

**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İKTİSAT ANABİLİMDALI**  
**İKTİSAT POLİTİKASI PROGRAMI**

**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME VE**  
**KALKINMA ÜZERİNE ETKİSİ: ORTADOĞU ANADOLU BÖLGE**  
**ANALİZİ**

**Kamer AKYOL AYTÜRK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KOCAELİ/2010**

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT ANABİLİMDALI**

**SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME VE KALKINMA  
ÜZERİNE ETKİSİ: ORTADOĞU ANADOLU BÖLGE ANALİZİ**

**Kamer AKYOL AYTÜRK**

**DANIŞMAN: Prof. Dr. Recep TARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KOCAELİ/2010**

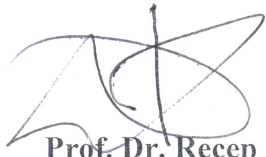
T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ \* SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HARACAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME VE KALKINMA  
ÜZERİNE ETKİSİ: ORTADOĞU ANADOLU BÖLGE ANALİZİ

Y.LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan : Kamer AKYOL AYTÜRK

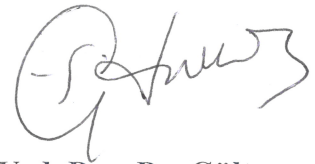
Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Tarihi ve No: 12.05.2010 –2010/12



Prof. Dr. Recep  
TARI



Yrd. Doç. Dr. Figen  
BÜYÜKKAKIN



Yrd. Doç. Dr. Gülten  
DURSUN

## SUNUŞ

İnsanlığın vazgeçilmez değeri olan “sağlık” artık hükümetlerin de çok önemsediği bir konu haline gelmeye başlamıştır. Son yıllarda özellikle ülkemizde hem sağlık hem de sağlığın ekonomisi ve harcamaları gittikçe önem kazanmaktadır. Bu çalışmada sağlık sektörü ile Ortadoğu Anadolu Bölgesinin büyüme ve kalkınma kriterleri incelenmiştir. Bu çalışmanın ortaya çıkmasında en büyük katkı, çalışmamın her aşamasında manevi desteğini bir an olsun esirgemeyen Sn. Prof. Dr. Recep TARI’ya aittir. Kıymetli Hocama gösterdiğ-i sabır ve ilgisinden dolayı teşekkür ederim. Ayrıca konunun belirlenmesinde yardımcı olan Yrd. Doç. Rengin AK’a ve fikirleriyle katkıda bulunan Yrd. Doç. Dr. Gülten DURSUN’a, manevi desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Müslim AKINCI’ya çok teşekkür ederim. En önemli teknik ve manevi desteğ-i veren hayat arkadaş-ıma, zaman zaman vakitlerinden çaldığım oğluma ve kızıma, tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Kamer AKYOL AYTÜRK

Mayıs 2010, KOCAELİ

## İÇİNDEKİLER

### SUNUŞ

İÇİNDEKİLER.....	I
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
GİRİŞ.....	1

### Birinci Bölüm

#### KAVRAMSAL VE TEORİK ÇERÇEVE

<b>1.1 SAĞLIK HARCAMALARI, BÜYÜME VE KALKINMA KAVRAMLARI...</b>	<b>3</b>
1.1.1. Sağlık Harcamaları Ve Ekonomisi .....	3
1.1.1.1. Sağlık Kavramı .....	3
1.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri .....	4
1.1.1.3. Sağlık Harcamaları .....	6
1.1.1.4. Sağlık Ekonomisi.....	7
1.1.1.4.1. Sağlık Ekonomisinin Kaynakları.....	8
1.1.1.4.2. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri .....	9
1.1.1.4.3. Sağlık Ekonomisinin Değerlendirme Yöntemleri.....	10
1.1.1.4.3.1. Maliyet Kar Analizi .....	10
1.1.1.4.3.2. Maliyet Minimizasyonu Yöntemi .....	10
1.1.1.4.3.3. Maliyet Etkililik Yöntemi .....	10
1.1.1.4.3.4. Maliyet Fayda Analizi .....	12
1.1.2. Ekonomik Büyüme Kavramı .....	12
1.1.3. Ekonomik Kalkınma Kavramı .....	14
1.1.3.1. Kırsal Kalkınma.....	15
1.1.3.1.1. Türkiye’de Kırsal Kalkınmanın Önemi.....	15
1.1.3.1.2. Kırsal Kalkınma Politikasının Özellikleri .....	16

<b>1.2 SAĞLIK HARCAMALARI İLE BÜYÜME VE KALKINMA İLİŞKİSİ....</b>	<b>16</b>
1.2.1. Sağlık Harcamalarını Belirleyen Etmenle .....	16
1.2.1.1. Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Etmenler .....	17
1.2.1.1.1. Toplumun Gelişmişlik ve Gelir Düzeyi.....	18
1.2.1.1.2. Toplum Kültürü .....	19
1.2.1.2. Sağlık Politikasına İlişkin Etmenler .....	19
1.2.1.2.1. Sağlık Hizmetlerini Sunma Biçimi.....	20
1.2.1.2.2. Sağlık Hizmetleri İçin Para Toplama Biçimi .....	21
1.2.1.2.3. Toplanan Parayı Harcama Biçimi.....	22
1.2.2. Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme İlişkisi .....	23
1.2.2.1. Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile Temel Sağlık.....	
Göstergelerinin İlişkisi.....	25
1.2.2.2. Gelir ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi .....	27
1.2.2.3. Gelir ve Bebek –Çocuk Ölüm Oranının İlişkisi .....	27
1.2.3. Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Kalkınma İlişkisi .....	29

## **İkinci Bölüm**

### **TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK HARCAMALARI**

<b>2.1 TÜRKİYEDE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM .....</b>	<b>33</b>
2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	36
2.1.2. Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi.....	39
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	39
2.1.4. Türkiye’de Ekonomik Ve Sağlık Göstergelerinin Durumu.....	40
2.1.4.1. Türkiye’nin Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile .....	
İlişkilendirilen Sağlık Göstergelerinin Durumu.....	41
2.1.5. Sağlıkta Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi .....	45
<b>2.2 SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI .....</b>	<b>47</b>
<b>2.3 TÜRKİYEDE SAĞLIK HARCAMALARI .....</b>	<b>50</b>
2.3.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları .....	51

2.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları.....	53
2.3.1.1.1. Yeşil Kart Harcamaları .....	54
2.3.1.2. Sosyal Güvenlik Fonları Harcamaları .....	55
2.3.1.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Harcamaları.....	56
2.3.1.3. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Harcamalar	61
2.3.2. Özel Sektör Harcamaları.....	62
<b>2.4 TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA İLAÇ HARCAMALARI .....</b>	<b>64</b>

### Üçüncü Bölüm

## ORTADOĞU ANADOLU BÖLGESİNDEKİ (TRB2) SAĞLIK HARCAMALARININ BÜYÜME VE KALKINMAYA ETKİSİ

<b>3.1 ORTADOĞU ANADOLU BÖLGESİ (TRB2) GENEL GÖSTERGELERİ ..</b>	<b>69</b>
3.1.1. İstihdam .....	71
3.1.2. Eğitim .....	73
3.1.3. Kültür-Sanat.....	75
3.1.4. Sağlık.....	76
3.1.5. Tarım.....	78
3.1.6. Su ve Balıkçılık.....	81
3.1.7. Sanayi .....	83
3.1.8. Turizm.....	85
3.1.9. Enerji.....	86
<b>3.2. TRB2 İLLERİ İTİBARİ ile GAYRİ SAFİ YURTİÇİ HASILA GÖSTERGELERİ ....</b>	<b>88</b>
<b>3.3. TRB2 İLLER İTİBARİ ile SAĞLIK GÖSTERGELERİ .....</b>	<b>90</b>
3.3.1. Bitlis İli Verileri.....	90
3.3.2. Muş İli Verileri.....	91
3.3.3. Van İli Verileri .....	91
3.3.4. Hakkari İli Verileri.....	92
<b>3.4. TRB2 SAĞLIK HARCAMALARI .....</b>	<b>93</b>
3.4.1. Van İli Sağlık Harcamaları .....	93
3.4.2. Bitlis İli Sağlık Harcamaları .....	94

3.4.3. Muş İli Sağlık Harcamaları .....	94
3.4.4. Hakkari İli Sağlık Harcamaları .....	94
<b>3.5. ELDE EDİLEN BULGULAR VE GENEL DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>95</b>
<b>SONUÇ .....</b>	<b>98</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>101</b>

## ÖZET

Sağlıklı olmak kişilerin ve toplumun ortak amacı haline gelmiştir. Sağlıklı bireyler ekonomik anlamda da verimli işgücünü ifade etmektedir. Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişkinin olduğu düşünülmektedir. Ekonomik olarak gelişmiş bir toplumda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Aynı zamanda sağlık düzeyinin gelişmiş olması da verimliliğe ve dolayısıyla ülke kalkınmasına olumlu bir şekilde yansımaktadır. Sağlıklı olmak bireyler ve toplumlar için bu kadar önemli olduğundan , sağlık ekonomisi ve sağlık harcamaları politika üretkenlerin dikkatini her geçen gün daha fazla çekmektedir. Buna bağlı olarak ülke genelinde sağlık harcamalarının hızla arttığı gözlenmektedir. Bu çalışmaya konu olan Ortadoğu Anadolu Bölgesinde de çok hızlı artışlar gözlenmektedir. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ve kalkınma arasındaki ilişki her zaman pozitif bir ilişki şeklinde mi gerçekleşmekte sorusu akla gelmektedir. Bu çalışmada öncelikle Türkiye bazında, daha sonra da Ortadoğu Anadolu Bölgesinde sağlık göstergeleri ve ekonomik göstergeler incelenmekte ve bu soruya cevap aranmaktadır. Bölgesel olarak Ortadoğu Anadolu Bölgesinde yapılan incelemelerde, bölgede giderek artan sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ve kalkınma üzerinde pozitif bir etkisinin olmadığı anlaşılmaktadır. Bölgesel veriler incelenmekte ve politika önerileri sunulmaktadır.

## **ABSTRACT**

Being healthy has become a common goal for individuals and communities. Healthy individuals represent efficient labour force also in the means of economics. It has been thought that there is a close relationship between the level of public health and economic development. In an economically developed society such as increased resources allocated to health, has also promoted the awareness of the health of individuals. Health levels have also improved the productivity and hence to the development of the country is reflected in a positive way. For individuals and communities as being healthy is so important, health economics and health expenses attract the attention of policy producers more and more each day. Health expenses are increasing day by day. Rapid increases are observed in the Middle East Anatolian Region where is subjected to this research. Has the relationship between health expenses and economic growth and development always come true in a positive way? In this research, the health indicators and economic indicators on the basis of Turkey at first and then the Middle East Anatolia Region are being analysed and an answer to this question is being inquired. In observations, made regionally in the Middle East Anatolian Region, it has been understood that gradually increased health expenses do not have a positive effect on economic growth and development. Regional data are being analyzed and policy recommendations are being offered.

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1</b>	: Sağlık Harcamalarında Türkiye ve OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması	<b>7</b>
<b>Tablo 2</b>	: Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayılarının Kurumlara Göre Dağılımı 2006	<b>34</b>
<b>Tablo 3</b>	: Türkiye İle Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri.....	<b>41</b>
<b>Tablo 4</b>	: Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık ve Sağlık Harcaması Düzeyi.....	<b>47</b>
<b>Tablo 5</b>	: Avrupa Birliğine Sonradan Katılan On Ülkenin Ekonomik ve Sağlık Göstergeleri.....	<b>49</b>
<b>Tablo 6</b>	: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı.....	<b>51</b>
<b>Tablo 7</b>	: Toplam Kamu Sağlık Harcamaları (1999-2007) Milyon ABD Doları ...	<b>57</b>
<b>Tablo 8</b>	: Toplam Kamu Sağlık Harcamaları ve SGK Sağlık Harcamaları,2007, SGK, 2008, Milyon ABD Doları.....	<b>58</b>
<b>Tablo 9</b>	: SGK Tedavi Harcamaları (2000-2007), Milyon ABD Doları, SGK, 2008.....	<b>58</b>
<b>Tablo 10</b>	: SGK Tedavi Harcamaları (2000-2007), Milyon ABD Doları (SGK, 2008).....	<b>59</b>
<b>Tablo 11</b>	: SGK Gelir-Gider Dengesi, SGK Sağlık Harcamaları(2000-2007), Milyon ABD Doları.....	<b>59</b>
<b>Tablo 12</b>	: Türkiye’de Özel Hastane ve Özel Hastane Yatak Sayıları ile Yıllara Göre Değişim.....	<b>63</b>
<b>Tablo 13</b>	: Türkiye ve Bazı Ülkelerdeki İlaç Tüketiminin GSYİH’ya Oranının Karşılaştırılması.....	<b>65</b>
<b>Tablo 14</b>	: Yıllara Göre İlaç ve Hammadde İhracat ve İthalatı.....	<b>65</b>
<b>Tablo 15</b>	: SGK Sağlık Harcamaları (2000-2007), Milyon ABD Doları (SGK, 2008).....	<b>67</b>
<b>Tablo 16</b>	: TRB2 Bölgesi Genel Göstergeleri.....	<b>70</b>
<b>Tablo 17</b>	: TRB2 Bölgesi İstihdam Göstergeleri.....	<b>72</b>
<b>Tablo 18</b>	: TRB2 Bölgesi İşgücü Göstergeleri (15 + yaş).....	<b>73</b>
<b>Tablo 19</b>	: TRB2 Bölgesi Eğitim Göstergeleri.....	<b>74</b>
<b>Tablo 20</b>	: TRB2 Bölgesi Kültür ve Sanat Göstergeleri.....	<b>75</b>
<b>Tablo 21</b>	: TRB2 Bölgesi Sağlık Göstergeleri.....	<b>76</b>
<b>Tablo 22</b>	: VEAH 2009 yılı ilk 11 ay verileri.....	<b>77</b>

<b>Tablo 23</b>	:	TRB2 Bölgesi Bebek Ölüm Oranları.....	<b>77</b>
<b>Tablo 24</b>	:	TRB2 Bölgesi Arazi Kullanım Dağılımı (ha).....	<b>78</b>
<b>Tablo 25</b>	:	TRB2 Bölgesi Tarımsal Üretim Değerleri (Bin TL).....	<b>79</b>
<b>Tablo 26</b>	:	TRB2 Bölgesi Mevcut Hayvan Varlığı.....	<b>80</b>
<b>Tablo 27</b>	:	TRB2 Bölgesi Hayvansal Ürün Üretimi.....	<b>80</b>
<b>Tablo 28</b>	:	TRB2 Bölgesi Organik Tarım.....	<b>82</b>
<b>Tablo 29</b>	:	TRB2 Bölgesi Tarımsal Alet ve Makine Mevcudu.....	<b>83</b>
<b>Tablo 30</b>	:	TRB2 Bölgesi Sanayi Göstergeleri.....	<b>84</b>
<b>Tablo 31</b>	:	TRB2 Bölgesi Sanayi Bölgeleri.....	<b>84</b>
<b>Tablo 32</b>	:	TRB2 Bölgesi İş Kayıtlarına Göre Girişim Sayıları.....	<b>84</b>
<b>Tablo 33</b>	:	TRB2 Bölgesi Turizm Göstergeleri.....	<b>86</b>
<b>Tablo 34</b>	:	TRB2 Bölgesi Enerji Göstergeleri.....	<b>87</b>
<b>Tablo 35</b>	:	İller İtibari ile Kişi başına GSYİH: 1987-2001.....	<b>89</b>
<b>Tablo 36</b>	:	Kişi Başına Gayrisafi Katma Değer (GSKD).....	<b>89</b>
<b>Tablo 37</b>	:	TRB2 15+ Yaş İşsizlik ve İstihdam Oranları.....	<b>90</b>
<b>Tablo 38</b>	:	TRB2 GSYİH'nın İktisadi Faaliyet Kollarına Göre Dağılımı.....	<b>90</b>
<b>Tablo 39</b>	:	Bitlis İli Bebek ve Anne Ölümleri.....	<b>91</b>
<b>Tablo 40</b>	:	Muş İli Bebek ve Anne Ölümleri.....	<b>91</b>
<b>Tablo 41</b>	:	Van İli BÖS ve AÖS nin Yıllara Göre Dağılımı.....	<b>91</b>
<b>Tablo 42</b>	:	Van İli 1. ve 2. Basamak Muayene Sayıları.....	<b>92</b>
<b>Tablo 43</b>	:	Hakkari İli BÖS ve AÖS nin Yıllara Göre Dağılımı.....	<b>93</b>
<b>Tablo 44</b>	:	Hakkari İli 1. ve 2. Basamak Muayene Sayıları.....	<b>93</b>
<b>Tablo 45</b>	:	Van İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı.....	<b>93</b>
<b>Tablo 46</b>	:	Bitlis İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı.....	<b>94</b>
<b>Tablo 47</b>	:	Muş İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı.....	<b>94</b>
<b>Tablo 48</b>	:	Hakkari İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı.....	<b>94</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1</b>	: Düşük Gelir ile Ölüm, Morbidite ve Özürlülük İlişkisi.....	<b>28</b>
<b>Şekil 2</b>	: Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükselmesi, Eğitim, Demografik Faktörler ve Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri.....	<b>31</b>
<b>Şekil 3</b>	: 2008 Yılı Sektörlere Göre Hastane Sayısı.....	<b>35</b>
<b>Şekil 4</b>	: 2008 Yılı Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı.....	<b>35</b>
<b>Şekil 5</b>	: Türkiye'deki Hastanelerde Muayene Edilen Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı, 2004.....	<b>40</b>
<b>Şekil 6</b>	: Türkiye'de 1990-2004 Yılları Arasındaki Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile Kişi Başına Düşen GSYİH'nin karşılaştırılması.....	<b>42</b>
<b>Şekil 7</b>	: Türkiye'de 1990-2004 Yılları Arasındaki Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH'nin karşılaştırılması.....	<b>43</b>
<b>Şekil 8</b>	: Türkiye'de 1990-2004 Yılları Arasındaki Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH'nin karşılaştırılması.....	<b>44</b>
<b>Şekil 9</b>	: Türkiye'de 1990-2004 Yılları Arasındaki Kaba Ölüm Hız ile Kişi Başına Düşen GSYİH'nin karşılaştırılması.....	<b>44</b>
<b>Şekil 10</b>	: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH içindeki Payı.....	<b>54</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DYB	: Doğumda Yaşam Beklentisi
EFPIA	: Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TKV	: Türkiye Kalkınma Vakfı
KBDİH	: Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması
KBDSH	: Kişi başına Düşen Sağlık Harcamaları
KBDKSH	: Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları
KBDGSYİH	: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla
KÖH	: Kaba Ölüm Hızı
KSH	: Kamu Sağlık Harcamaları
OECD	: Organization for Economic Corporation and Development
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
TSH	: Toplam Sağlık Harcamaları
UNDP	: United Nations Development Program
USH	: Ulusal Sağlık Hesapları
HES	: Hidro-Elektrik Santral
BÖS	: Bebek Ölüm Sayısı
AÖS	: Anne Ölüm Sayısı
SUT	: Sağlıkta Uygulama Tebliği
TEPAV	: Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
İBBS	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması
TRB2	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey 2 (Van-Muş-Bitlis-Hakkari)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
VEAH	: Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## GİRİŞ

İnsanların varlığını sürdürebilmesi için sağlıklı olmaları gerekmektedir. Daha geniş bir bakışla, toplumların varlıklarını sürdürebilmeleri için sağlıklı bir nesle sahip olmaları gerekmektedir. Sağlıklı bir nesil aynı zamanda toplumun kalkınması için en önemli üretim faktörüdür.

Günümüzde gelişmiş ya da belli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her geçen yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insan sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilebilmesi için gelişmiş ülkeler GSYİH'dan her geçen yıl daha fazla pay ayırmaktadırlar.

Yapılan çalışmalarda ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini pozitif yönde etkilediği; sağlık göstergelerinde meydana gelen olumlu değişikliklerin ekonomik göstergeleri olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bu konu araştırılırken en yaygın gösterge Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) ile Kişi Başına Düşen Yurtiçi Hasıla (KBDYİH) olurken, sağlık alanında da doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı gibi verilerdir.

İşgücü sağlığı durumunun verimlilik üzerinde büyük etkiye sahip olması sebebiyle günümüzde işgücü için yapılan sağlık harcamalarına gider değil, yatırım gözü ile bakılmaktadır. Ülkelerin sağlık için bütçelerinden ayırdıkları pay gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir. Az gelişmiş ülkelerde bu oran % 2 – 4 civarı iken, gelişmiş ülkelerde % 8 – 12 arasındadır. Türkiye'de ise 1960 da % 5.27, 2002 de % 2.6 , 2008 de ise % 4.85 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılı bütçesinde ise sağlığa % 4,43 pay ayrılmıştır.

Gelişmiş ülkelerle azgelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarında yapısal değişiklikler bulunmaktadır. Gelişmiş ülkeler daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine (1.basamak) ; Az gelişmiş ülkeler tedavi edici (2. ve 3. basamak) sağlık hizmetlerine yönelmektedirler. Türkiye'de herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna üye olan insanların çok yüksek

düzeyde ilaç harcamalarında bulunduğu gözlemlenmiştir. Özellikle bu teze konu olan Ortadoğu Anadolu Bölgesinde yaygın bir uygulama olan Yeşil Kart uygulaması, her ne kadar Sosyal Devlet anlayışının bir gereği ve bölge kalkınmasının önemli saç ayaklarından biri olsa da beraberinde getirdiği ilaç ve sağlık harcamaları hızla artmakta ve bu durum devletin sırtında bir kambur olmaya başlamaktadır.

Bu çalışmayla sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme ve kalkınma verileri ilişkilendirilmiştir. Ayrıca Ortadoğu Anadolu Bölgesinin (Van-Bitlis-Muş-Hakkari) büyüme verileri ve sağlık harcamaları yönünden analizi yapılmış, bölgesel farklılıklardan bahsedilerek politika önerileri sunulmuştur.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, kavramsal ve teorik çerçeve oluşturulacak; bu kapsamda sağlığın tanımı, sağlık hizmetlerinin genel özellikleri, Türkiye’de sağlık sektöründe mevcut durum, sağlık harcamaları ve sağlık ekonomisine değinilecektir. Kavramsal ve teorik çerçevede ekonomik büyüme ve kalkınma kavramları da açıklanacaktır.

İkinci bölümde Türkiye ve dünyada sağlık harcamaları incelenecektir. Öncelikle Türkiye’de sağlık sektöründeki mevcut durum incelenecek, daha sonra Türkiye ve dünyada sağlık harcamalarına değinilecektir.

Üçüncü bölümde Ortadoğu Anadolu Bölgesindeki (TRB2) sağlık harcamalarının büyüme ve kalkınmaya etkisi incelenecektir. Bu kapsamda öncelikle Türkiye’de sağlık sektöründe mevcut duruma bakılacak, seçilmiş bazı ülkelerdeki sağlık sektörü ve büyüme verileri incelenecek son olarak da bölgesel analiz yapılmaya çalışılacaktır.

Araştırmaya ilişkin veriler çeşitli kitaplardan, dergilerden, internet ortamındaki makale ve araştırmalardan ve gerekli görüldüğü taktirde birincil kaynaklardan elde edilmiştir. Ayrıca kamu kurumları ziyaret edilmiş, gerekli dokümanlar, bilgi ve belgeler talep edilmiştir. Elde edilen veriler incelenerek ve analiz edilerek ekonomik anlamda değerlendirilmeye çalışılmıştır.

# 1. Bölüm

## KAVRAMSAL VE TEORİK ÇERÇEVE

### 1.1. SAĞLIK HARCAMALARI, BÜYÜME VE KALKINMA KAVRAMLARI

#### 1.1.1. Sağlık Harcamaları ve Ekonomisi

##### 1.1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık hayatımızın en temel yapı taşıdır. Aldığımız her nefeste, attığımız her adımda, bütün bir ömürde sağlık değişmez paydamızdır. Öyle ki, hayatın bütün değişkenleri bu temel yapının içinde saklıdır. Bir ömür boyu yaşadığımız her detay bu değişmez paydaya göre hesaplanır. Beyaz renkle sembolize edilen sağlık, beyaz renkte olduğu gibi içinde her rengi barındırır, her renge hayat verir.<sup>1</sup>

Toplum varoluşundan bu yana hayatta kalmak için savaşmaktadır. Gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin amacı budur. Sağlıklı olmak temel bir ihtiyaçtır. Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Sağlığın vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir.<sup>2</sup>

Sağlık insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Kişilere göre sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Genel kabul gören sağlık tanımında ise; “Sağlık, yalnızca hastalık yada sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir” denilmektedir.

Sağlık sistemi ise, sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren, karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki öğeler bütünü olarak ifade edilebilir.

---

<sup>1</sup> Recep AKDAĞ, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), 2006, s.1.

<sup>2</sup> WHO, *Global Strategy for Health for All By The Year 2000*, Geneva, 1981, ss.19-29.

Dünya Sağlık Örgütüne göre hastaneler; hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları olarak tanımlanmaktadır.<sup>3</sup> Hastanelerin amacı, belli düzeydeki sağlık hizmetlerini en düşük maliyetle en yüksek kalitede sunmaktır.

Sağlıklı olmanın yanı sıra onun sürdürülebilir kılınması da son derece önemlidir. Sağlığın korunması, sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olan bir konu değildir. Sağlıklı bir toplumdaki bahsedebilmek için, ekonomik ve sosyolojik çevreler mutlak suretle ilişki içerisinde olmalıdır. Ekonomik çevreler sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak oluşturma çalışmalarında bulunurken sosyolojik çevreler biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için gerekli önlemleri almalıdırlar.<sup>4</sup>

#### **1.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri**

Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamındadır. Tüm bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek, daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir.

Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran önemli farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet konusu olan insan sağlığı kişilerin en değerli varlığı olup, hizmetlerde yapılabilecek atalarda çoğu zaman geri dönüş şansı yoktur. Bu nedenle, sağlık sektöründe sunulan hizmetler % 100 güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bunun anlamı, bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalitede olması gerektiğidir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğundan hizmeti sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir. İş görenler tarafından yapılacak bir

---

<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), 2006, s.1.

<sup>4</sup> Yıldırım, Savaş. "Sağlık Hizmetlerinde Harca ve Maliyet Analizi", DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No:DPT:2350, Ankara 1994, s.36.

hata bazen öldürücü olabilen çok tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Dolayısı ile sağlık hizmetini verirken hedef “sıfır hata” dır.<sup>5</sup>

Sağlık sektöründe hizmetler, çok sayıda farklı meslek grubundan oluşan çalışanlarca sunulmaktadır. Hizmeti alanla hizmeti sunan doğrudan ilişki içindedir. Bu kadar farklı meslek grubunun ortak bir amaç doğrultusunda çalıştığı kuruluş sayısı çok sınırlıdır. Yani işlevsel bağımlılık çok yüksektir.

Tıp teknolojisi her geçen gün gelişmekte, teşhis ve tedavi süreçlerinde kullanılan tıbbi cihazların ortalama dört yılda bir yeni bir jenerasyonu üretilmektedir. Bu cihazların edinimlerinin yanı sıra, ölçüm sonuçlarının doğruluğu da (Kalibrasyon) teşhis ve tedavi sürecinde hayati öneme sahiptir. Yeni teknolojiler yapılan yatırımın sabit masraflarını artırmaktadır. Bu yüzden paranın yönetimi sağlık sektöründe gittikçe daha çok önemsenen bir konu olmaktadır.

Tüm sistemin 365 gün 24 saat kesintisiz çalışması zorunludur. Sunulan hizmetler pahalı hizmetlerdir. Ayrıca ekonomik gücü artan hastalar daha kaliteli hizmet beklemekte, yasal düzenlemelerde meydana gelen değişikliklerle (farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı hastaların istediği yerde tedavi olma serbestliğinin getirilmesi) hizmeti talep edenlerin tercihleri de değişebilmektedir. Bu durum da kaliteli sağlık hizmeti beklentisini artırmakta, sağlık sektöründe de kamu ve özel hastaneler arasındaki rekabeti giderek daha belirgin hale getirmektedir.<sup>6</sup>

Sağlık hizmetlerinin talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman-nerede-nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez ve belirlenmesi zordur. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine olan talebin kim tarafından gerçekleştirileceği ve bu talebin ne miktarda olacağını da önceden kestirmek mümkün değildir. Örneğin bulaşıcı ve salgın hastalıkların aniden ortaya çıkması sağlık hizmet talebi ve tüketiminde patlamaya yol

---

<sup>5</sup> Sağlık Bakanlığı, [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) Erişim:20.12.2009, s.3.

<sup>6</sup> Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları, [www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr) Erişim: 10.01.2010, s.3.

açarken, kimlerin bu salgından etkileneceğini dolayısıyla talebin kimler tarafından gerçekleştirileceğini bilmek imkansızdır.<sup>7</sup>

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

Ayrıca, sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi ve işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir. Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur, bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem verir. Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır. Sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir. Sağlık kurumlarında yapılan işler karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir, dolayısıyla ikamesi mümkün değildir. Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçülmesi güçtür.<sup>8</sup>

### **1.1.1.3. Sağlık Harcamaları**

Ülkelerdeki sağlık harcamasının değerlendirilmesinde, harcamanın miktarı, kaynakları ve nereye/nasıl harcanacağına ilişkin ölçekler olmak üzere başlıca üç grup ölçek kullanılır.<sup>9</sup> Sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için iki temel ölçek vardır. Bunlardan birincisi sağlık harcamasının ulusal gelir yada GSMH içindeki payı ikincisi ise kişi başına yıllık sağlık harcamasıdır. Sağlık harcamalarını değerlendirmede kullanılan bir diğer ölçek ise paranın hangi tip hizmetlere harcandığını

---

<sup>7</sup> Sevinç Tokalaş, **Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması**, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2006 s.14.

<sup>8</sup> Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, ss.52-56.

<sup>9</sup> Recep Akdur, “Piyasacı Sağlık Politikası Uygulayan Ülkelerde Sağlık Harcamaları Neden Daha Yüksektir”, **Utopya\_sağlık\_harcamaları\_RA pdf**, Erişim: 20.12.2009, s.1.

gösteren ölçeklerdir. Bu bağlamda en çok kullanılan ölçek, paranın ne kadarının koruyucu sağlık hizmetlerine ne kadarının ise tedavi edici sağlık hizmetlerine yapıldığını gösteren orandır.<sup>10</sup>

OECD ülkelerinin verileriyle, Türkiye'nin sağlık harcama verilerini kıyaslayacak olursak;

**Tablo 1 : Sağlık Harcamalarında Türkiye ve OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması.**

<b>SAĞLIK HARCAMA VERİLERİ</b>	<b>TÜRKİYE</b>	<b>OECD ÜLKELERİ ORTALAMASI</b>
Kişi başına düşen sağlık harcamaları (\$) 2005 yılı	618	3000
Kişi başına doktor (Her 1000 kişiye)	1,5	3,1
Kişi başına hemşire (Her 1000 kişiye)	2	9,6
Kişi başına hasta yatağı (Her 1000 kişiye)	2,7	3,8
Ortalama yaşam beklentisi	79	71,8
Bebek Ölüm Hızı (Her 1000 canlı doğumda) 2007 yılı	20,7	4,9

**Kaynak :** OECD Health Data 2009

Tablo 1 de görüldüğü üzere Türkiye hem kişi başına hem de GSYİH'dan ayrılan pay itibari ile sağlığa en az para harcayan OECD ülkesi konumundadır. En zayıf ülkelerden Meksika ve Polonya Türkiye'den daha iyi durumdadır.

#### **1.1.1.4. Sağlık Ekonomisi**

Diğer üretim faktörlerinden toprağın dünyada sınırlı olarak bulunduğu, sermayenin ise ancak daha önceden mevcut bir sermaye sayesinde ekonomik faaliyetlerde bulunularak artırıldığı göz önünde bulundurulursa, insan güce sahip olması en kolay, fakat etkin kullanılması en pahalı üretim faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

<sup>10</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**

Günümüzde insan gücü (beşeri sermaye) yüksek olan toplumların ekonomik alanda daha başarılı oldukları bir gerçektir. Gelişmiş ülkeler sağladıkları ekonomik başarı da beşeri sermayenin önemini kavradıkça, beşeri sermayenin gerekliliklerinden en önemlisi olan insan sağlığı da her geçen gün daha fazla önem vermeye başlamışlardır. Bu açıdan düşünüldüğünde, ekonomi ile sağlık ilişkisi de her gün önemini artırmıştır.

İşgücü sağlık durumunun verimlilik üzerinde büyük bir etkiye sahip olması sebebiyle, günümüzde işgücü için yapılan sağlık harcamaları gider değil, yatırım olarak görülmeye başlanmıştır. Fakat burada bir nokta dikkat çekicidir; sağlık harcamalarının hangi şekilde ve ne miktarda yapılması gerektiği. Aksi takdirde yapılan harcamalar ekonomiye fazladan yük getirecek olumsuz etkilerde bulunacaktır. Bu yüzden iktisat biliminin bir alt disiplini olarak “Sağlık Ekonomisi” kavramı karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık ekonomisi, genel ekonomi bilimi kurullarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kurulların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan uygulamalı bir alt daldır. Sağlık Ekonomisi, “Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanılarak, en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi şekilde bölüştürmek” şeklinde tanımlanabilir. Yani iki temel bileşeni vardır: “en iyi üretim” ve “en iyi bölüşüm”.<sup>11</sup>

#### **1.1.1.4.1. Sağlık Ekonomisinin Kaynakları**

Sağlık ekonomisinin kaynakları emek (işgücü), sermaye, toprak, girişim, sağlık, işgücü, sağlıkta sermaye, sağlıkta topraktır.

Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analize, bir başka deyişle sağlık sektörünün ekonomik analizidir. Günümüzde sağlık kurumları sağlık işletmeleri olarak kabul edilmekte olup, ekonomik durumları (gelir-gider analizleri, bütçe... vs) sağlık yöneticilerinin üzerinde önemle durduğu bir konu olmuştur ve olacaktır.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Mehmet Tokat, Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü Ders Notları, 2007, s.1.

