	99044	114508	127138	144988	161314	177640
Özel Kesim Yatak Sayısı	3868	4874	6230	8934	11166	13711	16256
Poliklinik Sayısı (Bin)	26162	34163	55540	75871	105008	134423	163838
Yatan Hasta Sayısı (Bin)	1737	2420	3186	3877	4846	5771	6696
Nüfus (Bin)	44439	50306	56098	62526	68740	74712	80685
Yatak Sayısı /Kurum Sayısı	120	144	141	135	132	128	126
On bin Kişiye Yatak Sayısı	22,3	20,7	21,5	21,8	22,7	23,4	24,0
Kamu / Toplam Yatak (%)	96,1	95,3	94,8	93,4	92,8	92,2	91,7
Özel / Toplam Yatak (%)	3,9	4,7	5,2	6,6	7,1	7,8	8,4
Poliklinik/Nüfus (%)	58,9	67,9	99,0	121,3	152,8	179,9	203,1
Yatan Hasta Sayısı/Nüfus (%)	3,9	4,8	5,7	6,2	7,0	7,7	8,3
Yatan Hasta /Poliklinik (%)	6,6	7,1	5,7	5,1	4,6	4,3	4,1

KAYNAK: 1980, 1985, 1990 ve 1995 değerleri Tablo 21 ve 22'den; 2000, 2005 ve 2010 yıllarına ilişkin değerler Tablo 48'deki trend denklemlerinden elde edilmiştir.

Özel kesim sabit sermaye yatırımlarındaki artışın, yatak sayılarına etkisi Tablo 49'dan görülmektedir. Nitekim, 1980 yılında toplam hasta yatakları içinde özel hastanelerin payı % 3,9 iken, 1995 yılında % 6,6'ya çıkmıştır. Aynı eğilimin devam etmesi durumunda 2000, 2005 ve 2010 yıllarında ise sırasıyla % 7,1; % 7,8 ve %8,4 olması beklenmektedir.

Özel hastane yatak kapasitesinin toplam içindeki payının artmasının, sağlık sektöründe özel kesimin payının artmasını ve buna bağlı olarak, sektörün giderek daha fazla piyasa mekanizmasıyla uyumlu çalışmasını sağlayacağı düşüncesiyle olumlu karşılanabilir. Ancak özel hastanelerin yüzde 20 civarındaki yatak işgal oranları, yüzde 55 civarındaki ortalama yatak işgal oranı ile karşılaştırıldığında; genel anlamda, zaten yetersiz olan kaynak kullanımında etkinlik düzeyinin daha da düşebileceğini de gündeme getirmektedir. Bu nedenle, özel sağlık kuruluşlarından daha etkin bir şekilde

yatan hasta sayılarına baktığımızda; bu iki değişkenin de, nüfus artış hızından daha yüksek bir hızla arttığını görmekteyiz. Buna bağlı olarak halkın yataklı tedavi kurumlarını kullanma sıklığının göstergesi niteliğindeki poliklinik sayısı/nüfus oranı, 1980 yılında % 58,9 iken giderek artmış ve 1995 yılında % 121,3 olarak gerçekleşmiştir. Aynı eğilimlerin devam etmesi durumunda 2000, 2005 ve 2010 yıllarında bu oranın sırasıyla % 152,8; % 179,9 ve % 203,1 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

Benzer gelişme yatan hasta sayısı/nüfus oranında da görülmektedir. Nitekim, 1980 yılında % 3,9 olarak gerçekleşen bu oran giderek artmış ve 1995 yılında % 6,2 olarak gerçekleşmiştir. Aynı eğilimlerin devam etmesi durumunda 2000, 2005 ve 2010 yıllarında yatan hasta/nüfus oranının sırasıyla % 7,0; % 7,7 ve % 8,3 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

Nüfusa orantılı poliklinik ve yatan hasta sayılarına ilişkin gelişim, yataklı tedavi kurumlarının giderek artan bir hizmet talebi baskısıyla karşılaştığını göstermektedir. Aynı eğilimlerin devam etmesi durumunda, söz konusu baskı giderek artacaktır. Dolayısıyla artan hizmet talebine paralel olarak sağlık kurumları kapasitesinin artırılmaması, sağlık sektöründeki sorunların giderek ağırlaşacağını söyleyebiliriz.

Poliklinik sayısı/nüfus oranındaki gelişme, Ülkemizdeki sağlık sektörünün bir başka sorununu da göstermektedir. Esas olarak birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda muayene edilen, ancak buralarda tedavi edilmeyecek durumda olan hastaların, yataklı tedavi kurumlarına başvurması gerekmektedir. Etkili bir sevk zincirinin kurulması durumunda, nispi olarak daha ucuz bir yatırım olan birinci basamak sağlık kuruluşları muayene taleplerinin % 80-90'ını karşılayabileceği gelişmiş ülke örneklerinde görülmektedir. Ülkemizde de yatan hasta sayısı/poliklinik sayısı oranından görüleceği gibi, etkin işleyen bir sevk zinciri sisteminin kurulması durumunda, bu oranın % 80'in üzerinde gerçekleşeceği kuvvetle muhtemeldir.

Nitekim, 1980 yılında yataklı tedavi kurumlarında muayene olan hastaların yalnızca % 6,6'sı hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir. Bu oranın giderek azalmakta oluşu, yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik baskısının artmakta olduğunu göstermektedir. Aynı eğilimlerin devam etmesi durumunda 1995 yılında % 5,1 olan poliklinik sayısı/yatan hasta sayısı oranı, 2000, 2005 ve 2010 yıllarında sırasıyla % 4,6; % 4,3 ve %4,1 olacaktır. Buna göre hastaneler, yatakları olmasına ve isimlerinin “yataklı tedavi kurumu” olmasına rağmen, giderek “ayakta tedavi merkezleri” özellikleri ağır basan kurumlar olacaklardır.

Sonuç olarak, sağlık sektörünün temel göstergeleri açısından yaptığımız trend analizi de göstermektedir ki, Türkiye sağlık sektörü genel ekonomik gelişimden daha yüksek bir gelişme hızına sahiptir. GSMH'nın reel artış hızı % 4,55 iken; sağlık harcamaları artış hızı % 7,29'dur. Buna bağlı olarak GSMH içinde sağlık harcamalarının payı yükselmektedir.

Sağlık harcamalarında kamu kesimi, sabit sermaye yatırımlarında özel kesim belirleyicidir. Kamu kesiminin sağlık harcamalarında daha yüksek paya sahip olmasına karşılık, yatırımlarda özel kesimin ağırlık kazanması, kamu harcamalarının daha çok cari harcamalar niteliğinde olduğunu göstermektedir. Sağlık personeli maaş ödemeleri de cari harcamalar içinde yer aldığından, bu farklılık doğal karşılanabilir.

Ayrıca, kamu sağlık harcamalarının kayıtlarının daha düzenli olmasına karşılık, özel sağlık harcamalarında kayıtlar daha az düzenlidir. Buna karşılık sağlık yatırımları teşvik kapsamında yer aldığından özel sağlık yatırımlarının kaydı daha düzenli tutulmaktadır. Bu farklılık dikkate alındığında, sağlık harcamaları içinde özel kesimin payının görüldüğünden daha yüksek olması da mümkündür.

Yatak kapasitesi artış hızı nüfus artış hızından daha yüksek olmakla birlikte, mevcut trendin devamı halinde, yakın gelecekte gelişmiş ülkeler için referans alınan On bin kişiye 100 yatak sayısına ulaşılması mümkün gözükmemektedir.

Sağlık sektörü, mevcut durumda kamu kesimi ağırlıklı olmakla birlikte, özellikle tedavi hizmetlerinde özel kesimin payı giderek artmaktadır. Mevcut trendin devamı koşuluyla, % 5'in altında olan özel hastanelerin yatak kapasitelerinin toplam içindeki payı, yakın gelecekte %10'lar seviyesinin üstüne çıkabilecektir. Bu düzey sağlık

hizmetlerinde kamunun ağırlığını değiştirebilecek boyutlarda olmamakla birlikte, bir artış eğilimini ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır.

Yataklı tedavi kurumlarında sunulan hizmet, nüfus artış hızından daha yüksek bir hızla artmaktadır. Hizmet talebindeki artışa paralel yeni kapasiteler yaratılmadığında, sağlık sektöründe karşılanamayan talep ve/veya kalitesiz hizmet olarak belirginleşen sorunların artması muhtemeldir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki sorunlar nedeniyle yataklı tedavi kurumları, giderek artan ölçüde poliklinik hizmeti sunulan kurumlar haline gelmektedir. Bu ise, bir yandan daha düşük maliyetli poliklinik hizmeti için, daha yüksek maliyetli hastanelerin kullanılması; bir yandan da hastanelerin düşük kapasitede çalışması gibi sorunlara neden olmakta ve sonuçta önemli bir kaynak israfı ortaya çıkmaktadır.

Kısaca özetlenen bu gelişme eğilimleri, mevcut sorunların, yakın gelecekte daha da ağırlaşmasına ve içinden çıkılması güç sosyal ve ekonomik zorluklara neden olabilecek boyutlardadır. Bu nedenle sektörün, yukarıda belirlenen sorunların çözümüne yönelik olarak yeni bir yapılanma içine girmesi, kaçınılmaz bir zorunluluk olarak gözükmektedir. Çözüm, sektör bütününe dikkate alan, ilgili bütün kesimlerin tartışmalara aktif olarak katıldığı geniş kapsamlı bir ekip çalışmasıyla oluşturulacak bir reform paketinin uygulanmasıyla sağlanabilecektir. Tarafların üzerinde uzlaşmaya varamadıkları bir reform paketinin uygulanabilme şansı çok düşüktür. Öte yandan, böyle bir reform paketinin uygulamaya konulması, bu konuda kararlı bir politik iradeye bağlıdır ve bu iki koşulun birlikte varolması gerekmektedir. Nitekim, Ülkemizde yaklaşık 10-15 yıldır üzerinde konuşulan reform çalışmalarının bir sonuca ulaşamaması, sözünü ettiğimiz “tarafların uzlaşması” ve “politik irade” koşullarının birlikte sağlanamamasından kaynaklanmaktadır.

