

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

SEVCAN AKTAR UÇAR

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARINDAKİ
SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN BİRLEŞMİŞ MİLLETLER İNSANİ
GELİŞİM İNDEKSİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi ONUR YARAR

İSTANBUL, 2022

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

SEVCAN AKTAR UÇAR

(112022002)

TÜRKİYE KALKINMA PLANLARINDAKİ
SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN BİRLEŞMİŞ MİLLETLER İNSANİ
GELİŞİM İNDEKSİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi ONUR YARAR

İSTANBUL, 2022

ÖZET

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler kalkınma çabası içindedir ve hedefleri gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmaktır. Bu hedefe ulaşabilmek için de genel kabul görmüş bilimsel gelişmelerden kendilerini soyutlamadan, sağlıklı politikalar belirleyip planlama yapmalı ve uygulamalıdır. Sağlık ve insani gelişim arasındaki ilişki de son zamanlarda kalkınma için önemli yansımalarından biri olmuştur. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 5 yıllık kalkınma planlarındaki sağlık göstergelerine yönelik planlamaların, Türkiye'de İnsani Gelişim Endeksi göstergelerinden sağlık ve kişi başı gelir parametreleri açısından yansımaları, katkıları ve ilişkilerini ortaya çıkarmaktır. Bu doğrultuda, ilk amaç olarak ülkemizin kalkınma düzeyini doğrudan etkileyen sağlık göstergeleri ve uluslararası düzeyde gelişmişlik düzeyimizi yansıtan İnsani Gelişim Endeksinin sağlık ve kişi başı gelir düzeyi parametrelerini istatistiksel olarak karşılaştırmalı değerlendirmektir. İkinci amaç olarak ta bu sağlık göstergelerine yönelik sonuçları geçmiş on adet beş yıllık kalkınma planları ile analiz etmektir.

Araştırma, niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma tipte, retrospektif dönemsel bir araştırmadır. Niceliksel araştırma bölümünde, sağlık göstergeleri ve İnsani Gelişim Endeksinin sağlık ve kişi başı gelir göstergelerinin 2000-2017 dönemine ait verilerin arasındaki doğrusal ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmış, Beta katsayıları çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile tahmin edilmiştir. Niteliksel araştırma bölümünde ise Türkiye'nin beş yıllık kalkınma planlarında, niceliksel araştırma sonucu elde edilen veriler çerçevesinde yapılan planlamalar, amaçlar ve gerçekleşme düzeyleri dikkate alınarak yorumlanmış ve veriler değerlendirilmiştir.

Bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm hızının düşmesi durumunda İnsani Gelişim Endeksi değerlerinin yükseldiği gözlenmiştir. Kişi başı gayrisafi yurt içi hasıla ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranının seviyesinde düşme, doğumda beklenen yaşam süresinde de artma görülmüştür. Doğumda beklenen yaşam süresi arttıkça da İnsani Gelişim Endeksi değerleri yükselmektedir. Bu sonuçlar bize ülkemizin gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmasını hızlandırmak ve buradaki

konumunu korumak için bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm hızının düşürülmesinin, kişi başı gayrisafi yurt içi hasıla ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının artırılmasının gerekliliğini, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve gerekli planlamaların yapılarak uygulamaya geçilmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca doğumda yaşam süresini olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini bozan kanser, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, obezite gibi kronik hastalıkların önlenmesi ve alkol ve tütün kullanımı gibi risk faktörlerinin olumsuz etkilerinden korunmak için gerekli planlamaların yapılarak etkinlikle uygulamaya geçirilmesinin önemini göstermektedir. Kalkınma planlarında toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi ve korunması amacıyla etkin bir şekilde sektörler arasında işbirliği, koordinasyonun ve devamlılığının sağlanması, özel ihtisas komisyonu raporlarının dikkate alınarak planlamaların yapılması, ayrıca kalkınma planlarında alınan kararların uygulanması veya uygulanabilecek gerçekçi kararların planlamaya dahil edilmesi anlamlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Kalkınma Planları, İnsani Gelişim Endeksi, Sağlık Yönetimi, Sağlık Politikaları, Sağlık Göstergeleri

ABSTRACT

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH INDICATORS IN TURKISH DEVELOPMENT PLANS WITH THE UNITED NATIONS HUMAN DEVELOPMENT INDEX

Underdeveloped and developing countries are in development efforts and their goals are to reach the level of developed countries. In order to achieve this goal, they should determine, plan and implement healthy policies without isolating themselves from generally accepted scientific developments. The relationship between health and human development has also been one of the important reflections for development recently. In this direction, the first aim is to statistically evaluate the health indicators that directly affect the development level of our country, and the health and per capita income parameters of the Human Development Index, which reflects our level of development at the international level. The second aim is to analyze the results for these health indicators with the past ten five-year development plans.

The research is a mixed type, retrospective periodical research in which quantitative and qualitative methods are used together. In the quantitative research part, Pearson correlation coefficients were calculated to determine the linear relationship between health indicators and the data of the Human Development Index's health and per capita income indicators for the period 2000-2017, and Beta coefficients were estimated by multivariate linear regression analysis. In the qualitative research part, the plans made within the framework of the data obtained as a result of the quantitative research in Turkey's five-year development plans are interpreted by taking into account the objectives and realization levels, and the data were evaluated.

It has been observed that the Human Development Index values increase when infant mortality rate, under-five mortality rate and maternal mortality rate decrease. As per capita gross domestic product and per capita public and private

health expenditures increased, infant mortality rate, under-5 mortality rate and maternal mortality rate decreased, and life expectancy at birth increased. As life expectancy at birth increases, Human Development Index values increase. These results show us the necessity of decreasing the infant mortality rate, under-five mortality rate and maternal mortality rate, and increasing the per capita gross domestic product and public and private health expenditures per capita in order to accelerate our country's reach to the level of developed countries and to maintain its position there. It emphasizes the importance of determining and implementing the necessary planning. In addition, it shows the importance of making the necessary plans and implementing them effectively in order to prevent chronic diseases such as cancer, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, obesity, which negatively affect life expectancy at birth and impair quality of life, and to protect from the negative effects of risk factors such as alcohol and tobacco usage. In order to improve and protect the health status of the society in development plans, it will be meaningful to ensure effective cooperation, coordination and continuity between the sectors, to make plans by taking into account the reports of the special expertise commission, to implement the decisions taken in the development plans or to include the realistic decisions that can be applied in the planning.

Keywords: Development Plans, Human Development Index, Health Management, Health Policies, Health Indicators.

ÖNSÖZ

Bu çalışma, ülkemizin kalkınma düzeyini doğrudan etkileyen, 2000-2017 yılları arasındaki sağlık göstergeleri ve uluslararası düzeyde gelişmişlik düzeyimizi yansıtan İnsani Gelişim Endeksinin sağlık ve kişi başı gelir düzeyi parametrelerinin istatistiksel analizinden sonra geçmiş birinci kalkınma planından onuncu kalkınma planı dahil on adet beş yıllık kalkınma planlarındaki bu sağlık göstergelerinin planlama düzeylerindeki analizini içermektedir.

Bu tez konusunu seçmemde beni destekleyen, çalışmam süresince motivasyonumu yüksek tutmamı sağlayan ve her aşamada desteğini almaktan, öğrencisi olmaktan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Onur Yazar'a, tez izleme komitemde olmayı kabul eden ve eğitimim sürecinde desteğini hiç esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Mithat Kıyak'a, yine tez izleme komitemde olmayı kabul ederek, çalışmam sürecinde bana ayırdığı zaman ve önerileriyle bakış açımı zenginleştiren Prof. Dr. Haluk Özseri'ye, bu zorlu süreçte sevgi, hoşgörü ve desteklerini her zaman hissettiğim başta eşim Ahmet Uçar olmak üzere sevgili aileme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ediyorum.

Sevcan Aktar Uçar

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	IV
ÖNSÖZ	VI
BEYAN.....	
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.	3
2.1. Planlama.....	3
2.1.1. Planlamanın Faydaları ve Aşamaları.....	5
2.1.2. Planlama Türleri.....	7
2.1.2.1. Sürelerine Göre Planlama Türleri.....	7
2.1.2.2. İşlevlerine Göre Planlama Türleri.....	8
2.1.2.3. Çevrelediği Alana Göre Planlama Türleri.....	9
2.1.2.4. Bağlayıcılığına Göre Planlama Türleri.....	11
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Planlama.....	11
2.2. Kalkınma.....	13
2.2.1. Kalkınma Planlaması.....	15
2.2.2. Kalkınma Planlamasının Ortaya Çıkışı.....	16
2.2.3. Kalkınmada Devletin Rolü.....	18
2.2.4. Kalkınma ve Sağlık.....	19
2.3. İnsani Kalkınma	21
2.3.1. İnsani Kalkınmanın Tanımları.....	21
2.3.2. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP).....	23
2.3.3. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi.....	26
2.3.4. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi Göstergeleri.....	29
2.3.4.1. Sağlık.....	30
2.3.4.2. Gelir.....	30

2.3.4.3. Eğitim.....	32
2.3.5. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksinin Hesaplanması.....	33
2.3.6. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi hesaplamasında yıllar itibari ile değişiklikler.....	36
2.3.7. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksine yönelik eleştiriler....	39
2.3.8. Türkiye'de İnsani Kalkınma ve İnsani Gelişme Endeksi.....	43
2.4.Türkiye'de Planlı Kalkınma ve Kalkınma Planları.....	48
2.4.1.Türkiye'de Sağlık Planlaması ve Kalkınma Planlarında Sağlık Göstergeleri.....	53
2.4.1.1.Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967).....	55
2.4.1.2. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968–1972).....	58
2.4.1.3. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1977).....	62
2.4.1.4. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979–1983).....	67
2.4.1.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989)	70
2.4.1.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990–1994).....	72
2.4.1.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996–2000).....	75
2.4.1.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001–2005).....	79
2.4.1.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007–2013).....	82
2.4.1.10. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014–2018).....	84
2.4.2.Çalışmaya Konu Olan Sağlık Göstergeleri ve Önemi.....	92
2.4.2.1.Bebek Ölüm Hızı, 5 Yaş Altı Ölüm Hızı ve Anne Ölüm Oranı.....	95
2.4.2.2.Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	103
2.4.2.3.Kişi Başı GSYİH (Dolar).....	106
2.4.2.4.Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH' ya Oranı (%).....	107
2.4.2.5.Kişi Başı Kamu ve Özel sağlık Harcaması, SGP ABD Doları.....	108
2.4.2.6.Çalışmaya Konu Olan Hastalıkların İnsidans ve/veya Prevalansları.....	109
2.4.2.7.Çalışmaya Konu Olan Risk Faktörleri.....	122
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	127
3.1. Araştırmanın amacı.....	127
3.2. Araştırmanın tipi.....	127

3.3. Veri toplama yöntemi ve veri kaynakları.....	127
3.4. Verilerin değerlendirilmesi.....	130
4. BULGULAR.....	131
4.1. Niceliksel araştırma bulguları.....	131
4.1.1.Bebek ölüm hızı	133
4.1.2.Beş yaş altı ölüm hızı	138
4.1.3. Anne ölüm oranı	143
4.1.4. Doğumda beklenen	148
4.1.5. Genel kanser.....	152
4.1.6. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı).....	156
4.1.7. HT (Hipertansiyon).....	161
4.1.8. Obezite.....	165
4.1.9.Diyabet.....	170
4.1.10. Alkol kullanımı (%).....	174
4.1.11. Sigara kullanımı(%).....	178
4.2. Niteliksel araştırma bulguları	193
5. TARTIŞMA.....	213
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	244
KAYNAKÇA.....	255

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Birleşmiş milletler insani kalkınma endeksi.....	33
Tablo 2: Türkiye'nin geçmiş yıllara ait İGE ve sıralamadaki yeri.....	45
Tablo 3: Türkiye'nin güncellenmiş kişi başı gsmg değerleri (2011 PPP)	47
Tablo 4: Türkiye'de doğuştan yaşam beklentisi (DYB).....	48
Tablo 5: Yedinci beş yıllık kalkınma planı döneminde mevcut durum ve beklenen gelişmeler.....	76
Tablo 6: Onuncu beş yıllık kalkınma planında sağlık alanında gelişmeler ve hedefler.....	89
Tablo 7: Araştırmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler ve bunlara ilişkin veri kaynakları.....	129
Tablo 8: Genel tanımlayıcı istatistikler.....	131
Tablo 9: Korelasyon ve Regresyon Analizi Sonuçları.....	132
Tablo 10: Bebek ölüm hızı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri (2000-2017)	133
Tablo 11: 5 yaş altı ölüm hızı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	138
Tablo 12: Anne ölüm oranı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	143
Tablo 13: Doğumda beklenen yaşam süresi ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	148
Tablo 14: Genel kanser insidansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	152
Tablo 15: KOAH prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	156
Tablo 16: HT prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000- 2017, Türkiye.....	161
Tablo 17: Obezite prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017, Türkiye	165
Tablo 18: Diyabet prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	170
Tablo 19: Alkol kullanımı (%) ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye.....	174
Tablo 20: Tütün kullanımı (%) ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017, Türkiye.....	178
Tablo 21: Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi, bağımsız değişkenleri kullanarak bebek ölüm hızı tahmini.....	182

Tablo 22:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak beş yaş altı ölüm hızı tahmini.....	183
Tablo 23:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak anne ölüm oranı tahmini.....	184
Tablo 24:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak doğumda beklenen yaşam süresi tahmini	185
Tablo 25:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak genel kanser insidansı tahmini	186
Tablo 26:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak KOAH insidansı tahmini.....	187
Tablo 27:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak hipertansiyon tahmini.....	188
Tablo 28:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile bağımsız değişkenleri kullanarak obezite insidansı tahmini.....	189
Tablo 29:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile bağımsız değişkenleri kullanarak diyabet insidansı tahmini.....	190
Tablo 30:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak alkol kullanımı tahmini.....	191
Tablo 31:Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak tütün kullanımı tahmini.....	192

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1:OECD Üyesi Ülkeler Bebek Ölüm Hızı, 2017 (veya en yakın yıl).....	97
Şekil 2:Doğumda yaşam beklentisi, 1970 ve 2017 (veya en yakın yıl).....	105
Şekil 3:Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %, 2018 (veya en yakın yıl)	108
Şekil 4:Kişi başına sağlık harcaması, 2018(veya en yakın yıl).....	109
Şekil 5:Cinsiyete göre tüm kanser insidansı, 2018 (tahmini).....	115
Şekil 6:Yetişkinler arasında Tip I ve II diyabet prevalansı, 2017 (veya en yakın yıl)	120
Şekil 7:Ölçülen ve kendi bildirdiği cinsiyete göre yetişkinler arasında obezite dahil fazla kilolu, 2017 (veya en yakın yıl).....	121
Şekil 8:Yetişkinler arasında kaydedilen alkol tüketimi, Litre, 2007 ve 2017 (veya en yakın yıl).....	123
Şekil 9: Cinsiyete göre ve toplam günlük sigara içen yetişkin nüfus, 2017 (veya en yakın yıl).....	126
Şekil 10:Bebek ölüm hızı ve Türkiye IGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	134
Şekil 11:Bebek ölüm hızı ve kişi başı GSYİH' nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	135
Şekil 12. Bebek ölüm hızı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	136
Şekil 13:Bebek ölüm hızı ve toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranı yıllara göre seyri, 2000-2017 , Türkiye.....	137
Şekil 14: 5 yaş altı ölüm hızı ve Türkiye IGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	139
Şekil 15:5 yaş altı ölüm hızı ve kişi başı GSYİH değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	140
Şekil 16: 5 yaş altı ölüm hızı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye	141
Şekil 17:5 yaş altı ölüm hızı ve toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranının (%) yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	142
Şekil 18:Anne ölüm oranı ve Türkiye IGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye	144
Şekil 19:Anne ölüm oranı ve kişi başı GSYİH (dolar)'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	145
Şekil 20:Anne ölüm oranı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	146
Şekil 21:Anne ölüm oranı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH (%)'ya oranının yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	147
Şekil 22:Doğumda beklenen yaşam süresi ve Türkiye IGE değerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	149

Şekil 23:Doğumda beklenen yaşam süresi ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	150
Şekil 24:Doğumda beklenen yaşam süresi ve kişi başı GSYİH (%)'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	151
Şekil 25:Doğumda beklenen yaşam süresi ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%)'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye	151
Şekil 26:Genel kanser insidansı ve Türkiye IGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	153
Şekil 27:Genel kanser insidansı ve kişi başı GSYİH yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	154
Şekil 28:Genel kanser insidansı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	155
Şekil 29:Genel kanser insidansı ve toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranı (%)'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	155
Şekil 30: KOAH prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017,Türkiye.....	157
Şekil 31:KOAH prevalansı ile kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	158
Şekil 32: KOAH prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	159
Şekil 33:KOAH prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%)'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	160
Şekil 34: Hipertansiyon prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye	162
Şekil 35:Hipertansiyon prevalansı kişi başı GSYİH' nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye.....	163
Şekil 36: Hipertansiyon prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	164
Şekil 37:Hipertansiyon prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH 'ya oranı ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	164
Şekil 38:Obezite prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	166
Şekil 39:Obezite prevalansı kişi başı GSYİH (dolar) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	167
Şekil 40:Obezite prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	168
Şekil 41:Obezite prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	169
Şekil 42:Diyabet prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	171
Şekil 43:Diyabet prevalansı kişi başı GSYİH ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	172
Şekil 44:Diyabet prevalansı kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	173

Şekil 45: Diyabet Prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	173
Şekil 46: Alkol Kullanım oranı ile Türkiye IGE Değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	175
Şekil 47: Alkol kullanım oranı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar)'nın ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	176
Şekil 48: Alkol kullanım oranı (%) ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	177
Şekil 49: Alkol kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranı (%) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	177
Şekil 50: Tütün kullanımı oranı ile Türkiye IGE değeri ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	179
Şekil 51: Tütün kullanımı oranı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	180
Şekil 52: Tütün kullanımı oranı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	181
Şekil 53: Tütün kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranı (%) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye.....	181

KISALTMALAR LİSTESİ

AB:	Avrupa Birliği
ABD :	Amerika Birleşik Devletleri
BKH:	Binyıl Kalkınma Hedefleri
BÖH:	Bebek Ölüm Hızı
EPTA:	Teknik Yardım Genişletilmiş Programı
DALY:	Disability-Adjusted Life Year- Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları
DSÖ/WHO:	Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization
DB:	Dünya Bankası
GSYİH:	Gayri Safı Yurt İçi Hâsıla
IDF :	Uluslararası Diyabet Federasyonu
IGE:	İnsani Gelişim Endeksi
IMF:	Uluslararası Para Fonu
KEP:	Katılım Öncesi Ekonomik Program
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD:	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
OVP:	Orta Vadeli Programlar
ÖİKR:	Özel İhtisas Komisyon Raporları
SSCB:	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği
STK:	Sivil Toplum Kuruluşları
TDK:	Türk Dil Kurumu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSA:	Türkiye Sağlık Araştırması
TTD :	Türk Toraks Derneği
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurum
UNDP:	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNICEF :	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu

1. GİRİŞ

Kalkınma, az gelişmiş, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler açısından farklı önemlere sahiptir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre kalkınma, insan ve toplum için yalnızca maddi refahın sağlanması değil, gelişmiş ülkelerin eğitim, sağlık, kültür gibi seviyelerine erişimin sağlanacağı bir süreçtir. Gelişmiş ülkeler için ise, daha iyiye götüren, bitmeyen ve mevcut gelişmişliği koruyabilen bir süreçtir.

Az gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin hedefi gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmaktır. Bu hedefe ulaşabilmek için de ülkelerin politikalarını belirlemesi ve planlama yapması gereklidir. Ayrıca diğer ülkelerdeki gelişmelerden soyutlanmış olarak etkin ve sağlıklı politikalar oluşturmaları da zordur. Kalkınma planlaması da İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra az gelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelerin seviyesine çıkabilmek için başvurdukları bir araç olmuştur. Kalkınma planlaması, uzun dönemli kalkınma politikasının bir sonucu olarak ortaya çıkan kurallara ve stratejilere göre planlamanın düzenlenmesi demektir.

Günümüzde, ülkelerin kalkınmasında sağlığın oldukça önemli olduğu genel kabul görmektedir. Sağlık insanın en önemli cevheri, sağlıklı yaşam ise insanların en temel hakkıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) 1948'de sağlığı "Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." şeklinde tanımlamıştır. Ulusal sağlık politikalarının ana hedefi de sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmak, toplumun sağlık ve buna bağlı refah ve mutluluk düzeylerini yükseltmektir. Bu hedefe ulaşmak, temel sağlık göstergelerindeki ilerleme ile mümkündür. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması, doğumda beklenen yaşam süresinin artırılması, insanların hastalanmasını önlemek ve sağlıklı bir yaşam için beklentilerini karşılanması gibi. Bu sorumlulukların yerine getirilebilmesi o ülkenin otoritelerince oluşturulan ve yürütülen sağlık politikalarıyla belirlenmektedir.

Sağlık politikaları kişilerin sağlık hakkını korumak için sağlık hizmetlerinin nasıl üretileceğini, nasıl sunulacağını, nasıl finanse edileceğini ve hizmetin vatandaşa nasıl ulaştırılacağını belirleyen düzenlemelerdir. Ancak birey ve toplum

sağlığına ilişkin sorumluluklar, yalnız Sağlık Bakanlığı'nın görev alanıyla sınırlandırılmayacak kadar geniş ve kapsamlıdır.

Sağlık politikası "sağlıklı bir toplum için çizilen yol" olarak tanımlandığında, sağlık politikacılarının topluma sunacakları sağlık hizmetinin amaç, yöntem ve içerik açısından düzenlenmesini içerir. Güncel verilerin ışığında siyasi hedeflerin toplum yararına belirlenmesi ve açıklanmasını gerektirir. Sağlık sisteminin kurum, kuruluş, hizmet ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm uygulamalarını içerir. Sağlık hizmetlerinin ötesinde, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel ve gönüllü kuruluşların eylemlerini, ek olarak, sağlığı etkileyen çevresel ve sosyo-ekonomik faktörleri de içerir.

Dünyanın her yerinde devletler kendi sağlık sistemlerini geliştirerek hem insani gelişmede hem de gelir dağılımında adaleti sağlamada ilerlemeye çalışmaktadırlar. 1990'lara kadar dünyada fiziki sermaye yatırımları ve sermaye birikimi kalkınmanın en önemli dinamikleri olarak görülürken, 1990'lı yıllardan itibaren beşeri sermaye unsurları da kalkınmanın önemli dinamikleri olarak kabul edilmeye başlanmıştır. 1990 yılında ilk kez Birleşmiş Milletler UNDP'nin "İnsani Kalkınma" projesi Mahbubul Haq tarafından oluşturulmuş ve İnsani Gelişim Endeksi (İGE) olarak raporlanmıştır.

İnsani Gelişim Endeksi, bir ülkenin kalkınmasının değerlendirilmesinde tek başına ekonomik büyümenin değil, sağlık, eğitim ve refah seviyesini vurgulamak için oluşturulmuştur. İGE aynı zamanda ulusal politika seçimlerini sorgulamak için de kullanılır. Aynı kişi başı gayrisafi milli hasıla seviyesine sahip iki ülkenin, nasıl farklı insani gelişme sonuçları elde edebileceğini sorgulamaktadır. Bu farklı sonuçlar, hükümetlerin seçim ve politika öncelikleri hakkında planlamalarını ona göre yapmalarını sağlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, ülkemizin kalkınma düzeyini doğrudan etkileyen sağlık göstergeleri ve uluslararası düzeyde gelişmişlik düzeyimizi yansıtan İnsani Gelişim Endeksinin sağlık ve kişi başı gelir düzeyi parametrelerinin istatistiksel olarak incelemesinden sonra, geçmiş on adet beş yıllık kalkınma planlarındaki bu sağlık göstergeleri açısından planlama düzeylerindeki analizini içermektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Planlama

Türk Dil Kurumu'na göre plan: "Bir işin, bir eserin gerçekleştirilmesi için uyulması tasarlanan düzen." olarak ifade edilmektedir. Bir düzen de ancak alınacak karar veya kararlar ile tasarlanabilir. Bu kararlar gelecekteki belirli bir zaman diliminde, ulaşılmak istenen belirli hedefleri içermelidir. Koçel "bugünden gelecekte nereye ve nasıl ulaşılmak istendiğinin, nelerin gerçekleştirilmek istendiğinin kararlaştırılmasıdır" şeklinde tanımlamıştır (1,2). Soyak ayrıca plan ve planlama kavramlarının karıştırılmaması gereken iki kavram olduğuna dikkat çekmektedir. Plan bir belge, planlama ise eldeki kaynakların dağıtımının nasıl olacağının belirlendiği karar alma eylemi olarak açıklamıştır (3).

Yönetim sürecinin ilk aşaması olarak bilinen plan kavramı, hedefe ulaşmada izlenecek yol haritasını ve ona yönelik davranışı gösterir. Planlama ise yöneticinin geleceği tasarlamasına, kendisi ve yönettiği yapı ile bu gelecek görüşüne ilişkin seçenekleri tartışmasına yardımcı olan bir süreç olarak yorumlanabilir. Bu durumda planlama, mevcut durumun belirlenen amaca yönelik tanımlanmış süreçleri ve gelecekte meydana gelebilecek olası gelişmeleri gösterir. Bir başka açıdan planlama da kısaca 5N 1K olarak ifade edilir; "Ne, neden, nasıl, nerede, ne zaman ve kim?" soruların cevaplarının önceden netleştirilmesi sürecidir. Yönetim fonksiyonları olan planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve kontrol unsurlarının başarısı öncelikle iyi bir planlama ile ilgilidir. Kurumların ve ülkelerin sürekli büyüyen ve karmaşık yapıları ile değişen iç ve dış çevre dinamiklerinin yoğun rekabeti, bunun sonucunda hızla değişen sosyo-ekonomik koşulları ve teknoloji planlamasının gerekliliğini vurgulamaktadır (4).

Bir başka tanıma göre planlama, belirli bir amaca ulaşmak için mevcut alternatifler arasından en verimli olanı seçme eylemidir. Ulusal planlama ise ülkeyi yöneten politikacıların belirlediği hedeflere ulaşmak için farklı stratejiler arasından seçim yapmak ve kaynakların faydalı bir şekilde kullanılmasını sağlamak için kullanılan tekniktir (3).

Ulusal planlama, sadece ülkenin ekonomik düzeninin değil, aynı zamanda sosyal yapının da planlanmasını öngörmektedir. Bu nedenle planlama yapılırken sadece matematiksel formüller değil, aynı zamanda bir sosyal bilim olan sosyoloji de kullanılır. Politika ve planlama iç içe kavramlardır. Politikacılar kaynakların nereye ve nasıl tahsis edileceğine karar verir. Stratejiler ve hedefler siyasi otorite tarafından belirlendikten sonra planlamacılar işin teknik kısmında görev alırlar (3).

Planlamaya yönetim bilimleri açısından baktığımızda planlama ve yönetim bilimleri arasındaki bağlantıyı ilk ortaya çıkaran Fransız Henry Fayol'dur. Fayol 1916 yılında yazmış olduğu Sınai ve Genel Yönetim (Industrialand General Management) adlı kitabında yönetimin beş fonksiyonu ve on dört ilkesi olduğunu belirtmiştir. Fayol yönetimin beş ilkesini planlama, örgütleme, yönettme (emir ve kumanda etme, sevk ve idare etme), eşgüdüm ve denetim olarak ifade etmiştir. İlerleyen yıllarda yapılan bilimsel araştırmalar Fayol'un yönetimin fonksiyonları ve ilkeleri ile alakalı belirtmiş olduğu tanımlamaların doğru olduğunu ortaya çıkarmıştır (5). Fişek ise yönetimi "PÖPAYED (planlama, örgütleme, personel alma, yönlendirme, eşgüdüm ve denetleme) öğelerinden oluşan bir karmaşa" olarak tanımlamıştır (6). Tüm bu tanımlardan yola çıktığımızda planlama yönetimin temel işlevlerinden biri olarak ve belki de en önemli ögesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Planlama geleceğe yönelik bir çabadır ve bir veya birden fazla amacı gerçekleştirmek için ne, nerede, niçin, nasıl, ne zaman, neyle, kim tarafından gibi soruların cevabının belirlenmesi işidir. Yöneticiye ve kurum üyelerine yol gösterir, gelecek ile ilgili tahminler ve senaryolar oluşturulduğunda uygulanmasını ve yönetilmesini kolaylaştırır (5).

Planlayarak amaç ve hedefler doğrultusunda hareket eden bir kurum, şirket veya ülkenin başarılı olma olasılığı çok daha yüksektir. Planda ihtiyaç duyulan nitelikli insan gücü oluşturulmalı ve görevleri net olarak tanımlanmalıdır. Ayrıca finansal ve doğal kaynaklar mümkün olduğunca gerçekçi bir şekilde belirlenmelidir. Son olarak, mevcut tüm kaynaklar (emek, doğal kaynaklar, finansal kaynaklar) önem sırasına göre hedefler doğrultusunda tahsis edilmelidir (7).

Planlama kavramı, "bir amaca ulaşmak için düşünülen faaliyetlerin belirli bir zamanlama ve belirli kaynaklarla belirli bir sıraya konulması" anlamına gelmektedir.

Plan gelecekte gerçekleşmesi veya ulaşılması düşünülen bir amaca hizmet ettiğinden, planlama da doğası gereği geleceğe yöneliktir (8).

Diğer bir yorumla planlama, amaçların belirlenmesi ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli yol ve araçların belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Burada dikkat çeken şey planlamanın bir süreç olduğu ve belli aşamaları olduğudur. Sonuç olarak, belirlenen hedefler ve bu hedeflere ulaşmanın yollarıdır. Hedefler, belirlediğimiz ve ulaşmak istediğimiz sonuçlardır. Plan ise, planlama sürecinde hedeflere ulaşmak için belirlenen bir dizi karardır (9,10).

2.1.1 Planlamanın Faydaları ve Aşamaları

Başarıya giden yolda yönetimin planlama yapması gerekli ve şarttır. Planlı çalışma kurumlara, kişilere, ülkelere, özel şirketlere farklı faydalar sağlar. Bu faydalardan bazıları kısaca şu şekilde açıklanabilir (11).

- Çalışanlara ve yönetenlere yol gösterici olur. Hem plan yapıcıların hem de planı uygulayıcıların işlerini kolaylaştırır. Çalışmanın daha kolay olmasını sağlar.
- Aynı hedefe odaklanmayı, çalışanların ortak bir amaç için mücadele etmesini sağlar ve çalışanlar arasındaki eşgüdümü sağlar.
- Uzun vadeli kurum politikası planla oluşturulduğu için üst seviyedeki yöneticiler değişse bile hedefler aynı kalır. İşler kesintiye uğramaz, devamlılık sağlanır. Özellikle kamuda, belirlenen hedeflerden sapmayı, keyfiliği önler, hizmetlerin etkinliğini ve verimliliğini artırır.
- Planların hazırlanmasında tüm çalışanlardan bilgi ve tavsiye alınacağı için çalışanların da alınan kararlara katılımı sağlanır. Böylece kuruma karşı aidiyet duygusu arttırılmış olur.

Planlama süreci farklı aşamalardan oluşur. Sağlıklı ve verimli bir planlama için bu aşamalar özenle ve dikkatle uygulanmalıdır. Bu temel aşamalar; bilgi toplama, planlama, koordinasyon, uygulama, denetleme ve değerlendirmedir (12).

Bilgi toplama: Planlama sürecinin ilk aşaması bilgi toplama aşamasıdır. Planlamanın sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi için öncelikle temelin sağlam atılması gerekir. Bunun için kurumun veya örgütün sahip olduğu kaynaklar (araç, gereç, para,

beceri, işgücünün niteliği, vb.) net bir şekilde ortaya çıkarılmalıdır. Bu da ancak detaylı bir bilgi toplama süreci sonunda gerçekleşebilir (11). Kalkınma planları hazırlanırken öncesinde kurumsal bazda - Özel İhtisas Komisyon Raporları (ÖİKR) - bilgi toplama aşamasında hazırlanmaktadır.

Planlama: Planlamanın en önemli ve en uzun süren aşamasıdır. Bu aşamada, yapılan araştırmalar ve elde edilen bilgiler sonucunda amaçlar ve hedefler saptanır. Geleceğe yönelik senaryolar oluşturularak tahminlerde bulunulur. Hedeflere ulaşmak için hangi stratejilerin uygulanması gerektiğine karar verilir. Bu aşama planlama sürecinin temelini oluşturur. Ayrıntılı bir düşünme süreci gerektirir.

Planlamanın öncelikli hedefi olan kaynakların verimli kullanımı için ayrıntılı çalışmalar yapılır. Buradaki çalışmaların başarı derecesi planın başarı derecesini doğrudan etkiler. Planın özünün şekillendiği bu bölümde esas karar verici üst kademe yöneticiler daha fazla çalışırlar ve daha fazla sorumluluk alırlar (12).

Koordinasyon: Planın başarıya ulaşması için birimler ve kişiler arasındaki koordinasyon her zaman korunmalıdır. Bilgi toplama aşamasından değerlendirme aşamasına kadar birimler birbirini tamamlayıcı ve destekleyici hareket etmelidir. Başarılı ve istenilen sonuçlara ulaşabilmek için bütün birimler uyum içerisinde olmalıdır (11). Özellikle planın hazırlanma aşamasında geniş kesimlerin sürece katılımının sağlanması çok önemlidir. Bu aşamada sağlanacak doğru koordinasyon planın eksikliklerinin en aza inmesini sağlar. Böylece uygulama aşamasında yaşanabilecek sıkıntıların da önüne geçilmiş olur (12).

Planlama zorlu ve karmaşık bir süreçtir. Ancak insan kaynaklarının etkili kullanılması ve koordine edilmesiyle hataları azaltmak daima mümkündür. Kalkınma planlarının hazırlanma aşamasında oldukça geniş kapsamlı katılım olduğu görülmüştür.

Uygulama: Plan hazırlanıp yetkili organlarca kabul edildikten sonra uygulama aşamasına geçilir. Planın uygulama süresi planda belirtilmektedir. Bütün birimler kendilerine verilen görev ve sorumlulukları yerine getirip planın hedeflerine ulaşmaya çalışırlar. Bu aşama, kağıda dökülen stratejilerin vücut bulduğu aşamadır.

Planın başarılı olması için her kişi, her birim kendisine verilen görevi eksiksiz olarak yerine getirmelidir (12).

Denetleme: Denetlemenin yapılabilmesi için öncelikle planın uygulanmış olması gerekir. Bu aşamada belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı incelenmeli, hedeflerden herhangi bir sapma olup olmadığı tespit edilmelidir. Eğer gerekli görülürse arada düzeltmek için tedbirler alınmalıdır. Denetlemede esas amaç kişileri korkutmak veya eksikliklerini bulmak değildir. Amaç plandaki aksaklıkları bulmak, düzeltici faaliyetlerde bulunmak ve uygulayıcılara yol gösterici tavsiyelerde bulunmaktır (11).

Değerlendirme: Değerlendirme, planlamanın başlangıcından sonuna kadar olan bütün sürecin incelendiği aşamadır. Bu aşamada tüm bu süreçte yaşanan başarılar, başarısızlıklar ve bunların nedenleri detaylı olarak analiz edilir. Yapılan hatalardan ders alınarak gelecekte yapılacak olan çalışmaların daha iyi olması için gerekli tedbirler alınır (7).

2.1.2. Planlama Türleri

Genel anlamda planlar; süresine, işlevlerine, örgütlenme biçimlerine, çevreledikleri alana, bağlayıcılıklarına göre farklı türlere ayrılırlar. Bu ayrımları daha da arttırmak mümkündür. Referans noktasına göre ortaya birçok farklı plan türü çıkabilir(7).

2.1.2.1.Sürelerine Göre Planlama Türleri

Sürelerine göre planlar; uzun süreli, orta süreli ve kısa süreli olmak üzere üçe ayrılırlar (11).

Uzun Süreli Planlama: Genellikle on, yirmi hatta daha uzun vadeli olarak yapılan planlardır. Şirketlerin, ülkelerin nihai olarak varmak istedikleri son noktaya kadar uzanırlar. Sürenin ne kadar uzun olduğu ile ilgili net olarak bir şey söylemek mümkün değildir. Kapsamı oldukça geniş tutulan planlardır.

Orta Süreli Planlama: Uzun süreli planlara göre kapsamı daha dar, hazırlaması daha kolay planlardır. Genellikle en fazla beş yıl için hazırlanırlar. Kalkınma planları orta süreli planlama kapsamına girmekle birlikte bazı dönemlerde altı, yedi yıl gibi süreleri kapsayan kalkınma planları hazırlanmıştır. Ayrıca yıllık ve iki yıllık programlar ile dönemsel takipler yapılmıştır.

Kısa Süreli Planlama: Bir yıldan daha az bir zamanı kapsayan planlardır.

2.1.2.2. İşlevlerine Göre Planlama Türleri

Planlamayı kuşattığı alandan bağımsız olarak, işlevlerine ve hedeflerine göre gruplandırmak olanaklıdır.

İnsan Gücü Planlaması: Bir örgütün fonksiyonlarını başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için gerekli olan ve ihtiyaç duyduğu personel sayısını ve personel özelliklerini belirlemesi gerekir. Geçmişten günümüze teknolojinin üretim sürecindeki rolünün hızla arttığı söylenebilir ancak insan emeği üretim sürecinde hala hayati öneme sahiptir. Bu sebeple başarılı olmak isteyen kurumlar nitelikli insan gücüne sahip olmak zorundadır ve üretimde verimliliği arttırmak için insan gücü planlamasını yapmak zorundadır (13).

Kalkınma planlarında sağlık personeli ihtiyacı planlaması eğitim aşamasından itibaren yapılmış ve özellikle nitelikli personel yetiştirilmesi sayısının önemi vurgulanmıştır.

Stratejik Planlama: Strateji de istediğimiz amaca ulaşmak için yapılan bir plandır (10). Stratejik planlamada kurum ve çevresi bir bütün olarak ele alınır. Dış ve iç çevre ayrıntılı olarak incelenir ve kurumun misyonu belirlenir. Belirlenen misyon doğrultusunda eldeki kaynaklar değerlendirilir ve kurumu hedeflenen amaçlara ulaştıracak yöntemler ve araçlar belirlenir (13). Stratejik planlar uzun dönemli, çevresel etkilere göre değişime açık esnek planlardır.

Stratejik planlama, kurum bünyesinde gelecekte yapılması planlanan temel değişikliklere yönelik olarak yapılmaktadır. Misyon ve hedefler belirlendikten sonra

kurumun içinde bulunduğu çevre ve çevrede faaliyet gösteren alanlar incelenir. Bu inceleme bağlamında uygulanabilir alternatifler arasından seçim yapmak ve uygulamaya koymak üzere yapılan planlamadır (14).

Stratejik planlama geleceğe yöneliktir. Stratejik plan uzun vadeli olduğundan durağan değil dinamik bir yapıya sahiptir. Stratejik planlar yöneticilere ve uygulayıcılara hesap verme sorumluluğu getirir. Bu nedenle geleceğe yönelik belirlenen hedefler gerçekçi yani ulaşılabilir olmalıdır. Stratejik planın başarılı olabilmesi için tüm örgüt tarafından benimsenmesi ve plana bütün çalışanların katılımının sağlanması gerekir (15). Sağlık alanında stratejik planlar, kalkınma planlarında alınmış kararlar çerçevesinde 2010-2014, 2013- 2017, 2019-2023 yılları kapsamında üç adet hazırlanmış ve sağlık hedefleri net olarak belirtilmiştir.

Kalkınma Planlaması: Kalkınma planlaması uzun dönemli kalkınma politikasının bir sonucu olarak ortaya çıkan kurallara ve stratejilere göre planlamanın düzenlenmesi demektir. Kalkınma planlaması İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra az gelişmiş ülkelerin gelişmiş ülkelerin seviyesine çıkabilmek için başvurdukları bir araç olmuştur. Kalkınma planlamasında öncelikle ülkenin sahip olduğu ekonomik imkanlar, sosyal ve siyasal değerler göz önüne alınır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda sosyal ve ekonomik amaçlar ve sayısal hedefler oluşturulur. Ardından bu hedeflere en uygun şekilde ulaşmak için, kaynakların belirli organlar tarafından yönetilmesi sağlanır (16). Çalışmanın ana kapsamını bu planlama türü içerdiğinden ileride daha detaylı olarak kalkınma planlamasından bahsedilecektir.

2.1.2.3. Çevrelediği Alana Göre Planlama Türleri

Örgütsel Planlama: Örgütsel planlama örgütün sahip olduğu insan gücü, teknoloji, sermaye vb. kaynakların örgüt hedeflerine ulaşmak için kullanılması sürecidir. Örgütsel planlama örgütün kendisi için yapacağı iç planlama ve örgütün çevresi için yapacağı dış planlama olmak üzere ikiye ayrılır. İç planlama; üretim, gelir-gider dengesi, personel niteliklerinin belirlenmesi, insan gücü vb. kavramların planlanmasını içerir. Dış planlamanın temelini ise örgütün etkileşim içinde bulunduğu dış çevre oluşturur. Halkla ilişkiler politikası dış planlamaya bir örnek olarak verilebilir (13).

Kentsel Planlama: Thomas Adams'a göre kentlerin fiziksel olarak nasıl gelişeceğine kentsel planlama karar verir. Kent alanlarının oluşumuna ve değişimine yön verilmesi süreci J. T. Howard'a göre kentsel planlamanın temel ilgi alanıdır. Howard hastaneler, yollar, üniversiteler, parklar gibi kentin fiziki yapısının yanı sıra kentin toplumsal ve ekonomik yapısının da kentsel planlamanın konusu olduğunu belirtmiştir (7).

Bölgesel Planlama: Toplumsal değerler, ekonomik gelişmişlik düzeyi, coğrafi sınırlar gibi özellikler dikkate alınarak sınırlanan bir bölgede belirlenen hedeflere ulaşmak için sahip olunan kaynakların kullanılmasını öngören planlama türüne bölgesel planlama denir. Bölgesel planlamada amaç esas olarak az gelişmiş bölgelerin kalkındırılmasıdır. Ulusal planlara göre bölgesel planlar daha küçük alanları kapsarlar (13).

Ulusal Planlama: Ulusal planlama, ulusal-uluslararası ekonomik, siyasi, toplumsal hedefler belirleme, bu hedefleri belirli bir süre içerisinde gerçekleştirme ve ulusal kaynakları bu hedefler doğrultusunda kullanma eylemidir. Eğitim, sağlık, spor, kültür, kentleşme, ulaşım, enerji, doğal kaynaklar, üretim, tüketim gibi konular ulusal planlamanın içeriğini oluşturabilirler. Ulusal planlama bunların her biri için ayrı ayrı yapılabileceği gibi kapsamı daha geniş tutularak ekonomik, sosyal ve kültürel sektörlerin tamamını içine alacak şekilde de yapılabilir (13). Çalışma uluslararası karşılaştırmalar açısından önem taşıdığından ulusal planlama önem arz etmektedir.

Uluslarüstü Planlama: Uluslarüstü örgütler vasıtasıyla yapılan planlama türüdür. Günümüzde siyaset, ekonomi gibi alanlarda farklı ülkeler bir araya gelerek farklı örgütler oluşturmuşlardır. Bu örgütlerde alınan kararlar üye olan ülkeleri yasal, kurumsal ve yapısal anlamda etkilemektedir. Bu örgütler belirli bir amacı gerçekleştirmek için kurulmuşlardır ve amaçlarına ulaşmak için planlamayı bir araç olarak kullanmaktadırlar. Uluslarüstü örgütlerin uzun dönemli amaçları ve bu amaçlara ulaşmak için hazırladıkları planları vardır. Üye ülkelerin bu planlarla ilişkili olarak ulusal sınırları içinde yapacakları ekonomik, mali, yönetsel ya da hukuksal düzenlemeler, bu planlara uluslarüstü bir nitelik kazandırmaktadır (13).

2.1.2.4. Bağlayıcılığı Açısından Planlama Türleri

Katı-Emredici Planlama: Bu planlama türünde plan hedeflerinin yerine getirilmesi zorunludur. Liberal politikaların hakim olduğu rekabete dayalı piyasa ekonomisinde ve farklı siyasal partilerin çoğulcu bir anlayışla hüküm sürdüğü bir yönetsel yapıda emredici planları uygulamak mümkün değildir. Emredici planlar sosyalist rejimlerin uyguladığı planlardır (13).

Esnek-Yönlendirici Planlama: Emredici özelliği olmayan, kapitalist toplumlarda görülen yol gösterici ya da özendirici planlardır. İkinci Dünya Savaşı sonrası Fransa'nın ve 1960 sonrası Türkiye'nin uygulamaya koyduğu çalışmanın ana konusunu içeren kalkınma planları esnek planlamaya örnektir (13).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Planlama

Planlama, kaliteli bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir parametre olarak kabul edilmektedir (17). DSÖ'nn yaptığı tanıma göre sağlık hizmetleri planlaması; "Belirli bir süre içinde, sağlık seviyesini yükseltmek için gerekli kıt kaynakların en uygun şekilde kullanılmasının planlamasıdır"(18). Başka bir ifade ile sağlık planlaması, kaynakların uygun ve etkin kullanımıyla gelecekteki belirli hedeflere ulaşmak için uygulanacak sistematik bir yaklaşım şeklinde tanımlanabilir. Yine başka bir tanıma göre ise, sağlık politikası oluşturma, yani politika çıktılarının uygulama stratejilerine ve planlarına dönüştürülmesi olarak açıklanmıştır (17).

Planlama faaliyetlerinin hem politika oluşturma hem de yönetimle yakından bağlantılı olduğu ifade edilmektedir. Özel olarak sağlık planlaması ise, sağlık politikası oluşturma ile olan bağlantılarını güçlendiren anahtar aktörler arasındaki öncelik ve stratejilerin görüşülmesiyle de ilgilidir. Sağlık planlaması ve sağlık politikası oluşturma, genellikle açıkça tanımlanmış aşamaları ve süreçlerin doğası olan döngüler olarak tanımlanır. Sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemler dahil olmak üzere sağlık politikaları; Sağlık hizmetlerinin ötesinde, sağlığı etkileyen tüm hukuk, özel ve gönüllü kuruluşların eylemlerini içermektedir (17).

Sağlık diğer sosyal konular ile karşılaştırıldığında özel bir konuma sahiptir. Sağlık politikalarını belirlerken karar vermenin doğasında hayatın anlamı ve ölüm vardır. Sağlık, sağlıkla ilgili olmayan birçok konudan, alınan karardan etkilenmektedir. Sigara ve alkoldeki vergi oranlarından yoksulluk ve hava kirliliğine, fast food gibi yemek alışkanlıklarından fiziksel aktivite eksikliğine, obezitenin artmasından eğitime kadar (17).

Sağlık planlaması ile sağlık hizmetleri planlaması arasında bir ayrım yapılmalıdır. Sağlık planlaması, sağlığın daha geniş belirleyicilerini ve çok sektörlü girişimlere duyulan ihtiyacı tanıırken, sağlık hizmetleri planlaması ise sağlık hizmetlerine odaklanır (17).

Planlama mantığı tüm sektörlerde ortak iken, sağlık planlamasının bazı ayırt edici özellikleri bulunmaktadır. Örneğin, çok daha fazla emek yoğun bir sektördür. Bir sağlık personelinin yetişmesinin çok uzun zaman alması oldukça önemli ve kritik hale getirmektedir. Karar verme sürecini etkileyen karmaşık güç ilişkileri vardır. Bunlar, sağlık bakanlığı, meslek birlikleri, sivil toplum kuruluşları gibi iç paydaşlar, uluslararası kuruluşları bağışçılar gibi dış paydaşlar olabilir (17).

Sağlık hizmetlerini planlama zorunluluğuna, ülkelerde tedavi hizmetleri, yatırımlar ve sağlık personeli ihtiyacında hızlı bir artış gözlenmesi neden olmaktadır. Topluma yeterli sağlık hizmeti vermek düzenli bir organizasyonu zorunlu kılmaktadır. Erin, sağlık hizmetlerinde planlamanın zorunluluğunu üç ana maddede özetlemiştir :

1.Sağlık hizmeti verilmesi zorunlu, sağlanmasından kaçınılmaz bir hizmet türüdür.

2.Sağlık hizmeti en pahalı hizmetlerden birisidir, giderek daha da pahalılaşmaktadır.

3.Tüm siyasal görüşlere bir amaç olarak belirlenmiş bulunan, dışa bağımlılıktan kurtulma ve kalkınmanın temel ögesi sağlıklı insan gücüdür. Devlet kalkınmanın bu ön şartını yerine getirmek zorundadır (18).

Ülkemizde bazı Avrupa ülkelerinde de olduğu gibi sağlık hizmetleri planlamasından çoğunlukla Sağlık Bakanlığı esas sorumludur.

2.2. KALKINMA

Kalkınma kelimesi Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “kalkınmak işi, iyileşme şifa bulma” olarak tanımlanmıştır. Kalkınma ile ilgili bir başka tanımlama “bir ekonomide halkın değer yargıları, dünya görüşü ile tüketim ve davranış kalıplarındaki değişimleri içeren toplumsal ve kuramsal yapıda dönüşüme yol açan büyüme” şeklinde yapılabilir. Bir başka görüşe göre ise kalkınma; beslenme, sağlık, barınak, istihdam, fiziki çevre gibi bileşenleri de içermektedir (19). Kalkınma ayrıca Oxford Languages'te "1. Kalkınmak eylemi.", "2. Bir ülkenin, toplumsal ve ekonomik yapısını geliştirme, gelişmiş çağdaş ülkelere yetiştirme durumu." olarak tanımlanmaktadır (20). Kalkınma, sadece üretimi ve kişi başına düşen geliri artırmak değil, aynı zamanda gelişmemiş bir toplumda ekonomik ve sosyo-kültürel yapının da değiştirilmesi ve yenilenmesi anlamına gelir (16).

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi kalkınma sadece kişisel gelirin artması ile ilgili değildir. Ülkelerin refah düzeyinin artmasının yanı sıra toplum yaşamının insani bir şekilde gelişmesi de söz konusudur. Bunun yanı sıra siyasal özgürlük, temel insan haklarının güvence altına alınması ve insanların özgür iradeleriyle seçim yapmaları gibi hususları da kapsamaktadır. Refah, kalkınmanın temelini oluştursa da önemli olan nokta, mevcut potansiyelin yakalanmasında mevcut fırsatların toplum üyeleri tarafından ne kadar verimli kullanılabileceğidir. Kalkınma, ekonominin sağlıklı gelişmesini, dengeli gelir dağılımını, insan hak ve özgürlüklerini güvence altına alan bir siyasi sistemi, çevrenin korunmasını ve etkin liderlik hedeflerini dikkate alan bir ekonomi politikasını gerektirir (21).

Kalkınma konusunda çalışan bilim adamlarının hemen hepsi, azgelişmiş ülkelerin klasik anlamda serbest piyasa ekonomisi ilkelerine dayalı hızlı ve sürekli bir kalkınma sağlayamayacakları konusunda hemfikirdirler. Azgelişmiş ülkelerde ekonomik ve sosyal kalkınmanın serbest piyasa mekanizmasına veya tesadüflere bırakılmaması, kalkınmanın bilinçli, planlı ve yönlendirilmiş olması gerektiği anlamına gelmektedir. Kalkınma, var olmak isteyen ve varlığını devam ettirmek

isteyen her toplum için kaçınılmaz bir durumdur. Yüksek bir kalkınma hızı da ancak iyi bir devlet yönetimi ile mümkün olabilir (16). Bu tanım ve yorumlara göre ülkelerin kalkınma çabaları, bu hedefleri kapsayan detaylı bir planlama çerçevesinde olmalıdır.

Dünyadaki tüm ülkeler farklı gelişmişlik seviyelerine sahiptir. Bu nedenle uluslararası yaşam standartları ve refah düzeyleri de farklılık göstermektedir. Güney Afrika'da düzenlenen Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi sonucunda oluşturulan bildiride; 1,2 milyar insanın günlük gelirin bir doların altında olduğu ve dünya nüfusunun yarısının günlük gelirin iki doların altında olduğu bilgisi vardır. Yoksullukla mücadele eden azgelişmiş ülkelerde yaşayan insanların daha iyi eğitim alabilmeleri, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri ve kendilerini sadece ekonomik değil sosyo-kültürel açıdan da geliştirebilmeleri, onların gelişmişlik düzeylerine bağlıdır. Bu bağlamda, kalkınma hakkı BM Şartı ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde yer almaktadır. Geliştirme hakkı 1986 yılında Genel Kurul tarafından kabul edilmiştir. Bildirinin 1. maddesine göre bu hak devredilemez bir haktır. Madde 2, bu hakkın her birey ve kişinin ekonomik, sosyal, kültürel ve politik kalkınmaya katılma, katkıda bulunma ve bu gelişmeden yararlanma hakkı olduğunu belirtir (19).

Türkçede kalkınma kavramı gelişme kavramıyla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Geçmişe ait metinlerden sadece 1961 ve 1982 anayasaları kalkınma kavramını içerir. 1961 Anayasası madde 41'de "İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek; bu maksatla, milli tasarrufu arttırmak, yatırımları toplum yararının gerektirdiği öncelikleri yöneltmek ve kalkınma plânlarını yapmak devletin ödevidir." ifadesi yer alır. 1982 Anayasasında ise Madde 161'de "Ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmayı, özellikle sanayinin ve tarımın yurt düzeyinde dengeli ve uyumlu biçimde hızla gelişmesini, ülke kaynaklarının döküm ve değerlendirilmesini yaparak verimli şekilde kullanılmasını planlamak, bu amaçla gerekli teşkilatı kurmak Devletin görevidir. Planda millî tasarrufu ve üretimi artırıcı, fiyatlarda istikrar ve dış ödemelerde dengeyi sağlayıcı, yatırım ve istihdamı geliştirici tedbirler öngörülür; yatırımlarda toplum yararları ve gerekleri gözetilir; kaynakların verimli şekilde kullanılması hedef alınır. Kalkınma girişimleri, bu plana göre gerçekleştirilir. Kalkınma planlarının hazırlanmasına,

Türkiye Büyük Millet Meclisince onaylanmasına, uygulanmasına, değiştirilmesine ve bütünlüğünü bozacak değişikliklerin önlenmesine ilişkin usul ve esaslar kanunla düzenlenir.” şeklinde yer almaktadır (19).

Birinci Dünya Savaşı’nın sonunda galip devletler tarafından kurulan ve amacı savaş esnasında bozulan dünya düzeninin yeniden oluşturulması ve devamını sağlamak olan Milletler Cemiyeti (Cemiyet-i Akvam) Anayasasında kalkınma ile birlikte kalkınmanın zıttı olan kalkınmamışlık kavramı da yer almaktadır. “Bu halkların (modern dünyada oldukça kötü şartlarda yaşayan halklar) refahı ve kalkınması uygarlığın kutsal misyonunu oluşturur” denilerek zor şartlarda yaşayan ve kendi kendini yönetemeyen halklar için ekonomik olmaktan ziyade sosyo-kültürel alana vurgu yapılmaktadır. Burada kalkınma daha çok uygarlıkla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. 1938 yılında ise Milletler Cemiyeti bir nota yayınlamış ve bu notada ilkel toplumların ekonomik kalkınmasından bahsetmiştir. Bu durum II.Dünya Savaşı sonrasındaki kalkınma anlayışının bir habercisi olarak görülebilir. Kalkınma ve kalkınmamışlığın neden olduğu azgelişmişlik kavramlarıyla ilgili tartışmalar II.Dünya Savaşını takip eden yıllarda yoğunlaşmış ve giderek iktisat disiplini içinde önemini arttırmaya başlamıştır (19).

2.2.1.Kalkınma Planlaması

“Kalkınma planlaması, uzun dönemli kalkınma politikasının belli stratejilere ve kurallara göre düzenlenmesi demektir. En geniş anlamıyla kalkınma planlaması bir ülkede geçerli ekonomik, sosyal ve siyasal değer yargıları ışığında, belirli bir dönemde toplumun ulaşmak istediği sosyo-ekonomik amaçlara ve sayısal olarak belirlenmiş hedeflere en uygun bir biçimde varmak için, kaynakların belirli organlar tarafından yönetilmesi sürecidir diyebiliriz” (16).

Kalkınma planlamasının asıl amacı toplumsal üretimi arttırmak, ülkenin ekonomik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlamaktır. Ancak ekonomik olarak büyüme gerçekleşirken planlama, toplumu bilinçlendirme ve toplumu dönüştürme işlevini de yerine getirmelidir. Böylece ekonomi büyürken toplumun niteliksel olarak gelişimi de sağlanmış olur. Kalkınma hem sayısal verileri (ulusal gelir, kişi başına düşen gelir, ithalat, ihracat, vb.) hem de toplumun yaşam standartlarını (eğitim,

sağlık, çalışma koşulları, dinlenme olanakları, gelir artışı) içeren bir kavramdır (13). Buradan hareketle kalkınma planlamasının; salt ekonomik büyümeyi değil, toplumsal ve kültürel gelişimi de hedefleyen, ülkenin kalkınmasını doğuran bir büyümeyi hedefleyen planlama olduğu söylenebilir. Gelişmekte olan ülkelerin de gelişmiş ve gelişmiş olan ülke seviyesine ulaşabilmesi için planlama, yani kalkınma planlaması yapması kazanımları açısından anlamlı olacaktır.

Kalkınma planlaması, uzun vadeli kalkınma politikasının belirli kural ve stratejilere göre düzenlenmesi anlamına gelir. Kalkınma planlaması, toplumun belirli bir dönemde ulaşmak istediği sosyo-ekonomik hedeflere ulaşmak için ve sayısal olarak belirlenmiş hedeflere uygun olarak, mevcut ekonomik, sosyal ve politik gelişmeler ışığında belirli organlar tarafından kaynakların yönetilmesi sürecidir. Kalkınma planlaması beş aşamadan oluşmaktadır.

Bu aşamalar :

- "- Durum değerlendirmesi veya bilgi toplama
- Kalkınma stratejisi ve hedeflerin belirlenmesi
- Kalkınmanın programlanması
- Kalkınma planının uygulanması
- Kalkınma planının değerlendirilmesi ve başarının ölçülmesi" (16).

2.2.2. Kalkınma Planlamasının Ortaya Çıkışı

Kalkınma planlaması, özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra yaygınlaşmıştır. Ekonomik bakımdan geri kalmış ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelere kabul görmüş ve uygulanmaya başlanmıştır. Gelişmekte olan ülkelere planlı kalkınma, ekonomik gelişme ve ülke kalkınmasında hızlandırıcı fonksiyon olarak görülmüştür. Bu ülkelere, gelişimlerini tamamlamış ve kalkınmış ülkelerin refah seviyesine ulaşmak için kalkınma planlaması etkili bir araç olarak kabul edilmiştir. Gelişmekte olan ülkeler ekonomik ve sosyal kalkınmanın hızlandırılması, eğitim, sağlık, kültürel hayatın gelişimi için en verimli yöntem olarak planlı kalkınma yöntemini benimsemişlerdir. Ülke kaynaklarının değerlendirilmesi için uzun vadeli kalkınma planları yapmıştır (7).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler II. Dünya Savaşı'na doğrudan girmemişler ancak savaşın ekonomik ve sosyal etkilerini çok boyutlu olarak dolaylı biçimde yaşamak durumunda kalmışlardır. Çoğu bağımsızlığını yeni kazanmış bu ülkeler, o dönemde devlet öncülüğünde sanayileşme yoluyla kalkınma programları uygulamıştır. Savaş sonrası dönemde kendi içsel kaynakları ile kalkınmalarını gerçekleştirme olanağından yoksun olan azgelişmiş ülkeler, gelişmiş ülkelerin desteği ile sanayileşmelerini sürdürme zorunluluğu ile karşı karşıya kalmıştır. Bir yanda Doğu bloğunu temsil eden Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği, diğer yanda batı bloğunu temsil eden Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmak üzere, birbirinden tamamen farklı sosyo-ekonomik yapı düzenlemesini içeren iki kalkınma modeli bu devletlerin önünde seçenek olarak yer almıştır. ABD kapitalist sisteme uyum sağlamak isteyen ülkelere yardım yapma kararı almıştır. Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası örgütler savaşın yıkımını derinden yaşamış ülkelere ve batı bloğunun içinde varlığını sürdürmek isteyen az gelişmiş ülkelere maddi yardımlarda bulunmuştur. Ancak bu uluslararası örgütler özellikle az gelişmiş ülkelere yardım yaparken ulusal planlamayı gerekli bir şart olarak öne sürmüşlerdir. Söz konusu uluslararası örgütler tarafından desteklenen azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kalkınmaları için iki temel koşulun yerine getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu koşullardan ilki, modern ve iyi işleyen bir kamu yönetimi oluşturulmasıdır. Bu koşul için gerekli teknik yardım, teknoloji desteği ve uzman işgücü desteğinin uluslararası kuruluşlar tarafından sağlanması taahhüt edilmektedir. Kalkınmanın diğer bir koşulu ise modern kamu yönetiminin planlama mekanizması ile birlikte işleyişinin sağlanmasıdır. Özetle dönemin azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinin batı ve ABD modeline uygun olarak kalkınmalarının gerçekleştirilmesinde, planlama mekanizmasının modern kamu yönetimi anlayışının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edildiği ifade edilebilir. Bu çerçevede Birleşmiş Milletler azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere kalkınmanın planlanmasına ve yönetimine destek olmak amacı ile ulusal planlama kurumlarının bilgi ağlarının kurulmasına teknik işbirliği programı ile destek vermiştir. Bunun yanı sıra BM kurduğu bölgesel ekonomik komisyonlar aracılığı ile araştırma olanakları ve teknik yardım hizmetleri sağlayarak kalkınma planlamasında belirleyici bir rol üstlenmiştir (13). 1945 sonrası savaşın etkisiyle uluslararası düzen yeniden şekillenmiş ve ulusdevletlerin egemenliğine saygı çerçevesinde, devletler ve uluslararası kuruluşlar arasındaki ikili ilişkilerin kurularak uluslararası ilişkiler ağının belirlediği yeni bir

döneme girilmiştir. Bu dönemin belirleyici özelliği, devletler veya uluslararası kuruluşlar tarafından kurulan ilişkilerde doğrudan iletişim kurulmasıdır. Devletler uluslararası ilişkilerin ve ticaretin doğrudan aktörleridir. Ulusal ve uluslararası sistemde merkezi gücün devlet olduğu bu dönemin en önemli kavramı ise kalkınmadır. Kalkınmanın aracı ise planlamadır. Planlama, ulusları kalkınmaya ulaştıracak bir araç olarak, savaş sonrasında yeniden eski gücünü kazanma çabasındaki gelişmiş ülkeler için önemli olmakla birlikte azgelişmiş ülkeler için çok daha hayati bir anlam taşımaktadır. Azgelişmiş ülkeler kendilerine gelişmiş dünyanın kapılarını aralayacak anahtar kavramlar olarak planlama ve kalkınmayı görmektedirler. Temel hedef olarak sunulan kalkınmayı yönetmek ve planlamak, devletin ilk görevi haline gelmiştir (13). Gelişmekte olan ülkelerdeki başlıca problemler; yetersiz altyapı, verimsiz yatırımlar, niteliksiz işgücü ve sermayenin verimli alanlara aktarılamaması olarak ifade edilebilir. Bu sorunlar ise devlet müdahalesi ve ulusal planlamayı zorunlu kılan sebeplerdir. Gelişmekte olan ülkeler yeni birer stratejik ortak ve pazar olarak görülmüşlerdir. Batı ile koordineli bir şekilde hareket edebilmeleri için çeşitli finansal ve sosyopolitik kuruluşlara üye olmaları sağlanmıştır. Bu süreçte Dünya Bankası (DB) ve diğer finans kuruluşlarının sağladığı finansal yardımlar, ulusal kalkınma planlamasının gelişmekte olan ülkelerde tarafından benimsenmesinde oldukça etkili olmuştur. Fransa ve İngiltere sömürgesi altındaki ülkelerde kalkınma planlaması uygulamışlardır, bu ülkeler bağımsızlıklarını kazanınca da bu uygulamayı sürdürmüşlerdir. Batılı ülkeler borç verdikleri ülkelerin yapılan yardımı nereye harcayacaklarını görmek için belirli bir plan sunulmasını istemişlerdir. DB II. Dünya Savaşı sonrasında Avrupa'nın yeniden imarı için kurulmuştur. Marshall Planı'nın bu konuda büyük bir başarı sağlamasıyla banka ilgisini üçüncü dünya ülkelerinin iktisadi kalkınmasına yönlendirmiştir. Banka bu ülkelerin kalkınma planlarının hazırlanması ve bu planlara katkı sağlanması konusunda destek vermiştir. Dünya Bankası bölgesel ve yardımcı ajansların kurulmasında öncülük ederek dünyanın farklı bölgelerinde ulusal kalkınma planlarının yayılmasında önemli bir rol oynamıştır (3).

2.2.3. Kalkınmada Devletin Rolü

Kalkınma çok boyutlu bir olgu olduğundan tek bir ölçütle ele almak yetersiz kalmaktadır. Genel olarak kullanılan ölçüt kişi başına gelir olmasına rağmen pek çok

ülke örneğinde görüldüğü gibi kişi başına geliri yüksek olan ülkeler yeterince kalkınabilmiş değildir. Örneğin, bir ülkenin eğitim ve sağlık imkânları, sanayileşme durumu, gelir dağılımı, çevreye verilen önem, kadın hakları gibi konulardaki durumu da kalkınma için oldukça önemlidir (19). Bu nedenle devlet ülkelerin kalkınmasında yapacağı faaliyetlerde oldukça önemli bir rol üstlenmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde devlet, hangi büyüklükte ve mahiyette olursa olsun en azından yol gösterici ve düzenleyici bir rolde olmalıdır. Kalkınmanın sağlanabilmesi için bu rolü oldukça önemlidir ve gereklidir. Stiglitz'e göre kalkınmada devletin rolü; sırası ile, eğitimi teşvik etmek, teknolojiyi teşvik etmek, finans sektörünü desteklemek, kurumlar, yollar ve iletişim sistemlerini de kapsayan altyapıya yatırım yapmak, çevresel bozulmayı önlemek ve son olarak temel sağlık hizmetlerine erişim de dâhil olmak üzere bir sosyal güvenlik ağı oluşturmak ve sürdürmektir (19).

Hayat standartları Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYH) istatistiklerinde yakalanan değişkenlerden daha fazlasını içerir. Örneğin; iyileştirilmiş sağlık koşullarının (böyle bir iyileşme GSYH'ye yansıtılmasa bile) hayat standartlarında bir iyileşmeyi temsil ettiğine yönelik temel bir düşünce vardır (19).

2.2.4. Kalkınma ve Sağlık

Az gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin hedefi gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmaktır. Sağlık, bilgi ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte toplumsal olarak gelişmenin temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. Kalkınma ile sağlık ilişkisi değerlendirildiğinde birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki olgudur ve aralarında bir etkileşim vardır. Kalkınmışlık düzeyi arttıkça bu durum toplumun sağlık düzeyini de olumlu etkileyecektir. Sağlıklı bir toplum da kalkınmaya katkıda bulunacak en önemli etmenlerdendir (22).

Sağlık, yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır ve insan merkezli gelişme sürecinin belki de en temel koşulu sağlıklı bir yaşam sağlamaktır. Sağlıklı yaşama erişimi sağlamak ve sağlık kalitesini artırmak için alınan tüm kararlar iyi bir yaşama ulaşmayı amaçlar (23).

Ulaşılmak istenen temel sağlık hedefleri, temel sağlık göstergeleri ile açıklama bulmaktadır: Bunlar doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ve ocuk ölüm hızı, kamu sağlık harcamaları, doğurganlık hızı, nüfus artış hızı, kişi başına düşen doktor, hemşire ve benzeri sağlık personeli sayısı. Büyüme, gelir, istihdam ve benzeri makroekonomik gelişmişlik göstergelerini dikkate aldığımızda daha sağlıklı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Çünkü bu göstergelerdeki iyileştirmeler aynı zamanda bebek ve ocuk ölümlerini azaltmaya, demografiyi iyileştirmeye, nüfus artışını ve üretkenliği kontrol etmeye ve yetersiz beslenmeyi ve hassas gruplara zarar vermeyi önlemeye yardımcı olabilir (24). Temel sağlık hedeflerine ulaşmak ve sağlıkta iyileştirmeleri sağlamak için öncelikle kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek gerekir (23).

Yeni kalkınma yaklaşımlarına göre, mikro, makro ve küresel düzeydeki tüm politikalar eş zamanlı ve aynı etkinlikte uygulandığı sürece başarı sağlanabilir (24). Mikro düzeyde gelişme, yaşam beklentisinde artışa, bebek ve ocuk ölümlerinde azalmaya, ekonomik kaynaklara erişim düzeyinde ve benzeri bireysel sağlık düzeylerinde artışa yol açmaktadır. Makro düzeyde gelişme ile bilgi ve beceri düzeyinde artış, üretimde verimlilik artışı, kişisel ve milli gelirin genişlemesi, kaynakların etkin kullanımı ve dolayısıyla toplumsal sağlık sisteminde iyileşmeler meydana gelmektedir. Son olarak, küresel düzeyde gelişme ile dünya çapında adil bir kaynak ve gelir dağılımının sağlanması hedeflenmektedir. Bu amaca yönelik çabaların başarılı olabilmesi için uluslararası düzeyde ülkeler ortak çıkarları için işbirliği yapmalı ve ortak hareket etmelidir. Bu alandaki başarının sağlık sistemine yansması ile de dünyada ortalama sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi sağlanabilir (23).

evre kalitesi ve ekonomik gelişmişlik düzeyi sağlığın en önemli belirleyicileri arasındadır. Ancak sağlık aynı zamanda gelişimin diğer yönlerini harekete geçiren ve ilgilendiren önemli bir faktördür. Örneğin, sağlıklı bireyler ekonomik olarak daha üretkendir, bu da ülkenin genel ekonomik kalkınmasını daha hızlı bir şekilde artıracaktır. Bunun için sağlığa yatırım, kalkınmayı hızlandırmada önemli bir araçtır ancak daha da önemlisi sağlıklı olmak başlı başına önemli bir hedeftir (25).

Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılabilmesi için , sağlık sektörü için önemli olan göstergelerde de iyileştirmeler yapılması zaruridir (25). Sürdürülebilir kalkınma kavramının önemli bir unsuru da, kalkınma sürecinde elde edilen yararların nasıl dağıtıldığıdır. Bu unsuru değerlendirmek için kullanılan en önemli göstergeler, yaşam beklentisi, ölüm oranı ve eğitim ile ilgili olanlardır. Bir ülkenin vatandaşlarına sunduğu yaşam kalitesinin veya o ülkenin bu konudaki kapasitesinin değerlendirilmesinde ortalama yaşam süresi, yani insanların ne kadar yaşadığı çok önemli bir göstergedir. Bu göstergeyle çok yakından ilişkili diğer göstergeler de bebek ölüm hızı ve/veya 5 yaş altı bebek ölüm hızıdır. Yaşam beklentisi, ölümlülük ve okuryazarlık oranı, insani gelişimin tüm yönlerini kapsar (25).

Ülkelerin sağlıkla ilgili stratejileri hayata geçirmek için izledikleri eylem planları ve ilerleme göstergeleri incelendiğinde önemli bir kısmının sağlıklı yaşam, ölüm oranları, sigarayı azaltma veya çocukları kötü beslenmeden korunma gibi halk sağlığı çalışmalarıyla doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir (21).

2.3. İNSANİ KALKINMA

Çalışmanın bu kısmında insani kalkınma tanımları, ölçüm yöntemleri ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP)' na yer verilecektir. Çalışmada, insani kalkınma ile kalkınma planlarında ele alınan sağlık göstergeleri açısından analiz yapılacağından insani kalkınma kavramının içeriğinin ve ölçüm yöntemlerinin incelenmesi önem arz etmektedir. İnsani kalkınma farklı kurum ve yazarların farklı anlamlar yüklediği, farklı endekslerle ölçmeye çalıştığı bir terimdir. Bu nedenle insani kalkınma teriminin literatürde farklı kavramsal ve operasyonel tanımları kısaca gözden geçirilerek, çalışmamızda temel alınan İnsani Gelişim Endeksi (İGE) üzerinde ayrıca detaylı durulacaktır.

2.3.1. İnsani Kalkınma ve Tanımları

1950'li yıllardan önce ekonomik büyüme ile kalkınma ve gelişme aynı anlamda kullanılmıştır (26). Kalkınma sadece ekonomik değil sosyal açıdan da değerlendirilen geniş bir kavramdır. Bu nedenle kalkınma çabaları değerlendirilirken ekonomik, sosyal ve siyasi bütün koşullar dikkate alınmaktadır. İnsani kalkınmanın

ortaya çıkış amacı kalkınma sürecinde ekonomik, politik ve sosyal süreçler konusunda "insanı" odak noktasına almasıdır. İnsani kalkınmanın amacı da insanların uzun, sağlıklı ve yaratıcı hayatların tadını çıkarmaları için uygun bir ortam ve şartlar oluşturmaktır. Bu amaç hem basit hem de somuttur. İnsanlar elde ettiği gelirin daha da ötesinde uzun dönemli refah seviyesine ulaşmak isterler (27).

İnsani kalkınma konusunda bu güne kadar birçok farklı tanım yapılmış ve bu tanımlarda insan merkezli kalkınma ihtiyacının altı çizilmiştir. Aslında, kalkınmaya insani kalkınma açısından bakmanın yeni bir şey olduğu söylenemez. İnsani kalkınma kavramı ve ölçümü her ne kadar 90'lı yılların bir ürünü gibi görülse de daha önceki yıllarda kavramla ilgili çalışmalar yapıldığı anlaşılmaktadır. Sosyal ve ekonomik düzenlemelerin insan hayatını iyileştirmeye etki etmesi gerektiği fikri Aristo'ya kadar uzanır. Aristo, "Maddi zenginlik, aradığımız iyilik değil, aradığımız iyiliğe götüren bir araçtır." demiştir. Aristo, iyi siyaset ile kötü siyaset ayrımını "insanların iyi bir yaşam elde edebilmeleri için yeterliklerini geliştirmek" olarak tanımlamıştır. Aristo gibi birçok erken dönem filozofu, yazılarında tüm insan faaliyetlerinin ana nedeninin insan için daha iyinin sağlanması olduğunu ifade etmiştir (28).