<sup>12</sup> Mehmet Tokat, **a.g.e.**

Ekonomi, kısıtlılıkla ilgilenir. İnsanlar yapmak veya sahip olmak istedikleri her şeyi yapamazlar veya / ve sahip olamazlar. Ekonominin amacı bu ikilem üzerinde çalışmak ve en iyi çözümü üretmektir.

Ekonomi temel olarak ikiye ayrılabilir. Pozitif ekonomi ve normatif ekonomi. Pozitif ekonomi ne olduğunu anlamaya çalışırken, normatif ekonomi ne olması gerektiğini inceler. İnsanların daha iyi bir sağlık düzeyinde veya / ve daha uzun yaşamda istemelerine karşın sağlık alanındaki kısıtlılıklar giderek daha belirgin hale gelmektedir. Dünyanın hiçbir ülkesinde hiçbir sağlık politikası istenilen veya ihtiyaç duyulan bütün sağlık hizmetlerini veremez. Bu nedenle maliyet / faydası en iyi olan seçeneğin bulunması ve tercih edilmesi gerekir.

### **İşgücü**

Sağlıkta işgücü, hekim, diş hekimi, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli ve idari personelden oluşur. Sağlıkta verimliliği ölçmek içinse kullanılan veriler poliklinik sayısı, ameliyat sayısı, ziyaret sayısı ve tetkik sayısıdır.

### **Sermaye**

Sağlıkta sermaye, tıbbi cihazlar, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri, diğer sarf malzemelerden oluşur. Bunların verimliliğini ölçmek içinse yatan hasta sayısı, yatak işgal oranı, yatak devir hızı vb. ölçekler kullanılır.

### **Toprak**

Sağlık sektöründe toprak bina amortismanları ve sabit yatırım amortismanları şeklinde değerlendirilebilir.

#### **1.1.1.4.2. Sağlık Ekonomisinin Özellikleri**

Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır. Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfi olup, hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçme yeteneğine sahip değildir. Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Mehmet Tokat, a.g.e., s.2.

Talebi etkileyen faktörler, fiyat, gelir, tüketici zevk ve tercihleri, ileriye yönelik fiyat beklentileri ve diğer mal veya hizmetlerin fiyatlarıdır. Arzı etkileyen faktörler ise fiyat, yatırım, teknoloji ve kapasite kullanım oranıdır.<sup>14</sup>

#### **1.1.1.4.3. Sağlıkta Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri**

##### **1.1.1.4.3.1. Maliyet-Kar Analizi**

Bu yöntem kar amaçlı sağlık hizmetleri için geçerlidir. Yani gerek hizmetlerin birim maliyetlerinin, gerekse hizmetlerin satış fiyatları para ile ifade edilebilmesi durumunda kullanılır.

##### **1.1.1.4.3.2. Maliyet Minimizasyonu Yöntemi**

Maliyet ve gelirlerin parasal olarak ifade edilmediği durumlarda kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntemde yapılan iş, eş fayda sağlayan bir sağlık hizmeti için kullanılan farklı tıbbi tedavi ve tanı yöntemlerinden en ucuz olanının seçilmesidir. Örneğin, bronşit tedavisi için eş etkili farklı yöntemler olsun, bu yöntemlerden hangisi daha ucuzsa o yöntemin seçimi yapılır. Bu şekilde aynı tedavi en ucuz, yani en az veya en etkili kaynak kullanılarak gerçekleştirilmiş olur. Dolayısı ile aynı işi daha pahalıya mal eden yöntemler eklenerek kaynak tasarrufu sağlanmış olur.

Yine aynı şekilde aynı sonucu veren, yani eş etkili 3 ilaçtan en ucuzu seçmekte masraf minimizasyonuna diğer bir örnektir.

##### **1.1.1.4.3.3. Maliyet Etkililik Analizi**

Sağlık hizmetlerin ekonomik değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntem maliyet / etkililik analizi yöntemidir. Bu yöntemde yapılan ekonomik değerlendirmenin esası, sunulan farklı sağlık hizmetlerinde elde edilen çıktılardan daha az maliyetle elde edilenin seçilmesidir. Ancak bu yöntemi maliyet minimizasyonu ile karıştırmamak

---

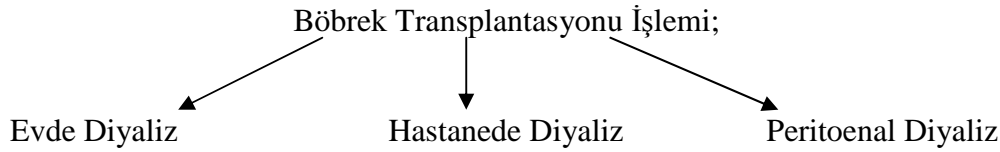
<sup>14</sup> Mehmet Tokat, a.g.e., s.3.

gerekir. Maliyet / etkililik yönteminde elde edilen çıktı, maliyet mimimizasyonunda olduğu gibi eşanlımlı değildir.<sup>15</sup>

Örnek 1: Böbrek transplantasyonu ile kalp cerrahi hizmetlerinin karşılaştırılarak hangisinin daha etkili olduğu araştırılacak olursak ;

Böbrek transplantasyonu (x), kalp cerrahisi (y) ile gösterilsin. Böbrek transplantasyon ile kazanılan yaşam yılı (m), kalp cerrahisi ile kazanılan yaşam yılı (n) olarak gösterilsin. Burada yapılacak değerlendirme her bir faaliyetin kazandırmış olduğu yaşam yılının maliyetlerini hesaplamak ve karşılaştırmaktan ibarettir. Hangisi daha ucuza mal ediliyorsa o faaliyet ekonomik olarak daha etkili kabul edilecektir.

Örnek 2: Sağlık sektöründe en geçerli ve en çok kullanılan maliyet / etkililik analizi yönetimini bir başka örnekle zenginleştirecek olursa;



şeklinde 3 ayrı biçimde yapılacak olursa her bir yöntemle kazanılan yaşam yılının maliyeti farklı olacaktır. Yaşam yılının daha az maliyetle sağlayan yöntem diğerlerine göre daha az maliyetli olacaktır.

Maliyet etkililik analizi için başka bir örnek de hastaneden verilebilir. Örneğin, aynı amaçlı 3 hastanenin herhangi bir servisinde yatan hastalar ortalama hasta günü maliyetleri hesaplanırsa, bunlar arasında benzer hizmeti daha ucuza sağlayan hastane, o servis için maliyet etkili çalışıyor diyebiliriz.

---

<sup>15</sup> Mehmet Tokat, a.g.e., s.4.

Maliyet – etkililik analizi, gerek herhangi bir hastanenin kendi iç faaliyetlerinin etkili çalışıp çalışmadığını ortaya koymak, gerekse birbirine benzer hastaneler ekonomik açıdan karşılaştırmak için çok etkili bir yöntemdir.

#### **1.1.1.4.3.4. Maliyet – Fayda Analizi**

Sağlık hizmetlerin ekonomik etkililiğini gösteren diğer bir yöntem de maliyet / fayda analizidir. Bu yöntemde yapılan değerlendirme maliyet – etkililik yönteminin eksikliğini gideren bir yöntem olması nedeniyle teknik açıdan üstün bir yöntemdir. Çünkü bu yöntemde belli bir maliyetle elde edilen çıktının kalitesi de dikkate alınmaktadır. Kazanılan yaşam yılı veya gününden hastayı en çok memnun eden faaliyetin seçimi yapılacaktır. Yani, sayı değil kaliteyi ön plana alan bir yöntemdir. Ancak, bu yöntemi kullanmak pratikte kolay değildir. Zira, hem kaliteyi hem de maliyetleri sağlıklı şekilde ölçmek gerekecektir ki bu da her zaman kolay olmaz.<sup>16</sup>

#### **1.1.2. Ekonomik Büyüme Kavramı**

Herhangi bir ülkenin maddi refahının ve gelişmişlik seviyesinin ölçülmesinde kullanılan en önemli ve somut kıstas o ülkenin milli geliri ve nüfus başına düşen milli gelirdir.

Milli gelir bir ülkede belli bir yılda üretilen mal ve hizmetlerin ortak bir değer ölçüsü olan para ile ifade edilmiş kıymetlerinin toplamı olarak tanımlanabilir. O halde, belirli bir yılda bir ülkede üretilen mal ve hizmetler tespit etmek ve toplamak suretiyle milli gelir hesaplanmış oluruz.<sup>17</sup>

Milli gelir, başka bir açıdan bakacak olursak, o ülkedeki bireylerin üretim faaliyetlerine katılmaları sonucu elde ettikleri bireysel gelirlerin toplamıdır. Bireysel gelir, üretim faaliyetlerine katılan kişilerin üretime tahsis ettikleri faktörlerin (sermaye, toprak, emek, teşebbüs) karşılığında meydana gelen toplam hasıladan (yani, toplam üretimden) aldıkları payların (faiz, rant, ücret, kar) toplamıdır.

<sup>16</sup> Mehmet Tokat, **a.g.e.**, s.5.

<sup>17</sup> Süreyya Hiç, **Türkiye Ekonomisi**, 2.baskı, İstanbul:Filiz Kitabevi, 1994, s.3.

Görülüyor ki, bir ülkenin gelişmişlik ve maddi refah seviyesinin en somut kıstası milli gelir veya milli gelirin o ülke nüfusuna bölünmesini ifade eden “ nüfus veya kişi başına düşen gelir” dir. Milli gelir bir ülkenin toplam üretim veya gelir seviyesini kişi başına düşen Milli Gelir ise nüfus başına düşen ortalama üretim veya gelir seviyesini ifade eder. Bir ülkenin kişi başına düşen Milli Geliri çok yüksek ise o ülke “gelişmiş ülke” orta seviyede ise “geliri orta seviyeli ülke”, düşük ise “az gelişmiş” veya “gelişen ülke” kategorisinde mütalaa edilir.

Milli gelirinin yüksek olması da tek başına yeterli bir kıstas değildir. Bunun yanında gelir dağılımı ve bu gelir dağılımının ne kadar “adil” olduğu da önemlidir. Şayet bir ülkede fertler arasında gelir dağılımı açısından büyük farklar varsa ve toplam gelirin büyük bir payı az sayıda fertlerin elinde toplanmışsa o ülkede gelir dağılımı adil değildir denilebilir. Böyle bir durumda toplam Milli Gelir ve kişi başına düşen ortalama Milli Gelir yüksek olsa dahi, halkın büyük çoğunluğunun geliri düşük demektir. Bu, sosyal ve siyasal açıdan sağlıksız bir bünyeye işaret eder. Diğer taraftan bir ülkede gelirin fertler arasında “eşit” dağılımı da mümkün değildir. Çünkü fertler, farklı kabiliyette olup, üretime katkıları da farklıdır. Çok çalışan ve üretime önemli katkısı olan bir ferdi, hiç çalışmayan veya az çalışan bir fert ile aynı tuttuğumuzda ve aynı geliri verdiğimizde bu kerede çalışmayı ve üretimi teşvik etmemiş oluruz; toplam üretimin düşmesi ise tüm fertlerin refahını düşürür.<sup>18</sup>

Ekonomik büyümenin var olabilmesi için, yalnızca üretimin artması yeterli değildir. Aynı zamanda bu yükselme hareketin rastlantısal değil sürekli olması gerekir.

F. Perroux’a göre büyüme, “bir boyut göstergesinin-bir ulus için gerçek ölçüde toplam net ürün bir yada birkaç uzun dönem boyunca (her bir dönem onar yıllık birkaç dönemi kapsayarak) sürdürülen artışıdır.),, yaygınlaşmakta olan anlayış aksine, bu kişi başına hasılda gerçek bir artış göstermez.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Süreyya Hiç, **a.g.e.**, s.4.

<sup>19</sup> F. Perroux’dan aktaran Janine Bremond-Alain Geledan, **İktisadi ve Toplumsal Kavramlar Sözlüğü**, 1. Baskı İstanbul: , Remzi Kitapevi, 1984, s.77.

Geniş anlamda büyüme, yapısal değişimleri içerir, sektörel değişimleri ve kendi kendilerini sürdürecekle hale getirecek değişimleri kapsar. Büyüme değişiminde ve değişimler tarafından gerçekleştirilir. Gelişme büyümeyle içine alır ve ona destek olur.

Demek ki büyüme;

1) Belli bazı ekonomik boyutların (GSYİH'nın büyümesi, gelirin artması..... ) yükselen hareketidir. Bu harekete özelliğini veren şey, uzun dönem olgusuna dayalı birer süreçtir.

2) Büyüme, büyük bir çoğunlukla geri dönüş olmayan bir olgudur. Kendi kendini yürütebilme özelliği üretim koşullarını birikimli olarak düzeltilmesi biçiminde ortaya çıkar. Artan yatırımlar, işçilerin niteliklerinin düzeltilmesi yeni makineler sayesinde teknik ilerleme sağlanması, yeni tüketim alışkanlıkları girişimcilerin beklentilerindeki düzelme...

3) Büyüme, yapısal bir dönüşüm hareketidir. Yalnızca üretim ve gelir artışı gibi basit göstergelerle değil, aynı zamanda sektörel değişimlerle saptanır. Örneğin, büyüme çeşitli sektörlerin görece paylarında değişikliğe yol açar. Yeni sanayi dalları ortaya çıkar işçilerin katma değeri artar.<sup>20</sup>

### **1.1.3. Ekonomik Kalkınma Kavramı**

İktisadi kalkınma da görüntüleri ile tanımlanan bir kavramdır. Gerçekten herhangi bir memlekette iktisadi kalkınmanın ortaya çıkışı, kişi başına düşen milli gelirin tersine çevrilmesi mümkün olmayan bir hareket halinde devamlı ve reel olarak artmasıdır. Kişi başına isabet eden Milli Gelir arttıkça ve dengeli bir biçimde kişiler arasında dağıldıkça fertlerin yaşama seviyelerinde bir iyileşme göze çarpar, hayat standardı yükselir, fertlerin tasarrufla bulunabilme imkanları da çoğalır. Bu suretle Milli Gelirin gittikçe artan bir kısmının yatırımlara ayırmak mümkün hale gelir; Milli Gelirin daha büyük bir kısmının yatırımlara ayrılması sermaye birikiminin de artması demektir.

---

<sup>20</sup> Janine Bremond-Alain Geledan, a.g.e., s.77.

Özel sektöre geniş ölçüde yer veren bir ekonomik sistemde tasarrufları yatırımlara kanalize edecekler hususi şahıslar olacağına göre iktisadi kalkınmanın başka bir tezahür şekli de müteşebbis kütleinin büyümesi şeklinde ortaya çıkacaktır. Girişimciler yatırımlarını üretim hacimlerini arttırmak için yapacaklarıdır; üretim artışlarının milli ve milletlerarası piyasalarda sürümü sağlanmadıkça bunlar üretimi arttırmayacaklardır. Onun için milli üretimin artışı ekonomide mübadelenin genişlemesi demektir. Ekonomide mübadelenin genişlemesi ekonominin milli bir bütünlüğe kavuşmasını sağlayacak ve milli ekonomi içinde birbiriyle rekabet halinde bulunan firmalar ürettikleri her malın birim itibarıyla maliyetini düşürmeye çalışacaklardır. İşte bu durum fiyatları “yığın üretim kanunu”ndan yararlanmaya zorlayacak, bunun sonunda da üretim birimlerinin organizasyonları değişecek, boyutları büyüyecek, iktisadi hayattan büyük işletme ve teşebbüsler yalnız insan gücü ile üretimde bulunamayacakları için milli ekonomi içindeki enerji tüketiminde de iktisadi kalkınma ile birlikte bir artış meydana gelecek, köylerdeki çiftçiler sanayileşmeye uygun olarak şehirlere akın edecek, şehirleşme ve iş gücü pazarlarının teşekkülü, iktisadi kalkınmayı simgeleyen özellikler olarak ortaya çıkacaktır.<sup>21</sup>

### **1.1.3.1. Kırsal Kalkınma**

Kırsal kalkınma ; "kırsal alanda yaşayan ve geçimini tarım sektöründen veya benzer kırsal mesleklerden sağlayan birey ve toplulukların, insanca yaşam koşullarına kavuşturulması için onlarda önce bu yönde bir gereksinme duygusu yaratmak, sonrada bu duygu yönünde çaba harcamaları için onlara maddi ve manevi açıdan tüm yardımların yapılması ile demokratik yoldan bu toplulukların ekonomik, toplumsal, kültürel kalkınmalarını sağlama uğraşısıdır".<sup>22</sup>

#### **1.1.3.1.1. Türkiye’de Kırsal Kalkınma Çalışmalarının Önemi**

Çünkü ; Türkiye’de nüfusun yaklaşık %35’i halen kırsal alanda yaşamaktadır. Bu nüfusun, kişi başına ortalama yıllık geliri kentte yaşayan bir bireyin ancak % 40’kardadır. Ve, kırsal alanda; altyapı, tarımsal işletmelerin küçüklüğü ve dağılıklığı, eğitim-sağlık,

<sup>21</sup> Türkiye Kalkınma Vakfı, “Türkiye’de Ekonomik Kalkınma”, [www.tkv-dft.org.tr](http://www.tkv-dft.org.tr) , Erişim 10.01.2010, s.1.

<sup>22</sup> Türkiye Kalkınma Vakfı, **a.g.m.**

örgütlenme, kadın-çocuk, genç nüfusa yeni iş alanlarının açılmaması, sosyal olanakların yetersizliği vb. sorunlar çözüm beklediği için kırsal alanda kalkınma önemlidir.

#### **1.1.3.1.2. Kırsal Kalkınma Politikalarının Başlıca Özellikleri**

- Kırsal kalkınma politikaları maliyeti kamuya ait birer sosyal politika zinciridir.
- Eşitlik ve adalet tanımlarına bağlı olarak, kırsal alanda ulusal normlarla makul düzeyde bir yaşam standardının sağlanmasıdır.
- Ülkelerin çoğunda kırsal kalkınma politikalarından genel olarak merkezi hükümetler sorumludur.
- Kırsal kalkınma politika ve programları; merkezi hükümet, mahalli idareler, üretici/çiftçi kuruluşları, özel sektör kuruluşları ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ile yürütülmektedir.

### **1.2. SAĞLIK HARCAMALARI İLE BÜYÜME VE KALKINMA İLİŞKİSİ**

#### **1.2.1. Sağlık Harcamalarını Belirleyen Etmenler**

Son yıllarda sağlıkta dönüşüm politikaları ile beraber hastaların sağlık sistemine erişimi kolaylaştırılmış ve geliştirilmiş, fakat sağlık harcamalarında da hızlı bir artış da görülmüştür. Sağlık harcamalarındaki artış, tüm dünya ülkelerinin karşı karşıya kaldığı bir realitedir. Yaşlanan nüfus, pahalı ve hızlı gelişen teknoloji, gelişen bilgi kaynakları ile hastaların ve hizmeti sunanların en son teknolojiden yararlanma isteği ve yaşam süresinin uzaması ile artan kronik hastalıklar, sağlık harcamalarının bazı ülkelerde gayri safi yurtiçi hâsılanın artış hızından daha hızlı artmasına neden olmuştur. Vurgulanması gereken ikinci önemli konu ise, sağlık harcamalarındaki artışın her zaman olumsuz olarak yorumlanmaması gereğidir. Eğer bir ülkede karşılanmayan sağlık ihtiyaçları varsa ve bu ihtiyaçların karşılanmaya başlaması nedeniyle sağlık harcamaları artıyorsa, bu artış pozitif olarak değerlendirilmelidir. Yeşil Kartlı kişilerin sağlık harcamalarındaki artış, buna örnek gösterilebilir. Yeşil Kart kapsamının, ayakta tedavi gören hastaların reçetelerini de kapsayacak şekilde genişletilmesi, daha önce yoksul oldukları ve maddi imkânları olmadığı için sağlık hizmetleri alamayanların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ile

sonuçlanmıştır. Toplumun önemli bir bölümünün ve yoksul olmaları nedeniyle sağlık statüsü açısından en kötü durumda olan grubun, sağlık ihtiyacının karşılanması sağlanmıştır. Bu gerekçeyle artan sağlık harcamalarının olumsuz olarak değerlendirilmesi doğru olmayacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yapılan değişiklikler nedeniyle, gereksiz hizmet alınması/verilmesi ve sistemin açıkları nedeniyle olabilecek suiistimler için önlem alınması gerekmektedir.<sup>23</sup>

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, ulusal gelirden (GSMH) ne kadar para ayrılacağını başka bir söylemle sağlık alanına ne kadar para harcanacağını belirleyen çeşitli etmenler vardır. Bunlar iki grup altında toplanabilir.

### **-Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Etmenler**

- 1.Toplumun gelişmişlik ve gelir düzeyi
- 2.Toplumun sağlık kültürü

### **-Sağlık Politikasına İlişkin Etmenler**

1. Sağlık hizmeti sunma biçimi(örgüt yapısı)
2. Sağlık hizmetleri için para toplama biçimi (finansman)
3. Toplanan parayı harcama biçimi

#### **1.2.1.1. Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Etmenler**

Ülkelerin gelişmişlik, gelir ve kültürel durumunu o ülkenin yönetimine egemen olan ve yıllarca süren politikaların belirlediği bilinmektedir. Bu nedenle de, ülkelerin sağlık harcamalarına etki eden gelişmişlik, gelir ve kültürel yapı gibi, sosyo-kültürel yapıya bağlı etmenleri de aslında ülkeye egemen olan politikalar belirler. Bu saptama saklı kalmak koşulu ile, toplumun sosyo-kültürel yapısı, sağlık harcamalarını o toplumda uygulanan sağlık politikalarının (kısaca kamucu sağlık politikası, piyasacı sağlık politikası olarak adlandırılabilir) dışında etkileyebilmektedir.

---

<sup>23</sup> Mehtap Tatar, “Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt : 11, Sayı:72 , Mart-Nisan 1996, s.10.

### 1.2.1.1.1. Toplumun Gelişmişlik Ve Gelir Düzeyi

İşsizlik ve yoksulluğun yaygın olduğu, gelir düzeyi düşük toplumlarda, her türden hastalık çok daha sık görülür. Çünkü böyle toplumlarda toplumun beslenme düzeyi yetersiz bundan ötürü de kişilerin direnç düzeyi de düşük olur. Buna bir de çevre koşullarının sağlıksızlığı ve bilgisizlik/bilinçsizlik eklenince, başta bulaşıcı hastalılar olmak üzere, tüm hastalıklar için bir kısır döngü ortamı oluşur ve tüm hastalıkların sıklığı gelir düzeyi yüksek çevre koşulları iyi ülkelere göre kat kat fazla olur. Hastalananların çok olması, bunların tedavisi için harcanacak paranın da fazla olması sonucunu doğurur. Aynı şekilde, bu tür toplumlarda, yaygın olan hastalıkların kontrolü için, gelir düzeyi yüksek ve çevre koşulları sağlıklı toplumlara göre daha büyük bir çaba ve masrafa gerek vardır. Özetle gerek tedavi masraflarının yüksekliği ve gerekse hastalıkların kontrol altına alınması için daha fazla harcama gerekmesi nedeniyle gelir düzeyi düşük (geri kalmış) toplumlarda temel sağlık bakımı harcamaları daha yüksektir.<sup>24</sup>

Gelir düzeyi düşük, çevresi sağlıksız ülkelerde, başta ev ve iş kazaları, trafik kazaları olmak üzere her türden kazalar, bunların sonucu olan sakatlık ve ölümler gelişmiş ülkelere göre çok daha fazladır. Bu nedenle de, bu ülkelerde bu tür sağlık olgu ve olaylarıyla karşılaşan kişilerin gereksinimi olan sağlık bakımı için çok daha fazla para harcanır.

Gelir ve gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde, ortalama ömür daha uzun dolayısı ile de nüfusun 65 yaş üstü grubu daha kalabalıktır. 65'ten daha yaşlı grupların ise sağlık sorunları dolayısı ile de sağlık bakım harcamaları daha yüksektir. Bireylerin yaşam standartları arttıkça daha kaliteli bir hizmet beklentisi oluşur. Bunu da gerek kamu gerekse özel sektörden faydalanarak sağlamaya çalışırlar.

Birkaç örnek ile açıklanmaya çalışılan bu farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda sağlık harcamaları açısından gelir düzeyi yüksek ve düşük olan toplumların sağlık finansman gereksinimleri arasında çok büyük farklılıklar beklenmez.

---

<sup>24</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**, s.2.

### **1.2.1.1.2. Toplum Kültürü**

Eğitimli, sağlık bilinci gelişmiş, dolayısı ile çevre temizliğine ve beslenmesine dikkat eden, yalnızca tedavi hizmetleri değil koruyucu hizmetleri de talep eden ve kullanan (kısaca olumlu kültür denilebilir) topluluklar daha az hastalanır, dolayısı ile de daha az sağlık bakım harcaması yaparlar. Bu tür toplumlarda ev, iş ve trafik kazalarının sayısı ve sonuçlarına da daha az rastlanır. Bundan ötürü de bu tür toplumlarda yönetimlerce uygulanan sağlık politikalarından bağımsız olarak daha az sağlık harcaması beklenir. Bunun tam tersine, bilinçsiz, sağlığına, temizliğine ve beslenmesine dikkat etmeyen, koruyucu hizmet talep etmeyen ve kullanmayan (kısaca olumsuz kültür denilebilir) toplumlarda sağlık harcaması daha yüksektir. Örneğin, sağlık açısından olumsuz kültüre sahip, aşılarını düzenli yaptırmayan ve sigara içmenin yaygın olduğu toplumlarda, uygulanan / seçilen sağlık politikasından ( kamucu ya da piyasacı) bağımsız olarak sağlık harcaması daha yüksektir.<sup>25</sup>

Toplumların eğitim düzeyi yükseldikçe, tedavi edici sağlık hizmetleri anlayış ve beklentileri de çok değişir. Eğitim düzeyi yüksek toplumlar bir yandan daha çok sağlık hizmeti tüketirken öte yandan da sağlık hizmetlerindeki kaliteye ve kullanılan teknolojiye daha çok dikkat ederler. Bu durum yönetimce uygulanan sağlık politikasından bağımsız olarak sağlık harcamalarının düzeyini arttırır.

Sosyal değer yargılarının değişmesi sonucu olarak sağlık harcamaları artabilir. Örneğin, basit sağlık problemlerinin nedenleri araştırılırken, söz konusu olan insan sağlığı olduğundan en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilir. Ayrıca, yaşam şekillerinin değişmesi de (alkol, uyuşturucu kullanımı) sağlık harcamalarını artıran bir diğer faktördür.

### **1.2.1.2. Sağlık Politikasına İlişkin Etmenler**

Çok kabaca tüm ülkelerde birbirine eşit olduğu varsayılabilir, temel sağlık harcamaları bir yana bırakılır ise; sağlık harcamaları açısından ülkeler ya da toplumların

---

<sup>25</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**, s.3.

birbirinden farkını o ülkede uygulanan sağlık politikası belirler. Bu etkileşim çok genelde toplumun sosyo-kültürel yapısından da bağımsızdır.

Yönetimlerce uygulanan sağlık politikası genelde sağlık sektörünün tüm yapılarına müdahale eder ve onları belirler. Ancak konumuz ya da sağlık harcamalarını belirlemek açısından, ilk olarak sağlık hizmeti sunma biçimine(örgüt yapısı); ikinci olarak sağlık hizmetleri için para toplama biçimine (finansman); üçüncü olarak da toplanan parayı harcama biçimine müdahale eder ve bunların şeklini belirler. Kamucu ya da piyasacı politika uygulayan ülkeler arasındaki sağlık harcaması farkları da esasen yönetimin bu müdahalelerinden / yapılandırmalarından kaynaklanır.<sup>26</sup>

#### **1.2.1.2.1. Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi**

Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde, hizmetler genellikle kamu kurum ve birimleri aracılığı ile yürütülür. Bu yolla hizmet sunumunda, kurum ve birimlerin çalışması genellikle kamu ve hasta yararı üzerine oturur. Başka bir söylemle kar eksensiz bir hizmet söz konusu değildir. Bu nedenle de genelde sağlık sektörü, özelde ise kurumda sürümü / tüketimi arttırıcı uygulamalar kuruma da, çalışanlara da herhangi bir çıkar sağlamaz. Kurumlar, birimler ve çalışanlar arasında hasta (müşteri) çekme gibi bir rekabet ve endişe söz konusu değildir. Hastalara karşı davranışta tamamen tıbbi gereksinimler belirleyici olur. Kurum ve birimlerin yapılanmasında ise tamamen gereksinimler ve akılcılık ön plandadır. Tüm bu nedenlerle, uygulamalarda akılcılık ve gereksinim belirleyici olur. Bu tür ülkelerde sağlık sektörünün merkezi bir planlaması yapılabilir. Böylece tüm kaynakların (para, araç gereç ve malzeme) bölgelere ve kurumlara dağıtım gereksinimlere dayandırılır. Gereksiz harcamalar önlenir ve gerçek gereksinimlere dayalı bir harcama düzeyi tutturulabilir. Bu durum gerek sabit harcamalarda ve gerekse cari harcamalarda akılcı davranmayı hakim kılar ve kaynaklar en ekonomik bir biçimde kullanılarak büyük bir tasarruf sağlanır.<sup>27</sup>

Piyasacı sağlık politikasını uygulayan ülkelerde hizmetler özel kurum ve birimler aracılığı ile yürütülmektedir. Özel birimlerin çalışması ise kar ve rekabet esasına dayanır.

---

<sup>26</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**

<sup>27</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**

Özel birim ve kurumlar karın olduğu yerlerde kurulur, büyür ve serpilir. Buna karşılık kar elde edilmeyen yerlerde, mahrumiyet bölgelerinde özel kurum ve birimler kurulmaz, kurulmuş olanlar da uzun yaşayamaz. Bunun doğal bir sonucu olarak hem kaynakların ülke bölge düzeyinde merkezi bir planlaması yapılamaz, sonuçta bölgeler arasında eşitsizlikler ortaya çıkar.

Böyle ortamlarda, gerek kurumların işletilmesinde gerekse kurumlar ve birimler arasındaki ilişkide tamamen hasta (müşteri) çekme, rekabet ve endişe ve çabası ön plana çıkar. Gerek kurumların kaynak kullanımında ve yapılanmasında, gerekse hasta ile olan ilişkilerinde tamamen rekabet belirleyici olur. Bundan ötürü de, gerek kurumların yapılanmasında ve gerekse hasta (müşteri) ilişkilerinde akılcılığın yerini rekabet, kurnazlık alır. Sonuçta gerek sabit harcamalarda ve gerekse cari harcamalarda büyük bir tüketim ortaya çıkar ve harcamaların hacmi alabildiğince büyür.<sup>28</sup>

#### **1.2.1.2.2. Sağlık Hizmetleri İçin Para Toplama Biçimi (Finansman)**

Sağlık hizmetlerinde harcamak üzere, toplumdan para; genel vergi, kamu sigortacılığı (kısaca kamu kaynakları olarak adlandırılır), özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme (kısaca özel kaynaklar olarak adlandırılır) olmak üzere başlıca dört yolla toplanır. Kamucu sağlık politikasını benimseyen ülkelerde, sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle genel vergi ya da kamu sigortaları aracılığı ile yapılır. Buna karşılık piyasacı sağlık politikasını benimseyen ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sigortacılık veya hizmet başı ödeme yolu benimsenir.

Hizmetlerin genel vergi ile finanse edildiği ülkelerde, para kamunun bir kurumundan bir diğer kurumuna aktarıldığı için, para toplama bağlamında ikinci bir örgüte ( sigorta kurum ya da kuruluşları) gereksinim olmadığından sağlık için toplanan paranın bir kısmı para toplama kurumuna harcanmaz. Böylece daha işin başında sağlık harcamalarındaki doğrudan sağlıkla ilgili olmayan bir büyüme önlenmiş olur. Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanında, özellikle özel sigortacılık ve cepten ödemeye göre paranın daha akılcı ve gerçek gereksinimlere dayalı olarak harcanması söz konusu

---

<sup>28</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**, s.4.

olduğundan, gerek sabit harcamalarda ve gerekse cari harcamalarda tasarrufa dayalı bir yapı ortaya çıkar.

Hizmetlerin özel kaynaklardan karşılanması, yalnızca sağlık hizmetlerinde harcanan paranın hacmini kabartmakla kalmaz, sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından toplum kesimleri arasında büyük eşitsizliklerin ve etik sorunların ortaya çıkmasına da ortam hazırlar.<sup>29</sup>

### **1.2.1.2.3. Toplanan Parayı Harcama Biçimi**

Koruyucu sağlık hizmetleri kolay, ucuz ve etkili hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlere öncelik ve ağırlık verilmesi halinde, birçok yaygın hastalık kolayca önlenir ve toplumun sağlık düzeyi yükselir. Bu durum toplumdaki sağlık bakımı gereksinimini çok azaltır. Dolayısı ile de sağlık harcamaları açısından tasarruflu bir ortam ortaya çıkar.

Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde, koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilerek bir yandan toplumun sağlık düzeyi yükseltilirken öte yandan da kaynakların en tasarruflu kullanılması gerçekleştirilmiş olur.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde, koruyucu sağlık hizmetleri pek sevilmez. Çünkü koruyucu sağlık hizmetleri bir yandan tüketimi / sürümünü en aza indirirken öte yandan da kar payı çok düşük olan ve özel şirketlerin heveslenmediği hizmetlerdir. Bu nedenle de piyasacı sağlık politikası uygulayan birçok ülkede, koruyucu hizmetler kamuya bırakılır. Bundan daha da kötüsü koruyucu hizmetlerin ihmal edildiği bir ortam yaratılır. Böylece özel kurum ve kuruluşların yeterince müşteri bulabileceği ve yeterince sürüm yapabileceği bir ortam oluşturulmuş olur.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde, sağlık sektörü karın devamlılığını sağlamak ve miktarını yükseltmek için, sürekli yapay hastalık ve harcama alanları yaratır. Piyasacı anlayışın, tüketimi artırma uygulamasının bir ürünü olan “hastalık uydurma” işi

---

<sup>29</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**

son zamanlarda çok yaygınlaşmış ve adeta küresel bir insanlık sorunu haline gelmiştir. Piyasacı ülkelerde insanların yaşam biçimi “ilaç tüketmek”, hekimlerin yaşam biçimi ise “ilaç endüstrisi ile ilişki” haline dönüşmüştür.<sup>30</sup>

### 1.2.2. Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme İlişkisi

Kişilerin sahip olduğu bilgi, beceri ve tecrübenin üretime yansması olarak kabul edilen beşeri sermayenin iktisadi kalkınmadaki rolü tarihsel süreç içinde sürekli olarak artış göstermiş ve günümüzde de toplumların refah düzeylerinin artışıdaki önemi inkar edilemez bir gerçek olmuştur.