SONUÇ

Yakın zamana kadar, hasta ile hekim arasında mikro düzeyde bir ilişki olarak kabul edilen sağlık hizmetleri, diğer meslek gruplarının fazla dikkatini çekmemiştir. Ancak yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren, sağlık sektörü de, ekonomik bir sektör olarak ele alınmaya başlanmıştır. Bunda, iki önemli gelişme etkili olmuştur. Bu gelişmelerden birincisi; artan maliyetlere bağlı olarak, sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının giderek artması; ikincisi ekonomik ve sosyal kalkınmada insan unsurunun önemini fark edilmesidir. Bu gelişmelerden birincisi; sağlık harcamaları içinde en büyük paya sahip olması nedeniyle, hastanecilik üzerine çalışmaların yoğunlaşmasına; ikincisi ise, insan kaynaklarının geliştirilmesindeki önemi nedeniyle, temel sağlık hizmetleri üzerine çalışmaların yoğunlaşmasına yol açmıştır. Bu gelişmeler sonucunda, ekonomi bilimi kurallarının sağlık alanına uygulanmasından oluşan, “sağlık ekonomisi” yeni bir disiplin olarak gelişmeye başlamıştır.

Çalışmamızın birinci bölümünde ele alındığı gibi, sağlık sektörünün kendine has özelliklere sahip olması; sağlık ekonomisi çalışmalarını, diğer sektörel çalışmalardan farklı kılmaktadır. Geleneksel sektör çalışmalarında, konunun ekonomik boyutu ön planda tutulmaktadır. Ancak, sağlık sektörüyle ilgili çalışmalarda, sektörün ilgi alanının doğrudan insan hayatının devamı ve kalitesiyle ilgili olması, kaçınılmaz olarak, sosyal boyutun da dikkate alınmasını gerektirmektedir. Ayrıca, ülkedeki sağlık sisteminin başarısı doğrudan, toplumdaki nüfus kalitesini ilgilendirmektedir.

Sağlık hizmetlerini diğer ekonomik sektörlerden ayıran genel özelliklere baktığımızda; sağlık hizmetlerinden yararlanmanın, yaşama hakkına bağlı olarak bir insan hakkı olduğunu; sağlığın yalnızca ulusal düzeyde değil, aynı zamanda uluslararası bir sorun olduğunu; sağlık harcamalarının aynı zamanda beşeri sermaye yatırımı olduğunu; sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının, tam kamusal hizmet niteliğinde olduğunu; sağlık hizmetleri piyasasında bilginin asimetrik olduğunu, yani sağlık hizmetleri piyasasının taraflarından biri olan talep sahiplerinin, eksik bilgi ile karar verdiklerini görmekteyiz.

Bu genel özelliklerin yanında, sağlık hizmetleri arz ve talebinin, diğer sektörlerdeki arz ve talepten farklı bazı özellikleri mevcuttur. Sağlık hizmetleri arzının yoğun olarak ekip hizmeti olduğunu; sağlık hizmetlerinde rekabetin sınırlı olduğunu;

sağlık hizmetleri üretiminin bilgi ve teknoloji yoğun bir sektör olduğunu; sağlık hizmetleri arz esnekliğinin düşük olduğunu; sağlık hizmetleri arzının ek talep ortaya çıkardığını ve sağlık hizmetleri arzının mekansal yaygınlığa sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık hizmetleri talebinin de; fiyat esnekliğinin düşük olması; gelir esnekliğinin yüksek olması; içeriğinin hekim tarafından belirlenmesi; talebin rastsallığı; talebin sosyo-ekonomik gelişmeye, hizmete ulaşılabilirlik kolaylığına ve dolaylı ödeme yöntemlerinin yaygınlığına bağlı olarak artması gibi özellikleri söz konusudur.

Bunlar yanında, ekonomik kalkınma ile çift yönlü nedensellik içeren etkileşimi de, sağlık sektörünün önemli bir özelliğini oluşturmaktadır. Özellikle, 1970'lerin sonlarında gündeme gelen, temel sağlık hizmetleri, sektörün ekonomik kalkınma ile olan ilişkisi çerçevesinde üzerinde en fazla durulan konudur.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik kalkınmayla olan etkileşimi; ekonomik kalkınmada insan unsurunun öneminin fark edilmesi sonrasında, daha fazla güncellik kazanmıştır. Bu çerçevede gelişen, beşeri sermaye yaklaşımları; eğitim hizmetleri yanında sağlık hizmetlerinin de, insanın gelişimine katkıda bulunduğu ölçüde ekonomik ve sosyal kalkınmanın önemli bir halkasını oluşturduğunu göstermektedir.

Sağlık sektörünün ekonomik kalkınmayla ilişkisini ele aldığımız, ikinci bölümde ortaya konulduğu gibi, ülkenin sahip olduğu sağlık göstergeleri, doğrudan ülke kalkınmasının göstergesi olarak kullanılmaktadır. Örneğin ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre sıralanmasında, GSYİH'dan daha etkin bir gösterge olarak, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından her yıl yenilenen İnsani Kalkınma Endeksi (Human Development Index - HDI), üçte bir ağırlıkta, makro sağlık göstergelerinden biri olan, Doğumda Beklenen Yaşam Umudu süresini içermektedir.

Diğer makro sağlık göstergeleri açısından da, gelişmiş ülkelerdeki sağlık göstergelerinin daha iyi konumda oldukları, ikinci bölümdeki değerlendirmelerde gösterilmiştir. Sağlık hizmetleriyle kalkınma arasındaki bu ilişki, gelişmiş ülkelerin, sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak ayırabilmelerinin sonucudur. Nitekim, kişi başına sağlık harcamasında, Dünya ortalaması 323 dolar iken, Sahraaltı ülkelerinde 24 dolar, Asya ülkelerinde (Japonya hariç) 61 dolar, Orta Doğu ülkelerinde 77 dolar, Latin Amerika ve Karaip ülkelerinde 105 dolardır. Buna karşılık, yerleşik piyasa ekonomilerinde kişi başına

sağlık harcaması 1860 dolardır. Sağlık harcamalarındaki bu düzeyde bir farklılığın, ülkelerin sağlık göstergelerinde de aynı yönde bir farklılığa neden olacağı açıktır.

Ayrıca, ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları yanında, kişi başına gelir düzeylerindeki farklılıklar da, sağlık göstergelerindeki farklılığın önemli bir göstergesidir. Nitekim, 105 ülkenin gelir ve sağlık göstergeleri kullanılarak yaptığımız ve çalışmamızın ikinci bölümünde sonuçları verilen, ekonometrik çalışmada da ortaya çıktığı gibi, ülkelerin sağlık düzeyleri, kişi başına sağlık harcamalarından daha fazla, kişi başına gelir düzeyinden etkilenmektedir. Zira, kişi başına sağlık harcaması, daha fazla sağlık hizmeti tüketimini gösterirken; kişi başına gelir düzeyindeki artış yeterli gıdanın, temiz su kaynaklarının, sağlıklı konutların kullanımını göstermektedir. Bunlar ise, toplumsal sağlık düzeyi açısından, en az hekim sayısı, hastane sayısı, hasta yatağı sayısı veya ilaç kullanımı kadar önem taşıyan unsurlardır.

Sağlık sektörünün ekonomik kalkınmayla ilişkisinin birinci boyutunu, yukarıda belirtildiği gibi, ekonomik kalkınma ile birlikte, sağlık sektöründe kullanılan kaynakların artması oluştururken; ikinci boyutu da, sağlık hizmetlerinin kalkınmaya olan katkıları oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yeterli bir düzeyde sunulması, insanların ekonomik faaliyetlere daha etkin bir şekilde katılımlarını sağladığı için, bugünkü ve gelecekteki gelir düzeylerini artırmaktadır. Öte yandan, bugün için sağlık hizmetlerinden yararlanılması, hastalık olasılığını azalttığı ölçüde, gelecekteki harcamaları azaltarak, bireysel ve toplumsal anlamda ekonomik gelişime katkıda bulunmaktadır.

Sağlık sektörünün verimlilik ve üretim artışı, gelir artışı, harcama azalışı şeklinde, ekonomik kalkınma üzerindeki doğrudan katkıları yanında; eğitim, nüfus gibi konulardaki etkilerinden kaynaklanan, dolaylı katkıları da söz konusudur. Eğitim çağındaki nüfusun sağlık düzeyinin korunması, eğitimin başarısını artırdığı gibi; sağlık hizmetlerinin nüfus kalitesi üzerindeki kısa ve uzun dönemli etkileri de, ekonomik kalkınmayı hızlandıran bir unsurdur. Örneğin, sağlık hizmetlerindeki başarının sonucu olarak, çocuk ölümlerinin azalması; aileleri fazla çocuk sahibi olmaya yönlendiren önemli bir gerekçeyi ortadan kaldırmaktadır. Bu ise, uzun dönemde, aile başına düşen çocuk sayısının azalmasına katkıda bulunmaktadır. Daha az sayıda çocuğa sahip olunması, ailelerin çocuklarına daha

fazla özen göstermesine ve sonuçta da, nüfus kalitesinin yükselmesine olanak sağlamaktadır.

Sağlık sektöründen beklenen bu katkıların ortaya çıkması, her şeyden önce, ülke kaynaklarının sektörel dağılımına bağlıdır. Sağlık sektörüne yeterli kaynak ayrılmaması durumunda, ülkenin ekonomik zenginliği ne kadar yüksek olursa olsun, toplumun sağlık statüsünde istenilen iyileşmenin sağlanamayacağı açıktır. Bununla birlikte, toplumun sağlık statüsünün iyileştirilmesinde; en azından, sektöre ayrılan kaynakların miktarı kadar etkili olan bir diğer konu da, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin kullanılmasıdır. Bu ise, sektördeki faaliyetlerin, ekonomik değerlendirme yöntemleriyle ele alınması ve bu değerlendirmeden elde edilecek bulgulara göre, gerekli düzenlemelerin yapılmasını gerektirmektedir.

Genel olarak, sağlık ekonomisi çalışmalarının konusunu oluşturan, ekonomik değerlendirmelerde, ele alınan sağlık kurumları, verimlilik ve etkinlik açısından karşılaştırılmakta; daha düşük verimlilik ve etkinlik düzeyine sahip olan sağlık örgütünde, bunun gerekçeleri araştırılarak, bu durumun değiştirilmesi için yapılması gerekenler belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu amaçla doğrusal programlama, simülasyon gibi teknikler kullanılmakta veya çeşitli rasyolarla personel etkinliği, yatak etkinliği, maliyet etkinliği düzeyleri araştırılmaktadır.