İnsani kalkınma konusu, yirminci yüzyılın sonlarına doğru küresel düzeyde daha çok gündeme gelmeye başlamış, birçok politikacı, araştırmacı, uzman, akademisyen, uluslararası kuruluşların vb. üzerine eğildikleri konu haline gelmiştir. Kaliteli bir yaşamın ölçülmesi ya da "insani kalkınma" gibi soyut bir kavramın somut hale getirilebilmesi kolay elde edilen bir durum değildir. Birçok bilim adamı ve kalkınma ajansı, sosyal ilerlemenin hem araçlarına hem de amaçlarına ışık tutan göstergeleri birleştirerek daha geniş bir insan refahı ölçüsü oluşturmaya çalışmıştır. Bu konuda birçok kurum, kuruluş ve araştırmacı tarafından araştırmalar yapılmış, insani kalkınma kavramının ölçülmesini sağlayacak göstergeler geliştirilmiştir (28,29)

BM, insani kalkınma konusunda yıllar içerisinde farklı açılardan endeksler geliştirmiştir. Literatürde insani kalkınma ölçüm yöntemlerinden çalışmamıza konu olan Birleşmiş Milletler (BM), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) İnsani Gelişim Endeksi dışında, OECD Daha İyi Yaşam Endeksi, DB İnsani Kalkınma Endeksi ve Uluslararası Uygulamalı Sistem Analizi Enstitüsü İnsani

Yaşam Endeksi (HLI)' gibi birçok farklı yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemler incelendiğinde kuşkusuz hiçbirisi eksiksiz veya kusursuz değildir. Her yöntemin kendine özgü avantajları ve dezavantajları vardır. Bu tür bir endeksin oluşturulmasında hangi bileşenlerin endekse dahil edilip edilmemesi gerektiği, seçilen göstergeleri bir araya getirmenin ve doğru verilere ulaşmanın uygun yolunun ne olduğunun ve standardının bulunup bulunamaması çerçevesinde toplanmıştır (28,30).

BM'in insani kalkınma tanımı genel olarak, kalkınmanın odak noktasını ulusal gelir göstergelerinden, insan merkezli politikalara taşımayı hedeflemektedir. Buna göre; insani kalkınma, refah ve mutlu bir yaşam sürmek için bireye tercih etme ve tercihini yaşama şansı verir. Bu süreçte, bireylerin kendi hür iradeleriyle yapacakları tercihler, onların bireysel ve kolektif olarak kişisel gelişimlerini destekleyecektir (31).

Buraya kadar yer verilen insani kalkınma konusundaki tanımlamalardan farklı olarak BM'nin 1990 yılında yayınladığı ilk insani kalkınma raporunda, Haq tarafından ifade edilen insani kalkınma tanımı esas alınmıştır. Bu tanım şöyledir: “İnsani kalkınma, insanların tercih yapabilecekleri seçenekleri genişletme sürecidir. Bu seçenekler sonsuz olabilir ve zamanla değişebilir. Fakat bu seçeneklerden en önemli olanlar; uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmek, eğitilmiş olmak ve iyi bir yaşam standardına sahip olabilmektir”. Çalışmada bu tanımın benimsenmesinin nedeni, BM'nin insani kalkınma konusunda küresel bir otorite kabul edilmesi ve BM bünyesinde kavram ile ilgili çalışmaların tüm dünyada siyasi ve akademik çevrelerde yaygın kabul görmesidir. İnsani kalkınmanın ölçümü konusunda yapılan çalışmalardan, günümüzde dünya genelinde en yaygın kabul göreni BM tarafından geliştirilen İGE' dir. BM'nin insani kalkınma ölçümü çok sayıda ülkeyi incelemeye dahil etmektedir. Dolayısıyla ülkeler arası kıyaslama şansı artmaktadır. Bu nedenle çalışmada Birleşmiş Milletler UNDP İGE ölçüm yöntemi esas alınmıştır (28).

2.3.2.Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), 22 Kasım 1965'te, merkezi New York, ABD'de, EPTA (Genişletilmiş Teknik Yardım Programı) ve Birleşmiş

Milletler Özel Fonu'nun ortaklığıyla kurulmuş, 1971 yılında bu iki kurum UNDP adı altında birleştirilmiştir. Özel Fon, Birleşmiş Milletler' in teknik yardımının kapsamını genişletmek için çalışırken EPTA, azgelişmiş ülkelere ekonomik ve politik sorunları konusunda yardım etmek için çalışmaktadır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) Birleşmiş Milletler tarafından küresel bir kalkınma ağı oluşturmak için kurulmuş bir programdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelere odaklanarak, insanların daha iyi yaşam standartlarına sahip olmaları için ihtiyaç duydukları bilgi, deneyim ve kaynakları sağlar. Bu amaçla UNDP, hükümetler, sivil toplum kuruluşları, akademi ve iş çevreleri ile işbirliği içinde kalkınma çalışmaları yürütmektedir.

UNDP, Eylül 2000'de 147 devlet ve 184 ulusun katılımıyla BM Genel Kurulu'nda açıklanan Birleşmiş Milletler Binyıl Bildirgesi ile hedeflerine ulaşmanın önündeki engellere ilişkin bir çerçeve çizerek çalışma alanını somutlaştırmıştır. Bildirge ile ülkeler, “küresel düzeyde onurlu, eşitlikçi ve esenlik içinde bir yaşam sürme ilkelerinin tüm toplumlarda geçerli olmasını sağlamak için işbirliği içinde hareket etme” taahhüdünde bulunmuştur. Bu çerçevede sekiz maddeden oluşan Binyıl Kalkınma Hedefi belirlenmiştir. Hedeflerin belirlenmesi sırasında BM kuruluşları, Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ile yakın işbirliği yapılmıştır. BM Genel Kurulu tarafından 2001 yılında onaylanan hedeflere, 2015 yılına kadar küresel ve ulusal katkılarla ulaşılması hedef olarak belirlenmiştir. Bu sekiz ana hedef: (30).

İlk hedef, "Aşırı yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak" olmuştur. 2015 yılına kadar "Aşırı yoksulluk çeken nüfusun yarı yarıya azaltılması" amacına 2015 hedef yılından beş yıl önce ulaşılmıştır. Bu süreçte Türkiye'de bir açlık sorunu olmamış, daha çok yoksulluğa bağlı yetersiz beslenme sorunu olmuştur. Özellikle beş yaşın altındaki çocuklarda, yaşına göre zayıf çocuk oranı 1998 yılında yüzde 8.3 iken bu oran 2008 yılında yüzde 2.8'e düşmüştür (30).

"Herkes için evrensel ilköğretimi sağlamak" ikinci hedef olarak belirlenmiştir. Ülkemizde 15-24 yaş grubunda okur-yazarlık oranı 2008 yılında yüzde 97.4'e ulaşmıştır. 1995-2009 döneminde hem kızlar hem de erkekler arasında okula kayıt oranlarında önemli bir artış görülmüş, 2009'da ilköğretimde

okula kayıt oranı yüzde 98.2 olmuştur. Ancak, iki cinsiyet arasındaki mevcut farklılıklar, kadınlara daha fazla dikkat gösterilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu konuda o dönem, Milli Eğitim Bakanlığı'nın 2003 yılında başlattığı "Haydi Kızlar Okula" kampanyası Türkiye'nin en dezavantajlı 10 ilini kapsamına almıştır. (30)

Üçüncü olarak "Cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi" hedef olarak konmuştur. Türkiye, ilköğretimde cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırma hedefine ulaşmış olsa da, cinsiyet ayrımı hala üzerinde durulması gereken bir sorun olarak devam etmektedir. Ülkemizde orta öğretime devam etmeyen kızların oluşturduğu pay hala oldukça büyüktür.(30)

"Çocuk ölümlerini azaltmak" dördüncü hedeftir. Yoksullukla mücadele için yeterli altyapı ve sağlık imkanlarına sahip olmayan ülkelerde çok yüksek olan 5 yaş altı çocuk ölümlerinin üçte iki oranında azaltılması hedeflenmiştir. Son yıllarda ölümlerde önemli ölçüde bir düşüş yaşanmış olsa da ülkemizde 5 yaş altı ölüm oranları ve bebek ölümleri diğer Avrupa ülkelerine kıyasla hala yüksektir (30).

Beşinci hedef; "Anne sağlığının iyileştirmek". Doğum esnasında veya doğum sonrası gelişen komplikasyonlar sonucu ölen annelerin ölüm oranlarının dörtte üç oranında azaltılması için çalışmalar yapılması öngörülmüştür. Türkiye’de anne ölümlerinin çoğunluğu doğum sırasında gerçekleşmektedir. Gerçekte tüm anne ölümlerinin yarısı doğum sırasında ve dörtte biri doğum sonrası dönemde gerçekleşmektedir. Türkiye’de anne ölümlerini arttıran tıbbi sebepler arasında yüksek doğurganlık, doğum öncesi yetersiz bakım ve beslenme, sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ve kadınların düşük statüsü gelmektedir (30).

"HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele" altıncı hedef olarak belirtilmiştir (30).

Yedinci hedef; "Çevresel sürdürülebilirliği sağlama" dır (30).

- ✓ Sekizinci ve son hedef olarak "Kalkınma için küresel bir ortaklık kurmak" tır (30).

İlk yedi madde, ülkelerin karşılaştıkları temel sorunlara yönelik ilgili hedeflerin belirlenmesini içermektedir. Sekizinci hedef, gelişmiş ülkelere, azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kalkınmasına yardım etme çağrısıdır. Sekizinci Hedef kapsamında, gelişmiş ülkelere küresel işbirliğine uygun olarak borç affında cömert olmaları, yardımları artırmaları ve gelişmekte olan ülkelere teknoloji ve pazar erişiminde esnek olmaları tavsiye edilmektedir (30).

2.3.3. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi

Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma (Gelişim) Endeksi (IGE) özetle ülkeler için uzun ve sağlıklı yaşam, bilgi ve kaliteli yaşam standardı doğrultusunda hazırlanan bir ölçümdür. Bu endeks, bir ülkenin gelişmişliğini; çok yüksek, yüksek, orta ve düşük diye kategorize etmektedir. İnsani Kalkınma Endeksi ilk olarak 1990 yılında Pakistanlı ekonomist Mahbubul Haq tarafından geliştirilmiştir ve 1990 yılından bu yana, endekse göre yapılan ölçümler, UNDP tarafından yıllık İnsani Kalkınma Raporu ismiyle sunulmaktadır (28).

1990 yılında ilk kez oluşturulan UNDP'nin "İnsani Kalkınma" projesi, Mahbubul Haq tarafından insan refahına tercihler üzerinden bir yaklaşım getirerek yeni bir refah kavramsallaştırmasını tanımlamak ve bu fikre dayanarak refah ölçmek için oluşturulmuştur. 1990 yılında yayınlanan ilk insani kalkınma raporunda Haq, insani kalkınma yaklaşımında insanın merkez ve temel bir unsur olduğunu, insan hayatının sadece gelirle ölçülemeyeceğini vurgulamıştır. Haq (1999)'a göre; milli gelir rakamları birçok amaç için faydalı olsalar da, gelir kompozisyonunu veya gerçek faydalananları ortaya çıkarmakta yeterli olmamaktadır. Tabi ki insanlar da tercihlerinden biri olarak daha yüksek gelir elde etmek isterler ancak gelir, insan yaşamının toplamı değildir. Haq, 1999 yılında yayınladığı makalesinde; pek çok toplumda gelir düzeyi yükselirken insan yaşamının değersizleştiğini ve daraldığını da ileri sürmüştür (28).

Konu ile ilgili günümüzde önemli çalışmaları bulunan Haq'a göre; insani kalkınma, insanların tercihlerindeki genişleme ya da insanların seçeneklerini artırma sürecidir. Haq, 1990 yılında BM bünyesinde yayınlanan ilk insani kalkınma raporunda insani kalkınmayı şu ifadelerle açıklamıştır: "İnsani kalkınma, insanların

tercih yapabilecekleri seçenekleri genişletme sürecidir. Bu seçenekler sonsuz olabilir ve zamanla değişebilir, fakat bu seçeneklerden en önemli olanlar; uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmek, eğitilmiş olmak ve iyi bir yaşam standardına sahip olabilmektir.” 1995 yılı Haq’a göre; insanlar genellikle gelir ve büyüme rakamlarında gösterilmeyen ya da hemen bu rakamlara yansımaya unsurlarla değer kazanırlar: Bilgiye daha fazla erişim, daha iyi beslenme ve sağlık hizmetleri, daha güvenli geçim kaynakları, suya ve fiziksel şiddete karşı güvenlik, siyasi ve kültürel özgürlükler (28).

Hag’a göre; tüm kalkınma seviyelerinde, insanlara sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürebilmeleri, bilgi edinmeleri ve iyi bir yaşam standardı için ihtiyaç duydukları kaynaklara erişebilmeleri için gerekli üç seçenek vardır. Bu temel seçenekler mevcut değilse, diğer birçok fırsat erişilemez kalır. Tabi ki insani kalkınma bununla son bulmamaktadır. Temel üç seçeneğe ek olarak belirtilen ve birçok insan tarafından çok önemli sayılan politik, ekonomik ve sosyal özgürlük, yaratıcı ve üretken olma ve garantili insan haklarına sahip olma fırsatları da insani kalkınma sürecinde en az üç temel seçenek kadar önemli sayılmaktadır. İnsani kalkınma madalyonunun bir yüzü olup gelişmiş sağlık, bilgi ve beceri gibi insan yeteneklerinin oluşumunu kapsamaktadır. Diğer yüzü ise birinci yüzde sahip olunan değerlerin kullanımını, yani, kültürel, sosyal, politik ilişkilerde aktif olabilme, üretken olma gibi yetenekleri kapsamaktadır. İnsani kalkınma sürecinde her iki yüzün de dengelenmesi gerekmektedir. Bu anlamda gelir, insanların için önemli olmakla birlikte, sahip olmak istediği seçeneklerden birisidir ancak insani kalkınma, gelir ve servetin genişlemesinden daha fazlasını içermektedir. İnsani kalkınmanın odak noktasında insan yer almaktadır (28).

İnsani kalkınma, insanların sahip olduğu ekonomik zenginlikten öte, insan hayatının zenginleştirilmesine odaklı bir kavramdır. Bu durum, insanların sahip olduğu fırsatlarla yakından ilişkilidir. Elbette bu demek değildir ki ekonomik zenginliğin ya da gelir artışının insani kalkınmanın sağlanmasında bir rolü yoktur. Gelirin yüksek olması, insani kalkınma için yalnızca bir araçtır ancak nihai hedef sürdürülebilir ve kaliteli bir yaşama ulaşmaktır (28).

Hızla gelişen ve birçok gelişmekte olan ülke örneğinde, yüksek büyüme oranlarının, sosyo-ekonomik yoksulluğu azaltmada etkili olmadığı ortaya çıkmıştır. Gelişmiş sanayi ülkelerinde bile yüksek gelirlerin uyuşturucu, alkol, AIDS, evsizlik, şiddet ve aile ilişkilerinin bozulması gibi sorunların hızla yayılmasına karşı bir koruma sağlamadığı fark edilmiştir. Aynı zamanda, ekonomik düzeyi düşük ülkelerde, temel insan yeteneklerini geliştirmek için mevcut imkân ve araçların ustaca kullanılması durumunda yüksek düzeyde insani kalkınmanın sağlanmasının mümkün olabileceği ortaya çıkarılmıştır. Bu sonuç, ekonomik büyümenin ve gelişmenin insani kalkınma için sadece bir araç olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. İnsani kalkınmanın sonucu ya da nihai hedefi, insanoğlunun refahıdır. Bu nedenle, kalkınma analizi ve planlamaların odağı, insanların ihtiyaçlarına yönelik ve bu nihai sonuca ulaşmaya yönelik olmalıdır (28).

Aydınlıgil (2019)'e göre de ;insani gelişme, kalkınma ekonomilerinin odağını milli gelir göstergelerinden insan merkezli politikalara taşımayı amaçlamaktadır. İnsani kalkınmanın her düzeyinde vazgeçilmez olan üç temel nokta bulunmaktadır. Bunlar:

- İnsanların uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmesi,
- Bilgiye erişim ve temel eğitimden yararlanması
- Üretken ve insana yakışır bir yaşam standardı sağlayacak olan gelir ve kaynaklara erişimdir.

Eğer bu durumlar sağlanamazsa diğer aşamalara erişmek de mümkün olamamaktadır. İnsani kalkınma, kalkınmanın insan odaklı olarak sağlanmasının gerekliliğini vurgulamaktan öte bunun için yol haritası, amaca giden yolun formülünü de sunmaktadır (32).

İnsani kalkınma kavramının tanımlanmasında küresel düzeyde otorite kabul edilen BM, insani kalkınma yaklaşımında, kalkınmanın ekonomik ve sosyal yönlerini eş zamanlı olarak tedavi etmenin gerektiğini savunmaktadır. Zenginlik, bu konuda yalnız başına yeterli bir faktör değildir. Kaldı ki birçok ülke, kişi başına düşen yüksek bir GSMH' ye karşı, düşük insani kalkınma göstergelerine sahiptir veya tam tersi kişi başına düşen GSMH' nin düşük düzeyde olduğu ülkeler yüksek insani kalkınma göstergelerine sahip olabilirler (28). Özetle, zenginlik ve insan yaşamının zenginleşmesi aynı yönde hareket etmelidir.

İnsani kalkınma süreci, insan haklarını tam olarak destekleyen kurumlar oluşturulmazsa, uzun vadede sürdürülebilir olamaz. İnsani kalkınma bu sayede hem hükümet hem de sivil toplum kuruluşlarının güçlendirilmesini vurgulamakta, böylece tüm kalkınma süreci içsel olarak sürdürülebilir hale gelmektedir (28).

BM'in 1990'daki ilk insani kalkınma raporu, daha sonraki tüm raporları yönlendiren basitçe bir önermeyle başlamıştır: “İnsanlar bir milletin gerçek zenginliğidir.” Bu iddiayı, ampirik veriler ve yeni bir düşünce biçimi ile destekleyerek kalkınmayı ölçen insani kalkınma raporları, dünyadaki kalkınma politikalarını derinden etkilemiştir. BM'in 1990 yılından beri insani kalkınma konusunda düzenli olarak hazırladığı ve yayınladığı her raporda, insani kalkınma ile ilgili farklı konuların altı çizilmektedir. Örneğin 1990 yılındaki raporda, insani kalkınma ve ölçüm konusu ele alınmıştır. 1991 yılındaki raporda, insani kalkınmanın finansmanı konusu, 1992 yılındaki raporda, insani kalkınmanın küresel boyutları, 1993 yılındaki raporda insanların katılımı konusu, 1994 yılındaki raporda insani güvenliğin yeni boyutları, 1995 yılındaki raporda, toplumsal cinsiyet ve insani kalkınma, 1996 yılındaki raporda, ekonomik büyüme ve insani kalkınma, 1997 yılındaki raporda yoksulluğu gidermek için insani kalkınma, 1998 yılındaki raporda insani kalkınma için tüketim, 1999 yılındaki raporda insani bir çehreyle küreselleşme, 2000 yılındaki raporda insan hakları ve insani kalkınma, 2001 yılındaki raporda yeni teknolojileri insani kalkınma için kullanmak, 2002 yılındaki raporda parçalanmış bir dünyada demokrasiyi pekiştirmek, 2003 yılındaki raporda bin yıl kalkınma hedefleri, 2004 yılındaki raporda günümüzün farklı dünyasında kültürel özgürlük, 2005 yılındaki raporda eşit olmayan bir dünyada yardım, ticaret ve güvenlik, 2014 yılındaki raporda güvenlik açıklarını azaltma ve yapı esnekliğini artırma, 2015 yılındaki raporda iş dünyası ve insani kalkınma, 2018 yılındaki raporda insani kalkınma endeksi ve endikatörleri, 2018 istatistik güncellemesi vb. konular ele alınmıştır (28).

2.3.4. Birleşmiş Milletler Kalkınma Endeksi Göstergeleri:

Daha önce de bahsedildiği gibi Haq'ın 1990 yılında BM bünyesinde yayınlanan ilk insani kalkınma raporunda insani kalkınmayı açıkladığı seçeneklerden

en önemli olanlar; uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmek, eğitilmiş olmak ve iyi bir yaşam standardına sahip olabilmektir. Bunlar İGE göstergeleri ve raporları için kullanılan ana kriterlerdir.

2.3.4.1. Sağlık: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (YIL)

Sağlık düzeyi İGE'nin oluşturulmasında önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilmektedir (33). Sağlık, bir toplumun ve bireylerin var olması ve uzun bir yaşam sürmesi için insan gelişiminin vazgeçilmez bir parçasıdır. Uzun ve sağlıklı bir yaşam tüm toplumlar için arzu edilen bir hedeftir. Bu hedefin daha ölçülebilir olması için de doğumda yaşam beklentisi ele alınmakta ve sağlık unsuru insani kalkınma endeksi içinde temel bir gösterge olarak görülmektedir (34).

İnsani kalkınma süreci kapsamında en çok tartışılan konulardan biri de sağlıklı yaşam hakkıdır. Sağlıklı yaşam hakkı iki açıdan incelenebilir: Birincisi sağlık düzeyi veya sağlık durumu ile ilgilidir. İkincisi, bireylerin ve toplumların sağlık düzeyini etkileyen faktör ve değişkenlerle ilgilidir. Kuşkusuz sağlık düzeyi, doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı ve anne ölüm hızı gibi göstergelere de yansır. Sağlık hizmetlerine erişim, okuryazarlık, içme suyu ve kanalizasyona erişim, iklim koşulları gibi faktörler toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Sağlık harcamaları, hastanede ortalama kalış süresi, toplumda kişi başına düşen doktor sayısı ve yatak sayısı gibi veriler de sağlık hizmetlerinin düzeyini sayısal olarak ortaya koymaktadır (35).

Bir insanın sağlığı iyi değilse, ekonomik etkinlikte bulunması ve gereği gibi çalışması da mümkün değildir (34). Sonuç olarak toplumun genel sağlık düzeyi ile ekonomik kalkınma arasında karşılıklı bir ilişki bulunmakta ve sağlık düzeyi iyileştirildiğinde ekonomik faydalar ortaya çıkmaktadır (33).

2.3.4.2. Gelir : Kişi Başı Gelir (Satın alma gücü paritesi \$)

İnsani gelişimdeki bir diğer kilit unsur, arzu edilen bir yaşam için gerekli olan ve ölçülmesi son derece zor olan kaynaklar üzerindeki kontrol gücüdür. Kaynaklara ilişkin kesin verilere ulaşmak çok zor olduğu için insani gelişmeyi

ölçmek için gelir göstergeleri kullanılmaktadır. Kişi başına gelir göstergelerinin büyük oranda mevcut olması, bir ülkenin geliri hakkında bize kesin bilgiler verecektir. Kaynakları kontrol etme özelliğinden dolayı bir kişinin daha özgür bir yaşam sürmesini etkileyen gelir bileşeni, İGE'nin oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. Burada amaç, diğer değişkenler tarafından kolayca yerine getirilemeyen ilişkinin bütünselliğini ve tutarlılığını sağlamaktır. Uzun yaşam ve eğitim bileşenleri de dahil insani kalkınma endeksi yapımında hiçbir girişim bu bileşenlere yer vermeden başarılı olamaz. Endeksi savunanlar, IGE oluşumunun sadece bu iki bileşen ile sınırlandırılmasının hatalı olacağını öngörmektedirler. Burada gelir bileşeni, uzun yaşam ve temel eğitim göstergeleri ile mantıksal bir denge sağlamaktadır (36).

Kalkınmanın temel amacının insanlara uzun, sağlıklı ve konforlu bir yaşam sunmak olduğunu belirtmiştik. Ancak, kaynaklar ve finansal zenginlik artırılırken bu konu genellikle göz ardı edilmektedir. Bu nedenle kalkınma genellikle milli gelirin büyüklüğü ile ölçülmeye çalışılır. Ancak gelir, kalkınmanın önemli bir boyutu olmasına rağmen, kalkınmayı sadece gelire indirgemek doğru değildir.

Bir ülkede milli gelir artışının yüksek olması, o ülkenin gelişmiş ülke olarak adlandırılması için yeterli değildir. Ekonomik olarak gelişmiş birçok ülkede toplumsal sorunların çözülememesinin görülmesi sonucu, ekonomik büyüme ile insani gelişme arasındaki ilişkiyi daha iyi kurma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Ticarete konu olmayan mal ve hizmetlerin neden olduğu bozulmalar, kur, tarife ve vergilerdeki dalgalanmalar dikkate alındığında; Nominal fiyatlarla kişi başına gelir verileri, uluslararası karşılaştırmalar için kullanışlı değildir. Bu nedenle, bu tür veriler, mallar için satın alma gücü hakkında iyi bir tahmin ve arzu edilen bir yaşam standardı için kaynaklar üzerinde kontrol sağlayan satın alma gücü paritesine (PPP) göre gerçek kişi başına (GSYİH) göstergeleri kullanılarak geliştirilir.(37).

BM'nin insani kalkınma tanımı genel olarak, kalkınmanın odak noktasını ulusal gelir göstergelerinden, insan merkezli politikalara taşımayı hedeflemektedir. Elbette bu demek değildir ki ekonomik zenginliğin ya da gelir artışının insani kalkınmanın sağlanmasında bir rolü yoktur. Gelirin yüksek olması, insani kalkınma için yalnızca bir araçtır. Kısacası BM'nin insani kalkınma kavramı, “insanların

imkân, kabiliyet ve tercihlerini artırarak hayatlarını zenginleştirme” olarak anlaşılabilir (31).

2.3.4.3.Eğitim: Ortalama Okullaşma (YIL), Beklenen Okullaşma (YIL)

Bu çalışma, insani kalkınmanın sadece doğrudan sağlık ve gelir boyutuyla ilgilenmekte, İGE' nin diğer bir parametresi olan eğitimi çalışma kapsamına almamaktadır. Ancak İGE'nin bir değer olarak saptanmasında ve raporlamasında eğitim önemli bir yer aldığından ve konunun bütünlüğü açısından, İGE' nin önemli bir parametresi olarak kısaca açıklanmasına gerek görülmüştür.

Bir ülkenin gücü, o ülkede yaşayan insanların bilgi ve becerisine, beşeri sermayesinin kalitesine ve nüfus yapısına bağlıdır. İnsan sermayesi yatırımları, iyi beslenmeye ve sağlıklı yaşama erişim, becerilerin geliştirilmesi gibi insanların verimliliğini artıran ve mutlu eden yatırımlardır. Bu yatırımlardan en önemlileri eğitimle ilgili olanlardır. Eğitim, sanayileşmeden bilgi toplumuna geçişte yeni bilgi ve teknolojilerin geliştirilmesine ve mevcut teknolojilerin en etkin şekilde kullanılmasına katkıda bulunur. Eğitimin tasarruf eğilimini olumlu yönde etkilediğini ve ekonomik büyüme ve kalkınmanın temel bileşenlerinden biri olan yatırım hacmini artırdığını söylemek mümkündür. Nitelikli ve yüksek eğitimli işgücünün gelir düzeyinin artması beklenene ve arzu edilen bir durumdur. İnsan gelişiminin bir diğer önemli unsuru bilgidir. Bilginin genel ve en önemli ölçütleri okuryazarlık ve okullaşma oranıdır. Okuryazarlık, bir kişinin öğrenme ve bilgi oluşturmadaki ilk adımudur. Okuryazarlık göstergeleri, modern toplumda üretken bir yaşam için çok önemli olan kaliteli eğitime erişimin kabaca bir yansımasıdır. Bu nedenle okuryazarlık göstergeleri, insani gelişmeyi ölçmek için kullanılan temel bir unsurdur (38). Birçok ülke okur/yazarlık kavramını farklı biçimlerde tanımlamaktadır. Ayrıca, okula kayıt verileri uluslararası düzeyde karşılaştırılabilir değildir. Çünkü okulların eğitim kalitesi, okulu bırakma oranları ve öğretim yıllarının uzunluğu gibi unsurlar ülkeler arasında ve ülkeler içinde çok önemli farklılıklar göstermektedir (37).

2.3.5. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksinin Hesaplanması

İnsani kalkınmanın ölçülmesi zor ve kapsamlı bir süreç olsa da en yaygın ve temel referans olarak IGE alınmaktadır. BM, insani kalkınmayı ölçmek için yıllık olarak yayımladığı raporlarda insani kalkınma endeksini kullanmaktadır. Bugün, IGE için güncel olarak kullanılan üç değişken yukarıda da bahsedildiği gibi: Uzun ve sağlıklı yaşam, bilgi ve eğitim ve bütün bunlara ulaşabilmek için yeterli maddi kaynağa sahip olabilmektir. İnsani kalkınma için öncelikle bu temel unsurların sağlanması gerekmektedir.

UNDP'nin insani kalkınmanın güncel bileşenleri ve veri kaynakları Tablo 1' de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi BM'nin insani kalkınma ile ilgili operasyonel tanımında temel üç gösterge vardır. Bunlar, uzun ve sağlıklı yaşam (sağlık), bilgi (eğitim) ve iyi yaşam standardıdır (gelir).

Tablo 1: Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi

Uzun ve Sağlıklı Yaşam	Bilgi		Kaliteli Yaşam Standardı
Doğumda Beklenen Yaşam	Beklenen Okullaşma Oranı	Gerçekleşen Okullaşma Oranı	Kişi Başı GSMH
Beklenen Yaşam Endeksi	Eğitim Endeksi		GSMH Endeksi
İnsani Kalkınma Endeksi			

Kaynak: HDR, 2020

IGE'ye göre; uzun ve sağlıklı yaşamın ölçümü ortalama yaşam süresi ile yapılır. Bilgi'nin ölçümü beklenen ve gerçekleşen okullaşma yılı ile ve kaliteli yaşam standardının ölçümü ise, kişi başına düşen milli gelir ve alım gücünün satınalma gücü paritesine göre ABD doları cinsinden hesaplanmasıyla yapılır (39) .

Bu göstergelerin ölçümünde çeşitli değişkenler kullanılmaktadır. Örneğin IGE'ye göre; uzun ve sağlıklı yaşamın ölçümü ortalama yaşam süresi (doğumda beklenen yaşam) ile yapılır ve bu ölçüm, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal

İlişkiler Departmanı (UNDESA) aracılığı ile yapılmaktadır. Bilgi'nin ölçümü, beklenen okullaşma ve gerçekleşen okullaşma yılı ile yapılmaktadır ve bu bilgiler Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) aracılığı ile ulaşılmaktadır. Kaliteli yaşam standardının ölçümü ise, kişi başına düşen milli gelir ve alım gücünün satınalma gücü paritesine göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Doları cinsinden hesaplanmasıyla yapılmaktadır ve bu hesaplama, Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF)'den alınan bilgiler doğrultusunda yapılmaktadır (85,86).

Bazı ülkeler için ortalama öğrenim süresi ve beklenen öğrenim süresi, ulusal düzeyde hane halkı anketleri aracılığı ile elde edilmektedir. Kişi başına düşen GSMH' nin uluslararası dolar SGP cinsinden ifade edilmektedir. Nedeni ise; IGE, çok farklı fiyat düzeylerine sahip 189 farklı ülkenin değerlendirmesini yapmaya çalışmaktadır. Ülkeler arasında ekonomik istatistikleri karşılaştırmak için, verilerin ortak bir para birimine çevrilmesi gerekmektedir. Piyasada kurlarının aksine, SGP kurları, ülkeler arasında para çevriminde fiyat farklarının dikkate alınmasını sağlamaktadır. Teoride, 1 SGP doları, herhangi bir ülkenin ekonomisinde, 1 ABD dolarının ABD ekonomisinde sahip olduğu aynı satınalma gücüne sahiptir.

İnsani Gelişim Endeksinde, sağlık, eğitim ve gelir kategorilerinde belirlenen değerler bir formül içine yerleştirilerek kullanılmaktadır. Endeks, insani gelişme düzeyini izler ve her gösterge için farklı minimum ve maksimum değerler belirler. Örneğin 2014 Endeksi hazırlanırken doğumda beklenen yaşam süresi minimum 20, maksimum 85 yıl olarak alınmıştır. Bunun temel nedeni, insanlığın doğumda 20 ile 85 yıllık bir ömre sahip olduğu varsayımdır. Beklenen eğitim yılı için minimum-maksimum değerler 0-18, ortalama eğitim yılı için minimum-maksimum değerler 0-15 ve gelir için de 100-75.000 ABD Dolarıdır. Belirlenen bu minimum ve maksimum değerler aracılığıyla her bir gösterge 0 ile 1 arasında bir değere dönüştürülür ve bu şekilde İGE formülüne eklenir. İGE puanı da dahil olmak üzere her gösterge maksimum 1 puan alabilir (40).

Ülkeler İGE hesaplamaları yapıldıktan sonra elde edilen puanlara göre dört kategoriye ayrılır. Aşağıda, UNDP'nin 2018 yılında yaptığı güncellemeler sonucunda

İGE ve göstergeleri kapsamında ülke gruplarının aldıkları puanlara göre sınıflandırılmaları verilmiştir. (41):

- ✓ 0,800 puan ve üstü: Çok yüksek insani gelişim
- ✓ 0,700 - 0,799 puan..: Yüksek insani gelişim
- ✓ 0,550 - 0,699 puan..: Orta insani gelişim
- ✓ 0,550 puan altı.....: Düşük insani gelişim

Hesaplanan puanın 1'e yakın olması daha yüksek insani gelişme, 0'a yakın olması ise daha düşük insani gelişme anlamına gelmektedir (41).

İnsani Gelişme Endeksi ölçümü, daha önce de belirtildiği gibi üç temel kriterden oluşmaktadır ve her kriter için minimum ve maksimum değerler belirlenir. Yaşam beklentisi uzun ve sağlıklı yaşam ile, yaşam standartlarının iyileştirilmesi kişi başına düşen gelir ile ve bilgi ortalama eğitim yılı ve beklenen okula devam süresi ile değerlendirilir. Bu göstergeler de bize yaşam beklentisi endeksi, eğitim endeksi ve milli gelir endeksini ayrı ayrı verir. Bunlar:

- ✓ Sağlık : Yaşam Beklentisi.....: 20 min – 85 max
- ✓ Eğitim: Beklenen okula devam süresi.....: 0 min. – 18 max.
Ortalama okula devam süresi.....: 0 min. – 15 max.
- ✓ Yaşam Standardı: Kişi Başı GSYH (2011 PPP \$)....:100 min. – 75.000 max.

Minimum yaşam süresinin 20 yıl olması, 20. yüzyılda hiçbir ülkenin 20 yılın altına düşmemiş olmasıyla ilişkilidir. Resmi eğitimi desteklemeyen toplumlarda asgari eğitim süreci düzeyi normal olarak 0 olacaktır. Ortalama okula devam süresinin maksimum değerinin 15 olması 2025 hedefleri dikkate alınarak belirlenmiştir.

Okula devam süresinin 18 olması, birçok ülkede yüksek lisans derecesine eşdeğerdir. Milli gelirin kişi başı 100 dolar olmasında ölçülemeyen varlıklar ve piyasa dışı üretim koşulları dikkate alınmaktadır. Kişi başı maksimum gelirin 75.000 \$ olarak belirlenmesi, Kahneman ve Deaton'ın insani gelişme ve refahta hiç kimsenin yılda bu

miktardan daha fazlasını kazanamayacağını gösteren çalışmalarına dayanmaktadır.(42).

Her gösterge yapabilirlik ölçüsü olarak değerlendirilir. Ancak gelirin yapabilirliğe dönüşümü küçük bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle, gelirin maksimum ve minimum değerlerini ölçmek için doğal logaritma kullanılır. Son olarak, üç kriterin tümü hesaplanarak elde edilen değerlerin geometrik ortalamasını bularak İGE ortaya çıkar (43).

2.3.6. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi Hesaplamasında Yıllar İtibarı ile Değişiklikler

IGE' nin hesaplanmasında yapılan eleştiriler ışığında ve endeksin gerçekleri daha doğru yansıtması yönünde geliştirilmesi için veriler aynı olsa da zaman içinde birçok formül değişikliğine gidilmiştir. Bu değişiklikler 1990 yılından bu yana, politikacılar, uzmanlar ve araştırmacıların, kalkınma politikalarının, küresel ajansların vb. eleştirileri ve talepleri doğrultusunda olmuştur. İnsani kalkınmanın hesaplanmasında yapılan değişiklikler aşağıdaki gibidir:(28)

İlk olarak, 1990 yılında insani kalkınma endeksinin hesaplanmasında yer alan sağlık (doğumda beklenen yaşam süresi), eğitim, (okur-yazar oranı), gelir (kişi başına düşen GSYİH) ile ölçülmüş ve bu üç göstergenin ağırlıkları eşit olarak hesaplanmış ve ortalamaları alınarak endeks ortaya çıkarılmıştır (28).

1991 yılında araştırmalar, eleştiriler ve talepler doğrultusunda İGE' nin güncellenmesi gerekliliği doğmuş ve insani kalkınma endeksinin hesaplamasında iki önemli değişiklik yapılmıştır. Birincisi, eğitim ile ilgili olmuştur. Eğitim endeksinin hesaplanmasında 1990 yılında sadece yetişkin okur-yazar oranı dikkate alınırken, 1991 yılında bireylerin okula devam süreleri de değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre eğitim endeksinin üçte ikisi ($\frac{2}{3}$) yetişkin okur-yazar oranını gösterirken, üçte biri ($\frac{1}{3}$) okula devam süresini göstermeye başlamıştır (28).

1991 yılındaki ikinci önemli değişiklik ise, GSYİH verileri ile ilgili olmuştur. Kişi başına düşen GSYİH, yoksulluk sınırı ile ilişkilendirilmiştir (44). 1991 yılında

IGE' de yapılan güncelleme, IGE' nin gelir unsurundaki ilk düzeltme olmuştur. 1990 yılındaki IGE' ye göre gelir ölçümleri, eşitsizliği ortaya çıkarmakta yeterli görülmemiştir. 1991'de IGE' deki güncelleme ile ülkelerdeki gelir dağılımı daha duyarlı bir yöntemle ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır (45).

1994 yılında yapılan güncelleme ile daha önceki yıllarda endeksin hesaplanmasında kullanılan maksimum ve minimum değerler belirlenmiştir. Bu değişikliklere göre; ortalama yaşam beklentisi minimum 25 yıl, maksimum 85 yıl; kişi başına düşen gelir minimum 200 ABD doları, maksimum 40.000 ABD Doları; okuryazar oranı minimum %0, maksimum %100; okullaşma yılı 0-15 aralığında belirlenmiştir.

1994 yılında yapılan bir başka değişiklik, gelir eşitsizliğinin ölçülmesinde Gini katsayısının kullanımının bırakılması olmuştur (HDR, 1994). Gini katsayısının kullanımının bırakılmasının nedeni, birçok ülkede gelir dağılımının dengeli olmaması ve Gini katsayısı ile elde edilen verinin IGE değerlerini düşürmesidir (45).

1995 yılında, 1991 yılındaki eğitim endeksinin hesaplanmasında kullanılan okula devam süresi, veri toplamının yetersizliği nedeniyle güncellenmiş ve kategorilere ayrılarak ilk, orta ve lise eğitimlerine katılma oranı kullanılmaya başlanmıştır. Buna ek olarak, hesaplamalarda kullanılan minimum kişi başına düşen gelir değeri 200 ABD dolarından 100'e çekilmiştir.

1999 yılında radikal bir değişiklikle GSYİH endeksinin hesaplama yöntemi değiştirilmiş ve logaritma fonksiyonu kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişiklik ile düşük gelirli ülkeler için kişi başına düşen GSYİH' nin insani kalkınma endeks değerine katkısı azalmıştır. Diğer bir ifade ile GSYİH sürekli artış gösterdiği takdirde ileriki yıllarda insani kalkınmaya etkisi daha fazla olacaktır (46). Bu formül değişikliği ile 1991 yılından beri kullanılan gelirle ilgili hesaplama yönteminin orta gelirli ülkeler aleyhinde oluşturduğu mağduriyet düzeltilmeye çalışılmıştır. Bu revizasyonla, artık insanların iyi bir yaşam standardı için sonsuz miktarda gelire ihtiyaç duymadıkları vurgulanmaya çalışılmıştır (28).

Kişi başına düşen gelirin, en başından beri insani gelişmenin önemli bir parçası olduğunu kabul eden endeks, tek başına gelirin gelişme gösteremeyeceğini kabul ederek sağlık ve eğitim verilerinin önemine vurgusunu artırmıştır (40).

2010 yılında IGE' de eğitim hesaplamasında ortalama okullaşma oranına beklenen okullaşma yılı da eklenmiş ve okur-yazar oranı çıkarılmıştır. Çıkarılma nedeni gelişmiş ülkelerin maksimum okur-yazar sınırına ulaşmış olmaları ve artık bu ülkeler için gelişme göstergesi olarak görülmemesidir (28).

2010 yılında gelir konusundaki güncelleme ise, kişi başına düşen GSYİH yerine, kişi başına düşen gayri safi milli gelirin kullanılması olmuştur. Bu değişikliklerle beraber genel endeksin hesaplanmasında aritmetik ortalama yerine geometrik ortalama kullanılmaya başlanmıştır. Bunun nedeni, BM tarafından geometrik ortalamanın, boyutlar arasındaki içsel farklılıkları daha fazla dikkate alması olarak açıklanmıştır. Örneğin eğitim, gelir veya sağlık göstergesinin herhangi birinde meydana gelen düşüş, diğer göstergelerdeki yükseliş tarafından telafi edilmemektedir. Geometrik ortalama, göstergeler arasındaki ikame edilebilirliği azaltmaktadır (28).

2014 yılında IGE'de, ülkeler arasında ekonomik istatistikleri daha sağlıklı karşılaştırmak için verilerin ortak bir para birimine çevrilmesi gerekliliği anlaşılmıştır. Ülkeler arasındaki para çevriminde fiyat farklarını dikkate aldığı için Satınalma Gücü Paritesi (SGP) kuru kullanılmaya başlanmıştır. Böylelikle SGP doları cinsinden kişi başına düşen GSMH' nin, yaşam standartlarını daha iyi yansıtacağı düşünülmüştür. SGP doları veya uluslararası dolar, herhangi bir ülkenin ekonomisinde 1 ABD dolarının satınalma gücüne eşittir. 2011 Uluslararası Kıyaslama Programı (ICP) araştırmalarına dayanan SGP çevirme oranları ilk olarak 2014 yılında uygulanmıştır (28).

Formül değişikliklerinden sonra ülke verilerinin yıllar itibariyle karşılaştırılabilirliği bozulduğundan, verilerin geçmiş yıllarla daha sağlıklı karşılaştırılabilmesi için önceki dönem verileri 5 yıl aralıklarla yeni formüle göre yeniden hesaplanmıştır. Bu nedenle ülkelerin İGE değerlerinde önceki yıllar ve sıralamalarında değişiklikler görülebilmektedir (28).

2.3.7. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Endeksi Eleştirileri

IGE'nin ölçümü, kapsayıcılığı ve hesaplanma yöntemleri konusunda bazı eleştiriler gündeme gelmiştir. Bugün küresel düzeyde yaygın kabul görse de birçok kişi tarafından eleştirilmiş ve eleştirilmeye devam edilmektedir. BM, IGE hesaplamalarını zaman içerisinde bu eleştiriler ve gelişmeler ışığında güncellemektedir. Aşağıda bu eleştirilere yer verilmiştir (47).

Chowdhury'nin 1991 yılında yayınladığı çalışmasına göre; insani kalkınmanın ölçümü kişi başına düşen gelirle ölçülebilmektedir çünkü kişi başına düşen gelir nesnel bir ölçüttür. BM'nin ölçüm yönteminde gelir düzeyine ek olarak var olan sağlık ve eğitim gibi faktörlerin ölçümü de Chowdhury'e göre; gelir düzeyiyle doğrudan ilişkilidir çünkü gelir düzeyi iyi olan bireylerin sağlık ve eğitim karneleri de iyi olacaktır. Dolayısıyla en nesnel değer olan “gelir” ile insani kalkınma düzeyi ölçülebilir. IGE’de sağlık, eğitim gibi faktörlerin ve bu faktörlerin alt gruplarının yer alması, insani kalkınma düzeyini ölçmede netlik oluşmasını engelleyebilir zira bu faktörlerin ölçümünün nesnel çerçevede yapılması zor görünmektedir. Bu bakış açısı ile Chowdhury BM'nin ölçüm kriterlerini nesnel bulmamaktadır (28).

Ghislandi ve diğerleri (2018)'ne göre; IGE, geçmişten bugüne insanların ve küresel otoritelerin kalkınma süreci hakkındaki düşüncelerini değiştirmede muazzam rol oynamıştır ve yaygın geçerliliğini sürdürmektedir. Bununla birlikte birçok kusur ihtiva etmektedir. Öncelikle insani kalkınmanın ölçülmesi çok zor bir durumdur. BM'ye göre; insani kalkınmanın ölçümünde üç temel gösterge mevcuttur: Eğitim, sağlık ve gelir. Bu çerçevede elde edilen verilerin doğruluğu ve anlamlılığı tartışmalıdır. Örneğin bir ülkede ortalama gelir yüksek bir değerde görünebilir fakat bu konuda elde edilen veriler gelir düzeyi yüksek sadece küçük bir elit çerçeveyi kapsıyorsa bu durumda veriler ülkenin gerçek durumunu yansıtmayacaktır (28).

Bunun yanında Ghislandi ve diğerlerine göre; IGE, ortalama değerler ve hesaplamalar üzerinden bir ölçüm yapmaktadır. Sınırlı değerler üzerinden ve ortalama veriler üzerinden bir değerlendirme yapılması, insani kalkınma düzeyini etkileyen birçok faktörün gözardı edilmesine sebebiyet verebilir. Bunun yanında bir

diğer eleştirilen nokta ise, IGE' nin tamamen teknik bir yöntemle ülkeleri insani kalkınma konusunda sıralamasıdır. Herhangi bir formüle yanlış veya eksik veri eklemek tüm sonucu değiştirebilen bir yöntemle ülkelerin insani kalkınma karnesini oluşturmak gerçekçi değildir (28).

Ghislandi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; eleştirilen bir diğer nokta ise, IGE göstergelerinin birbiriyle yakından ilişkili olmasıdır. Örneğin kişi başına düşen gelir ile eğitim düzeyi yüksek oranda ilişkilidir. Bu kadar yakından ilişkili göstergelerin iki farklı veri olarak sunulması ülkelerin insani kalkınma düzeyleri konusunda çok da fazla bilgi sağlamayacaktır (28).

Ghislandi ve diğerlerinin ifadelerine benzer bir şekilde Marmot (2005) da IGE'yi bileşenleri konusunda eleştirmektedir. Ona göre; IGE bileşenleri birbiriyle yakından ilişkilidir ve bazıları gereksizdir. Örneğin ortalama yaşam süresi, eğitim ve gelir arasında sıkı bir ilişki vardır. Daha eğitilmiş insanların gelir düzeyi haliyle daha yüksektir ve ortalama olarak daha uzun yaşam süresine sahiptirler. Bu, küresel düzeyde “sosyoekonomik döngü” olarak bilinir ve dünyadaki hemen hemen tüm toplumlarda çok yaygın bir şekilde sürer gider. Bu noktada Marmot, IGE'nin verimliliğini sorgulamakta ve endeks bileşenlerinin aslında tek bir bileşenden daha fazlasını ortaya çıkaramayacağını öne sürmektedir (28) .

BM insani kalkınma ölçüm yöntemini eleştirenler arasında yer alan Lind (2004)'e göre; gelişmiş ülkelerin çoğu zaten yetişkin nüfusunda %100 okuryazarlığa ulaşmıştır. Öyle ki birçok gelişmiş ülke bu konuda istatistiklerini bile yayınlamıyor. Bu durumlarda IGE'nin hesaplanmasında bu konuda %99,0'lık bir değer otomatik olarak zaten uygulanmaktadır. Birçok gelişmiş ülke bu konuda hemen hemen aynı düzeydedir. Dolayısıyla bu konudaki sıralamanın çok da büyük bir anlam ifade etmediği açıktır. Bu durumun sonucu olarak birçok gelişmiş ülke için okuryazarlığı ölçen değerler değer kaybetmiştir çünkü çoğu pratik olarak aynı seviyededir. Bunun yanında Lind, okuryazarlığın güvenilir bir biçimde ölçülemeyeceğini ileri sürmektedir. Bunun nedeni, ülkelerdeki resmi dilleri öğrenme zorluğunun değişiklik gösterebildiğidir. Örneğin Çince ve İngilizce arasında bir karşılaştırma yapılamayacağını ifade etmiştir. Lind'in çalışmasında öne sürdüğü bir diğer nokta ise, okuryazarlığın birçok gelişmekte olan ülkede %90 ile %99 arasında olduğu ve

artık kukla değişken haline geldiği ve daha fazla artırılmayacağı için de önemli bir anlamının olmadığıdır (28).

Morse, 2003 yılında yayınladığı çalışmasında, insani kalkınma konusunda BM tarafından uygulanan metodolojinin zaman içerisinde değişikliğe uğradığını, insani kalkınma listelerindeki durumun gerçek bir gelişimden ziyade, kullanılan metodolojideki değişikliğin de sebep olabileceğini ifade etmiştir. Diğer bir ifade ile sayısal olarak elde edilen verilerin gerçeği yansıtmayabileceği öne sürülmüştür. Morse (2003)'a göre; eleştiriye konu olabilecek diğer bir husus, değerlendirmeye alınan bütün ülkelerin aynı bileşenler üzerinden değerlendirildiğidir. Ona göre; her ülkenin iç dinamiği farklıdır ve küresel düzeyde genel kıstaslar üzerinden bir değerlendirme yapmak çok doğru değildir. Bunun yerine, ülkeler coğrafi olarak kategorize edilip farklı bileşenler üzerinden değerlendirme yapılırsa daha gerçekçi olacaktır ya da ülkeler gelişmiş, gelişmekte ve az gelişmiş diye farklı kategorilerde kendi düzeylerinde bir değerlendirmeye tabi tutulursa sonuçlar daha güvenilir olacaktır. Örneğin İsviçre gibi insani kalkınma sıralamasında zirvede yer alan ülkelerin eğitim, sağlık gibi hedeflerden daha farklı hedefleri olacaktır. Diğer bir ifade ile İsviçre'nin politikaları ile Sahraaltı Afrika ülkelerinin politikaları insani kalkına bileşenleri açısından aynı olmayacaktır (28).

Streetsen'e göre ise, BM insani kalkınma raporlarında çok sık insan özgürlüğü ve insan haklarından söz edilmektedir. Raporların yayınlandığı 1990 yılından bu yana, “insani kalkınmanın insan özgürlüğü olmadan eksik olduğu ve insani kalkınmanın birçok yönünü yakalamak için henüz basit bir nicel yöntem bulunmadığı” öne sürülmüştür. Bu ifadeler 90'lı yıllardan günümüze tekrar edilmesine rağmen çözümleyici formül geliştirilememiştir. Öte yandan Streetsen de birçok yazar gibi IGE bileşenleri ile insani kalkınmanın ölçümünün geçerli olamayacağını öne sürmektedir. Örneğin, IGE'nin temel bileşenleri olan eğitim gelir ve sağlık çerçevesinde değerlendirme yapılırsa, bir mahkûmun uzun süre yaşaması ve hapisanede de kütüphaneye erişim sağlayabilmesi ile cezaevinde bile yüksek düzeyde IGE sonucu elde edilebilecektir (28).

Streetsen'in görüşlerine paralel bir şekilde McGillivray de IGE'nin, ülkelerarası insani kalkınma düzeyini üç bileşene dayandırmasını eleştirmektedir.

Bunun yanında McGillivray (1991)'a göre; IGE'nin nasıl hesaplandığına dair detayların sıklıkla değişmesi ve bu değişikliklerin insani kalkınmanın ölçümü noktasında fikir birliği eksikliğinin göstergesidir (28).

Pribyla (2010)'ya göre; daha önce de bahsedildiği gibi, IGE 1990'dan beri her yıl yayınlanmaktadır. IGE hesaplamasının özünün sabit kalmasına rağmen, ilk sayı yayınlandığından beri, özellikle ilk yıllarda, metodoloji birçok kez değiştirilmiştir. Bu durumda, yıllardır IGE'ye dayanan ülkeler arası karşılaştırma tabanı oldukça problemlidir. Diğer bir ifade ile sürekli değişen ölçüm metodu, ülkelerin yıllara göre insani kalkınma konusunda ilerleme veya gerilemelerinin ortaya çıkarılmasını güçleştirmektedir (28).

BM'nin insani kalkınma ölçüm yöntemini eleştiren bir diğer yazar Syrovatka, BM'nin bu ölçümü yaparken kaliteli ve karşılaştırılabilir veri elde etmesinin sorgulanması gerektiğini öne sürmüştür. Dahası, "BM gerçekten yeterli ve objektif veri sağlıyor mu, yoksa sadece batı toplumlarının gözünde güvenilirliğini ve meşruiyetini güçlendirmek için kendi çıkarlarını mı takip ediyor?" Sorusunun cevaplanması gerektiğini ifade etmiştir. Syrovatka (2008)'ya göre; tartışmaya açık olan bir diğer husus, bazı ülkeler ile ilgili IGE göstergeleri ayrı ayrı ele alındığında çok farklı sonuçlar çıkarken, bu ülkelerin genel insani kalkınma düzeyine bakıldığında birbirlerine çok yakın sırada olduğunun gözlemlenmesidir. Örneğin 2016 yılı insani kalkınma sıralamasına göre ABD 10. sıradayken ve Japonya 17 sırada görülmüştür. Öte yandan endeks bileşenlerinden ortalama yaşam süresi her iki ülkede de incelendiğinde, Japonya'nın 82 yıl ile 1. sırada, ABD'nin ise 75 yıl ile 30. sırada olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, kişi başına düşen gelir bileşeninde Japonya'yı 18. sırada gösterirken, ABD'yi bu bileşen noktasında 2. sırada göstermiştir. Bu örnekte hangi bileşenin gerçeği yansıttığı düşündürücüdür. Syrovatka, bu durumu şöyle yorumlamıştır: "Her ülkenin kültürü ve önceliği farklıdır. Bazı ülkelerde ortalama yaşam süresi gelirden daha önemli görülebilmektedir. Bir ülkede ortalama yaşam süresinin ya da kişi başına düşen gelirin düşük düzeyde olması her koşulda o ülkenin insani kalkınma düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmeyebilir (28).

Bu eleştiriler çerçevesinde, insani kalkınma ölçülmek istendiğinde, hiçbir ölçüm yöntemi mükemmel ve hatasız değildir. Ölçüm yöntemlerindeki verilerin güvenilirliği de ayrı bir tartışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, farklı endeksler farklı bakış açıları sağlar. Tüm bu eleştirilere rağmen, BM insani gelişme ölçüm yöntemi günümüzde yaygın olarak kabul görmektedir. Endeks, birçok akademik çalışmada tercih edildiği gibi, uluslararası ülke sıralamalarında ülkelerin karneleri olarak görülmektedir.

2.3.8. Türkiye'de İnsani Kalkınma ve İnsani Gelişme Endeksi

Ülkemiz geliştirmekte olan ülke kategorisindedir ve az gelişmiş ve geliştirmekte olan pek çok ülkenin olduğu gibi hedefi gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmaktır. Ülkelerin diğer ülkelerdeki gelişmelerden bağımsız olarak etkin ve sağlıklı politikalar üretmeleri mümkün değildir.

Türkiye 1990 yılından beri İnsani Gelişme Endeksinde ve raporlarında yer almıştır. İlk İnsani Gelişim Raporu (İGR) 1990'da yayınlanmış olmakla birlikte, geriye dönük verilerle 100 ülke için İGE raporu hazırlanmış, ülkelerin izlediği çizginin aynı hesaplama yöntemleri kapsamında tekrar değerlendirilmesi sağlanmıştır. Bu veriler ışığında 1965-1971 döneminde düşük insani gelişme kategorisinde yer alan Türkiye, 1972 yılında ilk kez 0,501 ulusal endeks değeri ile orta gelişmişlik kategorisine geçmiştir (48). Tarihsel olarak değerlendirdiğimizde Birinci Kalkınma Planı dönemi düşük İGE kategorisinde, İkinci Kalkınma Planı dönemi orta gelişme kategorisindedir.

Türkiye'nin 1972'den sonraki sıralamada yeri değişmekle birlikte, orta insani gelişme kategorisinde yer almış ve İGE değerlerinde en büyük iyileşme 1990- 1998 arası 6. ve 7. kalkınma planı dönemine denk gelen dönemde görülmüştür (48). Ülkemizde İGE değerlerinde sağlanan yükselmeye karşılık, diğer ülkeler de Türkiye kadar başarılı olduklarında ve iyi bir performans gösterdiklerinde sıralamada çok farklılık olamayabilir. Bu durum da gelişmişlik yarışında ülkelerin 'başarı' veya 'başarısızlığı' diğer ülkelerle karşılaştırıldığında anlam kazanmaktadır. İyi bir gelişme çizgisi yakalayan ve İGE değerlerini yükselten bir ülkenin uluslararası İGE sıralamasındaki yerini otomatik olarak yükseltmesi beklenmemelidir.

Uluslararası insani gelişme endeksi sıralamasında 1970'lerden 2000'lere kadar Türkiye yükseliş trendinde olan bir ülke olmuştur. 1970'lerde düşük insani gelişme kategorisinden orta insani gelişme kategorisine geçmiş ve 1990'lar boyunca iyi bir performans sergilemiştir. 1988-1998 dönemi performansının devam ettirilmesi halinde ülkenin on bir yılda yüksek insani gelişme değerlerine ulaşabileceği belirtilmiştir. 1995 yılında 174 ülke arasında 66. sıraya yükselmesi Türkiye ile ilgili iyimser beklentileri güçlendirmiş ve aynı temponun devam etmesi halinde kısa sürede İGE'si yüksek ülkeler arasına gireceği düşünülmüştür. Ancak bu yükselme gerçekleşmediği gibi, tam tersine Türkiye mevcut konumunu da koruyamayarak alt sıralara düşmüştür. 2000 yılı İnsani Gelişme Raporunda 85. sırada iken, 2005'de 94, 2010'da tekrar 83. sıralarda yer almış, 2013'te ise yine 90. sıraya düşmüştür. 2014 yılından itibaren artan bir ivme görülmüştür (48).

Tablo 2'de Türkiye'nin 1990 yılından itibaren İGE değerleri ve sıralaması bulunmaktadır. Bu tabloda 1990-2018 yılları arasında yayımlanan İnsani Gelişme Raporlarındaki İGE puanı, endeks sıralamasındaki konumu ve İGE hesaplanan ülke sayısı görülmektedir.

IGE'nin ilk defa hesaplandığı 1990 yılında Türkiye 0,751 puanla 130 ülke içerisinde 58. sırada ve orta insani gelişmişlik seviyesinde yer alan ülke konumundadır. Ancak daha önce bahsedildiği gibi bazı yıllarda yapılan IGE formülündeki değişiklikler ve yine ülke sayılarındaki değişiklikler ile sıralamada etkilenmiştir.

Tablo 2: Türkiye'nin geçmiş yıllara ait İGE ve sıralamadaki yeri

Rapor Yılı	İGE	Sıralama	İGE Hesaplanan Ülke Sayısı
1990	0,751	58	130
1991	0,694	70	160
1992	0,671	71	160
1993	0,717	73	173
1994	0,739	68	173
1995	0,792	66	174
1996	0,711	84	174
1997	0,772	74	175
1998	0,782	69	174
1999	0,728	94	174
2000	0,732	85	174
2001	0,735	82	162
2002	0,742	85	173
2003	0,734	96	175
2004	0,751	88	177
2005	0,75	94	177
2006	0,757	92	177
2007/2008 (1)	0,775	84	177
2009	0,806	79	182
2010	0,679	83	169
2011	0,699	92	187
2012 (2)			
2013	0,722	90	187
2014	0,759	69	187
2015	0,761	72	188
2016	0,767	71	188
2017 (3)	0,787	65	188
2018	0,791	64	189

Kaynak: UNDP'nin 1990-2017 yılları arası raporlarından alınmıştır. (1) UNDP raporu 2007/2008 yıllarında tek rapor olarak yayımlanmıştır. (2) UNDP HDI Raporu 2012 yılında yayımlanmamıştır. (3) UNDP'nin 2018 yılı güncellemesinden alınmıştır.

1991 yılında İGE hesaplanan ülke sayısı da artmış, hesaplama formülünde yapılan değişiklikle de 0,694 puanla Türkiye, 160 ülke içerisinde 70. sıraya gerilemiştir. 1994 ve 1995 yıllarında İGE hesaplamasında yapılan yeniden değişiklikle Türkiye'nin İGE değeri önemli bir artış göstermiş ancak sıralamadaki yeri sadece iki basamak yükselmiştir. 1996 yılı raporunda İGE değerinde düşüş yaşayan Türkiye 174 ülke içerisinde 84. sırada yerini almıştır.

1999 yılında İGE hesaplamalarında yapılan yeni değişikliğin ardından Türkiye'nin İGE puan değeri önemli ölçüde düşerek 0,728 İGE puanı ile 174 ülke arasında 94. sıraya gerilemiştir. İGE'de 1999 yılından 2010 yılına kadar hesaplama formülünde herhangi bir değişiklik yapılmamış, 2001 yılı hariç Türkiye'nin İGE puan değeri sürekli yükselmiştir. Puan değerindeki artışa rağmen Türkiye'nin sıralaması bu dönemde dalgalı bir seyir izlemiştir. Bu dalgalanma İGE hesaplanan ülke sayısındaki değişim, diğer ülkelerin performansı ve Türkiye'deki ekonomik kriz olarak yorumlanmıştır (9) .

2010 yılında UNDP'nin İGE hesaplamasında yaptığı kapsamlı değişiklik sonucu İGE'de gelirin etkisi azalırken diğer bileşenlerin etkisi artmıştır. Bu da ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerin puanlarının düşmesine neden olmuştur. Türkiye'nin gelir endeksi diğer bileşenlere göre daha iyi durumda olduğu için 2010 yılı İGE 0,679 puan almış 169 ülke arasında 83. sırada yer almıştır. Ayrıca ilk kez 2010 ve 2011 yılların raporunda aynı yılların verileri ile hesaplama yapılmıştır. Daha önceki raporlar genellikle raporun yayımlandığı yıldan iki üç yıl önceki verilerle yapılmıştır.

Türkiye'de eğitim ve sağlık yatırımları ile ekonomik ve sosyal göstergelerdeki iyileştirmeler, 2010 yılından sonra İGE puan değeri ve sıralaması üzerinde etkili olmuştur. 2011 yılından bu yana İGE'nin hesaplandığı ülke sayısı fazla değişmemiş ve Türkiye'nin İGE puan değeri ve sıralamadaki yeri yıllar içinde artmıştır. 2018 yılında 0,791 İGE puanı ile 189 ülke arasında 64. sırada yer almış ve insani gelişme düzeyi yüksek bir ülke olmuştur (9) .

İGE'yi hesaplarken hesaplama yöntemi ve içeriğinde yapılan değişiklikler ülkeler arasındaki karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. Veriler değişmekte ve bu da karşılaştırmaların değişmesine neden olmaktadır. Bu nedenle bu sorunu çözmek için UNDP, ülkelerin geçmiş yıllara ait verilerini en son yöntem ve içerikle güncelleyerek İGE'yi beşer yıllık aralıklarla yeniden hesaplamakta ve yayınlanmaktadır. 2018 yılında yapılan güncelleme ile hem 189 ülkenin 2017 İGE'si hesaplanmış hem de İGE ve alt bileşenleri beşer yıllık aralıklarla geriye dönük olarak güncellenmiştir.

Aşağıdaki Tablo 3'te GSMH ile ilgili 5'er yıllık güncellenmiş sonuçlar sunulmuştur.

Tablo 3: Türkiye'nin güncellenmiş kişi başı GSMG değerleri (2011 PPP)

Yıl	Kişi Başı GSMH (2011 SGP Dolar)	İGE Hesaplanan Ülkelerin Ortalaması (\$)	Kişi Başı GSMG Sırası	İGE Hesaplanan Ülke Sayısı
1990	11,214	12,44	65	142
1995	12,089	14,323	59	147
2000	13,656	14,396	60	172
2005	16,129	15,684	58	186
2010	17,804	16,386	61	188
2015	23,125	17,589	54	188
2016	23,500	17,739	53	188
2017	24,804	17,988	50	189

Kaynak: UNDP, <http://hdr.undp.org/en/data> (11.12.2018)

Tablo 3'te UNDP'nin 2018 yılında yaptığı güncelleme sonucunda 1990-2017 yılları arasındaki Türkiye değerlerini göstermektedir. 2011 yılı bazında kişi başına düşen GSMH güncellenmiştir. 1990-2017 yılları arasında Türkiye'nin İGE değeri 27 yılda %36,6'lık bir artış göstermektedir. Türkiye, 2017 yılında 0,791 İGE değeri ile yüksek insani gelişme kategorisine dahil olmuş ve İGE'nin hesaplandığı 189 ülke arasında 64. sırada yerini almıştır. 1990-2017 yılları arasında Türkiye'de kişi başına düşen GSMH ise %121,2 artmıştır (9).

Aşağıdaki Tablo 4'te Türkiye'de Doğuşta Yaşam Beklentisi ile ilgili 5'er yıllık güncellenmiş sonuçlar sunulmuştur.

Tablo 4: Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi

Yıl	Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	İGE Hesaplanan Ülkelerin Ortalaması (Yıl)	Doğumda Yaşam Beklentisi Sırası	İGE Hesaplanan Ülke Sayısı
1990	64,3	64,6	116	142
1995	67,0	65,5	106	147
2000	70,0	66,6	96	172
2005	72,5	68,2	80	186
2010	74,2	70,0	70	188
2015	75,5	71,6	69	188
2016	75,8	71,8	66	188
2017	76,6	72,1	66	189

Kaynak: UNDP, <http://hdr.undp.org/en/data> (11.12.2018)

Tablo 4’te Türkiye’nin 1990-2017 yılları arasındaki beşer yıllık aralıklarla doğumda beklenen yaşam süresi değerleri görülmektedir. Buna göre Türkiye’nin doğumda yaşam beklentisi 1990 yılında 64,3 yıl iken 27 yılda %18,2 artarak 2017 yılında 76,0 yıla ulaşmıştır ve bu süreçte Türkiye’nin doğumda yaşam beklentisi 11,7 yıl artmıştır. İGE’de de 2017 yılında 189 ülke arasında 66. sıraya yükselmiştir (9).

Türkiye’de İnsani Gelişme Vakfı (İNGEV) insani gelişim için referans kabul edilen bağımsız bir sivil toplum kuruluşu olarak hareket etmektedir. Öncelikle insani gelişimi desteklemek, ilgili kamu kurumları, yerel yönetimler, uluslararası kalkınma için temel bilgi ve referans kaynaklarından biri olmak, analizler yaparak politika yapıcılara araştırma ve raporlarla yol gösterici görüş ve önerilerde bulunmak amaçları arasında bulunmaktadır (49).

2.4.Türkiye’de Planlı Kalkınma ve Kalkınma Planları

Türkiye’de Kalkınma Planları sektörel politikaları uzun vadeli olarak şekillendiren temel planlardır (50). Özellikle kamusal alanda planlama kavramı, 1929 yılında yaşanan ekonomik bunalım sonrasında önem kazanmıştır. Bu bağlamda Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk Planı, Türkiye Cumhuriyeti’nde kurulan Devlet

Planlama Teşkilatı (DPT) öncesinde yapılan Sanayileşme Planı'dır. 1960 ve 1935'ten başlayarak iki ayrı beşer yıllık dönemi kapsar.(4).

Türkiye'nin planlama deneyimi, üç temel süreçten geçildiğini göstermektedir: "1930'larda Sanayi Planları" ile başlayan süreç, 1960-1980 yılları arasındaki dönemde "Kalkınma Planlaması", 1990-2004 yılları arasında ise "Şirket Temelli Stratejik Planlama" ve "Üç Yıllık Ön Ulusal Kalkınma" sistemine geçiş.

1960'lı yıllarda Türkiye'de yaşanan kalkınma planlama deneyimlerinin 1930'ların endüstriyel planlama mantığından farklı olduğu kabul edilse de bunun temel nedeninin 27 Mayıs 1960 ile yaşanan sürecin tamamen farklı bir anlayış sergilemesi olduğu söylenebilir. Önemli bir ayrım noktası, 1960 öncesi uluslararası kurum ve kuruluşların öngördüğü planlama tipinde “toplumsal hedefler” hedeflenmezken, 1960 yılından sonra ekonomik ve sosyal sorunların birlikte ele alınması ve planlamanın her iki boyutunun da yer almasına karar verilmesidir. Sonuç olarak, 1930'ların hedeflerini 1960'ların hedeflerinden ayıran "kalkınma" kavramı gibi görünüyor diyebiliriz. Çünkü bir toplumun, ülkenin ve/veya ulus-devletin sosyal, ekonomik ve kültürel kalkınması vb. kalkınmanın bütününe kapsayan geniş bir tanım ve süreçtir (51).

1960 yılından itibaren Türkiye'de ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmayı hızlandırmak, uygulanan politikalar arasında uyumu sağlamak, sosyal ve kültürel dönüşümü uyumlu bir şekilde yönlendirmek ve rasyonel bir kamu düzeni sağlamak amacıyla kalkınma planlarının hazırlanması ve uygulanması fikri benimsenmiştir. ekonomiye müdahale. 1961 Anayasası'nda ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmanın demokratik yollarla gerçekleştirilebilmesi için kalkınma planlarının yapılması şart koşulmuştur (52).

1960'lı yıllarda Türkiye'de planlama yaklaşımının en belirgin özelliği, kamu sektörü için zorunlu, özel sektör için yol gösterici olmasıydı. Ülkemizde planlı kalkınma dönemine geçişle birlikte kalkınma için alınacak kararların uzun vadeli hedeflere yönlendirilmesi ve planlara bağlanması, kamu yönetiminin belirli ilkelere göre hareket etmesini gerektirmiştir. Bu durum yönetimde açıklık, sorumluluk ve

denetimi kolaylaştırmış ve keyfi eylemleri engelleyen tamamlayıcı bir unsur haline gelmiştir (52).

Kalkınma plan ve programlarının hedef ve politikalarının belirlenmesinde, kamu ve özel sektör temsilcileri ile planlama uzmanlarından oluşan Özel İhtisas Komisyonları tarafından hazırlanan raporlardan yararlanılmaktadır. Toplumun ilgili kesimlerinin ekonomik ve sosyal politika ve hedeflere ilişkin görüş ve önerileri Özel İhtisas Komisyonları aracılığıyla kalkınma planlarına yansıtılmaktadır (52).

Kalkınma planları Orta Vadeli Programlar (OVP) ve yıllık programlar aracılığıyla uygulanmaktadır. Yıllık programlar, kalkınma planlarında benimsenen amaç ve politikalara uygun olarak ilgili kurumların görüşleri alınarak hazırlanır ve Bakanlar Kurulu tarafından onaylanır. Yıllık programlarda ait oldukları yılda ulaşılması gereken hedefler ve izlenecek politikalar belirlenmekte, kamu yatırımlarının sektör ve kurumlara göre dağılımı gösterilmektedir. Genel Bütçe ve kamu kurumlarının çalışma programlarının, yıllık programın hedef ve politikaları ile uyumlu olmasına dikkat edilir (52).

Planlı kalkınmaya tüm az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de İkinci Dünya Savaşı sonrasında uygulanmaya geçilmiştir (16). Bugün Türkiye’de Kalkınma Planları ve Programları denilince akla ilk olarak 1963 yılında yürürlüğe giren ve bu çalışmanın ana konusunu oluşturan beş yıllık kalkınma planları gelmektedir.

Planlı kalkınma döneminde kamu sektörünü zorunlu kılan ve özel sektörü yönlendiren kalkınma planları 1963 yılından bu yana ülkenin kalkınmasında önemli rol oynamaktadır. Her beş yılda bir hazırlanmakta olan kalkınma planları ile planlı bir şekilde kalkınma politikaları oluşturulmaktadır (53).

Dünyada ve ülkemizde değişen ekonomik ve sosyal koşullar gereği 1960’lı yıllardan itibaren kalkınma planlarının yeniden tasarlanması ihtiyacı doğmuştur. Bu kapsamda, kamunun ekonomideki rolü yeniden tanımlanmış ve Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) ve Dokuzuncu Kalkınma Planında (2007-2013) kalkınma planı yaklaşımı devam etmiştir (52).

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda her alanı detaylı bir şekilde düzenlemeye dayalı bir plan hazırlama anlayışından, temel amaç ve önceliklere odaklanan, sorunları önceliklendiren, makro dengeleri dikkate alan, kurumsal ve yapısal düzenlemeleri öne çıkaran stratejik bir yaklaşıma kadar öngörülebilirliği artıran, piyasaların daha etkin işlemlerini sağlayan ve sorunları önceliklendiren bir yaklaşıma geçilmiştir.

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Katılım Öncesi Ekonomik Program (KEP) ve Avrupa Birliği (AB) üyelik sürecinin gerektirdiği Stratejik Çerçeve Belgesi gibi belgelerin yanı sıra OVP başta olmak üzere diğer ulusal ve bölgesel plan ve programlar, sektörel ve tematik strateji belgeleri ve kurumsal Stratejik Planlar temelini oluşturmuştur. 2023 vizyonuna uygun olarak hazırlanacağı ve Cumhuriyetimizin yüzüncü yıl ufkunu ortaya koyacağı belirtilen Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018 dönemini kapsayacak şekilde Temmuz 2013'te Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilmiş ve bir plan olarak değerlendirilmiştir. Toplumumuzun üst bir refah düzeyine getirilmesinde önemli bir kilometre taşı olan Onuncu Kalkınma Planı'nın dört temel ekseninde yer aldığı belirtiliyor (52).

Bunlardan ilki, insan odaklı politikaların bir gereği olarak daha güçlü ve müreffeh bir toplum yapısına ulaşmayı ve beşeri sermayeyi güçlendirmeyi amaçlayan "Nitelikli İnsan, Güçlü Toplum" eksenidir. Bu başlık altında insan için ve insanla birlikte kalkınma anlayışını hayata geçirmeyi ve kalkınmayı toplumun farklı kesimlerine yaygınlaştırmayı hedefleyen politikalara yer verilmiştir (52).

Onuncu Kalkınma Planı'nın ikinci ana ekseni, Türkiye'nin büyüme performansını daha üst seviyelere taşımayı ve yenilikçi bir üretim yapısıyla güçlendirmeyi amaçlayan "Yenilikçi Üretim, İstikrarlı Yüksek Büyüme" eksenidir. Plan döneminde uygulanacak politikalarla, ekonominin sağlam bir makro-ekonomik temel üzerinde, dünya standartlarında üretim yapan, değer zincirinin daha üst kademelerinde yer alan, yüksek verimlilik düzeyine sahip, ithalata bağımlılığın azaltıldığı istikrarlı bir yapıya kavuşturulması hedeflenmektedir (52).

Üçüncü ekseni oluşturan "Yaşanabilir Alanlar, Sürdürülebilir Çevre" başlığı altında, kentleşme kapsamındaki hedef ve politikalara, çevreye duyarlı yaklaşımlarla

sosyal ve ekonomik faydaların artırılması ve bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılması yer almaktadır (52).

Dördüncü eksen olan “Kalkınma için Uluslararası İşbirliği” başlığı altında, kalkınma sürecinde uluslararası işbirliğinin daha etkin kullanılabilmesi için bölgesel, ulusal ve küresel düzeyde tutarlı, tamamlayıcı ve belirleyici politikalar geliştirilmesi hedeflenmektedir (52).

Onuncu Kalkınma Planı ile önceki planlardan farklı olarak "Öncelikli Dönüşüm Programları" adı altında özel uygulama programları tasarlanmıştır. Daha önceki planlarda ülkemizin sosyal ve ekonomik alanlardaki sorunları ve bu sorunların çözümü için izlenecek temel politikalar ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Ancak planlarda yer alan bu politikaların tam olarak uygulanmaması ve uygulamaya yeterince yön verememesi, istenilen hedeflere ulaşılmasında zorluklara neden olmuştur. Bu nedenle planların daha fazla uygulamaya aktarılması ve geliştirme çalışmalarının daha etkin bir şekilde devam ettirilmesi için yeni bir yaklaşım benimsenmiştir. Hem 2023 hem de Onuncu Kalkınma Planı hedeflerine ulaşması açısından önem arz eden temel sorun alanlarına yönelik tasarlanan bu programlar; Genellikle birden fazla bakanlığın sorumluluğunda olan ve kurumlar arası etkin koordinasyon ve sorumluluk gerektiren kritik reform alanları için tasarlanmıştır. Beş yıl içinde tamamlanması beklenen bu programların, plan hedeflerine ulaşılmasına önemli katkı sağlayacağı belirtilmiştir (52).