Beşeri sermayenin asıl kaynağını eğitim oluşturmakla birlikte, toplumun sağlık düzeyi de beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan diğer bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişki vardır. Ekonomik olarak gelişmiş bir toplumda sağlık için ayrılan kaynaklar artığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi artırmaktadır. Örneğin: Sağlıklı bireylerin daha iyi eğitilebilecek olmaları ve eğitildikleri takdirde yatırımlarından daha uzun süre yararlanma imkanının olması, eğitim yanında sağlığa da önem vermenin zorunluluğunu da ortaya çıkarır. Ayrıca çoğu iktisatçı toplumun sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğe dolayısıyla ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olacağını kabul etmekte ve konu ile ilgili olarak yapılan ampirik çalışmalarda, sağlığın genel olarak ekonomik büyümeyi pozitif etkilediği görülmektedir.<sup>31</sup>

Toplumda görülen hastalıkların sıklığının ve sürekliliğinin çalışan kişilerin üretkenliklerini büyük ölçüde zayıflattığı, ayrıca yetersiz beslenmenin de, bir çok hastalığa yol açarak kişilerin zayıf düşmesine neden olduğu bilinen gerçeklerdir. Zayıflayarak güçsüz kalan kişilerin hem fiziksel hem de zihinsel olarak işe yeterince

---

<sup>30</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**

<sup>31</sup> Sami Taban, “Türkiye’ Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. , <http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler>, Erişim :31.03.2010, ss.3-4.

adapte olamadıkları halsiz, uyuşuk, kayıtsız ve dikkatsiz oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca hastalık ve iş göremezlik saat başına ücretlerde önemli bir azalmaya neden olmaktadır. Dolayısıyla bütün bu olumsuzluklar emeğin verimliliğini düşürerek ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyecektir.<sup>32</sup>

Bebek ve çocuk ölüm oranları ile ortalama ömrün emek arzı üzerinde önemli etkileri vardır. Bebek ve çocuk ölüm oranlarının nispeten düşük olduğu ve ortalama ömrün yüksek olduğu toplumlarda insanların genel sağlık durumlarının diğerlerine kıyasla daha iyi olduğu rahatlıkla söylenebilir. Sağlık açısından durumu iyi olan bir toplumun, beşeri sermaye kalitesi de iyi olacak ve bu durum verimliliği artırarak ekonomik büyümeyi olumlu etkileyebilecektir.<sup>33</sup>

Sağlık sistemine ilişkin önemli göstergelerden biri sayılan sağlık harcamalarının ise ekonomik büyüme üzerine etkisi, çok yönlü ve uzun dönemli olmaktadır. Beşeri sermaye yaklaşımı kapsamında, sağlık hizmetleri bir beşeri sermaye yatırımı olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri insanın çalışma yeteneğini koruyup geliştirir, böylece verimlilik artar, bu nedenle insana yatırım olarak değerlendirilir. Örneğin: Mushkin e göre sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynaklar(emek ve mallar) sağlık yatırımlarının bir kısmını oluşturur. Bu amaçla yapılan harcamalar, çalışma gücünü koruyarak ve ileri yıllarda ortaya çıkacak hastalıkları azaltarak gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf edilmesini sağlar.Bu şekilde gelişen insan sermayesi stoku insan sermayesinin önemli bir bölümünü oluşturur. Dolayısıyla sağlık sermayesinin stokunu artıracak sağlık hizmetleri ve yatırımları, beşeri sermayenin artmasını sağlayarak, ülke gelişiminde çok önemli bir fonksiyonu üstlenmektedir.<sup>34</sup> Ayrıca artan sağlık harcamaları, bireylerin yaşam süresi ve beklentilerini de artırır. Uzun yaşam beklentisi ise ekonomik büyümeyi pozitif etkiler.

Ekonomik büyümeye bağlı olarak, bireylerin kişisel geliri arttıkça sağlık hizmetlerine yönelik talepleri artmakta, yaşlı nüfustaki artış sosyal güvenceye yönelik talepleri arttırmakta ve gruplar arasında belirginleşen gelir dağılımındaki adaletsizlik nedeniyle kamu otoritesi, gelirlerin yeniden dağılımı görevini üstlenmektedir. Bu faktörler

---

<sup>32</sup> Mehmet Karagül, “Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No:37, 2000, s.72.

<sup>33</sup> M.Karagül, **a.g.e.**

<sup>34</sup> İsmail Mazgıt, “Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi”, 1. Ulusal Bilgi, Ekonomi, Yönetim Kongresi, Kocaeli, 2002, ss.405-415.

transfer harcamalarının artmasına ve dolayısıyla toplam devlet harcamalarının artmasına neden olur.<sup>35</sup>

### **1.2.2.1. Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile Temel Sağlık Göstergelerinin İlişkisi**

Kişi başına düşen gelirin yükselmesi ve GSYİH'daki artışlar çoğu zaman ekonomik anlamda büyümeyi ifade eder. Fakat gerçek anlamda büyümeden bahsedebilmek için bu göstergelerin yanında ekonomi ile ilgili olan birçok sosyal göstergenin beraberce incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Bunlar, beslenme, istihdam, eğitim düzeyi ve tüm dünyada gittikçe önem kazanan sağlık durumu gibi insan hakları ile ilgili göstergelerdir. Günümüze ekonomik kalkınma gerçekleşirken insani faktörlerle ekonomik faktörler arasındaki ilişkinin boyutları önem kazanmakta, boyutların belirlenmesine yönelik çalışmalar her geçen gün artmaktadır. İnsani göstergeler içerisinde sağlık göstergeleri, ekonomik kalkınmayla daha yakın ilişki içerisinde olması nedeniyle diğer göstergelerden bir adım önde olup bu konuda yapılan çalışmalar diğerlerinden fazladır.<sup>36</sup>

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin araştırıldığı birçok çalışmada farklı değişkenler kullanılmaktadır. Toplumun sağlık düzeyi ortaya konurken dünya genelinde kabul görmüş, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranları, çocuk ölüm oranları ile kaba ölüm oranları göstergeleri kullanılırken, toplumun ekonomik durumunu ortaya koymak için ülkenin milli geliri ve tüketim harcamaları kullanılır. Yapılan araştırmalarda göstermiştir ki, gelir ve tüketim harcamaları tek başına bir ülkenin ekonomik durumunu ortaya konmak için yeterli bir ölçüt değildir. Bu nedenle ortaya çıkan farklı gösterge arayışları sonucunda genel sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler birlikte değerlendirilmeye başlamıştır.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> İbrahim Arısoy, "Türkiyede Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi", [http:// tek.org.tr\dosyalar](http://tek.org.tr/dosyalar), Erişim:28.03.2010, s.3.

<sup>36</sup> Philips, David R. and Yola Verhasselt, **Introduction: Health and Development**, London end Newyork, 1994.

<sup>37</sup> Fikret Şenses , **Küreselleşmenin Öteki Yüzü Yoksulluk**, 3. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2003, s.25.

Bir ülkenin ekonomik performansını ve aynı zamanda gelişmişlik düzeyini ortaya koymak için yapılan çalışmalar esnasında sağlık ile ekonomik büyüme arasında ilişkilendirme yapılırken, KBGSYİH ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki gelişmenin bütün aşamalarında ele alınmıştır. Bu çalışmaların sonucunda doğumda yaşam beklentisi ile KBGSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenirken, bebek ölüm hızı çocuk ölüm hızı ve kaba ölüm oranı arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur.<sup>38</sup>

Toplumların sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğin ve milli gelirin artmasına dolayısı ile ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olup olmayacağına dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık göstergeleri olarak daha çok bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi ile sağlık harcamalarının kullanıldığı çalışmalarda, genel olarak sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik anlamda büyümeyi pozitif yönde etkilediğine ilişkin ampirik bulgulara erişilmiştir.

2008 öncesindeki 10 yıllık dönem için hesaplanan bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 26 olarak bulunmuştur. Bu rakam 1998 öncesindeki 10 yıl için 1000 canlı doğumda 48, 2003 öncesi 10 yıl için 1000 canlı doğumda 36 dır. Bebek ölüm hızı kırsal yerleşim yerlerinde kentsel yerleşim yerlerine göre % 33 daha fazladır.

Ölüm hızları bölgelere göre de farklılıklar göstermektedir. Tüm ölüm hızları Doğu Anadolu Bölgesinde en yüksek düzeydedir. Annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Çocuğun ölme riskinin hanenin ekonomik durumu ile ilişkili olduğu görülmektedir. Refah düzeyi en yüksek olan hanelerde yaşayan çocukların 5 yaş altı ölüm hızı, refah düzeyi en düşük olan hanelerde yaşayan çocukların ölüm hızının üçte biri düzeyindedir.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Abdülkadir Işık, “ Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1998, s.20.

<sup>39</sup> **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2009, s.136.

### 1.2.2.2. Gelir ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi

Doğumda yaşam beklentisi ülkedeki sağlık hizmetlerinin niteliği ve adaletli dağılımı hakkında önemli ipuçları vermekle beraber ülkelerin sağlık, kalkınma ve sosyal göstergeleri içinde önemli göstergelerden biridir . Bu gösterge, gelir ve eğitim ile birlikte kişisel kalkınmanın üç önemli ayağından birini oluşturmaktadır. Bir ülkedeki yaşam beklentisi sağlıklı ve uzun yaşayan insan sayısı hakkında fikir verir.

Doğumda yaşam beklentisi tıpkı kişi başı GSYİH ya da kişi başı sağlık harcaması gibi ortalama bir ölçüm olup toplumun tümü için ortalama bir değer vermektedir. Uzun bir yaşam, sağlıklı olmak anlamına gelmemektedir. Ancak yapılan çalışmalarda uzun bir doğumda yaşam beklentisine sahip ülkelerin diğer sağlık göstergeleri açısından da daha iyi göstergelere sahip olduğu gözlenmektedir. Doğumda yaşam beklentisi hesaplamaları, günümüzde birçok ülke için önemli bir gösterge ve ülkelerin sağlık üretim fonksiyonunun bir çıktısı olarak kabul edilmektedir Aynı zamanda bu gösterge, ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinde emeklilik yaşının genel olarak hesaplanmasında kullanılan temel ölçütlerden de bir tanesini oluşturmaktadır .<sup>40</sup>

OECD ülkelerinde ortalama yaşam beklentisi 79 yıl iken, Türkiye’de yaşam beklentisi 71,8 yıldır.<sup>41</sup>

### 1.2.2.3. Gelir ve Bebek-Çocuk Ölüm Oranı İlişkisi

Dünya genelinde makro açıdan ülkelerin sağlık durumları ortaya konurken kullanılan en önemli göstergelerden biri de bebek ölüm oranlarıdır . Aynı zamanda bebek ölüm hızı göstergesi insani gelişimin bir göstergesi olarak da kullanılmaktadır. UNICEF, UNDP, OECD ve WHO gibi uluslararası örgütlerde yapmış olduğu araştırmalarda bebek ölüm oranları göstergesini diğer göstergelerle beraber sıklıkla kullanılmış ve raporlarında yer vermiştir.<sup>42</sup>

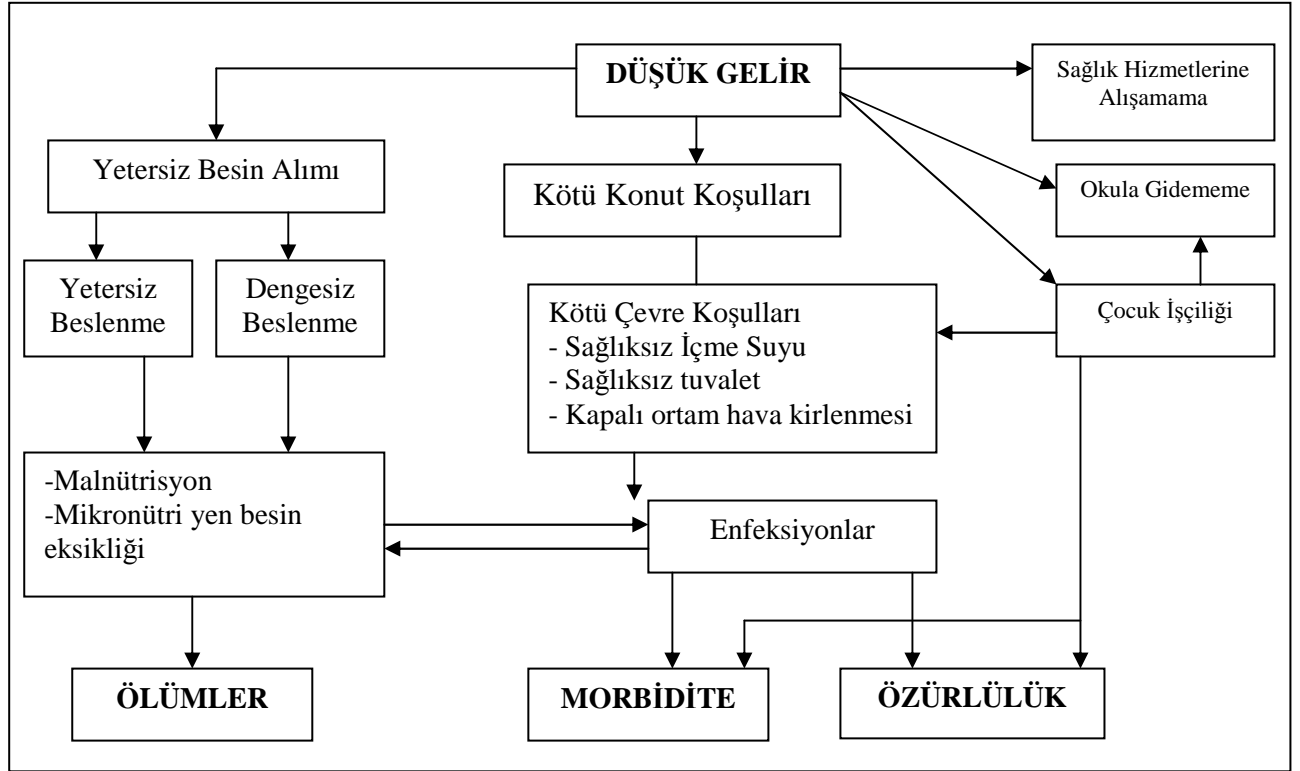
<sup>40</sup> William Nordhaus D. 2005, “Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards”, American Journal of Economics and sociology, January, Vol:64, No:1, ss.367-392.

<sup>41</sup> OECD, 2009 verileri, [www.oecd.org](http://www.oecd.org), Erişim: 20.02.2010, s.1.

<sup>42</sup> The Task Force Report, 2005; **Reducing Infant Mortality in Delaware, The Task Force Report**, May 2005, <http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/files/infantmortalityreport.pdf>, Erişim: 20.12.2009, s.56.

Şekil 1’ de görüldüğü gibi gelir seviyesinin bebek ölümleri üzerindeki etkisi annenin yetersiz beslenmesi, bebeğin yetersiz beslenmesi, hijyen şartlarının yetersizliği ve bunlara bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarının yaygınlığı, sosyal şartların yetersizliği ve fiziksel ortamın durumu ile kendini göstermektedir.

**Şekil 1:** Düşük Gelir ile Ölüm, Morbidite ve Özürlülük İlişkisi



**Kaynak:** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verileri kullanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

Dünya genelinde bebek ölümlerine sebebiyet veren birçok neden bulunmaktadır. Sosyal faktörlerin yanı sıra annenin yaşı, beslenme, genetik durum, düşük doğum ağırlığı, iki doğum arasındaki sürenin yetersiz olması, annenin sigara, alkol uyuşturucu madde kullanımı ve kürtaç gibi sağlık nedenleri de bebek ölüm oranlarını etkilemektedir. Yapılan araştırmalar anne eğitiminin artması ile bebek ölüm oranları arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır. Annenin hamilelik süresince beslenmesi ile annenin eğitimi bu faktörlerin en ön sıralarında yer almaktadırlar. Bu faktörler dışında, bebek ölüm oranlarını etkileyen çeşitli faktörlerde bulunmakta ve yapılan ampirik çalışmalar bu ilişkiyi desteklemektedir. Kalkınma seviyesi yüksek olan ülkelerin

tamamında bebek ölüm oranları diğer ülkelerin ve dünya ortalamasının oldukça altındadır.<sup>43</sup>

Çocukların gelişme döneminde, hatta dünyaya gelmeden anne karnında besleyici maddeleri yeterli derecede alması hayat boyunca sağlığını ve verimliliğini etkilemektedir. İleriki yaşlarda verimlilik için gerekli olan sağlıklı beslenme koşulları ancak hane halklarının ekonomik durumlarının güçlü olmasıyla sağlanabilmektedir. Demir ve protein gibi besin maddeleri, hayvansal ürünlerde yoğun olarak bulunmaktadır. Bu besinler ise nispeten pahalı olup, fakir ailelerin bütçeleri ile elde edilememektedir. Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan bu maddelerin vücutta yeteri kadar bulunamaması durumunda enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlanmaktadır. Gelişimlerini büyük ölçüde tamamlamış olan ülkelerde yapılan bir çok çalışma da yetersiz beslenmenin verimliliği düşürdüğü ve uzun dönemde üretim kaybına neden olduğu saptanmıştır.<sup>44</sup>

### **1.2.3. Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Kalkınma İlişkisi**

Sağlığı ister ‘‘fiziksel, zihinsel, sosyal yönden tam bir iyilik hali’’, isterse ‘soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretebilmesi, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesi’ olarak tanımlayalım, bu durumun sağlanabilmesi ve devamlılığı için öncelikle organizma olarak vücudun yapı taşları, enerji vb. gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Bu gereksinimleri karşılayabilmenin yolu, insanın uygun nitelikteki havayı soluyabilmesi, yeterli, ve dengeli beslenebilmesi, temiz ve yeterli içme suyu ve kullanma suyuna ulaşabilmesinden geçmektedir. Soğuktan ve sıcaktan korunabilmesi için bir eve, evin de bilinen asgari koşullara sahip olması gerekir. İçinde yaşadığı çevrede sağlığı bozucu etkenlerin olmaması, içinde yaşadığı toplumun sosyokültürel faaliyetlerinde yer alabilmesi, ulaşım, eğitim spor vb. alanlardan yararlanabiliyor olması gerekir. Kısaca insanın sağlıklı olabilmesi ve sağlığının bozulmaması içinde yaşadığı toplumsal yaşamın

---

<sup>43</sup> Hope Corman ve Michael Grossman, ‘‘Determinants of Neonatal Mortality Rates The U.S’’, **Journal of Economics**, 1985, ss.213-236.

<sup>44</sup> Alok Bhargava, ‘‘Nutrition, Health and Economic Development: Some Policy Priorities’’, **Food and Nutrition Bulletin**, 2001, s.22.

belirleyiciliğine bağlıdır.Söz konusu saptamalar, sağlıklı olmanın kişisel bir durum olmayıp, toplumsal yaşantının bir ürünü olduğunun verileridir.<sup>45</sup>

Toplumsal yaşantının belirleyicilerine bakalım. Bu da, içinde yaşanmakta olan ‘toplum biçimi’ ile açıklanabilir. Alt yapı kurumu olarak iktisadi yapıdan söz ederken, öncelikle bunun belirleyiciliğinde gelişen üst yapı kurumları olarak eğitim, sağlık, hukuk, siyaset, kültür vb. yapılardan söz edebiliriz. İktisadi alt yapı ile üst yapı kurumları tek yönlü değil, karşılıklı bir dinamizm ve çift yönlü ilişki içindedir. Sağlık da bir üst yapı kurumu olduğu için, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve diğer özellikleri mevcut üretim biçimine göre belirlenmekte, onun gereksinimine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla her üretim biçiminin gereksinimini karşılayacak kendisine özgü bir sağlık sisteminden bahsedebiliriz. Bu durum, alt yapı tarafından belirlenen bir üst yapı ilişkisini göstermektedir. İlişkinin diğer bir yönü de, üst yapı kurumlarının alt yapıyı etkilemesi ile ilgilidir. Bu bulgular ışığında sağlık durumunun, insan yaşamının bütün alanları tarafından belirlenen bir sonuç olduğunu saptamak yanlış olmaz. Özetlersek, emek sürecine doğrudan ve/veya dolaylı olarak etki eden bütün alanlar kişinin ve toplumun sağlığının temel belirleyicisidir.<sup>46</sup>

Eğitim ve sağlık, beşeri sermayenin niteliksel yöntem gelişiminde rol oynayan iki önemli unsurdur. Beşeri sermayeyi oluşturan temel unsur eğitim olmakla birlikte toplumsal sağlık düzeni de beşeri sermayenin gelişmesini ve aynı zamanda korunmasını sağlayan diğer bir unsur olarak karşımıza çıkar. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini belli bir seviyeye ulaştırılabilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda farkındalıkları da artmaktadır. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır.<sup>47</sup>

Toplumların sağlık düzeyini yükseltmesi ile beraber işgücünün daha verimli kullanılmasının, toplam çıktıyı dolayısıyla ülke kalkınmasını olumlu etkilediği konusunda birçok görüş bulunmaktadır. Sağlığın toplumun gelir ve refahı, işçi verimliliği, işgücü

---

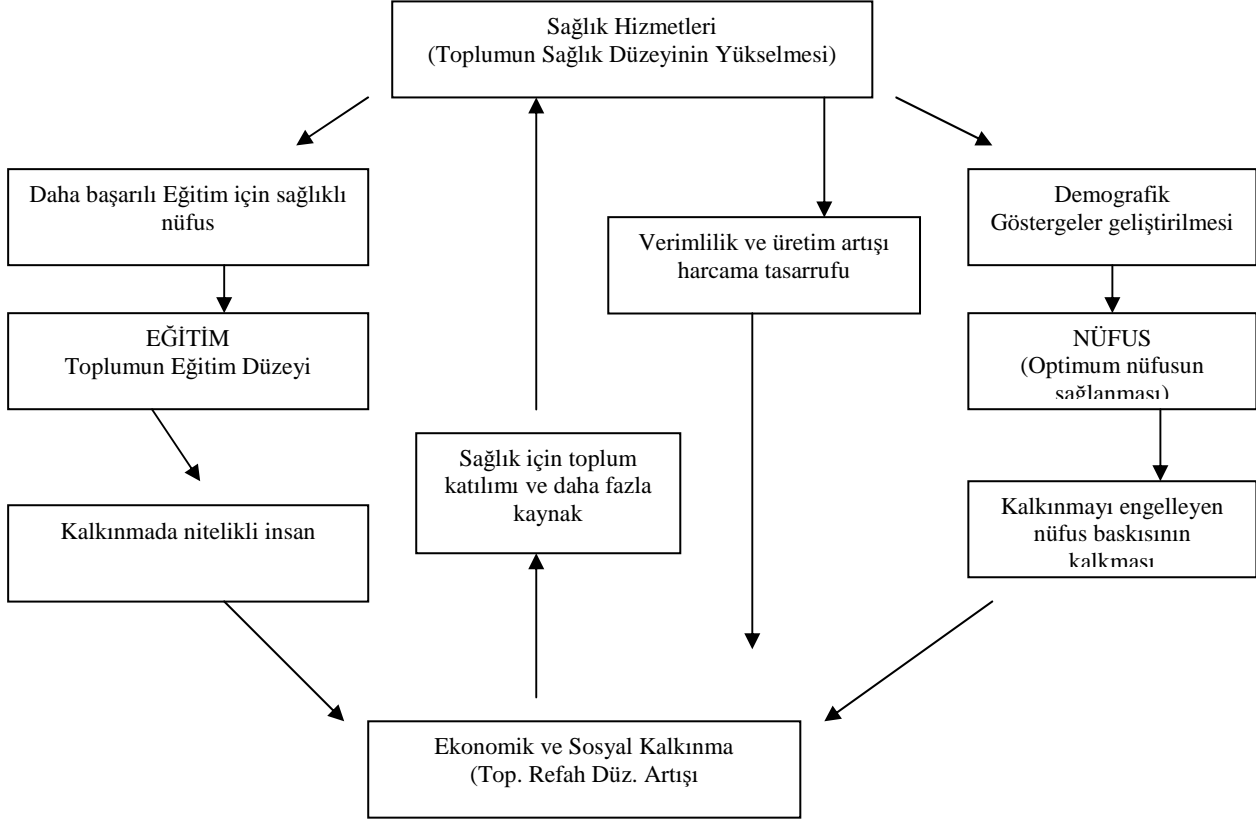
<sup>45</sup> Onur Hamzaoğlu, “Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB, Ocak-Şubat 2009, Cilt:24, Sayı:1, s.27.

<sup>46</sup> Onur Hamzaoğlu, **a.g.m.**

<sup>47</sup> İsmail Mazgit, “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık sektörünün Yeniden Yapılanması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998, s.109.

katılımı, tasarruf ve yatırım oranları, demografik faktörler ile diğer beşeri sermaye faktörleri üzerinde doğrudan bir etkisi bulunur.

**Şekil 2:** Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükselmesi, Eğitim, Demografik Faktörler ve Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri



**Kaynak:** İsmail Mazgıt, “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998, s. 109

Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinin eğitim, demografik faktörler ve ekonomik gelişme üzerindeki etkileri şekil 2’de gösterilmektedir. Şekilden de anlaşılacağı üzere, toplumun sağlıklı düzeyini yükselten sağlık hizmetleri ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunur. Eğitim düzeyi yükselen toplum, sağlık göstergeleri de iyileştikçe nitelikli işgücü olarak kalkınmada yer almaktadır. Sağlık durumunda meydana gelen iyileşmelerle birlikte nüfus optimum düzeye ulaşmakta ve kalkınmayı engelleyen nüfus baskısı ortadan kalkmaktadır. Bu sayede ekonomik ve sosyal kalkınma ivme kazanmaktadır. Verimlilik ve üretim artışı, gelir artışını, gelir artışı da harcama tasarrufu ile ekonomik ve sosyal kalkınmayı dolayısı ile toplumun refah düzeyini yükseltir. Gelişimini büyük ölçüde sağlamış toplumlar sağlık için daha fazla kaynak tahsis ederek

toplumun sağlık d#zeyinin maksimum seviyeye ulaşmasını ve bu d#zeyin devamlılığını amaçlar. Sağlık hizmetleri ile eğitim ve n#fus arasında karşılıklı bir ilişki s#z konusudur. Bu #ç ayak aynı zamanda ekonomik ve sosyal kalkınmanın motor kuvvetidir.

Ekonomik gelişmişlik ile toplumun sağlık d#zeyi arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Ekonomik gelişmesini belli bir d#zeye getirilebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireyleri sağlık bilinci de y#kselmektedir. Dolayısı ile eğitim ve sağlığın birbirini tamamladığı, #lke kalkınması açısından fiziki sermayeye ve eğitime yapılan yatırımlar benzerinin sağlığa da yapılmasının zorunlu olduğu g#r#lmektedir.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Selma Muskin, "Healt as An Investment", **The Journal of Political Economy**, 1962, s.70.

## 2. Bölüm

### TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK HARCAMALARI

#### 2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM

Türkiye’de sağlık sektörünü incelemeye geçmeden önce sağlık hizmetlerinin mevcut üç boyutuna bakmakta yarar vardır. Bunlar koruma, tedavi, rehabilitasyon hizmetleridir. İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara, tütün ve alkol gibi zararlı alışkanlıklardan korunması, bağışıklama, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak fertlerin hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir.<sup>49</sup>

Sağlık hizmetlerinin hastalıklar ortaya çıktığında kullanılıyor görünmesinin aldatıcı bir tarafı vardır. Şöyle ki, sağlık hizmetlerini sunumundaki öncelik, hastalar ve hastaları iyileştirmek değil sağlığın geliştirilmesi ve korunması ile hasta olmayanlar yani sağlıklılardır. Çalışma ve yaşam koşulları sağlığı doğrudan etkilediğinden sağlığı geliştirme ve korunma çevreye ve kişiye yönelik olarak birbirinden koparılmadan sunulmalıdır. Bu durum özellikle sağlık hizmetleri örgütlenirken kişiye ve çevreye yönelik sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlerin bir arada olması gerekliliğinin gerekçesini oluşturur.<sup>50</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetler olup üç basamakta ele alınmaktadır.<sup>51</sup>

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışın gerekli olmadığı, uygulanan tedavinin evde ya da ayakta verildiği, daha çok iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalar öncelikle birinci basamak

---

<sup>49</sup> Zafer Öztekin. “ Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı 1, Sayı: 39, Mayıs – Haziran 2001, s.10.

<sup>50</sup> Onur Hamzaoğlu, “Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:6, Kasım-Aralık 2007, s.418.

<sup>51</sup> VolkanYurdadoğ, “ Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu”, Çukurova Üniversitesi Doktora Tezi , 2006, s.75.

sağlık kuruluşlarına başvurup gerektiği takdirde hekimin uygun görmesiyle bir üst basamağa sevk edilmektedirler.

2. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir.
3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversiteler, dal hastaneleri gibi genellikle belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenilen, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinde verilen sağlık hizmetleridir.

Türkiye’de sağlık sektörünün mevcut durumu incelendiğinde oldukça karmaşık bir yapı ile karşılaşılmaktadır. Mevcut yapının merkezinde bulunan ve yapı taşı olan Sağlık Bakanlığının yanı sıra, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık kuruluşları ile sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan birimler, birinci basamakta sağlık ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kamu Hastanesi Poliklinikleri, Belediyeler, Özel muayenehanelerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri 6203 Sağlık Ocağı, 11740 Sağlık Evi, 234 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇS-AP), 259 Verem Savaş Dispanseri (VSD) ile ülke genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir.(Sağlık Bakanlığı,2005). Türkiye’de ikinci ve üçüncü basamakta sağlık hizmeti veren 1198 kurumun % 66.4 Sağlık Bakanlığına, % 24.2 özel kesime, % 3.5 Milli Savunma Bakanlığına, % 4.4 Üniversitelere, % 1.5 de diğer kamu kesimine aittir<sup>52</sup>.

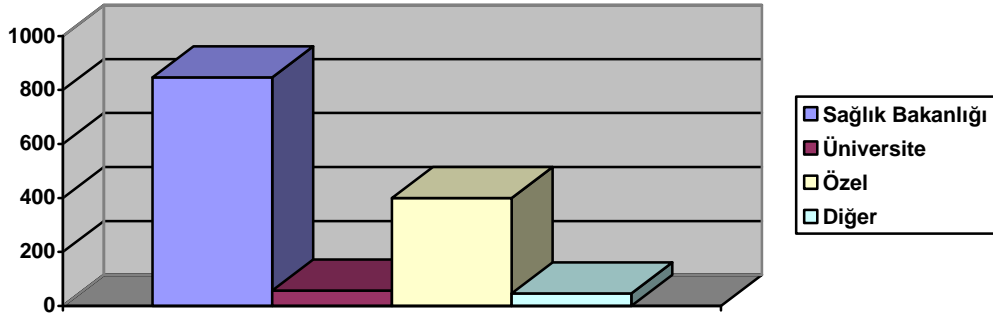
**Tablo 2:** Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler ve Yatak Sayılarının Kurumlara Göre Dağılımı 2006

KURULUŞUN ADI	HASTANE		YATAK SAYISI	
	SAYISI	(%)	SAYISI	(%)
SAĞLIK BAKANLIĞI	795	66.4	131236	68.0
ÜNİVERSİTE	53	4.4	28000	14.5
MİLLİ SAVUNMA BAKANLIĞI	42	3.5	15900	8.3
ÖZEL	293	24.2	14682	7.6
DİĞER KAMU	15	1.5	3100	1.6
TOPLAM	1198	100.0	192918	100.0

**Kaynak :** Sağlık Bakanlığından alınan 2006 verileri ile tarafımızdan hazırlanmıştır.

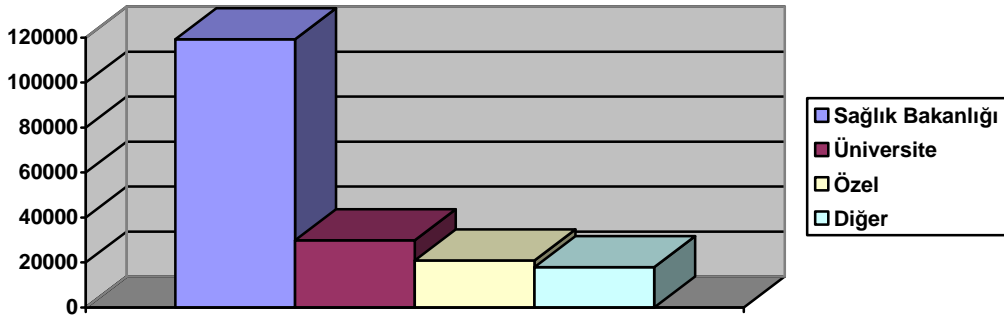
<sup>52</sup> Sağlık Bakanlığı, [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) , Erişim: 20.12.2009 , s.1.

**Şekil 3 : 2008 Yılı Sektörlere Göre Hastane Sayısı**



**Kaynak :** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verileri kullanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

**Şekil 4 : 2008 Yılı Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı**



**Kaynak :** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verileri kullanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı istatistik verileri doğrultusunda verilen sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesi kamunun temel görevlerinden olan halk sağlığının korunması ilkesinin yerine getirilmesi olarak düşünülebilir. Sağlık Bakanlığının son yıllarda uyguladığı “Sağlıkta Dönüşüm Politikası,, ile yapılan hizmetin kalitesindeki iyileştirmeler sosyal devlet şartlarından biri olan eğitim ve sağlık konusuna öncelik verme ilkesi ile paralellik göstermektedir.

Bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliği ortaya konurken bakılan diğer bir unsur da yapılan toplam sağlık harcamalarının miktarı ve bu harcamaların GSYİH içersindeki

payıdır. 1990 ile 2005 yılları arasında Türkiye’de GSYİH’den sağlık için ayrılan pay, %3.5 ile %7.7 arasındadır. Bu oran gelişmiş ülkelerin GSYİH’larından sağlığa ayırdıkları pay ile karşılaştırıldığında yeterli gibi görünse de, gelişmekte olan dolayısıyla GSYİH’sı düşük olan bir ülkenin sadece temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta, koruyucu sağlık hizmetleri ve uzun süreli tedavi hizmetlerinin satın alımında ciddi sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Zaman içerisinde nüfusun ve nüfus içerisindeki yaşlı insan oranının artacağı düşünülürse uzun süreli tedavi hizmetleri harcama kalemi hızla artacak ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri finansmanı için de daha fazla kaynak ihtiyacı doğacaktır.<sup>53</sup>

### **2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektöründe şimdiye kadar çözülmemiş, çözülmedikçe büyümüş, bu nedenle de asla değiştirilemez olarak algılanan sorunlara yeni bir bakışla çözüm aramaktadır.

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çabaları sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesidir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bile seçim çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi bir başka deyişle Sağlık reformu ihtiyacı üzerinde durulmaktadır. Bu gerçek Sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke tanımlamak zordur.

#### **Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri:**

- İnsan merkezlilik
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli Kalite Gelişimi
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük
- Güçler Ayrılığı

---

<sup>53</sup> TÜBİTAK, “Teknoloji Öngörü Projesi-Sağlık Ve İlaç Paneli Sonuç Raporu.” TÜBİTAK Vizyon 2023, Ankara: Tubitak, 2003, s.10.

- Desantralizasyon
  - Hizmette Rekabet
- olarak belirlenmiştir...

**Sağlık Dönüşüm Programının sekiz temel bileşeni vardır.**

- 1 - Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- 2 - Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
- 3 - Yaygın, erişimi kolay , güler yüzlü sağlık hizmeti sunumu
- 4 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
- 5 - Etkili, kademeli sevk zinciri
- 6 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 7 - Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonlu çalışan sağlıklı insan gücü
- 8 - Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

Amaç, sadece hasta memnuniyeti değil, modern yönetim anlayışı içinde, daha kaliteli hizmeti daha uygun maliyetle sunmak ya da satın almaktır. Neticede sağlık hizmetlerinde mükemmeye ulaşmak mümkün değildir. Günün şartları içinde ortaya çıkan ihtiyaçların giderilmesi ve sorunların sınırlı kaynaklarla çözülmesi gerekmektedir. Bu da etkili, istikrarlı sağlık politikaları ile mümkündür<sup>54</sup>.

Son yıllarda sağlık sektöründe birçok yenilik yapılmış olmakla beraber Sağlıkta Dönüşüm Programının bazı çıkmazları da vardır. Sağlıkta Dönüşüm Programının yasa metnine dönüştürülmüş hali "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" adıyla bir kaç bölüm altında aşağıda özetlenmeye çalışılan başlıklarda yansımaktadır<sup>55</sup>.

**1. Öncelikle devletin sağlık alanındaki toplumsal sorunluluğu planlama ve standart belirlemeye indirgenecektir.** Bir başka ifade ile devletin, sağlık bakanlığının sağlık alanındaki varlık gerekçesi emekçilere, köylülere, yoksullara sağlık hizmeti sunma ödevinden arındırılacak, hizmet sunmak yerine " kural koymak" işi ile sınırlandırılacaktır.

---

<sup>54</sup> Sağlık Bakanlığı. "Sağlıkta Dönüşüm Programı", [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), Erişim 20.01.2010, s.1.

<sup>55</sup> Onur Hamzaoğlu, **a.g.m.**, ss.425-426.

2. Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin kullanımını yasaklarcasına dramatik bir azaltmayla, yerine sigorta, cepten ödeme, katkı payı biçiminde parası olana parası kadar sağlık uygulaması yasalaşmış olacaktır

3. Özel sektörün kar edebileceği tedavi edici sağlık hizmetleri dışındaki koruyucu ve geliştirici hizmetler sağlık hizmetleri harçlığından çıkartmakta, hastayı da müşteri olarak tanımlamaktadırlar. Ancak müşteri olabilmek için de para gerektiği unutulmaktadır.

4. Sağlık sektörü hizmeti üreten ve finanse eden birimler olarak bölünüp bu iki yapının piyasa koşullarında ilişkide bulunmasını böylece finansmandan sorumlu yapının hizmet üreticisi yapıları (sağlık işletmelerinin) arasında "oluşacak" rekabetten yararlanarak, ucuz olandan hizmet satın almasını hedeflemektedir. Ancak eğer iyi niyetlilerse bu hedef bilgisizlikten kaynaklı yalnızca bir hayalden ibarettir. Çünkü İngiltere sağlık sektöründe son 15–20 yıl da yalnızca bu uygulama sonucunda, sağlık hizmetlerinin pahalandığını görmezden gelmektedirler. İyi niyet yerine, insanların sağlığı pahasına, özele kaynak aktarmanın kanallarını yasalaştırma hedeflerini görmemiz gerekmektedir

5. Sağlık hizmeti üreten birimler kamusal da olsa işletmeleştirilecek ve piyasacı yaklaşımla (ürettiği hizmetin yeterliğini göz ardı ederek) davranmaya zorlanacaktır. Çünkü söz konusu birimler artık bütün giderlerini kazandıklarından karşılamak zorunda kalacaktır. Her bir birim ayrı işletme olduğundan, piyasa hastane zincirleri ile dahil olan yerli ve yabancı sermaye karşısında en azından maliyet unsurlarını küçültülebilmesi başlığında sıkışacaklar ve pek çoğu kapanmak durumunda kalacaktır. Piyasa büyük hastane zincirlerinin kontrolüne girecek ve bunlar fiyatı belirleyen aktör rolünü kolaylıkla oynayabilecektir. Bu sonuç, finans kurumu içinde maliyetin karşılanmasında güçlükleri beraberinde getireceğinden; pirim oranlarında artış, teminat paketi kapsamında daralma ve katkı payında artışlar gibi uygulamalarda hizmeti kullananlara olumsuzluklar olarak yansıyacaktır. Ayrıca, hastane zincirleri biçimindeki yapılanma sağlık emek gücünün sömürü oranı arttırmasını da kolaylaştıracaktır.

6. Söz konusu yasa önceki düzenlemelerde birlikte sağlık emekçilerini sözleşmeli çalışmaya, yarı zamanlı çalışmaya, performansa dayalı ek ödeme (döner sermaye gelirlerinden pirim dağıtımı) gibi özlük haklarından yoksun ve emekliliğe yansımayan ücretlendirme modelleri ile çalışmaya mahkûm etmeye daha kapsamlı hale getirecektir.<sup>56</sup>

### 2.1.2. Sağlık Sektörünün Örgütlenmesi

Türkiye’de sağlık politikasının belirlenmesi, planlanması, düzenlenmesi, yönetimi bölünmüş bir yapıya sahip olmakla birlikte bu görevler farklı paydaşlar arasında dağılmaktadır. Sağlık Kurumlarının yüksek kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri sağlaması için planlanması, koordine edilmesi, mali açıdan desteklenmesi ve geliştirilmesi konularında tüm sorumluluk Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumları arasında paylaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründe politikaların belirlenmesi, programlar aracılığı ile ulusal stratejilerin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu temel devlet kurumudur<sup>57</sup>.

### 2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kamu sektöründe sağlık harcaması yapan kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Üniversiteler, Bakanlıklar, KİT’ler, Belediyeler, Fon’lar olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel sektörde ise, özel hekim muayenehaneleri, özel poliklinikler ve eczaneler bir yandan; özel hastaneler diğer yandan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar<sup>58</sup>.

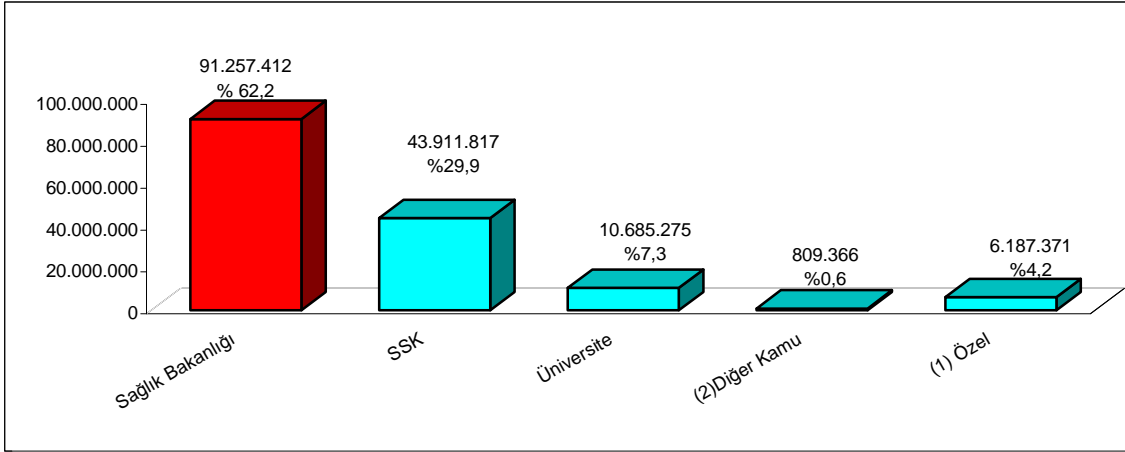
Türkiye’de hastanelerde muayene edilen hastaların kurumlara göre dağılımına bakıldığında % 62,2 ile en yüksek pay Sağlık Bakanlığına aittir. Şekil 5’de Sağlık Bakanlığı 2004 verilerine göre muayene edilen hastaların kurumlara göre dağılımı görülmektedir. Bu tabloya ilaveten, son yıllarda özel hastane muayene sayılarının giderek arttığını söylemek yanlış olmaz.

<sup>56</sup> Onur Hamzaoğlu, **a.g.m.**, ss.425-426.

<sup>57</sup> TÜBİTAK, “Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık Ve İlaç Paneli Sonuç Raporu”, Ankara: Tubitak, 2003, s.10.

<sup>58</sup> Volkan Yurdadoğ, **a.g.e.**, s.80.

**Şekil 5 : Türkiye'deki Hastanelerde Muayene Edilen Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı, 2004**



**Kaynak :** Sağlık Bakanlığı İstatistik verileri, 2004

#### **2.1.4. Türkiye’de Ekonomik ve Sağlık Göstergelerinin Durumu**

Aşağıdaki Tablo 3’te çeşitli sağlık göstergeleri açısından sağlıklı yaşam hakkının Türkiye ile gelişmiş ülkeler açısından farklılaştığını görüyoruz. Bilindiği üzere Türkiye’nin sağlık göstergeleri gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında genel olarak olumsuz bir tablo sergilemektedir. Doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı, doktor başına düşen nüfus, yatak başına düşen nüfus ve yatak işgal oranlarının hepsinde derin farklılıklar göze çarpmaktadır. Ortalama ömür; gelişmiş ülkelerde 78 yıl iken, Türkiye’de 70 yıldır. Bebek Ölüm Hızı; gelişmiş ülkelerde binde 6 iken, Türkiye’de binde 36 (2001 yılı) olarak gerçekleşmiştir. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ ya oranı; gelişmiş ülkelerde yüzbinde 7-10 arasında gerçekleşirken, Türkiye’de yüzbinde 5 olarak gerçekleşmiştir.<sup>59</sup>

Türkiye doğumda beklenen yaşam süresi(ortalama ömür) açısından **OECD** ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça düşük değerlere sahip olmakla birlikte geçen son 15 yıl içerisinde kayda değer bir ilerleme gösterdiği söylenebilir. Ancak, Türkiye’nin arzu edilen gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşması için daha hızlı bir ilerlemeye sahip olması gerekmektedir.

<sup>59</sup> WHO, World Health Report, DPT, “8. 5 Yıllık Kalkınma Planı”, **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu**, 2002, s.151.

**Tablo 3:** Türkiye İle Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri

	Türkiye	Gelişmiş Ülkeler
Doğumda Yaşam Beklentisi (yıl )	70.1	78
Bebek Ölüm Hızı (binde)	36	6
Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı(binide)	43	6
Anne Ölüm Hızı (yüzbinde)	130	8
Doktor Başına Düşen Nüfus	825	300-500
Yatak Başına Düşen Nüfus	392	100-200
Yatak İşgal Oranı (yüzde)	59	80
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (yüzbinde )	5	7-10
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Doları)	109	2000+

**Kaynak :** World Health Organization 2002, Devlet Planlama Teşkilatı 2001

#### 2.1.4.1. Türkiye'nin Kişi Başına Düşen GSYİH'sı ile İlişkilendirilen Sağlık Göstergelerinin Durumu

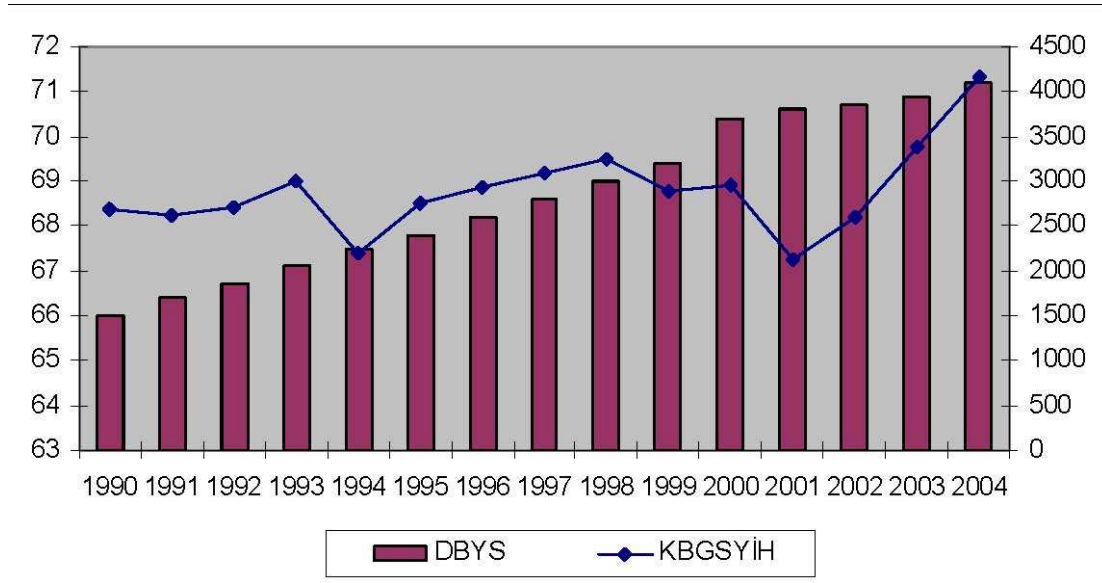
Bu bölümde kalkınma ve beşeri sermaye arasındaki ilişkiden yola çıkarak Türkiye'nin 1990-2004 yılları arasındaki kişi başına düşen GSYİH'sı ile sağlık göstergelerindeki değişimler ilişkilendirilerek grafiksel olarak sunulmuştur. Şekilde de görüldüğü üzere Türkiye için doğumda yaşam beklentisi 1970 yılında 54,2 ile oldukça düşük bir düzeydeyken 2004 yılına gelindiğinde 71,1 yıl olarak ölçülmüş ve 16,9 yıllık bir doğumda yaşam beklentisi artışı olmuştur. Buradan hareketle geçen yıllarla birlikte 1994 ve 2000 yıllarında yaşanan ekonomik krizler neticesinde meydana gelen gelir daralması göz ardı edildiğinde, GSYİH' da meydana gelen artışla birlikte doğuştan beklenen yaşam süresinde de paralel bir artışın olduğundan söz edilebilir.

Yıllara göre doğumda beklenen yaşam süresi incelendiğinde 2006 yılında 71,1, 2007 yılında 71,2, 2008 yılında ise 71,4 olarak gerçekleştiği görülmektedir.<sup>60</sup>

Türkiye doğumda beklenen yaşam süresi açısından OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça düşük değerlere sahip olmakla birlikte geçen son 15 yıl içerisinde kayda değer bir ilerleme gösterdiği söylenebilir. Ancak Türkiye'nin arzu edilen gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşması için daha hızlı bir ilerlemeye sahip olması da gerekmektedir.

<sup>60</sup> Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı", [http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/Belge\\_goster](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/Belge_goster), Erişim:09.06.2010, s.11.

**Şekil 6:** Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin karşılaştırılması



**Kaynak :** OECD Health Data 2005 verileri kullanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

1990-2004 yılları arası bebek ölüm oranı incelendiğinde hızlı bir düşüş, yani iyileşme göze çarpmaktadır. 1990 yılı itibariyle %55,4 olan bebek ölüm hızı 2005 yılı başı itibariyle % 45 lik bir azalma göstererek % 24,6 olmuştur. Dolayısıyla son 15 yılın kişi başına düşen GSYİH’larında görülen artışlar ile bebek ölüm hızları karşılaştırıldığında aralarında ters yönlü bir ilişki olduğu görülür. BÖH 1990-2004 yılları arası % 45 düşerken, kişi başına düşen GSYİH %64’lük bir artış göstermiştir.

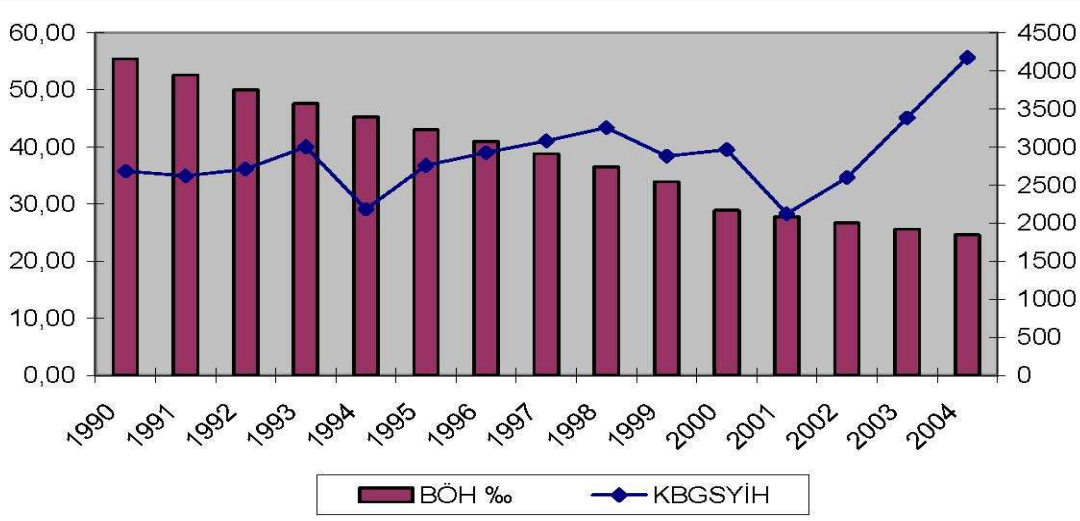
Yıllara göre bebek ölüm hızları incelendiğinde 2006 yılında bin canlı doğumda 22,3, 2007 yılında 20,7, 2008 yılında 17 olarak gerçekleşmiştir.<sup>61</sup>

Bebek ölümlerinin azalmasında muhakkak ki kişi başına düşen GSYİH daki artış tek başına yeterli değildir. Fakat Türkiye’deki bebek ölümleri nedenleri incelendiğinde yetersiz beslenme ve yetersiz sağlık hizmeti ilk sıralarda yer almaktadır. Fertlerin artan geliri ile beraber beslenme düzeylerinin artacağı ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşacağı düşünüldüğünde bebek ölüm oranlarının azalabileceğini net bir şekilde söylemek mümkündür. Son on yıl içerisinde bebek ölüm oranlarında gerçekleştirilen bu

<sup>61</sup> Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.12.

önemli düşüşlerde artan kişi başına düşen GSYİH'nın da etkisinin olduğu düşünülmektedir.

**Şekil 7:** Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin karşılaştırılması



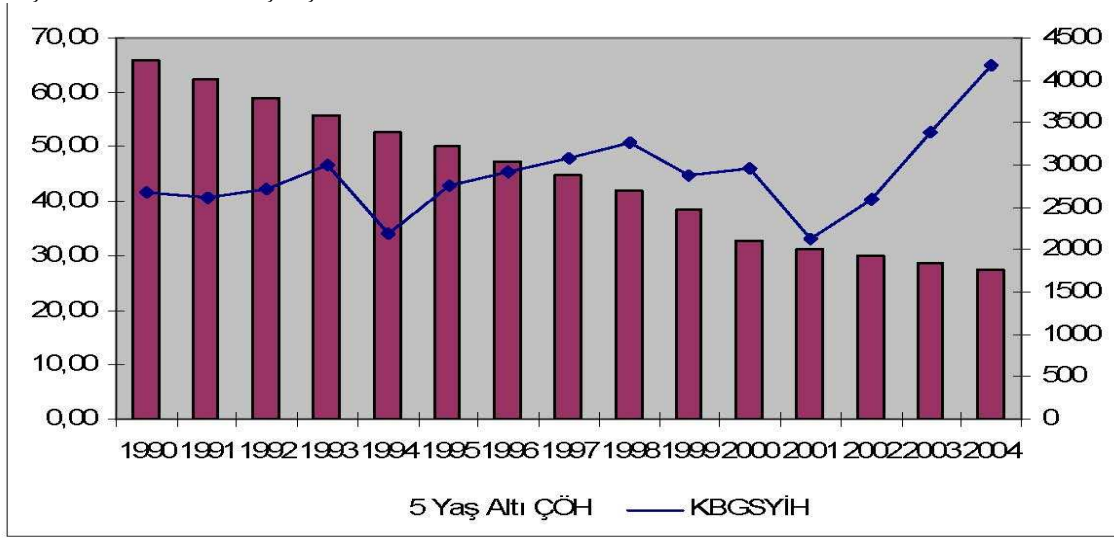
**Kaynak:** OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak tarafımızdan hazırlanmıştır

1990 ile 2004 yılları arası yani son 15 yılda görülen 5 yaş altı çocuk ölüm hızları ile kişi başına düşen GSYİH’ da görülen artış ilişkilendirilmiş ve aralarında bir ters yönlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Yani gelirden görülen artış, çocuk ölüm hızlarında da bir azalmayı da beraberinde getirmiştir. 1990 yılında binde 65 olan çocuk ölüm hızı 10 yıl içerisinde % 60’a yakın azalma göstererek binde 27,4 olmuştur. Çocuk ölüm hızındaki azalma artan kişi başı gelire birlikte çocuk ölümüne sebebiyet veren tedavisi basit hastalıklar için sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması yaşam şartlarında meydana gelen iyileşmelerle birlikte eğitim düzeyinin yükselmesi ve bu şekilde kazaların önüne geçilmesi ile açıklanabilir.

Yıllara göre 5 yaş altı ölüm hızında son yılların verilerine bakıldığında bin canlı doğumda 2006 yılında 28,7, 2007 yılında 26,6, 2008 yılında 24 olarak gerçekleştiği görülmektedir.<sup>62</sup>

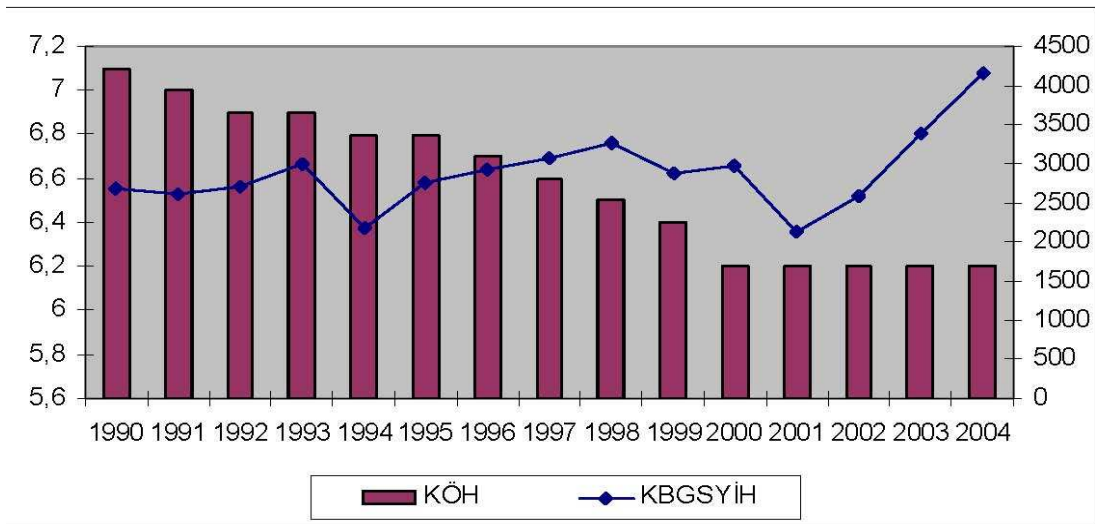
<sup>62</sup> Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.14.

**Şekil 8:** Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin Karşılaştırılması



**Kaynak:** OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak hazırlanmıştır.

**Şekil 9 :** Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Kaba Ölüm Hız ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin Karşılaştırılması



**Kaynak:** OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak tarafımızdan hazırlanmıştır

Şekil 9’da Türkiye’nin 1990 ile 2004 yılları arasındaki KBDGSYİH verileri ile yıllara göre Kaba Ölüm Hızları birlikte verilmiştir. Verilere göre kişi başına düşen GSYİH’ nin artmasıyla birlikte kaba ölüm hızında da bir azalma gözlemlenmiştir. Bu

durumu yükselen gelir ile daha iyi sağlık hizmeti satın alınması, bireylerin artan gelirle birlikte daha iyi iş koşullarında çalışması ve daha iyi beslenmesi ile ilişkilendirebiliriz. Artan gelir sadece tedavi hizmetlerinin satın alınımında değil aynı zaman da koruyucu sağlık hizmetlerinin alımında da artışa neden olur. Kişilerin çocukluk dönemlerinde almış oldukları koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde bağışıklık düzeyi artar ve ileriki yaşlarda karşılaşılabilecek basit ölümlerin önüne geçilir. Bu nedenlerden dolayı gelirdeki artışa ters yönlü olarak kaba ölüm hızında kayda değer azalışların meydana gelmiş olması olasıdır.

Bütün sağlık göstergelerinin iyileşmesinde temel rolü devlet üstlenmiştir. Fakat devletin kurmuş olduğu sağlık sistemlerinin finansmanının yine fertlerin ödediği vergiler vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülürse, bireylerin elde edeceği yüksek kazançlar dolaylı olarak sağlık sistemine katkıda bulunacak ve kişilerin sağlık durumlarında ve ileriki aşamada ülkenin sağlık göstergelerine pozitif yönde etki yaratacaktır.

#### **2.1.5. Sağlıkta Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışmaya göre belirleniyor. Bakanlık uygulamayı sadece parasal bir ödeme modeli olarak değil, aynı zamanda verimlilik ve etkinlik sağlayan bir sistem olarak görüyor.<sup>63</sup>

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kitapçığında “Atanmış statik yöneticilikten performans yönetimine geçmek zorundayız. Performans göstergeleri belirlenecek ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirilecektir” şeklinde ifade edilerek teorik çerçeve çizilmiştir. Aynı yıl 10 hastane ve 1 sağlık müdürlüğünde ilk pilot çalışmalar yapılmıştır. Pilot çalışmalar sonucunda elde edilen veriler değerlendirilerek mevzuata son şekli verilmiş, 2004 yılından itibaren de Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde sistem uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin ilk yılı olmasına rağmen 2004 yılı kaynakların etkin kullanım ödülü bu sisteme istinaden Sağlık Bakanlığına verilmiştir. OECD'nin 2009 yılı Türkiye Sağlık Sistemi inceleme raporunda da “Aslında diğer

---

<sup>63</sup> Fatma Ergüzeloğlu, “Branşlara Göre Performans Ortalamaları Belli Oldu”, **Medimagazin**, 12.04.2010, Yıl:11, Sayı: 477, s.7.

ülkelerin Türkiye'deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini arttırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda , öğrenebileceği pek çok şey olabilir” denilmektedir.<sup>64</sup>

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen başarı ölçütlerine göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistem, doktorun diğer sağlık çalışanları ile birlikte gerçekleştirdiği ve kayıt altına aldığı işlemlerin puanlamasına dayalı olarak geliştirilmiş ve takım lideri olarak kabul edilerek onun üzerine kaydedilmiştir. Yani bu hizmetler doktor puanı olarak değil, “sağlık hizmet puanı” olarak kaydedilebilir ve bu toplam puan takımda görev alanlar tarafından paylaşılabilirdi.<sup>65</sup>

Sağlık Bakanlığı kurumlarında ,çalışanlar arasında dayanışma yerine rekabeti teşvik edecek olan, sonucunda da hemen hiçbir çalışanın çıkarına olmayacak olan performansa dayalı ek ödeme uygulaması başlatılmıştır.Döner sermaye gelirlerinden özlük hakları ve emekliliğe yansımayan ve sağlık emekçilerini hastalarıyla karşı karşıya getiren (özel muayene, özel tetkik vb. adlarda kamuda hizmetten ücret alma) uygulamalardan sonra şimdi de sağlık emekçilerini kendi aralarında parçalamayı hedeflemektedir. Herkese performansına göre ücretlendirmede yüksek ücret alabilmek için sağlık emekçileri birbirleriyle rekabet ederken , gereksinim dışı tetkik ve tedavi uygulamalarının da yapılmasına yol açacaktır. Tıbbi gereksinim dışı bu uygulamalar tıbbi teknoloji ve ilaç tüketimini arttırdığından bu alana yatırım yapmış sermaye tarafından özel olarak desteklendiği de göz ardı edilmemelidir. Sonuçta ise, sağlık meslek grupları (hekimlerle hemşireler, hemşirelerle teknisyenler vb.) paylaşım oranları için aralarında , puanlarını arttırabilmek için de kendi meslektaşları arasında (hekimler kendi, hemşireler kendi içinde vb.) kıran kırana bir rekabete tutuşturulmuşlardır.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> Mehmet Demir, “Performansa Dayalı Ödeme Sistemi”, **Sağlık-Sen Dergisi**, Şubat 2010, ss.20-21.

<sup>65</sup> Sebahattin Aydın, “Performans Sistemi”, **Sağlık-Sen Dergisi**, Şubat 2010, s.18.

<sup>66</sup> Onur Hamzaoğlu, **a.g.m.**, s.427.

## 2.2. SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDEKİ SAĞLIK HARCAMALARI

Ülkelerin sağlık harcamaları, izledikleri sağlık politikalarına göre şekillenmektedir. Gelişmişlik kriterleri olarak birbirine yakın fakat sağlık politikaları olarak birbirinden farklı ülkelerde farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Tablo 4 incelendiğinde, bebek ölüm hızı % 0,10 dan daha az ve doğuşta beklenen ömür 77 yıldan daha uzun, başka bir söylemle sağlık düzey ölçütleri iyi ve birbirine benzeyen ülkelerdeki kişi başına düşen sağlık harcamaları büyük farklılıklar göstermektedir.

**Tablo 4 :** Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık ve Sağlık Harcaması Düzeyi.

	Bebek Ölüm Hızı 2005	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı 2005	Doğuşta Beklenen Ömür 2005	Kişi Başına Yıllık Gelir ABD\$ 2005	SAĞLIK HARCAMASI 2004		
					Kamu % GSMH	Özel % GSMH	Kişi Başına Yıllık Harcama ABD\$
İsveç	3	4	80,5	32525	7,7	1,4	2828
<b>Norveç</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>79,8</b>	<b>41420</b>	<b>8,1</b>	<b>1,6</b>	<b>4080</b>
Fransa	4	4	80,2	30386	8,2	2,3	3040
İtalya	4	4	80,3	28529	6,5	2,2	2414
<b>Almanya</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>79,1</b>	<b>29461</b>	<b>8,2</b>	<b>2,4</b>	<b>3171</b>
Danimarka	4	5	77,9	33979	7,1	1,5	2780
<b>Lüksemburg</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>78,4</b>	<b>60228</b>	<b>7,2</b>	<b>0,8</b>	<b>5178</b>
<b>İsviçre</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>81,3</b>	<b>35633</b>	<b>6,7</b>	<b>4,8</b>	<b>4011</b>
Kore	5	5	77,9	22029	2,9	2,7	1135
İngiltere	5	6	79,0	33238	7,0	1,1	2560
Kanada	5	6	80,3	33375	6,8	3,0	3173
Küba	6	7	77,7	6000	5,5	0,8	229
<b>ABD</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>77,9</b>	<b>41890</b>	<b>6,9</b>	<b>8,5</b>	<b>6096</b>
Şili	8	10	78,3	12027	2,9	3,2	720
Kuveyt	9	11	77,3	26321	2,2	0,6	538
Kostarika	11	12	78,5	10180	5,1	1,5	592
Sri Lanka	12	14	71,6	4595	2,0	2,3	163
Rusya F.	14	18	65,0	10845	3,7	2,3	583
Çin	23	27	72,5	6757	1,8	2,9	277
Türkiye	26	29	71,4	8407	5,2	2,1	557

**Kaynak :** Human Devolepment Report 2007/2008

**Not :** Koyu yazılanlar sağlıkta piyasacı politika izleyen ülkelerdir.

Piyasacı sağlık politikası uygulayan ve bu düşüncenin misyoneri olan ABD ulusal gelirinin % 15,4 ünü sağlığa harcamaktadır. Benzer ölçüde sanayileşmiş ve piyasacı sağlık politikası uygulayan Norveç, Almanya, Lüksemburg ve İsviçre’de de durum benzerdir. Piyasacı politika uygulayan bu ülkelerin çoğunda kişi başına sağlık harcaması 4000 ABD

dolarının üzerindedir. Buna kaşlık benzer ölçüde sanayileşmiş ancak kamucu bir sağlık politikası uygulayan İsveç, İngiltere, İtalya, Fransa, Kanada gibi ülkelerde kişi başına yıllık sağlık harcaması 3000 ABD doları veya daha aşağıdadır. Fakat kamucu sağlık politikası uygulayan bu ülkelerde bebek ölüm hızı ve doğuşta beklenen ömür gibi sağlık göstergeleri piyasacı politika uygulayan ülkelere göre çok daha iyidir<sup>67</sup>.