Belli bir sağlık programı veya tedavi yönteminin ekonomik açıdan değerlendirilmesinde ise, konuyla ilgili verilerin niteliğine göre, maliyet analizi, maliyet fayda analizi, maliyet etkililik analizi ve maliyet faydalanma analizi yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu değerlendirmenin sonuçlarına göre, aynı maliyetle daha etkin sonuç alınabilecek olan veya aynı sonucu daha az maliyetle gerçekleştirebilecek olan program/yöntem belirlenmektedir.

Sağlık sektöründeki faaliyetlerin, bu değerlendirmelerden elde edilecek bulgulara göre yönlendirilmesiyle, sektör bazında daha etkin kaynak kullanımı sağlanabilecektir. Kuşkusuz, bu potansiyel yararın uygulamaya aktarılması, ülkedeki sağlık politikalarının bu amaca uygun olarak yönlendirilmesine bağlıdır. Bu nedenle, ekonomik analizlerin sonunda elde edilen bulgular ne olursa olsun, ülkedeki sağlık politikalarının ve sağlık hizmetleri örgütlenmesinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de sağlık politikaları ve sağlık örgütlenmesi, çalışmamızın üçüncü bölümünde, tarihsel bakış açısıyla ele alınmıştır. Cumhuriyet öncesi döneme ilişkin değerlendirmelerde dikkat çeken en önemli nokta; devletin doğrudan sağlık hizmeti arzıyla ilgilenmemesine karşılık, vakıf şeklinde kurulan sağlık tesislerinin halka ücretsiz sağlık hizmeti sunmasıdır. Vakıf gelirleriyle yaşayan bu tesislerin bir kısmı günümüze kadar ulaşmıştır. Selçuklular döneminde başlayan vakıf geleneği, Osmanlılar döneminde de korunmuş, buna ek olarak ülkedeki sağlık hizmetlerinden sorumlu olan hekimbaşılık kurumu geliştirilmiştir.

Batılılaşma Hareketi ile birlikte sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde de önemli değişimler gerçekleşmiş ve bir anlamda, Cumhuriyet dönemi sağlık örgütlenmesinin temeli atılmıştır. Bu değişim ve yenilenme sürecinde, 1827 yılında modern tıp eğitiminin yapıldığı ilk fakültenin kurulması, 1871 yılında Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabipliklerinin kurulması özellikle önem taşımaktadır.

Başlangıçta, Fransızca eğitim verilen ve yalnızca askeri hekim yetiştiren bu fakültenin yanına zamanla yenileri eklenmiş ve eğitim dili Türkçe'ye çevrilmiştir. Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri ise, Sağlık Müdürlüğü ve Hükümet Tabipliği olarak Cumhuriyet sonrasında da korunmuştur. Sağlık Müdürlüğü halen Sağlık Bakanlığı'nın il teşkilatını oluştururken, Hükümet Tabiplikleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı çerçevesinde tedricen kaldırılmıştır.

Cumhuriyet dönemi sağlık örgütlenmesinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilatı oluştururken, Sağlık Müdürlükleri il düzeyinde taşra teşkilatını oluşturmaktadır. Bunun dışında, önemli sağlık sorunlarının halledilebilmesi için, genel idarenin dışında, doğrudan Bakanlığa bağlı, sıtma savaş teşkilatı gibi, dikey örgütlenmelere gidilmiştir.

Başlangıçta, tedavi edici sağlık hizmetleri, yerel yönetimlerin sorumluluğundaki hastanelerle yerine getirilirken, Sağlık Bakanlığı, gerekli gördüğü birkaç ilde Numune Hastanesi kurmakla yetinmiştir. 1950'li yıllara gelindiğinde, mevcut hastanelerin, halkın sağlık hizmeti taleplerini karşılayamaz hale gelmesi üzerine, merkezi yönetim yeni hastaneler kurmaya başlamış ve belediye hastaneleri de Bakanlığa devredilmiştir. Ancak, bu da, artan sağlık hizmeti taleplerini karşılamaya yetmemiş, hastanelerde artan kuyruklar

oluşmaya başlamıştır. Bu arada, Sağlık Bakanlığı kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetinin yetersizliği, birçok kamu kurumunun kendi sağlık hizmetlerini üretmesine neden olmuştur. Bunun sonucunda sağlık hizmetleri arzında, çoklu yapılanma ortaya çıkmıştır.

1950'lerin sonunda, genel hatlarıyla günümüzdeki sorunlara benzer sorunların yoğunlaştığı bir görünüm söz konusuydu. Ekonomik gelişmenin ve hızlı şehirleşmenin getirdiği yoğun bir sağlık hizmeti talebi ve bu artan talebi karşılamaya yetmeyen, tedaviye yönelik sağlık hizmeti arzı; yine hızlı şehirleşme sonucu ortaya çıkan ve mevcut olanaklarla giderilemeyen altyapı eksiklikleri ve bunun getirdiği olumsuz sağlık koşulları; sağlık hizmeti maliyetinin gelir düzeyindeki artıştan daha hızlı yükselmesi; hızlı nüfus artışı ve şehirleşme sonucu ortaya çıkan marjinal sektörlerde çalışan, sosyal güvenlikten yoksun kitleler ve bunların sağlık sorunları; hizmet talebindeki artışa paralel olarak kapasite artışının sağlanamaması nedeniyle ağırlaşan çalışma koşullarından bunalan sağlık personeli...

Kısacası, 1950'lerin sonunda kuyrukta hizmet bekleyen hastasıyla, hekim görmeden ölen köylüsüyle, yaptığı işten, ne maddi ne de manevi olarak, yeterince tatmin olamayan sağlık personeliyle, sorunlu bir sağlık sistemi mevcuttu. Sıkıntıların giderilebilmesi için, "hastanın hizmetin verildiği yere gelmesi yerine; hizmetin hastanın olduğu yere götürülmesi" düşüncesi, 1960'ların başında yeni bir sistemi gündeme getirdi: "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi". Sağlık sistemi olması yanında, toplum kalkınmasına da hizmet edeceği düşünülen bu yeni sağlık sistemi, günümüzde de devam eden bir tartışma sürecini başlattı.

Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu, Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetleri örgütlenmesindeki en önemli gelişmelerden biri olma niteliğini korumaktadır. Ülkenin her yerine, devlet eliyle sağlık hizmeti götürülmesini amaçlayan sosyalizasyon, nüfus esasına dayanmaktadır ve temel hizmet birimleri sağlık evleriyle sağlık ocaklarıdır. Günümüzde kırsal yörelerde başarıyla uygulanan model, şehirlerde kendisinden beklenen başarıyı gösterememiştir.

1980'li yıllarda başlayan liberalleşme akımı, sağlık alanında da etkili olmuş ve devletin sağlık hizmetleri alanındaki etkinliğini azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin finansmanının Genel Sağlık Sigortası sistemiyle karşılanması; kamu hastanelerinin sağlık işletmesine dönüştürülmesi ve giderek özelleştirilmesi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğine dayandırılması gibi konular yoğun olarak tartışılmıştır. Bu konulardaki çalışmalar, sağlık reformu hazırlıkları kapsamında sürdürülmektedir.

Türkiye sağlık sektörünün ekonomik analizinin yapıldığı, dördüncü bölümde ortaya konulduğu gibi, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana, sağlık sektörüyle ilgili çok önemli mesafeler alınmış, çok önemli gelişmeler sağlanmıştır. Ancak, bugün gelinen nokta itibarıyla, sağlanan gelişmeler, ülkedeki sağlık sorunlarını çözümlenmeye yetmemektedir. Bu sorunların temelinde yer alan faktörler, sektörün başlıca özelliklerini oluşturmaktadır. Bu faktörler, şöyle sıralanabilir:

- Türkiye sağlık hizmetleri arzı çoklu yapı içindedir ve bu nedenle etkin bir koordinasyon sağlanamamaktadır.
- Sektörde özel kesimin payı çok düşüktür. Tedavi hizmetlerinin yüzde 95'i, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı kamu kesimi tarafından sunulmaktadır.
- Kurumlar bazında, hizmetin kademelendirilmesi yetersizdir.
- Hasta sevk zinciri işlememektedir.
- Sağlık ocaklarından yararlanma düzeyi düşüktür.
- Hizmet kurumlarının bölgesel dağılımı çok dengesizdir.
- Sağlık personelinin bölgesel ve kurumsal dağılımı çok dengesizdir.
- Yatak işgal oranı çok düşüktür.
- Başta hekim ve hemşire olmak üzere, sağlık personeli sayısı yetersizdir.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında çok çeşitli yöntemler kullanılması, karmaşa yaratmaktadır.
- Finansman kurumlarında aktüaryal denge yeterince dikkate alınmamakta, bu ise, zaman zaman tıkanmalara yol açmaktadır.
- Finansman kaynakları yetersizdir. Sağlık harcamalarına ayrılan pay düşüktür.

• Kamu finansman sıkıntısı sağlık alanına da yansımıştır. Sağlık Bakanlığı bütçesi yetersizdir. Ayrılan ödeneğin de, neredeyse tamamı, cari harcamalarda kullanılmaktadır.

• Sağlık yatırımları yetersizdir.

Bütün bu özelliklerin yansımaları olarak, Türkiye sağlık sektörü, çok sayıda sorunla içiçedir. Bu sorunların sonucunda ortaya çıkan yeni arayışlar, sağlık reformu adıyla bir çalışmanın başlatılmasını sağladıysa da, on yılı aşkın bir süredir gündemde olan reform çabaları, somut gelişmeler sağlayamamış, bazı kısmi düzenlemelerin ötesine geçememiştir. Her Bakan değişiminde yeniden başlanılan reform programıyla, bir yere varılamıyacağı da açıktır.

Çok sayıda yazı dizisine konu olan sağlık sektöründeki sorunlar, günlük basının ifadesiyle adeta kanayan yara gibidir. Büyük şehirlerimize doğru hızlı bir iç göçün yaşanması, buralarda hızla artan bir sağlık hizmeti talebi ortaya çıkarmış, mevcut sağlık tesisleri hizmet talebini karşılayamaz hale gelmiştir.