Kalkınma Planları, belgelerin farklı işlevlerle uyumunu sağlayarak tüm plan ve programların hazırlanmasında yol gösterici bir işlev görmektedir. Böylece kurumlar arasında ortak bir anlayış ve hedef birliğini sağlayacak kalkınma planları, plan-program-bütçe bağına güçlendirerek yasal ve kurumsal değişikliklere ve ülke potansiyelinin üst düzeyde kullanılmasına zemin oluşturmaktadır (52).

Kalkınma planlarının sadece kamu sektörü için değil, genel olarak toplum için uzun vadeli bir bakış açısı ve hedef birliği sağlaması, kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları arasında ortak hedeflere yönelik iletişim ve işbirliğine katkıda bulunması amaçlanmaktadır. Böylece, kapsayıcı bir kalkınma ve kalkınma süreci çerçevesinde, tüm kesimlerin sahiplenilmesi ile tüm toplumsal potansiyelin

harekete geçirildiği bir ortamda, ekonomik ve sosyal kalkınmanın hızlandırılması, halkın yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (52).

Bugüne kadar toplam onbir adet beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır. Çalışmanın başlangıcında Onbirinci Beş Yıllık Kalkınma Planı henüz hazırlanma aşamasında olduğundan çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu nedenle Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı dahil geçmiş on adet beş yıllık kalkınma planı çalışmada değerlendirmeye alınmıştır.

2.4.1. Türkiye’de Sağlık Planlaması ve Kalkınma Planlarında Sağlık Göstergeleri

Özellikle kamusal alanda planlama kavramı, 1929 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrasında önem kazanmıştır. Bu bağlamda Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk Planı, Türkiye Cumhuriyeti’nde kurulan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) öncesinde yapılan Sanayileşme Planı’dır. 1960 ve 1935’ten başlayarak iki ayrı beşer yıllık dönemi kapsar (4).

Dr. Behçet Uz 1946-1950 yılları arasında Sağlık Bakanı olarak görev yapmıştır. 1946 yılında 9. Ulusal Tıp Kongresi’nde görüşülerek yürürlüğe giren Birinci On Yıllık Ulusal Sağlık Planı ile sağlık alanında bir planın ilk örneğini vermiştir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile tüm sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi ve ülke geneline yayılması hedeflenmiş, Refik Saydam döneminde sadece Numune Hastaneleri ve hastane hizmetleri de dahil olmak üzere merkezi hükümete bağlı kalan tüm hizmetleri merkezi hükümetin sorumluluğuna vermiştir. Plan kapsamında; Türkiye’nin yedi sağlık bölgesine ayrılması, her bölgede bir Tıp Fakültesi kurulması, her 40 köye 10 yataklı sağlık ocağı kurulması, tedavi edici tıp ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması öngörülmüştür. (4).

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur (54).

1960 Sonrası dönem ülkemizin planlı kalkınma dönemidir. Planlı kalkınma dönemine geçilmeden 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. İlk kez 1963'te Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Muş ilinde başlayan uygulamalar her yıl birkaç ile daha yayılarak 1979'da 45, 1982 yılında ise 53 ile yayılmış, 1983 yılında yapılan bir düzenleme ile tüm ülkede bu kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmesi sağlanmıştır.

Planlı dönem olarak ifade edilen yıllarda sağlık hizmetleri plan dahilinde ele alınan konulardan biri olmuş ve sağlık, toplumsal refahı artıran bir alan olarak görülmüştür. Sağlık göstergeleri gelişmişlik göstergesi olduğu için, Türkiye'nin sağlığa ayırdığı bütçe diğer alanlara göre daha az olsa da sağlık devlet tarafından bir yatırım alanı (insan temelli) olarak görülmektedir. Ayrıca ekonomik kalkınmayı etkileyen faktörlerden biri olan sağlık (tarım, eğitim gibi) bir kalkınma aracı olarak ele alınmıştır. Eşitlik ilkesine uygun olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaya ağırlık verilmiş, kalkınma planının uygulama süresi tıpkı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde öngörüldüğü gibi on beş yıl olarak planlanmıştır (55).

DPT ile Planlı Kalkınma Dönemine giren 1963 yılından 2018 yılına kadar 10 farklı Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Çoğunluğu beş yıllık dönemleri içeren bu Planlar; mevcut durum tespiti, amaç ve hedefler ile dönem içerisinde yapılması gerekenler günün şartlarına göre belirlenmiştir (4).

Sağlık kuruluşlarından hastanelerdeki yatak sayılarına ve insan kaynaklarına kadar hemen hemen tüm kalkınma planlarında nicel hedeflerden nitel hedeflere doğru giderek değişen bir bakış açısı yaşanmıştır (4).

1963 yılından itibaren ülkemizde sağlık politikaları kalkınma planları ile oluşturulmuştur. Beş yıllık kalkınma planları ve yıllık programlar ile sağlık sektöründe etkili olan hedef ve öncelikler belirlenir.

Sağlık ve kalkınma birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki olgudur. Sağlık, bilgi ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte toplumsal olarak gelişmenin temel

unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. Ekonomik kalkınmayla birlikte sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılarak daha iyi sağlık düzeyine ulaşmak ve sağlıklı insanlardan oluşan bir toplumda da daha çok üretim ve böylece daha yüksek kalkınma düzeyini yakalamak mümkündür.

2.4.1.1. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963-1967 yıllarını kapsamakta olup, planda "İnsan hak ve hürriyetlerini, milli dayanışmayı, sosyal adaleti, ferdin ve toplumun huzur ve refahını gerçekleştirmeyi ve teminat altına almayı mümkün kılacak bir demokratik düzeni kesin olarak seçmiş olan Türk Milletinin, Anayasamızda açık ifadesini bulan iktisadi ve sosyal hayatı, keyfi ve plansız davranış tecrübelerine son verip adalete, tam çalışma esasına ve herkesin insan haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacına göre düzenleme arzu ve azmine uygun olarak: Milli tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararına, gerektirdiği önceliklerle yöneltmek ve iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek üzere Birinci Beş Yıllık (1963 - 1967) Kalkınma Planı hazırlanmıştır." demektedir.

Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi, ferdin ve toplumun huzur ve refahını gerçekleştirmeyi, teminat altına almayı ve insan haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacıyla plansız davranışlara son verilerek planlı bir döneme geçilmesi amaçlanmıştır.

Planda sağlık sektörü ile ilgili olarak ana ilke sağlık seviyesini yükseltmek, temel amaç ise sosyalizasyonu yaygınlaştırmak olarak alınmıştır.

Bu dönemde "büyük kütlelerin çok kötü şartlar içinde ve uygarlık araçlarından yoksun" olarak yaşadığı saptanmıştır. Türkiye'nin düşük gelir düzeyinin, dolayısıyla halkın daha iyi yaşama arzusu şeklinde beklentisinin, gelir düzeyindeki artışı toplumsal düzenin temel koşulu haline getirdiği gözlemlenmiştir. Türk milletinin insan onuruna yakışır bir yaşam düzeyine ulaşması ve onuruna yakışır koşullarda yaşaması için yüksek bir kalkınma hızının sağlanması için gerekli tüm çabanın gösterilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Asıl amacın, "yüksek bir kalkınma hızına ulaşarak geliri artırmak değil, toplum refahını ve insan mutluluğunu artırmak" olduğu ve buna göre planlama yapılması istenmiştir. Birinci kalkınma planı'nın, "kalkınma yüküne katılmada ve kalkınmanın ürünlerinden faydalanmada adalete uygun bir gelir dağılımını sağlayacak şekilde hazırlandığı" ifade edilmektedir.

Kalkınma politikasının sosyal hedefleri ve kalkınma felsefesinin özü: mümkün olduğu kadar geniş halk topluluklarını daha yüksek bir yaşam seviyesi ve sosyal güvenliğe ulaştırmak olarak alınmıştır.

Sağlığın sosyal refah üzerinde etkisinin çok büyük olduğu kabul edildiğinden kamu hizmeti olarak ağırlık kazanacaktır. Sağlık hizmetlerinin dağılımında dengesizlik olduğu, gerekli tedbirler alınmazsa daha artacağı ifae edilmiştir. Bu nedenle faydalanma bakımından eşitlik olması gerektiği kararı alınmıştır. "Bu hizmetlere yapılacak olan harcamaların, kişilerin refahı üzerindeki etkisinin zaman içinde kümülâtif bir şekilde kendini göstereceği beklenmektedir" şeklinde ifade edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde Türkiye'de sağlık düzeyinin yükseltilmesi için "çevre sağlığı koşullarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme koşullarının iyileştirilmesi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması" gibi hedefler belirlenmiştir. Tedavi edici tıbbın planlanmasında "çok pahalı ve etkisiz olan yatış" yerine "evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak bir sisteme geçilerek hastanenin bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınması" planlanmaktadır.

Sağlık programlarının gerçekleştirilebilmesi için kişi başına sağlık harcamalarının 2 katına çıkacağı bunun da 15 yılda olacağı tahmin edilmiştir. Sağlık programında ana ilke halkın sağlık seviyesini yükseltmek olarak belirlenmiş ve bu amaçla Plânda halk sağlığı (Koruyucu hekimlik) hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir.

"Sağlık personelinin sayıca yetersiz oluşu, sağlık hedeflerine ancak uzun sürede ulaşılmasına imkân vereceği" düşünülerek hedeflere 15 yılda ulaşılacak programlar halinde düzenlenmiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında en önemli sağlık göstergelerinden biri olan çocuk ölüm oranının oldukça yüksek olduğu, 1957 ve en yakın yıl olarak alınmış çocuk ölüm oranı doğan her 1000 çocuktan 165'inin bir yıl içinde öldüğü raporlanmıştır. Aynı dönemde Türkiye ile çeşitli ülkelerin çocuk ölüm oranı göstergesi karşılaştırıldığında Türkiye'de doğan her 1000 çocuktan 165' i ölürken A.B.D. 26,4, Batı Almanya 36,4, Fransa 33,7, İngiltere 23,9, İtalya 50,0, Yugoslavya 101,5, Yunanistan 44,1 oranları ile Türkiye oldukça yüksek bebek ölüm hızı ile en sonda yer almaktadır.

O dönemde çocuk ölüm haddi olarak tanımlanmış oranın çok yüksek olması Türkiye'de çözüm bekleyen büyük sorunlardan biri olarak dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir. Birinci beş yıllık plan sağlık hedeflerinde Ana - çocuk sağlığı ve özellikle çocuk sağlığı, genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmüş, bu nedenle sağlık ocaklarının en önemli hizmetleri olarak ana ve çocuk sağlığını geliştirmek amaçlanmıştır. Doğum ve çocuk bakım evlerinin de bu hizmete katılacağı belirtilmiştir.

Doğuştan hayat ümidi (Yıl) 1960 yılında 57,6 yıl olan doğumda ortalama yaşam süresi, yüksek, orta ve alçak doğurganlık hızları üzerinden yapılan ileriye dönük çalışmada 1965 yılı için 60,4, 1970 yılı için 63,2, 1975 yılı için 65,8 ve 1980 yılı için 68,2 yıl olarak tahmin edilmiştir.

Kalkınma hamlesinin ana amacı, "büyük kütlelere o günden daha yüksek bir gelir seviyesinde adil bir gelir dağılımını sağlamak olmuştur. Devlet bir yandan millî geliri hızla artıracak iktisadi yatırımlar yaparken öte yandan da eğitim, sağlık gibi hizmetleri daha büyük kütlelere, daha geniş ölçüde götürecektir ve böylece bunlardan faydalananların yaşama standartlarını yükseltecektir." Plan öncesi dönemde 1958-1959 yıllarında kişi başına gayri safi millî hasıla 185 Dolardır.

Kişi başına milli gelirde yüzde 4'lük bir artışın yeterli olmayacağı belirtilmiştir. OECD üyelerinin önümüzdeki 10 yıl için hedef olarak belirledikleri kişi başına gelir artışı yüzde 3,3'tür. İlk beş yıllık sürenin sonunda kaynaklar gözden geçirilecek ve sadece daha yüksek bir refah düzeyi değil, daha hızlı bir kalkınma sağlama olanakları araştırılarak aradaki farkın daha fazla açılmaması sağlanmış olacaktır. Aradaki farkın bu oranlarla uzun yıllar sonra kapatılabileceği belirtilmiştir.

Milli gelirdeki artışın büyük kısmının nüfus artışına gittiği, bu yüzden toplam milli gelirde önemli bir artış sağlanmışsa da adam başına düşen milli gelirdeki farkın büyük olmadığı bu nedenle de halkın refahındaki artışın çok olmadığı ifade edilmektedir. Adam başına gelir başka ülkelerle karşılaştırıldığı zaman da, ekonominin henüz yüksek tasarruf, yatırım kapasiteli bir duruma gelemediği görülmektedir demektedir.

Bu plan döneminde en çok ölüme sebep olan hastalık kalp hastalıkları, çeşitli çocuk hastalıkları, tüberküloz ve başka bulaşıcı hastalıklar olarak saptanmıştır.

Kişi başına sigara tüketiminde plan öncesi "1950 - 1960 dönemi içinde bir artış görülmekte ve bu da sigara içenlerin gittikçe arttığını" göstermektedir. Bu artışın süreceği kabul edilerek "1963 - 1967 dönemi sigara talebinin artacağı tahmin edilmiş ve 5 Yıllık Plân döneminde tütün üretiminin sigara talebini karşılayacak şekilde artırılmasına ve üretiminin sağlanması ve kapasitenin artırılması için bazı makinelerin yenilenmesi" şart olduğu ifade edilmiştir.

Sigara konusundaki bu planlama, bu dönemde sigara içilmesinin önlenmesi yerine, daha çok üretimin artırılmasına gidilerek halkın bu konuda korunması gerektiği yönünde bir çaba olmadığını, aksine sigara içilmesini teşvik edildiği fikrini vermektedir (56).

2.4.1.2.İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)

1968-1972 yıllarını kapsayan İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, "Türk milletini hür ve medeni bir ortamda herkes için insanlık haysiyetine yaraşır bir

yaşayış seviyesine ulaştırmayı ve toplumun hayat standardının yükseltilmesi"ni amaç olarak almıştır. Hedef olarak alınan kalkınma hızı, "Türk toplumunun hayat standardını uzun vadede yükseltmek ve insan haysiyetine yaraşır bir seviyeye çıkarmak" zorunlu olarak tanımlamıştır. Bu hedef, aynı zamanda, "ileri ülkelerle mevcut büyük gelir farklarını zamanla kapatmaya yetecek kadar da yüksek bir gelişme" hızı olarak ifade edilmiştir. Ayrıca "özellikle sağlık, eğitim gibi kamu gelişme cari harcamalarının fertlerin hayat standartları üzerinde olumlu etkiler yaptığı" üzerine dikkat çekilmiştir.

Sağlıkta ilke olarak "toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşaması kalkınmanın bir amacı" olarak ifade edilmiş, diğer taraftan "sağlık hizmeti üst seviyede bir iktisadi ve sosyal gelişmeye ulaşabilmek için de bir araç" olarak görülmüştür. İnsan gücünün, "ruh ve beden sağlığı iyi olduğu oranda kalkınma çabasında verimli olabileceği, halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartları belirli bir seviyeye ulaştırılacağı, sağlık personelinin ve hizmetlerinin yurt üzerinde halkın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanmasını gerçekleştirecek dengeli dağılım" sağlanması planlanmıştır.

Bu amaç ve hedefe ulaşabilmek için "sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda nüfusun yararlanabileceği tedavi edici hekimlik hizmetleri yerine koruyucu hekimlik hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olarak ele alınarak, evde ve ayakta tedavi usulü geliştirilmesi" tercih edilmiştir. (Birinci beş yıllık kalkınma plandaki gibi). Ana - çocuk sağlığı dahil koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesine karar verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesine ve özel teşebbüsün sağlık tesisleri yapması için teşvik edilmesi planlanmıştır.

"Ölümlerin azalması için sağlık şartlarını düzeltici tedbirlerinin alınması"nın yanı sıra "doğumları teşvik edici tedbirler" alınmıştır. Sosyal göstergelerin itisadi göstergeler kadar gelişmeyi ortaya koyabildiği, gerçekte iktisadi ve sosyal göstergelerin birbirine çok yakından bağlı ve karşılıklı ilişki içinde olduğu ifade edilmiştir.

Eksik ve yanlış beslenmenin yaygın olduğu, özellikle kontrollerin yeterli bir şekilde yapılmasını mümkün kılacak lâboratuvarlar mevcut olmadığı saptanmıştır.

Ana hedefi halkın refah seviyesini yükseltmek olan kalkınma gayretlerinde toplumun ruh ve beden sağlığı korunacak, hasta olanlara eşit tıbbi bakım imkânları verilecek, halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanması temin edilmesine karar verilmiştir.

Sağlam bir nüfus yapısının elde edilmesi için çocuk sağlığı ve yaşlıların bakımı, çeşitli sosyal bozuklukların giderilmesi özel koruma ve sosyal hizmet programları ile gerçekleştirilmesine karar verilmiştir.

Bu dönemde "Türkiye'de yeterli doğum ve ölüm istatistikleri" bulunmamaktadır. "Yapılan araştırmalardan Türkiye'de çocuk ölümlerinin, beslenme bozukluğu, fena bakım, bulaşıcı hastalıklar gibi nedenlerle yüksek olduğu anlaşıldığı, il ve ilçe merkezlerinde dahi ölümlerin yüzde 30'unu bir yaşımdan küçük çocukların ölümleri"nin teşkil ettiğı saptanmıştır. Birinci kalkınma planı dönemimde binde 165 olan çocuk ölüm oranı ikinci kalkınma planı döneminde bir yaşımdan küçük çocuk ölümleri hakkında kesin bir sayı olmamakla beraber yapılan araştırmalar bu oranın binde 120 ile 150 arasında değiştiğini göstermektedir. Yüksek olan bebek ve çocuk ölümlerinin gittikçe azalmakta olduğı ve bu da sağlık hizmetinin yaygınlaşmasına bağlı olduğı şeklinde yorumlanmıştır.

Doğum ve gebelikte anne ölüm oranlarının da aynı sebeplerle yüksek olduğuna dikkat çekilmiş, "özellikle çocuk düşürmek için ana sağlığını yıpratıcı ve hayatı kaybettiren yollara başvurulmasına sebep olan faktörleri ortadan kaldıran, ailelerin istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olmalarını mümkün kılan bir aile planlaması" politikası benimsenmiştir.

Ana, çocuk sağlığı hizmetleri, "eleman azlığı ve sınırlı mali imkanlar yüzünden yeterli olmadığı, sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmadığı" ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin halka çok daha geniş çapta ulaştırılacağı öngörülmüştür.

Doğuştaki Ortalama Hayat Süresi 1960 - 1965 döneminde 57,6 yıl olarak ifade edilmiştir. "Çocuk ölümlerinin yüksek alındığı bir başka tahmine göre bu değerler erkekler için 51,8, kadınlar için 53,4" olduğu ifade edilmiştir.

Kişi başına düşen gelir sürekli bir artış göstermekte devam etmiş, 1961 faktör fiyatları ile 1950 de kişi başına gelir 1181 TL iken, bu değer 1960 ta 1539 TL' na varmış ve 1966 da 1 788 TL' nı bulmuştur. Fert başına gelirin GSMH oranında artmamasının nüfusun hızla artmasından ileri geldiği ifade edilmiştir.

Bu Plan döneminde milli gelirin her yıl % 7 artması ve fert başına düşen gelirin 2600 liradan 3200 liraya yükselmesi öngörülmüştür.

Türk ekonomisinde yüksek seviyede bir gelişme hızını sağlamak ve bunu devam ettirmek ikinci Beş Yıl Kalkınma Plan'ının ana hedefi olarak konmuştur.

Bu plan döneminde, "gelirin kişiler arasında daha adil bir şekilde dağılımını sağlamak amacıyla izlenecek politika sonucunda düşük gelir gruplarının tüketiminde ortalamadan daha hızlı bir artış" olması öngörülmüştür.

"Önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel bir sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanmasına" karar verilmiştir.

Türkiye'de çocuk ölümlerinin fazla olduğu ifade edilmektedir. "Ana, çocuk sağlığı hizmetleri, eleman azlığı ve sınırlı mali imkanlar yüzünden yeterli olmadığı, sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmadığı" rapor edilmektedir. Bu dönemde Türkiye'de yeterli doğum ve ölüm istatistikleri de bulunmamakta, sayımlar kaynak olarak kullanılmaktadır.

Birinci kalkınma planı döneminde binde 165 olan çocuk ölüm oranı ikinci kalkınma planı döneminde kesin sayı olmamakla birlikte binde 120 ile 150 arasında olduğu ifade edilmektedir. Yüksek olan bebek ve çocuk ölümlerinin gittikçe azalmakta olduğu ve bu da sağlık hizmetinin yaygınlaşmasına bağlı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

İkinci Plan döneminde "yüksek alkollü içki tüketim oranının, 1967 yılında yüzde 26,3 ten, 1972 sonunda yüzde 16,3 e düşmesi"nin bekleneceği ifade edilmektedir (57).

2.4.1.3.Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında "ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınma çabalarının fertler ve toplum açısından anlamı, yaşama düzeyinin yükseltilmesi" nin önemi vurgulanmıştır. "Yaşama düzeyi" kavramı "tek bir gösterge ile ölçülebilecek yalınlıkta olmadığı, bununla birlikte fert başına gayrisafi millî hâsıla düzeyi ve fert başına gayrisafi millî hâsılanın artışı uzun dönemde yaşama düzeyindeki gelişmelerin önemli bir göstergesi" olacağı ifade edilmiştir.

"Gelir düzeyinin yükseltilmesi, topluma daha dengeli bir gelir dağılımı ve yüksek bir istihdam düzeyini gerçekleştirme", ayrıca "eğitim, sağlık ve diğer kamu hizmetlerini iyileştirme ve yaygınlaştırma olanaklarının da sağlanması" hedeflenmiştir.

Türkiye'nin bu yüzyılın sonuna kadar gelişmiş ülkelerle yaşam standartları farklılıklarını hızla azaltacak yüksek bir büyüme hızı yakalayabilmesi için toplumun da bazı fedakarlıklar yapması gerektiği belirtilmiştir. Bu dönemde tasarruf sağlayacak ve gelecekte daha hızlı bir gelir artışı ve daha yüksek bir yaşam düzeyi sağlayacak yatırımlara yatırım yapılması zorunlu olarak kabul edilmiştir.

Toplumun bu dönemde yapacağı fedakarlıklar, gelecekte daha yüksek bir yaşam standardına ulaşmalarını sağlayacak bir ödül olarak kabul edilmiştir.

"Sağlık hizmetlerinin, ülkenin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak yaygınlık, nitelik ve nicelikte" olmadığı, ayrıca, "çevre sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve toplumun sağlık eğitimi gibi temel sağlık, hizmetleri de gereğince yürütülemediği" raporlanmıştır.

"Yetersiz ve dengesiz beslenme yanında bazı bölgelerde halkın sağlık eğitiminin yetersiz oluşu özellikle ana ve çocuk sağlığı açısından sorun yaratmakta" olduğu belirtilmiştir.

"Yaşama şartlarının iyileştirilmesi ve yaşama düzeyinin yükseltilmesinde kamuca sağlanan en önemli katkılardan biri, tüme yaygınlaştırılmış bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi" olarak görülmüş ve bu hedefin "1982 yılında kamu eliyle gerçekleştirilmesi"ne çalışılacağı ifade edilmiştir. Sağlık koşullarının iyileşmesi, "ekonomik ve sosyal refahın artması sonucunda ölümlerin, özellikle çocuk ölümlerinin azalması" na etkisi olacağı ifade edilmektedir.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde "kişi başı gelir 5000 TL.'yi aşmaktadır. 1995 yılında, yani Avrupa Ekonomik Topluluğu ile gümrük birliği gerçekleştirildiğinde fert başına gelir, 4 kat artarak 20.000 TL.'nin üstüne çıkacağı belirtilmektedir. Bunu somut olarak ifade etmek gerekirse 22 yıl sonra Türkiye, bugünün İtalya'sının yaşama düzeyine ulaşacaktır" denmektedir.

"Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi temel ilke olarak görülerek, yataklı tedavi kurumlarının kurulması, standartları ve yönetimi, kaynakların etkin kullanımını sağlayacak biçimde yeniden düzenlenmesi" ve "koruyucu hekimlik" hizmetlerinin ağırlık kazanmasına karar verilmiştir. "Kademeli bir sağlık sigortası" gerçekleştirilmesi ve "sağlık personelinin hedeflere uygun sayıda ve niteliklerde yetiştirilmesi ve yurt düzeyine dengeli dağıtımının sağlanması hedeflenmiştir.

Türkiye Nüfus Araştırmasına göre 1966 - 1967 yıllarında Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızı binde 202 olarak saptanmış ancak yöresel olarak kırsalda 227, şehirlerde 147, yine büyük şehirlerden Ankara 127, İstanbul 133, İzmir 116 olarak farklılaşma gösterdiği raporlanmıştır.

"Bebek ve 5 yaş altı ölüm oranlarının azaldığı, doğuştan beklenen yaşama sürelerinin arttığı" ifade edilmektedir. "Beş yaşından küçük çocukların ölüm oranı, yetişkinlere göre daha yüksektir. Çocuk ölümleri içinde de bir yaşından önce ölenler (bebek ölümleri) ağırlık taşımaktadır. 1966-1967 yılında doğan bin çocuktan 5 yaşına kadar yaşayanların sayısı Türkiye ortalamasında 789, kırsal alanlarda 773, şehirlerde 853 dolaylarında olmaktadır." şeklinde saptama yapılmıştır.

Şehirlerde yetişkin ve çocuk ölümlülüğü ortalaması Türkiye ortalamasının üstünde farklılıklar göstermektedir. "Asıl farklılaşmanın çocuk ölümlüğünde ortaya çıktığı, çocuk ölümlülüğünün yüksekliği, doğuşta hayat değerlerinde de kendini hissettirmekte" olduğu belirtilmiştir. Bu endeks, ayrıca, sağlık şartlarını yansıtan bir gösterge niteliğindedir. Çocuk ölümleri içinde, bir yaşından önce ölenler (bebek ölümleri) büyük bir ağırlık taşımakta olduğu saptanmıştır.

Uluslararası karşılaştırmalar yapıldığında sağlık hizmetlerinin halka götürülmesinde en belirgin göstergelerden biri olan bebek ölüm oranları karşılaştırıldığında özellikle Türkiye ve Ortak Pazar Ülkeleri arasında büyük farklar olduğu saptanmıştır. Bu ülkeler, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde özellikle tedavi edici hekimlik kurumlarına ağırlık vererek insangücü ve işletme bakımından pahalı bir tür seçtikleri ifade edilmiştir. "Türkiye'de nüfusun genç oluşu, yanlış ve eksik beslenme sonucu ortaya çıkan hastalıklar, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yaygınlığı, bebek ölüm oranlarının yüksekliği çevre sağlığı şartlarının bozuk oluşu gibi nedenlerle koruyucu hekimlik hizmetlerine yönelme ihtiyacı olduğu" şeklinde değerlendirilmiştir.

Doğumda beklenen yaşam süresi, çocuk ve yetişkin ölümleri ile birlikte değerlendirilir. Çocuk ölüm endeksi olarak, yaşam tablosunda 1000 canlı doğumdan beş yaşına kadar hayatta kalanlar ve beş yaşında beklenen yaşam süresi yetişkin ölümlülüğünün bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı azalırsa, doğumda beklenen yaşam süresinin uzadığı görülmektedir.

Uzun dönemli gelişme yönünden bakıldığında 1970 sayımının geçici sonuçları göz önünde bulundurularak ve demografik araştırma bulgularından yararlanılarak ikinci planda uygulanan yöntemin geliştirilmesiyle kurulan modelde doğum ve ölüm özelliklerine ilişkin en son veriler kullanılarak nüfus projeksiyonları hazırlanmıştır. 1995 yılına kadar yirmi beş yıllık bir perspektifi kapsayan nüfus tahminler yapılmıştır. Modelde, hazırlanan tüm alternatifler için ölüm düzeyinde beklenen gelişmelerin sabit olduğu varsayılmaktadır. Buna göre 1990-1995 döneminde doğumda beklenen yaşam süresinin kadınlarda 70,4 yıl, erkeklerde 65,0 yıl ve toplamda 67,7 yıla ulaşacağı varsayılmıştır.

1965-1970 yılları arasında Ortalama yaşam süresi Danimarka 73, İsveç 74,2, İngiltere 71,6, Norveç 73,5, Bulgaristan 70,75, Yunanistan 69,1, SSCB 71,2, İrlanda 70, İspanya 69,6, Ortak Pazar Ülkeleri Lüksemburg 63,75, Belçika 70,6, Almanya 70,6, Fransa 71,75, İtalya 69,75, Hollanda 73,7, Türkiye'de 1970 yılı verisi 54,9 yıldır.

Avrupa Ekonomik Topluluğu ülkelerinde fert başına gelirleri Türkiye'den yüksektir. Uzun dönemde ekonomik hedeflerde gelir hedefleri: "Kişi başına gayrisafi millî hâsıla, 1972 deki 5095 TL. (364 \$) lık düzeyden, 1987 de 12 000 TL. (860 \$), 1995 de ise 21000 TL. (1.500 \$) dolaylarına yükselebilecektir. Bu durumda 1995 deki fert başına gayrisafi millî hâsıla düzeyi 1.500 \$ ı aşabilecektir. (Türkiye'nin 1987 de ulaşması öngörülen fert başına gayrisafi milli hasıla hedefine İtalya 1963 de, Japonya 1966 da, Yunanistan 1968 de, İspanya 1969 da erişmişlerdir. Türkiye'nin 1995 deki fert başına gelir düzeyi hedefine ise İtalya 1969 da. Japonya 1968 de ulaşmış bulunmaktadır. 1960'lardaki gelişme hızlarını korudukları takdirde bu düzeye Yunanistan 1975 de, İspanya 1977 de ulaşabileceklerdir.)"

23 yıllık perspektifte kişi başına gayri safi milli hasıladaki ortalama artış oranının yüzde 6,3 olması ve gayri safi milli hasılda olduğu gibi kişi başına gelir artışının kademeli olarak hızlanması beklenmektedir. "Üçüncü, dördüncü ve beşinci planları kapsayan 15 yıllık dönemde, kişi başına gayri safi milli hasılanın yılda ortalama yüzde 6,9 oranında artması, 1987-1996 dönemindeki ortalama artış oranının yüzde 7.2 yi bulacağı umulmaktadır."

Fert başına GSMH, Mutlak değerler (1971 fiyatlarıyla) : 1973 yılında 5.093 TL, 1977 yılında 6640 TL, 1987 yılında 12.000 TL, 1995 yılında 21.000 TL olacak şekilde tahmin edilmiştir.

"Tasarruflar, bu ölçüde artırılmadığı ve büyüme hızı hedefi, 1962 - 1972 döneminde gerçekleşen yüzde 6.9'luk hız dolayında tutulduğu takdirde, 1987 de erişilebilecek fert başına gelir düzeyinin hedef alınan 860 \$ yerine 680 \$, 1995 de erişilecek gelir düzeyinin de hedef alınan 1500 \$ yerine 970 \$ olabileceği hesaplanmaktadır. Fert başına 970 \$ lık gelir düzeyine Yunanistan 1969,İspanyada 1970 yılında erişmişlerdir."

Dönem içinde Gayrisafi Milli Hasıla'da gerçekleştirilecek artışlar sonucunda "fert /başına gelir 1972 de 5 094 TL' ndan 1977 de 6 640 TL' na çıkacak ve fert başına gayrisafi milli hâsıla, yılda ortalama yüzde 5,4 artacaktır." Bu dönemde fert başına gelir 3.640 TL' dan 4.901 TL' sine yükselmiştir.

Uzun dönemli kalkınmanın amaçları yaşama seviyesinin yükseltilmesi olmuştur. "1995 yılı için hedef alınan gelişmişlik seviyesinin ve ekonomik yapının kişi yönünden anlamı, yaşama seviyesinin yükseltilmesidir. Hedef alınan gelişmişlik seviyesi ve ekonomik yapı gerçekleştiğinde, fert başına gelir, dört kat artacaktır. Uzun dönemde yaşama seviyesinin yükseltilmesi gerçekleştirilmiş olacak ve böylece Anayasa'nın 41 inci maddesinde yer alan "... herkes için insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacı" na ulaşılacaktır". (Bu günden yapılabilen tahminlere göre fert başına gelir 1.500 dolar mukabili olarak 21.000 TL. na varacaktır.)

"Fert başına 5 bin TL. civarında olan gayri safi milli hâsıla, Üçüncü Plan dönemi sonu olan 1977 yılında 6.640 liraya çıkmış olacaktır. 1960-1970 arasında gelişmiş OECD ülkelerinin gayrisafi milli hasıllarındaki ortalama artış hızı yüzde 4.8, gelişmekte olan ülkelerin ise yüzde 5.6 olmuştur. Ancak, Türkiye'de nüfus artışının yüksek olması nedeniyle, Türkiye ile gelişmiş ülkeler arasındaki fert başına gelir farkı, Planlı dönemde gayrisafi milli hasılda sağlanan yüksek büyüme hızına rağmen mutlak olarak artmıştır. Nispi gelir durumunda az da olsa bir iyileşme kaydedilmiştir:1960 - 1970 döneminde gelişmiş OECD ülkelerinde fert başına gelir yılda ortalama yüzde 3.7 artarak 1810 dolardan 2601 dolara yükselmiştir. Türkiye'de ise fert başına gelir, 1962 de 3404, TL. (243 dolar) iken, yılda ortalama yüzde 4.1 oranında artarak 1971'de 4901 TL. (350 dolar) na ulaşmış bulunmaktadır." 1962 yılında 243 \$ olarak gerçekleşen fert başına gelir, 1972 yılı için 364 \$ olarak hedeflemiştir.

"Bu konudaki karşılaştırmalar Türkiye'nin bu bakımdan henüz yeterli bir gelişmişlik düzeyine ulaşamamış olduğunu göstermektedir. Türkiye on yıllık dönemde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyüme hızından daha yüksek bir büyüme hızına ulaşmış olmasına rağmen fert başına geliri halen, karşılaştırmaya konu olan ülkelere az ve özellikle Avrupa Ekonomik Topluluğu üyelerinden çok geride bulunmaktadır."

Gelişmişlik düzeyi ekonomik açıdan uluslararası karşılaştırıldığında kişi başına gelir (Dolar) AET Ülkelerinde Türkiye 1972 364, B. Almanya 2190, Fransa 2460, İtalya 1400, Hollanda 1760, Lüksemburg 2420, Belçika 2010, bazı komşu ülkelerde Bulgaristan 873, Yunanistan 840, Yugoslavya 404. Gelişmekte olan ülkelerde Meksika 611, İspanya 663, Portekiz 454 dolardır.

Gelir dağılımı sorunları açısından Türkiye, 1972 yılında 364 dolar civarındaki kişi başına düşen milli geliri ile Avrupa ülkeleri arasında en düşük seviyededir. Bu gelir, Avrupa Ekonomik Topluluğu üyelerinin ortalama gelir seviyesinin altıda biridir.

Planlı dönemde tütün sektörü ile ilgili dikkat çeken gelişme, filtreli sigara talebinin hızla artmış olmasıdır. "1962 yılında yüzde 1,1 olan sigara üretimindeki filtreli sigara oranı 1967 de yüzde 2.4 e çıkmıştır. Bu oranın 1972 de yüzde 17.6 ya çıkması beklenmektedir. Bu talebin karşılanmasında özellikle son yıllarda güçlüklerle karşılaşmış olup, bu sorun devam etmektedir". "Sigara ve diğer tütün mamulleri üretimi miktar olarak birinci plan hedefinin altında, ikinci plan hedefinin üzerinde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, Türkiye'nin önemli bir tütün üreticisi olmasına rağmen, genellikle sigara üretiminde kalite iyileştirilememiş, kayıplar önlenememiştir. Kalitenin iyi olmaması ve filtreli sigara talebinin yeterince karşılanamaması, tüketicinin değişik yollarla sağlanan yabancı sigara kullanım eğilimini arttırmıştır"(58).

2.4.1.4.Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlıklı beslenme, sağlıklı tüketim, sağlıklı kentleşmenin birlikte gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Dördüncü plan döneminde "GSMH'daki artış sonucu kişi başına gelir 1978'de 26796 liradan 1983'de 35275 liraya çıkacağı" öngörülmüştür.

Ana çocuk sağlığı ve aile planlamasında bebek ölüm oranlarının yüksekliği, önemli bir sorun olma niteliğini koruduğu ifade edilmektedir. Gittikçe azalmakla birlikte Türkiye'de çocuk ölümleri oldukça yüksek orandadır. Örneğin, 1975 yılında tüm il ve ilçe merkezlerindeki, ölümlerin yüzde 29,0'unu bebek ölümleri oluşturmuştur. 1962-1963 yıllarında binde 180 olan bebek ölüm oranı, 1966-1967'de binde 158'e düşmüştür. 1970-1975 dönemi sonunda ise bu oranın binde 130 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir.

Bu plan dönemşnde "0 - 5 yaş arasında yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak yüzde 20 oranında büyüme ve gelişme geriliklerine rastlanmakta, çocuk ölümlerinin nedenlerinin yüzde 50'sinin beslenme bozuklukları olduğu" ifade edilmektedir.

Yine kadının doğum öncesi ve sonrasının gerektirdiği özel bir beslenme ile desteklenememesi, bir halk sağlığı sorunu olarak ağırlık taşımakta olduğu görölmüştür.

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda "her üç planda da yer alan ilke, koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesi olmuştur. Ancak uygulama, üç plan dönemi aşılmasına karşın özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu, küçük yerleşme birimlerine personel sağlamada karşılaşılan güçlükler nedeniyle istenen biçimde gelişmediği" kabul edilmiştir.

Plan döneminde "toplum sağlığı açısından içki tüketiminin düşük alkollü ve alkolsüz içkilere yönlendirilmesi temel ilke olarak benimsenmiş ancak üretim açısından istenilen sonuca ulaşılamamışır. Ayrıca alkollü içkilerin fiyatı, bu sektördeki görelî fiyat yapısı yüksek alkollü içkilerden alkolsüz ve düşük alkollü içkilere yönelimi özendirecek biçimde düzenlenmesi" amaçlanmıştır.

Sigara talebinde görölen artış üzerine, "sigara paketleri üzerine sigaranın insan sağlığı üzerindeki zararlı etkilerini belirten bir uyarı yazısı konulması"na karar verilmiştir (59).

Kalkınma planları hazırlanmadan önce ön rapor ve çalışma amaçlı sektörel olarak Özel İhtisas Komisyonu Raporu (ÖİK) tüm planlarda hazırlandığı belirtilse de sağlık alanında rapor olarak ilk IV. kalkınma plan dönemi raporuna ulaşılmıştır.

Dördüncü kalkınma planı Özel İhtisas Komisyonu Raporunda "Ulusal sağlık politikasının amacı toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi maksadıyla halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbi bakım görmelerini sağlamaktır." demektedir.

Sağlık ocaklarındaki koruyucu hekimlik hizmetinin entegrasyonu için kurulacak kamu sağlığı dispanserleri (ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, kanser savaş ve ruh sağlığı hizmetleri için) hekim teminindeki güçlük sebebiyle kurulamamış ve söz konusu destek hizmetlerinin ilk safhada il merkezleri seviyesinde sağlamak üzere hazırlıklara başlanmış olduğu ifade edilmiştir.

Mevcut dispanserlerin faaliyetlerinin aynı zamanda kanser savaşına yardımcı olacak niteliğe çıkarılacağı, bu dispanserlerin polivakan hizmet götüren nitelikte olacağı ve işletilmeleri için gerekli personel, hizmet öncesi eğitimleriyle yetiştirileceği açıklanmıştır. Ayrıca kanser savaşına uç bölgelerde hizmet veren tesislerin de katılacağı ifade edilmiştir. Sağlık ana planında kanser savaşında yer alacak yataklı tedavi kuruluşlarının gelişimi ele alınacağı kararlaştırılmıştır. Ancak Türk Tabipleri Birliği merkez konseyi Başkanlığı Kanser savaşını gibi çeşitli türdeki hastalıkların bakanlık bünyesinde ayrı bölümleri olmasını onaylamamıştır. Tek bir hastalık odağı ile ilgilenilip hastanın bütününe ihmal edildiğini ifade etmektedir.

"Yetişkin ölüm düzeyi gelişmiş ülkelere yakın bir eğilim göstermekle birlikte, çocuk ölümlerinin çok olması nedeniyle, ortalama yaşam umudu değerleri düşük çıkmaktadır. Erkekler için 55,88, kadınlar için de 59,99, toplamda 57,935 olan ortalama yaşam umudunun 4.BYKP dönemi sonunda sırasıyla 58,27 ve 62,79'a toplamda ise 60,53'e yükselmesi beklenmektedir."

"Plan dönemi sonunda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının bütün Türkiye'yi kapsaması" hedeflenmiştir (60).

2.4.1.5. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Plan dönemini kapsayan 1985-1989 yılları döneminde GSMH'da fert başına gelir 1984'deki 248.572 TL. seviyesinden 1989'da 303.129 TL. seviyesine çıkacağı öngörülmüştür.

"Gelişme ve istikrar ile yakından ilgili olan sağlık ihtiyaçlarının karşılanması"na öncelik verileceği kararı alınmıştır. Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanması esas olarak alınmıştır.

Çocuk ölümlerinin azaltılması, Milli sağlık politikasının temel ilkeleri arasına alınmıştır. İlgili kuruluşların katıldığı yüksek seviyeli bir kurul kurularak, işbirliği ve dayanışma sağlanarak bebek ölüm oranı gelişmiş olan ülkeler düzeyine düşürülmesi hedeflenmiştir.

"1995-2000 döneminde bebek ölüm hızlarının geçmiş dönemlerde görülen oranlarda azalacağı esas alınmıştır. Bebek ölüm hızının azaltılması, çocukların sağlık ve sosyal durumlarının iyileştirilmesi için doğum öncesi safhadan başlamak üzere ilgili kamu kuruluşları ve özel kuruluşların desteğiyle yeni teknolojik gelişmelere uygun ana - çocuk sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleriyle birlikte götürülmesine önem verilmesi planlanmıştır. 1980 – 1985 arası 83,2 olan bebek ölüm hızının, 1985 - 1990 arası 65,3 olması hedeflenmiştir."

Bu dönemde "özellikle bebek ölüm hızının binde 83 den binde 65 dolaylarına düşürülmesi halinde, doğuşta hayat ümidi süresinde artışlar olabilecek ve plan dönemi başında erkekler için 60,6, kadınlar için 65,5 yıl olan doğuşta ortalama hayat ümidi süresi, dönem sonunda yaklaşık iki yıl artarak sırasıyla 62,8 ve 67,8 yıla yükseleceği" tahmin edilmiştir.

Hedeflerde "sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasının sağlanması" esas alınmıştır. Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla "sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve yere ulaştırarak halkın beden ve ruh sağlığını korumak ve tıbbî bakım görmesini sağlamak" temel ilke olarak kabul edilmiştir.

Sağlık hizmetinin sunulmasında "tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinmesine karar verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak bir niteliğe kavuşturularak ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması" hedeflenmiştir. Ayrıca sağlık sigortasına geçişin dönem içinde ele alınmasına ve özel sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesine karar verilmiştir.

Gençleri alkol düşkünlüğünden koruyucu tedbirler ele alınacağı ifade edilmekte, ancak rakı üretiminin de plan döneminde yılda ortalama yüzde 3,5 oranında artmasının beklendiği ifade edilmektedir.

"Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak; Devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği imkânlarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikalar uygulanacaktır. Kullanılmayan imkanların ihtiyaç duyulan yerlere aktarılmaları sağlanacaktır."

"Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önlenerek, hastane işletmeciliği, poliklinik hizmetlerin düzenlenmesi belli kriterlere bağlanacak, poliklinik ve idarî hizmet birimlerinin hasta servislerinden ayrılmaları sağlanacaktır. Büyük şehirlere hasta akımının önlenmesi için sağlık müracaat zinciri, sağlık ocaklarından başlayarak uygulamaya sokulacaktır. "

1980'li yılların koşullarını yansıtan Beşinci Plan ile birlikte sağlık hizmetlerinin "eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ulaştırılması" hedeflenmiştir.

"Bebek ölüm hızının azaltılması, çocukların sağlık ve sosyal durumlarının iyileştirilmesi için doğum öncesi safhadan başlamak üzere ilgili kamu kuruluşları ve özel kuruluşların desteğiyle yeni teknolojik gelişmelere uygun ana - çocuk sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleriyle birlikte götürülmesine önem verileceği ifade edilmiştir."

1995-2000 yedinci 5 yıllık kalkınma planına denk gelecek yıllar için bebek ölüm hızlarının geçmiş dönemlerde görülen oranlarda azalacağı varsayımlarına göre yapılan nüfus tahminleri Beşinci Plan çalışmalarında esas alınmıştır.

1985 yılı kişi başı gelir 1080 ABD doları olmuştur. (61)

2.4.1.6. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, "ülkemizin sosyal ve ekonomik gelişmişlik seviyesiyle bağdaşmayan yüksek bebek ölüm oranının bu dönemde alınacak tedbirler neticesinde azalacağı ve bu dönemde yılda ortalama doğacak 1,7 milyon bebekten 87 bininin bir yaşını tamamlamadan öleceği tahmin edilmektedir. Bebek ölüm oranında meydana gelecek azalmalar neticesinde doğuşta hayatta kalma ümidi yükselecektir".

Altıncı kalkınma planının temel amaçları ve politikalarında "Kamu yatırımlarının sektörel dağılımında eğitim ve sağlık sektörlerine ağırlık verileceği, sağlık hizmetlerinin etkili, sürekli ve kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturularak ülke sathına yaygınlaştırılacağı, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verileceği" ifade edilmiştir.

Temel sağlık hizmetleri sistemi içinde "ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hizmet açığı bulunan; özellikle doğurganlık, bebek ve anne ölüm oranları yüksek plan ve hizmetlerden yeterince faydalanamayan kesimlere ulaştırılmasına öncelik verilecek, hizmetin etkinliği ve sürekliliği sağlanması" hedeflenmiştir.

"Doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesi" hedeflenmektedir.

Sağlıklı bir toplum için "sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilke olarak alınmıştır. Bu amaçla sağlık ana planı hazırlanması kararı verilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine

yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilerek, temel sağlık hizmetleri güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin etkinleştirilerek yaygınlaştırılması" na karar verilmiştir.

"Fiziksel, ekonomik ve sosyal çevredeki risk faktörlerinin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ve fertlere sağlık bilinci kazandırmak için çalışmaların sürdürülmesi" amaçlanmıştır.

Gençleri sigara, alkol, uyuşturucu maddelerden uzak tutmak için mücadele etkinleştirilerek yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

"Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak, yatak kullanımı dahil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılabilecek, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, etkin İletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılacaktır."

Birinci basamak sağlık hizmet birimleri güçlendirilecek, "bu kademedен başlayarak üniversite hastanelerine kadar uzanan etkili bir hasta sevk sistemi kurularak ihtiyaçlar yerinde karşılanacak ve hastanelerdeki gereksiz yığılmaların önlenmesi sağlanacaktır". Ayrıca, evde bakım hizmetlerinin de geliştirileceği ifade edilmiştir.

Sağlıkta temel sorunlar arasında "Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde etkinlik sağlanamayışı ve birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin yetersizliği tedavi hizmetlerine olan talebi artırmış olması" görülmüştür.

"Tedavi kurumları arasındaki koordinasyonun yetersizliği yanısıra, etkin bir iletişim ve hasta sevk sisteminin kurulmamış olması neticesinde, tedavi hizmetleri arzu edilen rasyonelliğe kavuşamamıştır."

"Sağlık hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, modernizasyonuna, etkin iletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılacaktır."

"Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi esas alınacak ve hizmet talebinin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilecektir. Genel sağlık sigortasına geçiş konusunda çalışmalara devam edilecektir."

"Bu dönemde sağlık politikası koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yöneliktir. Temel sağlık göstergeleri; bebek ölüm hızı, vatandaşların yaşam süresi, kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı gibi kriterlerden oluşmaktadır. Ayrıca Plan'da modern işletmecilik anlayışı doğrultusunda hastanelerin işletilmesi, hasta bilgi-kayıt sistemlerinin kurulması, hasta sevk sisteminin işletilmesi ve sağlık yatırımlarında özel sektörün teşvik edilmesi gibi ifadeler yer almaktadır (55)."

Sosyal ve ekonomik gelişmişlik seviyesiyle bağdaşmayan "yüksek bebek ölüm oranının dördüncü plan döneminde alınacak tedbirler neticesinde azalacağı ve plan döneminde yılda ortalama doğacak 1,7 milyon bebekten 87 bininin bir yaşını tamamlamadan öleceği" tahmin edilmektedir.

1989 yılı Ocak ayında DPT'nin nüfus tahminleri bebek ölüm oranında beklenen gelişmeler olarak sırasıyla (Binde) 65,22 ve 51,33 olarak ifade edilmiş ancak raporda tarih belirtilmediğinden yorumlanamamıştır.

Bebek ölüm oranında meydana gelecek azalmalar neticesinde "doğuştan hayatta kalma ümidi yükseleceği tahmin edilmekte, DPT bu dönemdeki nüfus tahminlerine göre (tahminler, demografik verilerdeki son gelişmelere göre Ocak 1989'da yapılmıştır), doğuştan hayatta kalma ümidi (yıl) 65,58 ve 67,64 olarak tahmin edilmiştir. Plan dönemi sonunda; bebek ölüm oranının binde 51'e düşürülmesiyle doğuştan hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi" hedeflenmiştir.

1990-1994 yıllarını kapsayan altıncı döneminde "1988 fiyatlarıyla kişi başına GSMH yıllık ortalama yüzde 4,6 oranında artarak 1989 yılındaki 1.877 bin TL seviyesinden 1994 yılında 2.354 bin TL seviyesine yükselmesi" hedeflenmiştir. Bu dönemde kişi başı GSMH ABD 16.690, İsveç 11.890, Japonya 11.300, Batı Almanya

10.940, Fransa 9.540, İngiltere 8.460, İtalya 6.520, İspanya 4.290, Yunanistan 3.550, Yugoslavya 2.070, Portekiz 1.970, Türkiye 1.080 dolardır (62).

ÖİK raporunda GSMH içerisindeki toplam sağlık harcamalarının payı yıllar itibarıyla % 3.0 - 4.3 arasında gerçekleşmiştir. Bu harcamaların yarısından fazlası kişiler tarafından bizzat yapılan sağlık tüketim harcamalarıdır. Toplam kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı ise ortalama % 1-3'tür. Gelişmiş ülkelerde GSMH'nin %6-10'nun sağlık harcamalarına ayrılması da göstermektedir ki, ülkemizde sağlık sektörüne ayrılan kaynak istenilen düzeyde değildir. İktisaden belli kalkınmışlık seviyesine ulaşmış ülkeler ekonomik sektörlerden ziyade sosyal sektörlerle ve özellikle sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırabilmektedir.

"Temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık hizmet sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak ve Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek amacıyla 1990 yılında sekiz ilde Birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında da Kalkınmada Öncelikli 23 ilde İkinci Sağlık Projesi uygulamaya konulmuştur (63)."

2.4.1.7. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "1990 yılında binde 57,6 olan BÖH 1994 yılında binde 46,8 olduğu raporlanmıştır. Bebek ve çocuk ölümlerinin yaklaşık yüzde 60'ı önlenabilir hastalıklardan kaynaklanmakta, çocuklarda yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı gelişim bozuklukları, vitamin ve mineral eksikliğinden kaynaklanan beslenme hastalıkları görülmektedir. Toplumun kalkınmışlık düzeyi ile bağdaşmayan yüksek bebek ölüm hızının yedinci plan dönemi sonunda binde 35,3'e düşmesi ve doğuşta hayatta kalma ümidinin 69,1 yıla yükselmesi" amaç olarak belirlenmiştir. Tablo 5'te bebek ölüm hızı (binde) ve doğuşta hayatta kalma ümidi (yıl) mevcut durum ve beklenen gelişmeler gösterilmiştir.

Tablo5: Yedinci beş yıllık kalkınma planı döneminde mevcut durum ve beklenen gelişmeler:

Yıllar	1994	1995	1996	2000
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	46,8	44,4	42,2	35,3
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi Yıl	67,7	67,9	68,2	69,1

Kaynak :Yedinci beş yıllık kalkınma planı

Yedinci kalkınma planı dönemine girildiğinde "büyük kısmı önlenabilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, çocukların sağlıklı gelişimlerini ve temel eğitimlerini engelleyen sorunların giderilmesi ve korunmalarını amaçlayan kurumsal yapının etkinliğinin artırılması ihtiyacı devam etmekte olduğu ve çocuk ıslahı konusunda istenen gelişmenin sağlanamadığı" ifade edilmiştir.

Yapılan mevcut durum değerlendirilmesinde "bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri, bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeyi göstergelerinde yeterli iyileşme sağlanamamış, bu yetersizliklerin sadece sağlık sektörüyle ilgili sorunlardan değil çevre, beslenme, eğitim, konut, gelir dağılımı, temiz kullanma ve içme suyu temini gibi faktörlerden kaynaklanmakta olduğu" ifade edilmiştir.

"Temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, gerekli olan altyapı ve insangücü eksiklikleri giderilememiş ve daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir."

"Çağdaş işletmecilik esasına göre yönetilmemesi, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması ve rekabete açık olmaması nedeniyle hastanelerden beklenen fayda elde edilememektedir. Etkili bir hasta sevk sisteminin kurulamamış olması hastanelere gereksiz hasta yığılmalarına yol açmaktadır."

"Toplumda bireylerin yaşamlarının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamaya yönelik düzenlemeleri gerçekleştirebilmek, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan

tedavi hizmeti sunan, hastane işleten ve personel istihdam eden bir yapı yerine, politika, standart ve norm belirleyen, sağlık alanını düzenleyen, denetleyen ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan yapıya kavuşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Kanunu çıkarılarak gerekli düzenlemeler yapılmasına karar verilmiştir."

Yedinci kalkınma planı döneminde "sağlık altyapı yatırımlarına öncelik verilmesi planlanmıştır. Bu kapsamda bir önceki plan dönemine göre toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlığın yüzde 1,8'den yüzde 2,5-2,4'e yükselmesi hedeflenmiştir. Plan dönemi sonunda toplumsal refahta gelişmeler sağlanması amacıyla 1995 yılında cari fiyatlarla 2.423 dolar olan kişi başına milli gelirin yedinci plan dönemi sonunda 3.346-3.530 dolara ulaşması" hedeflenmiştir.

Yedinci kalkınma planı dönemi sonunda "riskli gebeliklere bağlı anne ve çocuk ölümlerinin azalması beklenmekte, çocukların yaşatılması, sağlıklı gelişmelerinin, eğitimlerinin ve her bakımdan korunmalarının sağlanması esas alınmıştır. Çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla, çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına, çocukların sağlıklı beslenmesine, anne ölüm hızının düşürülmesi ve doğurganlığın düzenlenmesinde özgür ve bilinçli seçim yapılmasını sağlayacak yönde ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılmasına, toplumun tüm bireylerinin bu konularda eğitilmesine ve bilinçlendirilmesine ağırlık verilmesi" planlanmıştır.

"Annenin eğitim düzeyinin düşük olması, sık, erken ve geç yaşlardaki doğumların varlığı, doğum öncesi ve sonrası bakımın yetersizliği, doğumda sağlık personeli ve kurumdan yararlanma oranının düşük olması, yüzde 32 oranında olduğu gözlenen planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ve ailelerin bozuk ekonomik koşulları bebekle birlikte anne sağlığını da olumsuz etkilemektedir."

"Sağlık hizmeti sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmiştir. Sağlık alanında kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla, sistemin finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutu itibarıyla yeniden yapılandırılması ihtiyacının devam ettiği kararı alınmıştır. "

"Sağlık politikalarının uygulanmasında sürekliliğin sağlanamaması, alınan kararların ve çıkarılan yasaların zamanında uygulamaya geçirilememesi sağlık hizmetlerinin gelişmesinde engelleyici bir faktör olmaktadır."

"Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesimde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve koordinasyonun sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus gruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır."

Başta Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu olmak üzere, "kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ile finansmanının bir arada bulunması, hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta ve denetim mekanizmasının etkili şekilde işletilmesini engellendiği düşünülmüştür. Planlama ve icra birimlerinin bir arada oluşu, program geliştirmeye ayrılan sürenin azalttığı ve bu birimlerin teknik görevlerini yerine getiremedikleri" kararına varılmıştır.

"Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamaktadır. Bazı yerlerde kapasite yetersiz kalırken, bazı yerlerde de atıl kapasite söz konusu olmaktadır."

"Daha az kaynak kullanarak sağlıklı bir topluma ulaşmayı sağlayan, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan birinci basamak hizmetlerini kapsayan temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri için yalnızca Sağlık Bakanlığı imkanları kullanılmış, diğer kuruluşlar bu amaç doğrultusunda yönlendirilememiştir."

"Birinci basamaktan başlayarak referans hastanelerine dek uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. Bu durum, hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına,

kent merkezlerinde ve özellikle büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insangücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına neden olmuştur."

"Sağlık insangücünün görev tanımlarının kesin olarak yapılmamış olması, çağdaş denetim tekniklerinin ve hizmet içi eğitime yönelik denetimin eksikliği, personel atamalarında liyakat ve kariyer sistemi uygulanmaması, hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında tam süre çalışmamaları hizmetin verimliliğini ve maliyetini olumsuz yönde etkilemektedir."

"1988 yılında kişi başına GSMH'nın 2,1 katı iken, 1993 yılında 5,2 katına yükselmiştir. Yedinci plan döneminde Türkiye nüfusunun yılda %1,6 oranında artacağı tahmin edildiğinden, dönem içerisinde fert başına GSMH artışının da yılda ortalama yüzde 3,8-5,3 arasında gerçekleşmesi ve 1995 yılında 1994 fiyatlarıyla 65,5 milyon TL. olan kişi başına GSMH'nın 2000 yılında 79,1-85,0 milyon TL. düzeyine ulaşması" beklenmektedir.

"Dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak görülen çeşitli sağlık sorunları önemini korumaktadır (64)."

2.4.1.8. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin önemini koruduğu belirtilmekle birlikte bebek ölüm hızında gerileme olduğu da ifade edilmiştir. 1995 yılında binde 43,1 olan BÖH 2000 yılında binde 35,3'e düştüğü ifade edilmiştir. Aynı dönem AB ülkelerinde, BÖH binde 5-6 düzeyindedir ve görüldüğü gibi Türkiye bu oranın oldukça gerisindedir. Ancak 7. kalkınma planında hedeflenen sonuca da ulaşılmıştır. Bebek ölümlerinin, Sekizinci plan dönemi sonunda yani 2005'te binde 28,8 seviyesine düşmesi beklenmektedir. Doğuşta hayatta kalma ümidi 2000 yılında 69,1 yıla yükseldiği ifade edilmiştir. Sekizinci plan dönemi sonunda yani 2005' te 70,3 yıla çıkması tahmin edilmektedir.

2000 yılında cari olarak yaklaşık 3.000 dolar düzeyinde olan kişi başına GSMH'nın, 2005 yılında 4.300 dolar seviyesine yükseleceği tahmin edilmektedir.

Genel durum değerlendirmesinde, sosyal ve kültürel alanda sağlanan gelişmelerde, yine koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilemediği, bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamadığı ifade edilmiştir.

Toplumun eğitim ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi, gelir dağılımının düzeltilmesinin büyük önem taşıdığı vurgulanmıştır.

"Dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefi ile uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak amacıyla nüfusun eğitim, sağlık ve insangücü yönünden niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu alanlarda bölgeler ve yerleşim yerleri arasındaki farklılıkların giderilmesi temel ilke olarak alınmıştır."

"Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması sağlanamamıştır."

"Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanılması, kaynakların öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi ihtiyacı önemini korumaya devam ettiği saptanmıştır."

Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere öncelik verilmesi planlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilecek ve ilköğretim okullarından başlamak üzere her seviyede sağlık eğitimi programları geliştirilecektir.

Toplumun sağlık durumunun korunması ve iyileştirilmesi amacıyla sektörler arasında işbirliği ve koordinasyon temin edilecektir.

Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir.

"Hukuki ve kurumsal düzenlemelerde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenecektir. AB normlarına uyum düzenlemeleri tamamlanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi amacıyla mevzuat düzenlemesi yapılacaktır. Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir."

Uzun vadeli gelişmenin temel amaçları ve stratejisi (2001-2023) olarak toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedef alınmıştır.

"Sağlık hizmetlerinin, eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ulaşılabilir, verimli, bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu ve hasta haklarına saygılı şekilde sunulacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek temel sağlık hizmetleriyle birlikte etkin şekilde hizmet verilmesi sağlanacak ve aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Etkin bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir."

Sosyal refahın artırılması, gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadelede mevcut durum BM tarafından geliştirilmiş olan İGE'ne göre Türkiye, dünya sıralamasına göre 1995 yılında 69'ncü iken, 1999 yılında 86'ıncı sıraya gerilemiştir. Bu düzeyi ile orta insani gelişmişlik düzeyine sahip ülkeler arasında yer aldığı ifade edilmiştir ve ilk kez VIII. Kalkınma Planında İnsani Gelişim Endeksinden bahsedilmiş ve önemi vurgulanmıştır.

Çocuklar iletişim araçlarının zararlı etkilerinden korumak amacı ile sigara kullanımını ve tüketimi özendiren yayın ve programları çocukların izleyemeyeceği saatlerde yayınlamaları sağlanacaktır.

Türkiye'nin 2001- 2023 döneminde yapmayı planladığı bazı dönüşümlerle, 1998 yılında 3.200 dolar olan kişi başına gelirini 2023 yılında Avrupa Birliği ülkeleri düzeyine yaklaşması beklenmektedir. Türkiye'nin, dönem sonunda ulaşacağı 1,9 trilyon dolar civarında GSMH düzeyi ile dünyanın ilk on ekonomisi arasına girmesi öngörülmektedir.

Avrupa Birliğinde 1995-97 döneminde, satınalma gücü paritesine göre kişi başına gelir ortalama 100 iken, üye ülkelerden Lüksemburg'da 174, Danimarka'da 120, Yunanistan'da 66, İspanya'da 80, Portekiz'de 73 ve Türkiye'de ise 33'tür.

"Kişi başına GSYİH'nın, 1987-2005 döneminde yıllık ortalama yüzde 3,7 oranında bir büyüme göstermesi hedeflenmiş ancak, 1987-1998 döneminde yıllık ortalama büyüme hızı yüzde 1,4 olmuştur."

"Gelir dağılımında kentsel yerlerde ortaya çıkan bozulmanın yanı sıra, kent ve kırsal arasındaki kişi başına gelir farklılıkları artmıştır. 1998 yılı itibarıyla Türkiye'de kişi başına ortalama gelir 3.176 dolar iken, en yüksek kişi başına gelire sahip il 7.501 dolar ile Kocaeli, en düşük kişi başına gelire sahip il ise 827 dolar ile Ağrı olmuştur."

"Sağlık hizmetleri insan gücünün ve altyapısının artırılması ihtiyacı, dengesiz dağılım ve kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliği devam etmektedir (65)."

2.4.1.9. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)

2007-2013 yıllarını kapsayan dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı stratejisinde vizyon olarak istikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen ve AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye belirlenmiştir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planı döneminde, insanımızın yaşam kalitesini artırmak amacıyla, eğitim ve sağlık altyapısını iyileştirmeye ve gelir dağılımını düzeltmeye yönelik önemli adımlar atıldığı ve belirgin iyileşmeler sağlandığı ifade edilmektedir.

Bebek ölüm hızı ve doğuştan hayatta kalma ümidinde iyileşmeler kaydedilmiş ancak henüz istenen düzeye ulaşamamıştır. BÖH (Binde) 2000'de 28,9, 2005'de 23,6, doğuştan hayatta kalma ümidi (Yıl) 2000'de 70,4, 2005'de 71,3 olmuştur.

Sekizinci plan döneminde "sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmış, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmıştır. Hizmetlerin standardizasyonu ve bilgi sistemlerinin etkin kullanımına yönelik çalışmalar başlatılmış olmakla birlikte, hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacı devam etmektedir. "

2001 yılı sonrasında kişi başına milli gelirin arttığı, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve yoksulluk göstergelerinde iyileşmeler görüldüğü ifade edilmiştir. Plan dönemi hedef ve tahminlerde GSYİH'nın yıllık ortalama yüzde 7 oranında artması ve kişi başına gelirin 2013 yılında 10.100 dolar olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

Dokuzuncu Kalkınma Planı döneminde; öncelikli sektörler arasında yer alan eğitim ve sağlık sektörlerinin kamu yatırım payı artırılmasına karar verilmiştir. Sağlık sisteminin etkinleştirilmesinde Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilmesine ve önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesine karar verilmiştir.

"Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır."

"Koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri

ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır."

Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

Yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için gelir dağılımının iyileştirilmesi sağlanarak, gelir dağılımındaki dengesizlik, eğitim, sağlık ve çalışma hayatı politikalarıyla kalıcı bir şekilde azaltılacaktır. Büyüme ve istihdam açısından 2000 yılında 2.879 dolar olan kişi başına milli gelir, 2005 yılında 5.042 dolara yükselmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel ve kent-kır düzeyindeki dengesizliği devam etmektedir.

"Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılamaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşürmektedir. 2000-2004 döneminde sağlık ocağı imkanlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır."

"Dokuzuncu Kalkınma Planı döneminde, ekonomik gelişmelerin yanında sosyal kalkınma yönünde ilerlemeler sağlanmıştır. Başta eğitim ve sağlık olmak üzere temel kamu hizmetlerinin daha nitelikli, daha yaygın ve kolay ulaşılabilir sunulması konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş, doğumda beklenen yaşam süresi yükselmiştir (66)."

2.4.1.10. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

2014-2018 dönemini kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı,"ülkemizin 2023 hedefleri doğrultusunda, toplumumuzu yüksek refah seviyesine ulaştırma yolunda önemli bir kilometre taşı olacağı" ifade edilmiştir.

"2014-2018 dönemini kapsayacak olan Onuncu Kalkınma Planı ile Türkiye'nin uluslararası değer zinciri hiyerarşisinde üst basamaklara çıkmış, yüksek gelir grubu ülkeler arasına girmiş ve mutlak yoksulluk sorununu çözmüş bir ülke haline gelmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, kişi başına gelirin 16 bin dolara yükseltilmesi; Ekonomik amaçların gerçekleştirilmesine paralel olarak Türk vatandaşlarının mutlu, müreffeh ve onurlu bir şekilde yaşaması; bu yönde bireylerin kendilerini geliştirebilecekleri, özgür, sağlıklı, güvenli ve yüksek standartta yaşam sürebilecekleri sosyal bir ortamın oluşturulması temel amaçlar arasına alınmıştır."

"Nitelikli İnsan, Güçlü Toplum" başlığı altında "insan için ve insanla beraber kalkınma yaklaşımının hayata geçirilmesi ve gelişmişliğin toplumun farklı kesimlerine yaygınlaştırılması amacıyla uygulanacak politikalara yer verilmektedir. Gerek gerçekleştirilme sürecinde gerekse sonuçları itibarıyla kapsayıcı bir kalkınma anlayışı esastır. İnsanı odak alan bu anlayış kalkınma sürecine herkesin ve her yörenin katılımını azami düzeye çıkarmayı, kalkınmanın sonuçlarından herkesin daha adil bir şekilde pay almasını hedeflemektedir". "Yenilikçi Üretim, İstikrarlı Yüksek Büyüme" başlığı altında "üretimde yapısal dönüşüme ve refah artışına yönelik hedef ve politikalar ele alınmaktadır". "Yaşanabilir Mekânlar, Sürdürülebilir Çevre" başlığı altında "çevreye duyarlı yaklaşımların sosyal ve ekonomik faydalarının artırılması, insanımızın şehirlerde ve kırsal alanlarda yaşam kalitesinin sürdürülebilir bir şekilde yükseltilmesi ile bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılması kapsamındaki hedef ve politikalara yer verilmektedir". "Kalkınma İçin Uluslararası İşbirliği" başlığı altında ise "kalkınmanın dış dinamikleri ile ülkemizin ikili, bölgesel ve çok taraflı ilişkilerindeki temel öncelikler ve politikalar ele alınmaktadır" (67).

"2023 hedeflerine ve Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın amaçlarına ulaşılabilmesi açısından ilk kez bu planda öncelikli alanlarda, temel yapısal sorunlara çözüm olabilecek, dönüşüm sürecine katkıda bulunabilecek, kurumlar arası koordinasyon ve sorumluluk gerektiren 25 adet program tasarlanmıştır. Bu çerçevede programlar, Onuncu Kalkınma Planı'nın izleme değerlendirme sürecinin kolaylaştırılması, program havuzunun yönetilebilir ve sonuçlarının ölçülebilir olması açısından öncelikli konularda sınırlı sayıda oluşturulmuştur. Sektörel ve sektörler arası bir yaklaşımla oluşturulan programlar kapsamında, merkezi düzeyde uygulama

mekanizması ve müdahale araçları tasarlanmış; uygulama ve koordinasyondan sorumlu kurumlar belirlenmiş; program hedeflerine yer verilmiştir."

"Onuncu beş yıllık kalkınma planı, Kalkınma Bakanlığının koordinasyonunda, katılımcı bir yaklaşımla kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra toplumumuzun tüm kesimlerinden çok sayıda temsilcinin katkılarıyla hazırlanmıştır. Ön hazırlıkları 1/9/2010 tarihinde başlatılan Plan hazırlık süreci, 5/6/2012 tarihli ve 2012/14 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle resmîyet kazanmıştır. İlgili genelgeyle makroekonomik, sektörel ve bölgesel konularda 66 adet özel ihtisas komisyonu (ÖİK) ve çalışma grubu oluşturulmuştur. Söz konusu komisyonlarda üç bini aşkın akademisyen, kamu çalışanı, özel kesim ve sivil toplum kuruluşu temsilcisi bir araya gelerek çalışmalara katkı vermiştir. Planın hazırlık çalışmaları yerel düzeyde de yürütülmüştür. Bu kapsamda, kalkınma ajansları aracılığıyla, mahalli idarelerin ve yerel aktörlerin Türkiye'nin kalkınma öncelikleri konusundaki görüşleri alınmıştır. Bu çalışmalara, ülke genelinde yedi bini aşkın kişi katkı sağlamıştır."

"10. beş yıllık kalkınma planı metninin oluşturulmasında, Kalkınma Bakanlığının 50 yılı aşkın planlama deneyiminden; ÖİK raporlarından; iş dünyası, Sivil Toplum Kuruluşları (STK), düşünce kuruluşları, akademik çevreler, kamu ve özel sektör temsilcileri ile yapılan istişare toplantılarının sonuçlarından yararlanılmıştır. Ayrıca Onuncu Kalkınma Planı'nın etkin uygulanması amacıyla orta vadeli programlar (OVP), yıllık programlar, kurumsal stratejik planlar, bölgesel gelişme ve sektör stratejileri, Kalkınma Planı esas alınarak hazırlanması gerektiği ifade edilmiştir. Kamu kuruluşları politikalarını, yatırımlarını, kurumsal ve hukuki düzenlemelerini bu çerçevede tespit edeceklerdir. Planın her bir öncelikli dönüşüm programı Planın Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) kabulünden sonra hazırlanarak eylem planı çerçevesinde hayata geçirilmesi planlanmıştır. Bütçe hazırlık sürecini başlatan OVP, Planda yer alan politikalarla uyumlu olarak hazırlanacak, yıllık programlarda, OVP'de yer alan politikaları hayata geçirecek tedbirler ile öncelikli dönüşüm programı eylem planlarından ilgili yılda uygulamaya geçirilerek tedbirlere yer verilecektir. Kalkınma Planındaki gelişmelerin izlenmesi ve değerlendirilmesinin koordinasyonu, Kalkınma Bakanlığı Müsteşarı başkanlığında ilgili Bakanlıkların üst düzey yöneticilerinden oluşan Kalkınma Planı İzleme ve Yönlendirme Komitesi tarafından yapılacak ve her yıl Bakanlar Kuruluna bir rapor

şeklinde sunulacaktır. Planın izlenmesi ve değerlendirmesine ilişkin usul ve esaslar, Yıllık Programların Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı ile belirlenecektir."

"Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı artmaktadır. Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada sağlık harcamalarının artması beklenmektedir. Artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde de baskı yaratacaktır. Özellikle birçok gelişmiş ülkede yüksek kamu borçları ve zayıf bütçe yapısının gerisindeki temel etken olmaya devam edecektir."

"Mevcut durumda, genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle Türkiye'nin sağlık harcamalarının millî gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisindedir. İlerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklentisine paralel olarak, Türkiye'de de sağlık harcamalarının artacağı öngörülmektedir."

"Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş ve doğuşta beklenen yaşam süresi yükselmiştir."

"Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği (KÖİ) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır". Önceki Kalkınma Planlarında daha küçük kapasiteli hastane yapılanması tercih edilmesine rağmen bu planda daha büyük kapasiteli hastaneler tercih edilmiştir.

"Fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması gerektiği" ifade edilmiştir.

2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir (bu veriler TÜİK verilerinden farklıdır).

"Yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık harcamalarının daha da artabileceği" öngörülmektedir.

Vatandaşların "yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması temel amaç olarak görülmüştür. Bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu" esas olarak değerlendirilmiştir.

Politika olarak "bireylerin bedenlen ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilerek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulması" amaçlanmıştır.

"Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilerek, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilmesi" düşünülmüştür. Tüm kalkınma planlarında aynı hedef konmuş ancak uygulanamamıştır.

İlk kez onuncu kalkınma planında tamamlayıcı tıp gündeme alınmıştır. Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenerek bu alanın denetim altına alınması planlanmıştır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitime ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanarak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenmesi hedeflenmiştir.

Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesinin sağlanması amaçlanmıştır.

Tablo 6: Onuncu beş yıllık kalkınma planında sağlık alanında gelişmeler ve hedefler

Yıllar	2006	2012	2013	2018
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	16,5	7,7(1)	7,1	6,0
Anne Ölüm Hızı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	28,5	15,5	14,5	9,5
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (2)	74,7	76,8	76,9	77,5

Kaynak: 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı

Kaynak: 2006 ve 2012 yılı verileri Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden hesaplanmış olup, 2013 ve 2018 yılı verileri Onuncu Kalkınma Planı tahminleridir(1) 2011 yılı verisidir.

2006 ve 2012 yılı verileri TÜİK'e ait, geriye dönük projeksiyon çalışmasıdır. 2013 ve 2018 yılı verileri Onuncu Kalkınma Planı tahminleridir.