Gelişmişlikleri benzer olan ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları karşılaştırıldığında çarpıcı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Kişi başına yıllık sağlık harcaması ABD’de 6096, İsveç’te 2828, İngiltere’de 2560, İtalya’da ise 2414 ABD Dolarıdır. ABD bu ülkelere göre iki misli daha çok para harcamaktadır. Başka bir söylemle ABD yurttaşlarına 6096 dolar harcayarak yaklaşık 78 yıllık bir ömür sağlarken. İtalya 2414 dolar harcayarak 80 yıldan daha uzun bir ömür sağlamaktadır.

Piyasacı politika başta ilaç olmak üzere tüm sağlık madde ve araçlarının tüketimini olabildiğince körüklüyor. Örneğin; dünya nüfusunun %5’ten daha azına sahip olan ABD reçeteli ilaç harcamalarının yaklaşık %50’sini harcıyor. Bunun bir sonucu olarak ABD’lerinde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1980’de %8.8 iken, 2002’de %14.9’a, 2004 yılında ise %15,4 yükselmiştir. Bu payın 2012 yılında %17.7 ve daha sonraki yıllarda ise %20’lere ulaşacağı öngörülmektedir. Kişi başına sağlık harcaması 1980 yıllarında 1000 Dolar dolayında iken, 1990’larda 3000, 2004 yılında ise 6096 dolara yükselerek, son yirmi beş yıl içinde altı kat artmıştır. Bu denli yüksek sağlık harcaması, sağlık sektörünün bir piyasa /rant alanına dönüştürülmesinin bir sonucudur.

Bazı geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkelerin sağlık harcamaları ölçütleri ve sağlık düzeyleri kıyaslandığında ortaya çıkan tablo daha da çarpıcı bir hal almaktadır. Kişi başına yıllık gelir açısından, Küba’dan yedi kat daha zengin olan ABD’de çevre koşullarının çok daha iyi olduğu kuşku götürmez. Buna rağmen ABD yönetimi yurttaşlarına Küba’dakine benzer bir sağlık düzeyi verebilmek için kişi başına 6096 Dolar harcamakta, kamucu sağlık politikası uygulayan Küba ise bunun yaklaşık 27 de biri olan 229 Dolarlık bir harcama yapmaktadır. Başka bir anlatımla, “78 yıllık doğuşta beklenen

---

<sup>67</sup> Recep Akdur, **a.g.m.**, s.6.

ömür” için ABD 6096 Dolar harcarken Küba bunu 229 dolarlık bir harcama ile yapmaktadır.

Bu tür bir kıyaslama gelişmekte olan ülkelerin kendi arasında ve Türkiye açısından da yapılabilir. Tablo 4’de de görüldüğü gibi; Küba 229, Kuveyt 538, Kostarika 592 ABD Doları harcamak sureti ile yurttaşlarına 557 Dolar harcayan Türkiye’den çok daha uzun bir ömür ve sağlık düzeyi sağlamaktadır. Sri Lanka kişi başına 163 ABD doları harçayarak Türkiye’dekinden daha iyi bir sağlık düzeyi sağlayabilmektedir.<sup>68</sup>

Tablo 5’de Avrupa Birliğine sonradan katılan 10 ülkenin sağlık ve ekonomik göstergeleri verilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere GSMH’sı yüksek olan Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Polonya’da ortalama ömür yüksek, bebek ölüm hızları düşüktür. Yine kişi başına düşen milli geliri yüksek olan Malta ve Kıbrıs Rum Kesimi’nin ortalama ömür (Doğumda Yaşam Beklentisi) uzun, bebek ölüm hızları düşüktür. Kişi başına düşen milli geliri en düşük olan Letonya ve Litvanya’da ise BÖH en yüksek seviyededir, ortalama ömür ise düşüktür. Yani, gelirin ve refah düzeyinin yüksek olması ortalama ömrü arttırmakta, bebek ölüm hızını ise düşürmektedir.

**Tablo 5 :** Avrupa Birliğine Sonradan Katılan On Ülkenin Ekonomik ve Sağlık Göstergeleri.

	BÖH % 0	Ortalama Ömür (Yıl)	GSMH Milyar \$	KBDMG \$	İşsizlik %	Büyüme Hızı %
Çek Cumhuriyeti	5.55	74.73	132.4	12.900	3.8	2.5
Estonya	1.62	69.73	14.7	10.000	11.7	6.4
Macaristan	9.00	71.63	113.9	11.200	10.4	5.5
Letonya	15.34	68.70	17.3	7.200	7.8	5.5
Litvanya	14.50	69.25	26.4	7.300	10.8	2.9
Malta	5.83	78.10	5.6	14.300	4.5	3.4
Polonya	9.39	73.43	327.5	8.500	12.0	4.8
Slovakya	9.00	74.00	55.3	10.200	17.0	2.2
Slovabya	4.51	75.00	22.9	12.000	8.9	4.5
Kıbrıs Rum Kesimi	7.89	76.00	9.7	16.000	3.6	4.2

**Kaynak :** <http://arsiv.ntvmsnbc.com>, tablo bu internet sitesindeki verilerden faydalanılarak tarafımızdan yapılmıştır. Erişim 20.12.2009, s.1.

<sup>68</sup> Recep Akdur, a.g.m.

### 2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

Ülkemizde 2000 sonrasında sağlık harcamalarında, kamu sağlık harcamalarında ortaya çıkan hızlı artışa paralel olarak artış sağlanmıştır. Bu konuda TEPAV tarafından yapılan çalışmada da belirtildiği üzere Türkiye'de 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının (kamu+özel) gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYİH) yüzde 6,1 (yeni milli gelir serisine göre yüzde 4,5) düzeyinde iken, 2005 yılında özellikle kamu kesimi sağlık harcamalarındaki reel artışın etkisi ile yüzde 7.4 (yüzde 6) oranında yükselmiştir.

2007 yılında ise bu oranın yaklaşık yüzde 8 (yüzde 6,2) oranına yükseldiği tahmin edilmektedir. Sağlık harcamaları bu bağlamda iki dönem arasında yaşanan büyümenin üzerinde artarak, GSYİH'ye oran olarak yüzde 30 düzeyinde bir artış göstermiştir. Ancak "Sağlık sektöründe kaynağın kimlerden sağlandığı, finansmanının hangi kurumlar tarafından yapıldığı ve bu kaynakların hangi sağlık kurumları tarafından ve hangi fonksiyonları yerine getirmek için kullanıldığı önem taşımaktadır."

Türkiye'de sağlık sektöründe faaliyet gösterip kamu sağlık harcamalarını yapan temel kurumlar; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu, üniversiteler ve yerel yönetimlerdir.

Sağlık sektöründe kaynak ve finansman açısından üzerinde durulması gereken bir özellik vardır. Bu özellik sağlık harcamalarının daha çok bütçe dışı kaynaklardan karşılanmasıdır. Sağlık harcamalarında bütçe kaynaklarının kullanılma oranı yüzde 40 olup, bu oranın yeşil kart ve memur sağlık harcamaları ayıklandığında yüzde 20'lere kadar düştüğü görülmektedir.<sup>69</sup>

Tablo 6'da 1990-2005 yılları arası sağlık harcamalarının genel görünüşü verilmiştir. Bu tabloda ayrıca yapılan cari sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranları ayrı bir sütunda sunularak yapılan sağlık harcamalarının büyüklüğü hakkında fikir verilmesi amaçlanmıştır.

<sup>69</sup> Veysi Seviğ, Sağlık Harcamaları Analizi, [www.ubdt.com.tr](http://www.ubdt.com.tr), Erişim: 20.12.2009, s.1.

Hem toplam sağlık harcamaları hem de sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı yıllar itibariyle artmıştır.

**Tablo 6:** Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%) Türkiye

Yıllar	Kamu Sağlık Harcaması	Özel Sağlık Harcaması	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı
1999	2,91	1,85	4,76
2000	3,11	1,83	4,94
2001	3,51	1,65	5,16
2002	3,79	1,57	5,36
2003	3,84	1,73	5,57
2004	3,83	1,54	5,37
2005	3,70	1,75	5,45
2006	3,97	1,84	5,81
2007	4,10	1,94	6,04

**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 verilerinden faydalanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

### 2.3.1.Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Türkiye'de, daha önce açıklandığı üzere sağlık harcaması yapan kamu kurumları Sağlık Bakanlığı, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, KİT'ler, Üniversiteler, Belediyeler ve çeşitli fon kuruluşlarıdır. Türkiye'de kamu sektörünün yapmış olduğu sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutar. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının (Kamu+ Özel) 2000 yılında GSYİH'ye oranı %4.9 düzeyinde iken 2006 yılında özellikle kamu sektöründeki reel artışın etkisiyle %5.7 oranına çıkmıştır.<sup>70</sup>

Kamu sağlık harcamaları bu gelişmeler çerçevesinde 2000-2009 döneminde sabit fiyatlarla %40, GSYİH'ya oran olarak %65 oranında artmıştır.<sup>71</sup>

Sağlık harcamaları artmaktadır. Fakat bu her zaman olumlu sonuçlar mı doğurmaktadır? Sağlık harcamalarının artması bazı riskleri de beraberinde taşır. Bu risklere bakacak olursak;<sup>72</sup>

<sup>70</sup> OECD, 2008 Verileri, [www.oecd.org](http://www.oecd.org), Erişim: 20.12.2009, s.1.

<sup>71</sup> Hakan Yılmaz, **Son Dönem Ekonomik Gelişmeler Çerçevesinde Kamu Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliği**, AÜ SBF Maliye Bölümü-2009 Erişim: 30.03.2010, s.10.

<sup>72</sup> Hakan Yılmaz, **a.g.e.**

- 1- Sağlık harcamaları Türkiye’de artmaktadır. 2000-2009 arasında sabit fiyatlarla artış %40’ı bulmuştur.
- 2- Sağlık harcamaları kamu sektöründe %15 pay ile 2. büyük harcama alanı haline gelmiştir.
- 3- Genel yönetim faiz dışı harcamalardaki reel artışın %30’u sağlık harcamalarından kaynaklanmıştır.
- 4- Gelecek dönemde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte nüfus dışındaki bireysel ve çevresel risk faktörleri sağlık harcamalarının ayrıca artmasına neden olacaktır. Örneğin: Türkiye’de bu gün yaşayan yaklaşık 300.000’e yakın kanser tedavisi gören hasta varken bu sayının 2020 yılında 700.000’e, 2030 yılında ise 1.3 milyara çıkacağı tahmin ediliyor. Bunun mali sonucu ise yaklaşık 2 milyar dolar düzeyinde bir doğrudan tedavi maliyetinin 2020’de 5 milyar dolara, 2030 ‘da ise 9 milyar dolara çıkmasıdır.
- 5- Gerek kişi başına, gerekse toplam harcama düzeyi açısından OECD ülkeleri içinde ilaç harcaması en fazla artan ülkelerin başından Türkiye gelmektedir.
- 6- Enflasyondan (Sağlık Fiyatları) arındırıldığında reel artış çok daha belirgin hale gelmektedir.
- 7- Ekonomik daralma ile hızlanan vergi ve pirim gelirlerindeki reel düşme bütçenin ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) mali riskini arttırmaktadır.
- 8- 2006-2008 döneminde yaklaşık 3 milyar TL düzeyinde bir SGK borcu silinmiştir. Yine 2008 sonu itibari ile 2 milyar TL’ye yakın döner sermaye alacağı SGK hesaplarında tahakkuk ettirilmemiştir.
- 9- Döner sermayelerin alacaklarını tahsil edememesi ise bütçeye bu kurumların aktaracağı yaklaşık bu düzeyde bir aylık satış hâsılatı ve yıllık kar payının aktarılamaması anlamına gelmektedir. Yani borçların silinmesi ve tahakkuk etmeyen borçların varlığı mali riski artırmaktadır.
- 10- Sağlığa erişim kolaylaştıkça sağlık harcamaları da artmaktadır.
- 11- Nüfus yaşlanmaktadır; bunun anlamı tedavi giderlerinin özellikle kamu sağlık giderlerinin artacak olmasıdır. Kamu sağlık harcamaları kamu kaynaklarının içinde sosyal koruma ve güvenlikten sonra çıktığı 2. sırayı sürdürecektir.
- 12- Nüfus yaşlanması dışında bireysel ve çevresel risk faktörleri de artmaktadır.

13- Sağlık harcamaları artmasıyla, sağlık hizmetini sunan kurumların mali yapıları bozulmaktadır.<sup>73</sup>

Sağlık harcamalarını incelerken üzerinde durulması gereken önemli bir konu da sağlık harcama bilgilerinin toplanma biçimidir. Bilindiği gibi (Medula GSS) Genel Sağlık Sigortası ile sağlık tesisleri arasında sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplamak, hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünleşik sistemdir. SGK, özel, üniversite, devlet hastanelerince kendine fatura edilen işlemleri MEDULA sistemi üzerinden gerçekleştiriyor.Yapılan değişiklikle kurum, provizyon işlemlerine brans ekleyerek günlük bazda takip gerçekleştirebilecektir. Ayrıca bir tedavi kurumunda yatarak işlem gören hastanın, başka bir tedavi kurumunda muayene olması engellenebilecektir. Halen yürürlükte olan mevcut uygulamanın 1 nisan 2009 tarihinde yeni versiyonu işleme alınmıştır. Bu amaçla MEDULA'nın son hali 01.12.2008 tarihinden itibaren test ortamında kullanıma açılmıştır. MEDULA V3 işlemlerinde en önemli değişiklik, Sağlık Uygulama Tebliği(SUT)'nde yer alan ödeme kurallarının 01 Nisan 2009 tarihinde on-line olarak çalıştırılmasıdır.Yatarak tedavi olan bir hastanın taburcu işlemlerinin yapılmaması ve bu durumun MEDULA'ya elektronik olarak bildirilmemesi durumunda, ilgili kişilerin mağduriyetinin önlenmesi amacıyla MEDULA V3 uygulamasının yürürlüğe gireceği 01 Nisan 2009 tarihinden itibaren taburcu olan yatan hasta işlemlerinin mutlaka sonlandırılması ve bu durumun MEDULA üzerinden yapılması gerekmektedir.<sup>74</sup>

### **2.3.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları**

Türkiye'nin sağlık politikalarını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri yanında ikinci basamak sağlık hizmetlerini de sunan en önemli kuruluştur. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ve topluma dayalı sağlık hizmetlerini sunma zorunluluğu bulunan kuruluşlardır.<sup>75</sup> Şekilde 1995-2004 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içindeki payı

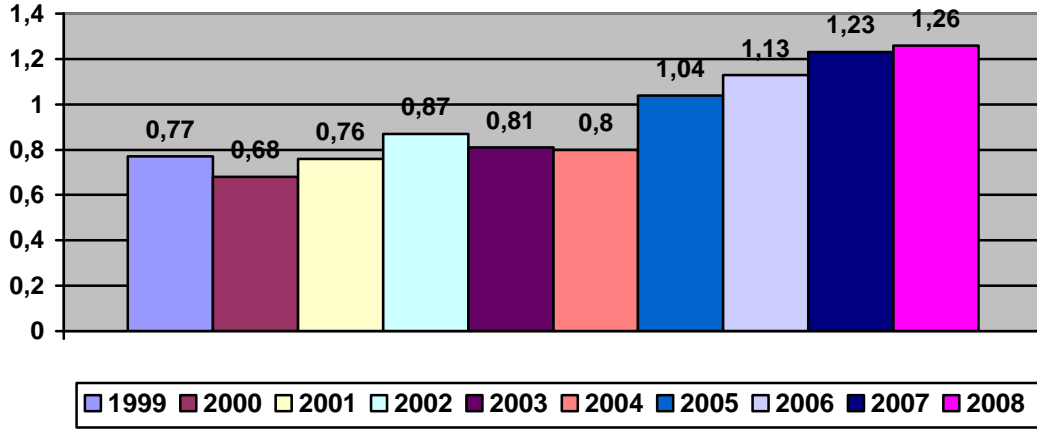
<sup>73</sup> Hakan Yılmaz, a.g.e., s.13.

<sup>74</sup> Arda İşimer, "Medula Sistemi", Akgün İletişim, Mayıs-Haziran 2009, Sayı:65, s.11.

<sup>75</sup> Volkan Yurdadoğ, a.g.e., s.95.

görülmektedir. Yıllar içinde artan trende rağmen gelişmiş ülkelere göre hala bu oran düşük kabul edilmektedir.

**Şekil 10 :** Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH içindeki payı



**Kaynak :** TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008 yılı verileri kullanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın harcamaları genel bütçe ödemeleri, döner sermaye gelirleri ve fon gelirlerinden karşılanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamalarının temel kaynağını genel bütçe gelirleri oluşturmaktadır. 1992 yılında toplam harcamaların %80'ini oluşturan genel bütçenin payı 2001 yılında %57,5'e kadar gerilemiştir. Buna karşılık, kullanıcıların ödemelerinden oluşan döner sermaye gelirlerinin payı da hızla artmıştır.<sup>76</sup> Şekil 10'da yıllar içinde Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içindeki yüzdesinin gelişimi yer almaktadır. Şekilde görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH'dan aldığı pay sürekli artmaktadır.

#### **2.3.1.1.1. Yeşil Kart Harcamaları**

Haziran 1992'de çıkarılan kanunla ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin kendilerine yeşil kart verilmesi suretiyle devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır.

<sup>76</sup> DPT, "2005 Yılı Sağlık Harcamaları Raporu", s.10.

Kamu sağlık harcamalarının reel olarak artmasına, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarındaki artış ile yeşil kart harcamalarındaki sıçrama neden olmuştur. Yeşil kart harcamalarının GSYİH'ye oranı 1999-2007 arasındaki yüzde 254 oranında artarken bu artış sosyal güvenlik kurumlarında yaklaşık yüzde 60 oranında olmuştur. Kamu sağlık harcamalarında bu dönemde yaşanan artışın yüzde 70'i bu iki alandan kaynaklanmaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı artarken Sağlık Bakanlığı'nın bütçe büyüklüğü aynı dönemde benzer bir reel genişlemeye muhatap olmamıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın bütçesine bütçe dışı fonlar eklenmiş ve yeşil kart harcamaları düşülmüş olarak ele alındığında, 1997-2006 arasında kurum bütçesinin reel olarak bütçe düşme eğilimi içinde olduğu görülmektedir.<sup>77</sup>

### **2.3.1.2. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları**

Türkiye'de SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sosyal güvenlik fonları kapsamında değerlendirilmektedir. SSK özel sektörde çalışanları ve kamu sektöründeki işçileri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/b maddesine göre çalışan sözleşmeli personeli, Bağ-Kur esnaf-sanatkar ve kendi namına çalışan kişileri, Emekli Sandığı ise emekli devlet memurlarını ile aktif olarak çalışan devlet memurlarını kapsamaktadır. Ayrıca bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler de dolaylı olarak kapsam içinde yer almaktadır. Türkiye'de sağlık sisteminin kapsayıcılığı incelendiğinde 2005 yılı itibariyle nüfusun %87'lik kısmının sağlık hizmetleri bakımından sosyal güvenlik kapsamında olduğu söylenebilir.<sup>78</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı dahilinde, “Herkes Sosyal Güvenlik” başlığı altında planlanan faaliyetler doğrultusunda; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, uzun vadeli sigorta programları ile kısa vadeli sigorta programlarının birbirinden ayrılması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Ayrıca, genel sağlık sigortasının oluşturulması, sosyal güvenlik kuruluşlarının kurumsal kapasitelerinin güçlendirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik bilgi sisteminin oluşturulması Sağlıkta Dönüşüm Projesi içerisinde de yer

---

<sup>77</sup> Veysi Seviğ, **a.g.m.**

<sup>78</sup> Volkan Yurdadoğ, **a.g.e.**, s.110.

almaktadır<sup>79</sup>.

### 2.3.1.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Harcamaları

16.05.2006 tarih ve 5502 sayılı kanunla Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı'na bağlı emekli işlemleri SGK adı altında birleştirilmiştir. SGK, sağlık hizmetleri karşılığı ödemeler yaparak hem Sağlık Bakanlığından hem de özel sektörden hizmet alır.

Sosyal Sigortalar Kurumu, Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre bir hizmet akdine bağlı olarak çalışan sigortalılara, emeklilere, dul ve yetimler ile sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerine sağlık hizmetleri sağlamakla yükümlüdür. 19 şubat 2005 tarihine kadar kendi bünyesindeki sağlık tesislerinde sigortalılarına sağlık hizmeti sunan SSK, Sağlık Bakanlığı-SSK Ortak Kullanım Protokolünün imzalanmasından sonra bu hizmetleri SGK şemsiyesi altında satın alma yoluna gitmiştir. İmzalanan bu protokolden sonra SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devir işlemleri tamamlanmıştır. SSK kurum dışı sağlık harcamalarında zaman içerisinde yapılan anlaşmalarla hızlı bir artış görülmektedir. 2003 yılında hariçte yaptırılan tedavi harcamaları 1.5 trilyon T.L. iken, 2004 yılında % 75 artarak 2.6 trilyon TL'ye yükselmiştir. 2005 yılında SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle kurum sağlık harcamalarının %80'ini sağlık hizmetleri satın almak için gerçekleştirmiştir. SSK toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının % 40'lar gibi büyük bir oranda olması dikkat çeken diğer bir konudur<sup>80</sup>.

14.09.1971 / 13956 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan yasaya göre bağımsız çalışanlara sigorta hizmetleri vermek üzere kurulan Bağ-Kur, 1985 yılından itibaren pilot bölgelerde sağlık hizmetleri de vermeye başlamış ve bu hizmetleri kademeli olarak geliştirerek 1988 yılı sonunda tüm mensuplarına yaygınlaştırmıştır. Bağ-Kur da SSK gibi sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla sağlayıp, sigortalılardan topladığı sağlık primleriyle bu hizmetleri finanse etmeye çalışmaktadır. 2006 da SGK'nın kurulması ile Bağ-Kur'lular SGK şemsiyesi altına girmiştir.

657 Sayılı Devlet Personel Kanununa göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların bağımlılarına sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile

<sup>79</sup> DPT, a.g.e.

<sup>80</sup> SSK, "2005 Yılı Çalışma Raporu", [www.ssk.gov.tr](http://www.ssk.gov.tr), s.1.

sağlık hizmeti sağlayan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi bir finans kurumu özelliğindedir. Emekli Sandığının finansman kaynağının aktif memurlardan alınan primler olmasına rağmen, bu kurum sağlık primi adı altında bir prim almamaktadır. Bu sağlık harcamaları, aktif çalışan Devlet Memurlarından “Emekli Sandığı Keseneği” adı altında kesilen paradan finanse edilir. Yani emeklilik primi altında tek bir kaleme alınan primler çalışanlara emeklilik dönemlerinde maaş imkanı sağlarken, aynı zamanda bu primler sağlık hizmetlerinin finansmanı için de kullanılmaktadır. Günümüzde Emekli Sandığı bütçesine, sanki devlet bütçesiyle birleşmiş gibi bir yapı kazandırılmış ve kurumun bütçesindeki açıklar otomatik olarak genel bütçeden karşılanmaktadır.

Aktif çalışan devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları ise her memurun bağlı olduğu kurumun Bakanlığının kendilerine ayrılan sağlık giderleri kaleminden finanse edilir. Şimdiye kadar Emekli Sandığından karşılanmakta olan aktif çalışan devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları 15.01.2010 tarihinden itibaren SGK kapsamına girmiştir.

Kamu sağlık harcamalarının ve SGK sağlık harcamalarının yıllar itibariyle nasıl bir gelişim izlediğine bakıldığında, kamu sağlık harcamalarının 2000-2007 arasında 7.7 milyar dolardan, 27.2 milyar dolara yükseldiği görülmektedir. (Tablo 7) Yaklaşık olarak 4 kat bir artış söz konusudur.

Toplam Kamu Sağlık Harcamaları ile SGK Sağlık Harcamalarını kıyaslayacak olursak, Tablo 8’ den da anlaşılacağı üzere toplam kamu sağlık harcamalarının yarısından daha fazlası SGK sağlık harcamaları olarak gerçekleşmektedir.

**Tablo 7 :** Toplam Kamu Sağlık Harcamaları (1999-2007) Milyon ABD Doları

KSH	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	7254	7724	6287	8885	11668	15722	19348	21984	27194

**Kaynak :** Türk Tabipler Birliği, “Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP”, Hakan Yılmaz, “Sağlıkta Harcama Politikaları”, Sosyal Güvenlik Kurumu Bülteni 2008 verilerinden faydalanılarak aktaran Ata Soyer, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım-Aralık 2007, s.433.

**Tablo 8 :** Toplam Kamu Sağlık Harcamaları ve SGK Sağlık Harcamaları, 2007, (SGK, 2008), Milyon ABD Doları

Yıl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>SGK</b>	4213	3753	5035	7144	9205	10207	12542	15188
<b>KSH</b>	7724	6287	8885	11668	15722	19348	21984	27194

**Kaynak :** Türk Tabipler Birliği, “Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP”, Hakan Yılmaz, “Sağlıkta Harcama Politikaları”, Sosyal Güvenlik Kurumu Bülteni 2008 2008 verilerinden faydalanarak aktaran Ata Soyer, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım-Aralık 2007, s.433.

SGK tedavi harcamalarına bakacak olursak (Tablo 9): Bu tedavi harcamalarında en büyük pay yaklaşık 6 milyar dolarlık tedavi harcaması ile SSK'ya aittir. Tedavi harcaması ile kastedilen SGK'nın hastanelere verdiği paralardır. Yani devlet, üniversite ve özel hastanelere yönlendirilen paralardır (Tablo 10). SGK tedavi harcamalarına bakıldığında devlet hastanelerine giden para, 2001-2007 arasında 5 misli artarken, aynı sürede üniversite hastanelerine giden para, 4,3 kat, özel hastanelere giden para da 7,6 kat artış göstermiştir. Devlet hastanelerinin, SGK tedavi harcamaları içindeki payı en üstte yer alırken, özel hastanelerin payı ciddi bir patlama yapmıştır: 2001–2007 arasında devlet (%65,9' dan %62,3'e ) ve üniversite (%18,4 'den %14,8'e) hastanelerin tedavi harcamalarındaki payı gerilerken, özel hastanelerin payı %15,7 'den %22,8'e yükselmiştir.

SGK' nın sağlığa akan parada en büyük paya sahip olması ve bu paranın ağırlıkla ilaç ve tedaviye gitmesi, salt niceliksel bir değişimi göstermemekte, aynı zamanda yeni bir modele geçildiğini de göstermektedir. SGK, parayı veren ve hizmeti satın alan, hastaneler de hizmeti satan ve bedelini alan işletmeler olarak, finansman ve hizmet sunumunun ayrıldığı modelin temel parçaları olarak belirlemektedir. Eski model hem parayı toplayan, hem de kendi kurumları aracılığı ile hizmeti sunan modelden, "hizmet satın alma- kaynak aktarma" modeline geçişin bir göstergesidir.<sup>81</sup>

**Tablo 9 :** SGK Tedavi Harcamaları (2000-2007), Milyon ABD Doları (SGK, 2008)

Yıl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>SSK</b>	997	922	985	1695	2451	2316	3895	5989
<b>Bağ Kur</b>	346	271	457	647	888	1022	1184	1053
<b>Kamu</b>	355	283	426	581	795	881	949	762
<b>Çalışanları</b>								

**Kaynak :** Türk Tabipler Birliği, “Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP”, Hakan Yılmaz, “Sağlıkta Harcama Politikaları”, Sosyal Güvenlik Kurumu Bülteni 2008 2008 verilerinden faydalanarak aktaran Ata Soyer, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım-Aralık 2007, s.433.

<sup>81</sup> Ata Soyer, “2007 Sonu İtibariyle Sağlık Harcamaları Bağlamında AKP'nin Sağlıkta “Pembe Tablosu”nun Akıbeti, **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB, Kasım-Aralık 2007, Cilt 22, Sayı 6, ss.433-434.

**Tablo 10 : SGK Tedavi Harcamaları (2000-2007), Milyon ABD Doları (SGK, 2008)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Devlet</b>	972	1198	2009	2858	2641	3864	4863
<b>Üniversite</b>	271	409	554	755	812	941	1157
<b>Özel</b>	233	261	360	520	766	1223	1782

**Kaynak : Türk Tabipler Birliği, “Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP”, Hakan Yılmaz, “Sağlıkta Harcama Politikaları”, Sosyal Güvenlik Kurumu Bülteni 2008 2008 verilerinden faydalanarak aktaran Ata Soyer, Toplum ve Hekim Dergisi, Kasım-Aralık 2007, s.433.**

Türkiye’de Sağlık Harcamalarının gidişatı hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek için bu yapının nereye gittiğini biraz daha irdelemek gerekmektedir. SGK 2008 yılında ilaç tekellerine ve özel hastane zincirlerine 25 milyar TL öderken bu paranın 18,5 milyar TL’sini sağlık primi olarak halktan toplamıştır. SGK gelir ve giderleri arasındaki fark 6,5 milyar TL’dir. Bu yıl bütçeden karşılanan bu farkın önümüzdeki yıllarda katkı payları ve cepten ödemelerle hastalar üzerinden kapatılacağını, giderleri fazla olması gerekçe gösterilerek yoksul ve işsizlere sunulan ücretsiz hizmetin kapsamının daraltılacağını söylemek mümkündür. 2008 yılında sağlık harcamalarında ilacın payı % 42, tedavinin payı % 56, optik ve diğer sağlık giderlerinin payı da % 2 oldu. Özellikle SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na devredilmesinin ardından sağlık ve özellikle ilaç harcamalarında önemli artışlar olmuş, ithalata bağımlılık derinleşmiştir.<sup>82</sup>

**Tablo 11 : SGK Gelir-Gider Dengesi, SGK Sağlık Harcamaları(2000-2007), Milyon ABD Doları**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>SGK-gelir</b>	13722	10956	13212	18704	24282	30937	38220	42963
<b>SGK- gider</b>	17579	14621	18468	27695	35435	44956	51026	62255
<b>Açık</b>	-3857	-3665	-5256	-8991	-11153	-14019	-12806	-19292
<b>SGK-sağlık harcamaları</b>	4214	3752	5035	7144	9205	10206	12544	15188
<b>Gelir/gider(%)</b>	78	75	72	68	69	69	75	69
<b>Sağlık h/SGK gelir(%)</b>	31	34	38	38	38	33	33	35
<b>Sağlık h/SGK gider(%)</b>	24	26	27	26	26	25	25	24

**Kaynak : Türk Tabipler Birliği, “Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP”, Hakan Yılmaz, “Sağlıkta Harcama Politikaları”, Sosyal Güvenlik Kurumu Bülteni 2008, s.434.**

SGK' nın parayı harcayan, paranın da ilaca ve tedaviye gittiği bu tabloda, bir

<sup>82</sup> Bedriye Yorgun, “Sermayenin Krizinin Bedelini Sermayeye Ödettirmenin Öznesi Gücü ve Güvencesi Bizleriz”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Ocak-Şubat 2009, Cilt 24, Sayı:1, s.55.

yönüyle vatandaşın sağlık hizmet sunumundan daha çok yararlandığı, hizmet sunanların da, ağırlıklı olarak hekimlerin (performans) adı altında eskiye kıyasla daha çok kazandığı bir destekle (pembe) bir renk kazanmıştır. Bu " pembe tablo", sürdürülebilirliği ise SGK gelir- gider dengesine bağlıdır (Tablo 11).

SGK, gelirleri 2000-2007 yılları arasında 13,7 milyar dolardan 43 milyar dolara çıkarken, giderleri 17,6 milyar dolardan 62,3 milyar dolara yükselmiştir. Gelirin ciddi bir şekilde artmasına karşın, giderlerin çok daha fazla artması neticesinde gelirin gideri karşılama oranını %78'den %69'a düşürmüştür. Yani, %31'lik bir açık, 20 milyar dolara yaklaşan bir açık söz konusudur. Ve de giderek artmaktadır. Bu, işin gidişi açısından bir negatif faktör olarak kabul edilmektedir. Sağlık harcamalarının SGK gelir ve giderleri içindeki payı ise önemli ölçüde değişmemiştir.

İlaç harcamaları, bu hükümet politikaları ile azaltılmak bir yana artmaktadır. Tedavi harcamalarında, Tablo 10'a bakarak, en büyük payın devlet hastanelerinde olduğu, özel hastanelerdeki patlamanın çarpıcı olduğu görülmektedir. İlk nokta şu; üniversite hastaneleri küçül(tül)üyor. Özel hastanelerin 2005 sonrası bir patlama yaptığını söyleyebiliriz. Bu payın artmasını beklemek gerekir. Oysa son günlerdeki gelişmelere bakıldığında, bazı özel hastanelerin " katkı payını yetersiz bulma" gerekçesi ile SSK'lı hastalara bakmamaya hazırlandıklarını öğreniyoruz.<sup>83</sup> Şu anki sağlık politikaları bir yanı ile özelleştirmenin önünü açan, ama açarken de kamu maliyesini zora soktuğunu göerek bunu sınırlamaya çalışan çelişkilerin bir yansımasıdır. Diğer yandan, halkın özelden yaralanma duygusunu da uluslar üstü kurumların baskısını arkasına alacağını düşünen büyük hastane/sağlık şirketlerinin hükümeti sıkıştırma/zorlama operasyonudur.<sup>84</sup>

Devlet hastanelerinin durumu biraz daha farklıdır. Tedavi harcamalarında en büyük payı devlet hastaneleri almakta, ama ciddi alacakları olan ve işletmeleşme yolunda önemli adımlar atmış bu hastaneler, işi götürmede artık zorlanmaktadırlar. Devlet ve üniversite hastanelerinin döner sermayelerinin (ağırlık devlet'te) alacağı 2000'de 416 milyon dolardan, 2006'da 4,6 milyar dolara yükselmiştir.<sup>85</sup> Bir başka hesaba göre döner sermaye

---

<sup>83</sup> Ata Soyer, **a.g.m.**

<sup>84</sup> Ata Soyer, **a.g.m.**, s.435.