En fazla sıkıntının çekildiği sağlık kurumları ise, SSK hastaneleridir. Geniş bir nüfus kitlesine sağlık hizmeti vermek durumunda olan SSK, buna karşılık yeterli hastane ve personel altyapısına sahip değildir. Özellikle personel sıkıntısı öylesine büyük boyutlara ulaşmıştır ki, personel yokluğu nedeniyle çalıştıramadığı hastanelerin, kiralanması gündeme gelmiştir. Öte yandan, SSK'nın sunduğu hizmeti yetersiz bulan bazı işçi sendikaları, sağlık güvencelerinin işveren tarafından özel sağlık sigortasıyla sağlanmasını toplu sözleşme hakkı olarak talep etmeye başlamışlardır. Bunun ilk örneği, 1998 yılında, Lastik-İş sendikası tarafından bağitlanan ve bakmakla yükümlü olunan kişilerle birlikte yaklaşık 12.000 kişiyi kapsayan toplu iş sözleşmesidir. Bu örneği yenilerinin izleyeceği belirtilmektedir. Kısacası, işçilere sağlık sigortası dahil, sosyal güvenlik sağlamak amacıyla kurulan SSK, artık işçiler tarafından da, kabul edilmemeye başlanmıştır.

Mevcut eğilimlerin devam etmesi durumunda, yakın gelecekte de, bu tablonun değişebilmesi mümkün gözükmemektedir. Nitekim dördüncü bölümün son kısmında yaptığımız trend analizinin sonuçlarına göre, sağlık harcamaları, GSMH'dan daha yüksek bir hızla artmasına rağmen, toplam sağlık harcamaları, 2010 yılında, GSMH'nın ancak yüzde 5'ine ulaşabilecektir.

Sağlık yatırımlarının değerlendirilmesinde görüldüğü gibi, reel olarak, toplam sabit sermaye yatırımları yıllık yüzde 8,6 oranında artarken, sağlık sektörüne ilişkin sabit sermaye yatırımları yılda yüzde 18,3 oranında artmaktadır. Artış hızları arasındaki farka rağmen, sağlık yatırımlarının toplam yatırımlar içindeki payının, 1997 yılı itibariyle yüzde 2,7 gibi çok düşük bir düzeyde olması, sağlık sektörünün geleceği açısından fazla umut vermemektedir.

Ortalama olarak, yataklı tedavi kurumlarının yıllık artış hızı yüzde 3,6; toplam yatak kapasitesinin yıllık artış hızı yüzde 2,8; poliklinik sayısının yıllık artış hızı yüzde 7,8; yatan hasta sayısının yıllık artış hızı yüzde 4,7 düzeyinde iken, yıllık nüfus artış hızı yüzde 2,1 düzeyinde gerçekleşmiştir. Buna göre, yatak sayısı ve yataklı tedavi kurumu sayısının, nüfus artış hızından daha yüksek bir hızla artması, ülkedeki sağlık hizmetleri arzının nüfustan daha hızlı artmasını sağlamaktadır. Ancak, sağlık hizmeti talebini gösteren poliklinik sayısındaki ve yatan hasta sayısındaki artış hızları, bunların çok daha üzerindedir. Dolayısıyla yakın gelecekte, daha fazla bir sağlık hizmeti arz eksikliği, yaşanabileceği söylenebilir.

Trend analiziyle ulaşılan dikkat çekici bir sonuç da, sağlık sabit sermaye yatırımları içinde kamu ve özel kesimin payıyla ilgilidir. 1980-1997 döneminde kamu kesimi sağlık yatırımları ortalama yıllık yüzde 8,8 düzeyinde artarken; özel kesim sağlık yatırımlarının yıllık artış hızı yüzde 34,3 oranındadır. Buna bağlı olarak toplam sağlık yatırımlarında özel kesimin payı, 1980-1995 döneminde yüzde 8,9'dan, 54,6'ya çıkmıştır.

Aynı eğilimin devam etmesi durumunda, 2010 yılında toplam sağlık yatırımları içinde özel kesimin payı yüzde 77,3 düzeyine yükselecektir. Özel kesimin dinamizminden yararlanılması bakımından olumlu görünen bu gelişme, yatak kapasitesinin kullanım oranları dikkate alındığında, bir riski gündeme getirmektedir. Zira, genel olarak yatak işgal oranı yüzde 55 düzeyinde iken, özel hastanelerde yatak işgal oranı yüzde 20'ler düzeyindedir.

Daha düşük kapasite kullanım oranına sahip olan özel hastanelerin, payının artması, kaynak kullanımı açısından etkinliği azaltacak bir gelişmedir. Nitekim, 1980 yılında toplam hasta yataklarının yüzde 3,9'u özel hastanelerde iken, 1995 yılında bu oran, yüzde 6,6'ya yükselmiştir ve aynı eğilimin devam etmesi durumunda 2010 yılında

yüzde 8,4'e yükselecektir. Toplam içinde payı giderek artan, özel hastanelerin kapasite kullanım düzeylerini artıracak düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Yatırımların kamu/özel ayrımında görüldüğü gibi, herhangi bir konuda alınan bir karar gerekli diğer düzenlemelerin yapılmaması durumunda, sıkıntıların artmasına yol açabilmektedir. Nitekim 1980'li ve 1990'lı yıllarda boyunca, sağlık sektöründe özel kesimin payının artması yönünde politika izlenmiş ve özel sağlık yatırımları teşvik edilmiştir. Ancak, sağlık hizmeti talebinin özel kesime yönelmesini sağlayacak düzenlemeler yapılmamıştır. Bu ise, kurulan yeni kapasitelerden yeterince yararlanılmasını engellemektedir. Özel sağlık sigortasının yaygınlaşması, özel hastanelerin kapasite kullanımını olumlu etkileyebilecek bir gelişmedir. Ancak, kişi başına gelir düzeyinin düşüklüğü, özel sağlık sigortasındaki genişlemeyi engelleyen önemli faktörlerden biridir.

Bu açıklamalar çerçevesinde, sektördeki sorunların büyük ölçüde, öteden beri devam eden sorunlar olduğunu, sektörün sorunlarının çözülebilmesinin ise, öncelikle etkin bir planlama ve koordinasyonun yapılmasını gerektirdiğini ifade edebiliriz. Esas itibariyle, sağlık sektöründe yaşanan sorunların çözümü için yapılması gerekenler de, öteden beri planlarda, programlarda ve kısmen yasalarda da yer almış, ancak bu ilkeler hayata geçirilememiştir.

Örneğin Birinci BYKP'ndan bu yana, her kalkınma planında ve hemen her yıllık programda yer verilen temel ilkelerden biri, hasta sevk zincirinin kurulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin tek elden planlanıp koordine edilmesi de, yine sürekli tekrarlanan temel ilkelerdendir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunda da, sevk zinciri, halkın sağlık hizmetlerine katılımı, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, personelin kamu veya özel kesimde çalışma serbestliği, hastaların sağlık kurumunu seçme serbestliği, sağlık kütüklerinin oluşturulması gibi ilkeler yer almaktadır.

Bir başka ifadeyle, Türkiye sağlık sektörünün sorunları ve çözüm yöntemleri büyük ölçüde bilinmekte, ancak bu yöntemler, uygulamaya aktarılamamaktadır. Bunun en önemli sebebi, reform çalışmalarının henüz sürekliliğe sahip bir devlet politikası haline dönüştürülemediği olmasıdır.

Bu nedenle Türkiye sağlık sektörünün yeniden yapılanması için; ülkenin sosyo-ekonomik koşullarını ve sektör bütününe dikkate alan bir reform programına ihtiyaç

vardır. Sektörün taraflarınca, programın temel noktalarında uzlaşılması, programın uygulanmasını kolaylaştıracak önemli bir konudur. Bu çerçevede, Türkiye sağlık sektöründe yeniden yapılanmanın sağlanabilmesi için genel politikalar; hizmet arzı ve koordinasyon; sağlık insangücü; hizmetlerin finansmanı noktalarında yapılması gerekenleri şöyle sıralayabiliriz:

Genel politikalar açısından;

- Reform çalışmaları, günlük politikaların üzerinde tutulmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı, ülkedeki sağlık hizmeti arzını koordine edebileceği bir yapılanma içine girmelidir. Kamu sağlık kurumlarının tümü il düzeyinde tek elden koordine edilmelidir.
- Kaynakların etkin kullanılabilmesi için, mikro düzeyde sağlık ekonomisi çalışmalarına ağırlık verilmelidir.
- Toplumda sağlık bilincinin yerleştirilmesi, toplum sağlık düzeyinin yükseltilmesinde en önemli faktörlerdendir. Bu nedenle, sağlık bilincinin yaygın eğitim programlarıyla yükseltilmesi gerekmektedir.

Hizmet arzı açısından;

- Koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmeli; sağlık personeli için, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışmayı özendirici önlemler alınmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla, kamu sağlığı merkezi veya semt polikliniği şeklindeki yeni örgütlenmelere gitmek yerine, mevcut sağlık ocakları ağının etkinliği artırılmalı, bu amaçla sağlık ocaklarının donanım eksiklikleri giderilmeli ve görev tanımlamaları yeniden yapılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde tekrarların önlenmesi için, her bir hastanın kişisel dosyası tutulmalıdır. Bu amaçla çağımızın teknolojik olanaklarından yararlanılmalı, örneğin banka kartlarına benzer, sağlık kartlarının kullanımına geçilmelidir.
- Kamu sağlık kurumları arasında rekabet ortamının yaratılabilmesi için, resmi hastalar dahil, kurum seçme serbestliği tanınmalıdır.
- Kamu sağlık kurumlarının başarısızlığında kurum yöneticileri ve çalışanları sorumlu tutulmalı; buna karşılık başarılarında da ödüllendirilmelidir. Mevcut döner sermaye primi uygulaması, bunu sağlamaktan uzaktır. Prim dağıtımında çalışmayı ön planda tutan objektif kriterler kullanılmalıdır.
- Kamu sağlık kurumlarının dengesiz dağılımı, genellikle, politik kaygılara dayanan ve bilimsel olmayan yöntemlerle kuruluş yeri seçiminden kaynaklanmaktadır. Kuruluş yeri seçiminde nüfus esasına sadık kalınmalıdır.

Sağlık insangücü açısından;

- Sağlık hizmetlerinde okullarda alınan bilgiler yanında, deneyim ve yeni gelişmelerin öğrenilmesi de çok önemlidir. Bu nedenle, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sürekli eğitimi sağlanmalıdır.
- Sağlık personelinin hem kamu, hem özel kesimde çalışması kaldırılmalı; buna karşılık, kamu kesiminde çalışmayı seçen sağlık personelinin, maddi olarak zarara uğramasını engelleyecek önlemler alınmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin, herhangi bir kamu hizmetiyle aynı düzeyde değerlendirilmesi doğru değildir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde çalışan personelin, bu sektörde kalmasını teşvik edecek maddi önlemler alınmalıdır.
- Sağlık personelinin bölgeler arasında dağılımı, sağlık tesislerinin dağılımından daha dengesizdir. Bu nedenle, dengesiz dağılımı ortadan kaldıracak teşvikler, yeterli düzeyde uygulanmalıdır.