"GSYH'ya oran olarak 2006 yılında yüzde 4,1 düzeyinde gerçekleşen toplam kamu sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamının genişlemesi ve sağlık hizmetlerine erişimin artmasına rağmen alınan tedbirlerin etkisiyle sınırlı bir artış göstererek 2012 yılında yüzde 4,2 düzeyine yükselmiştir."

"Planın temel amaçları ve ilkelerinde uzun vadeli kalkınma amacının, yeniden şekillenmekte olan dünyada ülkemizin uluslararası konumunu yükseltmek ve halkımızın refahını artırmaktır. Bu çerçevede, 2023 yılında kişi başına gelirin 25 bin dolara yükseltilmesi hedeflenmektedir."

"Eğitim ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere temel kamu hizmetlerinin nitelikli, yaygın ve kolay ulaşılabilir sunulması konusunda gelişmeler kaydedilmiştir."

"Bebek ölüm hızının gerilemesi ve doğuşta beklenen hayat süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı artmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresinin ise 2013 yılı itibarıyla 76,9 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir."

Onuncu Kalkınma Planı döneminde "uygulanacak politikalar sonucunda reel GSYH'nın yıllık ortalama yüzde 5,5 oranında artması öngörülmektedir. Plan dönemi sonunda kişi başına gelirin 16 bin dolara ulaşması" hedeflenmektedir.

"Öncelikli dönüşüm programları, Onuncu Kalkınma Planının amaçlarına ulaşılabilmesi açısından önem taşıyan, temel yapısal sorunlara çözüm olabilecek, dönüşüm sürecine katkıda bulunabilecek, genellikle birden fazla bakanlığın sorumluluk alanına giren, kurumlar arası etkin koordinasyon ve sorumluluk gerektiren kritik reform alanları için tasarlanmıştır."

"Öncelikli Dönüşüm Programları, program havuzunun yönetilebilir ve sonuçlarının ölçülebilir olması açısından sınırlı sayıda tutulmuştur. Sektörel ve sektörler arası bir yaklaşımla oluşturulan programlar kapsamında rehber niteliğinde olmak üzere, programın amacı ve kapsamına, hedeflerine, performans göstergelerine ve bileşenlerine yer verilmiş; ayrıca programlar için merkezi düzeyde uygulama mekanizması ve müdahale araçları tasarlanmış; bileşenlerden ve koordinasyondan sorumlu kurumlar belirlenmiştir."

"Öncelikli Dönüşüm Programlarının tasarımında yer alan politikalarla bağlantı kurulmuş, bu politikaların etkin bir şekilde hayata geçirilebilmesi için programların temel unsurları ortaya konulmuştur. Tasarlanan programların ayrıntıları, alt bileşenleri, uygulama faaliyet ve projeleri, bütçe ihtiyacı ve mevzuat altyapısı Planın TBMM'de kabulünden sonra koordinatörlerin ve bileşenlerden sorumlu Bakanlıkların ortak katılım ve katkılarıyla eylem planları haline getirilecek, nihai tasarım ve uygulama usul ve esasları Yüksek Planlama Kurulu Kararıyla belirlenecektir."

"Öncelikli Dönüşüm Programlarının hayata geçirilmesine yönelik eylem planlarının hazırlanmasının, uygulanmasının, izlenmesinin ve değerlendirilmesinin koordinasyonundan Kalkınma Bakanlığı sorumludur."

Öncelikli dönüşüm programlarından kamu harcamalarının rasyonelleştirilmesi programının 6. Bileşeni Sağlık Harcamalarının Etkinleştirilmesini içermekte ve bu kapsamda, "akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, kademeli bir şekilde sevk zinciri uygulamasına geçilmesi, sağlık teminat paketlerinin gözden geçirilmesi ve koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi" ni kapsamaktadır.

Sağlıklı yaşam ve hareketlilik programında ise sağlığın tanımından yola çıkarak "Sağlık, herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması; beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Sağlıklı yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların risk faktörleriyle mücadele önem arz etmektedir. Sağlıklı ve kaliteli yaşam bireylerin refah ve mutluluğunu artırmada temel bir unsurdur." şeklinde amacı ve kapsamı belirlenmiştir.

"Bu programla sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenilirliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi" amaçlanmaktadır.

" Program Hedefleri: Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranının azaltılması, 19 yaş ve üstü obez nüfus oranının yüzde 24'e indirilmesi, 15 yaş ve üzeri nüfusta yeterli fiziksel aktivite yapanların oranının yüzde 62'ye çıkarılması (yaşa standardize), Erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün mamulü kullanma oranının yüzde 19'a düşürülmesi , 5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranının yüzde 7,5'e indirilmesi olarak belirlenmiştir."

Performans göstergelerinde de "bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranı, obez nüfus oranı, 15 yaş ve üzeri nüfusta yetersiz fiziksel aktivite yapanların oranı, erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün mamulü kullanma oranı, 5 yaş altı çocuklarda bodurluk yüzdesi" olarak belirlenmiştir.

Program Bileşenleri olarak;

" 1. Bileşen gıda güvenilirliğinin artırılması olarak belirlenmiş ve;

• Sağlık ve hijyen koşulları dikkate alınarak güvenilir gıda üretim ve tüketimi için toplumun bilimsel verilere dayalı olarak bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi

• Gıda ve yem kontrol hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, mevzuatın uluslararası gelişmeler dikkate alınarak sürekli güncellenmesi

• Gıda denetim ve kontrol altyapısının geliştirilmesi

• Güvenilir gıda üretim ve tüketimi için gıda etiketleme, izlenebilirlik ve ürün takip sisteminin geliştirilmesi

2. Bileşen olarak sağlıklı ve dengeli beslenme düzeyinin artırılması olarak alınmış ve;

• Başta obezite ve kronik hastalık riski olan çocuklar olmak üzere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden faaliyetlerin düzenlenmesi

• Toplumda sağlıklı ve dengeli beslenme amacıyla bilinçlendirme ve davranış değişikliği

programlarının geliştirilmesi

- Obezite ve kronik hastalık riski olan bireylerin takibi için izlem ve tedavi standartlarının geliştirilmesi

- Gıda güvenilirliği ve besin kalitesinin artırılması ile şeker, yağ ve tuz içeriğinin azaltılmasına yönelik sektörler arası eşgüdüm ve işbirliğinin güçlendirilmesi

3. Bileşen olarak tütün kullanımı ile alkol ve madde bağımlılığının azaltılması alınmış ve;

- Tütün kullanımı ile alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında programlar ve kampanyalar düzenlenmesiyle denetimlerin etkinleştirilmesi

- Tütün kullanımıyla ilgili kapalı mekân yasaklarının etkin bir şekilde uygulanması

4. Bileşen olarak kanser, kalp ve damar ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve risk faktörlerinin azaltılması olarak

- Bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi, izlem ve yönetim için sürveyans sisteminin kurulması

- Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik eğitim ve araştırma kapasitesinin artırılması

5. Bileşen olarak ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi olarak

- Bireylerin ruh sağlığını geliştirmeye yönelik programların oluşturulması

- Toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi

- İntihar girişimlerinin önlenmesi için farkındalık oluşturacak eğitim ve destek programlarının düzenlenmesi

6. Bileşen olarak spor yapma alışkanlığının ve hareketliliğin teşviki olarak

- Yaşam mekânlarının spor yapmayı ve hareketliliği sağlayacak şekilde tasarlanması

- Kamuya ait spor tesislerinin etkin kullanımının sağlanması ve herkesin kullanımına açılması

- Spor alanlarının, parkların, yürüyüş ve bisiklet parkurlarının geliştirilmesi

- Toplumda spor yapma kültür ve bilincinin geliştirilmesi

- Okullarda yapılan sportif etkinliklerin çeşitlendirilerek artırılması

Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Gençlik ve Spor Bakanlığı ile planlama yapmışlardır (67)."

2.4.2. Çalışmaya Konu Olan Sağlık Göstergeleri ve Önemi

Sağlık göstergeleri toplumların sağlık düzeylerini değerlendirmek için kullanılan en önemli araçtır. Tanımlanmış bir popülasyonun sağlık durumunu yansıtan veya gösteren bir ölçüdür. Sağlık göstergeleri, nüfusun sağlığını tanımlamak ve farklı özelliklere göre sağlıktaki değişimi belirlemek, sağlık sorunlarının zaman içinde değişimini değerlendirmek, ülkeler ve bölgeler arasında karşılaştırmalar yapmak ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Yönetilmesi son derece zor ve karmaşık bir alan olan sağlık sektöründe sağlık

göstergeleri, doğru kararlar vermek, sistemi daha ileriye taşımak, mümkün olduğunca az hata yapmak ve mevcut durumu doğru analiz etmek için son derece önemlidir (68).

Sağlık göstergeleri, nüfusun sağlığını veya sağlık sisteminin performansını ortaya çıkarmak için geliştirilmiş bir ölçüdür. Sağlık göstergeleri, farklı coğrafî, kurumsal veya idari sınırlar arasında karşılaştırılabilir ve uygulanabilir bilgiler sağlar ve/veya zaman içindeki ilerlemenin izlenmesini sağlar. Ülke genelinde sağlık sisteminin performansını yönetmek için ortak bir yaklaşım sağlayan sağlık sistemi, yerel yönetimlerin halk sağlığını izleyerek sistemin nasıl çalıştığını göstermesi açısından önemlidir (69,70).

Sağlık göstergeleri, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilgili olup, karar mercilerine bilimsel veriler sağlamakta, böylece kararların bilimsel bir temele sahip olmasını sağlamaktadır. Bu göstergelere ilişkin verilerin bilimsel yöntemlerle toplanması sayesinde ülke içerisinde ve ülkeler arası karşılaştırma yaparak sağlık politikalarının belirlenmesinde, kaynak tahsisinde, kaynakların planlanmasında kritik öneme sahiptir. (69,71).

DSÖ, "Küresel Referans Listesi: 100 Temel Sağlık Göstergesi" başlıklı çalışmada sağlık göstergelerini Sağlık Durumu, Risk Faktörleri, Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Sistemleri olmak üzere dört başlık altında ele almıştır. "Sağlık Durumu, doğumda beklenen yaşam süresi ve anne-bebek ölüm hızı; "Risk Faktörleri" beslenme, çevresel ve davranışsal faktörleri, yaralanma ve şiddeti; "Sağlık Hizmetlerine Erişim" üreme, bağışıklık sistemi, HIV, sıtma, salgın hastalıklar ve ruh sağlığı için (ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere) sağlık hizmetlerine erişim anlamına gelir; "Sağlık Sistemleri" ise doktor ve hastane sayısı, doktor başına düşen hasta sayısı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kapasitesi gibi belirleyicileri ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), "Küresel Referans Listesi: 100 Temel Sağlık Göstergesi" adlı çalışmada sağlık göstergelerini "Sağlık Statüsü", "Risk Faktörleri", "Sağlık Hizmetlerine Erişim" ve "Sağlık Sistemleri" olmak üzere dört başlık altında değerlendirmiştir. . "Sağlık Statüsü, doğumda beklenen yaşam süresi

ve anne-bebek ölüm oranını," "Risk Faktörleri beslenme, çevresel ve davranışsal faktörleri, yaralanma ve şiddet olaylarını", "Sağlık Hizmetlerine Erişim, üreme, bağışıklık sistemi, HIV, sıtma, salgın hastalıklar ve zihinsel sağlık için ve sağlık hizmetlerine erişebilmeyi", "Sağlık Sistemleri ise doktor ve hastane sayısı, doktor başına hasta sayısı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kapasitesi" gibi belirleyicilerini ifade etmektedir (69).

Sağlık dışsallık özelliği ile tüm toplumu ciddi şekilde ilgilendirdiğinden sadece bireysel olarak ele alınmamaktadır. Sağlıklı bireylerden oluşan toplumun diğer alanlarda da gelişmesi arasında sıkı bağlar vardır. Gelişmiş toplumları değerlendirdiğimizde, sağlık düzeylerinin de iyi olduğu görülecektir(68).

Sağlık göstergeleri, popülasyonların sağlığını tanımlamak için destekleyici kanıtlar kullanarak ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından açıklanan ölçülebilir değerlerdir. Hükümetler tarafından sağlık politikası belirlenirken en çok kullanılan araçlardan biridir ve sağlık göstergeleri sıklıkla ve genellikle insanların ve toplumun sağlık durumunu ölçmek için kullanılmaktadır.

Sağlık göstergeleri; Mortalite (ölüm), hastalık, sağlık durumu, sakatlık, beslenme, sosyal ve zihinsel göstergeler ve sağlık sistemi göstergeleri olarak başlıklara ayrılabilir.

- Mortalite göstergeleri; "kaba ölüm hızı", "bebek ölüm hızı", "beş yaş altı ölüm hızı", "anne ölüm hızı", orantılı ölüm hızı, ölüm oranı göstergelerini kapsamaktadır.

- Hastalık göstergeleri; "hastalıkların prevelansı, insidansı" ve "diğer hastalık göstergeleri"ni kapsamaktadır.

- Sağlık statüsü göstergeleri; çeşitli rahatsızlıkların daha çok toplumda görülme sıklığı ile ifade edilir. "Obezite", "diyabet", "kanser hastalıkları", astım, depresyon, sağlık statüsü göstergeleri içinde en sık kullanılanlardır.

- Bir diğer sağlık göstergesi ise engellilik göstergeleridir. Bunlar "engelliğe uyarlanmış yaşam yılı olan DALY" ve diğer göstergeler olarak iki grupta toplanabilir.

- Sağlık göstergelerinden bir diğeri olan "beslenme" göstergeleri ise "düşük ağırlıklı doğum oranı", anemi yaygınlığı ve "aşırı kilolu" bireyleri oranı gibi çeşitli göstergelerden oluşmaktadır.

- Sosyal ve mental sağlık göstergeleri ise "alkol kullanımı" ile ilgili göstergeleri ve yaralanma oranlarını içermektedir.

- Son olarak sağlık göstergelerinden sağlık sistemi göstergeleri ise "sağlık hizmetinin kullanımı" ile ilgili göstergeler ve "sağlık hizmet sistemi" ile ilgili göstergeler oluşmaktadır.

Sağlık insan hayatı ile doğrudan ilgili bir sektör olduğu için hataların kabul edilmediği bir alandır. Sağlık sistemlerinin temel amacı, istenilen sağlık hizmetini doğru, en uygun maliyetli, kaliteli, doğru yer ve zamanda sağlayacak bir yapı oluşturmaktır. Sağlık göstergeleri bu noktada mevcut durumun belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Sağlık sisteminde karar vericilerin mevcut durumu ölçen göstergeleri dikkate almadan aldıkları kararlar bilimsel olmaktan uzak olacaktır. Ölçülemeyen bir şeyin yönetilmesi de çok zordur. Bu nedenle sağlık göstergeleri, sağlık sisteminin durumu hakkında ölçülebilir somut veriler sağladığından son derece önemlidir (68).

Sağlık göstergesi, bir toplumda yaşayan insanların sağlık durumunu yansıtmak için doğrudan ölçülebilen bir değişkendir. DSÖ, her yıl 50 sağlık göstergesine ilişkin en son verileri sağlar. Sağlık göstergeleri, daha geniş bir sosyal gelişme endeksinin hesaplanmasında bileşenler olarak da kullanılabilir. En iyi örnek, ülkelerin her yıl ekonomik kalkınma, okuryazarlık, eğitim ve yaşam beklentisinin bir kombinasyonuna göre sıralandığı İnsani Gelişim Endeksi'dir (31).

Aşağıda çalışmaya konu olan sağlık göstergeleri kendi kategorilerinde gruplar halinde açıklanmıştır.

2.4.2.1. Bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve Anne ölüm oranı

Sağlık göstergeleri içinde mortalite göstergeleri olarak da tanımlanan bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı özellikle bir ülkenin kalkınmışlığını ve gelişmişliğini gösteren ve İGE' de doğumda yaşam beklentisini etkileyen en önemli göstergelerdir.

Bebek Ölüm Hızı (BÖH) ,canlı doğum olayı gerçekleşikten sonraki bir yıl içerisinde meydana gelen ölümlerdir. Diğer bir ifade ile "bir yaşını tamamlamadan meydana gelen ölümlerdir" (72). "Bir toplumda bir yılda canlı doğup ve bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir" (73).

5 Yaş Altı Ölüm Hızı (5YAÖH), doğumdan itibaren ilk beş yıl içinde ölme olasılığına denir. Yani bir çocuğun 5 yaşına ulaşmadan önce ölmesi olasılığıdır (74). "Bir toplumda bir yılda beş yaşını tamamlamadan ölen çocuk sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir" (75).

Bebek ölüm hızı, yaşamın erken dönemlerinde hem doğum öncesi hem de doğum sonrası ölümlerin boyutunu belirleyen önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Anne ve çocuk sağlığının durumunu, en sık ölüm nedenlerini ve meydana geldiği dönemi belirlemek için çeşitli kriterler geliştirilmiştir. Bebek ölüm hızı, bir toplumun genel sağlık düzeyinin, özellikle çocuk sağlığı düzeyinin belirlenmesinde ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin değerlendirilmesinde kullanılan en anlamlı ve önemli ölçütlerden biridir.

Bir popülasyondaki toplam bebek ölüm hızı, erken yenidoğan ölüm hızı, geç yenidoğan ölüm hızı ve yenidoğan sonrası ölüm hızının toplamına eşittir. Karar vericilerin toplam bebek ölüm hızından çok erken, geç ve yenidoğan sonrası ölüm hızlarına bakarak karar vermeleri daha önemlidir. Bir toplumda yenidoğan ölüm oranları yüksekse anne sağlığı düzeyi ve doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın yeterliliği sorgulanmalıdır. Yenidoğan sonrası bebek ölüm oranları yüksekse, bu genellikle kötü çevre koşullarının çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklanmaktadır. Çevresel koşullara yapılacak doğru müdahaleler bu ölümleri ciddi anlamda azaltabilir (68).

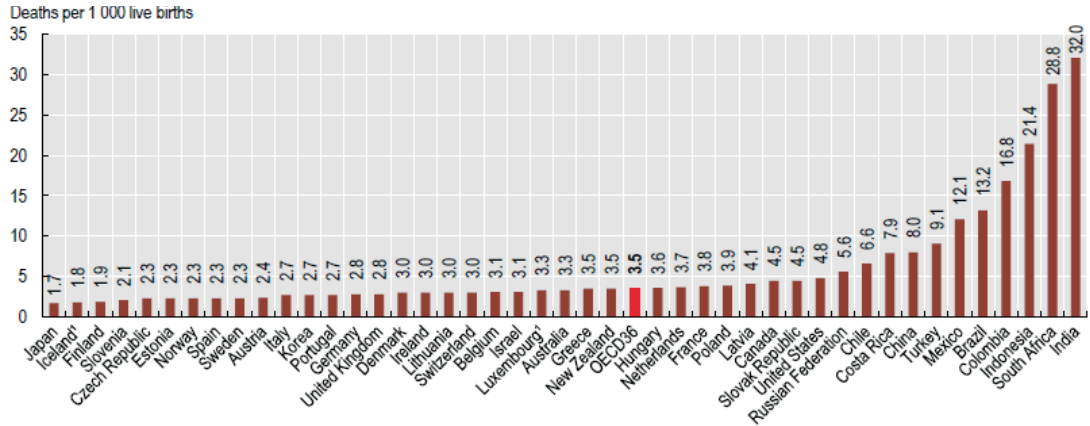
2010 yılında dünyada 5,4 milyon bebek bir yaşına gelmeden öldü. Beş yaş altı ölümlere bakıldığında ise sayı 7,6 milyona çıkıyor. Bu ölümlerin çoğu az gelişmiş ülkelerde meydana geldi ve nedeni çoğunlukla önlenabilir ve tedavi

edilebilir hastalıklardı. Beş yaş altı ölümlerin %70'i yaşamın ilk yılında meydana gelmektedir. Bebek ölümleri içinde yenidoğan ölümleri artan bir oran göstermekte ve çocuk ölümleri içindeki payı 1990'larda %10 iken 2010'da %40'a ulaşmaktadır.

Ülkelerin bebek ölümleri sıralamasında Angola (binde 174.9), Afganistan (binde 149.20) ve Nijer (binde 112,2) ilk üç sırada yer alırken, Monako binde 1,79 ile en iyi durumda olan ülke olarak görülüyor. Almanya, Finlandiya, Fransa, Japonya gibi gelişmiş ülkelerde bebek ölümleri binde 4'e ulaşmamaktadır.

OECD'nin 2019 yılı içerisinde yayınlamış olduğu raporunda son olarak 2017 (veya en yakın yıl) yılı verilerine yer verilmiştir. Şekil 1'de 2017 verilerine göre OECD-36 ülkesinde bebek ölüm oranı ortalaması 3,5 iken, Türkiye'de bu oran 9,1 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran, ortalamanın oldukça üzerindedir. Bebek ölüm oranları çoğu OECD ülkesinde, Meksika, Türkiye ve Şili hariç tüm ülkelerde 1000 canlı doğumda beşten azdır (76).

Şekil 1: OECD üyesi ülkeler bebek ölüm hızı, 2017 (veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD Üyesi Ülkeler Bebek Ölüm Hızı 2017 (Health at a Glance, OECD Indicators 2019)

Yapılan araştırmalar bu ölümlerin yıllar içinde oldukça azaldığını ancak bu azalmanın dünyanın her ülkesinde olmadığını göstermektedir. Çocuk ölümlerinin sadece % 1'i yüksek gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'nın toplam bebek ve çocuk ölümlerindeki payı yıllar içinde hala artmıştır. 1970'lerde ölen çocukların % 55'i bu bölgelerden gelirken, 2010 yılında bu oran % 82'ye yükselmiştir.

Bebek ölümleri, birey, anne, hane, toplum ve çevre ile ilgili faktörlerin birleşimidir ve halk sağlığı ve refahının hassas bir göstergesidir. 2000 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedeflerinden biri çocuk ölümlerini azaltmaktır. Bu hedef doğrultusunda 2015 yılına kadar 1990 seviyesinin 1/3'üne düşürülmesi hedeflenmiş ve bu hedefi takip etmek için belirlenen kriterler; beş yaş altı ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve kızamık aşısı olan çocuk oranı olmuştur.

Bir bebeğin ölüm riskini artıran etkenler o ülkedeki sosyo-ekonomik dinamikler, kültürel yapı, kamu imkânları, imkansızlıklar ve eşitsizlikler bağlamında görülmektedir. Araştırmalar, birçok ülkede sosyoekonomik durum ile bebek ölümleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki yoksulluk bebek ölüm hızında dört kata kadar farklılık yaratmaktadır. Yoksulluğun olumsuz etkisi anne karnından itibaren başlamaktadır. Annenin ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kötü ve yetersiz beslenme, sağlık hizmetlerinden düşük düzeyde yararlanma etkili olmaktadır. Çocuk ve bebek ölümleri, toplumda temel ihtiyaçların karşılanamaması sonucu meydana gelmektedir. Gelir, eğitim ve fırsatlarda derin eşitsizliklerin olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde de önemli eşitsizlikler var. Türkiye, ekonomik düzeyine göre OECD ülkeleri sıralamasında yüksek düzeyde bebek ve çocuk ölüm oranı göstermektedir (77).

Binyıl Kalkınma Hedeflerinin amacı çocuk ölümlerini azaltmaktır. Bebek ve çocuk ölüm oranlarını azaltmada çeşitli faktörler vardır. Bunlardan ilki, sağlık alanında yetişmiş sağlık personeli ile yapılması, bebek ve anne sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, çocukların aşılarının zamanında eksiksiz yapılması, kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi vb. önlem olarak alınmasıdır. Sağlık Bakanlığı da hedeflere ulaşmak için çalışmalar yürütmektedir (78).

Bebek ölüm hızının büyüklüğü, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) ülkelerin gelişmişlik sıralamasında kullandığı beş yaş altı ölüm hızının temel belirleyicisidir. Doğuşta beklenen yaşam süresinin hesaplanmasında ülkenin anne ve çocuk sağlığı düzeyi son derece önemli bir göstergedir.

Ülke kalkınmasında son derece önemli bir gösterge olan bebek ölüm hızının, anne ve çocuk sağlığı düzeyinin hesaplanması uluslararası tanımlanmış standartlara göre hesaplanması ve ülkede yapılacak doğru sağlık müdahalelerinin planlanması, değerlendirilmesi oldukça önemlidir, Ancak ülkemizde BÖH için, ulusal ve uluslararası kaynaklarda benzer yıllar için birbirinden çok farklı değerler verilmektedir (79).

UNDP Türkiye'nin Binyıl Kalkınma Hedefleri'ndeki 4. hedefi olan çocuk ölümlerini azaltılmasında dünyadaki son durumu, 2012 yılında dünyada beş yaş altı çocuk ölümlerinin 1000 canlı doğumda 90 ölümden 48'e düştüğü, bu oranın da 1990'dakinin neredeyse yarısı olduğunu belirtmektedir. Türkiye'de son durum olarak ise, son on üç yılda ölümlerde önemli ölçüde bir düşüş yaşanmış olsa da Türkiye'de de 5 yaş altı ölüm oranları ve bebek ölümleri diğer Avrupa ülkelerine kıyasla yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Beş yaş altı ölüm hızındaki azalış eğilimi dikkate alındığında 2015 yılı öncesinde yaklaşık 1.000 canlı doğumda 20 seviyesine düşeceği tahmin edilmekte olduğu ifade edilmiştir. TÜİK verilerine göre, Türkiye'de 2009 yılında 17 bin 388 bebek bir yaşına gelmeden öldüğü, 2012 yılında ise bu sayının 14 bin 845 olduğu belirtilmektedir.

Küresel boyutta, kızamık önlenabilir hastalıklar arasında çocuk ölümlerinin başında geldiği, Kızamıkla mücadelede Türkiye önemli başarılar kaydettiği ifade edilmiştir. Türkiye'de şu an aşılama ve daha iyi sağlık hizmetleriyle ilgili çeşitli projeler ve kampanyalar sürdürülmektedir (80).

TNSA verilerine göre 1993 yılında 1.000 canlı doğumda 60,9 olan beş yaş altı ölüm hızı 2008 yılında 23,9'a düşmüştür. Beş yaş altı ölüm hızı özellikle son 5 yılda önemli ölçüde iyileşmiş ve yüzde 35 azalmıştır. Bu veriler dikkate alındığında 2015 yılında 1.000 canlı doğumda 20 düzeyine düşeceği tahmin edilmektedir. Eğitimli sağlık personeli tarafından doğum yaptırılması, doğum öncesi bakım, annelerin eğitim ve refah düzeyinin yükseltilmesi gibi faktörler ailenin çocuk ölüm oranlarının azalmasında önemli etkileri vardır (78).

"Dünya Bankası verilerinin BM Kurumlararası Çocuk Ölüm Oranları Tahmin Grubu (UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation) tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Bu grubun, UNICEF, DSÖ, Dünya Bankası ve BM Ekonomik ve Sosyal İşler Nüfus Bölgeleri Departmanı (Department of Economic and Social Affairs /DESA Population Division) verilerinden faydalandığı belirtilmiştir" (81).

Anne ölüm hızı, bir yıl içinde gebelik nedeniyle ölen anne sayısının aynı toplumda aynı yıl içinde canlı doğan bebek sayısına oranının 100.000 ile çarpılmasıyla elde edilir (82). Anne ölüm oranı, çocuk doğurma, gebelik komplikasyonları veya doğumla ilgili nedenlerle annelerin karşı karşıya olduğu ölüm riskine atıfta bulunmaktadır (74).

Bazı kaynaklarda hız olarak ifade edilse de gerçekte hesaplanan anne ölüm oranıdır. Hız olarak tanımlanabilmesi için paydada tüm gebeliklerin olması gerekirken daha güvenilir kayıtlara dayanması ve standart olması amacıyla paydada canlı doğum sayısı kullanılmaktadır. Ölüm nedenlerinin saptanmasında Uluslararası Hastalık Kodlarının (UHD-10) kullanıldığı ve veri kaynağı olarak hastaneden alınan kayıtlar, aile sağlığı merkezleri kayıtları, belediye tabiplikleri ve diğer sağlık kuruluşlarının kayıtlarından yararlanıldığı 2013 yılı SB İstatistik Yıllığı'nda belirtilmiştir (81).

"Bir toplumda ana sağlığı düzeyini belirleyen ve bu konudaki hizmetlerin yeterli olup olmadığını gösteren en önemli ölçüttür" (68). Anne ölümleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren çok boyutlu bir göstergedir. Bu göstergelerden yola çıkılarak, sağlık hizmetlerinin durumu hakkında bilgi sahibi olunabilir. Gebelik, doğum ve lohusalık esnasında meydana gelen komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında en sık görülen ölüm nedenlerindendir. Anne ölümleri, gebelik boyunca, doğum esnasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık hizmetlerinin niteliği ile beslenme, yoksulluk, eğitim ve toplumsal cinsiyet eşitliği gibi birçok etkeni barındırmaktadır. Bu nedenle anne ölümlerinin seviyesi çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kabul edilmektedir. Uluslararası kuruluşlar tarafından dikkate alınan göstergeler arasında en yaygın olarak kullanılanı anne ölüm oranıdır (83).

Anne sağlığının iyileştirilmesi, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri raporunda öncelikli hedefler arasında yer almaktadır. Rapora göre, anne ölümlerinin büyük oranda azaltılması hedeflenerek bazı göstergeler belirlenmiştir. Bu göstergelerden bazıları; anne ölüm hızları, eğitimli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğum oranları ve gebeliği önleyici yöntem kullanımıdır (84).

Anne sağlığı ve anne ölümleri sadece bir ülkenin sağlık göstergeleri olmayıp, o ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren bir ölçüttür. Anne ölümleri, sağlıklı bir rahim, gebelik boyunca kontrollü bakım ve beslenme, annenin sağlıklı bir bebek dünyaya getirebilmesi için önceki yaşam standardı ve kronik hastalıklar gibi durumları içeren göstergeleri kapsar. Bu göstergeler de bize, gebelik ve doğum sırasındaki ölüm oranlarına bakılarak o ülkenin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmet düzeylerine, doğum, sonrası ve kronik hastalığı olan anne ölümlülüğüne bakılarak da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet düzeyleri hakkında fikir verebilir.

Yüksek doğurganlık, yetersiz doğum öncesi bakım, beslenme, sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ve kadının düşük statüsü anne ölümlerini artıran tıbbi nedenler arasındadır. BKH, anne sağlığını iyileştirme amacını 2 amaç altında toplamıştır. Anne ölümlerinin üçte dört oranında azaltılması ve üreme sağlığının iyileştirilmesi (78).

Binyılın Kalkınma Hedefleri; insani kalkınmayı hedefleyerek kadının durumunun güçlendirilmesi, anne sağlığı, çocuk ölümleri ve kalkınma için küresel ortaklık konularını da kapsamına almıştır. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu tüm katılımcılar bu hedeflerin çoğunluğu üzerinde anlaşmışlardır. Tüm ülkelerin 2015 yılı sonuna kadar BKH göstergeleri doğrultusunda gerekli çalışmalarını yaparak hedeflerin başarıya ulaşması gerektiği ifade edilmiştir.

UNDP Türkiye BKH'nde anne sağlığını iyileştirmek olan 5. hedef için dünyada son durum, anne ölüm oranının 1990 ve 2013 yılları arasında yüzde 45

düştüğü, ancak bu düşüş hala BKH için yeterli olmadığı, hedefin 2015'e kadar anne ölümü oranını dörtte üç azaltmak olduğu ifade edilmiştir.

2005- 2014 yılları arasında Türkiye anne ölüm oranını önemli ölçüde azaltarak ilerleme kaydetmiştir. Ancak bu ilerleme Türkiye'nin 2015 yılı hedeflerine ulaşmasının 2011 yılından sonraki göstergelerde zorlaştığını göstermektedir. Türkiye'nin ulusal politikalarının da BKH ile aynı doğrultuda olduğu görülmektedir. İlk defa 9. Kalkınma Planında Binyıl Kalkınma Hedeflerinin dikkate alınmış ve raporu hazırlanmıştır. Önümüzdeki yıllarda da BKH ülkemizin kalkınmasında belirleyici rol oynayacağı beklenmektedir. (78).

Anne ölümlerinin çoğu engellenebilir olduğu, günümüzde komplikasyonların tedavi edilmesi ve önlenmesi için yeterli sağlık hizmetleri çözümleri bulunduğu şeklinde açıklanmıştır. "Aile planlaması ve özellikle kırılğan toplumlarda üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve hizmetlere erişimin sağlanmasını da içeren yetkin doğum öncesi bakım ve etkili müdahalelere herkesin erişimi için ortak bir çaba sarf edilmesi" gerektiği ifade edilmiştir.

Etkili önleme yöntemlerinin kullanımının artırılması, her bebeğin nitelikli bir sağlık çalışanının desteğiyle dünyaya gelmesinin sağlanması ve anne sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanması anne morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında kritik stratejilerdir. Hamilelik sırasında verilen sağlık hizmetleri, hamilelik ve doğum sırasında oluşabilecek komplikasyonları önleyebilir, tespit edebilir veya öngörülebilir hale getirebilir. Bu alanlarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, kentsel ve kırsal alanlar arasında hala büyük farklılıkların olduğu ifade edilmiştir.

Türkiye'de 100.000 canlı doğumda anne ölüm hızı 2000 yılında yüzde 39,2 iken 2017 yılında yüzde 11,4 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de anne ölümlerinin büyük çoğunluğu doğum sırasında gerçekleşmektedir. Aslında, tüm anne ölümlerinin yarısı doğum sırasında, dörtte biri ise doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir. Türkiye'de yüksek doğurganlık, yetersiz doğum öncesi bakım ve beslenme, sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ve kadının düşük statüsünün Türkiye'de anne ölümlerini artıran tıbbi nedenler arasında olduğu belirtilmektedir (80).

2.4.2.2.Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Doğumda yaşam beklentisi, bir nüfusun sağlık durumuna ilişkin diğer bir özet ölçümdür. Mevcut mortalite hızlarının devam etmesi durumunda, belirli bir yaştaki bireyin yaşamasının beklendiği ortalama yıl sayısı olarak tanımlanır (74).

Yaşam beklentisi, nüfusun genel sağlık durumunu ölçmek için kullanılan sağlık ve toplum refahının en önemli göstergelerinden biridir. Belirli bir zaman diliminde belirli bir popülasyonun genel ölüm düzeyinin tanımlanabilir bir ölçüsüdür. Yaşam beklentisi, yaşa özel yaşam beklentisi veya bir kişinin belirli bir yaşa ulaştığında yaşayacağı ortalama yıl sayısı olarak tanımlanabilir. Herhangi bir yaşta ölme olasılığının anlaşılması kolay bir ölçüsünü sağlar. Ülkeler arasında sağlık düzeylerini karşılaştırmak için sıklıkla kullanılan bir ölçüdür.

En çok kullanılan yaşam beklentisi ölçüleri; "doğuşta beklenen yaşam süresi, 5 yaşına girenlerde beklenen yaşam süresi ve 65 yaşta beklenen yaşam süresidir". "Doğuşta beklenen yaşam süresi, belirli bir yılda doğan kişinin ortalama kaç yıl yaşayacağını göstermektedir".

Daha genç yaş gruplarında meydana gelen ölümlerin etkisini vurgulayan demografik bir endekstir. 5 yaşındaki bir çocuğun yaşam beklentisi, 5 yaşındaki bir çocuğun kaç yıl yaşayacağını gösterir. 0-4 yaş grubundaki ölümlerin yüksek olması nedeniyle 5 yaşında yaşam beklentisi önemli bir gösterge olabilir. 65 yaşında beklenen yaşam süresi, 65 yaşına giren bir kişinin kaç yıl yaşayacağını gösterir. Gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin çoğu bu yaştan meydana geldiğinden, sağlığın iyi olduğunun bir göstergesidir.

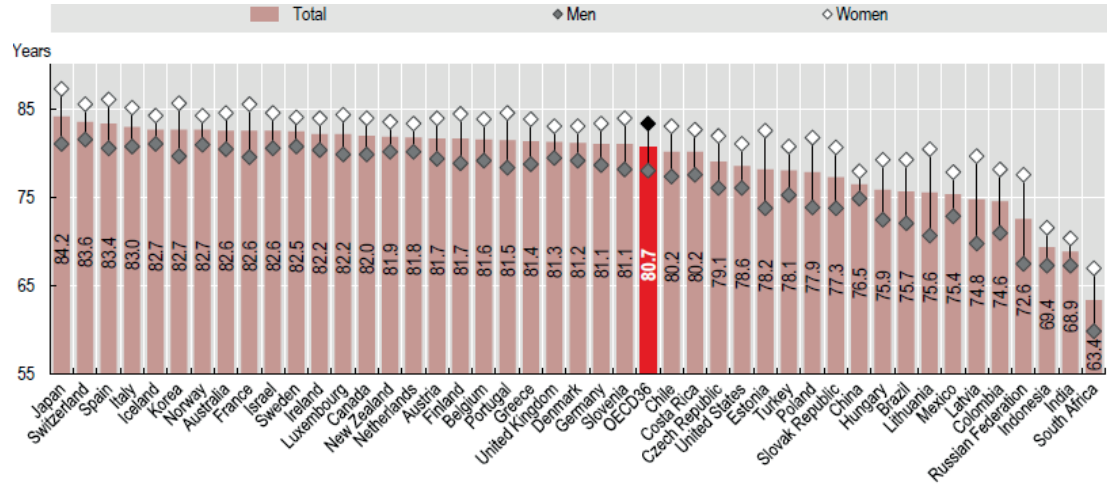
Yaşam beklentisi tahminleri, bir ülkenin ekonomik ve sosyal gelişmişliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Yaşam beklentisi düzeyini etkileyen birçok değişkenin yanı sıra araştırma sonuçları; kadınların yaşam beklentisinin erkeklere göre daha uzun olduğunu, erkeklerin yıllara göre yaşam beklentisi artış oranının kadınlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca son iki yüz yılda tüm dünyada hem erkeklerde hem de kadınlarda ortalama yaşam süresinin yaklaşık 2,5

kat arttığı gözlemlenmiştir. Bu durum yaşlı nüfus sayısında artışa, ekonomik çıktıda ve nüfus büyüklüğünde artışa neden olmaktadır. Bu sonuçların bilinmesi, hem insan hem de sosyal davranışlar ve politika yapıcılar üzerinde önemli etkilere sahiptir. Doğurganlık davranışlarını, ekonomik büyümeyi ve beşeri sermaye yatırımlarını tahmin etmek, sosyal güvenlik kurumlarının yaşa dayalı hak programlarını, aile planlaması hizmetlerini ve emekliliği etkileyen kamu politikalarının planlanması, farklı tedavi yöntemleri için yaşam beklentisinin karşılaştırılması ve sağlık kaynaklarının planlanması bu etkiler arasındadır. (85).

Uzun, kaliteli ve sağlıklı bir yaşam tüm bireylerin temel amacıdır ve bu da insani gelişimin temelini oluşturmaktadır. Ülkeler açısından da ortalama yaşam süresi, önemli ekonomik ve sosyal göstergelerinden biridir. Sağlık alanındaki olumlu gelişmeler, tüm dünyada doğumda beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Daha iyi beslenme, sağlık koşullarının iyileşmesi, tıp teknolojisindeki ve sağlık altyapısındaki olumlu gelişmeler başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere ortalama insan ömrünün uzamasını sağlamaktadır. (86).

Şekil 2'de OECD üyesi ülkelerde insani gelişimin diğer önemli göstergelerinden biri olan doğuşta beklenen yaşam süresi görülmektedir. 2017 verilerine göre OECD üyesi ülkelerde doğuşta ortalama yaşam süresi 80,7 yıl olarak hesaplandı. Türkiye ise yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar sonucunda doğuşta beklenen yaşam süresini 78,1 yıla çıkarmıştır. Bu rakam ilk bakışta OECD üyesi ülkelerin gerisinde gibi görünebilir. Ancak, son yıllardaki olumlu gelişmeler ve doğru politikalar sayesinde Türkiye'nin yaşam beklentisi artış hızı, OECD üyesi ülkeler arasındaki ortalama yaşam süresi artış hızının üzerindedir (76).

Şekil 2 : Doğumda beklenen yaşam süresi, 2017 (veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2019.

Son yıllarda kazanımlar yavaşlamış olmasına rağmen, son birkaç on yılda tüm OECD ülkelerinde yaşam beklentisi artmıştır. 1970 yılından itibaren 10 yaş üstü daha artmıştır. Japonya, İsviçre ve İspanya, doğumda yaşam beklentisinin 80 yılını geçtiği 26 OECD ülkesinin büyük bir grubuna liderlik etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve bir dizi Orta ve Doğu Avrupa ülkesi de dahil olmak üzere ikinci bir grup, 77 ila 80 arasında bir yaşam beklentisine sahiptir. Letonya, Meksika, Litvanya ve Macaristan, 2017'de 76 yıldan daha az olan en düşük yaşam beklentisine sahiptir. OECD ülkeleri arasında, Türkiye, Kore ve Şili, sırasıyla 24, 20 ve 18 yaş arası artışlarla 1970'den beri en büyük kazanım elde etmiştir (76).

Daha erişilebilir ve daha kaliteli özen göstererek daha güçlü sağlık sistemleri bu kazanımlara katkıda bulunmaktadır. Sağlık konusunun daha geniş belirleyicileri de özellikle artan gelirler, daha iyi eğitim ve iyileştirilmiş yaşam ortamlarıdır. Sağlık sisteminin içindeki ve ötesinde politikalardan etkilenen daha sağlıklı yaşam tarzları, büyük bir etkiye sahiptir (76).

Obezite ve diyabetin yükselen seviyeleri, nüfusun yaşlanması, ülkelerin yaşam süresinin uzamasını önceki hızda sürdürmelerini zorlaştırmaktadır (76).

Daha yüksek ulusal gelir genellikle, özellikle daha düşük gelir seviyeleri olan ülkelerde ulusal gelirin artması ile ömrün de daha çok uzaması ile yakından ilişkilidir (76).

2.4.2.3. Kişi Başı GSYİH (Dolar)

UNDP, daha önce de bahsedildiği gibi "bir ülkenin insani gelişme düzeyinin belirleyicilerinden bir tanesinin kişi başına gelir" olduğunu vurgulamaktadır. Tüm OECD ülkelerinde, daha düşük gelirli kişiler, daha yüksek gelirli kişilerle karşılaştırıldığında, sağlıkları konusunda genellikle daha kötü durumdadırlar (76).

Kişi başı GSMG, bir ülkenin GSMG'nin, o ülkenin nüfusuna bölünmesi ile elde edilen değerdir (46). GSYİH, belirli bir zaman zarfında, bir ülkenin coğrafi sınırları içinde üretilen nihai ürün ve hizmetlerin parasal değeridir (81). Kişi başı GSYİH ise cari fiyatlarla tahmin edilen gayrisafi yurtiçi hasıla büyüklüğünün yıl ortası nüfus tahminine bölünmesi ile Türk Lirası olarak elde edilir. Hesaplanan bu değer ortalama Amerikan Doları kuruna bölünmesi ile dolar değeriyle kişi başına gayrisafi yurtiçi hasılaya ulaşılmaktadır (87).

Bir ülkenin GSMH'sı, o ülkenin nüfusuna bölündüğü zaman, kişi başına düşen GSMH bulunur. Aynı şekilde, bir ülkenin gayri safi yurt içi hasılası (GSYİH) o ülkenin nüfusuna bölündüğü zaman ise, kişi başına düşen GSYİH elde edilir (88).

DSÖ verilerine göre, Türkiye'de kişi başına gelir 2000 yılında 4.189 dolardı (AB ortalaması 17.463); 2011'de 10,542 dolardı (AB ortalaması 34.758 dolar) (89).

Bir ekonomide belli bir dönemde üretilen mal ve hizmetlerin toplam değeri GSYİH olarak tanımlanmaktadır. Bu makroekonomik gösterge, iktisadi faaliyetin en geniş ölçüsüdür. GSYİH'yi ölçmek için birkaç farklı yöntem mevcuttur. Bunlardan başlıcaları: Üretim yöntemi, harcama yöntemi ve gelir yöntemi olarak sıralanabilir. Tüketim harcamaları çoğu ülke için GSYİH'nin en geniş ögesi olmaktadır. Devlet harcamaları ya da hükümet satın alımları, cari dönem içerisinde üretilmiş mal ve hizmetleri satın almak amacıyla hükümet tarafından yapılan harcamalardır (90).

2.4.2.4. Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)

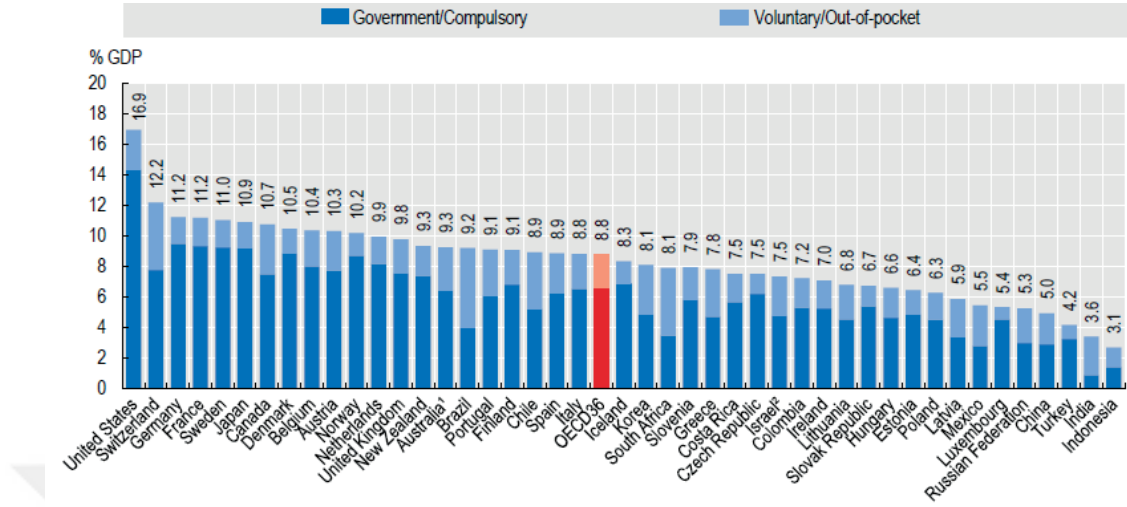
Sağlık finansı göstergeleri arasında en sık kullanılan toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payıdır. Bir ülkedeki toplam sağlık harcamalarını, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında kamu ve özel sektörün yeri, nüfusun sosyo-ekonomik özellikleri, sağlık hizmetlerinin göreceli fiyatı ve sağlık çalışanlarının kapasitesi gibi birçok faktör etkilemektedir. Sağlık sisteminde bu faktörler arasında gelir özellikle önemlidir. Sağlık harcamaları ile milli gelir arasındaki ilişkinin bilinmesi, sağlık hizmetlerinin milli gelirdeki değişimlere göre nasıl tepki vereceğini tahmin etmeyi mümkün kılmaktadır. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık harcamaları ve bu harcamaların GSYİH içindeki payı, bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliğini ortaya koyan temel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir (91).

"Sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar Sağlık Harcaması olarak kabul edilmektedir". Sağlık harcaması istatistikleri, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı tarafından geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemi metodolojisine göre finansal kuruluşlar ve hizmet sağlayıcılar detayında hesaplanmaktadır.

Kurumsal veriler, harcama rakamları bazında idari kayıtlardan derlenmektedir. Hanelerin cepten sağlık harcamaları, TÜİK tarafından yıllık olarak uygulanan Hanehalkı Bütçe Anketi ve Hane Halkı Sağlık Harcamaları Modülü sonuçlarına göre tahmin edilmektedir. Hanehalkı Sağlık Harcamaları Modülü, Hanehalkı Bütçe Anketi'ne modüler bir anket olarak eklenmiş ve sadece 2013 ve 2017 yıllarında gerçekleştirilmiştir (92).

Şekil 3'de ülkemizin de üyesi olduğu OECD ülkelerine ait 2018 veya en yakın yıl verileri yer almaktadır. Grafikte de görüldüğü gibi toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) 36 OECD ülkesi ortalaması 8,8 iken Türkiye bu oranın yarısından da az 4,2 gibi bir oranla son sıralarda yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri 16,9 ile OECD ülkeleri arasında ilk sıradadır.

Şekil 3: Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %, 2018 (veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2019, DSÖ Küresel Sağlık Harcamaları Veritabanı.

2.4.2.5. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$

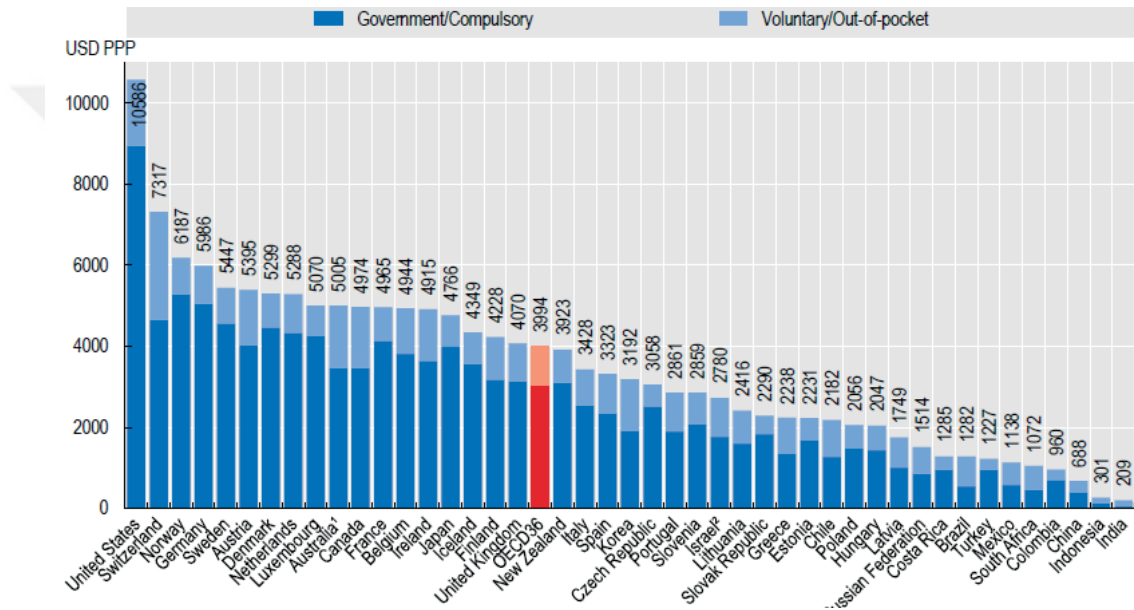
Kişi başı yapılan sağlık harcamasının ABD Doları bazında değerlendirilerek hesaplanmasıdır (89). Sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterse de Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunu kamu sektörü tarafından karşılanmaktadır. Bu doğrultuda OECD ülkeleri incelendiğinde, bu ülkelerde de sağlık alanında yapılan toplam harcamaların büyük bir kısmının kamu tarafından yapıldığı görülmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerinde yapılan birçok araştırmadan genel olarak elde edilen sonuçlarda, ekonomik büyüme ile sağlık hizmetlerinin karşılıklı olarak birbirini etkilediği görülmüştür. Buna göre ekonomik büyüme sağlık hizmetlerini iyileştirmekte, sağlıktaki gelişmeler ise verimliliği ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilemektedir (93).

"Kişi başına toplam sağlık harcaması; hem kamunun hem de özel sektörün sağlık için yapmış olduğu tüm harcamaların toplamının ülke nüfusuna oranıdır". Bu oran sağlık sistemi göstergeleri arasında sağlık finansı göstergelerindendir (68).

Şekil 4, ülkemizin de üyesi olduğu OECD ülkelerinin 2018 yılı ve en yakın yılı verilerini göstermektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere Türkiye, kişi başına toplam sağlık harcamasında 36 OECD ülkesi arasında son sırada yer almaktadır. Türkiye'de kişi başına toplam sağlık harcaması yılda 1227 dolar iken, OECD ortalaması 3994 dolar. Amerika Birleşik Devletleri 10586 dolar harcama ile OECD arasında ilk sırada yer alıyor.

Şekil 4: Kişi başına sağlık harcaması, 2018 (veya en yakın yıl)



Not: Harcama, aksi belirtilmedikçe yatırımları içermez.1. Avustralya harcama tahminleri, sosyal yardım (sosyal) hizmetlerindeki özel tesislerde yaşlı bakımı tesislerine yönelik tüm harcamaları hariç tutar. 2. Yatırımları içerir.

OECD Sağlık İstatistikleri 2019, DSÖ Küresel Sağlık Harcamaları Veritabanı.

Kaynak: OECD 2019

2.4.2.6. Çalışmaya Konu Olan Hastalıkların Prevalans ve/veya İnsidansları

Hastalıkların insidansı, belirli bir hastalığı olmayan kaç sağlıklı insanda belirli bir süre içinde bu hastalığa yakalandığını gösterir. Belirli bir zaman diliminde

bir popülasyonda tespit edilen belirli bir hastalıkla ilgili yeni vaka sayısıdır. Hastalık insidansını hesaplamak için çeşitli göstergeler kullanılır.

Bunlar; Primer Atak Oranı, insidans oranının özel bir şeklidir. Bazı durumlarda toplumun tamamı veya bir kısmı geçici/belirli bir süre için hastalık riskine maruz kalmaktadır. İlk vaka görüldükten sonra o hastalık için en uzun kuluçka döneminde görülen tüm vakaların aynı kaynaktan bulaştığı kabul edilir. Primer atak hızı, birincil vaka sayısının risk altındaki savunmasız kişilerin sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Sekonder Atak Hızı; Genellikle bulaşıcı hastalıklar alanında kullanılır. Birinci vaka görüldükten sonra en uzun ikinci kuluçka döneminde meydana gelen vakaların primerlerden bulaştığı kabul edilir. İlk vakadan sonra yeterli önlemler alınmazsa hastalığın yayılması durmayacaktır. Pay, hastalığın en uzun ikinci kuluçka döneminde meydana gelen vaka sayısını içerir ve payda, savunmasız grubu içerir (68).

"Hastalıkların prevelansı belirli bir süre içinde veya anda toplumda bulunan toplam (eski ve yeni) vaka sayısının risk altındaki kişi sayısına bölünmesiyle elde edilen bir ölçüttür. Yani belirli bir zamanda bir hastalığın toplumda, bir grupta ne sıklıkta görüldüğünü belirtir. Yalın şekilde prevelans nüfusta var olan hasta sayısının, risk altındaki nüfusun sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Bununla birlikte farklı prevelans tipleri (örneğin nokta prevelansı gibi) ve hesaplamaları bulunur. Prevalansın hesaplandığı zaman dilimi, belirli bir süre (örneğin 1 yıl) olabileceği gibi, yaşam- süresi prevelansındaki gibi tüm bir yaşam-süresi olabilir (68)."

Ulusal sağlık politikalarının temel amacı, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH)'ın insani ve toplumsal gelişme üzerinde önemli olumsuz etkileri vardır. BOH'lar, diğer etkilerinin yanı sıra, sosyal ve ekonomik kalkınmayı baltalayan ve ülkeler ve nüfus içindeki eşitsizlikleri artıran, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. "BOH'lara bağlı ölümlerin yüzde 46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıklarına, yüzde 21,7'si (8,2 milyon) kanserlere, yüzde 10,7'si (4 milyon) astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarını içeren kronik hava yolu hastalıklarına, yüzde 4'ü (1,5 milyon) diyabete bağlıdır. Bu dört ana bulaşıcı olmayan hastalık, BOH'lara bağlı ölümlerin yüzde 82'sinden sorumludur" (94).

2008 yılında dünyada meydana gelen 57 milyon ölümün 36 milyonu (yüzde 63) yani yaklaşık üçte ikisi; başta kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelmiştir. Bu hastalıkların birleşik yükü; düşük gelirli ülkeler ve topluluklar arasında hızla artarak ve bu hastalıklar buralarda insani, sosyal ve ekonomik açıdan çok büyük ve önlenabilir maliyetler getirmektedir. 2008 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin başlıca nedenleri; kardiyovasküler hastalıklar (17 milyon ölüm veya BOH ile ilişkili ölümlerin yüzde 48'i), kanserler (7.6 milyon ölüm veya BOH ile ilişkili ölümlerin yüzde 21'i), astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) gibi solunum yolu hastalıkları (4,2 milyon ölüm). Diyabet 1,3 milyon ölüme neden olmuştur.

Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabete bağlı ölümlerin yüzde 80'inden fazlası ile KOA'ya bağlı ölümlerin neredeyse yüzde 90'ı, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. 2005 yılında Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases) GARD üyesi olan Türk Toraks Derneği (TTD) tarafından ülkemizde GARD uygulamalarının başlatılması için 2009-2013 yıllarını kapsayan "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Planı" oluşturulmasına karar verilmiştir. 2007, 2010 ve 2013 yıllarında GARD Türkiye olarak 3 adet Genel Kurul yapılarak programda yer alan tüm paydaşların görev ve sorumlulukları belirlenmiş, eylem planları oluşturulmuş ve güncellenmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Stratejik Planında "Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek" hedef olarak yer almaktadır. Programın gerçekleştirilmesiyle bu hastalıklara bağlı ölümlerin azaltılması ve 2025 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan erken ölümlerin yüzde 25 azaltılması hedeflenmektedir. Bu arada sigara, kronik hava yolu hastalığının kötüleşmesinin başlıca nedeni olduğu ifade edilmektedir (95).

Türkiye Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öncelikli hedefler arasında yer alan Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı Eylem Planı'nın sağlıklı yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların temel risk faktörleriyle mücadele

belirlemiştir. Programın 4. bileşeni olarak "kanser, kalp ve damar hastalıkları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve risk faktörlerinin azaltılması ve bu bileşen altında yer alan politika 4.1'de Bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda farkındalığın artırılması için eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi, politika 4.2'de ise bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda izlem ve yönetim için sörveyans sistemi kurulması" yer almaktadır.

Türkiye Sağlık Araştırması, ilki 2008 yılında olmak üzere TÜİK tarafından iki yılda bir yapılmaktadır. Araştırma ile ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren kalkınma göstergeleri içerisinde önemli bir paya sahip olan mevcut yapıdaki bilgi açığının kapatılması için hastalıkları da içeren sağlık göstergelerine yönelik bilgilerin elde edilmesi de amaçlanmıştır.

Diyabet önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ve Dünya'da her 12 kişiden birinde görülmektedir. Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi diyabet, bireyin tüm yaşamını etkileyebilmektedir. Sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik, ekonomik ve sosyal boyutları da vardır ve uyum sorununu da beraberinde getirerek çevresini de etkilemektedir (96).

Diyabet prevalansı, yetişkinlerin %10'undan fazlasının diyabetle yaşadığı Meksika, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nde en yüksektir (yaşa göre standardize edilmiş veriler). Yaşa göre standardize edilmiş diyabet prevalansı oranları birçok OECD ülkesinde, özellikle Batı Avrupa'da sabitlenmiş, ancak Türkiye'de belirgin şekilde artmıştır. Bu tür artış eğilimleri, kısmen artan obezite ve fiziksel hareketsizlik oranlarından ve bunların nüfusun yaşlanmasıyla etkileşimlerinden kaynaklanmaktadır (76).

Günümüzde aynı risk faktörlerini paylaşan diyabet ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişimle birlikte tüm gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır (97). Özellikle gelişmekte olan ülkelere göç eden topluluklarda daha fazla olmak üzere, gelişmekte olan ülkelere diyabet epidemisiinden bahsedilmektedir (97). Bunun başlıca nedenleri artan nüfus, yaşlanan nüfus, kent yaşamının getirdiği yaşam tarzı sonucu obezite ve fiziksel

inaktivitenin artmasıdır. Ayrıca obezite ve hipertansiyon da diyabet açısından risk faktörüdür.

Tahminlere göre, 2010 yılı itibarı ile dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta % 6,6 olan diyabet prevalansı, 2030 yılında %18 artış ile bu değerin %7,8 olacağı öngörülmektedir. Ayrıca Diyabet Atlası'nda farklı ülkeler ve bölgelerdeki diyabet prevalanslarını karşılaştırmak için dünya nüfusunun standart yaş grubu dağılımına göre de hesaplamalar yapılmış, buna göre 2010 yılı standardize diyabet prevelansı % 6,4 iken 2030 yılında yaklaşık olarak %20 artış ile %7,7'ye ulaşacağı tahmin edilmiştir. Bu tahmine göre de günümüzde 285 milyon olan diyabetli nüfusun yirmi yıl sonra 438 milyona ulaşması beklenmektedir. Diyabet prevelansındaki artış, nüfus artış hızı ve ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlanmaya ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucunda obezite ve fiziksel aktivitenin azalmasına bağlanmaktadır.

Türkiye'deki durum 1997-1998 yıllarında ülke genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve rastgele seçilen 20 yaş üstü 24788 kişinin katıldığı 'Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I)' sonuçlarına göre, ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı %7.2, bozulmuş glikoz toleransı BGT prevalansı %6.7 olarak bulunmuştur. Bu oranlara dayanarak TÜİK 2007 yılı nüfus rakamlarına göre ülkemizde 2.85 milyonun üzerinde tip 2 diyabetli ve 2.6 milyon civarında BGT'linin yaşadığı hesaplanmaktadır. Araştırma, ülkemizde yaşayan şeker hastalarının %32'sinin hastalığının farkında olmadığını ortaya koyuştur. Araştırmada diyabetin kadınlarda ve kentsel alanlarda yaşayanlarda daha sık görüldüğü, diyabet riskinin yaşlanma, obezite, hipertansiyon, ailede diyabet varlığı, eğitimsizlik, gelir düzeyi ve alışkanlıklarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. TURDEP-I sonuçları WHO ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tahminleri ile birlikte değerlendirildiğinde ülkemizde diyabet prevalansının artacağı düşünülmektedir.

IDF Diyabet Atlasına göre, "2010 itibarı ile Türkiye erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevelansı %7,4'tür. Dünya nüfus dağılımına göre diyabet prevelansı % 8,0 olarak hesaplanmıştır." IDF tahminlerine göre o dönemde 3.679.000 olan diyabetli nüfusun 20 yıl sonra 6 milyonu aşacağı tahmin edilmiş ancak TURDEP-II

çalışmasının ön sonuçları yirmi yıl sonrası için öngörülen rakamlara daha da erken yaklaşıldığını saptamıştır (98).

Hipertansiyon ülke genelinde yaygınlığı ve risk faktörleri ile ilişkisi düşünüldüğünde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde yaklaşık 7,5 milyon kişinin ölüm nedeninin yüksek tansiyon olduğu belirtilmektedir. Hem ulusal hem de uluslararası araştırmalarda hipertansiyonlu bireylerin yaşam kalitelerinin normal popülasyona göre daha düşük olduğu ortaya konmuştur (96).

OECD ülkelerinde antihipertansif ilaçların tüketimi 2000 ile 2017 yılları arasında ortalama %70 artmış, Lüksemburg ve Estonya'da neredeyse dört katına çıkmıştır. Kore ve Türkiye'de görülen tüketim seviyelerinin neredeyse beş katını bildiren Almanya ve Macaristan'da en yüksek oran olmaya devam etmektedir. Bu varyasyonlar muhtemelen hem hipertansiyon prevalansındaki farklılıkları hem de klinik uygulamadaki farklılıkları yansıtmaktadır. Hipertansiyon ve diyabet aynı zamanda önemli bir risk faktörüdür (76).

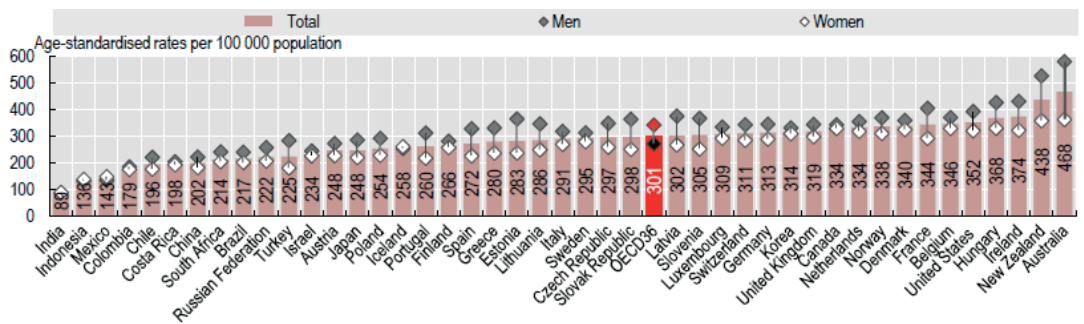
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), dünyada yaygın olarak görülen morbidite ve mortalite nedenlerinden birisidir (96). KOAH yaygın olarak görülen uzun vadeli durumdur. KOAH, nefes alma yeteneğini sınırlar, sigara içen veya önceden sigara içmiş olanları etkileyen ilerleyici bir hastalıktır (76).

Kanser, bir toplumda bir yıl içinde ortaya çıkan yeni kanser vakası sayısının, aynı yıl içindeki toplum nüfusuna oranının 100.000 ile çarpılması ile elde edilir (99). Kanser, 2017 yılında tüm ölümlerin %25'ini oluşturan dolaşım hastalıklarından sonra OECD ülkelerinde ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Ayrıca, OECD genelinde tahminen 7,5 milyon yeni teşhis edilmiş kanser vakası vardı. Yaygın kanserler akciğer kanseri (%21,5), kolorektal kanser (%11), meme kanseri (%14,5) ve prostat kanseridir (erkeklerde %9,4). Bu dördü, OECD ülkelerinde teşhis edilen tüm kanserlerin %40'ından fazlasını temsil etmektedir. OECD genelinde düşüş dolaşım hastalıklarından daha mütevazı olmasına rağmen, 2000 yılından bu yana tüm OECD ülkelerinde kanserden ölüm oranları düşmüştür (76).

Kanser insidans oranları OECD ülkeleri arasında, Avustralya ve Yeni Zelanda'da 100.000 kişi başına 400'den fazla yeni vakadan, Meksika ve Şili'de yaklaşık 200 veya daha az vakaya kadar değişmektedir. Kanser insidansı da tüm ortak ülkelerde nispeten düşüktür. Bununla birlikte, insidans oranlarındaki ülkeler arası farklılıklar, sadece her yıl ortaya çıkan yeni kanserlerdeki farklılıkları değil, aynı zamanda ulusal kanser tarama politikalarındaki, kanser süreyansının kalitesindeki ve raporlamadaki farklılıkları da yansıtmaktadır. Avustralya ve Yeni Zelanda'daki yüksek oranlar, esas olarak melanom dışı cilt kanseri insidansının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (76).

Şekil 5'te görüldüğü gibi 2018 yılı için OECD genelinde kanserden ölüm oranları 100.000 kişide ortalama 301 ölümdür. Macaristan, Slovak Cumhuriyeti ve Slovenya'da 240'ın üzerinde; en düşük Meksika, Türkiye ve Kore'de 165 veya daha azdır. Karşılaştırılabilir verilere sahip ortak ülkeler arasında, kanser ölüm oranları Kolombiya, Kosta Rika ve Brezilya'da da nispeten düşüktür. Erken tanı ve tedavi, kanser sağ kalım oranlarını önemli ölçüde artırır. Bu, örneğin Avustralya ve Yeni Zelanda'nın en yüksek kanser insidansı oranlarına sahip olmalarına rağmen neden ortalama ölüm oranlarının altında olduğunu kısmen açıklamaktadır. Her iki ülkede de yaygın kanserlerden beş yıllık net sağ kalım da OECD ortalamasının üzerindedir(76).

Şekil 5 :Kanser insidansı, 2018 (tahmini)



Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC), GLOBOCAN 2018.

Kaynak: OECD 2019

Tüm OECD ve ortak ülkelerde kanser insidans oranları erkekler için kadınlardan daha yüksektir; Meksika, İzlanda, Endonezya ve Hindistan dışında erkeklerde kanserden ölüm oranları da daha yüksektir. Erkekler arasında risk

faktörlerinin daha yaygın olması - özellikle sigara ve alkol tüketimi - kanser insidansı ve ölüm oranlarındaki bu cinsiyet farkının çoğunu yönlendirmektedir. Akciğer kanseri, hem erkekler hem de kadınlar için ana ölüm nedenidir. Ana risk faktörü sigaradır ve erkeklerde kanser ölümlerinin % 25'inden ve kadınlarda % 17'sinden sorumludur. Kolorektal kanser, erkekler ve kadınlar için önemli bir ölüm nedenidir (erkekler için ikinci ana neden ve kadınlar için üçüncü, her cinsiyet için kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır). Yaş ve genetik faktörlerin yanı sıra, yağ oranı yüksek ve lif oranı düşük bir diyet, fiziksel aktivite eksikliği, obezite, sigara ve alkol tüketimi, hastalığın gelişme riskini artırır. Meme kanseri, kadınlarda kansere bağlı ölümlerin ikinci en sık nedenidir (ölümlerin %14,5'i). Meme kanseri için insidans oranları son on yılda artarken, mortalite azalmış veya stabilize olmuştur, bu daha erken teşhis ve tedavinin ve sonuç olarak daha yüksek sağkalım oranlarının göstergesidir. Prostat kanseri, erkekler arasında kansere bağlı ölümlerin en yaygın üçüncü nedenidir ve kansere bağlı tüm ölümlerin sadece %10'unu oluşturmaktadır (76).

Obezite vücut yağ oranlarının artması neticesinde endokrin ve metabolik değişiklikler ile karakterize kompleks, multifaktöriyel bir hastalıktır. Çocukluk çağı obezitesinin en önemli komplikasyonu, erişkin obezitesidir ve daha sonraki yaşamda hastalık risklerini de artırmaktadır (100).

Yapılan çalışmalarda 1990-2010 arasında % 60'lık bir artışla global olarak 5 yaş altı 43 milyon çocuğun aşırı kilolu ya da obez duruma geldiği, bunun fakir ülkelerde zengin ülkelere göre daha fazla etkili olduğu ve bu 43 milyon okul öncesi obez çocuğun 35 milyonu gelişmekte olan ülkelerde tespit edildiği ifade edilmektedir. Eğer mevcut epidemi devam ederse 2020 yılı itibarı ile okul öncesi çocukların % 9 'u, yaklaşık 60 milyon çocuğun aşırı kilolu ya da obez olacağı bildirilmiştir (100).

Obezite, özellikle modern dünyanın başlıca problemlerinden biri olmuştur. Türkiye için de durum aynıdır. Obezite hem vücudu fiziksel olarak olumsuz bir şekilde etkilemekte, hem de psikososyal sorunlar yaratmaktadır. 2016 yılı itibarıyla Türkiye'de 35 yaş üzeri % 54'e ile yarıdan fazlası sağlıklı olmayan kilodadır. (101).

OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye, obez öncesi ve obez nüfus oranında onuncu sıradadır. ABD %58 ile ilk sırada, ABD'yi %56 ile İzlanda, Yunanistan, Avustralya ve Finlandiya gelmektedir.

Obezite, hipertansiyon, TipII diyabet, değişik kanser türleri ve farklı bazı hastalıklar gibi yaşamı tehdit eden ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir. Dünyada obezite, özellikle ilk sırada % 44 ile diyabetin, % 23 ile kalp hastalıklarının olmak üzere çeşitli kanser türlerinden de sorumludur. DSÖ'ne göre de obeziteye bağlı hastalıkların görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. OECD'nin yayınladığı "The Heavy Burden of Obesity 2019" başlıklı raporda da raporda "obez bireylerin sağlık harcamalarının normal bireylerden 2,5 kat daha fazla olduğu, OECD ülkelerinde obezite kaynaklı hastalıklarla mücadeleye yönelik sağlık harcamalarının günümüzdeki tüm sağlık harcamalarının % 8,4'ünü oluşturduğu ortaya konulmuş ve 2050'ye kadar Türkiye'de sağlık obezitenin yarattığı sağlık sorunlarına değinilmiş, harcamalarının %12'sinin obeziteye bağlı hastalıklara ayrılacağı" öngörülmüştür (76).

Obezite prevalansı dünya çapında artmakta ve 2030 yılına kadar tüm yetişkin nüfusun yaklaşık %20'sinin, yani 1 milyardan fazla insanın, gelecek projeksiyonlarında obez olacağı tahmin edilmektedir. Salgın olarak değerlendirilen bu durum ciddi bir sağlık sorunu olan metabolik sendromunun giderek artan risk faktörlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, kronik hastalıklar, erken ölüm ve yüksek mortalite riskine de neden olmaktadır (102).

OECD genelinde, yetişkin nüfusun % 19,5'i obezdır . OECD projeksiyonları 2030 yılına kadar obezite oranlarında istikrarlı bir artış olacağını göstermektedir. Obezite oranları, sosyo-ekonomik durumu düşük olanlarda daha hızlı bir şekilde ilerlemiştir. Ancak, obezite oranlarının en yüksek olduğu ülkelerde, Meksika ve Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite, son yıllarda eğitim düzeyi yüksek bireyler arasında daha hızlı yayılmıştır (103).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Türkiye'de yapılan kapsamlı araştırmalardan biridir. Sağlık Bakanlığı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma

Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi iş birliği ile Türkiye genelinde ve farklı yaş gruplarını kapsayacak şekilde yapılmıştır. 2010 yılında yapılan bu çalışmanın Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" ve "10. Kalkınma Planı Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı" kapsamında 2017 yılında yeniden uygulanmasına karar verilmiştir. Çalışma 19 yaş ve üzeri 7.471 kişiye yönelik yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre "obezite görülme sıklığı erkeklerde % 7,7, kadınlarda % 13,8 ve en düşük 19-30 yaş aralığında görülmesine karşın; en çok erkeklerde 51-64 (%30,7) ve 65 ve üzeri (%25,8) yaş grupları, kadınlarda ise 51-64 (%64,4) ve 65 ve üzeri (%53,5) yaş gruplarıdır". Tüm bireylerde %34,6 oranında hafif şişmanlık görülmüştür. Kırsal yerleşim yerlerine göre kentsel yerleşim yerlerinde obezite oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bölgelere göre erkeklerde İstanbul (%25,6) ve Akdeniz bölgelerinde (%23,5) oran yüksek olup, kadınlarda ise Doğu Karadeniz (%46,4), Orta Anadolu (%45,8), Ege (%43,7) ve Batı Anadolu (%43,0) yüksek olan bölgeler olarak saptanmıştır. Eğitim durumunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça obezite ve hafif şişmanlık görülme sıklığının azaldığı saptanmıştır. Kadın ve erkeklerde eğitim seviyesi düştükçe obezite oranının arttığı saptanmıştır (102).