<sup>85</sup> Hakan Yılmaz, "Sağlıkta Harcama Politikaları", Bursa Sunumu, 2007, s.1.

alacakları, döner sermaye gelirlerinin %28'inden %49'una kadar yükselmiştir. Bu, ciddi bir tıkanıklığın adıdır. Tam bu noktada, medyaya da yansıyan "maliye, sağıkta 7,5 milyar YTL'nin üstü alacakları silecek" şeklindeki haberler oldukça şaşırtıcıdır. Yani, mevcut sağık politikaları bir yandan hastaneleri verdiği hizmetin karşılığını alamama sonucu mali anlamda zora koşarken, diğer yandan sağık hizmetleri sunumundaki patlamadan ve yoksulların bu alandaki memnuniyetinden siyasi olarak faydalanmaktadır. 2004 ve 2005'te de benzer bir durum yaşanmıştı. En son, bir Mayıs 2007'de 2006 yılına ait 1 milyar YTL'lik borç silinmişti. 12 Şubat 2008'de toplanan Maliye-Çalışma-Sağık Bakanlıkları mutabakatı da, benzer bir çözüm üretiyor: "...yıl boyu Sağık Bakanlığı Hastanelerinde SSK, Bağ Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kartlılara verilen hizmetin karşılığı olarak bir büyüklük belirlendi. Bu büyüklüğünde yıllık 7,5 milyar YTL olduğu belirtildi. Şimdi bu miktarın üzerinde yazılan faturalar silinecek"<sup>86</sup> denilmektedir.

SGK, kendi finansal krizine, hükümet olanaklarını kullanarak, borçlarını ödememe yolu ile çözüm bulmaya çalışırken, sağıkta kamu harcama krizinin alarm seslerini duyurmuş oluyor. Diğer yandan da, parasını ödeyemediği devlet hastanelerini ciddi bir yönetememe krizine sürüklüyor. Bu durum, bu kurumlarda hizmetin sunumunun niteliğini geriletme ve çalışanlarının gelirlerini düşürme şeklinde yansıması kaçınılmazdır.

### **2.3.1.3. Sağık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Sağık Harcamaları**

Türkiye'de sağık hizmetlerinin sunumunda Sağık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kuruluşları yanında bakanlıklar, üniversiteler, KİT'ler, belediyeler ve fonlar da önemli role sahiptir. Ülkemizde sağık hizmetlerinin finansmanında ve üçüncü basamak sağık hizmetleri sunumunda önemli rol üstlenen üniversiteler katma bütçeli idareler olmaları itibarı ile hem katma bütçeden pay almakta hem de ürettikleri hizmetler karşılığında elde ettikleri gelirleri döner sermayelerinde değerlenmektedir. Üniversite hastanelerinin hizmet sunumu yanında en önemli özelliği uygulama ve araştırma merkezleri olarak tıp eğitimi de vermeleridir.

---

<sup>86</sup> Ata Soyer, **a.g.m.**

Üniversite hastanelerinin Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve üniversite döner sermayeleri olmak üzere iki ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanıldıkları gibi cari harcamalar için de kullanılabilir. Devlet hastanelerinden farklı olarak Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı, SGK tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği, Üniversite Hastanelerine farklı bir fiyatlandırma getirmektedir.

### 2.3.2. Özel Sektör Harcamaları

Yataklı tedavi kurumlarında verilen çeşitli hizmetler yıllar itibarıyla karşılaştırılıp incelendiğinde hem özel sektörde, hem de ülke genelinde sağlık hizmeti sunumunda bir artış gözlenmektedir. Ancak özel sektör hizmet sunumundaki artış, ülke genelindeki artıştan oldukça yüksektir. Bu aynı zamanda, özel sağlık kuruluşlarının, gün geçtikçe pastadan daha çok pay alması anlamına gelmektedir. Elde edilebilecek bir başka sonuç, ülke genelindeki sağlık hizmetlerindeki artışın yıllara göre dengeli dağılımına karşın, özel sektördeki genişlemede son birkaç yılın rolünün daha da belirginleştiğidir.<sup>87</sup>

TEPAV'ın 2008 yılı raporuna göre, 2007 yılında kamu kurumlarının özel sağlık kurumlarından aldığı sağlık hizmetlerinin bedeli 3 milyar YTL (2,3 milyar ABD doları) düzeyinde gerçekleşti. Bedeli ödenmeyerek ertelenen harcamalar ile bu tutarın 2,5 milyar dolar civarında olduğu tahmin ediliyor. Toplam kamu sağlık harcamalarının yüzde 9'u, toplam tedavi harcamalarının ise yüzde 21'i, 2007 yılında özel sağlık kurumlarına kaydı. 2002'de bu oranlar sırası ile yüzde 3,8 ve yüzde 14 olarak tespit edilmişti.<sup>88</sup>

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

<sup>87</sup> Sağlık Bakanlığı , [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), 2004, s.1.

<sup>88</sup> TEPAV, **İstikrar Enstitüsü, Mali İzleme Raporu**, 2008, s.10.

Yeni milli gelir serisine göre 1999 yılında GSYİH'nin yüzde 2,9'u düzeyinde olan genel yönetim sağlık harcamaları toplamı 2002 yılında yüzde 3,8 olmuştur. 2007 yılında bu rakam yüzde 4,1'dir.

Kamu sağlık harcamaları reel olarak artarken kamunun özel sağlık kurumlarından aldığı tedavi hizmetleri de artmaktadır. 2007 yılında kamu kurumlarının özel sağlık kurumlarından aldığı hizmetlerinin bedeli 3 milyar YTL (2.3 milyar ABD Doları) düzeyinde çıkmıştır. Bedeli ödenmeyerek ertelenen harcamaların ise 2.5 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Toplam kamu sağlık harcamalarının % 9'u, toplam tedavi harcamalarının ise % 21'i 2007 yılında özel sağlık kurumlarına kaydırılmıştır. 2002 yılında bu oranlar sırası ile 3.8 ve yüzde 14'tür.

**Tablo 12 :** Türkiye'de Özel Hastane ve Özel Hastane Yatak Sayıları ile Yıllara Göre Değişim

Yıllar	Özel Hastane	Değişim (%)	Yatak Sayısı	Değişim (%)
1996	159		6057	
1997	184	15,72	6406	5,76
1998	212	15,22	8504	32,75
1999	232	9,43	10121	19,01
2000	234	0,86	10074	-0,46
2001	239	2,14	10020	-0,54
2002	241	0,84	11870	18,46
2003	246	2,07	11824	-2,46
2004	253	2,85	11774	-0,42
2005	268	5,93	12339	4,79
2006	305	13,81	13707	11,08
2007	331	8,52	15340	11,91

**Kaynak :** Sağlık Bakanlığı İstatistik Yılığında aktaran Onur Hamzaoğlu, **a.g.m.**, s:34

Kamusal sağlık hizmetinin daraltılmasıyla sağlık alanı özele bırakılmakta, sağlık bütçesi özele kaynak aktarma aracı olarak kullanılmaktadır. AKP hükümeti döneminde SGK ilaç harcamaları yaklaşık 2,5 kat artmıştır. SGK' nın Döner Sermayeli Devlet Hastanelerine yaptığı ödeme 2002-2008 arasında 4 kat artarken, SGK' nın özel hastanelere aktardığı kaynak tam 14 kat artmıştır. Bu astronomik artış SGK'yı kuranların, hayatımıza

Genel Sağlık Sigortası diye sağlık vergisi ödeme yükümlülüğü getirenlerin bunu hangi toplumsal katmanlar için yaptığını açıkça göstermektedir.<sup>89</sup>

Bu gelişmeler çerçevesinde, sağlık harcamaları 1999-2007 döneminde reel olarak yüzde 40 gibi oldukça yüksek bir oranda artmıştır. İstikrar programlarının uygulandığı bir dönemde sağlık harcamalarının üzerindeki tasarruf baskısı da yoğunlaşmıştır<sup>90</sup>.

Özel sektörle ilgili bir diğer önemli tespit ise; Türkiye’de 251 özel hastanenin 245 (%98)’i , 12449 özel hasta yatağının 11508 (%92)’i 18 ilde bulunmaktadır. Söz konusu 18 il, ülke GSYİH’nın %70’ini alırken, özel hasta yatağı bulunmayan 41 ilin GSYİH’den aldığı pay %13.5 tir.<sup>91</sup>

#### **2.4. TÜRKİYE ve DÜNYADA İLAÇ HARCAMALARI**

Sağlık harcamalarının önemli bir kalemi olan ilaç harcamalarına bakacak olursak; Türkiye’nin 2004 yılında ilaç harcamaları 6 milyar YTL iken 2005 yılında ilaç harcamaları 9 milyar YTL oldu. Bu artışın en önemli nedeni, 2004 yılında kabul edilen 5222 sayılı kanunla Yeşil Kartlılara yapılan düzenleme ile sadece yatan hastaların değil ayakta tedavi olan hastaların da ilaç giderlerinin genel bütçeden ödenmesi kararlaştırılmıştır. Böylece ilaç harcamalarında büyük bir artış yaşanmıştır. Bu durumun bu çalışmaya konu olan TRB2 bölgesine yansımaları bölgesel analiz başlığı altında ayrıca incelenecektir.

Türkiye ve dünyada 2005 yılında üretici fiyatları baz alındığında eczane satışlarına göre kişi başı ilaç tüketimini inceleyecek olursak;

Türkiye 93 dolar, İtalya 250 dolar, İspanya 250 dolar, İngiltere 250 dolar, Almanya 325 dolar, Fransa 375 dolar, Japonya 480 dolar, ABD 670 dolar, Meksika 70 dolar

---

<sup>89</sup> Bedriye Yorgun, **a.g.m.**, s.55.

<sup>90</sup> Veysi Seviğ, **a.g.m.**

<sup>91</sup> Onur Hamzaoğlu, **a.g.m.** s.422.

Arjantin 50 dolar, Brezilya 40 dolar'dır. Türkiye kişi başına diğer ülkelere göre daha az ilaç tüketmekle beraber ulusal gelire oranla bakıldığında dünyada başlarda gelmektedir.<sup>92</sup>

**Tablo 13 :** Türkiye ve Bazı Ülkelerdeki İlaç Tüketiminin GSYİH' ya Oranının Karşılaştırılması

ÜLKELER (YIL 2000)	Üretici Fiyatları ile İlaç Tüketimi (\$) / GSMH (\$)
Türkiye	1.37
Almanya	0.91
Fransa	1.22
Japonya	1.21
Norveç	0.51
İsviçre	0.77

**Kaynak :** OECD verileri.

Türkiye'de 1996'da 0.93

2001'de 1.69

2005'de 1.93

Tablo 13'de 2000 yılı itibariyle Türkiye ve bazı gelişmiş ülkelerdeki ilaç tüketiminin GSYİH' ye oranı görülmektedir. Diğer 5 ülkeyle kıyaslandığında Türkiye'nin oranı daha yüksek gerçekleşmiştir. OECD 2000 yılı verilerine göre Türkiye'de toplam sağlık harcamalarımız içinde ilaç harcamalarının payı % 32 olarak gerçekleşmiştir. Aynı oran ABD'de % 12, Almanya'da % 13.5, Fransa'da % 20, Danimarka'da % 9 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi Türkiye'de sağlık harcamalarının ortalama üçte biri ilaç harcaması olarak gerçekleşmektedir.<sup>93</sup>

**Tablo 14 :** Yıllara Göre İlaç ve Hammadde İhracat ve İthalatı, Milyon ABD \$, Türkiye

Yıllar	İhracat	İthalat
2003	246,2	2419
2004	248,2	2710
2005	281,7	2845
2006	312,6	3035
2007	357,8	3523
2008	421,4	4360

**Kaynak :** İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü verilerinden yararlanarak tarafımızdan hazırlanmıştır.

<sup>92</sup> Bülent Gümüşel, " Türkiye'de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi" Hyatt Regency Oteli Toplantı Sunumları, 2006, s.3.

<sup>93</sup> OECD,2000 Verileri, [www.oecd.org](http://www.oecd.org), Erişim: 20.12.2009, s.5.

Tabloda 2003-2008 yılları arasındaki ilaç ve hammadde ihracat ve ithalat oranları görülmektedir. İthalatın miktarının ihracatın miktarına oranla on kat fazla olması ilaç ve hammadde dışı bağımlı olduğunun bir göstergesidir.

Ülkelerin ilaç harcamaları ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyümelerindeki (GSYİH) artışlar arasında sıkı bir ilişki vardır. Ülkelerin gelir seviyesi ve endüstrileşmesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmakta ve dolayısıyla ilaç harcamaları da düşük gelirli ülkelerden oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir.1990 yılı verilerine göre; ülkeler GSYİH'nin yaklaşık %0.6 ila %0.9'unu ilaç harcamalarında kullanmışlardır.

2003-2007 yılında dünya ülkeleri GSYİH'dan ortalama %9.3'lük payı sağlık harcamaları için kullanmıştır. Dünya toplam sağlık harcamalarının ortalama % 59.4'ü kamu kaynaklarından, % 40.6'sı özel kaynaklardan sağlanmıştır. Yine 2003 yılında dünyada kişi başına ortalama 483\$ sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Sanayileşmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 2500 \$'ın üzerinde sağlık harcaması gerçekleşmesine rağmen, az gelirli ve orta gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 200 \$'ın altında bir harcama gerçekleşmiştir. Buradan hareketle gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcaması ve tüketimi gelişmiş ülkelere göre görece olarak oldukça düşük düzeyde kalmaktadır. Fakat toplam sağlık harcamalarında ilaç harcamalarının almış olduğu payın gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olması da ayrı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık %45-50 arasında seyretmektedir. Başka bir ifade ile Sosyal Güvenlik Kurumları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç ürünleri için kullanmaktadır. 1998-2002 döneminde Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen ilaç harcaması bu iki kurumun toplam sağlık harcamasının %55-60'ını oluştururken SSK ilaç harcamaları kurumun toplam sağlık harcamasının %33-38'ini oluşturmuştur. Devlet, memurları ve bağımlıları için yaklaşık 600 trilyon TL ilaç ürünü harcaması yapmıştır. Bu devlet memurları için yapılan toplam sağlık harcamasının %52 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında olmayan bireylerin

doğrudan kendileri tarafından ilaç alımları için yaptıkları harcamalar ile ilgili kesin ve sağlıklı veriye ulaşmakta ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.

OECD ülkelerinde ilaç harcamalarının GSYİH'daki payı %0,5 ile %2,1 arasında değişmektedir. 1990 yılından sonra OECD ülkelerinde ilaç harcamaları ülke GSYİH'larının ortalama %0,86 ile %1,47'lik kısmını oluşturduğu görülmektedir. OECD ülkelerinde toplam ilaç giderlerinin toplam sağlık harcamalarındaki payı 2000 yılından sonra %10 ile %34 arasında değişmektedir. Türkiye ilaç harcamalarının ülke toplam sağlık harcamalarındaki payının 1990 yılında %20 olduğu OECD Sağlık Veri Setinde görülmektedir. Bu oranın günümüzde %35-40'lar civarında olduğu düşünüldüğünde Türkiye'de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarında önemli bir yer tuttuğu ortadadır.<sup>94</sup>

Dünyada ulusal ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %7 ile %66'sını oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ulusal ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %24 ile %66'sını oluştururken, gelişmiş ülkelerde bu oran %7 ile %30 arasında değişmektedir. Türkiye'de son yıllarda ilaç harcamaları, toplam sağlık harcamalarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

**Tablo 15 : SGK Sağlık Harcamaları (2000-2007), Milyon ABD Doları (SGK, 2008)**

Yıl	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tedavi	1698	1475	1868	2923	4134	4220	6027	7803
İlaç	2222	1996	2838	3762	4479	5251	5944	6732

**Kaynak : Türk Tabipler Birliği, "Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP", Hakan Yılmaz, "Sağlıkta Harcama Politikaları", Sosyal Güvenlik Kurumu Bülteni 2008 verilerinden faydalanarak aktaran Ata Soyer, Toplum ve Hekim Dergisi, s.433.**

Tablo 15'te görüldüğü gibi SGK sağlık harcamaları ağırlıkla ilaç ve tedaviye gitmektedir. 2000-2005 yılları arasında ilaç harcamaları daha ağırlıktayken, 2006 ile birlikte tedavi harcamalarının ilaç harcamalarını geçmesi ilginçtir. SGK ilaç harcamalarının kamu ilaç harcamalarındaki payı ise 2000 yılında %74 iken, 2003 de %77,4'e çıkmış, 2007 de ise %71'e gerilemiştir. Bu durum bizi yanıltmamalıdır. Çünkü

<sup>94</sup> "Türkiye'de ve Dünyada İlaç Endüstrisi", [www.tegv.org](http://www.tegv.org), Erişim:10.03.2010, s.1.

toplam ilaç sarfiyatı ve poliklinik sayıları artarken ilaç harcamalarının sınırlanmasından söz etmek çok gerçekçi değildir.<sup>95</sup>

---

<sup>95</sup> Ata Soyer, **a.g.m.**, s.433.

### 3. Bölüm

## ORTADOĞU ANADOLU BÖLGESİNDEKİ (TRB2) SAĞLIK HARCAMALARININ BÜYÜME ve KALKINMAYA ETKİSİ

Çalışmamızda şimdiye kadar sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları, ekonomik büyüme ve kalkınma kavramları teorik olarak incelenmiş, sağlık harcamalarının Türkiye ve Dünyada ekonomik göstergelerle nasıl bir ilişkisinin olduğu gösterilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde ise teze konu olan Ortadoğu Anadolu Bölgesini de sağlık harcamaları ve ekonomik göstergeler yönünden inceleyeceğiz. Şimdiye kadar gelinen noktada, sağlıklı olmanın ekonomik anlamda bir değer ifade ettiğini anlamış bulunuyoruz. Ortadoğu Anadolu Bölgesinde (TRB2) öncelikle genel göstergelere bakılacak, daha sonra ise ekonomik ve sağlık göstergeleri incelenecektir. Elde edilen verilere dayanarak analiz yapılmaya çalışılacaktır.

TÜİK , İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına(İBBS) göre, Ortadoğu Anadolu Bölgesini(TRB) TRB1 (Malatya, Elazığ, Bingöl Tunceli); TRB2 (Van, Bitlis, Muş, Hakkari) olarak ikiye ayırmıştır. Bu çalışmaya konu olan TRB2 bölgesidir. Bölge Van, Muş, Bitlis ve Hakkari olmak üzere dört ilden oluşmaktadır. Doğu Anadolu Bölgesinde yer alan bölge, 41.755 km<sup>2</sup>'lik yüzölçümü ile Türkiye yüzölçümünün % 5,3'üne denk gelmektedir. Adrese dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (2008 Nüfus Sayımı) verilerine göre bölgenin kilometrekareye 48 kişi olan nüfus yoğunluğu, 91 olan ülke nüfus yoğunluğunun altındadır<sup>96</sup>.

Çalışmanın devamında kişi başına düşen yatak sayısı, öğretmen başına düşen öğrenci sayısı, bölgedeki çalışan sayılarının, maaş ve ücretlilerin Türkiye toplamı içindeki payı, kişi başına GSYİH, işsizlik ve işgücü oranı, bebek ölüm hızı gibi istatistiki verilerden faydalanılarak bölge sağlık harcamaları ve büyüme yönünden incelenecektir.

### 3.1. ORTADOĞU ANADOLU BÖLGESİ (TRB2) GENEL GÖSTERGELERİ

TRB2 Bölgesinin (Bitlis, Hakkâri, Muş ve Van illeri) 2008 yılı itibari ile nüfusu 1.994.165 kişidir. 2008 TÜİK nüfus sayım verilerine göre, TRB2 Bölgesi nüfusu Türkiye

<sup>96</sup> TÜİK, "Bölgesel Göstergeler TRB2", [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) , 2008, Erişim : 10.12.2009, s.1.

nüfusunun yüzde 2,79'luk bölümünü oluşturmaktadır.

**Tablo 16:** TRB2 Bölgesi Genel Göstergeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye	Bölge/ Türkiye
<b>Nüfus (Kişi)</b>	326.897	258.590	404.309	1.004.369	1.994.165	71.517.100	<b>% 2,79</b>
<b>Nüfus Yoğunluğu</b>	46	36	50	52	48	91	<b>% 52,75</b>
<b>Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)</b>	-3	48	-3	25	18	13	-
<b>Aldığı Göç (Kişi)</b>	11.721	7.801	10.058	21.187	50.767	2.273.492	-
<b>Verdiği Göç (Kişi)</b>	20.957	6.981	25.896	30.275	84.109	2.273.492	-
<b>Net Göç (Kişi)<sup>1</sup></b>	-9.236	820	-15.838	-9.088	-33.342	-	-
<b>Net Göç Hızı (%)</b>	-27,86	3,18	-38,42	-9,01	-	-	-
<b>Şehir Nüfusunun Toplam Nüfusa Oranı (%)</b>	51,60	55,40	34,20	51,20	48,40	75,00	-
<b>Yüz ölçümü (Km2)</b>	6.707	9.521	8.196	19.069	43.493	814.578	<b>% 5,34</b>
<b>Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sırası</b>	79	77	81	75	26	-	-
<b>Kişi Başına Düşen GSYİH Miktarı (\$)</b>	646	836	578	859	764	2.146	<b>% 35,61</b>

**Kaynaklar:** 1) 2008 ADNKS TÜİK Nüfus Sayımı, 2) Bölgesel Göstergeler TRB 2 TÜİK 2008, 3) İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, (DPT 2003), 4) Bölgesel İstatistikler TÜİK 2001

İllerin nüfus yoğunlukları karşılaştırıldığında; 81 il içerisinde, Van 48. , Muş 51. , Bitlis 57. ve Hakkâri 63. sıradadır. Düzey 2 Bölgeleri arasında karşılaştırma yapıldığında ise, TRB2 Bölgesi nüfus yoğunluğu açısından 26 bölge içinde 19. sırada yer almaktadır. Bölgenin nüfus yoğunluğunun Türkiye ortalamasının yaklaşık yarısı kadar olduğu görülmektedir.

2008 yılı TÜİK verilerine göre, 81 il içerisinde Hakkâri nüfusu en hızlı artan 3. ildir. Van 15., Muş 61. ve Bitlis 62. sırada yer almaktadır. Bölge düzeyinde bakıldığında, TRB2 bölgesi 26 bölge içinde nüfusu en hızlı artan 11.bölgedir.

Kent nüfusunun toplam nüfus içindeki oranına göre; 81 il içerisinde, Hakkâri 56., Bitlis 65., Van 67. ve Muş 79. sırada, TRB2 Bölgesi 26 bölge içinde 25. sırada yer almaktadır.<sup>97</sup>

<sup>97</sup> DAKA, "Ön Bölgesel Gelişme Planı 2008-2009", [www.daka.org.tr](http://www.daka.org.tr) , Erişim:30.01.2010, s.1.

TRB2 Bölgesinin net göç rakamları ve nüfus artış hızları birlikte değerlendirildiğinde göç vermesine rağmen Bölgenin Türkiye ortalamasının üzerinde bir nüfus artış hızına sahip olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, bölgenin aynı zamanda çevre illerden göç almasıdır.

Kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla (KBDGSYİH) tutarının illere göre karşılaştırılması yapıldığında; 81 il içerisinde, Van 72., Hakkâri 76., Bitlis 78. ve Muş 80. sırada yer almaktadır. TRB2 Bölgesi 26 bölge içinde kişi başına düşen yurt içi hâsıla sıralamasında 25. sıradadır. Bölgenin kişi başına düşen gayri safi yurt içi hâsıla tutarı ülke ortalamasının % 35'i kadardır.

DPT tarafından 2003 yılında yapılan iller İtibariyle Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması'na göre; 81 il içerisinde, Van 75., Hakkâri 77., Bitlis 79. ve Muş 81. sırada yer almaktadır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması açısından TRB2 Bölgesi, 26 bölge içinde 25. sıradadır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması; illerdeki demografik yapının, işgücü talebinin, istihdamın sektörel dağılımının, eğitim ve sağlık hizmetlerinin, fiziki ve sosyal altyapı olanaklarının, üretim seviyesinin ve gelir düzeyinin il nüfusunun ihtiyaçlarını karşılamada sağladıkları başarı ile tanımlanır.

### **3.1.1. İstihdam**

TRB2 Bölgesinde işsizlik oranı ülke geneline göre daha yüksektir. Bunun yanı sıra, mevcut istihdam ağırlıklı olarak tarım sektöründe olup, ücretler ülke ortalamasına göre daha düşük bir seviyededir. Ayrıca, mesleki beceri kazandırılması gereken geniş bir genç nüfus kitlesi mevcuttur.

TRB2 Bölgesi, 425.000 toplam işgücü ile ülke işgücünde % 17,8'lik bir paya sahiptir. Bölgede hizmetler sektörü istihdam oranı (% 52,2) ülke oranının (% 49,5) üzerindedir. Sanayi sektörü istihdam oranı (% 13,7) ülke ortalamasının (% 26,8) altında iken, tarım sektörü istihdam oranı (% 34,3) ülke ortalamasının (% 23,7) üzerindedir.

Ancak TRB2 Bölgesi için 2007 ve 2008 verileri karşılaştırıldığında; toplam işgücünde %14 civarında bir artış gözlenmektedir. Tarım sektöründeki istihdam oranı azalırken özellikle hizmet sektöründeki istihdam oranında bir artış olmuştur.<sup>98</sup> Bölgenin en gelişmiş ili olan Van'da kamu hastanelerinin istatistiklerinden edinilen bilgilere göre son 4-5 yıl içinde hastanelerde istihdam edilen işçi sayıları; Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi:520, İpekyolu Devlet Hastanesi:134, Van Doğumevi Hastanesi:319, Van Yüksek İhtisas Hastanesi:157, Van Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi:52 şeklinde gerçekleşmiştir.Hizmet sektörü istihdamında önemli bir yeri olan sağlık sektöründe sadece Van ilindeki kamu hastanelerinde toplamda 1182 işçi temizlik, güvenlik, bilgi işlem, yönlendirme, teknik hizmetler vb. adı altında çalıştırılmaktadır. Bu sayılara işçi aileleri de dahil edildiğinde hizmet sektörünün birçok insan için önemli bir geçim kaynağı olduğunu söylemek yanlış olmaz.

**Tablo 17:** TRB2 Bölgesi İstihdam Göstergeleri

	TRB2 Bölgesi		Türkiye
	2007	2008	2008
<b>Toplam işgücü (Bin)</b>	372	425	23.805
<b>Tarım Sektörü İstihdam Oranı (%)</b>	46,00	34,30	23,70
<b>Sanayi Sektörü İstihdam Oranı (%)</b>	11,60	13,70	26,80
<b>Hizmet Sektörü İstihdam Oranı (%)</b>	42,50	52,20	49,50

**Kaynak:** Bölgesel Göstergeler TRB 2 TÜİK 2008

TRB2 Bölgesinin, sanayi ve hizmet sektörlerinde çalışan sayılarının Türkiye toplamı içindeki payı %7'dir. Bu oran Düzey 2 bölgeleri ile kıyaslandığında Bölge, 26 bölge içinde 23. sırada yer almaktadır. Sanayi ve hizmet sektörlerinde çalışanların maaş ve ücretlerinin Türkiye toplamı içindeki payı %5'tir. Bu oran Düzey 2 bölgeleri ile kıyaslandığında ise Bölge, 26 bölge içinde 24. sırada yer almaktadır. Bölgede işgücünün vasıfsız olması nedeni ile ücretler göreceli olarak düşüktür.<sup>99</sup>

<sup>98</sup> DAKA, a.g.m., s.3.

<sup>99</sup> DAKA, a.g.m.

**Tablo 18:** TRB2 Bölgesi İşgücü Göstergeleri (15 + yaş)

	TRB2 Bölgesi	Türkiye
Kurumsal olmayan sivil nüfus (bin)	1.926	69.724
15 ve daha yukarı yaştaki nüfus (bin)	1.093	50.772
İşgücü(Bin)	425	23.805
İstihdam (bin)	364	21.194
İşsiz (bin)	60	2.611
İşgücüne dâhil olmayan nüfus (bin)	668	26.967
İşgücüne katılma oranı (%)	38,90	46,90
İşsizlik oranı (%)	14,20	11,00
İstihdam oranı (%)	33,30	41,70
Tarım dışı işsizlik oranı (%)	19,80	13,60

**Kaynak:** Bölgesel Göstergeler TRB 2 TÜİK 2008

**Not :** Kurumsal olmayan sivil nüfus; okul, yurt, otel, çocuk yuvası, hastane, hapishane, kışla ya da ordu evlerinde ikamet edenler ve yabancı uyruklular dışında kalan nüfustur.

Tablo 18 incelendiğinde, bölgede işsizlik oranının (%14) Türkiye ortalamasının (%11) üzerinde olduğu görülmektedir. Tarım dışı işsizlik oranında (TRB2:%19.8, Türkiye: %13.6) ise önemli bir fark göze çarpmaktadır. Tablo 18 ve Tablo 18'daki verilerden TRB2 Bölgesinde tarımsal istihdamın ülke ortalamasının üstünde olduğu anlaşılmaktadır. Bölgede tarım dışı işsizlik oranının, işsizlik oranından daha yüksek olması, kentli işsizlerin oranının ülke ortalamasının üstünde olduğunu göstermektedir. Tabloda göze çarpan bir başka önemli nokta, TRB2 Bölgesi'nde 15 yaş altı nüfusun kurumsal olmayan sivil nüfusa oranının Türkiye geneline göre oldukça yüksek olmasıdır. Türkiye genelinde 15 yaş altı nüfusun kurumsal olmayan sivil nüfusa oranı % 27 iken TRB2 Bölgesinde bu oran % 43'tür. Bu nüfus grubuna yapılacak eğitim ve mesleki beceri kazandırma yatırımları Bölgenin uzun vadede sosyo-ekonomik kalkınmasına katkı sağlayacaktır.

### 3.1.2. Eğitim

TRB2 Bölgesinde yaşanan eğitim ve kültürel altyapı sorunları bu aktivitelere ilişkin eğitim sektörü gelişmişlik sıralaması öncelikli olmak üzere, okur-yazarlık oranı, kadın okur-yazarlığı, meslek lisesi kayıtlılık oranları ve kütüphane, sinema, tiyatro salonu ve spor tesisleri verileri temel alınarak ortaya konulmuştur.

**Tablo 19:** TRB2 Bölgesi Eğitim Göstergeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
Eğitim Sektörü Gelişmişlik Sırası	76	70	80	77	26	-
Okur-yazar Oranı (Yüzde)	75,70	71,30	71,30	73,00	72,85	85,71
Okur-yazar Kadın Oranı (Yüzde)	73,00	61,70	60,50	62,90	64,50	81,67
İlköğretimde öğretmen başına öğrenci sayısı	25	30	30	33	30	23
Genel Lise Öğrenci Sayısı	6.849	10.130	5.805	26.529	49.313	2.271.900
Meslek Lisesi Öğrenci Sayısı	4.588	4.595	3.426	9.424	22.033	1.565.264
Üniversite Bitirenlerin 22+ Yaş Nüfusa Oranı	5,19	5,98	3,65	4,94	4,94	8,42
Üniversite Kontenjan Sayısı	1.617	582	1.304	5.753	9.256	614.858

**Kaynaklar:** 1) İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, (DPT 2003), 2) 2008 ADNKS TÜİK Nüfus Sayımı, 3) Bitlis, Muş, Hakkâri ve Van İl Milli Eğitim Müdürlükleri 2008 verileri, 4) İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, (DPT 2003), 5) [www.osym.gov.tr](http://www.osym.gov.tr)

Tablo 19 'da görüldüğü üzere Eğitim Sektörü gelişmişlik sıralamasında; 81 il içerisinde, Hakkâri 70. , Bitlis 76. , Van 77. ve Muş 80. sırada yer almaktadır. TRB2 Bölgesi ise, 26 bölge içerisinde en son sırada bulunmaktadır. 2008 yılında bölgede okur-yazar nüfus oranı (%72.85) Türkiye ortalamasının (%85.71) yaklaşık 13 puan altındadır. Kadınların ise sadece % 64,5'i okur-yazardır. İlköğretimde öğretmen başına öğrenci sayısı, bölge illerinin tümünde Türkiye ortalamasına göre daha fazladır.

Türkiye'de her 100 öğrenciden 41'i meslek liselerine kayıtlıyken, TRB2 Bölgesinde her 100 öğrenciden 31'i meslek liselerine kayıtlıdır. Türkiye'de üniversite bitirenlerin 22 yaş üstü nüfusa oranı % 8.42'dir. TRB2 Bölgesinde ise bu oran % 4.94 olup, Türkiye ortalamasının yarısı kadardır. Bunun yanı sıra TRB2 Bölgesinin kendi içindeki dağılımı da homojen değildir, örneğin Muş ili'nde bu oran 3.65'e kadar düşmüştür. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi 1982 yılında bölgede kurulan ilk üniversite olup bölgedeki en iyi örgütlenme yapısına sahip yüksek eğitim kurumudur. TRB2 kapsamındaki diğer üç ilde ise Bitlis Eren Üniversitesi, Hakkâri Üniversitesi ve Muş Alparslan Üniversitesi 2007 tarihinde kurulmuştur. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde 2006 – 2007 öğretim yılında kaydı olan toplam 16.601 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrencilerin 6.409'u ön lisans, 8.331'i lisans, 1.861'i ise lisansüstü programına kayıtlıdır. TRB2 bölge illerinde üniversitelere ayrılan öğrenci kontenjanlarının, Türkiye genelinin çok altında

olduğu görülmektedir.<sup>100</sup>

### 3.1.3. Kültür Ve Sanat

TRB2 Bölgesi'nde kültürel ve sanatsal faaliyetlere yönelik altyapı incelendiğinde, genç nüfusun yüksek olduğu bölgede, sinema sayısı oldukça yetersiz kalırken, tiyatro sayısı göreceli olarak daha yüksektir. Aynı zamanda bölge illerinde kütüphane sayısı nüfusa oranla yetersiz kalmaktadır.