Hizmetlerin finansmanı açısından;

- Sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık hizmetleri, tek bir kurum bünyesinde toplanmalı ve sağlık sigortası zorunlu olmalıdır.
- Sağlık sigortası için oluşturulacak fonlar, modern portföy yönetimi ilkelerine ve aktüryal denge sağlanarak yönlendirilmelidir.
- Zorunlu sağlık sigortasına ek olarak, özel sağlık sigortası yaptırılmasına olanak sağlayacak şekilde vergi düzenlemeleri yapılmalıdır.

Yukarıda sıralanan çözüm önerileri listesini uzatmak mümkündür. Daha önce de değinildiği gibi, söz konusu ilkeler, resmi organlarca da bilinmektedir ve bir çok kez resmi belgelere plan veya program hedefi olarak yazılmışlardır. Bunların hayata geçirilebilmesi, bu konularda çalışmalarda sürekliliğin sağlanmasına bağlıdır. Bunun yanında, sağlıktaki eşitsizliklerin büyük ölçüde, genel eşitsizliklerden kaynaklandığı dikkate alındığında, konunun kamu finansman dengesi, gelir dağılımı, işsizlik, göç gibi sosyal ve ekonomik unsurlarla bağlantısı da ortaya çıkmaktadır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- AKALIN, Güneri; Kamu Ekonomisi, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara, 1981.
- AKDUR, Recep; "Sosyalizasyon Nedir? Niçin Başarısızdır?", Ankara ve İzmir TOB, Haziran-Temmuz 1976, Sayı: 9-10, Yıl:1, ss.62-77.
- AKDUR, Recep; "Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinin Gelişimi", Toplum ve Hekim, Sayı: 28, Nisan 1980, s. 36-43.
- AKIN, Ülgen ve AKSOY Serap; Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayını No:332, Ankara, 1985.
- AKINCIOĞLU, Tevfik; "Özel Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Sistemimizdeki Yeri", Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi-Seminer (18 Kasım 1992), İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 1993-9, İstanbul, 1993, ss.29-30.
- AKSAKOĞLU, Gazanfer; "Denenmeyen Model: Sosyalleştirme", Toplum ve Hekim, Nisan 1994, ss.52-55.
- AKSAKOĞLU, Gazanfer; "Sağlık Ekonomisi Araştırmaları", Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 62, Temmuz-Ağustos 1994, s. 110-114.
- ALPUGAN, Oktay; "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", Karadeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, 1984, ss.148-166.
- ALPUGAN, Oktay; "Hastanelerde Verimlilik Sorunu", I. Verimlilik Kongresi -Bildiriler, 27-29 Kasım 1991, MPM Yayını No: 454, ss. 59-70.
- ANA BRITANNICA; "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü", Cilt:2, İstanbul, 1986, s.21.
- ARASIL, Ömer; Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamaları Hakkında Ampirik Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1983.

- ATAÇ, Beyhan; ATAÇ, Engin; "Türkiye'de 1963-1991 Döneminde Personel, Eğitim, Sağlık ve Savunma Harcamalarının Analizi", IX. Maliye Eğitimi Sempozyumu 6-8 Mayıs 1993, Silifke-Mersin, Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana, 1994, ss.15-54.
- BASKAN, Semih; "2000'li Yılların Eşiğinde Tıp Eğitimi", Görüş, TÜSIAD, Haziran 1996, ss.44-49.
- BAŞOL, Koray; Demografi, İzmir, 1994.
- BİNGÖL, Güven; "Sağlık ve Ekonomi", Toplum ve Hekim, Yıl:2, Sayı: 17, ss.40-45.
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER; Sağlık, Eğitim ve Konut'a İlişkin Sosyal ve Ekonomik İstatistiklerin Entegrasyonu İçin Kavramlar ve Metodlar, DPT-Sosyal Planlama Başkanlığı, Temmuz 1991, Ankara.
- BULUTOĞLU, Kenan; Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, 1981.
- ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin; "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Ekonomisi", Nüfusbilim Dergisi, Sayı:10, 1988, ss.45-50.
- CULYER, A.J.; "Health, Economics and Health Economics", Proceedings of the World Congress an Health Economics, Leiden, 1970.
- CUNBUR, Müjgan; "Selçuklu ve Osmanlı Devirlerinde Kadınların Kurdukları Şifahaneler", Erdem, Cilt:3, Sayı:8, Mayıs 1987, ss. 341-348.
- DALAN, Necla; "İşçiden SSK'ya Neşter", Yeni Yüzyıl, 15 Mayıs 1998, s.9.
- DİE; Türkiye'de Toplumsal ve Ekonomik Gelişmenin 50 Yılı, Başbakanlık DİE Matbaası, Yayın No: 683, Ankara, 1973.
- DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1985, Yayın No: 1150, Ankara, 1985.
- DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1987, Yayın No: 1250, Ankara, 1988.
- DİE; 1987 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları - Tüketim Harcamaları, Başbakanlık DİE Matbaası, Yayın No: 1439, Ankara, 1990.
- DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1993, Yayın No: 1620, Ankara, Kasım 1993.
- DİE; İstatistik Göstergeler: 1923-1992, Yayın No: 1682, Ankara, 1994.

- DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1995, Yayın No: 1845, Ankara, Ocak 1996.
- DİE; Türkiye İstatistik Yıllığı 1996, Yayın No: 1985, Ankara, Şubat 1997.
- DİE, 1994 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları, Yayın No: 2030, Ankara, Haziran 1997.
- DİNÇER, T., KAVUNCUBAŞI, Ş. ve ALOĞLU, E.; “Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı”, Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 62, ss. 115-121.
- DİRİCAN, M. Rahmi; “Birincil Sağlık Bakımı (Primary Health Care)”, Toplum ve Hekim, Sayı: 25, Ocak 1980, ss. 26-33.
- DİRİCAN, Rahmi; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri”, Toplum ve Hekim, Nisan 1994, ss.49-51.
- DİZDAR, Yavuz; “Türkiye Sağlık Hizmetleri Arz ve Taleplerinde Yanlış Yönelim İçerisindedir”, Toplum ve Hekim, Şubat 1993, ss.21-22.
- DÖLEN, Emre; “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Bilim”, Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 1, s. 154-196.
- DPT; Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 1963.
- DPT; İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara, 1967.
- DPT; Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977), DPT Yayın No: 1272, Ankara, 1973.
- DPT; Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983), DPT Yayın No: 1664, Ankara, Nisan 1979.
- DPT; Atatürk’ün Doğumunun 100. Yıldönümünde Rakamlarla ve Fotoğraflarla Kalkınan Türkiye, TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No: 1788, Ankara, Ekim 1981.
- DPT; Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), DPT Yayın No: 1974, Ankara, 1985.
- DPT; Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Döneminde Sektörel Gelişmeler:1985-1989, DPT Yayın No: 1975, Ankara, Ocak 1985.

- DPT; Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve Tıp Eğitimi, Sosyal Planlama Başkanlığı, Ankara, 1987.
- DPT ve PRICE WATERHOUSE; Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü-Mevcut Durum Raporu, Ankara, Aralık-1989.
- DPT; Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler: 1984-1988, DPT Yayın no: 2190, Ankara, 1990.
- DPT ve PRICE WATERHOUSE; Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü-Nihai Durum Raporu, Ankara, Aralık-1990.
- DPT; Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-200), Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı, Yayın No Yok, Ankara, 1995.
- DPT; 1996 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1996.
- DPT; 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları: Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1997.
- DPT; 1998 Yılı Programı, Yayın No: yok, Ankara, 1998.
- DPT; Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1998), Ankara, Mart 1998.
- EKİNCİ, Tarık Ziya; "Sağlık Örgütlenmesinde Tarihsel Gelişme ve Yapısal Sorunlar", Toplum ve Hekim, Sayı:30, Haziran 1980, ss. 35-47.
- ERDİLEK, Neşe; "Hükümetler ve Programları", Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 4, ss. 968-1046.
- EREN, Nevzat ve UYER, Gülten; Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1986.
- EREN, Nevzat; "Sağlık Hizmetleri, Planlama ve Örgütlenmeye İlişkin Genel Yaklaşım Yöntemleri", Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, Yıl:2, Sayı:17, ss. 4-18.
- EREN, Nevzat; "Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesi", Ankara ve İzmir TOB, Yıl: 2, Sayı: 18, 1977.

- ERKAN, Hüsni; Sosyal Piyasa Ekonomisi-Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması, İzmir, 1987.
- ERKAN, Hüsni; Sosyo-Ekonomik Bölgesel Gelişme - Teorik ve Uygulamalı Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1987.
- FIELD, Mark G.; "Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz", Çeviren: Ömer TARIM, Toplum ve Hekim, Aralık 1991, ss. 27-32.
- FİŞEK, Nusret; "Hekimlikte Çağdaş Görüşler Açısından Sağlık Politikası", Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, Yıl:2, Sayı:17, ss. 19-23.
- FİŞEK, Nusret; "Sağlık Hizmet Araştırmalarında Demografinin Yeri", Nüfusbilim Dergisi, Cilt:5, 1983, ss. 37-45.
- FİŞEK, Nusret H.; Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara, 1985.
- FİŞEK, Nusret; "Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", Toplum ve Hekim, Aralık-1991, ss. 2-4.
- GÜLER, Çağatay; "Sağlık Programları İle Sosyo-Ekonomik Gelişme Arasındaki İlişkiler", Toplum ve Hekim, Sayı: 25, Ocak 1980, ss. 45-53.
- GÜRŞOY, Gencay; "Sağlık", Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 6, ss. 1716-1735.
- HAMZAOĞLU, Onur, "GSMH Ülkelerin Gelişmişlik Düzeylerinin Göstergesi Olabilir mi?", Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 64-65, ss. 26-29.
- HAN, Ergül; İktisadi Kalkınma, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:122, Eskişehir, 1993.
- KÂHYA, Esin; "On Dokuzuncu Yüzyılın İlk Yarısında Osmanlı İmparatorluğunda Tıp Eğitimi ve Kalburüstü Hekimlerimiz", Erdem, Cilt:1, Sayı:3, Eylül 1985, ss. 685-710.
- KÂHYA, Esin; "Anadolu Selçuklularında Bilim", Erdem, Cilt:5, Sayı:13, Ocak 1989, ss. 63-79.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin ve ERSOY, Korkut; "Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçümü", Amme İdaresi Dergisi, Cilt:28, Sayı:3, Eylül 1995, ss.77-92.