Çocukluk çağı obezitesi, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur. 2012 yılında, ABD'de çocuklarda yükselen bir trend ile obezite sıklığı % 17'dir. Çocukluk çağı obezitesi, "yüksek tansiyon, yüksek kolesterol ve tip 2 diyabet" gibi sağlık yönünden riski oluşturmaktadır. Ve özellikle, obez çocukların obez yetişkinler haline gelmesi, "kalp hastalığı ve diyabet" gibi artmış sağlık beraberinde getirme riski daha yüksektir. Buna rağmen, çocukluk çağı obezitesi ABD hala sağlık sistemi tarafından kapsamlı bir şekilde çözüm için ele alınmamaktadır. Çocukluk çağı obezitesi ile mücadelede multidisipliner bir yaklaşım önem arzetymekte ve burada birinci basamak hekimler ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca çocuklarda yetişkinlere göre hem sosyal hem ekonomik eşitsizlikler daha fazladır. Alt gelir grubundaki çocuklar, üst gelir grubundaki çocuklara göre 1,6 kat daha fazla obezdir (100).(102)

Kanta (2017), Türkiye Sağlık Araştırması verileri ile yaptığı çalışmada obezite oranlarında genel olarak gelir düzeyleri arasında çok büyük farklar olmadığını ancak gelir düzeyi yüksek olan bireylerde obezite oranının biraz daha

düşük olduğunu saptamıştır. Orta ve yüksek gelir grubunda ise fazla kilolu olma durumunun yüksek olduğunu saptamıştır. Yani yaptığı çalışmada genel olarak, gelir düzeyi arttıkça obezite oranının düştüğünü saptamıştır. DSÖ'nün verilerine göre ise durumun farklılık gösterdiğini, gelir düzeyi arttıkça obezitenin de oransal olarak arttığını ifade etmektedir. 1990 yılından bu yana gelir grubu ayırmadan obezitenin arttığı görülmektedir. Amerika'da gelir durumuna obezite değerlendirildiğinde Türkiye Sağlık Araştırması verileri ile paralellik gösterdiğini saptamıştır (102).

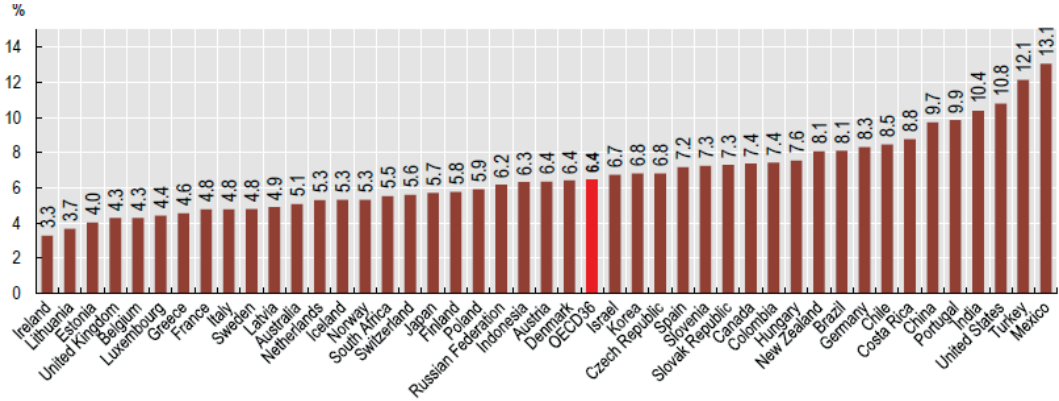
Kanta (2017), yine Türkiye Sağlık Araştırması verilerinde, beden kitle indeksine göre kronik hastalıkları incelemiş ve "astım, kronik bronşit, kronik obstruktif akciğer hastalığı, enfarktüs, koroner kalp yetmezliği, kalp hastalığı, hipertansiyon, inme-felç, arthrosis, romatizmal-eklem hastalığı, bel ve boyun bölgesi rahatsızlığı, şeker hastalığı, alerji, ülser, karaciğer yetmezliği, kanser, migren, idrar kaçırma, kaza- sakatlık, kaygı, depresyon, diğer ruhsal problemler" gibi hastalıklar obezlerde en yüksek oranlarda bulunmuştur. Vücut kitle indeksinin artması hastalığa yakalanma oranını artırmaktadır. Obeziteden sonra fazla kilolu kişilerde kronik hastalık prevalansı daha yüksektir (102).

Obezite, "diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser" dahil olmak üzere birçok kronik hastalık için önemli bir risk faktörüdür. Obezite oranları son yıllarda neredeyse tüm OECD ülkelerinde artmaktadır ve nüfusun ortalama %56'sı aşırı kilolu veya obezdir. Şili, Meksika, Amerika Birleşik Devletleri, Finlandiya, Portekiz ve Yeni Zelanda'da obezite oranları OECD ortalamasından oldukça yüksektir. Obezite Japonya, Kore ve İsviçre'de en düşük seviyededir. Burada aşırı kilolu (obez dahil) yetişkinler için rapor edilen ölçü, hem ölçülen hem de kendi bildirdiği verilere dayanmaktadır. Ölçülen veriler genellikle daha yüksek olduğundan, raporlama farklılıkları olan ülkeleri karşılaştırırken dikkatli olunmalıdır (101) .

Şekil 6'da görüldüğü gibi OECD ülkeleri arasında diyabet prevalansı en yüksek Meksika, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'ndedir (yaşa göre standardize edilmiş veriler). Yetişkinlerin %10'dan fazlası diyabetle yaşamaktadır. Diyabet, yaşlı insanlar arasında çok daha yaygındır. Diyabet, dezavantajlı sosyo-ekonomik gruplarda olanları da orantısız bir şekilde etkilemektedir. Diyabetin ekonomik yükü de oldukça büyüktür. OECD ülkelerinde diyabet tedavisi ve

komplikasyonların önlenmesi için 572 milyar ABD doları harcandığı tahmin edilmektedir (76).

Şekil 6: Yetişkinler arasında Tip I ve II diyabet prevalansı, 2017 (veya en yakın yıl)



IDF Diyabet Atlası, 8. Baskı, 2017.

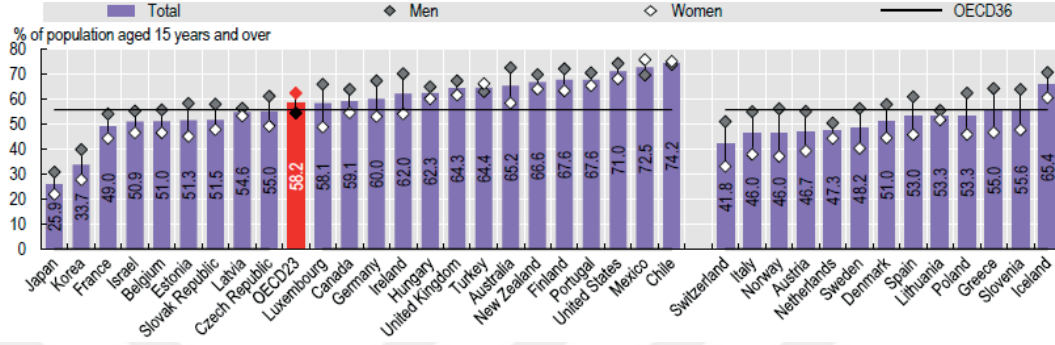
Kaynak: OECD 2019

Obezite ve diyabetin yükselen seviyeleri ülkelerin yaşam süresinin uzamasını önceki hızda sürdürmelerini zorlaştırmaktadır (76). Literatürü incelendiğinde obezite, "koroner kalp hastalığı için risk faktörleri olarak kabul edilen yüksek tansiyon, diyabet ve dislipidemi" riskini artırarak "koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitesi"ni önemli ölçüde etkilemektedir. Son yıllarda obezitenin ölçümünde kullanılan beden kitle indeksi değerlendirilmesi ve sonuçları kronik kalp hastalıklarının riskinin belirlenmesinde de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (102).

Obezite öncesi ve obezite de dahil olmak üzere fazla kilolu olmak, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve belirli kanserler dahil olmak üzere çeşitli bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Şekil 7'de OECD ülkelerinde 2017 yılına ait obezite oranları görülmektedir. OECD üye ülkeleri, aşırı kilolu nüfus oranlarını azaltmak için bir dizi düzenleyici ve düzenleyici olmayan girişim uygulamıştır. Öne çıkan örnekler arasında, sağlıklı beslenmenin yararlarını tanıtmaya yönelik kitle iletişim kampanyaları; beslenme eğitimi ve becerilerinin teşviki; tüketimi caydırmak için enerji açısından yoğun yiyecek ve içecek maddelerine 'günah' vergileri; besin değerini bildirmek için gıda etiketleme; ve ürünlerin besin değerini iyileştirmek için gıda endüstrisi ile anlaşmalar. Politika yapıcılar ayrıca aşırı

kilolu olmanın sosyal belirleyicilerini ele alan girişimleri araştırmaktadırlar. Örneğin, sağlıklı gıda finansmanı girişimi gibi (76).

Şekil 7: Ölçülen ve kendi bildirdiği cinsiyete göre yetişkinler arasında obezite dahil fazla kilolu, 2017 (veya en yakın yıl)



Not: Sol ve sağ taraf tahminleri, sırasıyla ölçülen ve kendi bildirdiği verileri kullanır. OECD36 ortalaması her iki veri türünü de içerir.

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2019

Ülkemizde obezite ile mücadele son on yılda büyük ivme kazanmıştır. 2006 yılında İstanbul’da “Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” düzenlenmesi sonrasında “Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi” imzalanarak obezitenin küresel bir sağlık sorunu olduğuna dikkat çekilmiştir. 2006 yılında Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Türkiye’de “Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)” obezitenin önlenmesinde atılacak olan adımları belirlemek için hazırlanmıştır. Program obezitenin önlenmesinin yanı sıra fiziksel aktiviteyi teşvik etmeyi de amaçladığından programın adı daha sonra “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” olarak değiştirilmiş ve Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Bu program kapsamında “Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı” (2011- 2015) hazırlanmış ve uygulamaya geçilmiştir. 2012 yılında yayınlanan Etiket Yönetmeliği’ne göre Günlük Karşılama Miktarları uygulaması için kampanyalar yapılmıştır. “Beden Kitle İndeksi” ve “Hareket Et” adlı iki kamu spotu ile “porsiyon küçültme” ve “günde 10.000 adım atıyoruz” başlıklı afiş, billboard gibi medya araçları ile tüm yurtda “Obezite Mücadele Hareketi” kampanyası başlamıştır. Obezite tedavisinin cerrahi ile ilgili müdahalelerde

düzenlemeler yapılmıştır. Yürütülmekte olunan diğer bir program ise Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı'dır (2011- 2014). Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile yeniden yapılandırılması sürecinde yeni stratejik plan ile uyumlu olması amacıyla "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" 2014 - 2017 dönemi için güncellenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nda obezite ile mücadele de oluşturulan hedef, stratejilere ve yapılan çalışmaları incelediğimizde geniş kapsamlı çalışmaların yanı sıra özellikle çocuklar, gebeler, emzickliler ve yaşlılar gibi farklı risk gruplarına yönelik çalışmalarında olduğu göze çarpmaktadır. Okul öncesinden başlamak üzere ilköğretim, ortaöğretim ve üniversitelerde farklı eğitim kademelerinde yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili müfredat programları iyileştirilmiş ve tüm yurttaki medya kampanyaları düzenlenmiştir (102).

2.4.2.7. Çalışmaya Konu Olan Risk Faktörleri

Kronik hastalıklar için risk faktörleri DSÖ tarafından; "sigara ve alkol kullanma, kan basıncının yüksek olması ve obezite" olarak belirtilmiştir. Diğer taraftan, "bir toplumda sağlık düzeyinin %50'sinin sosyal ve ekonomik çevre koşulları tarafından belirlendiği" bildirilmiştir. Halk sağlığı görüşüne göre ise, "kronik hastalıkların kontrolüne yönelik yapılan çalışmaların, kronik hastalıkların tetikleyicisi olduğu bildirilen hava kirliliği, küreselleşme, kentleşme, nüfusun yaşlanması ve ülkenin genel politik koşulları göz önüne alınarak yapılması" toplumun doğuştan beklenen yaşam süresine erişme şansını artırmak için önemli olabileceği şeklinde açıklanmıştır (105). Daha önce de bahsedildiği gibi kan basıncı yüksekliği ve obezite çalışmada hastalıklar kategorisinde değerlendirilmiş, sigara ve alkol kullanımı ise risk faktörleri kategorisinde değerlendirilmiştir.

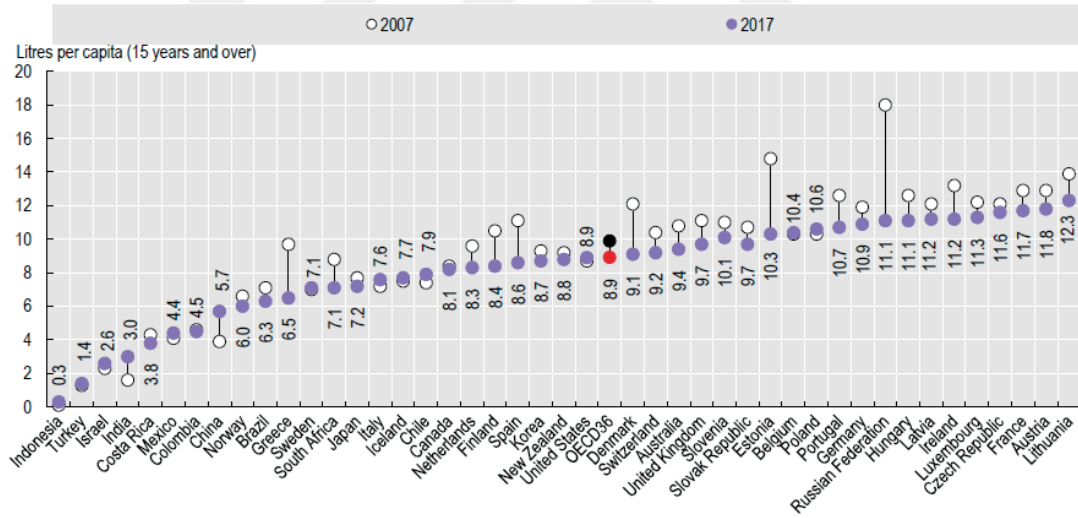
Bir risk faktörü, artan bir hastalık geliştirme olasılığı ile ilişkili kişisel alışkanlıkların veya çevresel etkilerin bir yönünü ifade eder. Risk faktörleri genellikle değiştirilebildiğinden, bunları olumlu yönde değiştirmeye yönelik müdahale, hastalığın ortaya çıkma olasılığını azaltabilir. Bu müdahalelerin etkisi, aynı yöntemler ve tanımlar kullanılarak tekrarlanan ölçümlerle belirlenebilir. Politika

yapıcılar da, gelecekteki öncelikleri tahmin etme sorumluluğunu taşıırken mevcut hastalık önleme ve kontrol önceliklerine çözüm bulma zorluğu ve zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadırlar (74).

DSÖ'nün de belirttiği gibi alkole bağlı gelişen özellikle karaciğer hastalıkları önlenebilir hastalıklardır. Alkol toplumsal problemlerden biridir ve kullanımı önleğinde buna bağlı ölümler de önlenmiş olacaktır. Dünya'da tüm ölümlerin % 6'sı alkol kullanımına bağlıdır (69). Ülkemizde de 2016 yılı TÜİK verilerine göre erkeklerde %19,3, kadınlarda %5,3 olmak üzere toplam %12,2'si alkol kullanmaktadır.

Şekil 8' de OECD ülkelerinde 2019 sağlık istatistiklerine göre 2007 ve 2017 yılına ait alkol tüketimi miktarı görülmektedir.

Şekil 8: Yetişkinler arasında kaydedilen alkol tüketimi, Litre, 2007 ve 2017 (veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD 2019 Sağlık İstatistikleri 2019.

OECD 2019 sağlık istatistiklerine göre 2017 yılında, Litvanya alkol tüketiminde 12 litre üstü ile en fazla alkol kullanan ülke, Endonezya, İsrail ve Türkiye ise en düşük alkol tüketimi olan ülkeler konumunda olduğu Şekil 8' de görülmektedir. Ülkemiz de dahil bu ülkelerde alkol kullanımının düşük olması dini ve kültürel nedenler ve kısıtlamalara bağlanmaktadır. OECD ülkelerinde 2007 yılına

göre kişi başı alkol tüketiminde genelde bir azalma görülse de bazı ülkelerde artış olmuştur.

Tahminlere göre, birçok ülkede zararlı alkol kullanımının GSYİH'nın %1'ine varan üretim kayıplarına neden olduğu düşünülmektedir. Alkol, bir dizi hastalık ve yaralanmaların olmasında da etken olarak görülmektedir. Dünya çapında, 1990 ve 2010 yılları arasında zararlı alkol tüketimi sonucu oluşan ölüm ve sakatlık nedenleri sekizinci sıradan beşinci sıraya çıkmıştır. Alkol tüketimi miktarına göre alkole bağlı ölümlerin yüzdesi de değişmektedir ve bu konuda coğrafi çeşitlilik dikkat çekmektedir. Doğu Avrupa ülkelerinde alkole bağlı ölümlerin yüzdesi yüksek, Afrika ve Doğu Akdeniz ülkelerinde ise kişi başına düşen alkol tüketimi çok düşük olduğundan alkole bağlı ölüm oranı da düşüktür (102).

DSÖ, tütün ve tütün mamulleri kullanımını dünyada en büyük sağlık sorunu yaratan, en çok hastalık ve ölüm sebeplerinden biri olarak ilan etmiştir. Sigara genellikle gençlerde, 18 yaşın altında başlamakta ve alışkanlığa dönmektedir. Kullanım oranı erkek ve kadınlarda da farklılık göstermektedir. Ülkemiz de dahil en sık kullanılan tütün mamulü sigaradır. 2016 yılı itibariyle TÜİK ülkemizde hemen hemen dörtte bir oranında düzenli sigara kullanmakta olduğunu raporlamıştır. Erkeklerde daha fazla, (her on kişiden dört kişi) kadınlarda daha az (her otuz kişiden dördü) düzenli olarak tütün kullanmaktadır. (69).

Sigara, kanserler, kalp krizleri ve felç dahil olmak üzere birçok hastalığın ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum yolu hastalıklarının önde gelen nedenidir. Hamile kadınlar arasında sigara içmek, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riskini artırır. DSÖ, tütün kullanımının dünyada her yıl 7 milyon insanı öldürdüğünü ve bunun 1,2 milyondan fazlasının pasif içicilikten ve 65 000'inin çocuk olduğunu tahmin etmektedir. Bu ölümlerin yarısından biraz fazlası da Çin, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri ve Rusya Federasyonunda gerçekleşmiştir. Son yıllarda sigara, 15 OECD ülkesinde kaybedilen toplam sağlıklı yaşam yıllarında en büyük paya neden olmuş ve diğer 16 OECD ülkesinde de ikinci sırada yer almıştır (76).

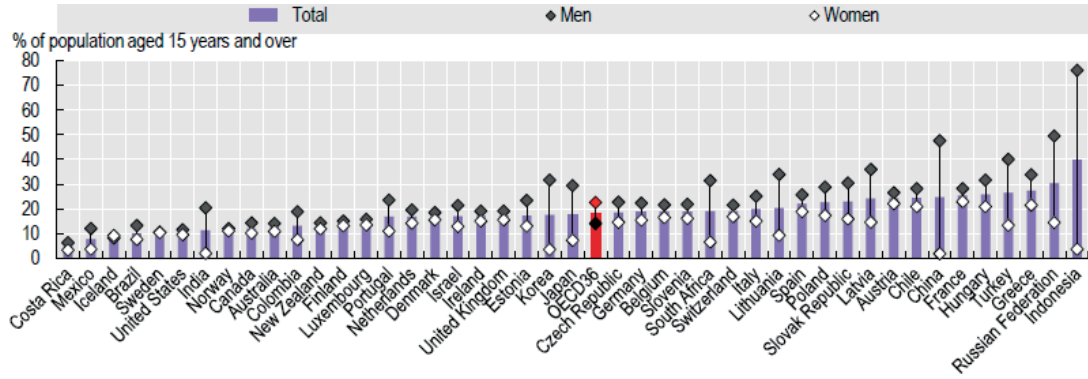
OECD ülkelerinde yetişkinlerin %18'i her gün tütün içmektedir. Sigara içme oranları Yunanistan, Türkiye, Macaristan ve Fransa'da %25'in üzerinde, Meksika ve

İzlanda'da %10'un altında değişmektedir. Kilit ortak ülkelerde, oranlar Endonezya (%40) ve Rusya Federasyonu'nda (%30) çok yüksektir; ve Kosta Rika'da %10 veya daha azdır. İzlanda hariç tüm ülkelerde erkekler kadınlardan daha fazla sigara içmektedir. OECD genelinde ortalama olarak, erkeklerin % 23'ü, kadınların %14'ü günlük sigara içmektedir. Sigara içme oranlarındaki cinsiyet farkı, Kore ve Türkiye'nin yanı sıra Endonezya, Çin ve Rusya Federasyonu'nda nispeten yüksektir. Erkekler arasında oranlar en yüksek Endonezya (%76), Rusya Federasyonu (%50), Çin (%48) ve Türkiye (%40); ve Kosta Rika ve İzlanda'da %10'un altında. Kadınlar için oranlar en yüksek Avusturya, Yunanistan, Şili, Fransa ve Macaristan'dır (%20'nin üzerinde). Çin, Hindistan, Kosta Rika, Kore, Meksika ve Endonezya'da kadınların %5'inden azı sigara içmektedir.

Son on yılda çoğu OECD ülkesinde günlük sigara içme oranları düşmüştür. 2007'de ortalama %23 olan sigara içme oranı 2017'de %18'e düşmüştür. Slovak Cumhuriyeti, Avusturya ve Endonezya'da ise sigara içme oranları biraz artmıştır. Sigara içme oranlarını en çok Yunanistan azaltmış durumdadır. Estonya, İzlanda ve Norveç'te sigara içme oranları konusunda Yunanistan'ı izlemiştir. 2017'de Yunanistan dışındaki tüm ülkelerde düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin ortalama yüzde 8 puanlık bir farkla sigara içme olasılığı daha yüksek olarak saptanmıştır. Düşük eğitim düzeyi yaklaşık yüzde 16 puanlık farkla en büyük Estonya ve Macaristan'da, Türkiye'nin de içinde bulunduğu Portekiz, Bulgaristan ve Litvanya'da 2 puandan az olarak sigara içme olasılığı saptanmıştır.

Tütün vergilerinin artırılması, tütün kullanımını azaltmasında en etkili yollarından biridir. Çoğu OECD ülkesinde tütün fiyatları vergilerin % 50'sinden fazlasını içermektedir. Paketlerdeki sağlık uyarıları, promosyon ve yanıltıcı bilgi yasakları ve kısıtlı markalama diğer önemli tütün kontrol politikalarıdır. Nikotin replasman tedavisi ve sigarayı bırakma tavsiyeleri de dahil olmak üzere sigara içenlere yönelik farkındalık artırma ve destek de sigarayı azaltmaya yardımcı olmaktadır (76). Şekil 9'da 2017 yılı OECD ülkelerinde yetişkinlerde sigara içme oranları verilmiştir.

Şekil 9: Cinsiyete göre ve toplam günlük sigara içen yetişkin nüfus, 2017 (veya en yakın yıl)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2019.

Kaynak: OECD 2019

Tütün ve tütün ürünleri Türkiye’de oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. DSÖ "Küresel Tütün Epidemisi 2017 yılı raporu Türkiye profili" verilerine (anket verileri 2016 yılı sonuna kadar elde edilmiştir) göre gençlerde herhangi bir tütün ürünü kullanım oranı % 16,8 yetişkinlerde mevcut tütün kullanım oranı % 30,9'dur. Cinsiyete göre farklılık gösteren bu oranlar genç erkeklerde 20,3, genç kadınlarda 12,8, yetişkin erkeklerde % 43,2 kadınlarda ise % 18,2, dir (102).

Risk faktörleri arasında tütün ve alkol kullanımı, beslenme tarzı, fiziksel hareketsizlik, kan basıncı ve obezite sayılabilir. Risk faktörleri gelecekteki hastalıkları tahmin etmek için kullanılabildiğinden, bunların nüfus düzeyinde ölçülmesi önemlidir; ama zor bir konudur (74).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 5 yıllık kalkınma planlarındaki sağlık göstergelerine yönelik planlamaların, Türkiye'de İnsani Gelişim Endeksi göstergelerinden sağlık ve kişi başı gelir parametreleri açısından yansımaları, katkıları ve ilişkilerini ortaya çıkarmaktır. Bu doğrultuda, ilk amaç olarak ülkemizin kalkınma düzeyini doğrudan etkileyen sağlık göstergeleri ve uluslararası düzeyde gelişmişlik düzeyimizi yansıtan İnsani Gelişim Endeksinin sağlık ve kişi başı gelir düzeyi parametrelerini istatistiksel olarak karşılaştırmalı değerlendirmektir. İkinci amaç olarak ta bu sağlık göstergelerine yönelik sonuçları geçmiş on adet beş yıllık kalkınma planları ile analiz etmektir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, geçmişe yönelik verilerin analiz edilmesi bakımından retrospektif, belirli bir zaman aralığı üzerinden yapılacağından ilişkisel tarama modelinde ve nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma tipte bir çalışmadır.

Niceliksel araştırma bölümünde sağlık göstergeleri ile İnsani Gelişim Endeksinin sağlık (doğumda yaşam beklentisi -yıl) ve yaşam kalitesi (kişi başı gelir) göstergeleri kullanılarak istatistiki analizleri gerçekleştirilmiş, niteliksel araştırma bölümünde ise geçmiş 10 adet 5 yıllık kalkınma planlarında bu göstergelerle ilgili planlamalar ve yaklaşımlar değerlendirilmiş ve tartışılmıştır.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Kaynakları

Nicel araştırma bölümünde; öncelikle literatür araştırması yapılarak 2000-2017 yıllarına ait veriler toplanmıştır. Türkiye'nin İnsani Gelişim Endeksi parametrelerinden sağlık parametresi olan doğumda yaşam süresi (yıl) ve refah parametresi olan kişi başı gelir değerleri elde edilmiştir. Bir ülkenin en önemli gelişmişlik göstergeleri olan ve doğumda yaşam süresini etkileyen bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı oranları temin edilmiştir. Yine bir ülkenin önemli gelişmişlik göstergelerinden olan anne ölüm oranı, ayrıca sağlık düzeyini ve yaşam süresini

olumsuz etkileyen bazı kronik hastalıkların insidans ve/veya prevalans değerleri ve bazı risk faktörlerinin % değerleri saptanmıştır.

Bu verilerin elde edilmesinde; gerçekçi olan verilerin elde edilebileceği kaynakların kullanılmasına önem verilmiştir. Bu kapsamda öncelikle UNDP, TÜİK, TNSA, Dünya Bankası, DSÖ verilerinden yararlanılmıştır. Bu kaynaklardan temin edilemeyen bazı veriler için - özellikle hastalık ve risk faktörleri- farklı araştırma sonuçlarına başvurularak özel çalışmalardan temin edilmiştir.

Nitel veri toplamada; birinciden onuncu kalkınma planı dahil geçmiş 10 adet 5 yıllık kalkınma planlarında nicel değerlendirmesi yapılan sağlık göstergeleri ve insani gelişim endeksi parametrelerinden doğumda yaşam ümidi ve kişi başı gelir ile ilgili yapılan planlamalar amaçlar ve gerçekleşme düzeyleri dikkate alınarak yorumlanmış ve veriler değerlendirilmiştir.

Tablo 7'de araştırmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler ve bunlara ilişkin veri kaynakları gösterilmiştir.

Tablo 7: Araştırmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler ve bunlara ilişkin veri kaynakları

Veri Dönemi Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler Veri Kaynakları			
Bağımsız Değişkenler	2000-2017	Türkiye IGE Değerleri	UNDP
	2000-2017	Kişi Başı GSYİH Dolar	TÜİK
	2000-2017	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	TÜİK
	2000-2017	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$	TÜİK
Bağımlı Değişkenler	2000-2017	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	TÜİK
	2000-2017	Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	2003, 2008 TNSA, 2006 ve 2007 AÇSAP Genel Müdürlüğü araştırma sonucudur
	2000-2017	5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	2003, 2008 TNSA, 2006 ve 2007 AÇSAP Genel Müdürlüğü araştırma sonucudur.
	2000-2017	Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda)	2006,2007,2008 AÇSAP Genel Müdürlüğü
			2000 verisi Diyabet ve Yaşam Dergisi 2011 sayı 392008, TURDEP I, 2001 yılı için 2000 verisi kullanıldı. 2002 -2003 verileri tekharf 2017, 2004,2005,2006 için 2007 verileri kullanıldı, 2007 tekharf 2017, 2008 ve 2009 PURE (İleriye Yönelik kentsel ve kırsal epidemiyolojik çalışma, 2010, 2011 prevalansTurdep,2012,2014,2016, 2017 The IDF Diabetes Atlas, 8th Edition
	2000-2017	Diyabet	
	2000-2017	Obezite	2008,2010,2012,2014,2016 Türkiye Sağlık Araştırması
	2000-2017	Hipertansiyon	2008,2010,2012,2014,2016 Türkiye Sağlık Araştırması (15 yaş ve üzeri)
	2000-2017	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)	2008,2010,2012,2014,2016 Türkiye Sağlık Araştırması (15 yaş ve üzeri)
	2000-2017	Genel Kansere İnsidansı (100.000 de)	2008,2010,2012,2014,2016 Türkiye Sağlık Araştırması
	2000-2017	Alkol Kullanımı %	2010,2012,2014,2016 Türkiye Sağlık araştırması (15 yaş ve üzeri)
	2000-2017	Tütün Kullanımı %	2010,2012,2014,2016 Türkiye Sağlık araştırması (15 yaş ve üzeri)

Yukarıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin önemi, tanımları ve hesaplama yöntemleri genel bilgiler kapsamında detaylı olarak açıklanmıştır.

Uluslararası literatürde, Türkçe’de bulunan kalkınma ve gelişme kavramlarının her ikisini içeren tek bir kavram (development) kullanıldığından, bu çalışmada da “kalkınma” ve “gelişme” kavramları aynı anlamda kullanılmıştır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Beta katsayıları çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile tahmin edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir.

İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 24.0 paket programı kullanılmış ve $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Genel Tanımlayıcı İstatistikler Tablo 8’de, Korelasyon ve Regresyon Analizi sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Niceliksel Araştırma Bulguları

Genel tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. Aşağıda Tablo 8'de bu değerler gösterilmiştir.

Tablo 8: Genel Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.
Türkiye IGE Değeri	0,724	0,046	0,655	0,791
Kişi Başı GSYİH \$	8,654	3,077	3,084	12,112
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	5,08	,45	4,50	5,80
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$	830,06	260,89	442,00	1207,00
Bebek Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)	18,49	8,46	9,40	31,90
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 canlı doğumda)	23,73	10,59	11,40	40,00
Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda)	31,49	21,98	14,60	79,00
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	74,99	2,96	68,00	78,00
Genel Kanser İnsidansı	193,25	47,63	49,29	233,00
KOAH İnsidansı	3,99	2,35	2,10	7,70
HT İnsidansı	19,73	8,11	12,70	31,80
Obeziteİnsidansı	16,95	3,05	12,00	22,30
Diyabet İnsidansı	13,06	3,12	7,80	18,40
Alkol Kullanımı %	11,69	1,37	10,40	14,90
Tütün Kullanımı %	27,99	3,38	21,80	32,90

Aşağıda Tablo'9 da çalışmada değerlendirmeye alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlerin Pearson korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri gösterilmiştir.

Tablo9. Korelasyon ve Regresyon Analizi Sonuçları

		Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH \$	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	r	-0,948**	-0,957**	0,355	-0,968**
	p	<0,001	<0,001	0,148	<0,001
	n	18	18	18	18
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	r	-0,959**	-0,941**	0,406	-0,969**
	p	<0,001	<0,001	0,095	<0,001
	n	18	18	18	18
Anne Ölüm Oranı, (100.000 canlı doğumda)	r	-0,860**	-0,960**	0,108	-0,928**
	p	<0,001	<0,001	0,669	<0,001
	n	18	18	18	18
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	r	0,879**	0,893**	-0,207	0,897**
	p	<0,001	<0,001	0,410	<0,001
	n	18	18	18	18
Genel Kanser İnsidansı (100.000 de)	r	0,700**	0,836**	0,075	0,757**
	p	<0,001	<0,001	0,767	<0,001
	n	18	18	18	18
KOAİH İnsidansı	r	0,889**	0,667**	-0,676**	0,823**
	p	<0,001	0,002	0,002	<0,001
	n	18	18	18	18
HT İnsidansı	r	-0,615*	-0,807**	-0,115	-0,740**
	p	0,007	<0,001	0,650	<0,001
	n	18	18	18	18
Obozite İnsidansı	r	0,617*	0,470*	-0,628*	0,595*
	p	0,006	0,049	0,005	0,009
	n	18	18	18	18
Diyabet İnsidansı	r	0,685*	0,859**	-0,081	0,719*
	p	0,002	<0,001	0,749	0,001
	n	18	18	18	18
Alkol Kullanımı %	r	0,575*	0,483*	-0,355	0,550*
	p	0,013	0,042	0,148	0,018
	n	18	18	18	18
Tütün Kullanımı %	r	-0,775**	-0,738**	0,396	-0,722**
	p	<0,001	<0,001	0,104	0,001
	n	18	18	18	18

r: Pearson Korelasyon katsayısı, ** $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı, * $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı

Bu sonuçlar kapsamında aşağıda değerlendirmeleri yapılmıştır.

4.1.1.Bebek Ölüm Hızı

2000-2017 yıllarına ait 18 yıllık bağımlı değişken bebek ölüm hızı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 10' da gösterilmiştir.

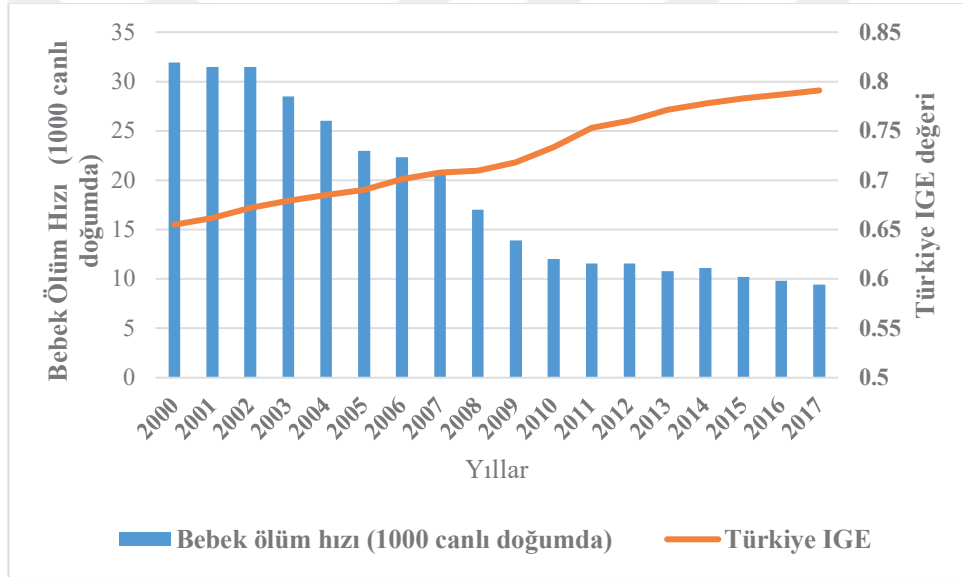
Tablo10 : Bebek ölüm hızı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri (2000-2017)

	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Türkiye (İnsani Gelişim Endeksi) IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	31,9	0,655	4,229	4,8	457
2001	31,5	0,662	3,084	5,1	442
2002	31,5	0,672	3,581	5,2	481
2003	28,5	0,679	4,698	5,2	493
2004	26	0,685	5,961	5,2	560
2005	23	0,690	7,304	5,2	619
2006	22,3	0,701	7,906	5,6	755
2007	20,7	0,708	9,656	5,8	851
2008	17	0,71	10,931	5,8	924
2009	13,9	0,718	8,980	5,8	889
2010	12,0	0,734	10,560	5,3	917
2011	11,6	0,753	11,205	4,9	957
2012	11,6	0,76	11,588	4,7	968
2013	10,8	0,771	11,480	4,7	1035
2014	11,1	0,778	12,112	4,6	1111
2015	10,2	0,783	11,019	4,5	1112
2016	9,8	0,787	10,883	4,6	1163
2017	9,4	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 10'da, BÖH ve Türkiye İGE değerleri arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde rakamsal olarak BÖH'ün düşme eğilimine karşılık Türkiye İGE değerinin yükselmekte olduğu görülmektedir.

Bu verilerle yapılan korelasyon analizine göre, bebek ölüm hızı ile Türkiye İGE değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0,948$; $P<0,001$). Şekil 10'da görüldüğü gibi Türkiye İGE değeri arttıkça BÖH'nın düştüğü ya da diğer bir ifade ile BÖH düştükçe Türkiye İGE değerinin yükseldiği görülmektedir.

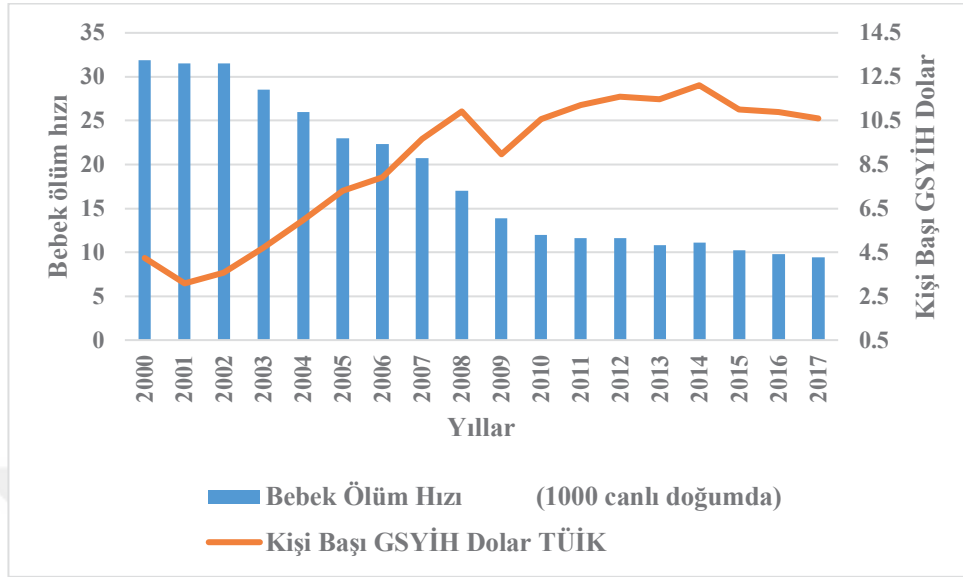
Şekil 10: Bebek ölüm hızı ve Türkiye İGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



Tablo 10'da, BÖH ve Kişi Başı GSYİH arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde rakamsal olarak BÖH'ün düşme eğilimine karşılık Kişi Başı GSYİH'nın yükselmekte olduğu görülmektedir.

Bu verilerle yapılan korelasyon analizine göre, BÖH ile Kişi Başı GSYİH arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0,957$; $P<0,001$). Şekil 11'de görüldüğü gibi Kişi Başı GSYİH arttıkça BÖH'nın düştüğü görülmektedir.

Şekil 11: Bebek ölüm hızı ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

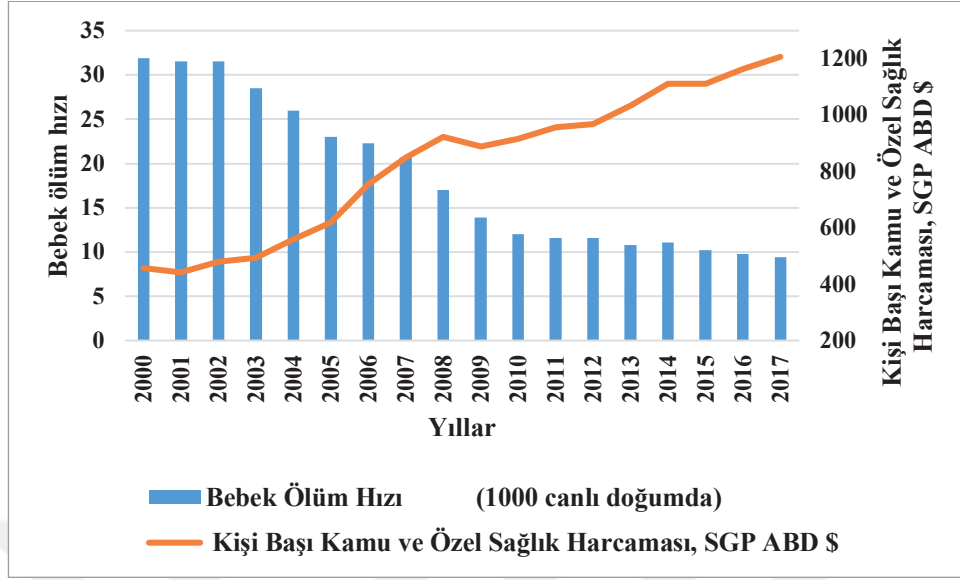


BÖH ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde rakamsal olarak BÖH'ün düşme eğilimine karşılık, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının yükselmekte olduğu Tablo 10'da görülmektedir.

Bu verilerle yapılan korelasyon analizine göre BÖH ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,968$; $P<0,001$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça bebek ölüm hızının düştüğü gözlenmiştir.

Şekil 11'de değişkenler arasındaki negatif yönlü ilişki çok net olarak görülmektedir.

Şekil 12. Bebek ölüm hızı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

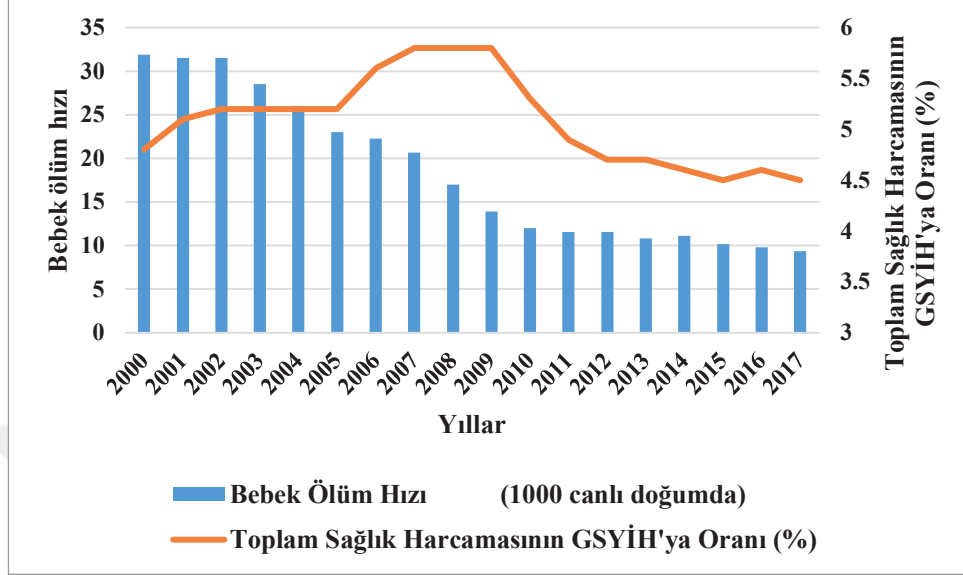


Tablo 10' de BÖH ve toplam sağlık harcamasının GSMH'ya oranı (%) arasındaki 18 yıllık değerlere rakamsal olarak bakıldığında BÖH'ün düşme eğilimine karşılık, toplam sağlık harcamasının GSMH'ya oranı (%)'nda son yıllara doğru azalma olduğu görülmektedir.

Bu verilerle yapılan korelasyon analizine göre de BÖH ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=0,355$; $P=0,148$).

BÖH ile Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişki korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamış, ancak Tablo 10' de rakamsal olarak ve Şekil 12' de de grafikte görüldüğü gibi 2006-2010 yılları arasında artma gösteren toplam sağlık harcamasının GSMH'ya oranı (%)'nı paralelinde BÖH'te düşme eğilimi görülmektedir.

Şekil13: Bebek ölüm hızı ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı yıllara göre seyri, 2000-2017,Türkiye



4.1.2. Beş yaş altı ölüm hızı

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken 5 yaş altı ölüm hızı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 11’de gösterilmiştir.

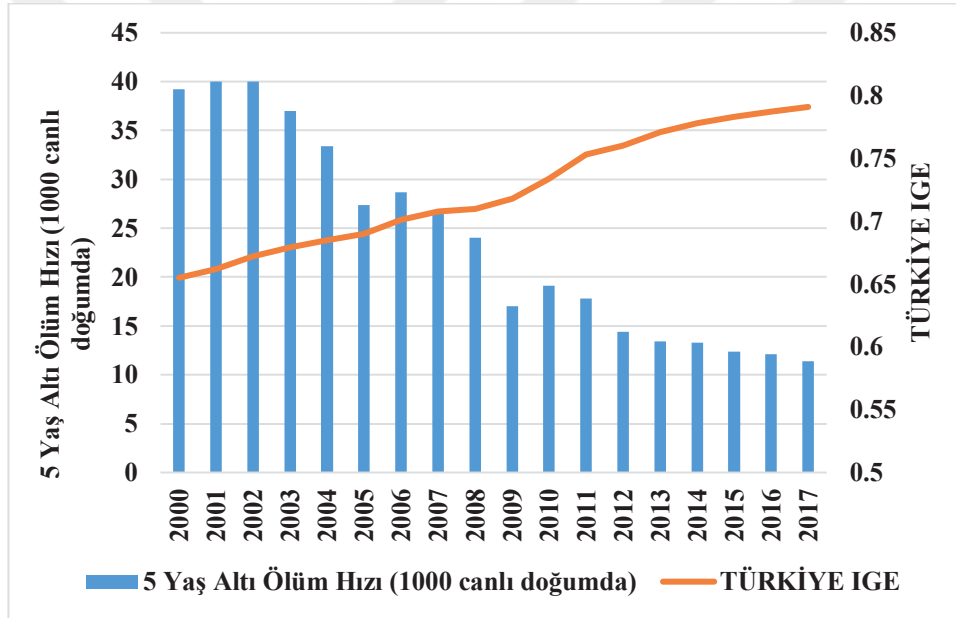
Tablo 11: 5 yaş altı ölüm hızı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	39,2	0,655	4,229	4,8	457
2001	40	0,662	3,084	5,1	442
2002	40	0,672	3,581	5,2	481
2003	37	0,679	4,698	5,2	493
2004	33,4	0,685	5,961	5,2	560
2005	27,4	0,690	7,304	5,2	619
2006	28,7	0,701	7,906	5,6	755
2007	26,6	0,708	9,656	5,8	851
2008	24	0,71	10,931	5,8	924
2009	17	0,718	8,980	5,8	889
2010	19,1	0,734	10,560	5,3	917
2011	17,8	0,753	11,205	4,9	957
2012	14,4	0,76	11,588	4,7	968
2013	13,4	0,771	11,480	4,7	1035
2014	13,3	0,778	12,112	4,6	1111
2015	12,4	0,783	11,019	4,5	1112
2016	12,1	0,787	10,883	4,6	1163
2017	11,4	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 11'de 5 yaş altı ölüm hızı İle Türkiye İGE değerleri arasındaki 18 yıllık ilişki rakamsal olarak değerlendirildiğinde 5 yaş altı ölüm hızının düşme eğilimine karşılık, Türkiye İGE değerlerinin bu dönemde yükselmekte olduğu görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon analizine göre 5 yaş altı ölüm hızı ile Türkiye İGE değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,959$; $P<0,001$). Türkiye İGE değeri arttıkça beş yaş altı ölüm hızının düştüğü gözlenmiştir. Ya da diğer bir yorumla 5 yaş altı ölüm hızı düştükçe Türkiye İGE değeri artmaktadır diyebiliriz.

Şekil 14: 5 yaş altı ölüm hızı ve Türkiye İGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

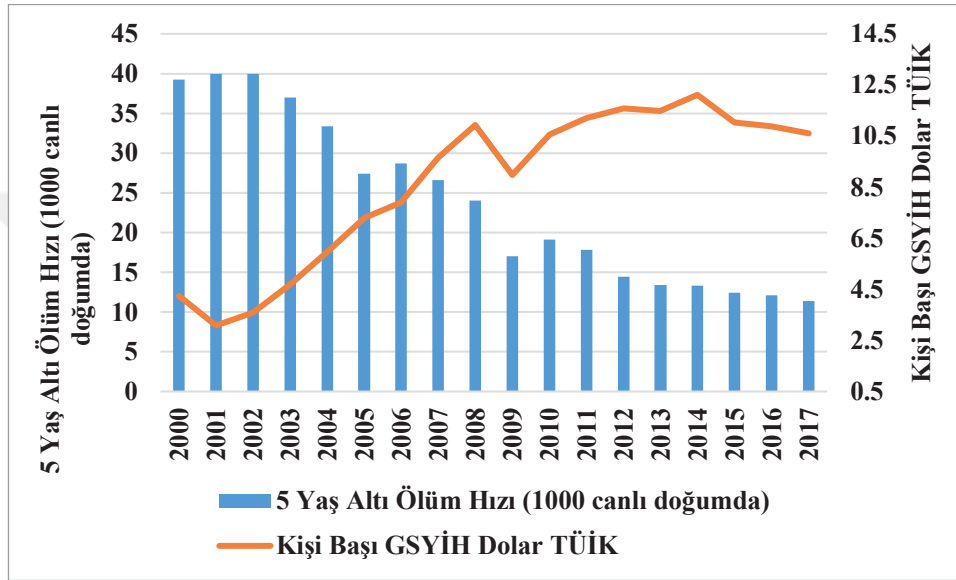


Şekil 14'te değişkenler arasındaki negatif yönlü ilişki çok net olarak görülmektedir.

Tablo 11'de 5 yaş altı ölüm hızı İle kişi başı GSYİH arasındaki 18 yıllık ilişkiye rakamsal olarak bakıldığında 5 yaş altı ölüm hızının düşme eğilimine karşılık, kişi başı GSYİH değerlerinin yükselmekte olduğu görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon analizine göre 5 yaş altı ölüm hızı ile kişi başı GSYİH (dolar) değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0,941; P<0,001$). Kişi başı GSYİH (dolar) arttıkça 5 yaş altı ölüm hızında düşme gözlenmiştir.

Şekil15: 5 yaş altı ölüm hızı ve kişi başı GSYİH değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

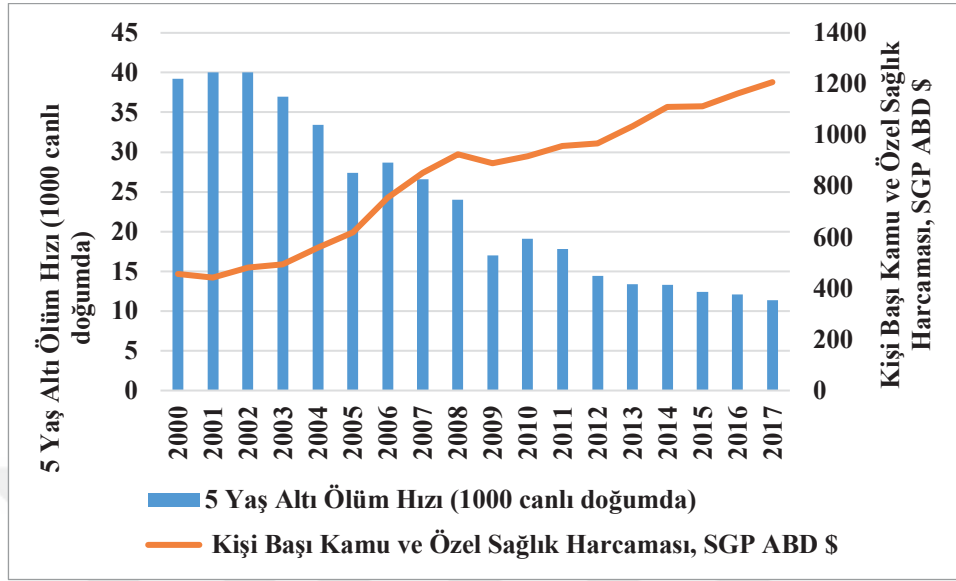


Şekil 15'te değişkenler arasındaki negatif yönlü ilişki çok net olarak görülmektedir.

5 yaş altı ölüm hızı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arasındaki 18 yıllık ilişkiye rakamsal olarak bakıldığında 5 yaş altı ölüm hızının düşme eğilimine karşılık, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerlerinin bu dönemde yükselme eğiliminde olduğu Tablo 11'de görülmektedir.

Bu veriler ile yapılan korelasyon analizinde 5 yaş altı ölüm hızı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0,969; P<0,001$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça 5 yaş altı ölüm hızının düştüğü gözlenmiştir.

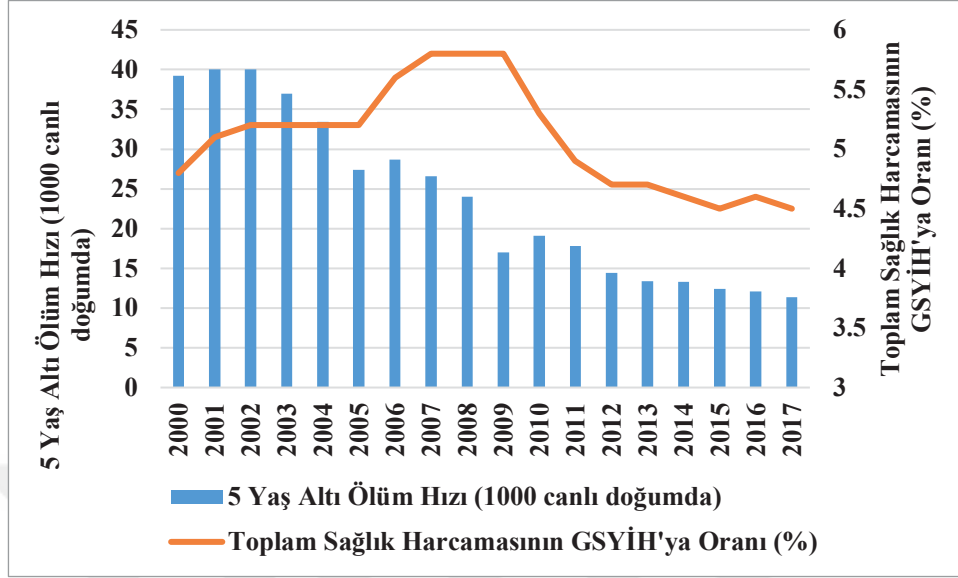
Şekil 16: 5 yaş altı ölüm hızı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



Şekil 16'da değişkenler arasındaki negatif yönlü ilişki çok net olarak görülmektedir.

5 yaş altı ölüm hızı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki 18 yıllık (2000-2017) ilişkisi değerlendirildiğinde 5 yaş altı ölüm hızı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı arasında pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon saptanmış, ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. ($r=0,406$; $P=0,095$)

Şekil17: 5 yaş altı ölüm hızı ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranının (%) yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



5 Yaş Altı Ölüm Hızı İle Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamış, ancak Tablo 10'da görüldüğü gibi 2006-2010 yılları arasında rakamsal olarak artma gösteren toplam sağlık harcamasının GSMH'ya oranında, 5 yaş altı ölüm hızında da düşme eğilimi görülmektedir. Yine aynı yıllar arasındaki 5 yaş altı ölüm hızı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki bu durum Şekil 17'de de göze çarpmaktadır.

4.1.3. Anne ölüm oranı

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken anne ölüm oranı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 12'de gösterilmiştir.

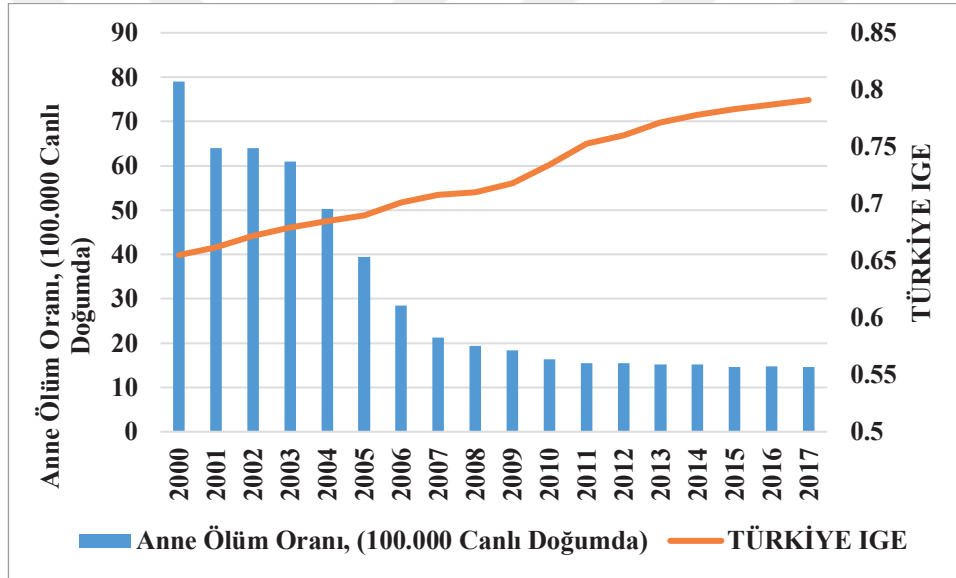
Tablo 12: Anne ölüm oranı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

Yıllar	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
	Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda)	Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	79	0,655	4,229	4,8	457
2001	64	0,662	3,084	5,1	442
2002	64	0,672	3,581	5,2	481
2003	61	0,679	4,698	5,2	493
2004	50,2	0,685	5,961	5,2	560
2005	39,5	0,690	7,304	5,2	619
2006	28,5	0,701	7,906	5,6	755
2007	21,2	0,708	9,656	5,8	851
2008	19,4	0,71	10,931	5,8	924
2009	18,4	0,718	8,980	5,8	889
2010	16,4	0,734	10,560	5,3	917
2011	15,5	0,753	11,205	4,9	957
2012	15,4	0,76	11,588	4,7	968
2013	15,2	0,771	11,480	4,7	1035
2014	15,2	0,778	12,112	4,6	1111
2015	14,6	0,783	11,019	4,5	1112
2016	14,7	0,787	10,883	4,6	1163
2017	14,6	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 12'de Anne Ölüm Oranı ve Türkiye İGE değerleri arasındaki yıllara göre seyri rakamsal olarak incelendiğinde, anne ölüm oranı düşerken, Türkiye İGE değerlerinin yükseldiği görülmektedir

Bu veriler ile yapılan korelasyon analizinde Anne Ölüm Oranı ve Türkiye İGE değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,860; P<0,001$). Türkiye İGE değeri arttıkça anne ölüm oranının düştüğü gözlenmiştir. Diğer bir ifade ile anne ölüm oranı düştükçe Türkiye İGE değerinin arttığı görülmektedir.

Şekil 18: Anne ölüm oranı ve Türkiye İGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



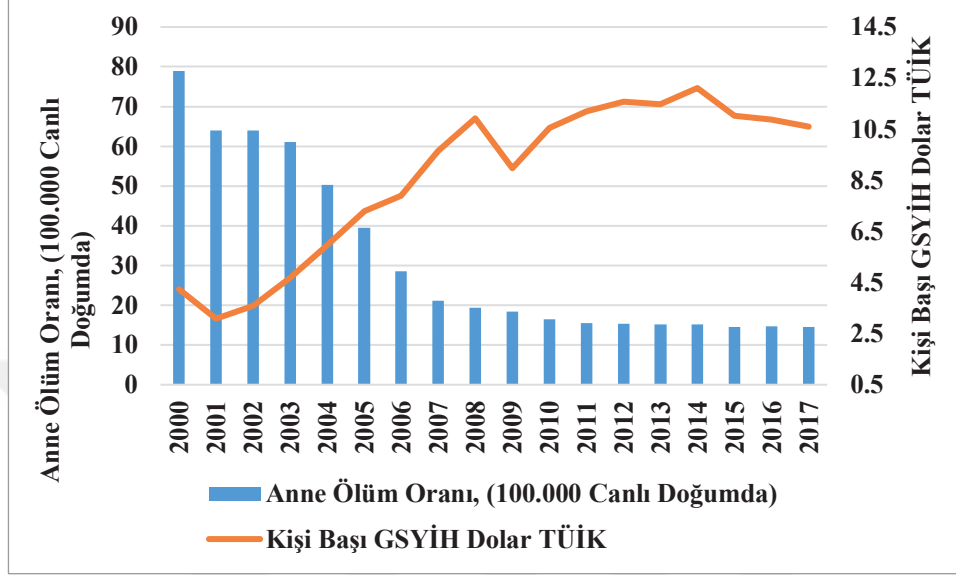
Şekil 18' da değişkenler arasındaki negatif yönlü ilişki çok net olarak görülmektedir

Tablo 12'de anne ölüm oranı ile kişi başı GSYİH (dolar)' nın yıllara göre seyri rakamsal olarak incelendiğinde, kişi başı GSYİH (dolar) arttıkça anne ölüm oranının düştüğü görülmektedir.

Bu verilerle yapılan korelasyon analizine göre anne ölüm oranı ile kişi başı GSYİH (dolar) arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır

($r=-0,960$; $P<0,001$). Kişi başı GSYİH değeri arttıkça anne ölüm oranının seviyesinde düşme gözlenmiştir.

Şekil 19: Anne ölüm oranı ve kişi başı GSYİH (dolar)' nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

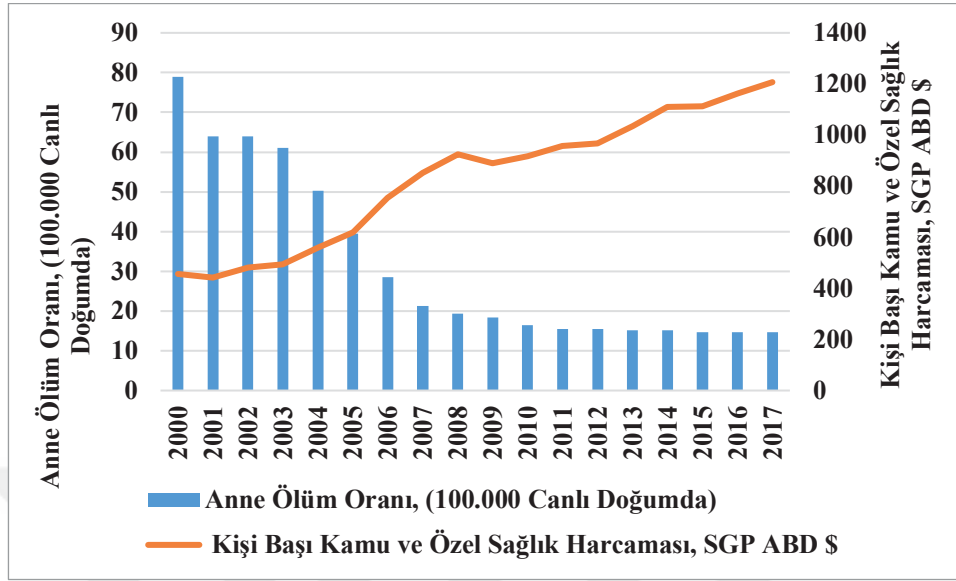


Şekil 19'da bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi ve aralarındaki negatif ilişki çok net görülmektedir.

Tablo 12'de anne ölüm oranının düşme eğilimine karşılık, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerlerinin 18 yıllık dönemde yükselme eğiliminde olduğu görülmektedir

Yapılan korelasyon analizine göre anne ölüm oranı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında da negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,928$; $P<0,001$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça anne ölüm oranının düştüğü gözlenmiştir.

Şekil20: Anne ölüm oranı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

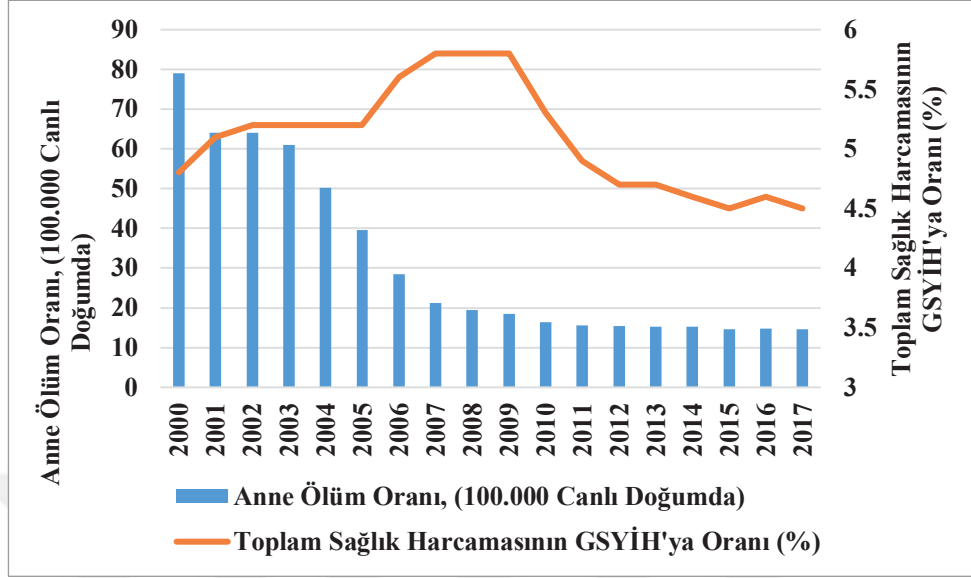


Bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi ve aralarındaki negatif ilişki Şekil 20'de çarpıcı bir şekilde görülmektedir.

Anne ölüm oranı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH (%)' ya oranı arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde anne ölüm oranı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=0,108$; $P=0,669$).

Anne ölüm oranı ile Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamış, ancak Tablo 12' de görüldüğü gibi 2006-2010 yılları arasında rakamsal olarak artma gösteren toplam sağlık harcamasının GSMH'ya oranında, anne ölüm oranında düşme eğilimi görülmektedir. Yine aynı yıllar arasındaki anne ölüm oranı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki bu durum Şekil 20'de de göze çarpmaktadır.

Şekil21: Anne ölüm oranı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH (%) ' ya oranının yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



4.1.4.Doğumda beklenen yaşam süresi

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken doğumda beklenen yaşam süresi ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

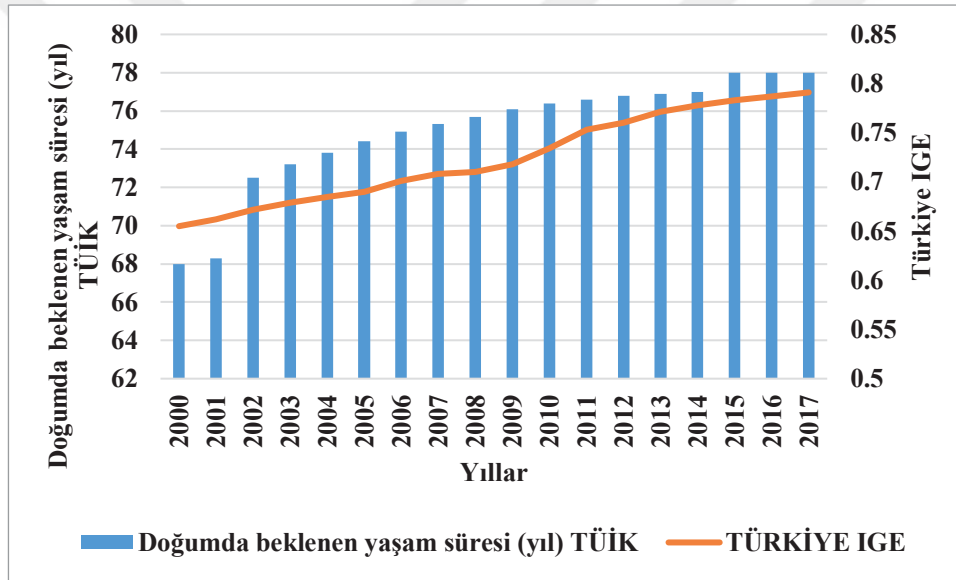
Tablo 13: Doğumda beklenen yaşam süresi ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) TÜİK	TÜRKİYE IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	68	0,655	4,229	4,8	457
2001	68,3	0,662	3,084	5,1	442
2002	72,5	0,672	3,581	5,2	481
2003	73,2	0,679	4,698	5,2	493
2004	73,8	0,685	5,961	5,2	560
2005	74,4	0,690	7,304	5,2	619
2006	74,9	0,701	7,906	5,6	755
2007	75,3	0,708	9,656	5,8	851
2008	75,7	0,71	10,931	5,8	924
2009	76,1	0,718	8,980	5,8	889
2010	76,4	0,734	10,560	5,3	917
2011	76,6	0,753	11,205	4,9	957
2012	76,8	0,76	11,588	4,7	968
2013	76,9	0,771	11,480	4,7	1035
2014	77	0,778	12,112	4,6	1111
2015	78	0,783	11,019	4,5	1112
2016	78	0,787	10,883	4,6	1163
2017	78	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 13'ta 18 yıllık dönemde doğumda beklenen yaşam süresi arttıkça, Türkiye IGE değerinin de arttığı görülmektedir

Yapılan korelasyon analizinde doğumda beklenen yaşam süresi ile Türkiye IGE değeri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,879$; $P<0,001$). Türkiye IGE değeri arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi değerinin de arttığı, ya da diğer bir yorumla doğumda beklenen yaşam süresi arttıkça IGE değerinin de arttığı görülmüştür.

Şekil 22: Doğumda beklenen yaşam süresi ve Türkiye IGE değerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



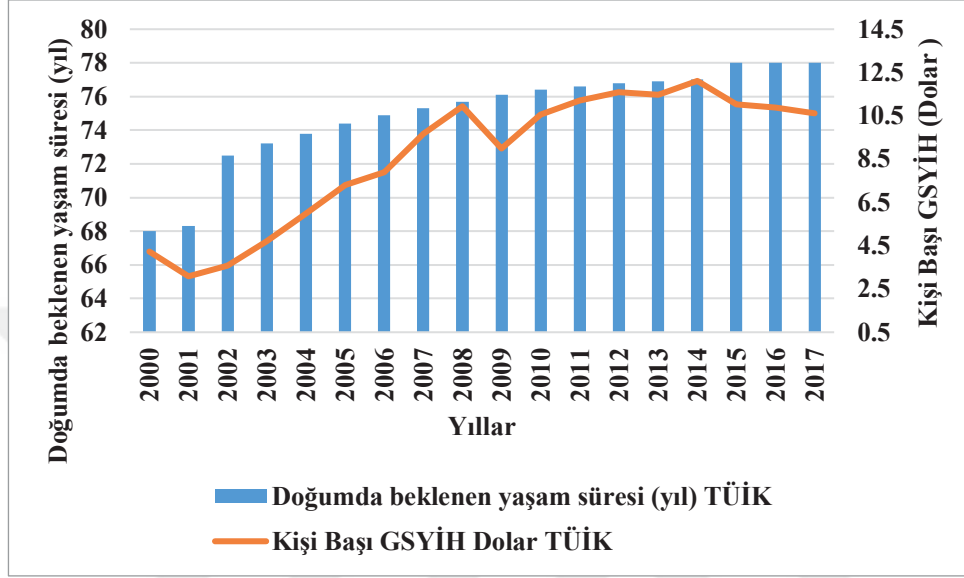
Bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi ve aralarındaki pozitif ilişki Şekil 22'de görülmektedir.

Tablo 13'te 18 yıllık dönemde doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri incelendiğinde, kişi başı GSYİH (dolar) arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinin de arttığı görülmektedir.

Yapılan korelasyon analizinde doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı GSYİH değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon

saptanmıştır ($r=0,893; P<0,001$). Kişi başı GSYİH (dolar) arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinde de artma görülmüştür.

Şekil 23: Doğumda beklenen yaşam süresi ve kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

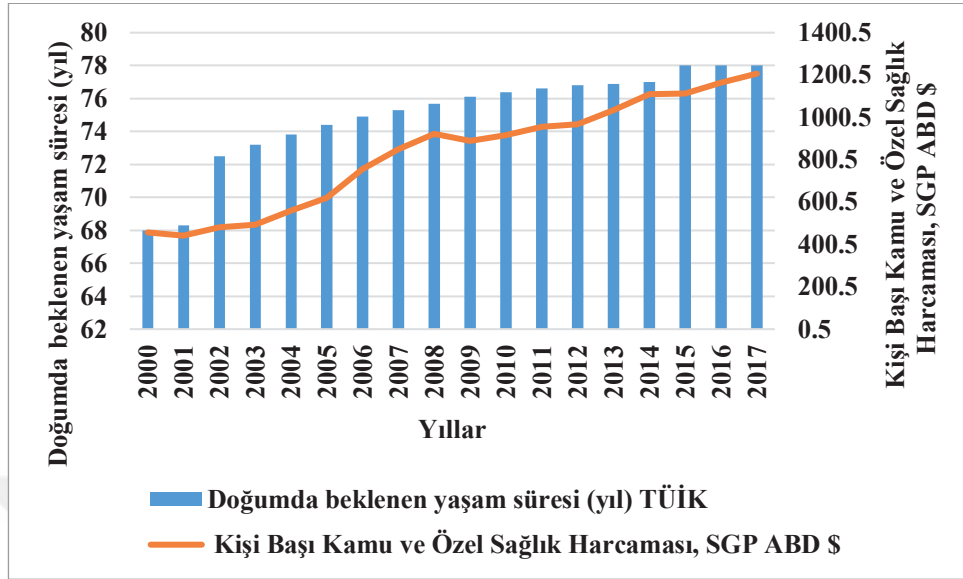


Bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi ve aralarındaki pozitif ilişki Şekil 23'te görülmektedir.

Tablo 13'te doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının yıllara göre seyri rakamsal olarak incelendiğinde, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinin de arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,897; P<0,001$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinin de arttığı gözlenmiştir. Diğer bir yorumla doğumda beklenen yaşam süresi arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının arttığı şeklinde de ifade edilebilir.

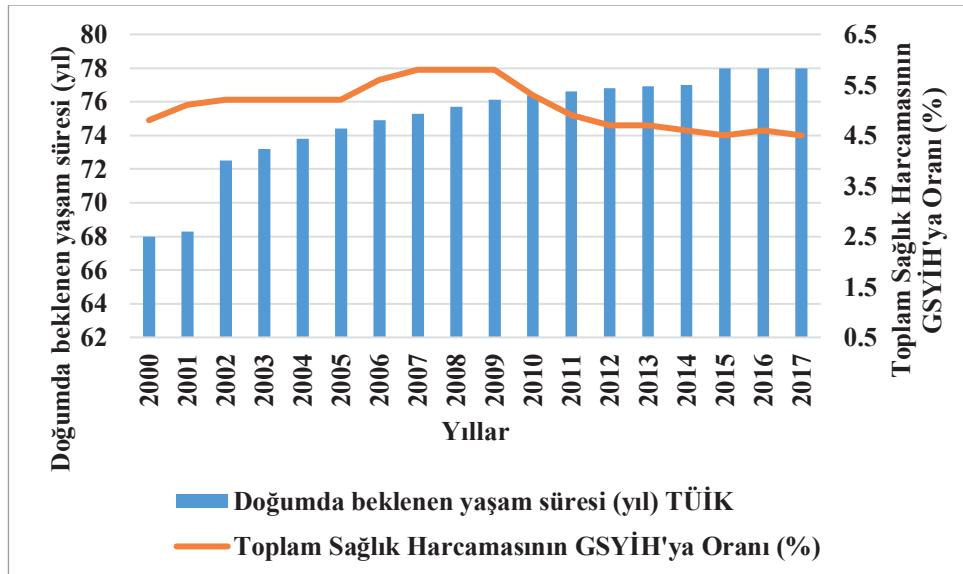
Şekil 24: Doğumda beklenen yaşam süresi ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması (Dolar) yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



Bu iki değişkenin zaman içerisindeki değişimi ve aralarındaki pozitif ilişki Şekil 24'te görülmektedir

Doğumda beklenen yaşam süresi ile toplam sağlık harcamasının GSYİH (%)'ya oranı arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=-0,207$; $P=0,410$).