**Tablo 20:** TRB2 Bölgesi Kültür ve Sanat Göstergeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Kütüphane Sayısı</b>	7	4	6	10	27	1.178
<b>Sinema Salonu Sayısı</b>	2	1	-	4	7	1.045
<b>Sinema Koltuk Sayısı</b>	280	375	-	524	1.179	153.736
<b>Tiyatro Salon Sayısı (Kamu)</b>	1	-	-	1	2	57
<b>Tiyatro Salon Sayısı (Özel)</b>	1	2	3	7	13	55
<b>Tiyatro Koltuk Sayısı</b>	420	750	670	3.369	5.271	42.502
<b>Spor Kulübü</b>	19	16	18	30	83	6.035
<b>Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü'ne ait spor tesisi sayısı</b>	32	19	39	42	132	8.986

**Kaynaklar:** 1) İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması Verileri (TUİK 2006 - Van İl Bölge Müdürlüğünden alınmıştır),

2) İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması Verileri (TUİK 2002 - Van İl Bölge Müdürlüğünden alınmıştır)

Amatör spor aktivitelerinin gerçekleştirilmesi ve lisanslı sporcu yetiştirecek salon sayısı Türkiye'deki toplam salon sayısının % 1,5'idir. Bölgede kültürel ve sportif faaliyetler için gerekli altyapının oluşturulması hem kentlilik bilinci, hem de toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından önemlidir.<sup>101</sup>

<sup>100</sup> DAKA, a.g.m., s.5.

<sup>101</sup> DAKA, a.g.m., s.6.

### 3.1.4. Sağlık

TRB2 Bölgesinde sağlık sektörü; altyapı sorunları, sağlık sektörü gelişmişlik sıralaması öncelikli olmak üzere, her on bin kişiye düşen sağlık personeli sayısı, eczane sayısı, hastane yatak sayısı ve bebek ölüm oranları verileri temel alınarak ortaya konulmuştur.

**Tablo 21:** TRB2 Bölgesi Sağlık Göstergeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Sağlık Sektörü Gelişmişlik Sıralaması</b>	74	80	78	73	25	-
<b>Pratisyen hekim sayısı (onbinde)</b>	5,06	6,64	4,56	6,93	5,99	7,93
<b>Uzman hekim sayısı (onbinde)</b>	2,9	3,17	2,71	3,82	3,3	8,09
<b>Diş hekimi sayısı (onbinde)</b>	0,82	0,57	0,44	0,51	0,55	2,55
<b>Sağlık memuru sayısı (onbinde)</b>	9,64	7,83	7,05	5,84	6,86	9,46
<b>Ebe sayısı (onbinde)</b>	4,15	2,72	3,53	2,61	3,02	6,06
<b>Eczacı sayısı (onbinde)</b>	0,15	1,01	1,13	1,14	0,94	3,44
<b>Hastane yatak sayısı (onbinde)</b>	14,49	8,32	15,54	18,89	15,85	25,87

**Kaynak:** 1) İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, (DPT 2003),  
2) İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması Verileri (TUİK 2006 - Van İl Bölge Müdürlüğünden alınmıştır),  
3) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, (Sağlık Bakanlığı 2007).

TRB2 Bölgesi, sağlık sektörü gelişmişlik sıralamasında 26 bölge içinde 25. sırada yer almaktadır. On bin kişi başına düşen sağlık personeli sayısı ve hastane yatak sayısı verileri bölgede sağlık hizmetlerinin Türkiye geneline göre oldukça geri olduğunu göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının bölgedeki hastanelerde ve tüm sağlık sektöründe yarattığı olumlu değişiklikler bölge halkına memnuniyet artışı olarak yansımaktadır. Örneğin, mecburi hizmet yasası, her hekime bir poliklinik odası uygulaması, hekim seçme hakkı, performans dayalı ek ödeme sistemi ile bıçak parası uygulamasının büyük ölçüde yok olması, hizmet kalite standartlarını artırma çalışmaları, yeşil kart uygulamaları, koruyucu sağlık hizmetlerinde hastanın ayağına giden sağlık hizmetleri, hasta hakları uygulamaları bunlardan bazılarıdır. Yani verilen her hizmette 'hasta odaklı' bir felsefe benimsenmiştir. Bu uygulamaların sonucunda yıllardır hizmete aç olan bölge halkının memnuniyeti artmıştır. Fakat yöre halkının eğitim ve kültür düzeyi vasat olduğundan bazen hak arama noktasında ilginç olaylara rastlamak da mümkündür. Özellikle hasta hakları konusunda, hastalar ve hasta sahipleri tarafından 'her şeye

hakkımız var’ şeklinde algılanırken, bu durum çalışanlar arasında ‘çalışanın hiç mi hakkı yok’ şeklinde algılanmakta ve çalışan memnuniyeti düşmektedir. Bütün bu gelişmelerle beraber, bölgedeki hızlı nüfus artışı ve bölgenin sürekli olarak göç alması (İran, Afganistan, Kırgızistan ve civar iller tarafından) bölgenin sağlık göstergelerini istatistik anlamda geriletmektedir.

TRB2 sağlık verilerini incelerken hastanelere başvuran hastaların Sosyal Güvenlik durumuna göre dağılımına da bakmak gerekir. Aşağıda Tablo 22’de bölgenin en büyük hastanesi konumunda olan Van Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2009 yılında başvuran hastaların sayıları ve sosyal güvencelerine göre dağılımları görülmektedir.

**Tablo 22 :** VEAH 2009 yılı ilk 11 ay verileri.

<b>HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYAL GÜVENCELERİ</b>		
<b>SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI</b>	<b>HASTANEYE TOPLAM BAŞVURU SAYISI</b>	<b>BAŞVURANLARIN DAĞILIMI (%)</b>
<b>Yeşil Kart</b>	<b>563.810</b>	<b>66,80</b>
<b>SSK</b>	<b>134.642</b>	<b>15,95</b>
<b>BAĞ-KUR</b>	<b>31.583</b>	<b>3,74</b>
<b>Genel Bütçeli Kurumlar</b>	<b>33.809</b>	<b>4,01</b>
<b>Emekli Sandığı</b>	<b>14.856</b>	<b>1,76</b>
<b>Diğer</b>	<b>65.370</b>	<b>7,74</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>844.070</b>	<b>100,00</b>

**Kaynak :** Van Eğitim Araştırma Hastanesi, 2009 yılı istatistik verileri kullanılarak tarafımızdan oluşturulmuştur.

Tablodan da anlaşılacağı üzere hastaneye başvuran hastaların % 66.80’ni Yeşil Kartlılar oluşturmaktadır. Ortadoğu Anadolu Bölgesinde halkın sosyal güvence durumunun büyük bir yüzdesini Yeşil Kartlılar oluşturmaktadır. Daha önce İlaç Harcamaları başlığı altında da değindiğimiz ilaçta ayakta ve yatan hastada fark ödemeyi kaldıran sağlık politikaları 2008 yılına gelindiğinde daha fazla dayanamamış, 2008 yılında alınan kararlarla ayakta tedavi gören hastalarda % 20 fark alınmaya başlanmıştır.

**Tablo 23:** TRB2 Bölgesi Bebek Ölüm Oranları

	<b>Bitlis</b>	<b>Hakkâri</b>	<b>Muş</b>	<b>Van</b>	<b>TRB2 Bölgesi</b>	<b>Türkiye</b>
<b>Bebek Ölüm Oranı (%)</b>	52	55	55	61	55,75	43

**Kaynak:** TÜİK, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), “Bölgesel Göstergeler TRB 2”, 2008, Erişim: 20.12.2009

2000 yılı verilerinde bebek ölüm hızı Türkiye genelinde ‰ 43, TRB2 kapsamındaki illerde de ‰ 55.75 olarak belirtilmiştir. Bebek ölüm oranlarının yüksek olması TRB2 Bölgesinin sağlık alanındaki mevcut genel durumunun önemli bir göstergesidir.

### 3.1.5. Tarım

TRB2 Bölgesinin temel iktisadi faaliyeti tarım ve tarımın bir alt sektörü olan hayvancılıktır. Bölgenin tarımsal mevcut durumu; arazi dağılımı, sulama potansiyeli, bitkisel üretim, hayvansal üretim, su ürünleri üretimi, organik tarım ve tarımda makineleşme konuları altında ortaya konulmuştur.

**Tablo 24:** TRB2 Bölgesi Arazi Kullanım Dağılımı (ha)

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Arazi Yüz ölçümü</b>	671.518	714.684	819.600	1.906.900	4.112.702	78.356.238
<b>Tarım Alanı %</b>	20,09	8,61	41,75	18,97	21,89	33,20
<b>Çayır Mera Alanı%</b>	35,22	51,72	45,88	71,27	56,93	18,65
<b>Orman ve Fundalık Alan%</b>	24,67	24,48	8,89	1,38	10,69	26,42
<b>Diğer Araziler %</b>	20,02	15,19	3,48	8,38	10,49	21,72

**Kaynak:** DAKA, “Ön Bölgesel Gelişme Planı 2008-2009”, [www.daka.org.tr](http://www.daka.org.tr), s.7.

TRB2 Bölgesinde toplam arazinin % 21,89’u tarım arazisi olarak kullanılmaktadır. Bu oran ülke ortalamasının (% 33,20) altındadır. Ancak Muş’ta bu oran % 41,75 ile ülke ortalamasının da üzerindedir. Çayır mera alanı ise, TRB2 Bölgesinin % 56,93’ünü oluşturmaktadır; bu oran Türkiye ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu da bölgenin çayır mera alanı açısından zengin olduğunu ve bölgenin hayvancılık faaliyetleri potansiyeli olduğunu göstermektedir. Orman ve fundalık alan, TRB2 Bölgesinde toplam arazinin % 10,69’unu oluştururken, ülke ortalaması %26,42’dir.

Bölgenin tarımsal üretim değerleri incelendiğinde, canlı hayvan değerinin bölge ekonomisinde önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Ancak, hayvan mevcuduna göre hayvansal ürünler değerinin ülke geneliyle karşılaştırıldığında düşük kalması, hayvan varlığının verimliliğinin düşük olduğunu göstermektedir. Bölgenin tarım arazisinin ülke tarım arazisine oranı % 3.4’tür. Buna rağmen tarımsal üretim değerleri ülke değerleri ile

kıyaslandığında oldukça düşük düzeyde kalmaktadır.

**Tablo 25:** TRB2 Bölgesi Tarımsal Üretim Değerleri (Bin TL)

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye	Bölge/ Türkiye
<b>Bitkisel Üretim Değeri</b>	118.953	156.926	135.465	139.322	550.665	56.799.894	% 0,96
<b>Canlı Hayvan Değeri</b>	182.195	176.312	516.796	583.097	1.458.400	24.666.222	% 5,91
<b>Hayvansal Ürünler Değeri</b>	123.559	77.016	211.463	219.464	631.503	22.921.524	% 2,75

**Kaynak:** Bölgesel Göstergeler TRB 2 TÜİK 2008

Tarım İl Müdürlükleri 2007 yılı verilerine göre; bitkisel üretim açısından Bölgenin 4 ilinde de kuru tarım hakimdir. Bölge illerinin tümünde tarım arazilerinin büyük çoğunluğunu tarla arazisi oluşturmaktadır. Tarla bitkileri içerisinde ilk sırayı hububat üretimi (Muş 174.634 ha., Van 146.959 ha., Bitlis 52.000 ha., Hakkâri 20.648 ha.) almakta bunu yem bitkileri (Van 77.221 ha., Bitlis 22.040 ha., Hakkâri 13.979 ha., Muş 10.386 ha.) ve endüstri bitkileri üretimi (Muş 18.669 ha., Van 5.718, Bitlis 3.540 ha., Hakkâri 458 ha.) izlemektedir.

Bölgede sebze ve meyve üretimi genellikle aile ihtiyacına yönelik ya da il ihtiyacına yönelik yapılmaktadır. Bitlis ilinin Adilcevaz ilçesinde yetiştirilen ceviz, il ve bölgede aranılan bir üründür. Muş ilinde endüstri bitkileri üretimi diğer illere göre öne çıkmaktadır. <sup>102</sup>

Tablodan Van ilinde küçükbaş hayvancılığın, Muş ilinde büyükbaş hayvancılığın, Bitlis ve Hakkâri illerinde ise arıcılığın yaygın olarak yapıldığı görülmektedir. Bölgede hayvancılık, çağdaş üretim tekniklerinin çok az kullanıldığı küçük aile işletmeleri tarafından geçimlik bir faaliyet olarak ve genellikle meraya dayalı yapılmaktadır.

TRB2 Bölgesi toplam canlı hayvan miktarı açısından ülke sıralamasında ilk sırada yer almasına rağmen, üretim değerleri düşüktür.

<sup>102</sup> DAKA, a.g.m., s.9.

**Tablo 26:** TRB2 Bölgesi Mevcut Hayvan Varlığı

		Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Küçükbaş</b>	Koyun	444.000	549.914	1.264.490	2.491.918	4.750.322	25.201.155
	Keçi	147.850	125.861	215.207	204.545	693.463	6.609.937
	<b>Toplam</b>	<b>591.850</b>	<b>675.775</b>	<b>1.479.697</b>	<b>2.696.463</b>	<b>5.443.785</b>	<b>31.811.092</b>
<b>Büyükbaş</b>	Kültür*	5.394	3.201	10.924	14.273	33.792	2.109.393
	K.Melezi*	9.550	29.317	47.064	34.771	120.702	4.395.090
	Yerli*	31.133	34.068	181.831	121.809	368.841	3.564.863
	Manda	4.403	142	5.668	146	10.359	103.900
	<b>Toplam</b>	<b>50.480</b>	<b>66.728</b>	<b>245.487</b>	<b>170.999</b>	<b>533.694</b>	<b>10.173.246</b>
<b>Kanath</b>	Tavuk (Et)	8.000	2.380	28.000	0	38.380	238.101.895
	T.(Yumurta)	104.600	147.450	415.650	284.500	952.200	58.774.172
	Hindi	24.940	14.850	111.020	107.050	257.860	3.902.346
	Ördek	7.390	4.260	57.550	21.720	90.920	770.436
	Kaz	9.820	2.280	120.950	19.535	152.585	1.250.634
	<b>Toplam</b>	<b>154.750</b>	<b>171.220</b>	<b>733.170</b>	<b>432.805</b>	<b>1.491.945</b>	<b>302.799.483</b>
<b>Arı Kovanı</b>		42.590	45.205	19.330	23.012	130.137	4.399.725

Kaynak: TB, TRB Ortadoğu Anadolu Bölgesi Tarım Master Planı (2004).

**Tablo 27:** TRB2 Bölgesi Hayvansal Ürün Üretimi

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Süt (ton)</b>	57.151	50.573	231.103	180.043	518.870	10.679.407
<b>Kırmızı Et (Ton)</b>	1.109	1.199	79	2.503	5.683	447.153
<b>Beyaz Et (ton)</b>	0	0	0	14	14	914.458
<b>Yumurta (ton)**</b>	3.229	1.190	2.200	2.446	9.065	690.972
<b>Bal (ton)</b>	708	527	390	347	1.972	73.929
<b>Balmumu (ton)</b>	43	0	10	26	79	3.471
<b>Yapağı (ton)</b>	813	982	2.162	3.870	7.827	45.972
<b>Kıl (ton)</b>	73	60	97	101	331	2.715
<b>Deri (adet)</b>	41.642	36.054	1.435	35.296	114.427	6.884.746

Kaynak: TB, TRB Ortadoğu Anadolu Bölgesi Tarım Master Planı (2004).

(\*\*)1600 adet yumurta 1 ton kabul edilmiştir

Ortadoğu Anadolu Tarım Master Planı ve Tarım İl Müdürlüklerinden sağlanan veriler, Bölgede bulunan hayvan varlığının çoğunlukla düşük verimli yerli ırklardan (% 65) oluştuğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, hayvan bakım ve beslenme şartlarının kötü olması, çayır ve meraların niteliksiz ve verimsiz olması, kaba yem açığının bulunması, bitkisel üretimle hayvancılığın bir arada yapıldığı işletmelerin arazi, tarımsal mekanizasyon, damızlık hayvan, kredi ve üretim yönünden yetersizliği, pazar ve pazarlama organizasyonunun olmaması, hayvancılığın üretim ve veriminin düşük olmasının önemli nedenlerindedir.

### **3.1.6. Su ve Balıkçılık**

#### **Bitlis**

Doğal göller (191.080 ha.), baraj ve rezervuarlar (2.251 ha.) gölet ve bentler (82 ha.) ve nehirler (368 ha.) olarak yaklaşık 193.781 ha. yüzey suyu bulunmaktadır. Yaklaşık 191.080 ha. alana sahip Van gölü sodalıdır. Bazı nehirlerde balıkçılık veya sportif amaçlı amatör balıkçılık için uygun mahalli sazan türleri (Cyprinidae familyası) bulunmaktadır. Van Gölü'ne özgü "İnci Kefali" balık çeşidi bulunmaktadır.

#### **Hakkâri**

Doğal göller (139 ha.) ve akarsu yüzeyleri (550 ha.) olarak yaklaşık 689 ha. yüzey suyu bulunmaktadır. Saniyede 7 m<sup>3</sup> debili ve sıcaklığı 12 °C olan 6 adet akarsu bulunmaktadır. Bu nehir boyları alabalık ve aynalı sazan üretimi için uygundur.

#### **Muş**

Doğal göller (3.224 ha), baraj ve rezarvuarlar (17.388 ha.), gölet ve bentler (69 ha.) ve akarsular (667 ha.) olmak üzere yaklaşık 21.348 ha. yüzey suyu bulunmaktadır. Yerüstü su kaynağı potansiyeli 4.505,93 hm<sup>3</sup>/yıl, yer altı su kaynağı potansiyeli 117 hm<sup>3</sup>/yıl dır. Toplam su potansiyeli 4.622,93 hm<sup>3</sup>/yıl dır.

## Van

Doğal göller (197.767 ha.), baraj ve rezarvuvarlar (7.034 ha.), gölet ve bentler ( 254 ha.) ve akarsular (1.327 ha.) olmak üzere yaklaşık 206.382 ha. yüzey suyu bulunmaktadır. Saniyede 7 m<sup>3</sup> debili ve sıcaklığı 12 °C olan 6 adet akarsu bulunmaktadır. Bu nehir boyları alabalık ve aynalı sazan üretimi için uygundur. Van Gölü ve çevresi su ürünleri üretiminde önemli yeri olan inci kefalinin üretim miktarı 2007 TÜİK verilerine göre 10.626 tondur. İnci kefali üretimi ülkedeki iç su balıkçılığı üretiminin üçte birini oluşturmaktadır.<sup>103</sup>

**Tablo 28:** TRB2 Bölgesi Organik Tarım

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye	Bölge/Türkiye (%)
Çiftçi Sayısı (kişi)	1	---	75	---	76	10.553	0,7
Ekilen Alan (ha)	4.030	---	820	--	4.850	135.359	3,6
Üretim (ton)	200	---	1.752	---	1.952	432.403	0,5

**Kaynak:** Bölgesel Göstergeler TRB 2 TÜİK 2008

Tablo incelendiğinde Muş ilinde ekilen 820 ha. alanda 1.752 ton üretim yapılırken, Bitlis'te ekilen 4.030 ha. alana karşılık 200 ton üretim olduğu görülmektedir. Bölgedeki diğer iki ilde henüz sertifikalı organik tarım yapılmamaktadır.

TRB2 Bölgesi ekilen alan açısından Türkiye ile kıyaslandığında küçümsenemeyecek bir orana sahipken; çiftçi sayısı ve üretim miktarı açısından ülke seviyesinin altında olduğu görülmektedir.

TRB2 Bölgesinde modern tarımsal yöntem ve teknolojilerden yeterince yararlanılmadığı tablodaki verilerden görülmektedir. Örneğin; Türkiye'de toplam biçerdöver sayısı 12.776 iken tüm TRB2 Bölgesinde bu sayı sadece 1'dir. Ayrıca Türkiye'deki toplam 1.056.128 adet traktörün sadece 12.766'sı, 5.749 adet sabit süt sağım makinesinin 37'si, 1.365.260 pulluğun 13.435'i TRB2 Bölgesinde bulunmaktadır. Bölgedeki makineleşme oranı, Türkiye ortalamasının oldukça altındadır.

<sup>103</sup>Tarım Bakanlığı, "TRB2 Ortadoğu Anadolu Bölgesi Tarım Master Planı", [www.tarim.gov.tr](http://www.tarim.gov.tr), 2004, s.5.

**Tablo 29:** TRB2 Bölgesi Tarımsal Alet ve Makine Mevcudu

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye	Bölge/Türkiye (%)
<b>Pulluk</b>	2.157	620	6.542	4.116	13.435	1.365.260	1
<b>Ekim Makinesi</b>	831	6	636	1.346	2.819	357.851	1
<b>Gübre Dağıtma makinesi</b>	710	1	1.893	184	2.788	341.399	1
<b>Seyyar Süt Sağım makinesi</b>	28	--	50	28	106	164.051	0
<b>Su Pompası</b>	316	1.254	2.381	962	4.913	580.422	1
<b>Sabit Süt sağım makinesi</b>	1	4	1	31	37	5.749	1
<b>Bıçerdöver</b>	1	---	--	--	1	12.775	-
<b>Traktör</b>	1.528	672	6.607	3.959	12.766	1.056.128	1

**Kaynak:** TÜİK, “Bölgesel Göstergeler TRB 2”, 2008, s.10.

### 3.1.7. Sanayi

TRB2 Bölgesi sanayi göstergeleri incelendiğinde, bölgenin ülke ortalamasına göre endüstriyel gelişmişlik açısından oldukça geri kaldığı görülmektedir. Sanayi sektöründe çalışanların sayısı açısından, TRB2 Bölgesi 23. sırada yer almaktadır. Çalışanların maaş ve ücretleri açısından bakıldığında ise Bölge 24. sıradadır.

Maddi mallara ilişkin brüt yatırımların Türkiye toplamı içindeki payına göre TRB2 Bölgesi, 26 bölge içinde 22. sırada yer almaktadır.

Kişi başına düşen ithalat tutarı illere göre kıyaslandığında; 81 il içerisinde, Hakkâri 68., Van 72., Bitlis 76. ve Muş 77. sırada yer almaktadır. TRB2 Bölgesi ise 26 bölge içinde son sırada yer almaktadır.

Kişi başına düşen ihracat tutarı illere göre kıyaslandığında; 81 il içerisinde, Hakkâri 17., Bitlis 70. , Van 73. ve Muş 78. sırada yer almaktadır. TRB2 Bölgesi ise 26 bölge içinde 24. sırada yer almaktadır.

**Tablo 30:** TRB2 Bölgesi Sanayi Göstergeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Kişi başına ithalat (\$)</b>	3	20	2	13	10	2.409
<b>Kişi başına ihracat (\$)</b>	19	650	3	10	90	1.520
<b>Sanayi işletmeleri elektrik tüketimi 2008 (MWh)</b>	9.962	563	5.355	68.229	84.109	50.903.627
<b>İl sanayi elektrik tüketimi/Türkiye S.E.T. oranı (%)</b>	0,02	0	0,01	0,13	-	-

**Kaynaklar:** 1) Bölgesel İstatistikler TÜİK 2001, 2) EİA 2009

İl sanayi elektrik tüketiminin Türkiye sanayi elektrik tüketimine oranı, TRB2 illerinin sanayileşmede oldukça geri kaldığını açıkça göstermektedir. TRB2 Bölgesi, OSB ve KSS yapılanmaları açısından da ülke geneline göre yetersiz altyapıya sahiptir.

**Tablo 31:** TRB2 Bölgesi Sanayi Bölgeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>OSB Sayısı</b>	1	1	1	1	4	259
<b>OSB parsel sayısı</b>	-	-	56	44	100	28.726
<b>KSS iş yeri sayısı</b>	266	100	143	639	1148	81.302
<b>İmalat sanayi iş yeri sayısı</b>	2	2	2	13	19	11.118

**Kaynak:** Sanayi ve Hizmetler Sektörü Göstergeleri TÜİK (2007).

TRB2 Bölgesi imalat sanayi gelişmişlik sıralamasında 25. sırada yer almaktadır. 2009 yılı itibarıyla, TRB2 Bölgesinde bulunan Van ve Muş Organize Sanayi Bölgeleri (OSB) dışında, diğer iki ildeki OSB'lerin altyapı çalışmaları devam etmektedir.

**Tablo 32:** TRB2 Bölgesi İş Kayıtlarına Göre Girişim Sayıları

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye	Bölge/Türkiye (%)
<b>TOPLAM</b>	6.838	4.732	7.189	26.034	44.793	3.175.493	1,4
<b>İmalat</b>	496	328	457	1.513	2.794	401.966	0,7

**Kaynak:** Bölgesel Göstergeler TRB 2 TÜİK 2008

TRB2 Bölgesinde imalat sektöründe girişim sayısının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

### **3.1.8. Turizm**

Bölgeye gelen ziyaretçi sayısı ve turizm altyapısı verileri incelendiğinde, bölgenin turizm potansiyelini yeterince değerlendiremediği ve bu alanda yatırımlara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

TRB2 Bölgesi; kış sporları ve dağcılık imkânları, endemik flora ve faunaları, termal suları, zengin tarihi ve kültürel varlıkları ile dört mevsim önemli bir turizm potansiyeline sahip olmasına rağmen tablodaki veriler incelendiğinde Bölgenin turizmden yeterince pay alamadığı görülmektedir.<sup>104</sup>

Bölgede öne çıkan turizm ürünleri şunlardır:

#### ***Kış Turizmi***

Bölge, iklim koşulları ve coğrafi yapısı itibarıyla kış turizmi potansiyeline sahiptir. Kayak yapmaya elverişli alanlar bulunmasına rağmen ulaşım, güvenlik ve tesis eksikliği gibi sorunlardan dolayı bu potansiyel değerlendirilememektedir.

#### ***Kültürel Miras Turizmi***

Tarih öncesi dönem ile İslam ve Hıristiyan kültürünün örneklerini oluşturan tarihi eserler açısından, TRB2 Bölgesi son derece zengindir. Bitlis'te 436, Hakkâri'de 22, Muş'ta 50 ve Van'da 119 olmak üzere bölgede toplam 627 adet tescilli taşınmaz kültür varlığı mevcuttur. Ancak bu eserlerin birçoğu ya büyük oranda tahrip edilmiş ya da bozulmaya yüz tutmuştur.

#### ***Termal Turizm***

Van'da 6, Bitlis'te 3 ve Muş'ta 3 termal su kaynağı mevcut olmasına rağmen bu

---

<sup>104</sup> DAKA, a.g.m., s.11.

kaynakların değerlendirilmesi için kayda değer bir yatırım yapılmamıştır.

**Tablo 33:** TRB2 Bölgesi Turizm Göstergeleri

	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye	Bölge/Türkiye (%)
<b>Yabancı Ziyaretçi Sayısı (2008)</b>	5.136	2.056	418	43.908	51.518	26.336.677	0,19
<b>Yerli Ziyaretçi Sayısı (2008)</b>	42.352	28245	63.819	283.542	417.958	44.818.000	0,93
<b>Turistik Belgeli Tesis Sayısı (2007)</b>	3	4	5	11	23	3.290	0,007
<b>Belediye Belgeli Tesis Sayısı (2007)</b>	12	6	5	21	44	7.073	0,006
<b>Turistik Belgeli Tesislerin Yatak Sayıları (2007)</b>	334	328	350	1.266	2.278	786.453	0,003
<b>Belediye Belgeli Tesislerin Yatak Sayıları (2007)</b>	610	193	222	1.435	2.460	399.110	0,006

**Kaynak:** İlgili İl Kültür ve Turizm Müdürlükleri, TÜİK, Kültür ve Turizm Bakanlığı 2007–2008

### ***Kıyı Turizmi***

Dünyanın en büyük sodalı gölü ve Türkiye'nin en büyük gölü unvanına sahip Van Gölü yaklaşık 430 km. kıyı şeridinde sahiptir. Potansiyel olarak kıyı turizmi imkânı mevcut olmakla birlikte henüz turizm amaçlı düzenli bir kıyı çalışması mevcut değildir. Buna rağmen Van Gölü sahilleri doğal haliyle kıyı turizmi amaçlı kullanılmaktadır.

### **3.1.9. Enerji**

TRB2 Bölgesi enerji göstergeleri incelendiğinde, bölgenin enerji tüketiminin ülke ortalamasının oldukça altında kaldığı, öte yandan özellikle güneş enerjisi yatırımları açısından önemli bir potansiyele sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 34 : TRB2 Bölgesi Enerji Göstergeleri**

	Birim	Bitlis	Hakkâri	Muş	Van	TRB2 Bölgesi	Türkiye
<b>Toplam elektrik tüketimi - (2008)</b>	MWh	194.205	150.685	214.527	577.809	1.137.226	161.948.000
<b>Kişi başına elektrik tüketimi - (2008)</b>	KWh	594	583	531	575	570	2.264
<b>Elektrik tüketimi/Türkiye E.T - (%)</b>	Oran	0,14	0,11	0,16	0,43	0,84	100
<b>İşletmede olan hidroelektrik santral sayısı - kurulu gücü</b>	Adet-MW	2 – 0,6	1 – 1,28	2 – 1,5	4 – 18,4	9 – 21,78	142 – 12.788,2
<b>Planlama, Proje ve inşaat aşamasında olan hidroelektrik santral sayısı - kurulu gücü</b>	Adet-MW	1 – 6 0	2 – 231,6	2 – 360	2 – 47,2	7 – 698,8	230 – 14.111
<b>Kurulabilecek rüzgar enerjisi santral güç kapasitesi - REPA(Rüzgar hızı&gt;=7m/s)</b>	MW	22	29	0	19	71	48.000
<b>Yıllık ortalama güneş enerjisi global radyasyon değerleri – GEPA</b>	KWh/m <sup>2</sup> - yıl	1.605	1.611	1.592	1.636	1.618	1.524
<b>Yıllık ortalama güneşlenme süresi – GEPA</b>	Saat	2.691	3.510	2.687	3.069	2.989	2.737
<b>Jeotermal kaynak sayısı - (Sıcaklığı 25-100 °C)</b>	Adet	3	0	3	7	13	~236

**Kaynak:** TEDAŞ: 2008 yıllık raporu, DSİ 2009, TÜİK 2008, EİE 2009, MTA 2009., REPA: rüzgar enerjisi potansiyel atlası (EİE), GEPA: güneş enerjisi potansiyel atlası (EİE)

Bölge illerinde kişi başına düşen elektrik tüketimi, iletim hat kayıpları ve kaçak kullanım miktarı hariç tutulduğunda, Türkiye ortalamasının yaklaşık dörtte biri civarındadır. Bu oran, Bölgenin gelişmişlik açısından istenen seviyenin altında olduğunu göstermektedir. Van'ın sanayi elektrik tüketim değerinin nüfusuna oranı diğer bölge illerine göre daha yüksektir. Bu da bölge illeri içerisinde Van'ın sanayi açısından merkezi bir konumda olduğunu göstermektedir.

Bölge illeri akarsu kaynakları bakımından zengin bir potansiyele sahiptir. Fakat enerji üretimi açısından bu akarsu kaynaklarından yeterince faydalanılmadığı, işletmede

olan hidroelektrik santral (HES) sayısından ve bunların kurulum güçlerinden açıkça anlaşılmaktadır. Bölgede işletme halinde olan HES'lerin mevcut kurulu güç kapasitesi yaklaşık 22 MW'tir. Planlama raporu ve kati projesi hazır olan ve inşaatı devam eden HES'lerin toplam kurulu gücü ise yaklaşık 700 MW'tir.

Elektrik İşleri Etüt İdaresi (EİE) tarafından hazırlanan Türkiye Rüzgar Enerjisi Potansiyel Atlası (REPA) verilerine göre bölge illerinde ekonomik açıdan (rüzgar hızı >7m/s) kurulabilecek rüzgar enerjisi santrali kurulu güç kapasitesi toplamda 70 MW civarındadır. Bu değer Türkiye potansiyeli olan 48.000 MW içinde çok küçük bir orana tekabül etmektedir.

EİE tarafından hazırlanan Türkiye Güneş Enerjisi Potansiyel Atlası (GEPA) verilerine göre bölge illerindeki yıllık ortalama güneş enerjisi global radyasyon değeri m<sup>2</sup> başına Van için 1635 kWh, Hakkâri için 1610 kWh, Bitlis için 1604 kWh ve Muş için 1591 kWh olarak ölçülmüştür. Bölgedeki tüm illerde bu değer Türkiye ortalaması olan m<sup>2</sup> başına 1524 kWh'in üstündedir. Bölge illerinin yıllık ortalama güneşlenme süreleri de Türkiye ortalamasının çok üzerindedir.

Bölge illerindeki mevcut doğal jeotermal kaynakların sıcaklık değerleri jeotermal elektrik santral yapımı için teknik olarak uygun değildir. Günümüz teknolojisiyle kaynak suyu sıcaklığı 150 °C ve üzerindeki değerlere sahip jeotermal kaynaklardan elektrik enerjisi üretilebilmektedir. Bu sebeple bölgedeki mevcut jeotermal kaynaklar ancak turizm, sağlık ve ısıtma amaçlı olarak kullanılabilir.<sup>105</sup>

### **3.2. TRB2 İLLER İTİBARI İLE GAYRİ SAFİ YURTİÇİ HASILA GÖSTERGELERİ**

Kişi başına gayri safi katma değere bakılacak olursa, konunun daha iyi anlaşılabilmesi açısından İstanbul, İzmir, Kocaeli illerinin içinde olduğu gelişmiş bazı bölgelerle TRA2 (Kars-Ağrı) gibi TRB2'ye yakın bir bölgenin verileri ile kıyaslanmıştır ve maalesef TRB2 bölgesinin 2005-2006 yıllarında 26 bölge içinde son sıralarda, 2004

---

<sup>105</sup> DAKA, a.g.m., s.13.

yılında ise 25. olduğu görülmüştür.