- KAYNAK, Muhteşem; Ekonomik Kalkınma, Ankara, 1988.
- KISAER, Hülya; “Hastanelerde Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi”, I. Verimlilik Kongresi-Bildiriler, 27-29 Kasım 1991, MPM Yayını No:454, ss.397-404.
- KLARMAN, Herbert E.; “Investment in Health Care”, Investment in Human Capital, (Ed. B.F. KIKER), University of South Carolina Press, ss. 420-432.
- KURTULAN, İldeniz; “Tarihte Türk Tıp Basını”, Toplum ve Hekim, Cilt: 6, Sayı:33, Haziran 1984, ss.57-60.
- MAHLER, Halfdan; “Yarının Tıbbı ve Doktorları”, Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni, Yıl: 2, Sayı: 18, ss. 46-52.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1990.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1991.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1992.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1993.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1994.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1995.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1996.
- MALİYE BAKANLIĞI, Yıllık Ekonomik Rapor, 1997.
- MUSHKIN, Selma J.; “Health as an Investment”, Investment in Human Capital, Ed. By B.F. Kiker, University of South Carolina Press, ss. 380-392.
- NATIONS UNIES; Index de la Classification Internationale Type, Par Industrie, de Toutes les Branches d’Activité Économique, Études Statistiques Série M, No: 4, Rev.2/Add.1, Édition Avec Index, New York, 1975.
- ÖZATEŞLER, Mustafa; Otomotiv Sanayii ve Türkiye Ekonomisindeki Etkileri, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İzmir, 1982.
- ÖZATEŞLER, Mustafa; İktisadi Planlama Teorisi ve Genel Üretim Modeli, İzmir, 1992.
- ÖZGÜVEN, Ali; İktisadi Büyüme İktisadi Kalkınma Sosyal Kalkınma Planlama ve Japon Kalkınması, İstanbul, 1988.

- ÖZKUL, Ali Ekrem; Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü, (Editör: Hikmet SEÇİM), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 819, Eskişehir, 1994.
- ÖZSARI, Haluk; “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995, ss. 115-122.
- PEKİN, Tevfik; Ekonomiye Giriş, İzmir, 1991.
- PEKTAŞ, Mustafa Necip; “Dr. Cemal Or Hocanın Etimesgut Numune Sağlık Merkezi Başhekimi Olarak O Yöreye Vermiş Olduğu Hizmetler”, Dirim - Aylık Tıp Gazetesi Yıl:70, Sayı: 7-8-9, 1995, ss. 178-182.
- PENOUIL, Marc; Economie du Développement, Librairie Dalloz, Paris, 1972.
- PESTON, Moris; Kamu Malları ve Kamu Kesimi, Akbank Macmillan İktisat Serisi, İstanbul, 1979.
- RESMİ; “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, Tarih: 11.4.1928, Sayı: 1219, RG: 14.4.1928/863.
- RESMİ; “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”, Tarih: 24.4.1930, Sayı: 1593, Madde: 1, RG: 6.5.1930/1489.
- RESMİ; “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, Tarih: 5.1.1961, Sayı: 224, RG: 12.1.1961/10705.
- RESMİ; “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” Tarih: 21.8.1981, Sayı: 2514, RG: 25.8.1981/17451.
- RESMİ; “Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, Tarih: 13.12.1983, Sayı: 181, Madde: 48, RG: 14.12.1983/18251 Mükerrer.
- RESMİ; “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”, Tarih: 7.5.1987, Sayı: 3359, RG: 15.5.1987/19461.
- RESMİ; “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”, Tarih: 18.6.1992, Sayı: 3816.

- RESMİ; “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik”, Bakanlar Kurulu Kararı Tarihi: 29.11.1994, No: 94/6407, RG: 11.1.1995/22168.
- SSYB; Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422, Ankara, 1973.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Ankara, 1992.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1992, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 553, Ankara, 1993.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık Reform İle İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri, Ankara, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1994, s. 36.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık İstatistikleri-1994, Sağlık Bakanlığı-Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 579, Ankara, Aralık 1995.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı: 1994-1995, Ankara, 1997.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 588, Ankara, 1997.
- SAĞLIK BAKANLIĞI; Sağlık İstatistikleri-1996, Sağlık Bakanlığı-Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 595, Kasım 1997.
- SAHOTA, Gian Singh; “Theories of Personal Income Distribution A Survey” Journal of Economic Literature, Vol:XVI, March 1978.
- SAID, Hakim Muhammed; “Türkiye’de Tıp ve Tıbbi Kurumlar”, Çeviren Ahmet CEVİZCİ, Erdem, Cilt: 4, Sayı: 10, Ocak 1988, ss. 95-126.
- SALTIK, Ahmet; “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, Cilt:10, Sayı:68, Temmuz-Ağustos 1995, ss. 38-44.
- SARGUTAN, Erdal; Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, Eylül 1993.
- SARGUTAN, Erdal; Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara. 1993.

- SAVAŞ, Vural; Kalkınma Ekonomisi, 4. Baskı, İstanbul, 1986.
- SAYILI, Aydın; "İslam'da Hastane Kurma Faaliyetinin Erken Evrelerine Orta Asya Katkıları", Çeviren Ahmet CEVİZCİ, Erdem, Cilt: 3, Sayı: 7, Ocak 1987, ss. 135-147.
- SCHULTZ, Theodor W.; "Beşeri Sermayeye Yapılan Yatırımlar", İktisadi Kalkınma Seçme Yazılar, (Çeviren: Fahir GÜRKAN), Ankara, 1966, ss. 406-424.
- SCHULTZ, Theodore W.; Investment in Human Capital, The Free Press, New York, 1971.
- SEÇİM, Hikmet; "Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri (I) - İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama", Verimlilik Dergisi, Yıl:1988, Sayı:1, ss. 5-30.
- ŞEREF, Besim; Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Birim Maliyetlerini Hesaplanması, Teknik Rapor:2, Halk Sağlığı Kurumu Derneği ve Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Ortak Yayını, Ankara 1995.
- SÖNMEZ, Sinan; "Sağlık Hizmetleri Finansmanının Boyutları ve Bunalımın Etkileri", III. Maliye Eğitimi Sempozyumu, 23-26 Nisan 1987, Gebze, İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi, Araştırma Merkezi Yayın No: 73, İstanbul, 1988, ss. 33-55.
- SÖNMEZ, Tarık; "Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki", Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi-Seminer (18 Kasım 1992), İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 1993-9, İstanbul, 1993, ss. 49-52.
- SOSYAL SİGORTALAR KURUMU; İstatistik Yıllığı-1996, Yayın No: 593, Ankara, 1996.
- SOSYAL SİGORTALAR KURUMU; 1996 Faaliyet Raporu, Yayın No: 594, Ankara, 1997.
- SOYER, Ata; "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992): Ne İçin, Nereye, Ne Kadar?", Toplum ve Hekim, Cilt:9, Sayı:62, ss. 94-99.
- SOYER, Ata; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995", Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, Cilt: 14, ss. 1114-1132.

- TATAR, Fahrettin, “Sağlık Sektöründe Kaynak Tahsisinde Yeni Yaklaşımlar ve Bu Yaklaşımların Türk Sağlık Sektörü İçin Geçerliliği Üzerine Düşünceler”, Toplum ve Hekim, Cilt: 10, Sayı: 66, Nisan 1995, ss. 91-100.
- TATAR, Fahrettin, TATAR, Mehtap ve ŞAHİN, İsmail; “Hastane Hizmet İhaleleri: Teori ve Türkiye’deki Uygulamaları”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt:30, Sayı:3, Eylül 1997, ss. 77-96.
- TATAR, Mehtap; “Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış”, Toplum ve Hekim, Cilt:9, Nisan 1994, ss. 78-88.
- TATAR, Mehtap; “Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış: Karmaşa mı Yanılgı mı?” Toplum ve Hekim, Cilt: 9, Sayı: 62, Temmuz-Ağustos 1994, ss. 122-123
- TATAR, Mehtap; “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri”, Verimlilik Dergisi, Yıl: 1994, Sayı: 4, ss. 147-172.
- TATAR, Mehtap; “Temel Sağlık Hizmetleri: Politik ve İdeolojik Bir Yaklaşım”, Toplum ve Hekim, Cilt: 10, Sayı: 67, Mayıs-Haziran 1995, ss. 26-32.
- TEKELİ, İlhan ve İLKİN, Selim; Osmanlı İmparatorluğu’nda Eğitim ve Bilgi Üretim Sisteminin Oluşumu ve Dönüşümü, Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu - Türk Tarih Kurumu Yayınları, VII. Dizi, Sayı:154.
- TOBB; Planlı Dönemde Rakamlarla Türkiye Ekonomisi, Ankara, 1990.
- TOKAT, Mehmet ve KISAER, Hülya; Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi, MPM Yayını No: 455, Ankara, 1991.
- TOKAT, Mehmet; Sağlık Ekonomisi, Editör: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 793, Eskişehir, 1994.
- TOKAT, Mehmet; 1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, SB-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ağustos 1997.
- TOKGÖZ, Erdiç; “Sağlık Hizmetleri Piyasası Üzerine Bir İnceleme”, HÜ. İdari Bilimler Dergisi, C:1, S:2, Haziran 1979, ss. 1-20.

- TOKGÖZ, Erdinç; “Sosyal Gelişmede Sağlık”, 2. Türkiye İktisat Kongresi -III. Kitap: Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, 2-7 Kasım 1981 - İzmir, DPT Yayın No: 1783, ss.497-522.
- TUÇ, Arif Nihat; Sağlık Sektöründe Tedavi Hizmetleri ve Planlama, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1979.
- TÜMERDEM, Yıldız; Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Cilt: I-II, İstanbul, 1992
- TUNÇ, Mehtap; Kalkınmada İnsan Sermayesi Yaklaşımları ve Türkiye’de İnsan Sermayesi Boyutunun Analizi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1997, s.110.
- TUNCEL, Nur; ŞANLI, Türkan ve PEKER, Müeyyet; Halk Sağlığı Hemşireliği, (Editör: Naci Güçhan), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:568, Eskişehir, 1993.
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ; Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi?, TTB Merkez Konseyi, Ankara, 1992.
- TÜRK, İsmail; Maliye Politikası Amaçlar-Araçlar ve Çağdaş Bütçe Teorileri, Gözden Geçirilmiş 6. Baskı, Ankara, 1985.
- TÜRK-İŞ; TÜRK-İŞ’97 Yıllığı, Cilt:1 - 96’dan 97’ye Değişimin Dinamikleri-, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Türk-İş Araştırma Merkezi, Ankara, 1997.
- TÜRKAY, Figen ve arkadaşları; Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, Ankara, 1997.
- UNDP; Human Development Report 1992, Oxford University Press - New York, 1992.
- UNDP; Human Development Report 1996, Oxford University Press - New York, 1996.
- UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 1993, UNICEF Türkiye Temsilciliği Yayını, Ankara.
- UNITED NATIONS; International Standart Industrial Classification of All Economic Activities, Statistical Papers, Series M, No: 4, Rev.2, New York, 1968.
- UZ, M. Hulki; Pratisyen Hekimlerin Hizmet İçi Eğitim İhtiyacı, Sağlık Bakanlığı- Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993.