Şekil 25: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ve Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%) nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



4.1.5.Genel Kanser İnsidansı

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken genel kanser insidansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 8' de gösterilmiştir.

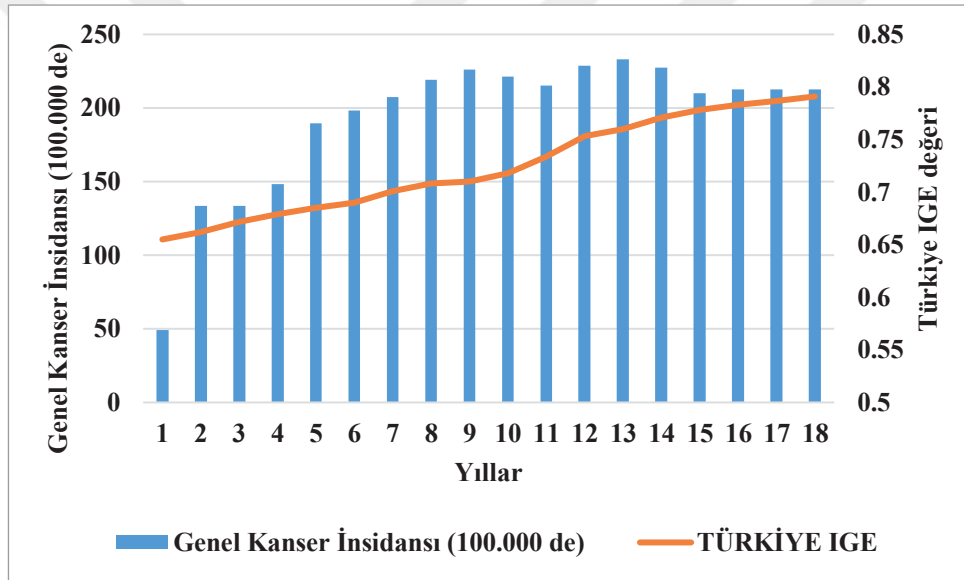
Tablo 14: Genel kanser insidansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

Yıllar	Bağımlı Değişken	Bağımlı Değişkenler			
	Genel Kanser İnsidansı (100.000 de)	TÜRKİYE IGE	Kişi Başı GSYİH Dolar TÜİK	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	49,29	0,655	4,229	4,8	457
2001	133,5	0,662	3,084	5,1	442
2002	133,5	0,672	3,581	5,2	481
2003	148,3	0,679	4,698	5,2	493
2004	189,6	0,685	5,961	5,2	560
2005	198,1	0,690	7,304	5,2	619
2006	207,3	0,701	7,906	5,6	755
2007	219,3	0,708	9,656	5,8	851
2008	226,3	0,71	10,931	5,8	924
2009	221,5	0,718	8,980	5,8	889
2010	215,1	0,734	10,560	5,3	917
2011	228,6	0,753	11,205	4,9	957
2012	233	0,76	11,588	4,7	968
2013	227,2	0,771	11,480	4,7	1035
2014	210,2	0,778	12,112	4,6	1111
2015	212,6	0,783	11,019	4,5	1112
2016	212,6	0,787	10,883	4,6	1163
2017	212,6	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 14'te genel kanser insidansı ve Türkiye IGE değerleri arasındaki 18 yıllık seyri rakamsal olarak incelendiğinde, genel kanser insidansı artarken Türkiye IGE değerlerinin de yükseldiği görülmektedir.

Bu veriler ile yapılan korelasyon analizine göre genel kanser insidansı ile Türkiye IGE değerleri arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,700$; $P<0,001$). Şekil 17'de de görüldüğü gibi Türkiye IGE değeri arttıkça genel kanser insidansının da arttığı görülmektedir.

Şekil 26: Genel kanser insidansı ve Türkiye IGE değerlerinin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

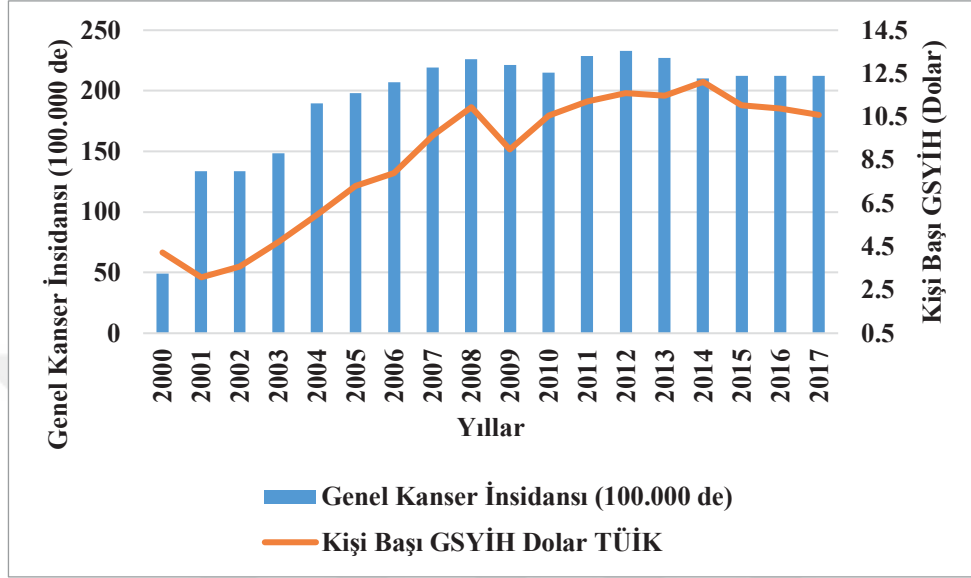


Tablo 14'te genel kanser insidansı ve kişi başı GSYİH (dolar) arasındaki değerlerin yıllara göre seyri incelendiğinde rakamsal olarak genel kanser insidansı da kişi başı GSYİH (dolar) da artmaktadır.

Bu veriler ile yapılan korelasyon analizine göre de genel kanser insidansı ile kişi başı GSYİH değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,836$; $P<0,001$). Kişi başı GSYİH değeri arttıkça genel kanser insidansı seviyesinde de artma gözlenmiştir.

Şekil 26'da da görüldüğü gibi genel kanser insidansı arttıkça kişi başı GSYİH (dolar)'nın da arttığı görülmektedir.

Şekil 27: Genel kanser insidansı ve kişi başı GSYİH yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

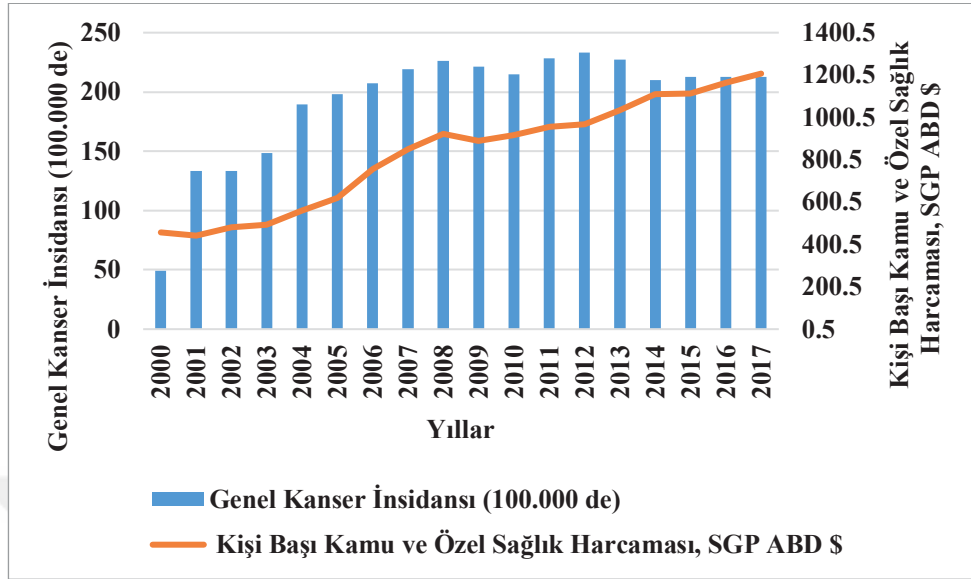


Tablo 14'te genel kanser insidansı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının 18 yıllık seyri rakamsal olarak yıllara göre incelendiğinde, genel kanser insidansı artarken Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının da arttığı görülmektedir.

Bu veriler ile yapılan korelasyon analizine göre genel kanser insidansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,757; P<0,001$). Genel kanser insidansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı gözlenmiştir.

Şekil 27'de de genel kanser insidansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasındaki pozitif yönlü bu artış oldukça net görülmektedir.

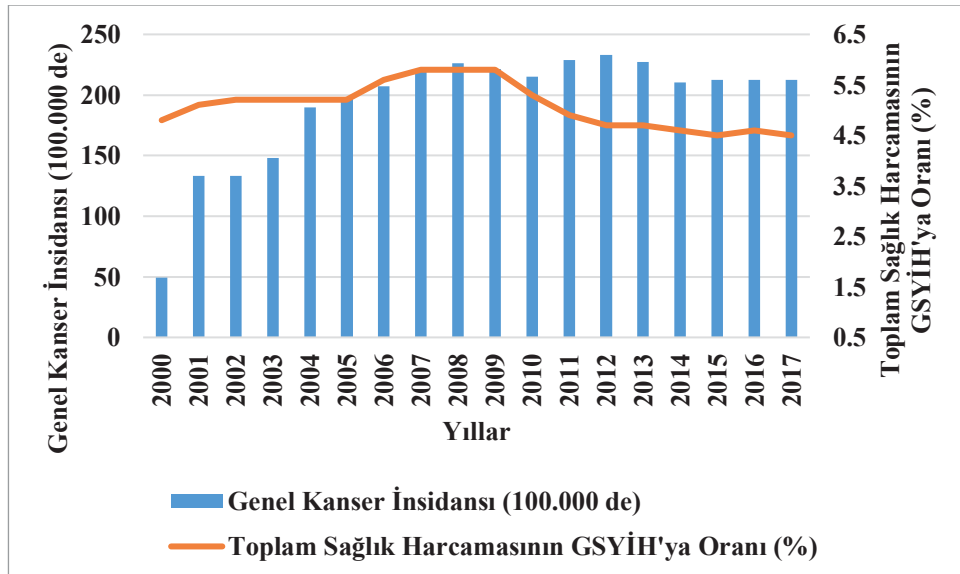
Şekil 28: Genel kanser insidansı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



Tablo 14' te genel kanser insidansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)'nin yıllara göre seyri rakamsal olarak görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon çalışmasında genel kanser insidansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=0,075$; $P=0,767$).).

Şekil 29: Genel kanser insidansı ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)'nin yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



4.1.6. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

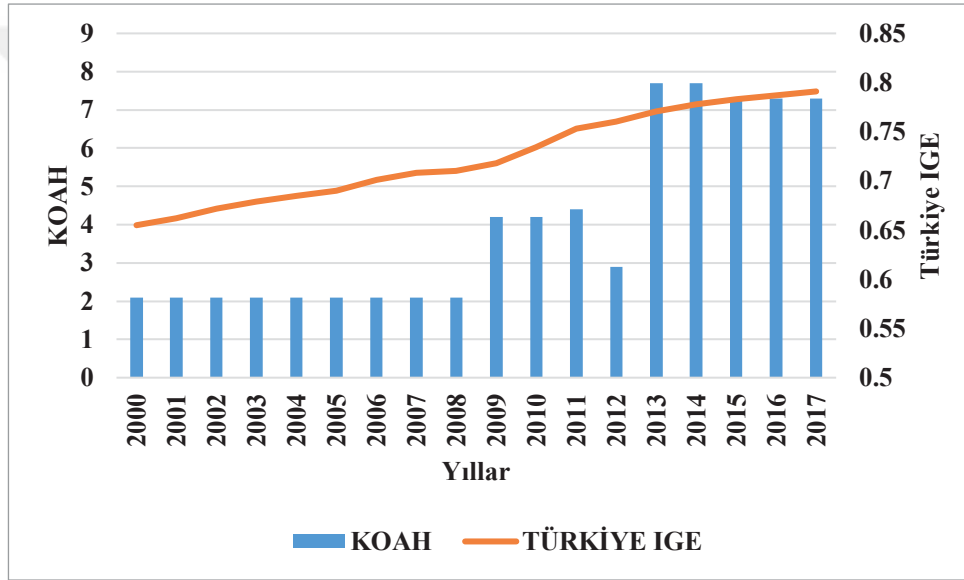
Tablo 15: KOAH prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	KOAH	TÜRKİYE IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	2,1	0,655	4,229	4,8	457
2001	2,1	0,662	3,084	5,1	442
2002	2,1	0,672	3,581	5,2	481
2003	2,1	0,679	4,698	5,2	493
2004	2,1	0,685	5,961	5,2	560
2005	2,1	0,690	7,304	5,2	619
2006	2,1	0,701	7,906	5,6	755
2007	2,1	0,708	9,656	5,8	851
2008	2,1	0,71	10,931	5,8	924
2009	4,2	0,718	8,980	5,8	889
2010	4,2	0,734	10,560	5,3	917
2011	4,4	0,753	11,205	4,9	957
2012	2,9	0,76	11,588	4,7	968
2013	7,7	0,771	11,480	4,7	1035
2014	7,7	0,778	12,112	4,6	1111
2015	7,3	0,783	11,019	4,5	1112
2016	7,3	0,787	10,883	4,6	1163
2017	7,3	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 9'da KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) ile Türkiye IGE değerleri seyri yıllara göre incelendiğinde, KOAH prevalansı artarken Türkiye IGE değerlerinin de arttığı görülmektedir.

Bu veriler ile yapılan korelasyon analizine göre KOAH ile Türkiye IGE değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,889$; $P<0,001$). Türkiye IGE değeri arttıkça KOAH prevalans değerinin de arttığı gözlenmiştir.

Şekil 30: KOAH prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

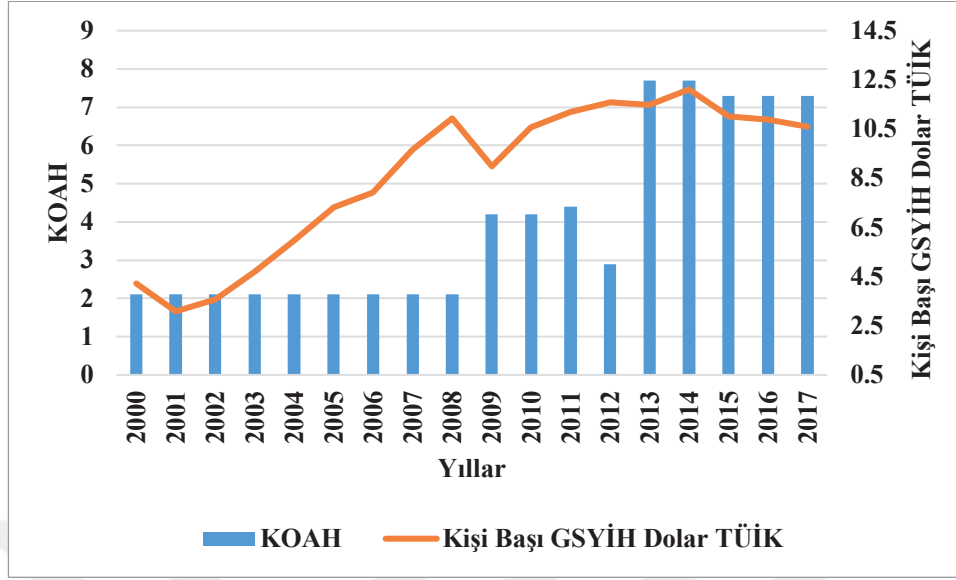


Şekil 30'da da Türkiye IGE değeri arttıkça KOAH prevalans değerinin de arttığı oldukça net görülmektedir.

Tablo 8'de KOAH prevalansı ile kişi başı GSYİH (dolar) seyri yıllara göre incelendiğinde, KOAH prevalansı artarken kişi başı GSYİH (dolar) 'nın da arttığı görülmektedir.

Bu veriler kapsamında korelasyon analizine göre KOAH prevalansı ile kişi başı GSYİH değerleri arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,667$; $P<0,002$). KOAH prevalansı arttıkça kişi başı GSYİH da da artma gözlenmiştir.

Şekil 31: KOAH prevalansı ile kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye

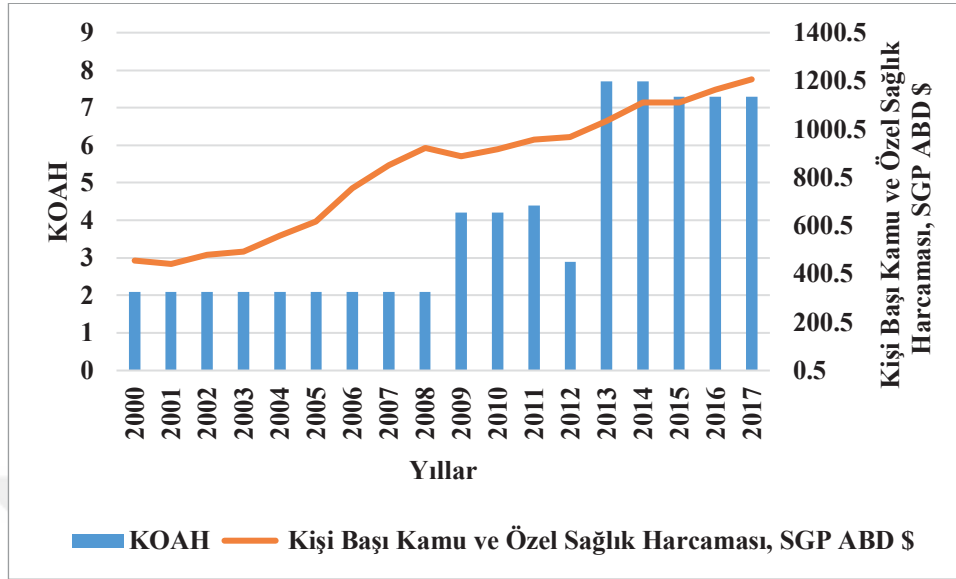


Şekil 30'da KOAH prevalansı arttıkça Kişi başı GSYİH da da artma görülmektedir.

Tablo 15'te KOAH prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması seyri yıllara göre incelendiğinde, KOAH prevalansı artarken kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı görülmektedir.

Bu veriler kapsamında korelasyon analizine göre KOAH prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,823$; $P<0,001$). KOAH prevalansı arttıkça Kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı gözlenmiştir.

Şekil32: KOAH prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

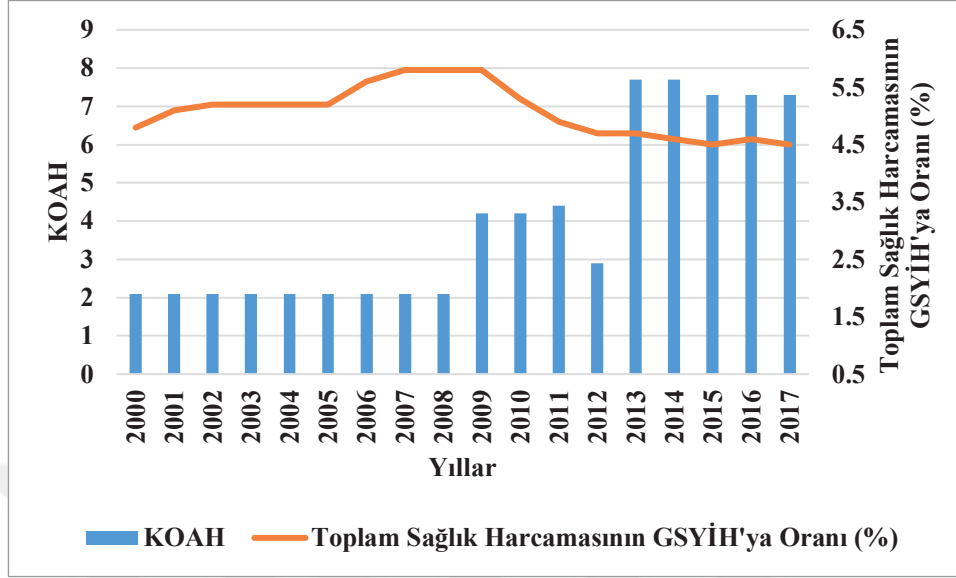


Şekil 32'te KOAH prevalansı arttıkça Kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı görülmektedir.

Tablo 15'te KOAH prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranının seyri yıllara göre incelendiğinde, KOAH prevalansı artarken toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%)'nin azaldığı görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon çalışmasına göre KOAH prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü anlamlı bir korelasyona rastlanmıştır ($r=-0,676; P=0,002$). Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı azaldıkça KOAH prevalansının arttığı gözlenmiştir.

Şekil33: KOAH prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



Şekil 33'te toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%)' nın azaldıkça KOAH prevalansının arttığı görülmektedir.

4.1.7. HT (Hipertansiyon)

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken HT prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 16' da görülmektedir.

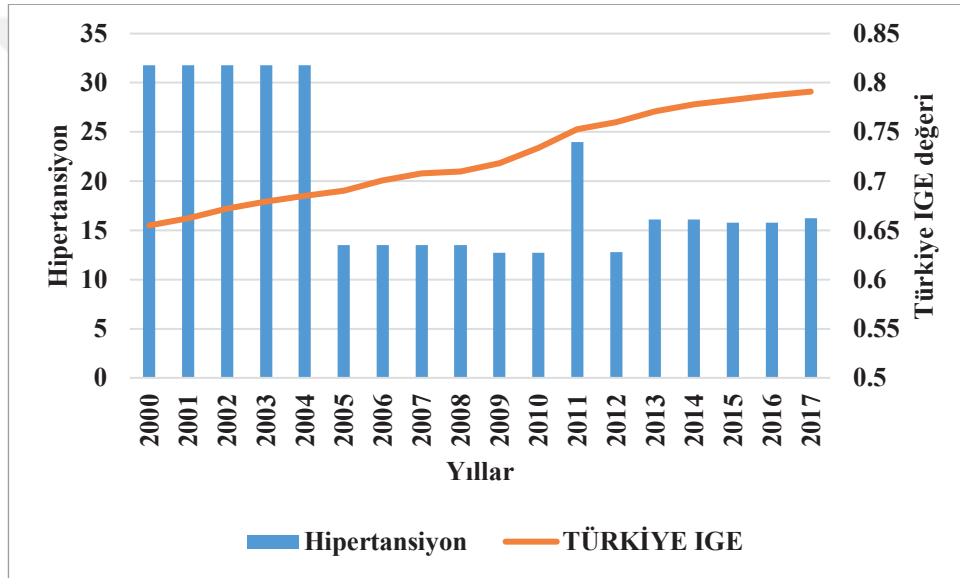
Tablo 16: HT prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017, Türkiye

	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	Hipertansiyon	TÜRKİYE IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	31,8	0,655	4,229	4,8	457
2001	31,8	0,662	3,084	5,1	442
2002	31,8	0,672	3,581	5,2	481
2003	31,8	0,679	4,698	5,2	493
2004	31,8	0,685	5,961	5,2	560
2005	13,5	0,690	7,304	5,2	619
2006	13,5	0,701	7,906	5,6	755
2007	13,5	0,708	9,656	5,8	851
2008	13,5	0,71	10,931	5,8	924
2009	12,7	0,718	8,980	5,8	889
2010	12,7	0,734	10,560	5,3	917
2011	24	0,753	11,205	4,9	957
2012	12,8	0,76	11,588	4,7	968
2013	16,1	0,771	11,480	4,7	1035
2014	16,1	0,778	12,112	4,6	1111
2015	15,8	0,783	11,019	4,5	1112
2016	15,8	0,787	10,883	4,6	1163
2017	16,2	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 16'da HT ile Türkiye IGE değerleri seyri yıllara göre incelendiğinde, HT (Hipertansiyon) prevalansı azalırken Türkiye IGE değerlerinin arttığı görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon analizine göre Hipertansiyon ile Türkiye IGE değerleri arasında negatif yönde güçlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,615; P<0,007$). Türkiye IGE değeri arttıkça HT prevalansının düştüğü gözlenmiştir.

Şekil 34: Hipertansiyon prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

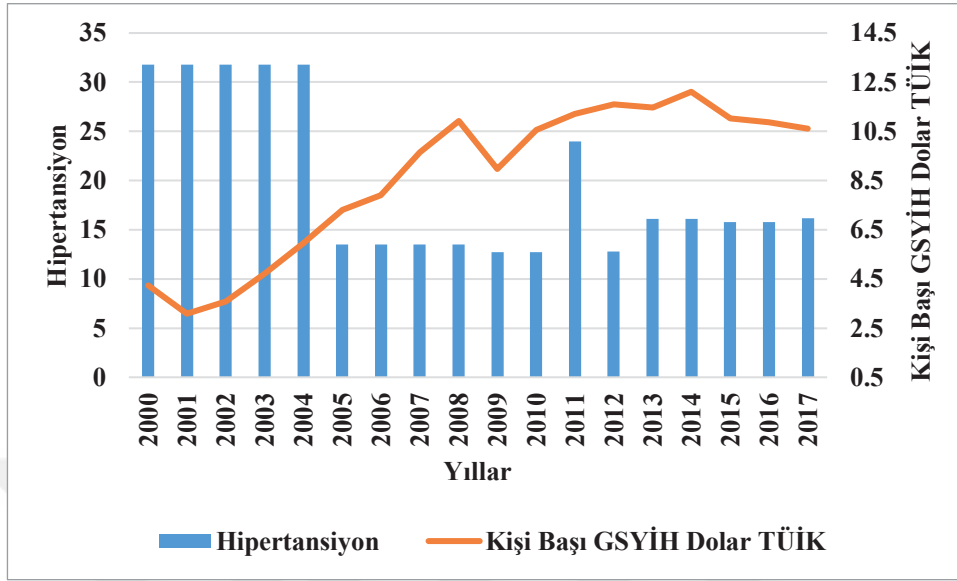


Şekil 34'te Türkiye IGE değeri arttıkça HT prevalansının düştüğü görülmektedir.

Tablo 16'da HT (Hipertansiyon) ile kişi başı GSYİH (dolar) seyri yıllara göre incelendiğinde, HT (Hipertansiyon) prevalansı azalırken kişi başı GSYİH arttığı görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon analizine göre HT (Hipertansiyon) ile kişi başı GSYİH değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,807; P<0,001$). Kişi başı GSYİH değeri arttıkça HT prevalans seviyesinde düşme gözlenmiştir.

Şekil 35: Hipertansiyon prevalansı kişi başı GSYİH'nın yıllara göre seyri, 2000-2017, Türkiye



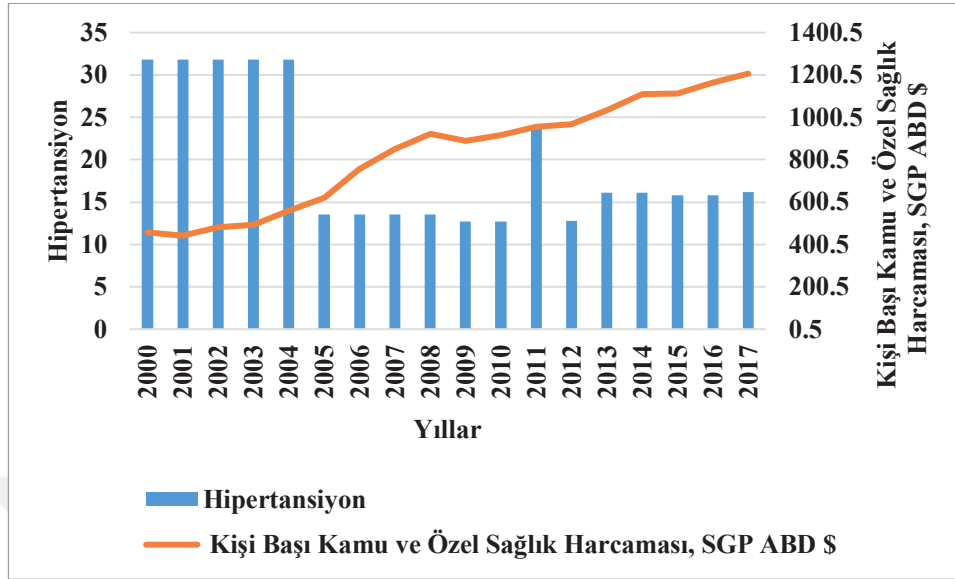
Şekil 35'te kişi başı GSYİH değeri arttıkça hipertansiyon prevalans seviyesinde düşme görülmektedir.

Tablo 16 'da hipertansiyon ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması seyri yıllara göre incelendiğinde, Hipertansiyon prevalansı azalırken kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttığı görülmektedir.

Bu veriler kapsamında yapılan korelasyon analizine göre hipertansiyon ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında negatif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,740; P<0,001$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça HT prevalansının düştüğü gözlenmiştir.

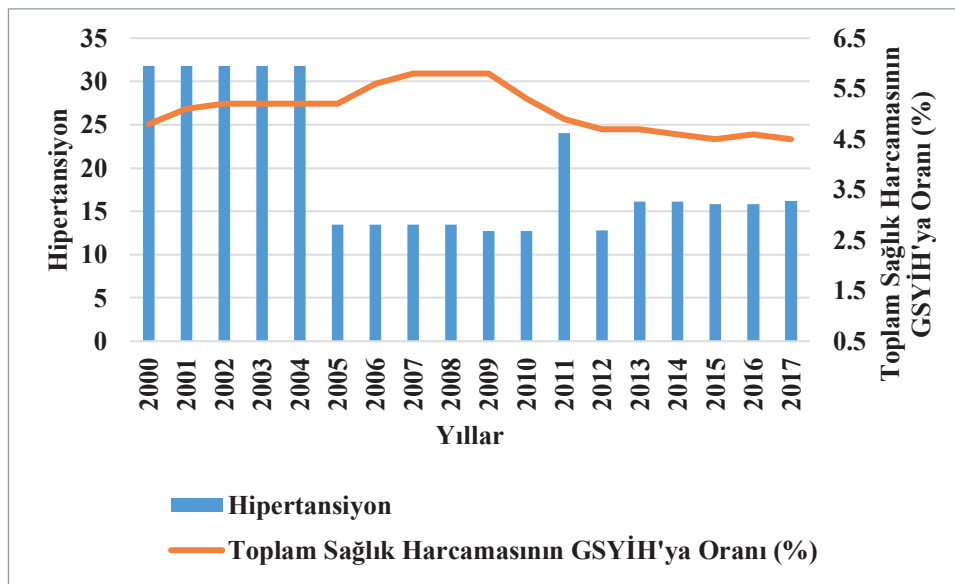
Şekil 36' te kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça hipertansiyon prevalansının düştüğü görülmektedir.

Şekil 36: Hipertansiyon prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



Hipertansiyon ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişkisi değerlendirildiğinde, hipertansiyon prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı(%) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=-0,115$; $P=0,650$).

Şekil 37: Hipertansiyon prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



4.1.8. Obezite

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken Obezite Prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17: Obezite prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017, Türkiye

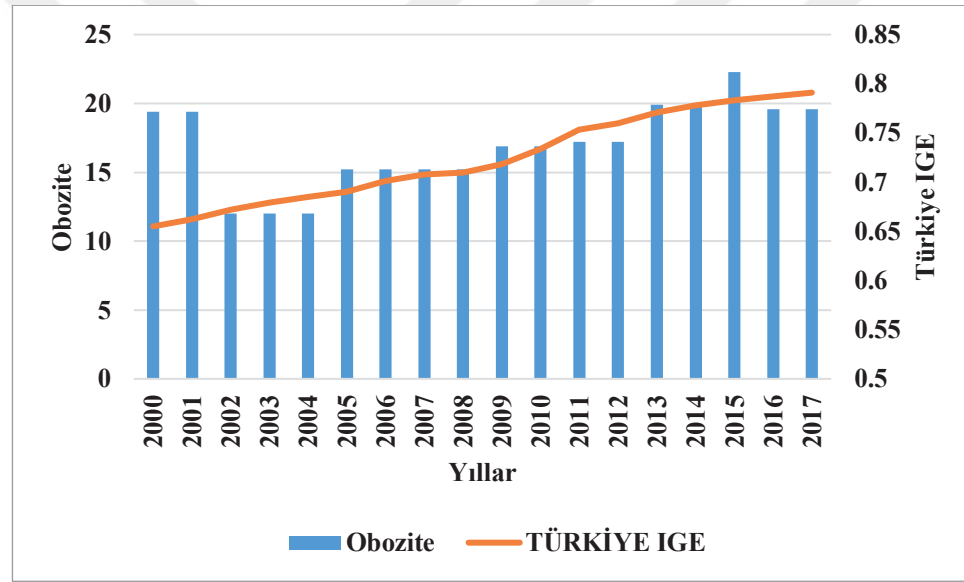
	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	Obezite	Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	19,4	0,655	4,229	4,8	457
2001	19,4	0,662	3,084	5,1	442
2002	12	0,672	3,581	5,2	481
2003	12	0,679	4,698	5,2	493
2004	12	0,685	5,961	5,2	560
2005	15,2	0,690	7,304	5,2	619
2006	15,2	0,701	7,906	5,6	755
2007	15,2	0,708	9,656	5,8	851
2008	15,2	0,71	10,931	5,8	924
2009	16,9	0,718	8,980	5,8	889
2010	16,9	0,734	10,560	5,3	917
2011	17,2	0,753	11,205	4,9	957
2012	17,2	0,76	11,588	4,7	968
2013	19,9	0,771	11,480	4,7	1035
2014	19,9	0,778	12,112	4,6	1111
2015	22,3	0,783	11,019	4,5	1112
2016	19,6	0,787	10,883	4,6	1163
2017	19,6	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 17'de obezite prevalansı ile Türkiye IGE değerleri seyri yıllara göre incelendiğinde, obezite prevalansı artarken Türkiye IGE değerlerinin de arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre obezite prevalansı ile Türkiye IGE değerleri arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmış ($r=0,617$; $P<0,006$), Türkiye IGE değeri arttıkça obezite prevalansının arttığı gözlenmiştir.

Şekil 38'de Türkiye IGE değeri arttıkça obezite prevalansının arttığı görülmektedir.

Şekil 38: Obezite prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

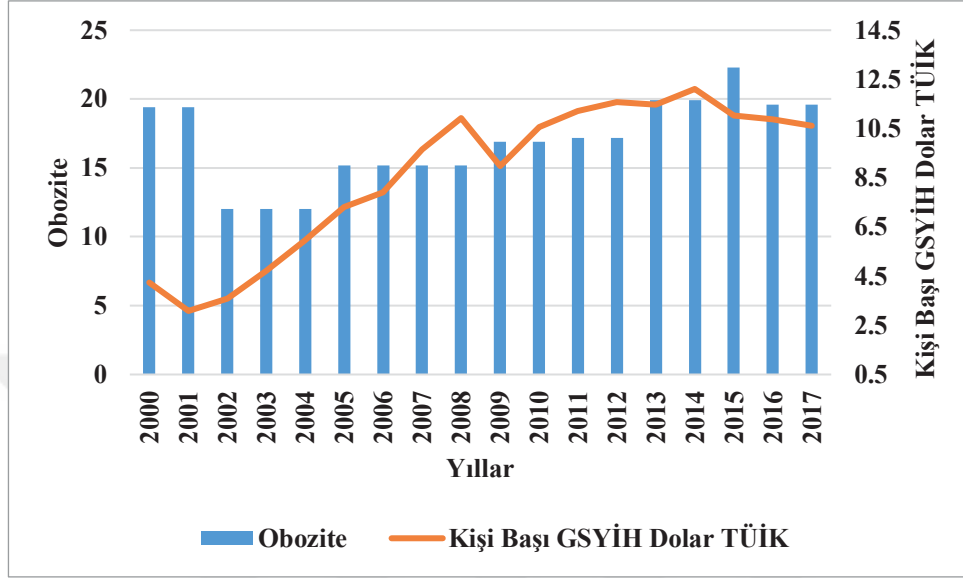


Tablo 17'de obezite prevalansı ile kişi başı GSYİH (dolar) seyri yıllara göre incelendiğinde, obezite prevalansı azalırken kişi başı GSYİH (dolar) arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre obezite prevalansı ile kişi başı GSYİH arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,470$; $P<0,049$). Kişi başı GSYİH değeri arttıkça obezite prevalansında düşme gözlenmiştir.

Şekil 39'da kişi başı GSYİH değeri arttıkça obezite prevalansında düşme olduğu görülmektedir.

Şekil 39: Obezite prevalansı kişi başı GSYİH (dolar) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

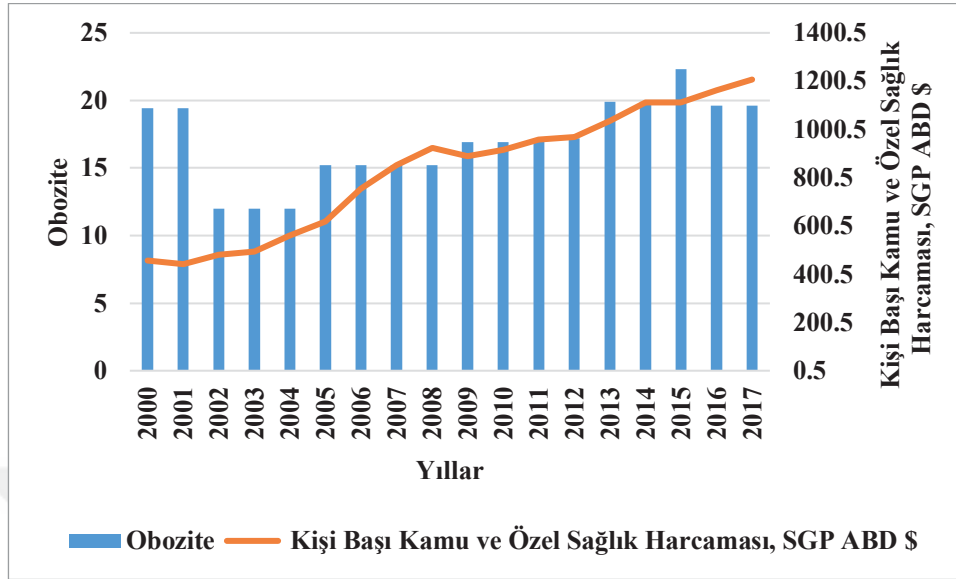


Tablo17'de obezite prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması seyri yıllara göre incelendiğinde, obezite prevalansı artarken kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre obezite prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,595$; $P<0,009$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça obezite prevalansının da arttığı gözlenmiştir.

Şekil 40'da kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça obezite prevalansının da arttığı görülmektedir.

Şekil 40: Obezite prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

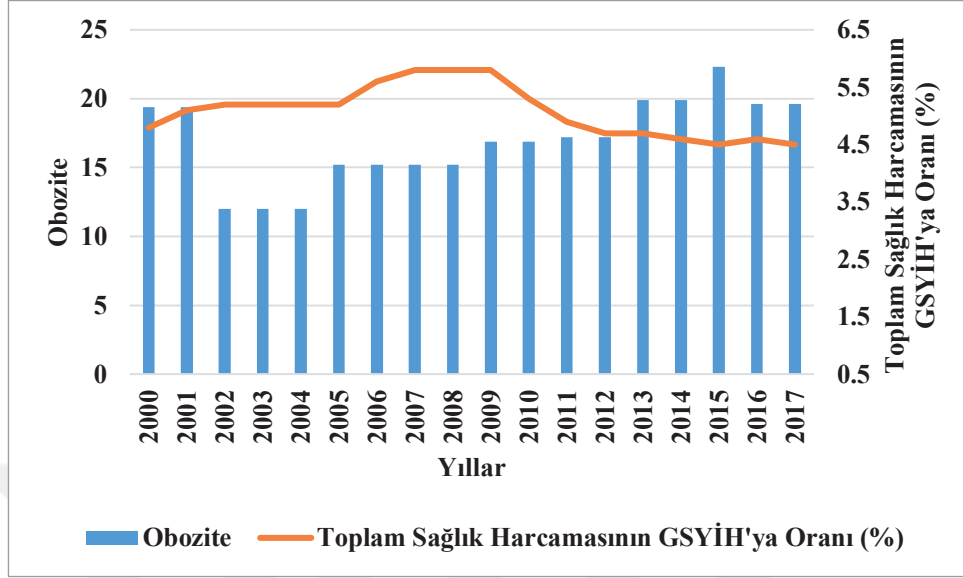


Tablo 17'de obezite prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) nın seyri yıllara göre incelendiğinde, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arttıkça obezite prevalansının azaldığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre obezite prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı arasında negatif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,628$; $P<0,005$). Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arttıkça obezite prevalansının azaldığı gözlenmiştir.

Şekil 41'de toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arttıkça obezite prevalansının azaldığı görülmektedir.

Şekil 41: Obezite prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



4.1.9. Diyabet

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken diyabet prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18: Diyabet prevalansı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

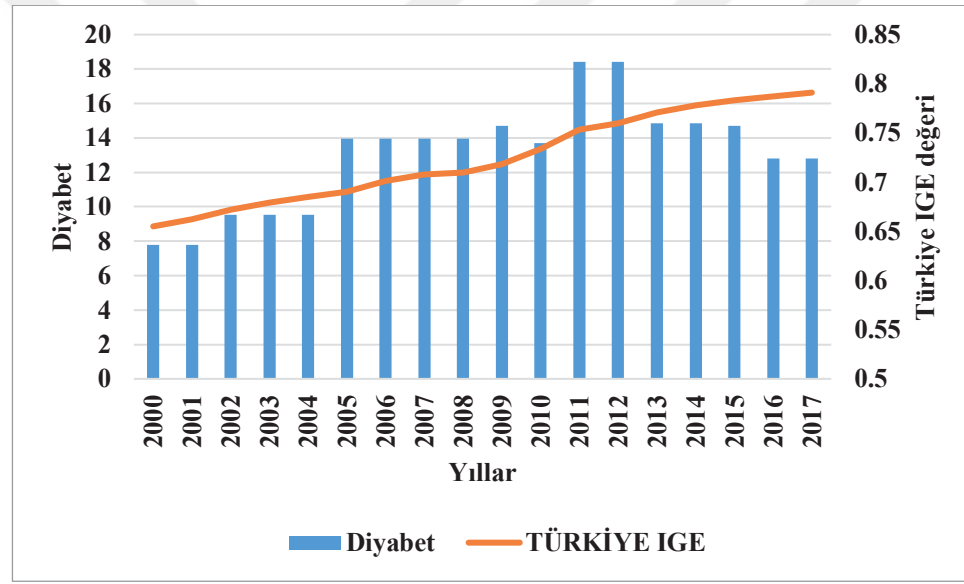
	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	Diyabet	Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	7,8	0,655	4,229	4,8	457
2001	7,8	0,662	3,084	5,1	442
2002	9,52	0,672	3,581	5,2	481
2003	9,52	0,679	4,698	5,2	493
2004	9,52	0,685	5,961	5,2	560
2005	13,95	0,690	7,304	5,2	619
2006	13,95	0,701	7,906	5,6	755
2007	13,95	0,708	9,656	5,8	851
2008	13,95	0,71	10,931	5,8	924
2009	14,7	0,718	8,980	5,8	889
2010	13,7	0,734	10,560	5,3	917
2011	18,4	0,753	11,205	4,9	957
2012	18,4	0,76	11,588	4,7	968
2013	14,85	0,771	11,480	4,7	1035
2014	14,85	0,778	12,112	4,6	1111
2015	14,7	0,783	11,019	4,5	1112
2016	12,8	0,787	10,883	4,6	1163
2017	12,8	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 18'de diyabet prevalansı ile Türkiye IGE değerleri seyri yıllara göre incelendiğinde, diyabet prevalansı artarken Türkiye IGE değerlerinin de arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre diyabet prevalansı ile Türkiye IGE değerleri arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,685; P<0,002$). Türkiye IGE değeri arttıkça diyabet prevalansının arttığı gözlenmiştir.

Şekil 42'de Türkiye IGE değeri arttıkça diyabet prevalansının arttığı görülmektedir.

Şekil 42: Diyabet prevalansı ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

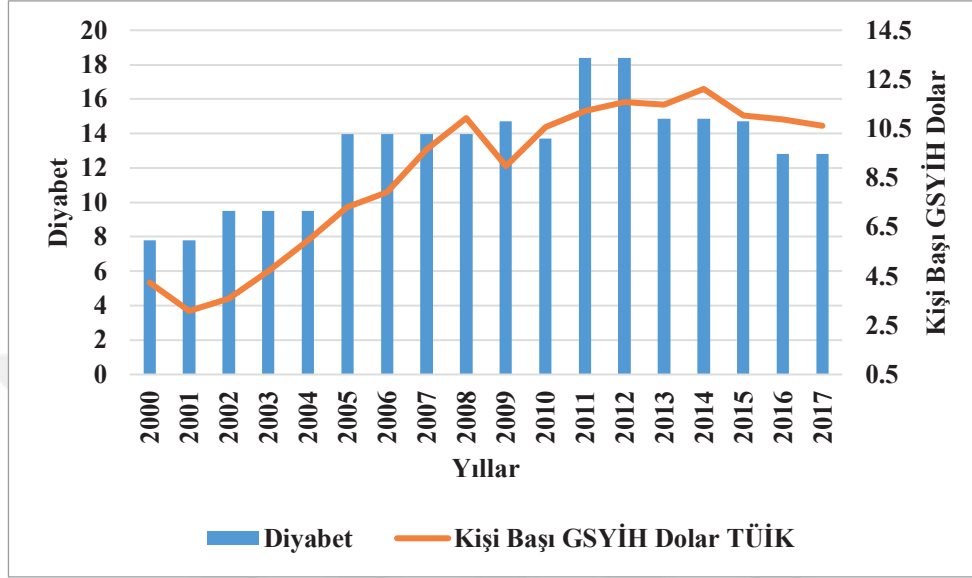


Tablo 18'de diyabet prevalansı ile kişi başı GSYİH (dolar) seyri yıllara göre incelendiğinde, diyabet prevalansı arttıkça kişi başı GSYİH (dolar)'nın da arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre diyabet prevalansı ile kişi başı GSYİH değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,859; P<0,001$). Diyabet prevalansı arttıkça kişi başı GSYİH (%) değeri de arttığı gözlenmiştir.

Şekil 43'de diyabet prevalansı arttıkça kişi başı GSYİH (%) değeri de arttığı görülmektedir.

Şekil 43: Diyabet prevalansı kişi başı GSYİH ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

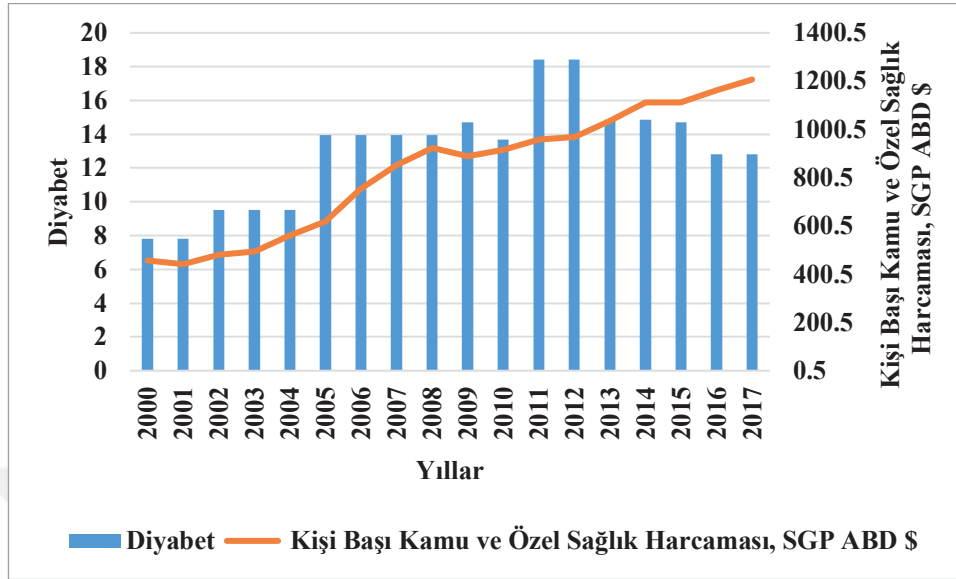


Tablo 18'de diyabet prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması seyri yıllara göre incelendiğinde, diyabet prevalansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı görülmektedir.

Diyabet prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,719$; $P<0,001$). Diyabet prevalansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı gözlenmiştir.

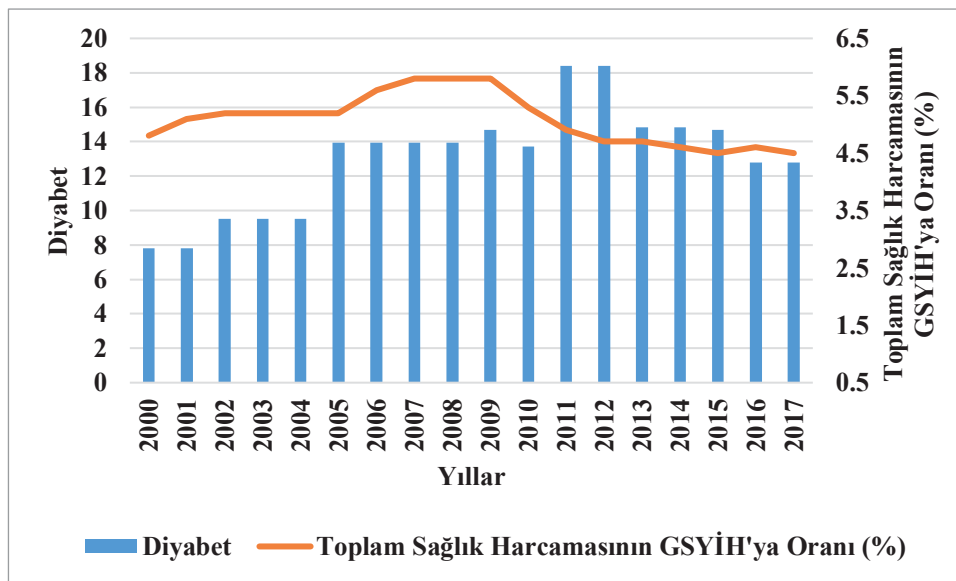
Şekil 44'te diyabet prevalansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı görülmektedir.

Şekil 44: Diyabet prevalansı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



Diyabet prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişkisi değerlendirildiğinde, diyabet prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=-0,081$; $P=0,749$).

Şekil 45: Diyabet prevalansı ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



4.1.10. Alkol kullanımı

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken alkol kullanımı % oranı ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri tablo 19'da görülmektedir.

Tablo 19: Alkol kullanımı (%) ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017 Türkiye

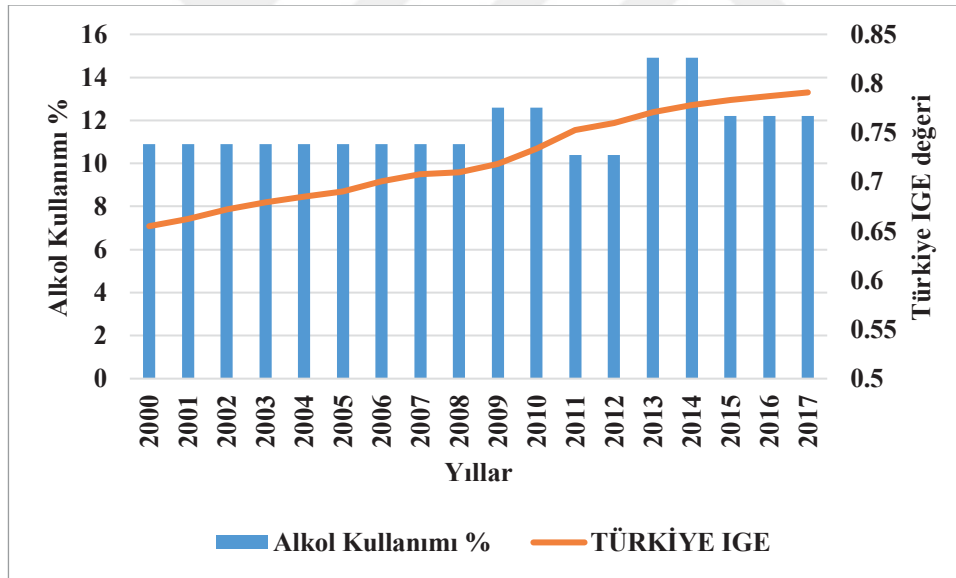
	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			
Yıllar	Alkol Kullanımı %	Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	10,9	0,655	4,229	4,8	457
2001	10,9	0,662	3,084	5,1	442
2002	10,9	0,672	3,581	5,2	481
2003	10,9	0,679	4,698	5,2	493
2004	10,9	0,685	5,961	5,2	560
2005	10,9	0,690	7,304	5,2	619
2006	10,9	0,701	7,906	5,6	755
2007	10,9	0,708	9,656	5,8	851
2008	10,9	0,71	10,931	5,8	924
2009	12,6	0,718	8,980	5,8	889
2010	12,6	0,734	10,560	5,3	917
2011	10,4	0,753	11,205	4,9	957
2012	10,4	0,76	11,588	4,7	968
2013	14,9	0,771	11,480	4,7	1035
2014	14,9	0,778	12,112	4,6	1111
2015	12,2	0,783	11,019	4,5	1112
2016	12,2	0,787	10,883	4,6	1163
2017	12,2	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 19'da alkol kullanımı ile Türkiye IGE değerleri seyri yıllara göre incelendiğinde, Türkiye IGE değerlerini arttıkça alkol kullanım oranının da arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre alkol kullanımı (%) ile Türkiye IGE değerleri arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,575; P<0,013$). Türkiye IGE değeri arttıkça alkol kullanımının arttığı gözlenmiştir

Şekil 46'da Türkiye IGE değeri arttıkça alkol kullanımının arttığı görülmektedir.

Şekil 46: Alkol kullanım oranı (%) ile Türkiye IGE değerlerinin ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



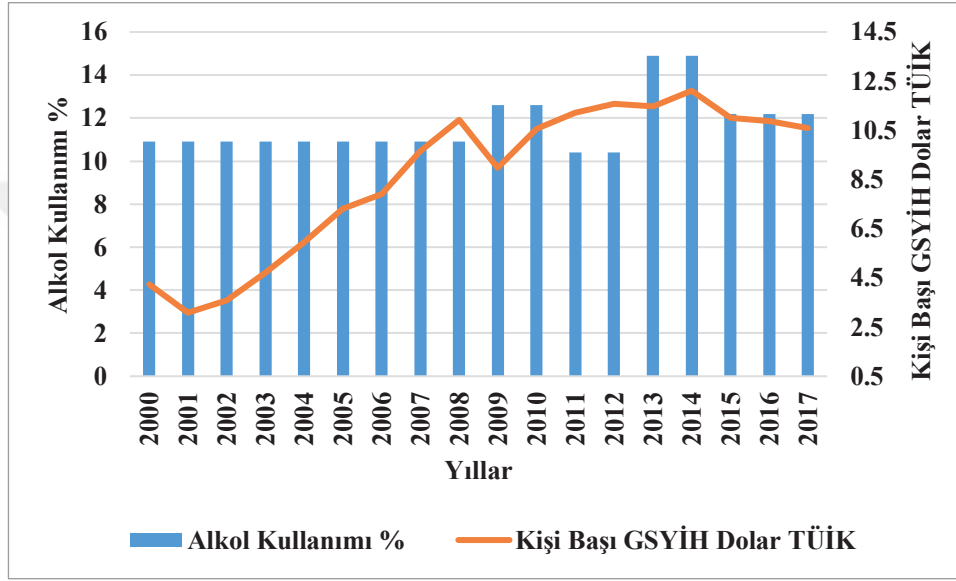
Tablo 19'da alkol kullanımı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar) seyri yıllara göre incelendiğinde, alkol kullanım oranı arttıkça kişi başı GSYİH (dolar) 'nın da arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre alkol kullanımı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar) arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir korelasyon saptanmıştır

($r=0,483$; $P<0,042$). Kişi başı GSYİH değeri arttıkça alkol kullanımının arttığı gözlenmiştir.

Şekil 47'de kişi başı GSYİH (dolar) değeri arttıkça alkol kullanımı (%) nın arttığı görülmektedir.

Şekil 47: Alkol kullanım oranı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar)'nın ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

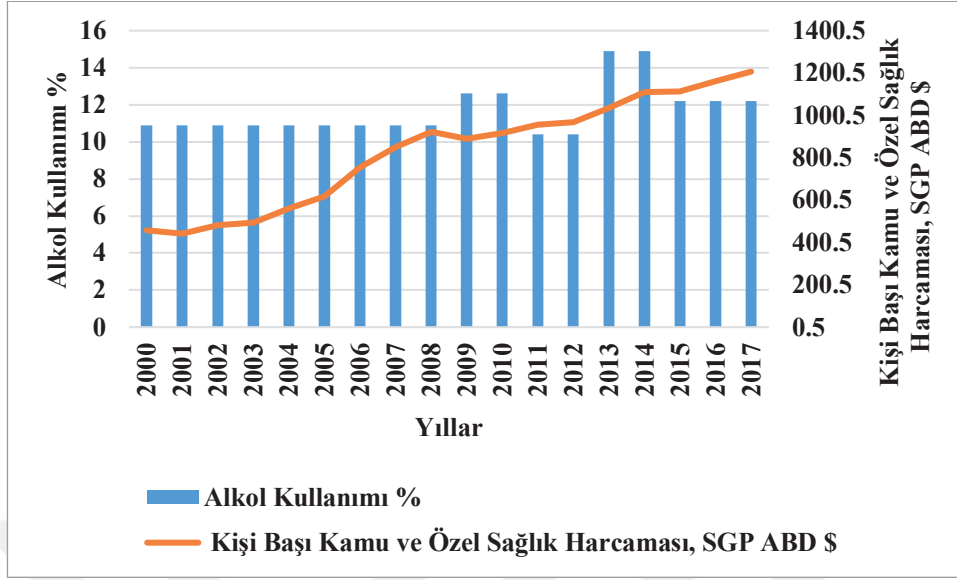


Tablo 19'da alkol kullanımı (%) ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması seyri yıllara göre incelendiğinde, alkol kullanım oranı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının da arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre alkol kullanımı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında pozitif yönde orta şiddette bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,550$; $P<0,018$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça alkol kullanımının arttığı gözlenmiştir.

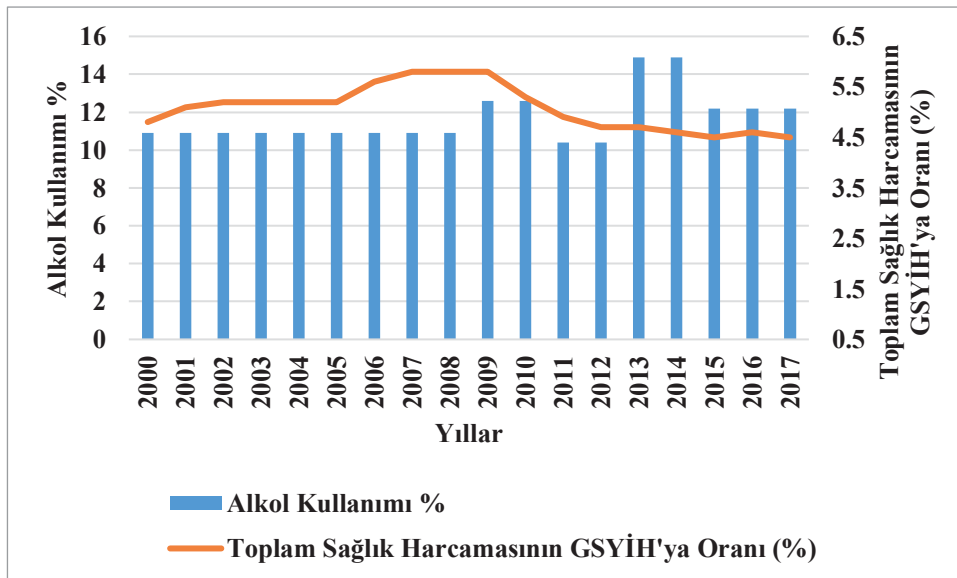
Şekil 48'de kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça alkol kullanımının arttığı görülmektedir.

Şekil48: Alkol kullanım oranı (%) ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



Alkol kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişki değerlendirildiğinde, alkol kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH 'ya oranı (%) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=-0,355$; $P=0,148$).

Şekil 49: Alkol Kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



4.1.11. Tütün kullanımı

2000-2017 yıllarına ait bağımlı değişken tütün kullanımı (%) ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri Tablo 20'de görülmektedir.

Tablo 20: Tütün kullanımı (%) ile bağımsız değişkenlerin yıllık değerleri 2000-2017, Türkiye

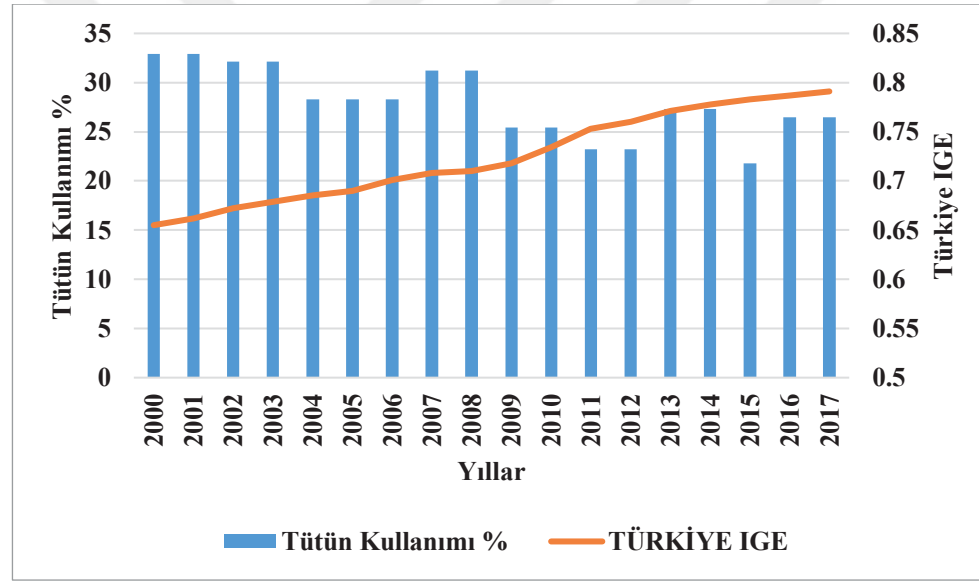
Yıllar	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken			
	Tütün Kullanımı %	Türkiye IGE	Kişi Başı GSYİH (Dolar)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP ABD \$
2000	32,9	0,655	4,229	4,8	457
2001	32,9	0,662	3,084	5,1	442
2002	32,1	0,672	3,581	5,2	481
2003	32,1	0,679	4,698	5,2	493
2004	28,3	0,685	5,961	5,2	560
2005	28,3	0,690	7,304	5,2	619
2006	28,3	0,701	7,906	5,6	755
2007	31,2	0,708	9,656	5,8	851
2008	31,2	0,71	10,931	5,8	924
2009	25,4	0,718	8,980	5,8	889
2010	25,4	0,734	10,560	5,3	917
2011	23,2	0,753	11,205	4,9	957
2012	23,2	0,76	11,588	4,7	968
2013	27,3	0,771	11,480	4,7	1035
2014	27,3	0,778	12,112	4,6	1111
2015	21,8	0,783	11,019	4,5	1112
2016	26,5	0,787	10,883	4,6	1163
2017	26,5	0,791	10,602	4,5	1207

Tablo 20'de tütün kullanımı (%) ile Türkiye IGE değerlerinin seyri yıllara göre incelendiğinde, Türkiye IGE değerleri arttıkça tütün kullanımı oranının (%) azaldığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre tütün kullanımı (%) ile Türkiye IGE değeri arasında negatif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,775$; $P<0,001$). Türkiye IGE değeri arttıkça tütün kullanımının azaldığı gözlenmiştir.

Şekil 50'de Türkiye IGE değeri arttıkça tütün kullanımının azaldığı görülmektedir.

Şekil 50: Tütün kullanımı oranı ile Türkiye IGE değeri ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

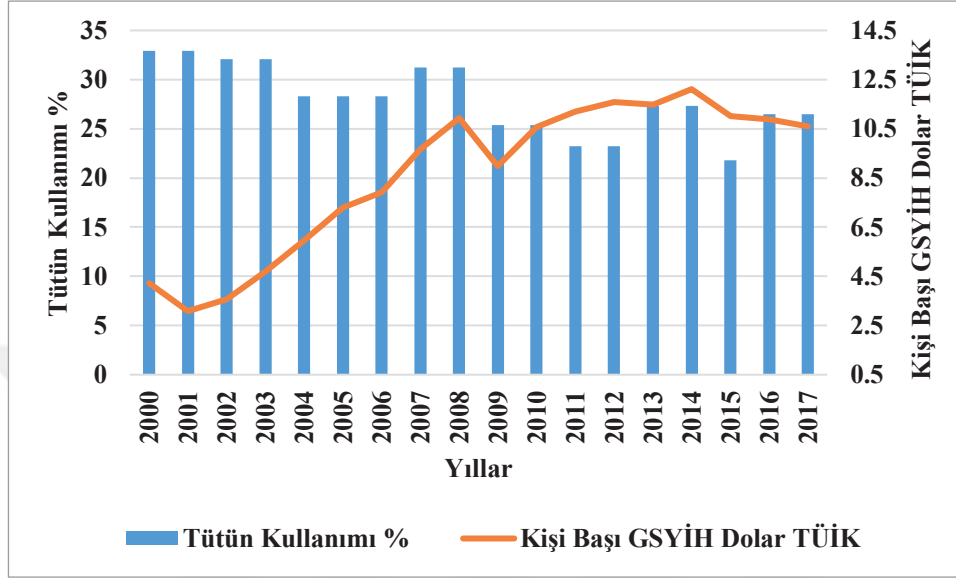


Tablo 20'de tütün kullanımı ile kişi başı GSYİH oranı seyri yıllara göre incelendiğinde, tütün kullanımı oranı (%) azaldıkça kişi başı GSYİH (dolar)'nın arttığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre tütün kullanımı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar) değerleri arasında negatif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,738$; $P<0,001$). Kişi başı GSYİH değeri arttıkça tütün kullanımının azaldığı gözlenmiştir.

Şekil 51'de kişi başı GSYİH (dolar) değeri arttıkça tütün kullanımı (%) nın azaldığı görülmektedir.

Şekil 51: Tütün kullanımı oranı (%) ile kişi başı GSYİH (dolar) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye

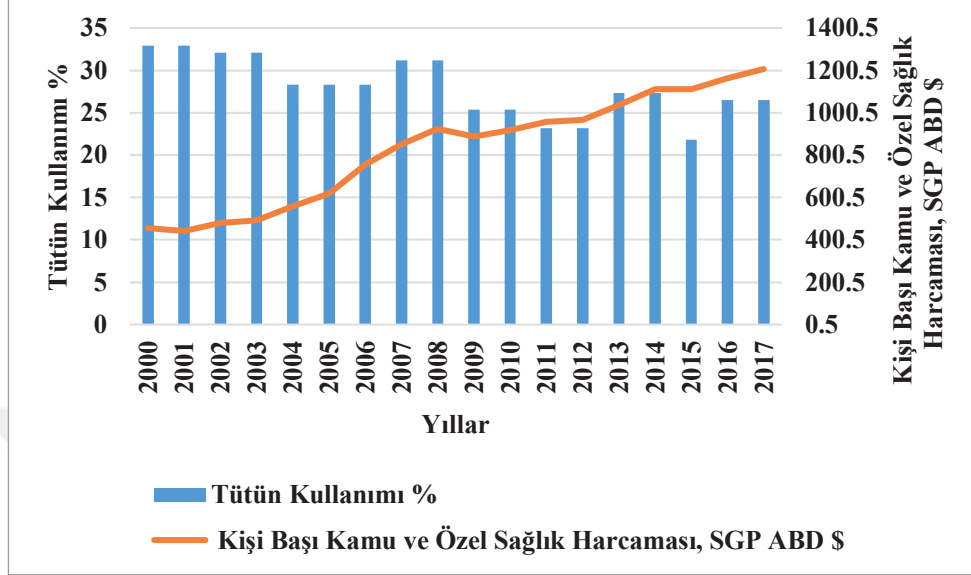


Tablo 20'de tütün kullanımı (%) ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması seyri yıllara göre incelendiğinde, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasının arttıkça tütün kullanımı (%) oranının azaldığı görülmektedir.

Korelasyon analizine göre tütün kullanımı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında negatif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,722$; $P<0,001$). Kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça tütün kullanımının azaldığı gözlenmiştir.

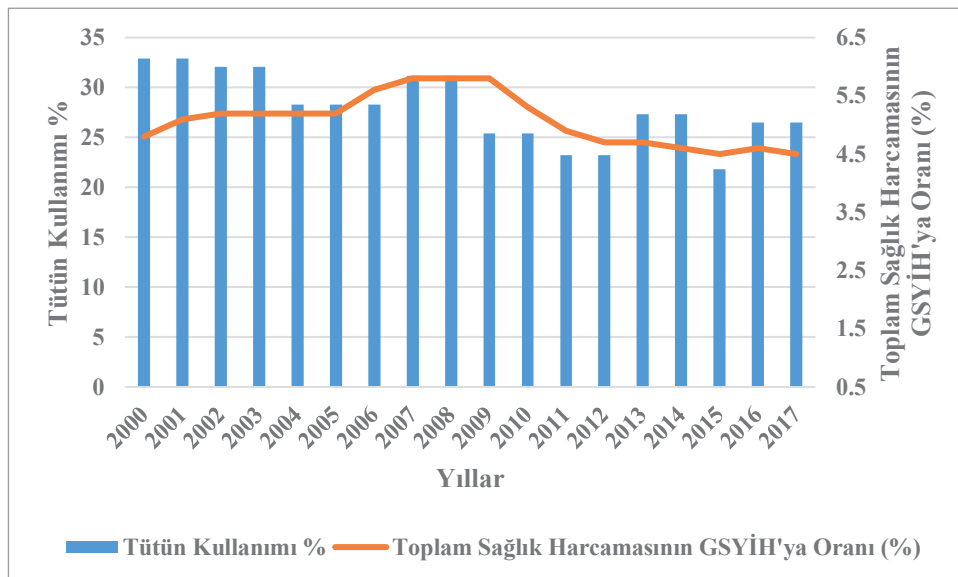
Şekil 52'de kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça tütün kullanımının azaldığı görülmektedir.

Şekil 52: Tütün kullanımı oranı ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



Tütün Kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki 18 yıllık ilişkisi değerlendirildiğinde, tütün kullanımı (%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($r=0,396$; $P=0,104$).

Şekil 53: Tütün kullanımı(%) ile toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) ilişkisi, 2000-2017, Türkiye



Regresyon Modelleri

Tablo 21: Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi, bağımsız değişkenleri kullanarak bebek ölüm hızı tahmini

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	81,581	21,012	0,002
TÜRKİYE IGE	-64,845	36,087	0,094
Kişi Başı GSYİH (Dolar)	-1,301	0,420	0,008
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	-0,006	0,009	0,021

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Bebek Ölüm Hızı, R²=0,982

$$Y_{\text{BebekÖlümHızı}} = 81,581 - 64,845 * X_{\text{IGE}} - 1,301 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 0,006 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Bebek Ölüm Hızı ile Türkiye IGE değerleri, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p < 0.05$). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($F=125,491; p < 0,001$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Bebek Ölüm Hızındaki değişimin %98’lik bölümü Türkiye IGE değerleri, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları tarafından açıklanmıştır. (Tablo 21). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları değişkenlerinin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$). *Bir birimlik Kişi Başı GSYİH değişiminin 1,301 birimlik Bebek Ölüm Hızının azalmasına, bir birimlik Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları değişiminin 0,006 birimlik bir bebek ölüm hızının azalışına neden olduğu gözlenmiştir.*

Varyans analizi

		Kareler			
Model		Kareler Toplamı	Sd	Ortalaması	F
1	Regresyon	1172,072	3	390,691	125,491
	Hata	43,586	14	3,113	
	Toplam	1215,658	17		

Sd:serbestlik derecesi

Tablo 22: Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak beş yaş altı ölüm hızı tahmini.

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	115,100	27,720	0,001
TÜRKİYE IGE	-101,903	47,606	0,049
Kişi Başı GSYİH	-1,156	0,553	0,056
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	-0,009	0,012	0,442

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: BeşYaşAltıÖlümHızı, R²=0,980

$$Y_{\text{BeşYaşAltıÖlümHızı}} = 115,100 - 101,903 * X_{\text{IGE}} - 1,156 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 0,009 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Beş yaş altı ölüm Hızı ile Türkiye IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir($p < 0.05$). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($F=112,528; p < 0,001$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, *Beş yaş altı ölüm Hızı değişimin % 98’lik bölümü Türkiye IGE değerleri, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 22).* Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir ($p=0,049$). *Bir birimlik Türkiye IGE değeri değişiminin 101,903 birimlik Beş yaş altı ölüm Hızı azalmasına neden olduğu gözlenmiştir.*

Varyans analizi tablosu

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler		
			Ortalaması	F	p
Regresyon	1829,066	3	609,689	112,528	<0,001
Hata	75,854	14	5,418		
Toplam	1904,920	17			

Tablo 23 : Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak anne ölüm oranı tahmini.

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	15,498	75,237	0,840
TÜRKİYE IGE	134,207	129,213	0,317
Kişi Başı GSYİH	-4,979	1,502	0,005
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	-0,046	0,031	0,164

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Anne Ölüm Oranı, R²=0,965

$$Y_{\text{AnneÖlümOranı}} = 15,498 + 134,207 * X_{\text{IGE}} - 4,979 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 0,046 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Anne Ölüm Oranı ile Türkiye IGE değerleri, Kişi Başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p < 0.05$). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($F=63,927; p < 0,001$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, *anne ölüm oranı değişimin % 97'lik bölümü Türkiye IGE değeri, Kişi Başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. (Tablo 23)*. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Kişi Başı GSYİH değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir ($p=0,005$). *Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 4,979 birimlik Anne ölüm oranı azalmasına neden olduğu gözlenmiştir.*

Varyans analizi tablosu

	Kareler		Kareler		
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	p
Regresyon	7655,040	3	2551,680	63,927	<0,001
Hata	558,818	14	39,916		
Toplam	8213,858	17			

Tablo 24. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak doğumda beklenen yaşam süresi tahmini.

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	53,421	15,862	0,005
Türkiye IGE	22,974	27,241	0,413
Kişi Başı GSYİH	0,478	0,317	0,154
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	0,001	0,007	0,886

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, R²=0,913

$$Y_{\text{Doğumda Beklenen Yaşam Süresi}} = 53,421 + 22,974 * X_{\text{IGE}} + 0,478 X_{\text{Kişi Başı GSYİH}} + 0,001 X_{\text{Kişi Başı Sağlık Harcaması}}$$

Doğumda beklenen yaşam süresi ile Türkiye IGE, kişi başı gsyih, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=23,394;p<0,001). *Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, doğumda beklenen yaşam süresi değişimin % 91'lik bölümü Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. (Tablo 24).* Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan bağımsız değişkenlerin modele katkısının anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p>0,05).

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	p
Regresyon	124,512	3	41,504	23,394	<0,001
Hata	24,838	14	1,774		
Toplam	149,349	17			

Tablo 25 : Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak genel kanser insidansı tahmini.