**Tablo 35 : İller İtibari ile Kişi başına GSYİH,1987-2001**

Yıllar	BİTLİS		HAKKARİ		MUŞ		VAN	
	TL	Gelişme Hızı (%)	TL	Gelişme Hızı (%)	TL	Gelişme Hızı (%)	TL	Gelişme Hızı (%)
1987	370209		324363		281700		482150	
1988	633946	71,2	580738	79,0	568649	101,9	770485	59,8
1989	1184258	86,8	972439	67,4	923150	62,3	1378701	78,9
1990	2032784	71,7	1729556	77,9	1827445	98,0	2560852	85,7
1991	3451423	69,8	3586002	107,3	2911260	59,3	4334959	69,3
1992	6377462	84,8	6936908	93,4	5101703	75,2	7407625	70,9
1993	10756615	68,7	11549139	66,5	8127383	59,3	13177850	77,9
1994	19464089	80,9	23974984	107,6	16281759	100,3	23647583	79,4
1995	35314704	81,4	43866186	83,0	30474269	87,2	46859971	98,2
1996	66349567	87,9	70429901	60,6	53335306	75,0	81309105	73,5
1997	155629371	134,6	160363247	127,7	116578138	118,6	160850859	97,8
1998	278489127	78,9	306042488	90,8	214623371	84,0	314037522	95
1999	403619443	44,9	435057721	42,2	338852880	57,9	468789849	49,3
2000	554372719	37,4	704530159	61,9	455466596	34,4	701915321	49,7
2001	782259083	41,1	1012347985	43,7	700297377	53,8	1040895400	48,3

**Kaynak :** Van Ticaret ve Sanayi Odası, “Bölgesel Göstergeler TRB2 TUİK 2008”

**Tablo 36 : Kişi Başına Gayrisafi Katma Değer (GSKD)**

İBBS2/İktisadi Faaliyet Kolları	Kişi Başına GSKD (TL)					
	2004	Sıra	2005	Sıra	2006	Sıra
TR10 İstanbul	11.481	1	12.902	1	14.914	1
TR31 İzmir	9.385	5	10.541	6	12.099	6
TR51 Kocaeli-Sakarya-Düzce-Bolu-Yalova	10.320	2	11.785	2	13.862	2
TRA2 Ağrı-Kars-Iğdır-Ardahan	2.992	24	3.427	24	3.867	25
TRB2 Van-Bitlis-Muş-Hakkari	2.727	25	3.159	26	3.392	26

**İBBS2 :** İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey 2

İstihdam oranlarının yıllara göre gelişimine bakıldığında ise 2006-2007-2008 yıllarında % 30' luk bir istihdam seviyesiyle TRB2 bölgesi oldukça kötü durumdadır. Yani TRB2 bölgesindeki çalışabilecek durumdaki her 3 kişiden biri istihdam edilebilmiştir.

**Tablo 37 : TRB2 15+ Yaş İşsizlik ve İstihdam Oranları**

Yıl	Kurumsal Olmayan Çalışma Çağındaki Nüfus	İstihdam Edilenler	İşsizlik Oranı (%)	İstihdam Oranı (%)
2006	1.137.000	431.000	8,5	37,9
2007	1.033.000	372.000	12,4	36,0
2008	1.093.000	364.000	14,2	33,3

Kaynak : TÜİK, <http://tuikrapor/tuik.gov.tr>, Erişim 17.03.2010

**Tablo 38 : TRB2 GSYİH'nın İktisadi Faaliyet Kollarına Göre Dağılımı**

	1000 TL	Sağlık İşleri ve Sos. Hiz.	Sektörlerin GSYİH İçindeki Payı	
			Eğitim	Sağlık
2008	950.534.251	15.577.687	2,9	1,6
2009	953.973.862	16.453.065	3,3	1,7

Kaynak: TÜİK 2008-2009 <http://tuikrapor/tuik.gov.tr> Erişim:01.04.2010

Sektörel dağılıma bakıldığında, TRB2 bölgesinde 2008 yılında sağlık sektörü nün GSYİH'dan aldığı pay % 1,6, 2009 yılında ise 1,7'dir. Ekonomik kalkınmadan söz edebilmek için eğitimin payının da yüksek olması gerekir. 2008 yılında eğitim sektörünün GSYİH'dan aldığı pay, % 2,9 iken, 2009 yılında bu oran % 3,3 olarak gerçekleşmiştir. Bu rakamlar bölgenin eğitim ve sağlıkta oldukça geride olduğunun göstergesidir.

### 3.3. TRB2 İLLER İTİBARI İLE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

#### 3.3.1. Bitlis İli Verileri

Bitlis İl Sağlık Müdürlüğünden alınan verilere göre, Bebek Ölüm Sayılarının 2005-2009 yılları arasında arttığını görmekteyiz. Bu durum bebek ölüm sayısı ile ilgili

bildirimlerin artması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca gelişmiş ülke ortalaması olan %0 6'ya göre Bitlis ili oldukça kötü durumdadır.

**Tablo 39 : Bitlis İli Bebek ve Anne Ölümleri**

<b>YIL</b>	<b>BEBEK ÖLÜM HIZI (%)</b>	<b>BEBEK ÖLÜM SAYISI</b>	<b>AÖH (YÜZBİNDE)</b>	<b>AÖS</b>
<b>2005</b>	<b>16.71</b>	<b>69</b>	<b>48.43</b>	<b>2</b>
<b>2006</b>	<b>14.36</b>	<b>77</b>	<b>93.01</b>	<b>5</b>
<b>2007</b>	<b>14.39</b>	<b>82</b>	<b>52.64</b>	<b>3</b>
<b>2008</b>	<b>19.66</b>	<b>126</b>	<b>62.40</b>	<b>4</b>
<b>2009</b>	<b>24.05</b>	<b>168</b>	<b>28.64</b>	<b>2</b>

**Kaynak:**Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Şubesinden elden alınmıştır.

### 3.3.2. Muş İli Verileri

**Tablo 40 : Muş İli Anne ve Bebek Ölümleri**

<b>YIL</b>	<b>BÖH (SAYI)</b>	<b>AÖH(SAYI)</b>
<b>2003</b>	<b>46</b>	<b>1</b>
<b>2004</b>	<b>47</b>	<b>3</b>
<b>2005</b>	<b>90</b>	<b>3</b>
<b>2006</b>	<b>78</b>	<b>2</b>
<b>2007</b>	<b>113</b>	<b>3</b>
<b>2008</b>	<b>195</b>	<b>2</b>
<b>2009</b>	<b>205</b>	<b>4</b>

**Kaynak:**Muş İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik şubesinden elden alınmıştır.

Muş İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerine göre yıllar itibariyle AÖS ve BÖS verilmektedir. Muş ilinin verileri de gelişmiş ülke kriterlerinin ve Türkiye ortalamasının hayli gerisindedir.

### 3.3.3. Van İli Verileri

**Tablo 41 : Van İli Anne ve Bebek Ölümleri**

<b>YIL</b>	<b>BÖS.</b>	<b>AÖS.</b>
<b>2003</b>	<b>385</b>	<b>4</b>
<b>2004</b>	<b>358</b>	<b>1</b>
<b>2005</b>	<b>325</b>	<b>3</b>
<b>2006</b>	<b>601</b>	<b>8</b>
<b>2007</b>	<b>512</b>	<b>6</b>
<b>2008</b>	<b>504</b>	<b>12</b>
<b>2009</b>	<b>607</b>	<b>18</b>

**Kaynak:**Van İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik şubesinden elden alınmıştır.

Van ilinde AÖS ve BÖS' nın diğer illere göre yüksek olması, Van ilindeki hastanelerin, bütün TRB2 bölgesindeki il ve ilçelerin hastalarına bakması ile açıklanabilir. Yani hastalar Van'da tedavi edilmekte ve bu tedavi sonucu anne ve/veya bebek ölümü gerçekleşirse bildiri Van ilinden yapılmaktadır.

Bölgenin diğer illerinde olduğu gibi Van'da da Bebek Ölüm Hızının son yıllarda arttığı tablodan anlaşılmaktadır. Van Ana Çocuk Sağlığı Sorumlu Hekiminden edindiğim bilgilere göre, Bebek Ölüm Hızı artmamakta, fakat bildiri artmaktadır. Yani eskiden daha fazla anne ve bebek ölümü olduğu halde son yıllarda bildirimler daha sağlıklı yapılabildiği için istatistiksel olarak böyle bir tablo ortaya çıkmıştır.

Ülkelerin gelişmişlik kriterlerinden biri de koruyucu sağlık hizmetlerine mi yoksa tedavi edici sağlık hizmetlerine mi daha çok kaynak ayrılıyor? sorusunun cevabıdır. TEPAV'ın 2008 Mali İzleme Raporunda Koruyucu Sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların, aynı hastalığın tedavisi için kullanılacak kaynaklardan çok daha az maliyetli olacağı ifade edilerek, sağlık harcamalarını azaltmak için koruyucu hizmetlerine önem verilmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir. Aşağıdaki tabloda Van ilindeki son 3 yılda verilen birinci basamak (koruyucu) ve ikinci basamak (tedavi edici) sağlık hizmetlerinin sayıları görülmektedir. Birinci basamak muayene sayısı son 3 yılda % 35.4 oranında artmıştır. İkinci basamak muayene sayısı ise, % 3'lük bir artış göstermiştir. Fakat hizmeti alanların tercihleri daha çok ikinci basamak hizmetlerden yana olmuştur. 2007-2008 yıllarında birinci basamağı tercih eden hasta sayısının yaklaşık olarak 3 katı ikinci basamağı tercih etmiştir.

**Tablo 42 : Van İli 1. ve 2. Basamak Muayene Sayıları**

BASAMAK/YIL	2007	2008	2009	Artış Oranı %
1.Basamak	1.011.809	1.355.152	1.823.867	35.4
2.Basamak	3.019.810	3.771.894	3.906.542	3

**Kaynak:** Van İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik şubesinden alınan verilerden yararlanılarak tarafımızdan yapılmıştır.

### 3.3.4. Hakkari İli Verileri

Tablo 43 te 2003-2009 yılları arasındaki BÖS ve AÖS verilmektedir. Bir sonraki tabloda ise Hakkari ili birinci ve ikinci basamak muayene sayıları görülmektedir. Hakkari

ilinde de ikinci basamak tercihi daha fazladır.Hastaların direk ikinci basamağa yönelmeleri hizmet maliyetlerini yükseltmektedir.Bunun sonucu olarak da sağlık harcamaları artmaktadır.

**Tablo 43 : Hakkari İli BÖS ve AÖS nin Yıllara Göre Dağılımı**

YIL	BÖS	AÖS
2003	5	3
2004	13	0
2005	17	0
2006	13	5
2007	19	1
2008	30	2
2009	71	3

**Kaynak:**Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü,İstatistik şubesinden elden alınmıştır.

**Tablo 44 : Hakkari İli 1. ve 2. Basamak Muayene Sayıları**

YIL	1. BASAMAK	2. BASAMAK
2005	119.237	400.075
2006	226.842	455.675
2007	247.204	595.346
2008	390.107	633.411
2009	349.772	787.211

**Kaynak:**Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Şubesinden elden alınmıştır.

### 3.4. TRB2 SAĞLIK HARCAMALARI

#### 3.4.1. Van İli Sağlık Harcamaları

**Tablo 45 : Van İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı**

YIL	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	SSK	Yeşil Kart
2007	7.017.800,04	4.553.032,93	28.883.560,20	40.554.517,57
2008	23.038.752,11	13.041.552,22	82.281.388,98	45.692.488,40
2009	21.257.057,48	11.095.347,97	69.006.659,74	49.096.183,72

**Kaynak :** SGK Bölge Müdürlüğü, “İllere Göre Sağlık Harcamaları”, [www.sgk-tr.com](http://www.sgk-tr.com), Van, internet sitesinden erişim şifreli olduğundan veriler SGK Bölge Müdürlüğünden elden alınmıştır.

### 3.4.2. Bitlis İli Sağlık Harcamaları

**Tablo 46 :** Bitlis İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı

YIL	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	SSK	Yeşil Kart
2007	2.432.459,08	1.217.745,16	7.214.263,43	8.961.726,00
2008	6.930.736,70	3.103.173,32	17.059.925,21	8.903.462,55
2009	6.688.675,19	2.710.540,92	14.576.898,64	10.529.212,06

**Kaynak :** SGK Bölge Müdürlüğü, “İllere Göre Sağlık Harcamaları”, [www.sgk-tr.com](http://www.sgk-tr.com), Van, internet sitesinden erişim şifreli olduğundan veriler SGK Bölge Müdürlüğünden elden alınmıştır.

### 3.4.3. Muş İli Sağlık Harcamaları

**Tablo 47 :** Muş İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı

YIL	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	SSK	Yeşil Kart
2007	1.857.167,74	1.011.879,71	6.177.862,15	14.115.062,60
2008	5.236.867,35	2.258.070,07	15.346.246,21	12.713.355,15
2009	5.582.939,36	2.120.892,49	13.995.646,68	12.879.789,92

**Kaynak :** SGK Bölge Müdürlüğü, “İllere Göre Sağlık Harcamaları”, [www.sgk-tr.com](http://www.sgk-tr.com), Van, internet sitesinden erişim şifreli olduğundan veriler SGK Bölge Müdürlüğünden elden alınmıştır.

### 3.4.4. Hakkari İli Sağlık Harcamaları

**Tablo 48 :** Hakkari İli Sağlık Harcamalarının Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Dağılımı

YIL	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	SSK	Yeşil Kart
2007	534.716,56	596.216,18	2.208.050,71	11.519.831,34
2008	1.670.763,23	1.451.304,69	5.413.484,51	7.658.405,14
2009	1.715.644,82	1.406.591,41	5.058.125,93	6.518.060,37

**Kaynak :** SGK Bölge Müdürlüğü, “İllere Göre Sağlık Harcamaları”, [www.sgk-tr.com](http://www.sgk-tr.com), Van, internet sitesinden erişim şifreli olduğundan veriler SGK Bölge Müdürlüğünden elden alınmıştır.

TRB2 bölgesinin 4 ilinde de sağlık harcamalarına bakılacak olursa; Hakkari ili dışında 2008 yılında sağlık harcamalarının arttığını 2009 yılında ise kısmen düştüğünü görmekteyiz. 2007 yılında ise daha düşük miktarlarda sağlık harcaması gerçekleşmiştir.

Van ili SGK Bölge Müdürlüğünden edinilen bilgilere göre; 2007 yılında kurumların yeni birleşmesi nedeniyle veri aktarımında eksikliklerin olabileceği, 2008 ve 2009 yılları verilerinin daha sağlıklı olduğu kanaatine varılmıştır. 2009 yılındaki düşüşün nedeni ise; 2008 yılı Ekim ayında yayınlanan SUT (Sağlıkta Uygulama Tebliği) ile bir denetim mekanizmasının oluşması ile açıklanabilir.

### **3.5. ELDE EDİLEN BULGULAR VE GENEL DEĞERLENDİRME**

2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde birçok reform yapılmış ve bu reformlar sonucunda Türkiye’de;

- SSK ve diğer bazı kamu kurumlarının Sağlık Bakanlığına devredilmesi,
- Ölçülebilir performansla dayalı ek ödeme yöntemine geçişin sağlanması,
- Devlet memurları ve emekli sandığı mensuplarının özel sağlık kuruluşlarından yararlanmaya başlaması,
- Aile hekimliği pilot uygulamasının başlatılması (Düzce),
- Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ilaç alımından yararlanmaya başlaması,
- Yeşil kart sahiplerinden katılım payı alınmaya başlanması,
- SSK’lılar serbest eczanelerden yararlanmaya başlaması,
- Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası yasa tasarısının TBMM’ye gönderilmesi,
- Eşdeğer ilaç uygulamasına geçişin sağlanması
- İlaçta KDV indiriminin sağlanması
- Beşeri ve tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasına dair karar çıkarılması
- İlaç alım protokolü’nün hayata geçirilmesi
- Beşeri tıbbi ürünlerin sınıflandırılmasına dair yönetmeliğin çıkarılması
- 2006 yılı ilaç alım protokolünde revizyona gidilmesi çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

Yukarıda sayılan maddelere ilave olarak 16.05.2006 tarih ve 5502 sayılı kanunla Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı’na bağlı emekli işlemleri SGK adı altında birleştirilmiştir.15.01.2010 tarihinden itibaren de aktif çalışan devlet memurları da SGK kapsamına alınmıştır.

TEPAV'ın 2008 yılı mali izleme raporuna göre; 2002 yılında devlet hastanelerinde yapılan muayene sayısı (SSK hastaneleri dahil) 110 milyon düzeyinde iken, 2006 yılı sonunda bu rakam 191 milyona çıktı. Sonuç olarak, 2002 yılına göre 2006 yılında yapılan muayene sayısı yüzde 73,6 oranında artmıştır. Bu gelişme, sağlığa erişimin ne düzeyde arttığını göstermesi yanında sağlık hizmetleri sunumunda kapsamın bir göstergesi olmaktadır.

Çalışmamıza konu olan TRB2 (Van-Bitlis-Hakkari-Muş) bölgesinde ise Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde son yıllarda ;

-Mecburi hizmet yarasası ile uzmanlığını alan her hekime ihtiyaç olan bir ilde tercih yaparak 18 ay çalışma zorunluluğu getirilmiştir.Bu uygulamayla bölgesel yığılmalar engellenmiş ve özellikle kalkınmada geri kalan bölgelere sağlık profesyonellerinin (hekim ve hemşire) akışı sağlanmıştır,

-Her hekime bir poliklinik odası uygulamasında ise hastaların ‘‘hekim seçme hakkı’’ çerçevesinde diledikleri hekime daha hızlı ulaşabilmeleri sağlanmıştır,

-Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile bıçak parası uygulaması büyük ölçüde ortadan kalkmıştır,

-Hizmet Kalite Standartları Sağlık Bakanlığı Tarafından belirlenerek, verilen hizmetlerde hasta ve çalışan güvenliğini esas alan, hizmetin bir defada tam, doğru ve hatasız yapılmasını hedefleyen, hesap verilebilirlik anlayışı geliştirilmeye çalışılmıştır,

-Yeşil Kart uygulamaları ile gerek ayaktan gerekse yatarak tedavide hastaların tüm ihtiyaçlar karşılanmaya başlanmıştır,

-Koruyucu sağlık hizmetlerinde hastanın ayağına giden sağlık hizmetleri anlayışı benimsenmiştir,

-Hasta hakları uygulamaları yaygınlaştırılmıştır,

-Bölgedeki işsiz genç nüfusa istihdam yaratmaya yönelik hizmet alımları yapılmıştır,

-Hastayı geri çevirmeme politikası benimsenmiştir,

-Tetkikler için hastaların bekletilmemesi gibi gelişmeler kaydedilmiştir.

Bu uygulamaların sonucunda yıllardır hizmete aç olan bölge halkının memnuniyeti artmıştır. Fakat öte yandan, hak konusundaki bazı uygulamalar bölge halkında ‘her şeye hakkımız var’ anlayışını geliştirmiş ve zaman zaman hizmeti alanlarla hizmeti verenlerin çatışmasıyla sonuçlanmıştır.

Elde edilen bulgular ışığında Ortadoğu Anadolu Bölgesinde özellikle sağlık sektöründeki gelişmeler kayda değerdir. Buna rağmen sağlık ve eğitimde bölge hala çok geridedir. Okur yazarlık oranının düşük olması, bölgenin çok göç alıyor olması durumu daha da vahim hale getirmektedir. Bölgede sağlık harcamalarının çok yüksek olduğu fakat bu durumun büyüme ve kalkınmayı pozitif etkilemediği görülmektedir. Ayrıntılı değerlendirme sonuç bölümünde değinilecektir.

## SONUÇ

Sağlıklı olmak tüm insanlığın ortak hedeflerinden birisidir. Sağlıklı bireyler sağlıklı toplumları oluşturur. Sağlıklı toplumlar ise ekonomik açıdan bir değer ifade eder. Aynı zamanda ekonomik olarak gelişmiş toplumlarda kişi başına gelirin yükselmesiyle bireylerin yaşam standartları artar ve yaşam standartları artan bireylerin eğitim seviyeleri ile beraber entellektüel seviyeleri de yükselir. Tüm bu gelişmeler sonucunda bireylerin 'sağlık bilinci' gelişir daha kaliteli bir hizmet arayışı içine girerler ve beklentileri artar. Bütün bu gelişmelere teknolojik gelişmeleri de ilave edersek hepimizin sağlık sektöründen beklentilerimizin gün geçtikçe artış göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık ve sağlık harcamalarının bölgede ekonomik büyüme ve kalkınma yaratabileceği noktasında odaklanmaktadır. Çünkü, bir 'Bölge Hastanesi' konumunda olan Van Eğitim Araştırma Hastanesi (VEAH) verilerine dayanarak bu fikir oluşmuştur. Van Eğitim Araştırma Hastanesine her işgünü gerek bu ilden gerekse komşu il ve ilçelerden toplam Acil dahil 2500-3000 hasta başvurmaktadır. Hastalarda da tek başına hastaneye gelme kültürü yoktur. Dolayısıyla her hastaya en az 1 kişinin refakat ettiği düşünüldüğünde sadece bir hastane başvurusu için her gün 5000-6000 kişi bu şehre girmekte, hızlı bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanmakta en geç 1-2 gün içinde geldiği şehre dönmektedirler. Bu hasta ve hasta yakınlarının yemek, barınma, ulaşım vb. ihtiyaçları dikkate alındığında şehir ekonomisine bir canlanma getirmektedir. Ayrıca bölgede sayıları hızla artan Özel Hastaneler, Medikal firmalar ve Eczaneler sağlık sektörünün bölgede revaçta bir sektör olduğunun göstergeleridir. Ancak, çalışma ilerledikçe bölgenin hızlı nüfus artışı, civar il ve ülkelerden aldığı göç, eğitim ve altyapı sorunlarının henüz giderilememiş olması vb. sorunlar nedeniyle sağlık ve ekonomik göstergeleri açısından Türkiye ortalamasının hayli gerisinde kaldığını görülmüştür. Şöyle ki; Ülke genelinde sağlıkta gelişmişlik sıralamasında TÜİK'in belirlediği 26 bölge içerisinde TRB2 25. sıradadır, Bebek Ölüm Hızında ise TÜİK 2008 verilerine göre, Türkiye ortalaması %043 iken TRB2 bölgesinde bu oran %055.7 dir. Sağlık Harcamalarının büyük kalemleri olan ilaç ve tıbbi sarf malzemede ise ülke olarak dışa bağımlılık söz konusudur. Türkiye'de ilaç üretimi gerçekleşmekte fakat hammadde %80 oranında dışardan sağlanmaktadır. TRB2 bölgesinde ise sağlık ekonomisine katkıda

bulunabilecek herhangi bir ilaç, tıbbi malzeme üretimi yapılamamaktadır. Kalkınma kriterleri olarak sayabileceğimiz eğitim, kültür , istihdam gibi verilerde de durum pek parlak değildir. SGK verilerine bakıldığında; hem tedavi, hem ilaç harcamalarında önemli artışlar görülmektedir. Bu noktadan hareketle, teorik olarak sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında bir ilişkinin olduğu düşünülse de, uygulamada sağlık harcamalarının bölgeyi büyütme ve kalkındırma yönünden pozitif bir etkisinin olmadığı ortaya çıkmaktadır. Özellikle Doğu Anadolu Bölgesinde akılcı ilaç kullanımı ve bireylerde ‘Sağlık Hizmeti Kullanma Bilinci’ gelişmediğinden hem sağlık harcamaları hem de ilaç harcamaları çok artmıştır. Sağlığa erişimin bu denli kolaylaşması ve hatta hastanın hastaneye girişinden doktorun karşısına çıkmasına kadar geçen sürenin Hizmet Kalite Standartlarıyla ölçülmesine kadar ayrıntıya giren bir sistem her zaman olumlu sonuçlar vermemektedir. Örneğin, bir hafta önce tomografi çektiren bir hasta bir hafta sonra tekrar çektirebildiğinde mutlu olmaktadır. Oysa ki tomografi çekimiyle çok yüksek bir dozda ışın aldığı bilmemektedir. Bu dönemde Van ilinde bazı eczane sahiplerinin ifade ettiklerine göre; hastalar Yeşil Kartlarına ilaç yazdırıp, bu reçetelerinin parasal karşılığı ile tarım ilaçları vs. almak istemişlerdir. Bazen de alınan ilaçların terör örgütüne yollandığı yönünde çeşitli soruşturmalar da ortaya çıkmıştır. Bu durum da bize politize yaklaşımların sonuçları hakkında bir fikir vermektedir. Ayrıca bölge halkının (TRB2) %80’i Yeşil Kartlıdır. Yıllardan beri terör, ekonomik ve sosyal yani kısacası tüm açılardan geri kalmış bölge halkına hükümetin bir özür niteliğinde, siyasi rant sağlamak amacıyla zengin fakir ayrımı yapmaksızın hemen herkese Yeşil Kart vermesi düşündürücüdür. Halkın feodal yapısı ise, kolay yönetilebilir ve kolay yönlendirilebilir olması sebebiyle yıllarca siyasi çevreler tarafından desteklenmektedir. Bölgede okur-yazarlık oranı %72.8 ile Türkiye okur-yazarlık oranı olan %85.7’nin hayli gerisindedir. TRB2 bölgesi, okur-yazarlık oranında 26 bölge içinde sonuncudur. Oysa ki ekonomik büyüme ve kalkınmadan bahsedebilmemiz için üretimin ve eğitimin artması ve kadınların her alanda daha fazla üretime katılması gereklidir. Son yıllarda geliştirilen bu politize politikaların bir getirisi olarak bölge halkında oluşan hazırcılık ve ‘Devlet Versin’ felsefesi hayatın her alanına yansımıştır. Bu durum halkı üretmeden tüketen bir hale getirmiştir. Türkiye’nin diğer bölgelerinde belki de hiç rastlanılmayan kendi bahçesini bile ekmeme durumu bu bölge için sık karşılaşılan bir durumdur.

Öncelikle bölge halkının eğitilmesi ve okur-yazarlık oranının artırılması gerektiği düşünülmektedir. Kız çocuklarının mutlaka okutulması (Kardelen Projesi, Baba Beni Okula Gönder Kampanyası vb.), kadınların eğitilerek farklı projelerle (Mikro kredi vb.) üretken hale getirilmesi gerekmektedir. Eğitilmemiş toplumların her alanda bilinç düzeyleri düşüktür. Sağlık sektöründe ise, son yıllarda kaydedilen gelişmeler inkar edilemez. Fakat bölge halkında 'Sağlık Bilinci' oluşmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Böylece daha çok 2. basamak (tedavi edici) hizmetleri talep eden halkın, 1. basamak (koruyucu) hizmetlere yönelmeleri sağlanmalıdır. Ekonomik anlamda genç nüfus artı değerdir. Genç nüfusun özellikle mesleki eğitimlerden geçirilerek üretime katılmaları sağlanmalıdır. Şimdiye kadar ihtiyaçtan fazla dağıtılan Yeşil Kartlarda katkı payı uygulaması sürdürülmeli, hatta katkı payı artırılmalıdır. Sağlık sektöründeki problemlerin aşılmasında artık pansuman tedaviler yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sistemin cerrahi uygulamalara ihtiyacı vardır. Ülkelerin bazı bölgelerinin ekonomik, sağlık, sosyal vb. açılardan bu denli geride kalmaları sadece bölgesel bir sorun olmayıp, tüm ülkeyi ilgilendiren ve geriye götüren bir durumdur. Aslında dünyada geçerli kılınabilecek mükemmel bir sağlık sistemi yoktur. Buradan hareketle; kendi bölgemizin zayıf ve güçlü yönlerinin, fırsat ve tehditlerinin iyi analiz edilerek sağlık politikalarının üretilmesi daha sağlıklı olacaktır.

## KAYNAKLAR

AKDAĞ Recep, 2006. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).

AKDUR Recep, “Sağlık Harcamaları Makalesi”, **Utopya\_Sağlık\_harcamaları\_RA.pdf**, Erişim:20.12.2009.

Alok Bhargava, 2001, “Nutrition, health and economic development: Some policy priorities”, **Food and Nutrition Bulletin**, Vol.22,No.2

ARISOY İbrahim, “Türkiyede Kamu Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, [http:// tek.org.tr\dosyalar](http://tek.org.tr/dosyalar), Erişim:28.03.2010.

arsiv.ntvmsnbc.com , Erişim 20.12.2009.

AYDIN Sebahattin, **Sağlık-Sen Dergisi**, Şubat 2010.

Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, [www.bitlissm.saglik.gov.tr](http://www.bitlissm.saglik.gov.tr).

DAKA, “Ön Bölgesel Gelişme Planı 2008-2009”, [www.daka.org.tr](http://www.daka.org.tr).

DEMİR Mehmet, **Sağlık-Sen Dergisi**, Şubat 2010.

DPT, “2005 Yılı Sağlık Harcamaları Raporu”, [www.dtp.gov.tr](http://www.dtp.gov.tr), Erişim:30.01.2010.

DSİ, 2009 Verileri.

ERGÜZELOĞLU Fatma, “Branşlara Göre Performans Ortalamalar Belli Oldu”, **Medimazgazin**, 12 .04.2010, Yıl:11, Sayı:477.

GEPA, Güneş Enerjisi Potansiyel Atlası.

GÜMÜŞEL Bülent, “ Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, Hyatt Regency Oteli Toplantı Sunumları, 2006.

Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü, [www.hakkari.saglik.gov.tr](http://www.hakkari.saglik.gov.tr).

HAMZAOĞLU Onur, “Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB, Kasım-Aralık 2007,Cilt:22,Sayı:6.

HAMZAOĞLU Onur, “Kapitalizmin Krizi ve Sağlık”, **Toplum ve Hekim Dergisi**,TTB, Ocak-Şubat 2009, Cilt:24, Sayı:1.

HİÇ Süreyya, **Türkiye Ekonomisi**, Filiz Kitap Evi, 1994.

Hope Corman, Michael Grossman,1985, “Determinants of Neonatal Mortality Rates The U.S”, **Journal of Economics**, Vol. 4.

IŞİMER Arda, **Akgün İletişim**, Mayıs-Haziran 2009 ,Sayı:65.

IŞIK Abdülkadir, “ Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1998.

Janine Bremond-Alain Geledan, **İktisadi ve Toplumsal Kavramlar Sözlüğü**, Remzi Kitap Evi, 1. Baskı İstanbul 1984.

KARAGÜL Mehmet, **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye Boyutu**, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No:37, 2000.

KAVUNCUBAŞI Şahin, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.

Kültür ve Turizm Bakanlığı 2007-2008 Verileri.

MAZGİT İsmail, 1998, “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık sektörünün Yeniden Yapılanması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

MAZGİT İsmail, “Bilgi Toplumu ve Sağlıkın Artan Önemi”, 1. Ulusal Bilgi, Ekonomi, Yönetim Kongresi,(Hereke-Kocaeli), 2002.

MUSKİN Selma, “Healt as An Investment”, **The Journal of Political Economy**, Vol.70, No.5, Part 2. 1962.

Muş İl Sağlık Müdürlüğü, [www.mus.saglik.gov.tr](http://www.mus.saglik.gov.tr).

OECD, 2000-2008-2009 Verileri, [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

ÖZTEK Zafer. “ Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl7, Sayı 39, Mayıs – Haziran 2001.

Philips, David R. and Yola Verhasselt, **Introduction: Health and Development**, London end Newyork, 1994.

Referans Gazetesi, 03.03.2008.

SABAH Gazetesi, 03.03.2008.

Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 ”, [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı, “Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007”, [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, [http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/Belge\\_Goster](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/Belge_Goster), Erişim: 09.06.2010.

Sağlık Bakanlığı, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları” [www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr) Erişim 10.01.2010.

SEVİĞ Veysi, “Sağlık Harcamaları Analizi”, [www.ubdt.com.tr](http://www.ubdt.com.tr), Erişim: 20.12.2009.

SGK Bölge Müdürlüğü, “İllere Göre Sağlık Harcamaları”, [www.sgk-tr.com](http://www.sgk-tr.com), Van, internet sitesinden erişim şifreli olduğundan veriler SGK Bölge Müdürlüğünden elden alınmıştır.

SOYER Ata, “2007 Sonu İtibariyle Sağlık Harcamaları Bağlamında AKP’nin Sağlıktaki Pembe Tablosunun Akibeti ”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB, Kasım-Aralık 2007, Cilt 22, Sayı 6.

SSK, 2005 Yılı Çalışma Raporu.

Şenses, Fikret (2003), **Küreselleşmenin Öteki Yüzü Yoksulluk**, 3. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.

TABAN Sami, “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. , <http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler>, Erişim :31.03.2010.

Tarım Bakanlığı, **TRB2 Ortadoğu Anadolu Bölgesi Tarım Master Planı**, 2004.

TATAR Mehtap, “Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt11, Sayı:72 , Mart-Nisan 1996.

TEPAV, **İstikrar Enstitüsü, Mali İzleme Raporu**, 2008.

The Task Force Report, 2005; “Reducing Infant Mortality in Delaware, The Task Force Report”, 2005, <http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/files/infantmortalityreport.pdf>.

TKV, [www.tkv-dft.org.tr](http://www.tkv-dft.org.tr) , Erişim 10.01.2010.

TOKALAŞ Sevinç, Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2006.

TOKAT Mehmet, Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü Ders Notları 2007.

TÜBİTAK, 2003, “Teknoloji Öngörü Projesi-Sağlık Ve İlaç Paneli Sonuç Raporu”.

TUİK, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr).

**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2009.

Türkiyede ve Dünyada İlaç Endüstrisi, [www.tegy.org](http://www.tegy.org), Erişim:10.03.2010.

Van İl Sağlık Müdürlüğü, [www.vsm.gov.tr](http://www.vsm.gov.tr).

Van Eğitim Araştırma Hastanesi, [www.vdh.gov.tr](http://www.vdh.gov.tr).

VATSO, Van Ticaret ve Sanayi Odası, “Bölgesel Göstergeler TRB2 TUİK 2008”.

YILDIRIM Savaş, “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No:DPT:2350, Ankara 1994.

YILMAZ Hakan, “Son Dönem Ekonomik Gelişmeler Çerçevesinde Kamu Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliği”, AÜ SBF Maliye Bölümü-2009, Erişim: 30.03.2010.

YORGUN Bedriye, “Sermayenin Krizinin Bedelini Sermayeye Ödettirmenin Öznesi Gücü ve Güvencesi Bizleriz”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Ocak-Şubat 2009, Cilt 24, Sayı:1.

YURDADOĞ Volkan, “Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu Ve Türkiye’de Sağlık Reformu” Doktora Tezi Ankara, 2006.

WHO, World Health Report 2002, DPT,8. 5 Yıllık Kalkınma Planı,Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu.

WHO, “Global Strategy for Health for All By The Year 2000”, Geneva, 1981.

William Nordhaus D., “Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards”, **American Journal of Economics and Sociology**, January, Vol:64, No:1, 2005.