- WB; World Development Report 1993 - Investing in Health, Oxford University Press, Washington DC, 1993.
- WB; World Development Report-1994, Oxford University Press, Washington DC, 1994.
- WB; World Development Report-1995, Oxford University Press, Washington DC, 1995.
- WB; World Development Report-1996, Oxford University Press, 1996.
- WHO; Official Record, No:2, Geneva, 1948.
- WHO; Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara Hıfzıssıhha Okulu Yayını, 1980, Ankara.
- WHO AVRUPA BÖLGESİ OFİSİ; Herkes İçin Sağlık Hedefleri-Avrupa Bölgesi "Herkes İçin Sağlık" Stratejisi Hedefleri, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ve Uluslararası Çocuk Sağlığı Merkezi İşbirliğiyle İkinci Baskıdan Çeviri, Baskı Yılı Yok.
- WHO; "Sağlık Ekonomisi", Çeviren Bülent KILIÇ, Toplum ve Hekim, Nisan 1993.
- YEĞİNBOY, Yasemin; Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, İzmir, 1993.
- YILDIRIM, Nuran; "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Koruyucu Sağlık Uygulamaları", Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi - Cilt:5, İletişim Yayınları, 1985, İstanbul, ss. 1320-1338.
- YILDIRIM, Savaş; Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT, Yayın No: 2350, Ankara, 1994.
- YÜCE, Demet; "İktisadi Analizde Beşeri Sermaye Kavramı", Uludağ Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: VI, Sayı: 2, ss. 29-44.

EK TABLO 1: ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI (1987)

Kullanılabilir Gelire Göre Aylık Gelir Grupları (TL)	Hanehalkı Sayısı	Hanehalkı Fert Sayısı	Toplam Kullanılabilir Gelir (Milyon TL)	Toplam Tüketim Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (TL)	Ortalama Kişi Başına Sağlık Harcaması (%)
0-49,999	321,746	1,083,650	10,674	19,803	820	757	0.08
50,000-99,999	1,254,863	5,011,536	99,023	120,801	4,249	848	0.04
100,000-149,999	1,799,098	8,218,186	222,434	241,325	5,510	671	0.02
150,000-199,999	1,695,101	8,039,985	294,254	293,439	7,593	944	0.03
200,000-249,999	1,330,912	6,509,955	295,934	272,329	6,576	1,010	0.02
250,000-299,999	987,626	4,837,276	268,316	227,001	4,860	1,005	0.02
300,000-349,999	767,705	3,963,728	247,523	195,510	5,080	1,282	0.02
350,000-399,999	539,023	2,832,957	200,771	151,595	4,251	1,501	0.02
400,000-449,999	471,176	2,444,389	199,308	140,643	3,428	1,403	0.02
450,000-499,999	304,610	1,663,388	143,796	104,019	2,150	1,293	0.01
500,000-599,999	508,190	2,708,831	275,493	188,001	5,127	1,893	0.02
600,000-699,999	312,648	1,601,678	200,143	139,790	4,612	2,879	0.02
700,000-799,999	190,017	1,050,581	141,024	92,507	2,636	2,509	0.02
800,000-899,999	144,870	732,103	122,320	86,590	1,342	1,833	0.01
900,000-999,999	87,654	465,934	82,538	54,076	1,531	3,286	0.02
1,000,000-1,499,999	186,600	936,503	219,571	137,873	3,585	3,828	0.02
1,500,000-1,999,999	74,114	368,611	126,036	65,181	1,966	5,333	0.02
2,000,000-4,999,999	62,535	335,796	174,767	114,238	2,332	6,945	0.01
5,000,000-9,999,999	7,502	38,078	43,815	8,153	503	13,210	0.01
10,000,000-24,999,999	1,570	10,733	20,681	4,797	66	6,106	0.00

KAYNAK: DİE, 1987 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları-Tüketim Harcamaları, Yayın No: 1439, Ankara, Ekim 1990, Tablo 1-2, Tablo 2-1'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

EK TABLO 2: ÜLKELER BAZINDA SEÇİLMİŞ SAĞLIK GÖSTERGELERİ

ÜLKELER	Kişi Başına GSYİH (1990-92)	Beklenen Yaşam Umudu (1990)	Perinatal Bebek Ö. H. (1990)	Beş Yaş Altı Çocuk Ö. H. (1990)	Bin Kişiye Düşen Doktor (1988-92)	Bin Kişiye Düşen Hemşire (1988-92)	Bin Kişiye Düşen Hast Yatağı (1985-90)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (1990. \$)	Sağlık Har. /GSYİH (1990. %)
İsviçre	32,680	78	8	9	1.59	4.13	11.00	2520	7.5
Finlandiya	26,040	75	8	8	2.47	10.62	10.80	2046	7.4
Japonya	25,430	79	6	6	1.64	2.95	15.90	1538	6.5
İsveç	23,660	78	7	8	2.73	9.28	6.20	2343	8.8
Norveç	23,120	77	8	10	2.43	10.69	4.80	1835	7.4
Almanya	22,320	76	7	9	2.73	4.64	8.70	1511	8.0
Danimarka	22,080	75	9	10	2.56	14.34	5.70	1588	6.3
ABD	21,790	76	10	11	2.38	6.66	5.30	2763	12.7
Kanada	20,470	77	8	9	2.22	10.43	16.10	1945	9.1
Fransa	19,490	77	9	9	2.89	4.62	9.30	1869	8.9
Avusturya	19,060	76	8	10	4.34	10.42	10.80	1711	8.3
Hollanda	17,320	77	10	9	2.43	8.26	5.90	1500	7.9
Avustralya	17,000	77	10	9	2.29	8.70	5.60	1331	7.7
İtalya	16,830	77	12	11	4.69	2.81	7.50	1426	7.5
Birleşik Kral.	16,100	76	8	9	1.40	2.80	6.30	1039	6.1
Belçika	15,540	76	10	11	3.21	0.32	8.30	1449	7.5
Yeni Zelanda	12,680	75	7	11	1.74	0.17	6.60	925	7.2
Hong Kong	11,490	78	8	7	0.93	4.19	4.20	699	5.7
Singapur	11,160	74	8	8	1.09	4.14	3.30	219	1.9
İspanya	11,020	76	10	10	3.60	3.96	4.80	831	6.6
İsrail	10,920	76	11	10	2.90	6.67	6.30	494	4.2
İrlanda	9,550	74	10	10	1.58	7.43	3.90	876	7.1
Suudi Arab.	7,050	64	40	81	1.52	2.28	2.70	322	4.8
Yunanistan	5,990	76	13	13	1.73	2.77	5.10	358	5.5
Kore Cum.	5,400	72	10	10	0.73	0.73	3.00	377	6.6
Portekiz	4,900	75	13	13	2.57	2.06	4.20	383	7.0
Çekoslovakya	3,140	72	10	13	3.23	7.75	7.90	173	5.9
Yugoslavya	3,060	71	16	28	2.63	5.00	6.00	205	3.0
Macaristan	2,780	71	15	20	2.98	3.28	10.10	185	6.0
Brezilya	2,680	66	35	69	1.46	0.15	3.50	132	4.2
Venezuela	2,560	72	26	26	1.55	0.78	2.90	89	3.6
Uruguay	2,560	74	17	23	2.90	0.58	4.60	124	4.6
Güney Afrika	2,530	62	50	91	0.61	2.75	4.10	158	5.6
Meksika	2,490	70	30	38	0.54	0.43	1.30	89	3.2
İran	2,490	63	56	64	0.32	0.35	1.50	54	2.6
Kazakistan	2,470	68	27	39	4.12	12.36	13.60	154	4.4
Arjantin	2,370	72	28	26	2.99	0.60	4.80	138	4.2
Ukrayna	2,340	72	22	22	4.40	11.88	13.60	131	3.3
Malezya	2,320	71	25	20	0.37	1.44	2.40	67	3.0
Bulgaristan	2,250	73	11	21	3.19	6.70	9.80	131	5.4
Moldova	2,170	69	24	32	4.00	12.00	7.80	143	3.9
Ermenistan	2,150	72	25	32	4.28	10.70	9.00	152	4.2
Cezayir	2,060	65	40	82	0.26	1.22	2.60	166	7.0
Şili	1,940	73	14	20	0.46	0.37	3.30	100	4.7
Türkmenistan	1,700	64	41	93	3.57	10.00	11.30	125	5.0
Polonya	1,690	71	15	20	2.06	4.33	6.60	83	5.1
Azerbaycan	1,670	69	30	52	3.93	9.43	10.20	98	4.3
Gürcistan	1,640	72	24	28	5.92	13.02	11.10	152	4.5
Romanya	1,640	70	12	31	1.79	3.76	8.90	63	3.9
Türkiye	1,630	65	45	94	0.74	1.11	2.10	76	4.0
Kırgızistan	1,550	68	31	53	3.67	10.28	12.00	118	5.0
Tunus	1,440	67	40	45	0.53	1.43	2.00	76	4.9

EK TABLO 2: ÜLKELER BAZINDA SEÇİLMİŞ SAĞLIK GÖSTERGELERİ (Devam)