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	145,851	338,068	0,673
Türkiye IGE	-100,255	580,600	0,865
Kişi Başı GSYİH	16,288	6,749	0,030
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	-,025	,140	0,860

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Genel Kanser İnsidansı, R²=0,841

$$Y_{\text{GenelKanserİnsidansı}} = 145,851 - 100,255 * X_{\text{IGE}} + 16,288 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 0,025 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Genel kanser insidansı ile Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=11,282;p<0,001). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Genel Kanser insidansı değişimin % 84'lük bölümü Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 25). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan kişi başı GSYİH değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir (p=0,030). *Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 16,288 birimlik kanser insidansının artışına neden olduğu gözlenmiştir.*

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		F	p
	Toplamı	Sd	Ortalaması			
Regresyon	27275,961	3	9091,987	11,282		<0,001
Hata	11282,643	14	805,903			
Toplam	38558,604	17				

Tablo 26 : Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak KOAH insidansı tahmini.

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	-14,845	26,471	0,584
Türkiye IGE	30,985	36,057	0,406
Kişi Başı GSYİH	-0,461	0,246	0,083
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	-0,997	1,108	0,384
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması	0,007	0,006	0,289

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc,
Bağımlı Değişken: KOAH, R²=0,932

$$Y_{\text{KOAH Sayısı}} = -14,845 + 30,985 * X_{\text{IGE}} - 0,461 X_{\text{Kişi Başı GSYİH}} - 0,997 X_{\text{Toplam Sağlık Harcaması Oranı}} + 0,007 X_{\text{Kişi Başı Sağlık Harcaması}}$$

KOAH ile Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=21,569;p<0,001). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, KOAH hızındaki değişimin % 93'lük bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 26). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan bağımsız değişkenlerin modele katkısının anlamlı olmadığı gözlenmiştir (p>0,05).

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler Ortalaması	F	p
	Toplamı	Sd			
Regresyon	81,682	4	20,420	21,569	<0,001
Hata	12,308	13	,947		
Toplam	93,989	17			

Tablo 27: Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak hipertansiyon tahmini.

	Katsayılar		p
	B	Std. Hata	
Sabit	-83,554	53,571	0,141
Türkiye IGE	208,291	92,002	0,040
Kişi Başı GSYİH	-1,940	1,070	0,091
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	-0,037	0,022	0,118

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: HT, R²=0,864

$$Y_{\text{GenelKanserİnsidansı}} = -83,554 + 208,291 * X_{\text{IGE}} - 1,940 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 0,037 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

HT ile Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=13,757;p<0,001). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, HT'daki değişimin % 86'lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 27). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir (p=0,040). Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 208,291 birimlik HT artışına neden olduğu gözlenmiştir.

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		p
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	
Regresyon	835,174	3	278,391	13,757	<0,001
Hata	283,306	14	20,236		
Toplam	1118,480	17			

Tablo 28 : Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile bağımsız değişkenleri kullanarak obezite insidansı tahmini.

	Katsayılar		p
	B	Std. Hata	
Sabit	148,520	53,515	0,016
Türkiye IGE	-166,999	72,893	0,039
Kişi Başı GSYİH (Dolar)	-0,155	,496	0,760
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı (%)	-7,128	2,240	0,007
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması	0,032	,012	0,018

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc,

Bağımlı Değişken: Obezite, R²=0,826

$$Y_{\text{Obezite}} = 148,520 - 166,999 * X_{\text{IGE}} - 0,155 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 7,128 X_{\text{ToplamSağlıkHarcamasıOranı}} + 0,032 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Obezite ile Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=6,956;p=0,003). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, obezite hızındaki değişimin % 83'lük bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 28). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değişkenlerinin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir (p<0,05). Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 166,999 birimlik obezite azalmasına, yine benzer şekilde bir birimlik toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı değişiminin 7,128 birimlik obezite azalmasına, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması bir birimlik artışın obezitede 0,032 birimlik artışa neden olduğu gözlenmiştir

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		p
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	
Regresyon	107,664	4	26,916	6,956	0,003
Hata	50,301	13	3,869		
Toplam	157,965	17			

Tablo 29 : Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile bağımsız değişkenleri kullanarak diyabet insidansı tahmini.

	Katsayılar		p
	B	Std. Hata	
Sabit	-8,687	17,599	0,629
Türkiye IGE	26,657	30,224	0,393
Kişi Başı GSYİH (Dolar)	1,667	0,351	<0,001
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	-0,014	0,007	0,068

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Diyabet, R²=0,903

$$Y_{\text{Diyabet}} = -8,687 + 26,657 * X_{\text{IGE}} + 1,667 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} - 0,014 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Diyabet ile Türkiye IGE değrleri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=20,587;p<0,001). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, diyabetteki değişimin % 90'lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 29). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan kişi başı GSYİH değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir (p<0,001). *Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 1,667 birimlik diyabet artışına neden olduğu gözlenmiştir.*

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		p
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	
Regresyon	134,886	3	44,962	20,587	<0,001
Hata	30,575	14	2,184		
Toplam	165,461	17			

Tablo 30 : Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak alkol kullanımı tahmini.

	Katsayılar		
	B	Std. Hata	p
Sabit	-0,744	14,682	0,960
Türkiye IGE	17,155	25,215	0,507
Kişi Başı GSYİH (Dolar)	-0,082	0,293	0,785
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	0,001	0,006	0,889

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Alkol, R²=0,579

$$Y_{\text{Alkol}} = -0,744 + 17,155 * X_{\text{IGE}} - 0,082 X_{\text{Kişi Başı GSYİH}} + 0,001 X_{\text{Kişi Başı Sağlık Harcaması}}$$

Alkol kullanımı ile Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p < 0.05$). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($F=20,587; p=0,117$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Alkol kullanımında değişimin % 58’lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 30). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan bağımsız değişkenlerin modele katkısının anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		p
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	
Regresyon	10,709	3	3,570	2,348	0,117
Hata	21,281	14	1,520		
Toplam	31,989	17			

Tablo 31. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile, bağımsız değişkenleri kullanarak tütün kullanımı tahmini.

	Katsayılar		p
	B	Std. Hata	
Sabit	94,961	26,127	0,003
Türkiye IGE	-102,061	44,871	0,039
Kişi Başı GSYİH (Dolar)	-0,863	0,522	0,120
Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,	0,017	0,011	0,132

Bağımsız Değişkenler: IGE, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harc, Bağımlı Değişken: Tütün kullanımı, R²=0,820

$$Y_{\text{TütünKullanımı}} = 94,961 - 102,061 * X_{\text{IGE}} - 0,863 X_{\text{KişiBaşıGSYİH}} + 0,017 X_{\text{KişiBaşıSağlıkHarcaması}}$$

Tütün kullanımı ile Türkiye IGE, GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir (p<0.05). Varyans analiz sonuçlarına göre modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (F=9,593;p<0,001). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, tütün tüketimindeki değişimin % 82’lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır (Tablo 31). Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyde olduğu gözlenmiştir (p=0,039). *Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 102,061 birimlik Tütün tüketimi azalışına neden olduğu gözlenmiştir*

Varyans Analizi

	Kareler		Kareler		p
	Toplamı	Sd	Ortalaması	F	
Regresyon	138,522	3	46,174	9,593	<0,001
Hata	67,387	14	4,813		
Toplam	205,909	17			

4.2. Niteliksel araştırma bulguları

Türkiye'de Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda çalışmaya konu olan göstergeler açısından yapılan planlamalar, üzerinde durulan göstergeler, önemi vurgulanan veriler, alınan kararlar analiz edilmiş ve aşağıda sunulmuştur.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde "İnsan hak ve hürriyetlerini, milli dayanışmayı, sosyal adaleti, ferdin ve toplumun huzur ve refahını gerçekleştirmeyi ve teminat altına almayı mümkün kılacak bir demokratik düzeni kesin olarak seçmiş olan Türk Milleti'nin, Anayasamızda açık ifadesini bulan iktisadi ve sosyal hayatı, keyfi ve plansız davranış tecrübelerine son verip adalete, tam çalışma esasına ve herkesin insan haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlanması amacıyla göre düzenleme arzu ve azmine uygun olarak: Milli tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararına, gerektirdiği önceliklerle yöneltmek ve iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek üzere Birinci Beş Yıllık (1963 - 1967) Kalkınma Planı hazırlanmıştır." demektedir.

Temel amaç, toplumun refahını ve insan mutluluğunu artırmak olarak belirlenmiştir. Türk milletinin insan haysiyetine uygun bir yaşam düzeyine ulaşması ve insan onuruna yakışır koşullarda yaşaması için, yüksek bir kalkınma hızının sağlanması ve gerekli tüm çabanın gösterilmesi zorunlu olarak görülmüştür.

"Kalkınma politikasının sosyal hedefleri olarak, kalkınma felsefemizin özü, mümkün olduğu kadar geniş halk topluluklarını daha yüksek bir yaşama seviyesi ve sosyal güvenliğe ulaştırmaktır". demektedir.

İnsanların refahı üzerindeki etkilerinin zaman içinde kümülatif olarak ortaya çıkması beklenen ve kamu hizmetlerinin harcanacağı alanlar, toplumsal refah üzerinde büyük etkisi olduğu bilinen eğitim ve sağlık konuları üzerinde özellikle durulmuştur.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda toplumun yaşam standardının yükseltilmesi hedeflenmiştir. Hedef alınan kalkınma hızı, uzun vadede Türk toplumunun yaşam standardını yükseltmek ve insan onuruna yakışır bir düzeye

çıkarmak için bir zorunluluk olarak görülmüştür. Bu hedef aynı zamanda gelişmiş ülkelerle olan mevcut büyük gelir farklarını zaman içinde kapatacak kadar yüksek bir gelişme hızında olması amaçlanmıştır.

İkinci beş yıllık kalkınma planı, Türk milletini herkes için insanlık onuruna yakışır bir yaşam düzeyine getirmeyi amaçlamaktadır.

Sosyal göstergelerin ekonomik göstergeler kadar kalkınmayı ortaya koyabilceği ve birbirleriyle çok yakından bağlantılı ve ilişkili olduğu açıklanmıştır.

Temel amacı halkın refah düzeyinin yükseltilmesi olan kalkınma çalışmalarında toplumun ruh ve beden sağlığı korunarak, hastalara eşit tıbbi bakım imkanları sağlanacak ve halk sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları amaçlanmıştır.

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı döneminde kalkınma çabalarının sosyal açıdan değerlendirilmesinde, sağlık hizmetlerinde sağlanan iyileşmeler de göstergeler arasında kullanılmıştır.

Ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınma çabalarının birey ve toplum için anlamı, yaşam standardını yükseltmektir. Yaşam düzeyi kavramı tek bir gösterge ile ölçülecek kadar basit değildir. Ancak, kişi başına düşen gayri safi milli hasıla düzeyi ve kişi başına düşen gayri safi milli hasıladaki artış, uzun vadede yaşam düzeyindeki gelişmelerin önemli göstergeleri olarak açıklanmıştır.

Ancak Türkiye'nin bu yüzyılın sonuna kadar gelişmiş ülkelerle yaşam standartları farklılıklarını hızla azaltacak yüksek bir büyüme hızı yakalayabilmesi için, toplumdan bazı fedakarlıklar yapması beklenmektedir. Bu dönemde kaynakları artıracak oranlarda tasarruf edilmesi ve gelecekte daha hızlı gelir artışı ve daha yüksek yaşam düzeyi sağlayacak yatırımlara yönlendirilmesi, böylece fedakarlıklar sonucu gelecekte daha yüksek bir yaşam standardı ile ödüllendirileceği ifade edilmiştir.

Sağlık şartlarının iyileştirilmesi için yaşama şartlarının iyileştirilmesi ve yaşama düzeyinin yükseltilmesinde kamuca sağlanan en önemli katkılardan biri, tüme yaygınlaştırılmış bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesi olarak görülmüştür. Bu hedefin 1982 yılında kamu eliyle gerçekleştirilmesine çalışılacağı açıklanmıştır.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planında AB normlarına uyum düzenlemelerinin tamamlanması hedeflenmiştir. "Sosyal refahın artırılması, gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele de mevcut durum Birleşmiş Milletler tarafından geliştirilmiş olan İnsani Gelişmişlik Endeksine göre Türkiye, Dünya sıralamasına göre 1995 yılında 69'ncu iken, 1999 yılında 86'ıncı sıraya gerilemiştir. Bu düzeyi ile orta insani gelişmişlik düzeyine sahip ülkeler arasında yer almaktadır". şeklinde raporlanmıştır. Böylece ilk kez sekizinci beş yıllık kalkınma planında İnsani Gelişmişlik Endeksindeki konumumuzun değerlendirildiği görülmüştür.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "yüksek, istikrarlı ve kapsayıcı ekonomik büyümenin yanı sıra hukukun üstünlüğü, bilgi toplumu, uluslararası rekabet gücü, insani gelişmişlik, çevrenin korunması ve kaynakların sürdürülebilir kullanımı gibi unsurları kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Planda, ülkemizin ekonomik ve sosyal kalkınma süreci bütüncül ve çok boyutlu bir bakış açısıyla ele alınmış, insan odaklı kalkınma anlayışı çerçevesinde katılımcı bir yaklaşım benimsenmiştir". şeklinde raporlama ile onuncu kalkınma planında da insani gelişimin önemsendiği ve dikkate alındığı görülmektedir.

Kalkınmanın amacı "insanların refahını artırmak, hayat standartlarını yükseltmek, temel hak ve özgürlüklerini güçlendirerek adil, güvenli ve huzurlu bir yaşam ortamı tesis etmek ve bunu kalıcı kılmaktır. Bu çerçevede, Onuncu Kalkınma Planı kalkınmanın sürdürülebilirliğini merkeze alan bir yaklaşımla hazırlanmıştır". Planın kapsayıcı bölümü dört ana başlıktan oluşturulmuştur.

"Nitelikli İnsan, Güçlü Toplum" başlığı altında "insan için ve insanla beraber kalkınma yaklaşımının hayata geçirilmesi ve gelişmişliğin toplumun farklı kesimlerine yaygınlaştırılması amacıyla uygulanacak politikalara yer verilmektedir". "Yenilikçi Üretim, İstikrarlı Yüksek Büyüme" başlığı altında "üretimde yapısal

dönüşüme ve refah artışına yönelik hedef ve politikalar ele alınmaktadır". "Yaşanabilir Mekânlar, Sürdürülebilir Çevre" başlığı altında "çevreye duyarlı yaklaşımların sosyal ve ekonomik faydalarının artırılması, insanımızın şehirlerde ve kırsal alanlarda yaşam kalitesinin sürdürülebilir bir şekilde yükseltilmesi ile bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılması kapsamındaki hedef ve politikalara yer verilmektedir". "Kalkınma İçin Uluslararası İşbirliği" başlığı altında ise "kalkınmanın dış dinamikleri ile ülkemizin ikili, bölgesel ve çok taraflı ilişkilerindeki temel öncelikler ve politikalar ele alınmaktadır". şeklinde planlama yapılmıştır.

Onuncu kalkınma planı ile "Türkiye'nin uluslararası değer zinciri hiyerarşisinde üst basamaklara çıkmış, yüksek gelir grubu ülkeler arasına girmiş ve mutlak yoksulluk sorununu çözmüş bir ülke haline gelmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, 2018 yılında GSYH'nın 1,3 trilyon dolara, kişi başına gelirin 16 bin dolara yükseltilmesi" hedeflenmiştir.

Bu çerçevede kalkınmanın genel olarak amacı "toplumun refahını artırmak, hayat standardını yükseltmek, temel hak ve özgürlükler zemininde adil, güvenli ve huzurlu bir yaşam ortamı tesis etmektir. Bu çerçevede, insan için ve insanla beraber kalkınma yaklaşımının hayata geçirilmesi ve refahın toplumun tüm kesimlerine yaygınlaştırılması temel önceliklerdir. Gerek gerçekleştirilme sürecinde gerekse sonuçları itibarıyla kapsayıcı bir kalkınma anlayışı esastır. İnsanı odak alan bu anlayış kalkınma sürecine herkesin ve her yörenin katılımını azami düzeye çıkarmayı, kalkınmanın sonuçlarından herkesin daha adil bir şekilde pay almasını hedeflemek" olmuştur.

Birinci beş yıllık kalkınma planı döneminde en önemli sağlık göstergelerinden biri olan çocuk ölüm oranı oldukça yüksektir. Doğan her 1000 çocuktan 165'i bir yıl içinde ölmektedir. Türkiye'de çözüm bekleyen büyük sorunlardan biri olarak dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle Sağlık hedeflerinde Ana - çocuk sağlığı ve özellikle çocuk sağlığı, genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak görülerek planlama yapılmıştır. Sağlık ocaklarının en önemli hizmetlerinin ana ve çocuk sağlığını geliştirmek amacıyla planlama yapılmış, doğum ve çocuk bakım evlerinin de bu hizmete katılacağı belirtilmiştir.

İkinci beş yıllık kalkınma planı döneminde yine Türkiye'de çocuk ölümlerinin fazla olduğu ifade edilmiştir. Ana, çocuk sağlığı hizmetleri, eleman azlığı ve sınırlı mali imkanlar yüzünden yeterli olmadığı, sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmadığı rapor edilmiştir. Bu dönemde Türkiye'de yeterli doğum ve ölüm istatistikleri bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalardan Türkiye'de çocuk ölümlerinin, beslenme bozukluğu, kötü bakım, bulaşıcı hastalıklar gibi nedenlerle yüksek olduğu anlaşılmakta olduğu ifade edilmiştir.

Yurdumuzda sağlık hizmetinin yaygınlaşmasıyla, yüksek olan bebek ve çocuk ölümleri gittikçe azalmakta olduğu ifade edilmiş, ancak yine de OECD ülkelerinin oldukça gerisinde olduğumuz gerçeği devam etmektedir. Bir yaşından küçük çocuk ölümleri hakkında kesin bir sayı olmamakla beraber yapılan araştırmalar bu oranın binde 120 ile 150 arasında değiştiğini göstermektedir.

Beş yaşından küçük nüfusun ölüm oranı, yetişkinlere göre daha yüksek olduğu, çocuk ölümleri içinde de bir yaşından önce ölenler (Bebek ölümleri) ağırlık taşıdığı ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda ilk üç 5 yıllık kalkınma planında da yer alan ilke, koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık verilmesi olmuştur.

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı dönemi beslenmenin özel dikkat istediği, çocuk ölümlerinin nedenlerinin yüzde 50'sinin beslenme bozuklukları olduğu, bebek ölüm oranlarının yüksekliğinin önemli bir sorun olma niteliğini koruduğu raporlanmıştır. Bu sebeple dördüncü plan hedefinde beslenme bozukluğu sebebi ile 0-6 yaş arası çocukları beslemede zorluk çeken ailelere Devlet yardımı sağlanması planlanmıştır.

Dördüncü Kalkınma Planı yılları kapsamında olan 1980 - 1985 yıllarında bebek ölüm hızı 83,2 olmuş, Beşinci Kalkınma Planı'nda ise 1985 - 1990 yıllarında 65,3 olması hedeflenmiştir.

Çocuk ölümlerinin azaltılmasının Milli sağlık politikasının temel ilkeleri arasında olduğu kabul edilmiştir. İlgili kuruluşların katıldığı yüksek seviyeli bir kurul

kurularak, işbirliği ve dayanışma sağlanarak bebek ölüm oranı gelişmiş olan ülkeler düzeyine düşürülmesi için planlama yapılmıştır.

Temel sağlık hizmetleri sistemi içinde "ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hizmet açığı bulunan; özellikle doğurganlık, bebek ve anne ölüm oranları yüksek plan ve hizmetlerden yeterince faydalanamayan kesimlere ulaştırılmasına öncelik verilmesi, hizmetin etkinliği ve sürekliliği sağlanması" planlanmıştır.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sosyal ve ekonomik gelişmişlik seviyesiyle bağdaşmayan yüksek bebek ölüm oranının alınacak tedbirler neticesinde azalacağı tahmin edilmiş, sağlık hedeflerinde plan dönemi sonunda bebek ölüm oranının binde 50,0'ın altına düşürülmesinin hedeflendiği belirtilmiştir.

Altıncı kalkınma planını kapsayan yıllarda toplumun kalkınmışlık düzeyi ile bağdaşmayan yüksek bebek ölüm hızının 1990 yılında binde 57,6, 1994 yılında binde 46,8 olarak gerçekleşmiştir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, toplumun kalkınmışlık düzeyi ile bağdaşmayan yüksek bebek ölüm hızının binde 35,3'e düşmesi beklenmiştir. 1995, 1996 ve 2000 yıllarında BÖH hızı için beklenen gelişme sırasıyla binde 44,4, 42,2, 35,3 olmuştur. Bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri, bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeyi göstergelerinde yeterli iyileşme sağlanamamıştır.

Çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla, "çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına, çocukların sağlıklı beslenmesine, anne ölüm hızının düşürülmesi ve doğurganlığın düzenlenmesinde özgür ve bilinçli seçim yapılmasını sağlayacak yönde ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılmasına, toplumun tüm bireylerinin bu konularda eğitilmesine ve bilinçlendirilmesine ağırlık verilmesi" ne karar verilmiştir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yedinci plan döneminde önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin önemini koruduğu belirtilmekle birlikte bebek ölüm hızında gerileme olmuştur.

Bebek ölüm hızı 2000 yılında binde 35,3'e düşmüş, ancak aynı dönem AB ülkelerinde, bebek ölüm hızı binde 5-6 düzeyindedir ve Türkiye bu oranın oldukça gerisindedir. Ancak yedinci beş yıllık kalkınma planında hedeflenen sonuca da ulaşılmıştır.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planı sonunda bebek ölümlerinin DİE, DPT'nin tahmini olarak binde 28,8 seviyesine düşmesi beklenmektedir. Çocuk ölümlerinin önemli bir kısmı diğer kalkınma planlarında olduğu gibi hala önlenemez hastalıklardan meydana geldiği raporlanmıştır. Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında da sekizinci beş yıllık kalkınma planının değerlendirilmesinde bebek ölüm hızı göstergesinde iyileşme kaydedildiği ancak henüz istenen düzeye ulaşamadığı raporlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı, DPT raporunda sağlık göstergelerinde 2000 yılında binde 28,9 olan bebek ölüm hızı 2005 yılında binde 23,6 olmuştur. Yine 2006 yılında 22,6 olan bu oran dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı sonunda 2013 yılında 18,5 olması hedeflenmiştir.

Onuncu beş yıllık kalkınma planı'nda dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı dönemi için yapılan değerlendirmede bebek ölüm oranının hızla düşürülmüş olduğu ifade edilmektedir. Bebek Ölüm Hızı 2006 yılında binde 16,5 dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı dönemine denk gelen 2011 de binde 7,7 olarak Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden hesaplanmıştır. 2013 yılında binde 7,1 olarak tahmin edilen BÖH oranı 9,3 olarak, 2018 yılında binde 6,0 olarak tahmin edilen BÖH 9,3 olarak gerçekleşmiştir.

İkinci beş yıllık kalkınma planında doğum ve gebelikte anne ölüm oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ana, çocuk sağlığı hizmetleri, eleman azlığı ve sınırlı mali imkanlar yüzünden yeterli olmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmaması bu durum için bir olumsuzluk olarak değerlendirilmiştir.

Altıncı beş yıllık kalkınma planında da "sosyal hedef ilke ve politikalarda temel sağlık hizmetleri sistemi içinde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hizmet açığı bulunan; özellikle doğurganlık, bebek ve anne ölüm oranları yüksek plan ve hizmetlerden yeterince faydalanamayan kesimlere ulaştırılmasına öncelik verilerek, hizmetin etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanması" planlanmıştır.

Yedinci beş yıllık kalkınma planında plan öncesi genel durum değerlendirmesinde anne ölümlerinde yeterli iyileşme sağlanamadığı ifade edilmektedir. Bu yetersizliklerin sadece sağlık sektörüyle ilgili sorunlardan olmadığı çevre, beslenme, eğitim, konut, gelir dağılımı, temiz su kullanma ve içme suyu temini gibi faktörlerden de kaynaklandığı ifade edilmektedir.

"Annenin eğitim düzeyinin düşük olması, sık, erken ve geç yaşlardaki doğumların varlığı, doğum öncesi ve sonrası bakımın yetersizliği, doğumda sağlık personeli ve kurumdan yararlanma oranının düşük olması, yüzde 32 oranında olduğu gözlenen planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ve ailelerin bozuk ekonomik koşulları bebekle birlikte anne sağlığını da olumsuz etkilediği" raporda belirtilmiştir.

Yedinci beş yıllık kalkınma planı sonunda, "aile planlaması yöntemi kullananların oranındaki bölgesel farklılıkların azalması, etkili yöntem kullanımının yüzde 70'e ulaşması ve riskli gebeliklere bağlı anne ve çocuk ölümlerinin azalmasının beklendiği" ifade edilmektedir.

"Doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri ile doğum ve düşük sonrası aile planlaması hizmetlerinin güçlendirilmesi ve güvenli annelik projesinin ülke çapında yaygınlaştırılmasının sağlanması" planlanmıştır.

"Anne ölüm hızının düşürülmesi ve doğurganlığın düzenlenmesinde özgür ve bilinçli seçim yapılmasını sağlayacak yönde ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılmasına, toplumun tüm bireylerinin bu konularda eğitilmesine ve bilinçlendirilmesine ağırlık verilmesi" hedef olarak belirlenmiştir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planında "ülke ortalaması ile karşılaştırıldığında, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki, eğitim seviyesinin düşüklüğü, nüfus planlaması faaliyetlerinin yeterince etkinleştirilememesi, anne ve çocuk sağlığındaki bozukluklar ve kadının statüsünün yeterince geliştirilememesinin dikkat çektiği" raporlanmaktadır.

"Anne ve çocuk sağlığını yakından ilgilendiren doğum öncesi bakım, sağlık personeli yardımı ile doğum ve doğum sonrası bakım ve modern aile planlaması yöntemi kullanımında artışlar görülmekle birlikte, yerleşim yerleri arasındaki farklılıklar dikkat çekmektedir. 1998 yılı Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, doğum öncesi bakım almamış gebelerin oranı kentlerde yüzde 21,7 iken, bu oran kırsal alanda yüzde 47,9'a kadar yükselmektedir. Kentlerde, sağlık kuruluşu dışında doğum yapanların oranı yüzde 19,8 iken, kırsal kesimde yüzde 40,3'dür".

Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında "sağlık sisteminin etkinleştirilmesi amacıyla önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenabilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi" ne karar verilmiştir.

Onuncu beş yıllık kalkınma planında plan öncesi dönemde sağlık durum analizinde, "Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedildiği, bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlandığı" ifade edilmektedir.

Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedildiği, anne ölüm oranının hızla düşürüldüğü açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden hesaplanmış olan Anne Ölüm Hızı (Yüz Bin Canlı Doğumda) 2006 yılında 28,5, 2012 yılında 15,5'tir. Onuncu Kalkınma Planı tahminleri ise 2013 yılı için 14,5, 2018 yılı için ise 9,5 olmuştur.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde Doğuştaki hayat ümidi (Yıl) 1960 yılında 57,6 yıl olan doğumda ortalama yaşam süresi, yüksek, orta ve alçak doğurganlık hızları üzerinden yapılan ileriye dönük çalışmada 1965 yılı için 60,4 , 1970 yılı için 63,2, 1975 yılı için 65,8 ve 1980 yılı için 68,2 yıl olarak tahmin edilmiştir.

İkinci beş yıllık kalkınma planı döneminde Doğuştaki Ortalama Hayat Süresi 1960 - 1965 devresi olarak mevcut durumda 57,6 yıl olarak ifade edilmiştir. Çocuk ölümlerinin yüksek alındığı bir başka tahmine göre bu değerler erkekler için 51,8, kadınlar için 53,4 tür.

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı döneminde bebek ölüm oranı ve 5 yaşından aşağıdakilerde ölüm oranlarının azalması durumunda doğuştaki beklenen yaşama sürelerinin arttığının görüldüğü raporlanmıştır.

Ölümlülükle ilgili daha güvenilir bir endeks, doğuştaki hayat ümidi değerleridir. Türkiye Nüfus Araştırmasına göre 1966 - 1967 yıllarında Türkiye'de Doğuştaki Yaşam Ümidi 54,9 yıl olarak saptanmış ancak yöresel olarak kırsalda 52,8, şehirlerde 58,6 ,yine büyük şehirlerden Ankara 58,2, İstanbul 60,6, İzmir 62,4 olarak raporlanmıştır.

Uzun dönemli gelişme yönünden bakıldığında "1970 sayımı geçici sonuçları gözönünde tutularak ve elde bulunan demografik araştırmaların bulgularından yararlanarak, 1995 yılına kadar yirmibeş yıllık bir perspektifi kapsayan ve ikinci plan nüfus tahminlerinde uygulanan metodun geliştirilmesiyle kurulan modelde doğum ve ölüm özellikleri hakkında elde edilen son veriler kullanılarak nüfus projeksiyonları hazırlanmıştır. Modelde, ölüm düzeyinde beklenen gelişmeler hazırlanan bütün alternatifler için sabit kabul edilmiştir. Bu duruma göre, 1990-1995 döneminde doğuştaki hayat ümidi değerlerinin kadınlar için 70,4, erkekleri için 65,0, toplam 67,7 yıla ulaşacağı" varsayılmıştır.

Ortalama yaşam süresi Türkiye'de 1970 yılı verisi 54,9 yıldır. Avrupa ve Ortak Pazar ülkelerinin oldukça gerisindedir. Dördüncü beş yıllık kalkınma planında 1970 - 1975 dönemi sonunda çocuk ölümlerinin çok olması nedeniyle ortalama

yaşam umudu değerleri düşük çıktığı ifade edilmektedir. Erkekler için 55,88, kadınlar için de 59,99, toplamda 57,935 olan ortalama yaşam umudunun dördüncü beş yıllık kalkınma planı dönemi sonunda sırasıyla 58,27 ve 62,79'a toplamda ise 60,53'e yükselmesi beklenmiştir.

Beşinci beş yıllık kalkınma planı döneminde "kaba ölüm hızının binde 9,0 dan binde 7,9'a indirilmesi ve özellikle bebek ölüm hızının da binde 83 den binde 65 dolaylarına düşürülmesi halinde, doğuşta hayat ümidi süresinde artışlar olabilecek ve Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemi başında erkekler için 60,6, kadınlar için 65,5 , toplamda 63,0 yıl olan doğuşta ortalama hayat ümidi süresi, dönem sonunda yaklaşık iki yıl artarak sırasıyla 62,8 ve 67,8 ve toplamda 65,3 yıla yükseleceği" tahmin edilmiştir.

Altıncı beş yıllık kalkınma planının da bebek ölüm oranında meydana gelecek azalmalar neticesinde doğuşta hayatta kalma ümidi yükseleceği tahmin edilmekte, DPT, altıncı beş yıllık kalkınma planı nüfus tahminlerine göre (Tahminler, demografik verilerdeki son gelişmelere göre Ocak 1989'da yapılmıştır),Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl) 65,58 ve 67,64 olarak tahmin edilmiştir. Plan dönemi sonunda; bebek ölüm oranının binde 51 'e düşürülmesiyle doğuşta hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Yedinci beş yıllık kalkınma planında mevcut durum değerlendirmesinde altıncı beş yıllık kalkınma planı döneminde toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşme sağlandığı, 1989'da doğuşta hayatta kalma ümidi 66 yıldan 1994'de 67,7 yıla yükseldiği ifade edilmiştir. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde demografik göstergelerde beklenen gelişmelerde Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi Yıl olarak 1995 te 67,9, 1996 da 68,2, 2000 de 69,1yıl olarak hedeflenmiştir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planında plan öncesi genel durum değerlendirilmesinde doğuşta hayatta kalma ümidinin yaklaşık 1,1 yıl artarak 69,1 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bebek ölüm hızında gerileme olması doğuşta hayatta kalma ümidini 69,1 yıla yükseltmiştir. 2005 yılı için de 70,3 olarak hedef konmuştur.

Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında sekizinci 5 yıllık kalkınma planı döneminde Sağlık Bakanlığı, DPT kaynağına göre Doğuştta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl) 2000 yılında 70,4 yıl, 2005 yılında 71,3 yıl olarak saptanmış, hedefin de üstüne çıkılmıştır. Doğuştta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl), 2006 yılı 71,5 yıl, , 2013 yılı için 72,3 yıl olarak hedef konmuştur.

Onuncu beş yıllık kalkınma planında bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş, doğumda beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Doğuştta beklenen yaşam süresinin 2013 yılı itibarıyla 76,9 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir. Doğuştta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) 2006 yılında 74,7 yıl, 2012 yılında 76,8 yıl (TÜİK'in geriye dönük projeksiyon çalışmasıdır.) , 2013 yılında 76,9 yıl ve 2018 yılında 77,5 yıl (Onuncu Kalkınma Planı tahminleridir.) olarak tahmin edilmiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde yüksek bir kalkınma hızına ulaşarak geliri artırmak başlı başına bir amaç olarak belirtilmemiştir. Asıl hedef toplum refahını ve insan mutluluğunu artırmak olarak görülmüştür. Birinci beş yıllık kalkınma planı da, kalkınma yüküne katılmada ve kalkınmanın ürünlerinden faydalanmada adalete uygun bir gelir dağılımını sağlayacak şekilde hazırlanmıştır. Kalkınma hamlesinin ana amacı, büyük kütlelere bugünkünden daha yüksek bir gelir seviyesinde âdil bir gelir dağılımı sağlamak olarak belirlenmiştir.

"Milli gelirdeki artışın büyük kısmının nüfus artışına gittiği, bu yüzden toplam milli gelirden önemli bir artış sağlanmışsa da kişi başına düşen milli gelirdeki farkın büyük olmadığı, bu nedenle de halkın refahındaki artışın çok fazla olmadığı" ifade edilmektedir. "Adam başına gelir başka ülkelerle karşılaştırıldığı zaman da, ekonominin henüz yüksek tasarruf, yatırım kapasiteli bir duruma gelemeyişi" görülmektedir.

Milli gelir artmasına rağmen, kişi başına gelir istenen seviyeye ulaşamamıştır. Sebebi fazla doğumlar ve nüfus artışıdır. Bu nedenle "ailenin gücünü aşan sayıda çocuk sahibi olmanın ailede ve sosyal hayatta sorunlar yaratmasına, özellikle çocuk düşürmek için ana sağlığını yıpratıcı ve hayatı kaybettiren yollara başvurulmasına sebep olan faktörleri ortadan kaldıran, nüfus artış hızını azaltan, ailelerin istedikleri

zaman ve sayıda çocuk sahibi olmalarını mümkün kılan bir aile planlaması politikası benimsendiği" ifade edilmiştir.

Üçüncü beş yıllık kalkınma planı döneminde Avrupa Ekonomik Topluluğunda nüfus artış hızları Türkiye'ye oranla çok düşüktür. Kişi başı gelirleri Türkiye'den yüksektir.

"1960-1970 arasında gelişmiş OECD ülkelerinin gayrisafi milli hasıllarındaki ortalama artış hızı yüzde 4.8, gelişmekte olan ülkelerin ise yüzde 5.6 olmuştur. Ancak, Türkiye'de nüfus artışının yüksek olması nedeniyle, Türkiye ile gelişmiş ülkeler arasındaki kişi başı gelir farkı, Planlı dönemde gayrisafi milli hasılda sağlanan yüksek büyüme hızına rağmen artmıştır". şeklinde mevcut durum saptaması yapılmıştır.

1962 yılında 243 dolar olarak gerçekleşen kişi başı gelir (\$), 1972 yılında 364 dolar olarak hedeflenmiştir. OECD ülkelerinde kişi başı gelir yılda ortalama yüzde 3.7 artarak 1810 dolardan 2601 dolara yükselmiştir. "Bu karşılaştırmalar Türkiye'nin bu bakımdan henüz yeterli bir gelişmişlik düzeyine ulaşamamış olduğunu göstermektedir. Türkiye on yıllık dönemde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyüme hızından daha yüksek bir büyüme hızına ulaşmış olmasına rağmen fert başına geliri halen, karşılaştırmaya konu olan ülkelere az ve özellikle Avrupa Ekonomik Topluluğu üyelerinden en geri düzeyde bulunmaktadır. Bu gelir, Avrupa Ekonomik Topluluğu üyelerinin ortalama gelir düzeyinin altıda biri kadardır". Fakat hedef olarak 22 yıl sonra Türkiye, bugünün İtalya'sının yaşama düzeyine ulaşacaktır denmektedir.

Yedinci beş yıllık kalkınma planı dönemi sonunda toplumsal refahta sağlanacak gelişmeler 1995 yılında cari fiyatlarla 2.423 dolar olan kişi başına milli gelirin Yedinci Beş Yıllık Kalkınma dönemi sonunda 3.346-3.530 dolara ulaşması beklenmektedir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planında milli gelir tahminleri "2000 yılında cari olarak yaklaşık 3.000 dolar düzeyinde olan kişi başına GSMH'nın, 2005 yılında 4.300 dolar seviyesine yükseleceği tahmin edilmektedir. Gelir dağılımında kentsel

yerlerde ortaya çıkan bozulmanın yanısıra, kent ve kırsal arasındaki kişi başına gelir farklılıklarının arttığı" belirtilmiştir.

Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında, "2000 yılında 2.879 dolar olan kişi başına milli gelir, 2005 yılında 5.042 dolara yükselmiştir. Kişi başına gelirin 2013 yılında 10.100 dolar olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Onuncu Kalkınma Planı ile Türkiye'nin uluslararası gelir zinciri hiyerarşisinde üst basamaklara çıkmış, yüksek gelir grubu ülkeler arasına girmiş ve mutlak yoksulluk sorununu çözmüş bir ülke haline gelmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, 2018 yılında kişi başına gelirin 16 bin dolara yükseltilmesi hedeflenmiştir. Ülkemiz, satın alma gücü paritesine göre kişi başına gelir açısından 66'ncı sırada yer almakta ve gelişmekte olan ülkeler kategorisinde bulunmaktadır" şeklinde belirtilmiştir.

"Türkiye'de, ekonomik ve sosyal kalkınma hızlanmış, kişi başına gelir ve refah düzeyinde önemli artışlar kaydedilmiştir. Ancak, bu iyileşme kent-kırsal ayrımında, bölgeler arasında farklı düzeylerde gerçekleşmiş, yaşam alanlarına, mekân kalitesine ve çevresel standartlara farklı seviyelerde yansımıştır."

Birinci beş yıllık kalkınma planı döneminde sağlık programlarının gerçekleştirilmesi için adam başına sağlık harcamaları 15 yılda 2 katına çıkmış olacağı ifade edilmiştir.

İkinci beş yıllık kalkınma planı döneminde "önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel bir sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacaktır. Ayrıca, özel tüketimdeki artışın yanısıra özellikle sağlık, eğitim gibi kamu gelişme cari harcamalarının fertlerin hayat standartları üzerinde olumlu etkiler yaptığı dikkatten uzak tutulmamalıdır. Bunun ötesinde, İkinci beş yıllık kalkınma planı döneminde, gelirin kişiler arasında daha adil bir şekilde dağılımını sağlamak amacıyla izlenecek politika sonucunda düşük gelir gruplarının tüketiminde ortalamadan daha hızlı bir artış olacaktır. Özel tüketimdeki artışın yanısıra özellikle sağlık, eğitim gibi kamu gelişme cari harcamalarının fertlerin hayat standartları üzerinde olumlu etkiler yaptığı dikkatten uzak tutulmamalıdır."

Dördüncü beş yıllık kalkınma planında plan dönemi sonunda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının bütün Türkiye'yi kapsamasının sağlanacağı ifade edilmektedir.

Toplam kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı ortalama % 1-3'tür. Gelişmiş ülkelerde GSMH'nin % 6-10'nun sağlık harcamalarına ayrılması da göstermektedir ki, ülkemizde sağlık sektörüne ayrılan kaynak istenilen düzeyde değildir. İktisaden belli kalkınmışlık seviyesine ulaşmış ülkeler ekonomik sektörlerden ziyade sosyal sektörlere ve özellikle sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayırabilmektedir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında "Toplam sağlık harcamalarının 1989 yılında yüzde 3,4 olan GSMH içindeki payının 1994 yılında yüzde 4'e, sağlık harcamaları içindeki kamu payının da aynı dönemde yüzde 58,5'den yüzde 64,7'ye çıktığı tahmin edilmektedir. Bu dönemde de sağlık yatırımlarına öncelik verilmesi amaçlanmıştır. Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nin yüzde 6,6'sından 2005 yılında yüzde 7,6'sına ulaşmıştır."

"Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada sağlık harcamalarının artması beklenmektedir. Artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı baskı, özellikle birçok gelişmiş ülkede yüksek kamu borçları ve zayıf bütçe yapısının gerisindeki temel etken olmaya devam edecektir."

"Türkiye genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle sağlık harcamalarının millî gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisindedir. İlerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklen2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir. Yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık harcamalarının daha da artabileceği öngörülmektedir".

"Nüfusun yaşlanması; hastalık yükünün değişimi; yeni sağlık teknolojilerinin geliştirilmesiyle oluşan sağlık enflasyonu; sağlık bilinci ve gelir düzeyi artışına bağlı

olarak sağlık hizmetlerine talebin artması gibi nedenlerle sağlık harcamaları artış eğilimini korumakta ve mali sürdürülebilirlik üzerinde baskı yaratmaktadır".

Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında "toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nın yüzde 6,6'sından 2005 yılında yüzde 7,6'sına ulaşmıştır."

Onuncu beş yıllık kalkınma planı'nda "2007-2012 döneminde SGK sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 0,8 puan artarak yüzde 3,1 olarak gerçekleşmiştir. Diğer taraftan, GSYH'ya oran olarak 2006 yılında yüzde 4,1 düzeyinde gerçekleşen toplam kamu sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamının genişlemesi ve sağlık hizmetlerine erişimin artmasına rağmen alınan tedbirlerin etkisiyle sınırlı bir artış göstererek 2012 yılında yüzde 4,2 düzeyine yükselmiştir."

Özel dönüşüm programlarında, "Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı" eklenmiş ve 6. Bileşende: "Sağlık harcamalarının etkinleştirilmesi, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, kademeli bir şekilde sevk zinciri uygulamasına geçilmesi, sağlık teminat paketlerinin gözden geçirilmesi, ve koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi" için özel planlar ve programlar düzenlenmiştir.

"2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir. Ayrıca hem emekli aylık ödemeleri hem de sağlık harcamaları önemli miktarda artmış ve bu kalemlerin GSYH'ya oranını 2,4 puan yükselmiştir."

Birinci beş yıllık kalkınma planı döneminde en çok ölüme sebep olan hastalık kalp hastalıkları, çeşitli çocuk hastalıkları, tüberküloz ve başka bulaşıcı hastalıklar olduğu ifade edilmiştir.

İkinci beş yıllık kalkınma planı döneminde toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşaması kalkınma için bir amaç, sağlık hizmetinin seviyesini yükseltmeyi de iktisadi ve sosyal gelişmeye ulaşabilmek için bir araç olarak belirtilmiştir. İnsan gücü, ruh ve beden sağlığı iyi olduğu oranda kalkınma çabasında verimli olabilir. Bu nedenle halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartları belirli bir seviyeye ulaştırılması hedefi konmuştur.

Beslenme ve besin kontrolü açısından yapılan değerlendirmede, yurdumuzda eksik beslenmenin yanı sıra yanlış beslenme yaygın olduğu, kişi başına alınan günlük kalori normale yakın olmasına rağmen bu kaloriyi sağlayan hayvansal ve bitkisel gıdalar arasında dengesizlik olduğu ifade edilmiştir.

Ana hedefi halkın refah seviyesini yükseltmek olan kalkınma gayretlerinde toplumun ruh ve beden sağlığı korunacak, hasta olanlara eşit tıbbi bakım imkânları verilecek, halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanması temin edilecektir.

"Çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme şartlarının geliştirilmesi, ana - çocuk sağlığı, okul sağlığı, gençlerin sağlığı, işçi sağlığı gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilecektir."

Dördüncü beş yıllık kalkınma planında sağlıklı beslenme, sağlıklı tüketim, sağlıklı kentleşmenin birlikte gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Dördüncü beş yıllık kalkınma planının ÖİK raporunda sağlık ocaklarındaki koruyucu hekimlik hizmetinin entegrasyonu için kurulacak kamu sağlığı dispanserleri (ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, kanser savaş ve ruh sağlığı hizmetleri için) hekim teminindeki güçlük sebebiyle kurulamamış ve söz konusu destek hizmetlerinin ilk safhada il merkezleri seviyesinde sağlamak üzere hazırlıklara başlanmıştır. Verem savaşı hizmeti mevcut faaliyetlerine devam edecek ve mevcut dispanserlerin faaliyetleri aynı zamanda kanser savaşına yardımcı olacak niteliğe çıkarılacaktır.

Yedinci beş yıllık kalkınma planında "dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak görülen çeşitli sağlık sorunlarının önemini korumakta olduğu raporlanmıştır."

Onuncu beş yıllık kalkınma planında "fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması" gerektiği ifade edilmiştir.

"Bireylerin bedenlen ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilmesine" karar verilmiştir. "Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır."

Sağlıkta dönüşüm programlarından, "sağlıklı yaşam ve hareketlilik programının 4. Bileşeninde kanser, kalp ve damar ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve risk faktörlerinin azaltılması, bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi, izlem ve yönetim için srveyans sisteminin kurulması, bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik eğitim ve araştırma kapasitesinin artırılması" hedeflenmiştir.

Birinci beş yıllık kalkınma planı döneminde "adam başına sigara tüketiminde 1950 - 1960 dönemi içinde bir artış görülmektedir. Bu artış sigara içenlerin gittikçe çoğaldığını göstermektedir. 1950 - 1960 arasında kişi başına tüketim yılda ortalama 20 gr. artmıştır. Bu gidişin süreceği kabul edilerek kapasitenin artırılması ve bazı makinelerin yenilenmesi" şartı getirilmiştir.

nc beş yıllık kalkınma planı döneminde alınan bazı önlemlerle "1967 yılında yüzde 26,3'ten, 1972 sonunda yüzde 16,3'e düşmesi beklenmektedir, sigara kalitesinin iyileştirileceği, kayıpların önleneceği ve sağlık nedenleri ile filtreli sigara talebindeki hızlı artışın devam edeceği" kabul edilmiştir.

Dördüncü beş yıllık kalkınma planında "toplum sağlığı açısından içki tketimeinin düşük alkollü ve alkolsüz içkilere yönlendirilmesi temel ilke olarak benimsenmiştir. Ancak, nc plan döneminde, düşük alkollü içki üretimindeki yıllık ortalama artış Plan hedeflerinin çok gerisinde kalmış, yüksek alkollü içkilerde hedef aşılmış olduğu ifade edilmektedir. Alkollü içkilerin fiyatı, bu sektördeki görelili fiyat yapısı yüksek alkollü içkilerden alkolsüz ve düşük alkollü içkilere yönelimi özendirecek biçimde düzenlenmesi" planlanmıştır.

"Sigara paketlerine, sigaranın insan sağlığı üzerindeki zararlı etkilerini belirten bir uyarı yazısı konulması" na karar verilmiştir.

Beşinci beş yıllık kalkınma planında "gençlerin alkol düşkünlüğünden korunması" planlanmıştır. Ancak alkollü içki (rakı) üretiminin artması hedef olarak konmuştur.

Altıncı beş yıllık kalkınma planında "gençleri sigara, alkol, uyuşturucu maddeler (psiko-trop) vb. olumsuz ve tehlikeli durumlardan korumak için adalet duygusunun önce insanın kendi vicdanında yerleşmesi gereği ve inancını geliştirici programlara ağırlık verilecektir."

Alkolizm ile mücadele etkinleştirilerek yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir. "Gençlerin ruh ve beden yönünden mükemmel gelişmesini sağlamak amacı ile okul içi ve dışı fikir, kültür, sanat, spor, izcilik ve boş zamanları geliştirme faaliyetleri teşvik edilecek; alkol, sigara, uyuşturucu madde, kumar ve benzeri alışkanlıklarından koruyucu tedbirler bir bütünlük içinde ele alınacaktır". şeklinde plan kapsamına alınmıştır.

Tütün ve tütün mamulleri sanayii planlamasında yurtiçi sigara talebinin artacağı tahmin edilmiş, bunun için tütün üreticilerinin eğitilmesi konusunda çalışmalar yapılması planlanmıştır. "Uzun vadede sigara tüketiminde özel harmanlanmış sigaraların hakim olacağı gözönüne alınarak Tekel, değişecek olan tüketici zevkine hitap edecek yeni tip sigara üretim çalışmalarını sürdürecektir."

Alkol ve tütün üzerindeki savunma fonu kesintisi özel tüketim vergisi adı altında birleştirilecektir. "Tütün mamullerinde zifir oranının tespit edilmesi ve sınırlandırma getirilmesine yönelik düzenleme yapılması" na karar verilmiştir.

Sekizinci beş yıllık kalkınma planında Devlet tarımsal destekleme kapsamındaki tütün alınmasını desteklemektedir. Çocukları iletişim araçlarının zararlı etkilerinden korumak amacı ile sigara kullanımını ve tüketimi özendiren yayın ve programları çocukların izleyemeyeceği saatlerde yayınlamaları için karar alınmıştır.

Onuncu beş yıllık kalkınma planında "sağlıklı yaşam ve hareketlilik programı amacı ve kapsamında sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenilirliliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi" amaçlanmaktadır.

"Tütün kullanımı ile alkol ve madde bağımlılığının azaltılması, tütün kullanımı ile alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında programlar ve kampanyalar düzenlenmesiyle denetimlerin etkinleştirilmesi, Tütün kullanımıyla ilgili kapalı mekân yasaklarının etkin bir şekilde uygulanması kararları alınmış ve uygulamaya konmuştur. "



5. TARTIŞMA

Kalkınma hem sayısal verileri (ulusal gelir, kişi başına düşen gelir, sağlık harcamaları, eğitim harcamaları, ithalat, ihracat, vb.) hem de toplumun yaşam standartlarını (eğitim, sağlık, çalışma koşulları, dinlenme olanakları, gelir artışı, vb.) içeren bir kavramdır (13). Buradan hareketle kalkınma planlamasının, salt ekonomik büyümeyi değil, toplumsal ve kültürel gelişimle birlikte ülkenin kalkınmasını ve büyümesini hedefleyen planlama olduğu söylenebilir (7). Gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülke seviyesine ulaşabilmesi için kalkınma planlaması yapması oldukça önem arz etmektedir.

Kalkınma planlaması, uzun vadeli kalkınma politikasının belirli kural ve stratejilere göre düzenlenmesi anlamına gelir. O ülkenin, ekonomik, sosyal ve politik değer yargıları ışığında toplumun belirli bir dönemde ulaşması istenen sosyo-ekonomik ve sayısal olarak belirlenmiş hedeflere ulaşmak için kaynakların belirli organlar tarafından etkin olarak yönetilmesi sürecidir diyebiliriz.

Kalkınma yaklaşımlarına göre, mikro, makro ve küresel düzeydeki tüm politikalar aynı anda ve aynı etkinlikle uygulandığı sürece başarı sağlanabilir. Yaşam süresinin uzatılması, bebek, çocuk ve anne ölümlerinin azaltılması, ekonomik kaynaklara erişim düzeyinin artırılması ve bireysel sağlık düzeyinin iyileştirilmesi mikro düzeyde kalkınma ile mümkündür. Bilgi ve beceri düzeyinin artırılması, üretimde verimliliğin artırılması, kişisel ve milli gelir hacminin genişletilmesi, kaynakların etkin kullanımı ve dolayısıyla sosyal ve sağlık sisteminde iyileştirmeler makro düzeyde kalkınma ile mümkündür. Son olarak, küresel kalkınma, dünya çapında kaynakların ve gelirin adil dağılımının gerçekleştirilmesiyle mümkündür. Çalışmaların başarılı olabilmesi için uluslararası kurum ve ülkelerin bu amaç doğrultusunda ortak çıkarlar doğrultusunda iş birliği içinde hareket etmesi gerekmektedir. Bu başarıların sağlık sistemine yansması ile tüm ülkelerin sağlık hakkını tanıyarak ve uygulayarak ve kendi sağlık göstergelerini geliştirerek ortalama dünya sağlık göstergelerini iyileştirebilirler (23).

1970'lere kadar sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında eşitlik kriterleri oluşturulurken, 1980'lerden itibaren harcama düzeyleri, yönetim maliyetleri, yatak

sayısı ve tedavi maliyetleri gibi yeni ekonomik endeksler oluşturulmuştur. 1990'lardan itibaren ise sağlık sistemlerinin etkinliğini ölçmek için daha kapsamlı göstergeler oluşturulmuştur (106). Sağlık göstergeleri olarak adlandırılan bu göstergelerin en temel olanları bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama hastanede yatış süresi, hekim ve sağlık personeli başına ve yatak başına düşen nüfus, sağlığa ayrılan Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) payıdır. Ayrıca kişi başına sağlık hizmetlerine başvuru sayısı, ölüm nedenlerinin sıralaması, yaşam standartları ve İnsani Gelişme Endeksi gibi günümüzde yeni değişkenler de uygulamaya konulmuştur (107).

Temel olarak, bir ülkenin gelişmiş, gelişmekte olan ya da az gelişmiş bir ülke olduğunu gösteren ve çok boyutlu bir kavram olan İGE, söz konusu ülke ekonomisindeki mevcut durumun bireylerin yaşam kalitesini ne ölçüde yansıttığını ortaya koymaktadır (108).

Geleneksel gelir ağırlıklı ölçümlerden farklılık gösteren İGE, sayısal olarak ifade edilmekte ve kalkınma yarışındaki bir ülkeyi değerlendirirken üç farklı boyutu dikkate almaktadır. Sağlık boyutunu yansıtan yaşam beklentisi (doğumda yaşam beklentisi ile ölçülür), eğitim seviyesi (yetişkin okuryazarlık oranı ve ilk, orta ve yükseköğretim kayıt oranları ile ölçülür); gelir düzeyi (kişi başına düşen gelirle ölçülür). Dolayısıyla İGE, bir ülkenin ortalama başarısını üç farklı gelişmişlik boyutunda yansıtmakta ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerini değerlendirirken yaşam kalitesi açısından önemli olan gelir, sağlık ve eğitim faktörlerini dikkate almaktadır. (48).

Bu çalışmada; bir toplumun gelişmişliğini ve kalkınmışlığını gösteren en önemli göstergelerden biri olan İGE'nin özellikle sağlık boyutunu yansıtan yaşam süresi ile yaşam kalitesini belirleyen gelir düzeyi ele alınmıştır. Eğitimin insani gelişimdeki yadsınamaz önemine rağmen çalışmanın kapsamının sınırlılıkları açısından eğitim parametresi çalışmaya alınmamıştır.

Genel sağlık düzeyine ve dolayısıyla doğuştan beklenen yaşam süresine etki eden sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı, kişi başı sağlık harcamaları, bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı, bazı hastalıklardan ve risk

faktörlerinden genel kanser insidansı, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, obezite ile tütün ve alkol kullanımının ülke sağlık politikalarının belirlenmesinde etkin olan kalkınma planlarında ne kadar yer aldığı ve İGE ile kıyaslamalı analizi yapılmıştır.

Bağımlı değişkenler olarak, ölümlülük oranları kapsamına da giren bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm hızı alınmış, ayrıca doğuşta beklenen yaşam süresi, bazı hastalık ve risk faktörlerinden genel kanser insidansı, hipertansiyon insidansı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı insidansı, diyabet insidansı, obezite (bazı kaynaklarda hastalık, bazı kaynaklarda risk faktörü olarak belirtilmiştir) insidansı gibi hastalıklar ile tütün ve alkol kullanımı ile Bağımsız değişkenler olarak alınan Türkiye İnsani Gelişim Endeksi, kişi başı GSYİH (Dolar), toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya Oranı (%), kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, SGP ABD \$ açısından korelasyon ve regresyon çalışmaları yapılarak değerlendirilmiştir.

Çalışma, bu sıralamada değerlendirilerek, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin korelasyon ve regresyon analizleri ile elde edilen sonuçlar literatür bilgisi dahilinde tartışılacak, ayrıca kalkınma planlarında bağımlı ve bağımsız değişkenler açısından yapılan planlamaların ne kadar yer aldığı analiz edilecektir.

Bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı, bir toplumun gelişmişliğini ve kalkınmışlığını gösteren en önemli göstergelerdendir. Sosyal ve ekonomik olarak gelişmişliği gösterdiği gibi beklenen yaşam süresini ve o ülkenin geleceğinin belirlenmesinde de bir kriterdir. Çalışmalar, özellikle bebek ölüm hızının, bir toplumun sosyoekonomik düzeyini yansıtan en önemli araçların başında geldiğini ortaya çıkarmaktadır. (107). Bebek ölüm hızının düşük olması o ülkeye yüksek düzeyde sosyoekonomik bir gelecek sağlar (81). Sağlık politikalarının ileriye yönelik belirlenmesi, programlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi bebek ölüm hızları ve beş yaş altı ölüm hızları açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmada 2000-2017 yılları arasında 18 yıllık süreçte bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızında düşme eğilimi görülmüştür. Bu süreci kapsayan dönemde IGE raporu sonuçları ile yapılan korelasyon çalışmasında bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı

ölüm hızı düşerken Türkiye IGE değerinin yükselme eğiliminde olduğu, yani aralarında ters bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç bize ülkemizin gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmasını hızlandırmak ve buradaki konumunu korumak için bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızının düşürülmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca bu konularda ülke sağlık politikalarının belirlenmesinde ve gerekli önlemlerin alınmasında öncelik verilmesi açısından oldukça anlamlı bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Köksal, Sipahioğlu, Yurtsever ve Vehid'in çalışmalarında elde ettikleri önemli sonuçlardan biri, bebek ölüm hızının 1960 yılından itibaren ülkemizde hızlı bir düşüş gösterdiği, ancak 2013 yılı itibariyle AB ülkeleri ortalamasından hala anlamlı şekilde yüksek olduğudur. Üye ülkelerden Romanya'da binde 10 ile en yüksek bebek ölüm hızına karşın, ülkemizde bu değer binde 16,5 ile daha yüksek bir değerde olduğunu saptamışlardır. Yine benzer şekilde, beş yaş altı ölümlerin de AB ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. Bu değerler Romanya için binde 12, Bulgaristan için binde 10 ve ülkemiz için binde 19,2 (TÜİK verilerine göre 2013'te binde 13,4, 2014'te binde 13,3) düzeyindedir (109).

Yine çalışmada bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı ile kişi başı GSYİH ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Kişi başı GSYİH ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı seviyesinde düşme gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızının her ikisinde de değişimin % 98'lik bölümü Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 1,301 birimlik bebek ölüm hızının azalmasına, bir birimlik kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değişiminin 0,006 birimlik bir bebek ölüm hızının azalışına, bir birimlik Türkiye IGE değeri değişiminin 101,903 birimlik 5 yaş altı ölüm hızı azalmasına neden olduğu gözlenmiştir.

Literatür taramasında çalışmayı destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Çevik ve Taşar 2013 yılında, ülkeleri gelişmişlik düzeylerine göre sınıflandırarak kesit

regresyon yöntemiyle araştırma yapmışlar, yapılan sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelere göre az gelişmiş ülkelerde, insani gelişim üzerinde daha etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Aynı çalışmada az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının özellikle bebek ve 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranlarında ciddi düşüşlere neden olduğu belirtilmektedir (91).

Temel ihtiyaçların karşılanması ancak belirli bir gelir düzeyi ile mümkün olabilir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının artması da kişi başına düşen gelirin artması ile desteklenecektir. Boachie ve ark. Gana'da kişi başına düşen gelirden yüzde 10'luk bir artışın bebek ölümlerini yüzde 2,6 oranında azalttığını gösteren çalışması da çalışmamızı desteklemektedir (110).

Seyirci (2017) yaptığı çalışmada geçmiş 50 yıllık dönemde bebek ölüm hızının düşme eğilimine karşılık, kişi başı GSYİH'nın yükselme eğiliminde olduğunu, özellikle 1966-2005 yılları arasında ters yönde olmakla birlikte birbirine benzer oranlarda değişim gösterdikleri ve değişkenler arasında negatif yönlü ilişki olduğu sonucuna varmıştır (81) ve bu sonuçta çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmada ayrıca doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı GSYİH değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Kişi başı GSYİH arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinde de artma gözlenmiştir. Ülkemizde sağlık sektörüne yapılan yatırımların uzun dönemde sağlık çıktılarını artırıp artırmayacağının tespiti amacıyla 1980-2017 döneminde Türkiye'ye ait bebek ölüm hızı, ortalama beklenen yaşam süresi, kişi başı gelir düzeyi, kişi başı kamu kesimi sağlık harcamaları ve kişi başı özel sağlık harcamalarının yıllık verilerini kullanarak sağlık harcamaları ile sağlık çıktıları arasındaki uzun dönemli ilişkiyi araştıran Sever ve İğdeli (2019) çalışmayı destekleyen sonuçlara ulaşmışlardır. Kişi başı kamu kesimi sağlık harcamaları ve kişi başı özel kesim sağlık harcamalarındaki artışların ortalama yaşam beklentisini pozitif yönde etkilediğini, kişisel gelir, kişi başı kamu ve özel kesimi sağlık harcamalarındaki artışlar bebek ölüm hızını düşürdüğünü, ayrıca bebek ölüm hızı ve ortalama yaşam beklentisinin kişi başına düşen geliri açıklayıcı yönünün daha yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Sağlık harcamalarının aynı zamanda kişi başına düşen gelir seviyesinin artmasında dolaylı yoldan etkili olduğu yönünde saptamaları olmuştur (111).

Bayın 2016 yılında yaptığı araştırma sonucunda, hem kadınlarda hem de erkeklerde doğuşta beklenen yaşam süresine en çok etki eden değişkenin bebek ölüm hızı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kişi başı sağlık harcamaları ve sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin ise, 65 yaşta beklenen yaşam süresine en fazla etki eden değişkenler olarak saptamıştır (85).

Ülkemiz dışında çalışmamızı destekleyen diğer bir araştırma da Anyanwu ve Erhijakpo (2007) tarafından, 1999-2004 döneminde 47 Afrika ülkesinin yıllık verilerinden faydalanarak kişi başına toplam ve kamu sağlık harcamaları ile kişi başına düşen gelirlerinin bebek ölümleri ve beş yaş altı ölüm oranı çıktısına etkisini panel veri yöntemiyle analiz etmişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre sağlık harcamalarının bebek ölümleri ve 5 yaş altı ölüm oranları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu saptamışlardır.

Rajkumar ve Swaroop'un 2008 yılında yaptığı farklı bir çalışmada da kamu sağlık harcamalarının 5 yaşından küçük çocukların ölümleri üzerindeki etkilerini 1990, 1997 ve 2003 yıllarındaki veriler yardımıyla araştırmışlar ve iyi yönetilen ülkelerde, kamu sağlık harcamalarının %1 artması, 5 yaş altı ölüm oranının % 32 oranında düşmesine neden olduğunu saptamışlardır. Bu etkinin yönetim düzeyi ortalama olan ülkelerde % 20'ye düştüğü ve yönetim düzeyi zayıf olan ülkelerde ise bu etkinin ortadan kalktığını görmüşlerdir. Çalışmadan elde edilen diğer bulgular yönetim ilişkisinin dâhil olmadığı bir ekonomide kişi başına düşen GSYH'daki yüzde bir puanlık artışın, çocuk ölümlerinde % 42'lik bir azalmayla ilişkili olduğunu vurguladığını ifade etmişlerdir. Aynı şekilde kamu sağlık harcamalarında %1 oranındaki bir artış çocuk ölüm oranını %18 oranında düşürdüğünü saptamışlardır. Çalışmayı destekleyen bu sonuçlarla ülkemizin yönetimi sürecinde kalkınma planlarında sağlık politikalarını belirlerken sağlık bütçesinin, kişi başı gelir, kamu ve özel sağlık harcamalarını artırılması çocuk ölümlerini anlamlı düzeyde azaltacağı, ortalama yaşam süresini artıracığı ve buna bağlı IGE sıralamasında yükseleceği şeklinde yorumlanabilir.

Tüylüoğlu ve Tekin'in 2009 yılında yaptığı çalışmada, 2003 yılına ait verilerden yararlanarak 176 ülkenin ekonomik göstergelerinin sağlık göstergeleri

üzerindeki belirleyicilik boyutunu çoklu regresyon analizi desteğiyle incelemişlerdir. Yaptıkları analiz sonuçlarına göre, sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerine yapmış olduğu etkinin gelir düzeyinden daha etkili olduğu, sadece gelir düzeyinin artırılmasına güvenilmemesi gerektiğini ifade etmişlerdir (45).

Çalışmada bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 1,301 birimlik bebek ölüm hızının azalmasına, yine kişi başı GSYİH arttıkça da doğumda beklenen yaşam süresinde de artma olduğu saptanmıştır. Yapılan analizlere göre, kişi başı GSYİH arttıkça beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerine yapmış olduğu etkinin sağlık harcamalarına göre daha fazla etkili olduğu görülmüştür.

Yumuşak ve Yıldırım (2009), 1980-2005 döneminde Türkiye’de sağlık çıktıları, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmada sağlık çıktısı olarak doğuştan yaşam beklentisi serileri kullanmışlar ve analiz bulgularında çalışmayı destekleyen sağlık harcamalarının yaşam beklentisi üzerinde pozitif yönlü güçlü etkisine rastlamışlardır.

Kim ve Lane (2013), 1973-2000 yıllarını kapsayan dönemde 17 OECD ülkesine ait yıllık verilerden yararlanarak halk sağlığı harcamaları ve ulusal sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi analiz etmiş, çalışmada sağlık çıktılarını temsilen bebek ölüm hızı ve doğumda yaşam beklentisi serileri kullanmışlardır. Elde edilen bulgular kamu sağlık harcamaları ile bebek ölüm hızı arasında negatif yönlü bir ilişki ve kamu sağlık harcamaları ile doğumda yaşam beklentisi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır (111). Çalışma özel ve kamu sağlık harcamaları açısından yapılmış olsa da sadece kamu sağlık harcamalarının artması bile çalışmayı destekleyen sonuçlar elde edilmiş olması oldukça anlamlıdır.

Tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek kişi başı sağlık harcamasını 9.146 dolar ile ABD yapmaktadır. Ancak ABD’ye göre kişi başı sağlık harcaması oldukça düşük olan Yunanistan (2.146 dolar), Finlandiya (4.449 dolar) ve Estonya (1.072 dolar) gibi ülkelerin sağlık göstergelerine yansıyan başarıyı yakalayamadığı görülmektedir. ABD, OECD ülkeleri arasında kişi başı sağlık harcaması en yüksek ülke olmasına rağmen, en önemli sağlık göstergelerinden bebek ölüm hızı 1.000’de 6’dır. Bununla beraber, ABD’ye göre kişi başı sağlık harcaması oldukça düşük olan

Finlandiya'nın bebek ölüm hızının 1.000'de 2 ile oldukça düşük olduğu görülmüştür. Yine ABD'ye göre kişi başı sağlık harcaması oldukça düşük olan Estonya'nın bebek ölüm hızının 1.000'de 3 ile ABD'nin önünde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, Yunanistan'ın da bebek ölüm hızı 1.000'de 3 gibi temel sağlık göstergelerinde OECD ülkeleri arasında oldukça iyi bir konuma sahip olduğu görülmüştür (107). Dolayısıyla, kişi başı sağlık harcamasının yüksek olması tek başına etkili bir çözüm olmadığı ifade edilmektedir. Kişi başı gelir artışı sonucu bebek ölüm hızının düşmesinde olumlu bir etkisi olsa da, literatür çalışmasında elde ettiğimiz veriler sağlığı etkileyen diğer faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini bize açıklayabilir (111).

Ayrıca sağlık sektörüne yapılan harcamaların yanında kaynakların rasyonel kullanımı ve iyi yönetimi de araştırmacıların dikkat çektiği başka bir konu olmuştur (111). Ülkemiz için bu da ayrıca değerlendirilmesi gereken bir kriter olabilir. Literatürde Türkiye'nin sağlık politikalarında son yıllarda önemli değişim ve dönüşüm meydana geldiği, bu doğrultuda uygulanan politikaların, kaynakların kullanımının etkinliğinin önem arz ettiği şeklinde yorumlara rastlanmaktadır.

Bein vd. (2017), 2000-2014 yılları arası 8 Doğu Afrika ülkesine ait yıllık verileri kullanarak sağlık harcamaları ile sağlık çıktıları arasındaki ilişki açısından yaptıkları analizde toplam sağlık harcamaları ile toplam yaşam beklentisi arasında güçlü pozitif bir ilişkinin varlığını ortaya koymuşlardır. Ayrıca analiz bulgularında sağlık harcamaları ile yeni doğan, bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranları arasında çalışmayı destekleyen negatif yönlü bir ilişki saptamışlardır (111).

Deluna ve Peralta (2014), 1981-2000 yıllarını kapsayan dönemde Filipinler'e ait yıllık verileri kullanarak halk sağlığı harcamaları, gelir ve sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi analiz etmişlerdir. Çalışmada sağlık çıktılarını temsilen bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm oranı ve yaşam beklentisi serileri kullanmışlar ve bulgularda 1981'den 2010'a kadar kişi başına sağlık harcamalarının ortalama % 6,49 ve kişi başına düşen GSYH'nın ortalama %11 oranında artan bir eğilim izlediğini ortaya koymuşlar, bu süreçte bebek ölüm hızı ortalama % 1,64 oranında, beş yaş altı ölüm oranı % 1,76 oranında azalışa, ortalama yaşam beklentisinde ise ortalama % 0,17'lik bir artışa işaret etmekte olduğunu saptamışlardır. Ayrıca kamu sağlık

harcamalarının bebek ölüm hızını düşürmede etkisinin varlığını tespit etmişler, hem sağlık harcamalarının hem de kişi başına düşen GSYH' nın yaşam beklentisi üzerinde olumlu ve anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (111). Bu sonuçlar da kişi başı sağlık harcamalarının ve kişi başına düşen GSYH' nın bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm oranının düşmesinde ve yaşam beklentisinin artmasında etkili olduğu yönde çalışmayı desteklemektedir.

Köksal ve ark. çalışmalarında 1960'lı yıllardan 2013'e kadar Türkiye'deki temel sağlık göstergelerinden olan bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızındaki değişimi ele almışlardır. Türkiye'de bebek ölüm hızı 1960 yıllarda binde 162 iken 2013 yılında binde 16'ya kadar düşmüş, yine aynı yıllarda 5 yaş altı ölüm hızı ise binde 218 iken binde 19,2' a düşmüştür. Bu ciddi azalmaya rağmen Türkiye ile AB ülkelerini kıyasladıkları çalışmalarında, Türkiye'nin AB ülkelerinden oldukça yüksek bebek ölüm hızı ve beş altı ölüm hızına sahip olduğunu saptamışlardır. 2013 yılında Türkiye'de binde 19,2 olan beş yaş altı ölüm hızı AB ülkelerinde binde 4,8 olarak belirtilmiştir (109). Çalışmada TÜİK verileri kullanılmış ve bebek ölüm hızı ve beş altı ölüm hızı bu çalışmadaki rakamlardan farklı, daha düşük olarak saptanmıştır. Bu da ülkemizde verilerin farklılık göstermesi ve bilginin sağlıklı toplanmadığı sonucunu bize göstermektedir.

Çalışmalarını 2015 yılı OECD verilerine göre yapan Sayılı vd. Türkiye'nin beş yaş altı bebek ölüm hızı binde 13,5 iken AB ülkelerinin birçoğunu ve diğer bazı gelişmiş ülkeleri içeren OECD ülkelerinin ortalamasının ise binde 4,66 olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konuda Burkina Faso'da 33,500 bebek ölüm riski incelenmiş, sosyoekonomik seviye, ailenin eğitim durumu gibi karıştırıcılar için düzeltme uygulandıktan sonra sadece sağlık sigortası varlığının riski %46 azalttığı öngörülmüştür (110).

Ülkelerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde kullanılan en önemli kriterler olan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı açısından Türkiye ve AB ülkeleri karşılaştırıldığında, Türkiye'de bebek ölüm hızı binde 16,5, AB ülkeleri ortalaması ise binde 4,1'dir. (TÜİK verileri Türkiye'de 2012 yılında binde 11,6, 2013 yılında binde 10,8). Yine Türkiye'de beş yaş altı ölüm hızı binde 19,2, AB ülkelerindeki ortalaması binde 4,8'dir. (TÜİK verilerine göre 2013'te binde 13,4,

2014'te binde 13,3). Bu kriterler açısından Türkiye ile AB ülkelerinin ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak çok önemli bir fark vardır; Bu kriterlerin yıllar içindeki değişimi incelendiğinde her iki değerdeki düşüşe rağmen Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın önemli ölçüde devam ettiği tespit edilmiştir.İncelenen literatürde farklı kaynaklardan alınmış olan veriler yine rakamsal olarak farklılıklarla karşımıza çıkmaktadır.

Binyıl Kalkınma Hedefleri, Eylül 2000'de Birleşmiş Milletler'in New York Binyıl Zirvesi'nde kabul edilen Binyıl Bildirgesinde kayıtlı kalkınma hedeflerini ifade eder. Bu hedefler Birleşmiş Milletlere üye 192 ülke tarafından 2015'e kadar yerine getirilmesi planlanan 8 hedefi içermektedir. Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Hedef 3; insanların sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamak, herkesin her yaşta refahını sağlamak, anne ölüm oranının her 100.000 doğumda 70'in altına indirmek, yeni doğan ölüm oranının her 1000 canlı doğumda en az 12'ye ve her 5 yaş altı çocuk ölüm oranının her 1000 canlı doğumda en az 25'e düşmesini sağlamak olarak belirlenmiştir (112). Ülkemiz bu zirvede belirlenen ölümlülük göstergeleri açısından söz konusu değerleri şimdiden sağlamıştır.

2015 yılında gerçekleşen anne ölüm oranının her 100.000 doğumda 14,6, her 1000 canlı doğumda bebek ölüm hızı 10,2 ve her 5 yaş altı çocuk ölüm oranının her 1000 canlı doğumda en az 12,4'e düşmesi sağlanmıştır. 1990-2015 yılları arasında Binyıl Kalkınma Hedeflerinde 5 yaş altı ölüm hızının 3'te 2 oranında azaltılması yer almaktadır. Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızı 1993 yılında binde 62,1 iken 2013 yılında binde 15,5'e düşmüştür. Bu dönemde %75 oranında gelişme sağlanmış ve hedefe daha erken ulaşılmıştır. Beş yaş altı ölüm hızı 1963-2013 yılları arasında 15'de 1'e düşmüştür (81).

Anne ve Bebek Ölümleri Raporu'nda, 1980'li yıllardan itibaren uygulanan anne ve çocuk sağlığı programlarının Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşmesine katkı sağladığı belirtilmiştir. Türkiye'de "Genişletilmiş Bağışıklama Programı", "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı", "İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı" ve yine alt solunum yolları enfeksiyonlarını önlemek için gerekli çalışmalar yapılmıştır (81).