ÜLKELER	Kişi Başına GSYİH (1990-92)	Beklenen Yaşam Umudu (1990)	Perinatal Bebek Ö. H. (1990)	Beş Yaş Altı Çocuk Öl. H. (1990)	Bin Kişiye Düşen Doktor (1988-92)	Bin Kişiye Düşen Hemşire (1988-92)	Bin Kişiye Düşen Hast. Yatağı (1985-90)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (1990. \$)	Sağlık Har. /GSYİH (1990. %)
Tayland	1,420	68	25	36	0.20	1.10	1.60	73	5.0
Özbekistan	1,350	67	33	60	3.58	10.38	12.40	116	5.9
Kolombiya	1,260	73	33	21	0.87	0.52	1.50	50	4.0
Ürdün	1,240	69	40	34	1.54	0.46	1.90	48	3.8
Peru	1,160	65	40	73	1.03	0.93	1.50	49	3.2
El Salvador	1,110	69	39	52	0.64	0.96	1.50	61	5.9
Paraguay	1,110	70	37	37	0.62	1.05	1.00	37	2.8
Tacikistan	1,050	65	37	75	2.71	7.59	10.60	100	6.0
Suriye	1,000	66	45	44	0.85	1.02	1.10	23	2.1
Ekvador	980	70	37	42	1.04	0.31	1.70	43	4.1
Kamerun	960	57	68	125	0.08	0.51	2.70	24	2.6
Fas	950	62	45	71	0.21	0.93	1.20	26	2.6
Guatemala	900	64	40	84	0.44	1.10	1.70	31	3.7
Papua Y. Gine	860	52	43	169	0.08	0.65	3.40	36	4.4
Dominik Cu.	830	68	35	56	1.08	0.76	2.00	37	3.7
Fildişi Kıyısı	750	57	68	90	0.06	0.29	0.80	28	3.3
Filipinler	730	64	27	62	0.12	0.37	1.30	14	2.0
Senegal	710	50	73	156	0.05	0.13	0.80	29	3.7
Zimbabve	640	62	55	58	0.16	0.98	2.10	42	6.2
Bolivya	630	60	37	125	0.48	0.34	1.30	25	4.0
Mısır Arap C.	600	64	58	56	0.77	0.92	1.90	18	2.6
Honduras	590	67	39	62	0.32	0.32	1.10	26	4.5
Endonezya	570	59	40	111	0.14	0.39	0.70	12	2.0
Yemen Cum.	520	49	60	183	0.18	0.52	0.90	19	3.2
Sri Lanka	470	72	19	22	0.14	0.71	2.80	18	3.7
Gine	440	44	76	268	0.02	0.09	0.60	19	3.9
Togo	410	54	75	143	0.08	0.50	1.60	18	4.1
Orta Afrika C.	390	55	64	132	0.04	0.18	0.90	18	4.2
Gana	390	52	71	170	0.04	0.36	1.50	14	3.5
Pakistan	380	56	65	139	0.34	0.27	0.60	12	3.4
Arnavutluk	380	70	45	36	1.39	3.48	4.10	26	4.0
Kenya	370	59	77	83	0.14	0.45	1.70	16	4.3
Çin	370	69	25	43	1.37	0.69	2.60	11	3.5
Haiti	370	54	43	156	0.14	0.11	0.80	30	7.0
Hindistan	350	58	64	127	0.41	0.45	0.70	21	6.0
Nikaragua	340	62	35	106	0.60	0.30	1.80	35	8.6
Burkina Faso	330	49	85	159	0.03	0.25	0.30	24	8.5
Ruanda	310	44	86	222	0.02	0.03	1.70	10	3.5
Nijerya	290	49	71	191	0.15	0.90	1.40	9	2.7
Sierra L.	240	38	72	360	0.07	0.35	1.00	5	2.4
Madagaskar	230	51	76	170	0.12	0.42	0.90	7	2.6
Uganda	220	47	85	185	0.04	0.34	0.80	6	3.4
Zaire	220	49	68	190	0.07	0.15	1.60	5	2.4
Burundi	210	47	87	180	0.06	0.26	1.30	7	3.3
Bangladeş	210	56	75	137	0.15	0.12	0.30	7	3.2
Malawi	200	47	83	201	0.02	0.06	1.60	11	5.0
Lao D. H. C.	200	50	85	171	0.23	1.36	2.50	5	2.5
Vietnam	200	67	40	46	0.35	1.72	3.30	2	2.1
Nepal	170	56	90	135	0.06	0.16	0.30	7	4.5
Etiyopya	120	48	87	197	0.03	0.07	0.30	4	3.8
Somali	120	45	70	214	0.07	0.50	0.80	8	1.5
Tanzanya	110	49	71	165	0.03	0.22	1.10	4	4.7
Mozambik	80	43	75	280	0.02	0.26	0.90	5	5.9

KAYNAK: WB: World Development Report 1993 - Investing in Health. Washington DC. 1993. çeşitli tablolar.

EK TABLO 3: ÜLKELERİN SAĞLIK SONUÇ GÖSTERGELERİNE VE GELİR DÜZEYLERİNE GÖRE SIRALAMASI

ÜLKE	Sağlık Sonuç Göstergeleri Endeksi	Sıralama (1)	KBGSYİH (1990-92, \$)	Sıralama (2)	Sıra Farkı (1-2)
Sri Lanka	0.8764	73	470	29	44
Çin	0.8085	63	370	21	42
Vietnam	0.7299	48	200	8	40
Arnavutluk	0.7438	51	380	24	27
Nikaragua	0.6525	38	340	18	20
Polonya	0.8861	76	1,690	60	16
Romanya	0.8795	74	1,640	58	16
Şili	0.9063	78	1,940	62	16
Dominik Cum.	0.7484	54	830	39	15
Hong Kong	0.983	103	11,490	88	15
Honduras	0.7188	46	590	32	14
Kolombiya	0.83	65	1,260	51	14
Bulgaristan	0.9173	79	2,250	66	13
Ekvador	0.7699	57	980	44	13
Filipinler	0.742	50	730	37	13
Gürcistan	0.8509	70	1,640	57	13
Tanzanya	0.3484	15	110	2	13
Nepal	0.3582	17	170	5	12
Bangladeş	0.4158	21	210	10	11
Paraguay	0.7746	58	1,110	48	10
Tayland	0.8069	62	1,420	53	9
Hindistan	0.4852	27	350	19	8
Haiti	0.5087	29	370	22	7
Kenya	0.4831	26	370	20	6
El Salvador	0.7444	52	1,110	47	5
İspanya	0.956	91	11,020	86	5
Somali	0.2738	9	120	4	5
Ürdün	0.7574	55	1,240	50	5
Birleşik Krallık	0.9648	95	16,100	91	4
Kanada	0.973	101	20,470	97	4
Yeni Zelanda	0.9588	93	12,680	89	4
Avustralya	0.965	96	17,000	93	3
Ermenistan	0.8432	67	2,150	64	3
Fransa	0.969	99	19,490	96	3
Hollanda	0.965	97	17,320	94	3
Lao D. H. C.	0.2954	10	200	7	3
Ukrayna	0.8645	71	2,340	68	3
Etiyopya	0.2467	5	120	3	2
İsrail	0.952	87	10,920	85	2
İsveç	0.986	104	23,660	102	2
Japonya	1	105	25,430	103	2
Malezya	0.8464	69	2,320	67	2
Mistr Arap C.	0.6246	35	600	33	2
Portekiz	0.9331	82	4,900	80	2
Uruguay	0.8997	77	2,560	75	2
Yunanistan	0.9412	84	5,990	82	2
Çekoslovakya	0.9206	80	3,140	79	1
Kırgızistan	0.7671	56	1,550	55	1
Madagaskar	0.3402	14	230	13	1
Mozambik	0.1755	2	80	1	1
Özbekistan	0.7444	53	1,350	52	1
Zaire	0.3368	13	220	12	1

EK TABLO 3: ÜLKELERİN SAĞLIK SONUÇ GÖSTERGELERİNE VE GELİR DÜZEYLERİNE GÖRE SIRALAMASI (Devam)

ÜLKE	Sağlık Sonuç Göstergeleri Endeksi	Sıralama (1)	KBGSYİH (1990-92, \$)	Sıralama (2)	Sıra Farkı (1-2)
Azerbaycan	0.7801	59	1,670	59	0
Kore Cum.	0.9234	81	5,400	81	0
Malawi	0.2507	6	200	6	0
Suriye	0.7038	45	1,000	45	0
Avusturya	0.9639	94	19,060	95	-1
Belçika	0.955	89	15,540	90	-1
Endonezya	0.6036	30	570	31	-1
Guatemala	0.6697	40	900	41	-1
İrlanda	0.9397	83	9,550	84	-1
Moldova	0.8228	64	2,170	65	-1
Norveç	0.972	100	23,120	101	-1
Pakistan	0.4536	22	380	23	-1
Zimbabve	0.6184	34	640	35	-1
Almanya	0.9688	98	22,320	100	-2
Bolivya	0.6105	32	630	34	-2
Burundi	0.2546	7	210	9	-2
İtalya	0.9552	90	16,830	92	-2
Macaristan	0.8861	75	2,780	77	-2
Orta Afrika C.	0.4561	23	390	25	-2
Singapur	0.9495	85	11,160	87	-2
Tacikistan	0.6982	44	1,050	46	-2
Arjantin	0.837	66	2,370	69	-3
İsviçre	0.9811	102	32,680	105	-3
Nijerya	0.324	12	290	15	-3
Uganda	0.2578	8	220	11	-3
Tunus	0.7308	49	1,440	54	-5
Burkina Faso	0.2985	11	330	17	-6
Fas	0.6458	36	950	42	-6
Peru	0.6882	43	1,160	49	-6
Venezuela	0.8449	68	2,560	74	-6
Yugoslavya	0.8746	72	3,060	78	-6
Togo	0.3939	20	410	27	-7
Gana	0.3681	18	390	26	-8
ABD	0.955	88	21,790	98	-10
Fildişi Kıyısı	0.496	28	750	38	-10
Kazakistan	0.7962	60	2,470	70	-10
Meksika	0.8015	61	2,490	71	-10
Yemen Cum.	0.3751	19	520	30	-11
Finlandiya	0.9577	92	26,040	104	-12
Ruanda	0.1946	4	310	16	-12
Danimarka	0.9518	86	22,080	99	-13
Sierra L.	0.0714	1	240	14	-13
Papua Y. Gine	0.4802	25	860	40	-15
Kamerun	0.4631	24	960	43	-19
Türkiye	0.6486	37	1,630	56	-19
Senegal	0.3571	16	710	36	-20
Cezayir	0.6797	42	2,060	63	-21
Türkmenistan	0.6572	39	1,700	61	-22
Gine	0.191	3	440	28	-25
Brezilya	0.7199	47	2,680	76	-29
İran	0.6169	33	2,490	72	-39
Güney Afrika	0.6071	31	2,530	73	-42
Suudi Arab.	0.6725	41	7,050	83	-42

KAYNAK: Ek Tablo 2'deki verilerden yararlanılarak hazırlanmıştır.