Robinson ve ark. yaptıkları çalışmada bebek ve 5 yaş altı ölüm oranlarının yüksek olduğu ülkelerde doktor ve hemşire sayısının düşük olduğuna dikkat çekmiştir. 5 yaş altı ölüm oranı, 1000 kişiye düşen doktor sayısı ve ebe sayısı incelendiğinde, hemşireler için 0,72 negatif, doktorlar için 0,81 negatif korelasyon gözlemlendiğini belirtmişlerdir. Uygulanan regresyon analizlerinde, 5 yaş altı ölüm oranında doktor sayısının %66 açıklayıcı olduğunu, doktor sayısına ek olarak kişi başına düşen GSYİH eklendiğinde ise %79 açıklayıcı güce ulaştığını belirtmişlerdir. (110).

Çalışmada kişi başına düşen hekim, hemşire ve ebe sayıları değerlendirmeye alınmamış ancak literatürde rastlanan bebek ve 5 yaş altı ölüm hızlarının düşmesinde etkileri açısından dikkat çekici bulunmuştur.

Anne ölüm oranı, bir toplumun sağlık durumunu ölçmede, değerlendirmede ve uluslararası kıyaslamalarda bulunmada kullanılan önemli sağlık göstergelerinden biridir. Türkiye’de anne ölüm oranı, ilk olarak 1974-75 Türkiye Nüfus Araştırması’nda ele alınmış ve 100.000 canlı doğumda 208 bulunmuştur (81).

Türkiye’de anne ölüm hızı; 1990 yılında yüz binde 97, 2005 yılında yüz binde 57, 2010 yılında yüz binde 23 ve 2016 yılında yüz binde 14,7 olup düşüş eğilimi göstermektedir. Bununla birlikte bölgeler arası fark olup anne ölümü, Ege ve Marmara bölgeleri hariç diğer bölgelerde Türkiye ortalamasının üzerindedir(105).

Ülkemize ait 2013 yılı verileri ışığında, anne ölüm hızının AB’ye üye ülkeler ortalamasından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak Vehid’in yaptığı araştırmada, 1998 yılında ülkemizdeki anne ölüm hızının yüzbinde 180 olarak bildirilmesine karşın, 2013 yılında bu değerin yüzbinde 20’ye gerilediği saptanmıştır. AB üyesi olan Romanya’da bu değer yüzbinde 33, Letonya’da yüzbinde 20 düzeyindedir.

Deniz (2018) çalışmasında, TÜİK verileri ile DSÖ Türkiye verileri arasında ki farka dikkat çekmiştir. TÜİK verileri DSÖ verilerinden her ne kadar Avrupa birliği ortalamaları ile aralarında istatistiksel olarak benzer anlamlı fark olsa da TÜİK verilerinin daha olumlu olduğunu ifade etmiştir. Anne ölüm oranı OECD ortalaması,

2013 yılı için 100.000'de 7,26, 2015 yılında 100.000'de 7'dir(81) Türkiye’de anne ölüm oranı, OECD ortalamasının yaklaşık iki katıdır. Sayılı, Sayman, Vehid ve arkadaşlarının 2013 ve 2015 yılı verilerini kullanarak yaptığı araştırmada da Türkiye’de anne ölüm oranı, OECD ülkelerine göre istatistiki analiz sonucunda çok yüksek düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Türkiye 100.000' de 16, OECD 8,80± 6,88) (81).

Çalışmamızda anne ölüm oranı ile kişi başı GSYİH ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Kişi başı GSYİH değeri ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça anne ölüm oranının seviyesinde düşme gözlenmiştir. Bu istenilen bir sonuçtur. Anne Ölüm Oranı ve Türkiye İnsani Gelişim Endeksi değerleri arasında negatif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Anne ölüm oranı düşerken, Türkiye IGE değerlerinin yükseldiği görülmektedir. İGE de daha üst basamaklara çıkabilmek, yüksek insani gelişim kategorisindeki ülkelere girebilmek ve orada konumumuzu koruyabilmek için anne ölüm oranının düşmesi de bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anne Ölüm Oranı ile Türkiye IGE değerleri, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p<0.05$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Anne Ölüm Oranı değişiminin % 97'lik bölümü Türkiye IGE değeri, Kişi Başı GSYİH, Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması tarafından açıklanmıştır. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Kişi Başı GSYİH değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu görülmüştür. ($p=0,005$). Bir birimlik Kişi Başı GSYİH değişiminin 4,979 birimlik Anne ölüm oranı azalmasına neden olduğu gözlenmiştir. Bu sonuca göre kişi başı GSYİH'nın artırılması anne ölüm oranının düşmesinde oldukça önemli bir kriter olması, ülke politikalarının belirlenmesinde ve planlanmasında dikkate alınması gereken bir değer olarak karşımıza çıkmaktadır.

Robinson ve ark. çalışmalarında 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayıları yüksek olan ülkelerde anne ölüm hızının düşük olduğu ve aralarında güçlü bir ilişki saptandıklarını görmüşlerdir (110). Çalışmada kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı açısından bir değerlendirme yapılmamıştır. Ancak 1000 kişiye düşen doktor ve

hemşire sayıları yüksek olan ülkelerde anne ölüm hızının düşmesi ve aralarında güçlü bir ilişki saptanması sağlık politikalarını belirlemede önemli bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda anne ölüm hızının düşesi yönünde etkisi olan doktor ve hemşire sayılarının da ülke politikaları ve planlamalarında önem arzettiğini vurgulamak anlamlı olacaktır.

Çalışmayı destekleyen, 1980-2010 yılları arasında bazı Batı Asya ülkelerinde İGE, anne ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızındaki değişiklikler arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada, İGE'nin iyileştirilmesi, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde anne ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızının düşürülmesinde kesin bir etkiye sahip olabileceği sonucuna varmışlardır.

Bu çalışmada, anne ölüm hızında 1980'den 2010'a kadar bir düşüş eğilimi gözlemlenmişler ve 28 yıllık bir dönemde (1980'den 2008'e), anne ölüm hızının 181 ülkede 100 canlı doğumda 422'den 251'e düştüğünü görmüşlerdir. Yine başka bir meta-analiz çalışmasında, her yıl dünya çapında anne ölüm hızının (% 2,5) düşüş eğiliminde olduğunu görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü UNICEF ile işbirliği içinde, 20 yıllık bir dönemde (1990-2010) kadınlar arasında ölüm oranlarının azalmasının Doğu Asya'da % 69, Güney Asya'da % 64 ve Orta Asya'da % 35 olduğunu göstermiştir. Bu düşüş eğiliminin nedeninin, hizmetlerin iyileştirilmesi, kamu verimliliğinin ve farkındalığının artması olabileceği gibi İGE'nin katkısının da göz ardı edilmemesi gerektiği şeklinde yorumlanmıştır.

Yapılan çalışmada genel olarak, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranlarının 1980-2010 arasında düşüş eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu düşüşün en önemli nedenlerinden biri İGE'nin iyileşmesi olarak yorumlanmıştır. Önerilerde de eğitim düzeylerini, kişi başına düşen geliri ve beklenen yaşam süresini artırmasının anne ve çocuk ölüm oranlarında önemli bir düşüşe sebep olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Kassebaum, 2014 yılında anne ölümlerinin çoğunun daha yüksek yaş gruplarında ve doğum anı veya doğum sonrası dönemlerde meydana geldiğini belirtmiştir. Bu nedenle, anne ölüm hızı değeri yüksek ülkelerde bu yüksek riskli gruplar için bazı müdahaleler ve programlar uygulanması gerektiğini, ayrıca uygun

antenatal ve obstetrik bakımın da anne ölüm hızının azaltılmasında büyük rolü olduğu ifade edilmiştir.

Bir Fransız çalışmasında, 1990 yılından 2011 yılına kadar 5 yaş altı ölüm hızının sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve ekonomik durum gibi faktörlerden etkilenecek tüm düşük ve orta gelirli ülkelerde düştüğü görülmüştür.

2000 yılında yapılan bir araştırmada, çocuk ölümlerinin dünya çapında önceki on yıla göre % 17,5 oranında azaldığını gösterdiği, ancak ekonomik sorunların olduğu bazı Güneydoğu Asya ülkelerinde çocuk ölüm oranının hala yüksek olduğu ve ekonomik sorunlar olmaz ise kontrole alınabileceği, ekonomik sorunlar olduğu sürece de çocuk ölüm oranının yüksek kalacağı ifade edilmektedir.

Çalışmada en yüksek düşüş oranı Hindistan (1980-2010 arasında 1000 canlı doğumda 167.6'dan 59.9'a) ve İran'da (1980-2010 arası 1000 canlı doğumda 109.9'dan 19.2'ye) bulunmuş. Hindistan'da 5 yaş altı ölüm hızının düşürülmesinde anne eğitim düzeyinin iyileştirilmesi, evlilikte artan evlilik yaşı ve iki doğum arasındaki doğum farkının önemli bir rolü olduğu görülmüş, İran İslam Cumhuriyeti'nde bu düşüş eğiliminde İran da birinci basamak sağlık sisteminin (PHC. Primary Health Care) rolü önemli olduğu görülmüştür.

Mevcut çalışma sonuçlarında 20 yıllık bir dönemde İGE'de artış olduğu görmüşlerdir. Benzer şekilde, Asefzadeh'in 1990-2008 döneminde İGE'de % 7 artış gösteren çalışmasına da dikkat çekmişlerdir. Ayrıca bu süreçte ortalama yaşam beklentisi 18 yıl boyunca artmış (1990-2008), 65'ten 69'a yükseldiği görülmüştür. Bu dönemde kişi başına düşen ortalama gelir % 31 büyümüş, ayrıca aynı dönemde eğitim seviyesi artışı % 3 olmuştur. Başka bir çalışmada Jayachandran ve ark. yaşam beklentisinde % 7,1 artış göstermiştir. Çalışmalarında İGE'deki en büyük gelişme, hükümetin sağlık harcamalarının iyileştirilmesi ile ilgili olduğu saptanmış, böylece, yaşam beklentisini, ekonomik büyümeyi ve eğitim düzeylerini iyileştireceği şeklinde değerlendirilmiştir.

Çalışmayı destekleyen bu çalışmada, sonuç olarak, İGE ve anne ölüm hızı arasında önemli bir korelasyon görüldüğü, 188 ülkeden gelen verilerin İGE ve

bileşenleri ile anne ölüm hızı arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya koyduğunu görmüşlerdir. Ayrıca en çok anne ölümünün İGE'nin düşük olduğu ülkelerde görüldüğü ve bu iki faktör arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Ek olarak, İGE ve 5 yaş altı ölüm hızı arasında ters bir ilişki olduğunu saptayarak çalışmayı destekleyen bir sonuca ulaşmışlardır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada ortalama eğitim süresi ile ölüm oranlarındaki düşüş arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yani eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların sağlık okuryazarlığı da artmış, bu daha iyi sağlık, çocuklarına daha iyi bakma ve kadınların ailelerinin sağlığına daha fazla dikkat etmelerine yol açarak ölüm ve morbiditeyi azalttığı şeklinde yorumlanmıştır (113). Aşamalı regresyon sonuçlarına göre de, kişi başına GSMH ve anne sağlığı hizmetlerine erişimin yeterliliği anne ölüm oranını düşürmekte olduğu ifade edilmiştir.

Sayılı'nın 2017 yılında yaptığı çalışmada, Türkiye'de neonatal ölüm hızı binde 7,1; 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde 13,5; anne ölüm hızının ise yüzbinde 16 olduğunu, OECD ülkelerinin ortalamaları ise neonatal ölüm hızı binde $2,66 \pm 1,49$; 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde $4,66 \pm 2,65$; anne ölüm hızı ise yüzbinde $8,80 \pm 6,88$ olduğunu ifade etmişlerdir. Türkiye'de bu temel sağlık göstergelerinin OECD ülkelerine göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğunu görmüşlerdir (110).

OECD ülkeleri arasında kişi başı sağlık harcaması en yüksek ülke ABD'dir. Ancak buna rağmen en önemli sağlık göstergelerinden anne ölüm oranı (1000.000'de 14) birçok OECD ülkesinin gerisindedir. ABD'ye göre kişi başı sağlık harcaması oldukça düşük olan Finlandiya'nın anne ölüm oranı (100.000'de 3) oldukça düşüktür. Yine ABD'ye göre kişi başı sağlık harcaması oldukça düşük olan Estonya'nın anne ölüm oranı ile (100.000'de 9) ABD'nin önünde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, Yunanistan'ın anne ölüm oranı (100.000'de 9) temel sağlık göstergelerinde OECD ülkeleri arasında oldukça iyi bir konuma sahip olduğu görülmüştür. Bu da bize kişi başı sağlık harcamasının yüksek olmasının kişilerin sağlık statüsü üzerinde etkili olduğunu, ancak ülkelerin sağlık statüsünün yükseltilmesi konusunda tek başına etkili bir çözüm olamadığı şeklinde yoruma götürmektedir. Bu durum, sağlığı etkileyen diğer faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini bize açıklayabilir (107).

Türkiye 2005- 2014 yılları arasında anne ölüm hızını önemli düzeyde düşürerek ilerleme kaydetmiştir. Bu ilerleme Türkiye'nin 2015 yılı hedeflerine ulaşmasının 2011 yılından sonraki göstergelerde zorlaştığını göstermektedir. İlk defa 2005'te Binyıl Kalkınma Hedeflerinin (BKH) Türkiye Raporu hazırlanmıştır. 2007-2013 yıllarında hazırlanan 9. Kalkınma Planında BKH'nin dikkate alındığı görülmüştür. Türkiye ulusal politikalarını da BKH ile aynı doğrultuda planlamıştır. Önümüzdeki yıllarda da BKH ülkemizin kalkınmasında belirleyici rol oynayacağı politika hareketlerinden dikkat çekmektedir (78).

Akıncı vd. (2014), 1990-2010 döneminde Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da yer alan 19 ülkenin yıllık verilerinden faydalanarak sağlık harcamalarının sağlık çıktıları üzerindeki etkisini panel veri yöntemi yardımıyla analiz etmişlerdir. Çalışmayı destekleyen sonuçlara ulaşılan bu araştırmada spesifik olarak, kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarındaki yüzdelik artış, bebek ölüm hızını % 8,6 - 9,5, beş yaş altı ölüm hızını % 10,3 - 12,1 ve anne ölüm oranını % 26,0 - 26,3 oranında azaltmakta olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı şekilde, kişi başına düşen özel sağlık harcamalarındaki yüzdelik artış, bebek ölüm hızını % 7,2 - 8,1, beş yaş altı çocuk ölüm oranını % 9,5 - 9,8 ve anne ölüm oranını % 25,8 - 25,9 oranında düşürmekte olduğunu saptamışlardır (111).

Ortalama yaşam süresi son yarım yüzyılda küresel olarak yaklaşık 20 yıl artmıştır. 1950 ile 1955 yılları arasında 46,5 yıl olan yaşam beklentisi 2002 yılında 65,2 yıla çıkmıştır. 2006 yılında TÜİK 2020 yılı için hedef Kadın 76,1. Erkek 71, Toplam 73,5 olarak tahmin edilmiştir (114).

Çalışmada doğumda beklenen yaşam süresi ile kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri ve IGE değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyonlar saptanmış, kişi başı GSYİ, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri ve IGE değerleri arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinde de artma gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, doğumda beklenen yaşam süresi değişimin % 91'lik bölümü Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır.

Ak (2012), zaman serisi analizi yöntemi ile yaptığı çalışmada, Türkiye’de 1990-2010 döneminde yapılan kamu sağlık harcamalarının doğumda yaşam beklentisini arttırdığını saptayarak araştırma sonucumuzu destekleyen bir sonuca ulaşmıştır (91) ki bu sonuç özel ve kamu sağlık harcamalarının yaşam beklentisini arttırmada daha da etkili olabileceği kanısı yaratmaktadır. Erdoğan ve Bozkurt (2008), Türkiye’de yaşam beklentisi ve iktisadi büyüme arasındaki ilişkiyi 1980-2005 dönemleri itibariyle analiz etmişler, sonuç olarak, Türkiye’de yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu görmüşlerdir.

Sağlık düzeyi kriterlerinden biri olan doğuşta beklenen yaşam süresinin Türkiye için hızlı bir iyileşme gösterdiği ve 1960 yılından itibaren artan bir grafikte 2013 yılında 75 yıla çıktığı belirlenmiştir. 1960 yılında Türkiye için bu süre 50 yıl iken, AB ortalaması 69.3 yıldır. Türkiye ile AB arasındaki fark her geçen yıl kapanmasına rağmen, 2013 verileri karşılaştırıldığında, Türkiye'nin doğuşta beklenen yaşam süresi AB üye ülkelerinin istatistiksel olarak önemli ölçüde gerisindedir. AB ortalamasına bakıldığında Türkiye'nin 1980'lerin yaş ortalamasına ancak 2013 yılında ulaştığı anlaşılmaktadır. Doğumda yaşam ümidinin zaman içindeki değişimi ise Türkiye ve AB ülkeleri açısından yıllar içinde artış olmasına rağmen, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın devam ettiği görülmüştür (109).

Sayılı 2017 yılında yaptığı çalışmada 2015 yılı yaşam yılı beklentilerine bakmışlar, Türkiye’de kadınlarda yaşam yılı beklentisi 78,9; erkeklerde 72,6; totalde 75,8; sağlıklı yaşam yılı beklentisi ise 66,2 yıl olarak belirtmişlerdir. OECD ülkelerinde ise bu verilerin ortalama olarak kadınlarda yaşam yılı beklentisi $83,16 \pm 1,94$; erkeklerde $78,02 \pm 3,10$; totalde $80,53 \pm 2,42$; sağlıklı yaşam yılı beklentisi ise $70,98 \pm 1,99$ yıl olarak saptamışlardır. Bu sonuca göre de, bu dört değişkenin Türkiye için OECD ülkelerinden anlamlı olarak daha düşük olduğunu açıklamışlardır (110).

İnsani kalkınmanın en önemli göstergelerinden biri olan yaşam yılı beklentisi açısından Mathers ve ark. 2001 yılında OECD ülkelerinin sağlık verilerini karşılaştırmışlardır. Çalışmalarında Türkiye’nin 2001 yılında kadın ve erkeklerde yaşam yılı beklentisi ve sağlıklı yaşam yılı beklentisi açısından Avrupa ülkeleri

arasında son sıralarda yer aldığını saptamışlardır. Ayrıca Türkiye'de dahil, Polonya, Macaristan gibi yaşam yılı beklentisinin daha düşük olduğu ülkelerde kayıp yaşam yılının toplam yaşam yılı beklentisine oranının %14 düzeyinde olduğunu saptamışlardır. Çalışmada ayrıca sağlık harcamalarıyla sağlıklı yaşam yılı beklentisi arasındaki ilişkiyi de göstermişlerdir. ABD en yüksek sağlık harcamasına rağmen sağlıklı yaşam yılı beklentisinde OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmaktayken, Japonya'nın sağlıklı yaşam yılı beklentisi en yüksek olmasına rağmen sağlık harcamasının OECD ortalamasının altında olduğunu açıklamışlardır. ABD kapsam dışında bırakılarak yapılan değerlendirmede sağlık harcamalarıyla sağlıklı yaşam yılı beklentisi arasındaki pozitif bir korelasyon ilişkisine ulaşmışlardır. Regresyon modeliyle yaptıkları değerlendirmede sağlık harcamalarında her 100\$ artışın sağlıklı yaşam yılı beklentisine 0.42 yıl katkı yaptığını saptamışlardır (110).

Yumuşak ve Yıldırım (2009), 1980-2005 yıllarını kapsayan dönemler arasında Türkiye'de sağlık harcamaları, doğumda yaşam beklentisi ve GSMH arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Zaman serisi analizi kullandıkları çalışmalarında, kişi başına düşen GSYH artışının doğumda yaşam beklentisinin %72.6'sını açıklayan ve çalışmayı destekleyen bir sonuca ulaşmışlardır.

Şahbudak ve Şahin (2015), Brezilya, Rusya Federasyonu, Hindistan ve Çin Halk Cumhuriyeti'ni kapsayan BRIC ülkelerinde 1995-2013 dönemleri arasında sağlık göstergeleri ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi panel veri yöntemi kullanılarak analiz etmiş, "sonuç olarak, sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, doğumda yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasında pozitif bir ilişki, ekonomik büyüme ve çocuk ölüm oranları arasında ise negatif yönde bir ilişki" olduğunu saptamışlardır. (86)

Hassan vd. 2016 yılında 108 gelişmekte olan ülkede, 2006-2010 yılları arasındaki dönemi kapsayan süreçte yaşam beklentisi ve sağlık harcamaları, gayri safi yurt içi hasıla, eğitim endeksi, sağlık tesislerinde iyileştirme ve su kaynaklarında iyileştirme arasındaki ilişkiyi panel veri analizi ile değerlendirmişler, sonuç olarak yaşam beklentisi ve ele alınan tüm açıklayıcı değişkenler arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu saptamışlardır (86).

Selçuk ve vd. nin 2016 yılında yaptığı çalışmada, Türkiye ve AB ülkelerinde sağlığın ekonomik boyutunu gösteren kişi başına sağlık harcaması, Türkiye’de 569 USD iken, AB ülkeleri ortalaması 2973 USD’ dir (109). Türkiye’de kişi başına GSMH 18,760 USD iken, AB ortalaması 30,848 USD’dir. Tüm AB ülkelerine bakıldığında Türkiye sadece Bulgaristan’dan daha yüksek kişi başı GSMH’ya sahip olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, gelir düzeyi ile sağlığa ayrılan payın düşük olması, sağlık hizmetlerinin ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin kötü yönde etkilenmesi açısından kaçınılmaz olarak değerlendirilmiştir (109).

Sayılı’nın 2017 yılı çalışmasında saptadıkları bulgulara göre, OECD ülkelerinde ise bu veriler, kişi başı GSYH 41353 ± 16029 Dolar, kişi başı sağlık harcaması ise 3813 ± 1955 Dolar’dır. Her iki veride de, Türkiye’nin OECD ülkelerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Temel ihtiyaçların giderilmesi ancak belirli seviyede gelir elde edilmesiyle mümkün olabilir. Sağlığa harcanan payın ve kişi başı sağlık harcamalarının da artırılabilmesi için kişi başı gelirin artması önem arz etmektedir (110).

Doğan ve Tatlı (2014), Türkiye'nin çok yüksek İGE grubuna girmesini sağlayabilecek bir diğer önemli politikanın, kişi başına düşen geliri artırmak ve ortalama sağlıklı yaşam süresini artıran etkin sağlık politikaları uygulamak olduğunu ifade etmişlerdir. Baltagi ve Moscone (2010), 1971-2004 yılları arasında 20 OECD ülkesinin sağlık harcamaları ile kişi başına düşen gelir düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sağlık harcamalarının uzun dönemde kişi başına gelir ve refah artışının OECD ülkeleri için bir gerçeklik olduğu sonucuna vardıkları bu çalışmayı panel veri analizi yöntemiyle gerçekleştirmişlerdir.

Opreana ve Mihaiu (2011), kamu sağlık harcamalarının etkinliğini ve insani gelişim üzerindeki etkisini AB’nin 27 ülkesini kapsayan çalışmada çoklu regresyon analizi yöntemiyle ölçmüşler, kamu sağlığı için oldukça yüksek düzeylerde kaynak ayıran AB ülkelerinde, kamu sağlık sisteminin etkinliği ve insani gelişim düzeyi arasında oldukça yüksek ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır. İnsani gelişimin incelendiği çoğu çalışmada genel kamu harcamaları ele alınmış, doğrudan sağlık harcamalarıyla insani kalkınmanın karşılaştırmalı incelendiği çalışmalar oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Kamu sağlık harcamaları

ile insani gelişme arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda, özellikle az gelişmiş ülkelerde kamu sağlık harcamalarının insani gelişme düzeyi üzerinde oldukça etkili olduğu, gelişmiş ülkelerde ise kişi başına düşen gelirin artmasının uzun vadede insani gelişme üzerindeki etkisi olumlu yönde olduğu gözlemlenmiştir. (91).

Yalçın vd.nin kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisini incelemek için yaptığı çalışmada kamu sağlık harcamaları ile insani gelişim arasındaki ilişki %5 önem seviyesinde istatistiki olarak anlamlı çıkmıştır. 1991-2013 döneminde kamu sağlık harcamalarındaki %1'lik artış, insani gelişim endeks değerini %0,06 oranında arttırdığını saptamışlardır. Analizden elde ettikleri sonuçlar çerçevesinde baktıklarında, Türkiye’de kamu ve özel sağlık harcamalarının insani gelişim üzerinde etkili olduğunu görmüşlerdir. Dolayısıyla, daha yüksek bir insani gelişim için devletin kamu sağlık harcamalarını arttırmasının anlamlı olacağı şeklinde öneride bulunmuşlardır. Bu noktada, devlete düşen en önemli görev, kamu sağlık hizmetlerini hem nitelik hem de nicelik yönünden istikrarlı bir şekilde arttırmaya devam etmesidir. Çalışmada bu konu değerlendirmeye alınmamış olsa da, hekim sayısının ve yataklı tedavi kurumu sayısındaki artışın insani gelişim üzerindeki pozitif etkisi olduğu yönünde literatürde çalışmalara rastlanmıştır. Daha fazla sağlık personeli ve daha fazla yataklı tedavi kurumu yatırımı insani gelişimi daha yüksek oranlarda arttıracaktır (91).

Türkiye ve AB ülkelerinde genel bütçeden sağlık için ayrılan pay incelendiğinde; bu pay Türkiye’de %5,4 olmasına karşın, AB ülkeleri ortalaması %8,8’dir (109). Türkiye’de GSMH’dan sağlık için harcanan pay %5,4 ile Avrupa Birliğini oluşturan ülkelerin çok gerisinde kalmaktadır. Sağlığa ayrılan payın düşük olması sonucu da sağlık hizmetlerinin ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin kötü yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. 2015 yılında genel bütçeden sağlığa ayrılan paya bakıldığında, Türkiye, OECD ülkeleri arasında sağlığa en az pay ayıran ülke konumundadır ve OECD ülkelerinin ortalamasıyla kıyaslandığında da anlamlı olarak düşük seviyededir.

Ülkelerin gayrisafi milli hasılası içindeki sağlık harcamaları için ayırdığı pay ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde önemli bir kriter olarak değerlendirilmektedir. Ülkenin toplam ekonomik kapasitesinin ne kadarının sağlık hizmetleri için kullandığı çok net görülebilmektedir. DSÖ’nün en son yayınladığı

2014 yılı rakamlarına göre dünya GSMH'nin %9,9'unu sağlık harcamalarına ayırmıştır. Türkiye bu tabloda % 5,1-% 8 aralığında daha çok Doğu Avrupa ve Asya ülkeleri arasında yer almıştır.

Türkiye sağlık harcamaları yönünden dünya ülkeleri ile karşılaştırıldığında, DSÖ'nün 2014 yılı kişi başı sağlık harcamaları haritasında Türkiye orta grupta yer almıştır (2014 için 567 USD). Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamaları DSÖ haritasında 301-1000 USD aralığındadır. Genel olarak ülkelerin toplam sağlık harcamalarının büyüklüğü, ülkenin sağlığa verdiği önem ve ekonomik gelişmişlik düzeyi için bir veri olsa da, bir diğer husus bu harcamaların finansmanında kamu-özel dağılımıdır.

Kamu sağlık harcamalarının düşük olduğu veya sağlıkla ilgili kamu sosyal güvenlik kapsamının sınırlı olduğu ülkelerde, bireylerin yeterli sağlık hizmeti alabilmeleri için sağlık harcamalarını cepten ödeme veya özel sigorta yoluyla yapmaları gerekmektedir. Genel gelir düzeyinin düşük ve gelir dağılımının kötü olduğu ülkelerde yeterli sağlık hizmetinin alınması kamu harcamalarına bağlı olmaktadır (115).

Doğumda beklenen yaşam süresi tüm dünyada artsa da erken ölümlerin yüksek olduğu ve ülkeler arasında erken ölüm oranlarında eşitsizliğin olduğu görülmektedir. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 2017 yılı itibarıyla 78 yıldır ve doğumda beklenen yaşam süresi geçmişten günümüze uzamış olsa da tüm ölümler arasında erken ölümler önemli bir yer tutmaktadır. DSÖ'ye göre, kronik hastalıklar Türkiye'de 407.000 erken ölüme neden olmuş ve bu erken ölümlerin % 86'sını oluşturmuştur. Bahsedilen kronik hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, bunu kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet izlemektedir. Buna göre erken ölümlerin önlenmesi ve toplumun daha büyük bir kısmının doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması için öncelikle bu hastalıkların oluşmasında etken olan risk faktörlerinden korunmasının, kronik hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik sağlık hizmetlerinin öneminin ortaya çıktığı ve sağlık politikaları belirlerken bunların göz önüne alınması gerektiği söylenebilir (105).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 3. Binyıl yıla hazırlık amaçlı 1993 yılı ulusal sağlık politikası çerçevesinde insan hayatını kısaltan veya kalitesini düşüren her nedeni sektörler arası etkileri göz önünde bulundurarak ele almıştır.

Bulaşıcı Olmayan Hastalık açısından yüksek ve/veya düşük gelir düzeyine sahip ülkeler arasında önemli farklar bulunmaktadır. Örnek olarak kalp damar hastalıkları ve kanserlere bağlı ölümler yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde gerilemiştir. Meme ve kolon kanserine bağlı ölümler de düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde artmıştır. Kalp damar hastalıkları ve kronik solunum yolu hastalıkları da göreceli olarak düz seyretmiştir. 21. Yüzyılın en önemli halk sağlığı problemi dünya çapında BOH'lar gibi görünmektedir.

Kalp damar hastalıkları BOH'ların %48'ini, kanserler %21'ini, kronik solunum hastalıkları %12'sini ve diyabet %3,5'ini kapsamaktadır. 2008 yılında 36 milyondan fazla insan - dünyada ölümlerin % 63'ü - BOH'lar nedeni ile ölmüştür ve bu nedenle en büyük katiller olarak nitelendirilmektedirler. 30-70 yaş arası yaklaşık olarak 14 milyon kişi BOH'lara bağlı olarak erken ölmektedir. Bu erken ölümlerin yaklaşık %86'sı orta ve düşük gelir seviyesinde olan ülkelerdir. BOH'lara bağlı ölümlerin çoğu, risk faktörleri için alınan önlemlerle engellenebilir. Tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite ve alkolün zararlı kullanımı gibi. Ancak düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde, bulaşıcı hastalıklar, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ve diğer acil sağlık sorunlarının da yoğunluğu nedeniyle BOH'lara bütçe ayırlamamakta ve geri plana bırakılmaktadır.

Erken ölüm bir toplumda BOH'ların önemini değerlendirmede en önde gelen sorunlardan birisidir. 2012 yılında, tüm BOH ölümlerinin %42 si 70 yaşından önce gerçekleşmiştir. Erken ölümlerin büyük kısmı (%82) düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görülmüştür. KDH (%37), kanserler (%27), kronik solunum hastalıkları (%8) ve diyabet (%4), 70 yaş altı BOH ölümlerinin çoğunluğundan sorumludur.

Erken ölüm, bulaşıcı olmayan hastalıkların toplumdaki önemini değerlendirmede en önde gelen sorunlardan biridir. 2012 yılında, tüm bulaşıcı

olmayan hastalık ölümlerinin %42'si 70 yaşından önce ve %82 gibi büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir.

Genel kanser insidansı açısından, 2008 yılında 7,6 milyon kişi kanserden ölmüştür ve bu ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. 2030 yılına kadar kanser ölümlerinin 13,1 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kanserlerin yaklaşık %30'u davranışsal risk faktörleri ile ilişkilidir. Kanser Türkiye'de ölümlerde ikinci sıradadır ve en önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ancak 2030 yılında ölümlerin en sık nedeni olacağı tahmin edilmektedir (63). KOAH, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardan sonra %6 oran ile Türkiye'deki en sık rastlanan üçüncü ölüm nedeni olmuştur (116)

Çalışmamızda Genel kanser insidansı ile kişi başı GSYİH değerleri arasında pozitif yönde çok güçlü anlamlı bir korelasyon, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ile de arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Kişi başı GSYİH değeri ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça Genel kanser insidansı seviyesinde de artma gözlenmiştir. Aslında burada kanser insidansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması da artmaktadır şeklinde yorumlamak daha doğru olacaktır. Burada ilginç olan çalışmamızda genel kanser insidansı ile Türkiye IGE değerleri arasında pozitif yönde güçlü anlamlı bir korelasyon saptanmış olmasıdır. Türkiye IGE değeri arttıkça Genel kanser insidansı seviyesinde de artma gözlenmiştir.

Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Genel Kanser İnsidansı değişiminin % 84'lük bölümü Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 16,288 birimlik kanser insidansının artışına neden olduğu gözlenmiştir.

2018 yılında Uluslararası Kanser Araştırmaları Birliği (IARC)'ne göre tüm dünyada 18,1 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiş ve kanser nedeniyle 9,6 milyon kişi ölmüştür. %57,3 ile Asya'da en yüksek oranda, %20,3 Avrupa'da, %14,4 Amerika'da ve %7,3 ile Afrika'da kanser ölüm prevalansı dünya genelinde %9'

olmuştur. %22 ile Türkiye'de kansere bağlı ölümler ikinci önde gelen ölüm nedenidir.

OECD Türkiye'de kanser taramalarının yeterli düzeyde olmadığını açıklamıştır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı IARC'ye göre de kanser mortalitesinin yüksek olmasının nedeni, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yetersiz olmasıdır. Türkiye'de 20-69 yaş arası kadınların %27,3'ü meme kanseri taramasından, %15,5'i servikal kanser taramasından geçirilmiştir. OECD ortalaması ise sırasıyla %59,6 ve %61,5'tir. Türkiye'de kanser erken tanı ve tarama programlarının uygulanmasından sorumlu olan Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) sayısı 173'tür. Bunlardan yaklaşık 50'si İç Anadolu'nun batısı, Akdeniz, Ege ve Marmara bölgelerinde yer almakta, 35'i ise Orta ve Doğu Karadeniz ile Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde bulunmaktadır. KETEM merkezlerinin coğrafi bölgelerde sayısal olarak eşit dağılmıyor olması, erken tanı ve tedavi hizmetlerini aksatabilmektedir. Bu da kansere bağlı erken ölüm, sakatlık ve komplikasyonların artmasına yol açabilir. Halk sağlığında, korumaya öncelik ilkesi kapsamında; kanserin erken tanı ve taramaların etkinlikle yapılması ve geniş kitleleri kapsamaması önemli bir girişimdir (105). Kanser türleri arasında DALY (Disability-Adjusted Life Year-Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları)'de en fazla paya sahip olan trakea, bronş ve akciğer kanserleri 2002'den 2017 yılına kadar %37,78 oranında bir artış göstermiştir (117).

KOAH prevalansı, morbidite ve mortalitesine ilişkin doğru epidemiyolojik verilerin toplanması zor ve pahalıdır. Dünya çapında 65 milyon insanın orta veya şiddetli KOAH'a sahip olduğu ve 2015 yılında 3 milyon kadar insanın KOAH'tan öldüğü ve tüm ölümlerin yaklaşık %5'inden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmada KOAH ile Türkiye IGE, Kişi Başı GSYİH, Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı ve Kişi başı Özel Kamu Sağlık Harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, KOAH hızındaki değişimin % 93'lük bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı(%) tarafından açıklanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından “Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Study)” yöntemi kullanılarak yapılan ölüm nedenlerine tahmin etmeye yönelik çalışmada “Türkiye’deki Ulusal Ölüm Sebepleri” başlığı altındaki sınıflamada en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH’ın üçüncü sırada olduğu belirtilmektedir.

KOAH tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de mortalite, morbidite ve ekonomik yükü yüksek bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle ülkemizde, epidemiyolojik verilerinin kısıtlı olduğu KOAH risk faktörleri ile ilgili yapılacak çok sayıda hasta içeren çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Genç nüfusu yüksek ancak yaşlı nüfusu giderek artan ülkemiz için bu çok merkezli topluma genellenebilecek çalışmaların sonuçlarına göre öngörülerde bulunulması ve kendi verilerimize dayanarak KOAH prevalansının azaltılmasına yönelik planların yapılması önemlidir.

Ülkemizde KOAH gelişimini önlemek, kontrol altına almak, önleyici tedbirler almak, mortalite ve morbiditesini azaltmak ve hastalık ve ekonomik yükün azaltılmasına katkıda bulunmak amacıyla “Türkiye Kronik Havayolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” mevzuatı ve 2009-2013 yıllarını kapsayan bir eylem planı hazırlanmıştır.

Ekici ve ark. Kırıkkale’de 40 yaş üstü, sigara içen kadınlarda, hiç sigara içmemiş kadınlara göre bioymas dumanına maruz kalanlarda KOAH prevalansı (maruz kalanlarda %28,5; hiç sigara içmeyenlerde %13,6) daha yüksek oranda bulmuştur. Aynı çalışmada biyomas dumanına maruz kalmanın KOAH gelişme riskini 2,5 kat artırdığı ve biyomas atfedilen riskin diğer risk faktörleri (yaş, pasif içicilik, eğitim ve gelir düzeyi) dikkate alındığında %23,1 olduğu saptanmıştır (118). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ev içi ortamındaki hava kirliliği de KOAH için önemli bir risk faktörüdür.

Sağlık hizmetine yetersiz erişim, fazla kiloluluk ve obezite, alkol gibi değiştirilebilir birçok faktör hipertansiyon ile ilişkilendirilmiştir. Her 10 kişiden 3’ünde hipertansiyon vardır ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (116).

Çalışmada HT ile Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p<0.05$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, HT'daki değişimin % 86'lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir ($p=0,040$). Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 208,291 birimlik HT artışına neden olduğu gözlenmiştir

Law ve arkadaşları, sistolik kan basıncında 10 mmHg'lık bir azalmanın koroner kalp hastalığında %22, felçte %41 azalmaya neden olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, DiCesare bunun kardiyometabolik ölümden %41-46 azalma ile sonuçlandığını göstermiştir. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, felç, diyabet, belirli kanser türleri, obstrüktif uyku apnesi ve osteoartrit obezite ile ilişkilendirilmiştir. Hipertansiyon erkeklerde kadınlardan ve düşük gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha yaygındır. Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte birinde hipertansiyon vardır ve en sık görülen kronik hastalıktır. Erkeklerin %26,1'inde ve kadınların %29,3'ünde hipertansiyon saptanmış ve yaşla birlikte yüksek tansiyon artmaktadır (116).

Diyabet ile Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, diyabetteki değişimin % 90'lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan kişi başı GSYİH değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyde olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 1,667 birimlik diyabet artışına neden olduğu gözlenmiştir. Diyabet hastalık yükü 2002 yılından 2017 yılına %43,49 oranında değişim göstermiştir (117).

DSÖ tarafından kronik hastalıklar için risk faktörleri; sigara ve alkol kullanımı, yüksek tansiyon ve obezite. Öte yandan bir toplumdaki sağlık düzeyinin %50'sinin sosyal ve ekonomik çevre koşulları tarafından belirlendiği bildirilmektedir. Halk sağlığı görüşüne göre, kronik hastalıkların kontrolüne yönelik

alışmalar, hava kirliliği, küreselleşme, kentleşme, nüfusun yaşlanması ve ülkenin genel siyasi koşulları dikkate alınarak, bir toplumun doğumda beklenen yaşam süresine ulaşma şansını artırabilir (105).

Diyabet çok önemli bir erken ölüm nedenidir ve prevalansı 2014 yılında yaklaşık %9 olup, her yıl 1,5 milyon ölüm ve 89 milyon DALY'ye neden olmaktadır. Obeziteye benzer şekilde, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde diyabetin küresel prevalansı son yıllarda artmıştır. Sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, obezite/fazla kilo, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol diyabetin başıla ve değiştirilebilir risk faktörleri arasındadır. Benzer şekilde, kilo kaybı ve rutin fiziksel aktivite ile diyabet riski azaltılabilir (116).

Obezite ile Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ve kişi başı özel kamu sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p<0.05$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, obezite hızındaki değişimin % 83'lk bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı tarafından açıklanmıştır. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değişkenlerinin modele katkısının anlamlı düzeyinde olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 166,999 birimlik obezite azalmasına, yine benzer şekilde bir birimlik toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı değişiminin 7,128 birimlik obezite azalmasına, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında bir birimlik artışı obezite de 0,032 birimlik artışa neden olduğu gözlenmiştir.

Obezitenin daha kötü sağlık sonuçlarına ve daha yüksek ölüm oranlarına neden olduğu iyi bilinmektedir. Obezitenin küresel prevalansı son 30 yılda çarpıcı bir şekilde artmıştır. Kadınlar obeziteye erkeklerden daha yatkındır. 2014 yılında genel prevalans yaklaşık %9 iken, erkeklerin %11'inin ve kadınların %15'inin obez olduğu bildirilmiştir. Küresel olarak, 500 milyondan fazla yetişkin obezdir. Ayrıca 2014 yılında erkeklerin %38'inin ve kadınların %40'ının fazla kilolu olduğu rapor edilmiştir. Fazla kilolu olmak, yaklaşık 42 milyon çocuğu kapsayan 5 yaş altı çocuklar için de önemli bir sorundur. Hem fazla kilolu olmak hem de obezite gelirle

bağlantılıdır ve her iki cinsiyette de yüksek ve üst orta gelirli ülkelerde aşırı kilo ve obezite prevalansı daha yüksektir. Hollanda ve İsviçre’de, çocuklarda obezite prevalansı sabitlenmiş olarak görünmektedir (116).

Alkol kullanımı ile Türkiye IGE, Kişi Başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p<0.05$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Alkol kullanımı değişimin % 58’lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Sayılı’nın 2017 yılı çalışmasına göre, Türkiye’de bir kişi yılda ortalama 2,4 litre alkol tüketirken, OECD ortalaması 9,8 litredir. Türkiye’de alkol tüketimi OECD ülkelerine göre önemli ölçüde düşük bulunmuştur.

DSÖ’nün 2014 yılı raporuna göre kayıt dışı tüketim hesaba katılmaz ise 2010 yılında dünyada kişi başına ortalama tüketim 4,7 litre saf alkol olmuştur. Ülkemizde alkol tüketimi dünya ortalamasının yaklaşık üçte biri kadardır. Bu durumun kültürel ve dini faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülebilir (110). DSÖ’ye göre dünya yetişkin nüfusunun %48’i hiç alkollü içecek tüketmemiş olsa da orta ve yüksek gelirli ülkelerde yüksek alkol tüketimi görülmektedir.

Tütün kullanımına bağlı olarak her yıl yaklaşık 6 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir. Bunun 600 000’i pasif içicilik sebebiyle etkilenecek ölmekte, bu rakamın 170 000’i çocuk olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte tütün kullanılması yüksek tıbbi maliyetler getirmekte ve verimlilik kaybına sebep olmaktadır. Sonuçta önemli ekonomik bir yük olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tütün kullanımı ile Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir ($p<0.05$). Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, Tütün tüketimindeki değişimin % 82’lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Regresyon modeli katsayıları incelendiğinde modelde bulunan Türkiye IGE değişkeninin modele katkısının anlamlı düzeyde olduğu gözlenmiştir ($p=0,039$). Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 102,061 birimlik tütün tüketimi azalışına neden olduğu gözlenmiştir.

Sayı'nın 2017 yılı çalışmasına göre Türkiye'de sigara kullanımı OECD ülke ortalamasına benzerdir. Tütün kullanımı önlenabilir bir hastalık ve ölüm nedenidir. Tütün ürünleri kullanım sıklığı açısından ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde tütün kullanımı çok düşük seviyelerdeyken, gelişmekte olan ülkelere genel olarak yüksektir.

Türkiye tütün üreticisi bir ülkedir ve dünya tütün üretiminin %1,7'sini karşılamaktadır. Ülkemizde sigara kullanımı OECD üyesi ülkelerin ortalamasına yakındır. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Tütün Salgını Raporu (DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008; MPOWER Paketi) adlı bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda, 6 temel strateji önerilmiş ve baş harfleriyle MPOWER olarak adlandırılmıştır. Bu altı stratejinin Türkçe karşılığı; tütün kullanımı ve tütün kontrolü uygulamalarının izlenmesi, pasif sigara dumanının etkilerinden korunma, sigara içenlere sigarayı bırakma konusunda destek verilmesi, tütün kullanımının tehlikeleri konusunda uyarılması, tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunun yasaklanması, ve tütün üzerindeki vergi yükünün artırılması.

Türkiye, 30 Kasım 2004 tarihinde Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni (TKÇS) onaylamıştır. 2008 yılında da değiştirilen "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" hükümleri ile MPOWER paketinde yer alan maddeleri karşılar hale gelmiştir. Bu kanuna göre "kapalı alanlarda sigara içilmesine kısıtlamalar getirilmiş, sigara içenlerin tedavisine yönelik düzenlemeler yapılmış, sigaranın zararlarını anlatan eğitim faaliyetleri planlanmış, reklam ve sponsorluk kısıtlamaları geliştirilmiştir, çocuklara sigara satışının yasaklanması" gibi sigara satışına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu sayede Türkiye tütün kontrolünde en ileri ülkeler arasında yer almaktadır (110).

Ülkeler daha sağlıklı toplum oluşturmak adına sağlık harcamalarını arttırmak için çabalamaktadırlar. Bununla birlikte ülkelerin gelişmişlik durumuna uyumlu olarak sağlık harcamalarının milli gelirden aldığı paylarda da önemli farklılıklar görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının genel olarak %2 ile %17 arasında değiştiği söylenebilir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça gelirlerinden sağlık harcamalarına ayırdıkları oranda da artış eğilimi olduğu gözlenmektedir (111). Literatürde ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdığı payın artması ile sosyo-ekonomik

gelişmişlik düzeyi arasında önemli bir ilişki olduğu şeklinde yorumlar vardır. Yapılan çalışmalar sağlık harcamalarının artmasının bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (107).

Ancak çalışmada bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı ($r=0,108$; $P=0,669$), doğumda beklenen yaşam süresi, genel kanser insidansı ($r=0,075$; $P=0,767$), hipertansiyon, diyabet prevalansı ($r=-0,081$; $P=0,749$), alkol kullanımı ($r=-0,355$; $P=0,148$) ve tütün kullanımı ($r=0,396$; $P=0,104$)'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

Bu sonuçlar da aslında Türkiye'de toplam sağlık harcamasının GSMH oranının düşük olmasına, yıllar itibarı ile bu oranın yeterli arttırılmamasına bağlanabilir. Ülkemizde çalışmayı içeren 2000-2017 yılları arasında toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ortalaması % 5,08'dir (yazar tarafından hesaplanmıştır). Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre ayırdıkları oranlara bakıldığında ise %2 ile %17 arasındadır ki ülkemizdeki bu oran ortalamanın da altında oldukça düşük düzeyde kalmaktadır.

Dünyanın hemen hemen tüm ülkelerinde, sağlık harcamaları son 18 yılda artmıştır. Sağlık harcamaları, özellikle gelişmiş ülkelerde kanser ve kalp rahatsızlıkları gibi kronik hastalıkların tedavisinde yeni tıbbi teknolojiler sebebiyle etkilenirken, gelişmekte olan ülkelerde giderler daha çok akut ve bulaşıcı hastalıkların tedavisi için uygun maliyetli teknolojilere kaymaktadır. Sağlık harcamaları genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları içerir. Genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artması, bireylerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini de olumlu etkilemektedir.

Daştan ve ark. çalışmalarında, OECD ülkelerinde sağlığa ayrılan pay 1980-2012 yılları arasında %6,7'den %9,3'e artış gösterirken, Türkiye %2,4'ten %5,4'e yükselmiştir. Ülkelerin refah düzeylerinin bir ifadesi olan kişi başına gelir düzeyinin sağlık harcamaları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmada araştırmacılar, sağlık sistemindeki finansman modeli gibi faktörlerin de sağlığa ayrılan bütçenin

payını etkileyebileceğini belirterek, bazı ülkelerde benzer gelir seviyelerine sahip olmasına rağmen, sağlığa ayrılan paylarının değişkenlik göstermesine dikkat çekmişlerdir.

Sağlığa harcanan payın ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının artırılması için kişi başına düşen gelirin artması gerekmektedir. Temel ihtiyaçların karşılanması ancak belirli bir gelir düzeyi ile mümkün olabilir.

Sağlık harcamaları, tüm toplumun sağlık hakkını etkilemekte, sağlık sektörünün kapasitesini ve bu sektöre ayrılan kaynak miktarını belirlemekte ve aynı zamanda devletin sağlık politikalarını şekillendiren önemli bir kaynaktır. Toplumdaki sağlık koşullarının iyileştirilmesinin insanların mutluluğunu ve çalışanların verimliliğini arttırdığı ve uzun vadede gelişimin temelini oluşturduğu söylenebilir. İnsan sağlığı ile ilgili gelişmeler, insan yaşam kalitesine katkıda bulunur ve insanı merkeze alan insani gelişmenin önemli bir belirleyicisidir (33).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye'de 2000-2017 yıllarını kapsayan 18 yıllık geçmiş sağlık göstergelerinin, birinciden onuncuya beş yıllık kalkınma planları ile birleşmiş milletler insani gelişim endeksinin sağlık ve kişi başı gelir parametrelerinin karşılaştırmalı analizi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda ulaşılan sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır:

- ✓ Bu süreçte bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızında düşme eğilimi görülmüştür. IGE sonuçları ile yapılan korelasyon çalışmasında bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı düşerken Türkiye IGE değerinin yükselme eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu sonuç bize ülkemizin gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmasını hızlandırmak ve buradaki konumunu korumak için bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızının düşürülmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca bu konularda ülke sağlık politikalarının belirlenmesinde ve gerekli önlemlerin alınmasında öncelik verilmesi açısından anlamlı bir sonuç olarak yorumlanabilir.
- ✓ Kişi başı GSYİH ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı seviyesinde düşme gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre de, bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızının her ikisinde de değişimin % 98'lik bölümü Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 1,301 birimlik bebek ölüm hızının azalmasına, bir birimlik kamu ve özel sağlık harcamaları değişiminin 0,006 birimlik bir bebek ölüm hızının azalışına, bir birimlik Türkiye IGE değeri değişiminin 101,903 birimlik 5 yaş altı ölüm hızı azalmasına neden olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Kişi başı GSYİH arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinde artma gözlenmiştir. Kişi başı GSYİH arttıkça beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerine yapmış olduğu etkinin sağlık harcamalarına göre daha etkili olduğu görülmüştür.

- ✓ Kişi başı GSYİH değeri ve kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça anne ölüm oranının seviyesinde düşme gözlenmiştir. Anne ölüm oranı düştükçe de Türkiye IGE değerlerinin yükseldiği gözlenmiştir. İGE' de daha üst basamaklara çıkabilmek, yüksek insani gelişim kategorisindeki ülkeler arasına girebilmek ve orada konumumuzu koruyabilmek için anne ölüm oranının düşmesi de bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır.
- ✓ Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 4,979 birimlik anne ölüm oranı azalmasına neden olduğu gözlenmiştir. Bu sonuca göre kişi başı GSYİH'nın artırılması anne ölüm oranının düşmesinde önemli bir kriter olması, ülke politikalarının belirlenmesinde ve planlanmasında dikkate alınması gereken bir değer olarak karşımıza çıkmaktadır.
- ✓ Kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması değerleri ve IGE değerleri arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinde de artma gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, doğumda beklenen yaşam süresi değişimin % 91'lik bölümü Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır.
- ✓ Kişi başı GSYİH değeri ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması arttıkça genel kanser insidansı seviyesinde artma gözlenmiştir. Burada kanser insidansı arttıkça kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması da artmaktadır şeklinde yorumlamanın daha doğru olacağı düşünülmektedir.
- ✓ Türkiye IGE değeri arttıkça genel kanser insidansı seviyesinde de artma gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, genel kanser insidansı değişimin % 84'lük bölümü Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 16,288 birimlik kanser insidansının artışına neden olduğu gözlenmiştir.
- ✓ KOAH ile Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH' ya oranı ve kişi başı özel kamu sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına

göre, KOAH hızındaki değişimin % 93'lük bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı tarafından açıklanmıştır.

- ✓ Hipertansiyon ile Türkiye IGE değeri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, HT'daki değişimin % 86'lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 208,291 birimlik HT artışına neden olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Diyabet ile Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, diyabetteki değişimin % 90'lık bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik kişi başı GSYİH değişiminin 1,667 birimlik diyabet artışına neden olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Obezite ile Türkiye IGE değerleri, kişi başı GSYİH, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ve kişi başı özel kamu sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, obezite hızındaki değişimin % 83'lük bölümü Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik Türkiye IGE değişiminin 166,999 birimlik obezite azalmasına, yine benzer şekilde bir birimlik toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı değişiminin 7,128 birimlik obezite azalmasına, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında bir birimlik artışın obezitede 0,032 birimlik artışa neden olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Alkol kullanımı ile Türkiye IGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, alkol kullanımı değişimin % 58'lik

bölümü Türkiye İGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır.

- ✓ Tütün kullanımı ile Türkiye İGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamasında güçlü korelasyonlar gözlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre, tütün tüketimdeki değişimin % 82'lik bölümü Türkiye İGE, kişi başı GSYİH, kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması tarafından açıklanmıştır. Bir birimlik Türkiye İGE değişiminin 102,061 birimlik tütün tüketimi azalışına neden olduğu gözlenmiştir.
- ✓ Bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı, doğumda beklenen yaşam süresi, genel kanser insidansı, hipertansiyon, diyabet prevalansı, alkol kullanımı (%) ve tütün kullanımı (%) 'nın toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

Bu sonuçlar aslında Türkiye'de toplam sağlık harcamasının GSMH oranının düşük olmasına, yıllar itibarı ile bu oranın yeterli arttırılmamasına bağlanabilir. Türkiye'de 2000-2017 yılları arasında toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ortalaması % 5,08'dir (yazar tarafından hesaplanmıştır). Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre ayırdıkları oranlara bakıldığında ise bu oran %2 ile %17 arasındadır ki ülkemizdeki bu oran ortalamanın da altında düşük bir düzeyde kalmaktadır.

- ✓ Türkiye'nin İGE değerine bakıldığında, bir artış sergilediği ancak bu artışın çok da yeterli ve hızlı olmadığı söylenebilir. Uygulanacak etkin devlet politikalarıyla birlikte, istikrarlı, gelir dağılımında adaletli ve insan sağlığının geliştirilmesine daha fazla önem veren kalkınma politikaları ve planlamaları ile Türkiye insani gelişme potansiyelini mutlak düzeyde arttıracak ve artışı daha hızlandırabilecektir.
- ✓ Kalkınma planları hazırlanmadan önce ön rapor ve sektörel olarak Özel İhtisas Komisyonu Raporu (ÖİK) hazırlandığı belirtilmişti. Sağlık alanında ilk IV. kalkınma plan dönemi ÖİK raporuna ulaşılmıştır. Ön hazırlık olarak

büyük bir profesyonel kadro ve emekle hazırlanan ÖİK raporlarındaki önerilerin kalkınma planlarında yeterli değerlendirmeye alınmadığı görülmüştür.

- ✓ Kalkınma planlarındaki hedefleri ve bu hedeflere ulaşmadaki gelişmeleri birbirinden keskin ve bağımsız bir şekilde ayırarak ele almak mümkün değildir. Bütün planlar hazırlanırken birbirinden etkilenmiştir. Her bir sonraki plan hazırlanma aşamasında, bir önceki plandaki ulaşılan veya ulaşılamayan hedefleri dikkate alarak mevcut durum saptaması ile yeni hedefler belirlenmiştir.
- ✓ Kalkınma planlarında her zaman istenilen düzeyde hedeflenen sonuçlara ulaşılamamıştır. Birbirini takip eden kalkınma planlarında aynı amaç ve hedefler tekrarlanmıştır. Örneğin, birinci basamaktan başlayarak referans hastanelerine dek uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi tüm kalkınma planlarında sorun olarak saptanmasına ve sevk sisteminin geliştirilmesi için planlanmaya alınmasına karşın bugün dahi uygulamaya geçilememiştir. Bu durum, hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına, kent merkezlerinde ve özellikle büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insan gücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına neden olmaktadır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim, süreklilik, koordinasyon ve finansmanın sağlanması ve sağlık sistemine entegre edilmesi birinci basamak sağlık sisteminin yetkinliğini artıracaktır. Aile hekimliği hizmetleri arasında yer alan bebek ve çocukların aşılması ile gebelerin daha titiz ve kontrollü takibinin yüksek bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranını azaltacağı düşünülmektedir.

- ✓ BÖH ve 5 yaş altı ölüm hızı için kalkınma planlarında yapılan planlamalarda birinci kalkınma planından onuncu kalkınma planı dahil üzerinde özellikle durulmuş, bu oranların düşürülmesi için anne ve çocuk sağlığı hizmetleri üzerinde planlamalar yapılmıştır. Ülke gelişimi için önemli bir kriter olan

çocuk ölümlerinin önemli oranda azalması, ortalama yaşam süresinin de artmasını sağlayacaktır. Ortalama yaşam süresinin artması da İGE'nin yükselmesinde etken olacaktır.

- ✓ Kalkınma planlarında doğum ve gebelikte anne ölüm oranlarının yüksek olduğu raporlanmıştır. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin, eleman azlığı ve sınırlı mali imkanlar yüzünden yeterli olmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmaması bu durum için bir olumsuzluk olarak değerlendirilmiştir. Anne ölüm hızının düşürülmesi ve doğurganlığın düzenlenmesinde özgür ve bilinçli seçim yapılmasını sağlayacak yönde ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılmasına, toplumun tüm bireylerinin bu konularda eğitilmesine ve bilinçlendirilmesine ağırlık verilmesi hedef olarak belirlenmiştir.
- ✓ Kalkınma planlarında, teknolojik imkânların gelişmesinin ve artan yaşam kalitesine bağlı olarak uzun dönemde sağlıkta sürekli daha iyiye giden bir eğilim beklendiği ifade edilmiştir. Ancak yine de ülke içi ve ülkeler arasında zengin-fakir kesimlerin ortalama yaşam süresi farkının devam edeceği öngörülmektedir.

Kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele, Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin sıklığı artmaktadır. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri için yapılan çalışma kapsamında, küresel ölçekte hastalıkların ağırlığının son yıllarda bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara kaydığı görülmüş ve buna göre planlar yapılması önerilmiştir.

- ✓ Dünyada olduğu gibi ülkemizde giderek artmakta olan kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile ilgili mücadele için ulusal politikalar ve uzun vadeli stratejiler geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanması.
- ✓ Yaşam süresinin uzaması istenen bir durum olmakla birlikte, paralelinde bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmuştur. 2012

yılında 56 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin 38 milyonu bulaşıcı olmayan hastalıklara, özellikle kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik hava yolu hastalıkları nedeniyledir. Ölümlerin üçte biri (28 milyon) düşük ve orta gelirli ülkelerde olmuştur.

- ✓ Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biridir. Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir.
- ✓ Ülkemiz ile OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ülkemizin sağlık göstergelerini iyileştirebilmek ve var olan önemli farklılıkların azaltılması için sağlık hizmetlerimizin gelişmesi gerekmektedir. Güçlü bir sağlık sistemi alt yapısı oluşturmak esas alınmalıdır. Bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması, hekim, hemşire gibi sağlık profesyonellerinin ve hastane ve hastane yatak sayılarının artırılması gereklidir. Bunları yaparken Dünya Sağlık Örgütünün geliştirdiği normlara uygun hareket edilmelidir.
- ✓ Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli değildir. Kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamaktadır. Bazı yerlerde kapasite yetersiz kalırken, bazı yerlerde de atıl kapasite söz konusu olmaktadır.
- ✓ Çalışmanın nicel verilerinin temini sürecinde incelenen literatürde, farklı kaynaklarda farklı veriler karşımıza çıkmıştır. Kalkınma planlarında dahi aynı döneme ait, aynı sağlık göstergeleri için, farklı kalkınma planlarında farklı sonuçlar raporlanmıştır. Bu durum bize ülkemizde sağlıklı veri toplanmadığını ve sağlıklı raporlama yapılmadığını göstermiş ve bu durum kısıtlılıklarımızdan birini oluşturmuştur. Bu durum da veri bankacılığı açısından standart getirilmesi, verilerin tek kaynakta toplanmasının önemini göstermektedir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- ✓ Türkiye, kalkınma planlarında geleceğe yönelik politikalarını oluştururken ekonomik gelişmişlik düzeyi ile paralel giden bir insani gelişme düzeyi oluşturacak noktaları dikkate alması. Bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik planlamaları hayata geçirmesi, demokratik ve katılımcı bir kültürel ortam oluşturması. Sağlık, kişi başı gelir ve eğitim açısından gelişmenin insani boyutuna öncelik vermeye özen göstermesi.
- ✓ Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılması, mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanılması, kaynakların öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesinin sağlanması.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin planlanması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre edilerek etkinleştirilmesi.
- ✓ Toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi ve korunması amacıyla onuncu beş yıllık kalkınma planında yapıldığı gibi etkin bir şekilde sektörler arasında işbirliği, koordinasyonun ve devamlılığının sağlanması.
- ✓ Tüm kalkınma planlarında hedeflenmesine rağmen günümüzde dahi uygulanmayan, sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilmesinin sağlanması.
- ✓ Kişi başı gelirin artırılmasının sağlanması. Kişi başı gelir dağılımının tüm ülkede eşit olması, kent ve kırsal arasındaki kişi başına gelir farklılıklarının düzeltilmesi.
- ✓ Toplam sağlık harcamalarının millî gelir içindeki oranının gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşacak şekilde artırılması.

- ✓ Kalkınma planlarının ÖİK raporlarındaki öneriler dikkate alınarak planların hazırlanması ve uygulanması.
- ✓ Kalkınma planlarında alınan kararların uygulanması veya uygulanabilecek, gerçekçi kararların planlamaya dahil edilmesi.
- ✓ Bebek ve çocuk ölüm oranlarını azaltmada çeşitli faktörlerden ilki, sağlık alanında yetişmiş sağlık personeli ile yapılmasıdır. Bu nedenle kişi başına düşen hekim, hemşire ve ebe sayılarının artırılması. Bebek ve anne sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, çocukların aşılarının zamanında eksiksiz yapılmasının sağlanması, kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi. Sağlık Bakanlığı bu hedeflere ulaşmak için çalışmalar yürütmektedir ancak geliştirerek devam etmelidir.
- ✓ Aileye bebek bakımı ve beslenmesi konusunda eğitim verilmesi ve bunun için bütçeden sağlığa daha fazla kaynak ayrılarak, aileye çocuk başına ihtiyacını karşılayacak düzeyde maddi destek sağlanması. Hizmetlerin, sağlık kurumuna ulaşım da dahil ücretsiz verilmesi veya evde takip ve izleme çalışmalarının yapılması. Verilecek tüm hizmetlerin ücretsiz olması ve katkı payı alınmaması yönünde bir düzenleme yapılması.
- ✓ Anne ölümlerinin çoğu küçük ve yüksek yaş gruplarında, doğum içi ve/veya doğum sonrası dönemlerde meydana geldiğinden, yüksek riskli bu gruplar için özel programlar uygulanması. Doğumun eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılması, doğum öncesi ve sonrası bakım, annelerin eğitim ve refah düzeyinin yükseltilmesine öncelik verilmesi. Ayrıca ülkemizde doğum ve gebelikte anne ölüm oranlarının yüksek olması, ana çocuk sağlığı hizmetlerinde eleman azlığı, sınırlı mali imkanlar ve sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği olmamasına da bağlandığından, anne ölümlerinin azaltılması için ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılması, doktor ve hemşire sayılarının gelişmiş ülkeler seviyesine çıkarılması için planlama yapılması. Bu konudaki politikalar ve planlamalar için gerekli mali desteğin sağlanması ve sorumlu kuruluşlar arasında yeterli işbirliği sağlanması.

- ✓ Ülkemizde obezite ile mücadele son yıllarda büyük ivme kazanmıştır ve Sağlık Bakanlığı'nın obezite ile mücadele de geniş kapsamlı çalışmaları vardır. Onuncu kalkınma planı, sağlıkta dönüşüm programlarından, sağlıklı yaşam ve hareketlilik programında çocuk ve yetişkinlerde kilolu ve obez oranlarını düşürmek için performans göstergesi belirlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarının hedefe ulaşp ulaşmadığının değerlendirilerek etkin olarak sürdürülmesinin sağlanması.
- ✓ Sağlıklı beslenmenin yararlarını tanıtmaya yönelik kitle iletişim kampanyaları, beslenme eğitimi ve becerilerinin teşviki, beslenmede olumsuz etkileri olabilecek yiyecek ve içecek tüketim maddelerinin henüz üretiminde denetimin sağlanması ve kampanyalar ile halkın bu ürünlerden uzak durması için caydırıcılığının sağlanması.
- ✓ Tütün kullanımıyla ilgili ülkemizde ciddi yaptırımlar getirilmiş ve başarılı sonuçlar da alınmıştır. Kapalı mekânlarda tütün ürünlerinin kullanımının yasaklanması, sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanması, 18 yaş altına tütün ürünü satışlarının yasaklanması gibi. Bu uygulamaların etkili bir şekilde devamının sağlanması ve denetimlerin etkinleştirilmesi.
- ✓ Kansere bağlı erken ölüm, sakatlık ve komplikasyonların artmasını önlemek için, kansere yönelik erken tanı ve taramaların genişletilmesi önem arz etmektedir. Türkiye'de kanser erken tanı ve tarama programlarının uygulanmasından sorumlu olan Kanseri Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) sayısının artırılarak, coğrafi olarak ve nüfusa göre eşit dağılması sağlanmalıdır. Ayrıca bölgesel ve cinsiyete göre farklılık gösteren kanser türlerinde, bölgeye ve cinsiyete göre özel taramalar yapılmalı ve önlemler için ilgili sektörler ile koordineli çalışma yapılması.
- ✓ Özellikle ülkemizde epidemiyolojik verilerin az olduğu KOAH risk faktörleri üzerinden yapılacak çok merkezli yüksek hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çok merkezli topluma genellenebilecek çalışmalardan çıkacak sonuçlara dayalı öngörülerde bulunup, KOAH prevalansını kendi verilerimiz

üzerinden düşürecek planların yapılması.

- ✓ Sağlıkta dönüşüm programlarından, sağlıklı yaşam ve hareketlilik programının dördüncü bileşeninde kanser, kalp ve damar ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve risk faktörlerinin azaltılması, bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi, izlem ve yönetim için sürveyans sisteminin kurulması, bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik eğitim ve araştırma kapasitesinin artırılması hedeflenmiştir. Bu hedeflere ulaşmak için çalışmalara aynı şekilde devam edilmesi.
- ✓ Sağlık harcamaları genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları kapsamaktadır. Genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artması, bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir. Genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle Türkiye'nin sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisindedir. İlerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklentisine paralel olarak, Türkiye'de de sağlık harcamalarının artacağı öngörüldüğünden, bu payın artırılması üzerine şimdiden planlamalarını ona göre yapmalıdır.
- ✓ Veri ve kanıta dayalı sağlık politikaların geliştirilmesi amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesinin sağlanması.

KAYNAKÇA

1. Koçel T. *İşletme yöneticiliği*. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 18. Baskı, 2020,174-175
2. Koçel T. *İşletme yöneticiliği*. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul Genişletilmiş 12.Baskı 201, 154-156
3. Soyak A. *Ulusaldan uluslarüstüne iktisadi planlama ve Türkiye deneyimi*. Der Yayınları, İstanbul, 2006, 111.
4. Özşarı H. "Birinciden onbirinciye kalkınma panlarında sağlık" ,SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2018, <https://www.sdplatform.com/Dergi/1107/Birinciden-on-birinciye-kalkinma-planlarında-saglik.aspx> Erişim: 30 Kasım 2018
5. Göksu T. "Yönetimin Fonksiyonları", Prof. Dr. Turgut Göksu Resmi Web Sitesi, 2012, <http://www.turgutgoksu.com/FileUpload/ks7441/File/yonetiminfonksiyonlari12.pdf> Erişim: 30 Kasım 2018
6. Kurthan F. "Yönetim", AÜ SBF, Yayın no 387, Ankara, 1975
7. Ciliz Y. *Kalkınma Planlamasında Stratejik Planlamaya Geçişin Türk Kamu Yönetimi Üzerindeki Etkisi : Devlet Hava Meydanları İşletmesi Örneği Kalkınma Planlamasından Stratejik Planlamaya Geçişin Türk Kamu Yönetimi üzerindeki etkisi* (Tez). Mersin Üniversitesi, kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı YL Tezi, 2019.
8. Leblebici DN, Erkul E, "Planlı Kalkınma Deneyiminden StratejikPlanlamaya Geçiş : Türkiye Örneği", H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2008, 26 (1); 269-285
9. Tıraş H.H, Ağır H., "D- 8 Ülkelerinin Sağlık Harcamaları Bakımından Karşılaştırılması : Betimsel Bir Analiz". 2017;195–220. <http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/tr/download/article-file/395658> Erişim: 28 Kasım 2018
10. Ülgen H., Mirze S.K, *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2010, 34
11. Tortop N, İsbir E.G, Aykaç B, Yayman H, Özer M.A, " Yönetim Bilimi". Ankara: Yargı, 2007;54.
12. Aykaç B,"İnsan kaynakları yönetimi ve insan kaynaklarının stratejik

- planlaması". Ankara: Nobel Yayınevi. 1999.
13. Sezen S." Devletçilikten özelleştirmeye Türkiye’de planlama". Ankara: TODAİE Yayın No:293. 1999;
 14. Kiraz M. *Örgütlerde stratejik planlama sisteminin oluşturulması ve emniyet genel müdürlüğünde bir uygulama* (Tez). Gazi Üniversitesi, Büro Yönetimi ve Eğitimi Anabilim Dalı YL Tezi, 2007.
 15. DPT, "Kamu idareleri için stratejik planlama kılavuzu" 2.Sürüm. 2006, <http://www.malihizmetler.org.tr/dosyalar/spkilavuz.pdf> Erişim: 28 Kasım 2018
 16. Özdemir V, "Türkiye’de Planlı Kalkınma Deneyimleri". 2014; https://dumludag.files.wordpress.com/2013/09/ozdemir_planlama.pdf Erişim: 20 Kasım 2018
 17. Tengilimoğlu D, Toygar ŞA, "Sağlık Politikası". Nobel Yayınevi, Ankara.2018. 1–4 .
 18. Doğan YS, *Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Hedeflerinin Ankaradaki Hastane Yöneticilerince İrdelenmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı YL Tezi; 2006.
 19. Torun A, *Devletin Kalkınma Politikaları İçinde Rolü ve Kapsayıcı Kalkınma* (Tez). Marmara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı Maliye Teorisi Bilim Dalı YL Tezi; 2019.
 20. Oxford Languages, 2018.
 21. Eyilik A, *Kalkınmada Küresel İşbirliği : Resmi Kalkınma Yardımı Sağlayıcı Ülke Olarak Türkiye* (Tez). Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı YL.Tezi. 2019;
 22. Loş N, *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi :OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği* (Tez). İstanbul Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2016.
 23. Yılmaz M. *İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler,2002.
 24. WHO. 1992.
 25. Çelik Y, *Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2006;1(9).

26. İlem D, *Çanakkale’de İnsani Kalkınma Düzeyinin Araştırılması*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı YL Tezi; 2010.
27. UNFPA. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programının İzlenmesi: 2014 Sonrası için Program Çerçevesi ve Türkiye’nin Öncelikleri. 2016; https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2019/12/Nufus-ve-Kalkinma-2015-Sonras_-Program-Cercevesi.pdf Erişim: 28 Kasım 2018
28. Korkmaz H. *İyi Yönetişim ve İnsani Kalkınma: Afrika Ülkeleri Örneği* (Tez). Erciyes Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi.2020.
29. UNDP. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019_technical_notes.pdf. 2019;
30. UNDP. <http://hdr.undp.org.2019>
31. UNDP. <http://hdr.undp.org.2020>
32. Aydınligil S. "İnsani kalkınma yaklaşımı: iyi yönetim ve sosyal politika için önermeler". Bölgesel Kalkınma ve Yönetişim Sempozyumu, 2009 (4), Ankara <https://www.tepav.org.tr/sempozyum/2009/bildiriler/seyhan.aydinligil.bildiri.pdf> Erişim: 22 Kasım 2018
33. Günsoy G. "İnnsani gelişme kavramı ve sağlıklı yaşam hakkı". ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2005,1(2): 35-52
34. UNDP. Human Development Report. 1996.
35. UNDP. Human Development Report. 1998.
36. Taşcı K. *Türkiye’de Kamu Sosyal Refah Harcamalarının İnsani Kalkınma Üzerindeki Etkileri* (Tez). Uludağ Üniversitesi, Maliye Ana Bilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Doktora Tezi; 2015.
37. Çağlar A. *İnsani Kalkınma ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği* (Tez). Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, İktisad Anabilim Dalı YL Tezi; 2018.
38. UNDP. <http://www.hdr.undp.org>. 1990;
39. <http://ingev.org/kutuphane/ingev-raporlar>.Erişim: 18.12.2018
40. Özpınar E, Koyuncu E. "Türkiye’de İnsani Gelişmişlik İller Arasında Nasıl Farklılaşıyor? 81 İl İçin İnsani Gelişmişlik Endeksi". TEPAV:Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı 2016; 1–7. <https://www.tepav.org.tr> Erişim:20 Aralık 2018

41. UNDP. <http://www.hdr.undp.org>. 2018.
42. UNDP. <http://www.hdr.undp.org>, İGR, Teknik Notlar. 2015.
43. Ünal E. *Kamu harcamaları ve insani gelişme arasındaki ilişki* (Tez). Ankara Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı YL Tezi; 2016.
44. UNDP. <http://www.hdr.undp.org>. 1991.
45. Tüylüoğlu Ş, Karalı B. "İnsani Kalkınma Endeksi ve Türkiye İçin Değerlendirilmesi". SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2006;6(12):53–88.
46. Demir Şeker S, TC Kalkınma Bakanlığı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. "Türkiye'nin İnsani Gelişmişme Endeksi ve Endeks Sıralamasının Analizi", 2011. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Turkiyenin_Insani_Gelisme_EndeksiVeEndeksSiralamasininAnalizi.pdf Erişim: 28 Kasım 2019
47. Tireli M, Coşkun S, Kunduracı NF. "İİT Ülkeleri ve Türkiye'ye Ait Sosyal Göstergeler ile İnsani Gelişim Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı Analizi". Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2013;7(30):61–87.
48. Gürses D. "İnsani Geişme' ve Türkiye" "'Human Development' And Turkey". Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009; 12(21): 339-350
49. İngev İnsani Gelişme Vakfı. İnsani Gelişme Endeksi Kamuoyu (İGE-K). <https://ingev.org/wp-content/uploads/2017/02/%C4%B0NSAN%C4%B0-GEL%C4%B0%C5%9E%C4%B0M-ENDEKS%C4%B0.pdf>. Erişim: 12.12.2018
50. Emil F, Yılmaz H, Yazıhan N, Tunca D. "Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bazı Gözlemler". Ankara Üniversitesi Yayınevi. Yayın No:6 Ankara. 2013.
51. Gönülaçar Ş.,T.C. Kalkınma Bakanlığı. T.C.Milli Eğitim Bakanlığı. "Kalkınma Planları ve Eğitim". 2014; Erişim:25 Kasım 2018
52. T.C. Kalkınma Bakanlığı "Stratejik Plan 2014-2018". 2013.
53. Avcı Ü, Kurtoglu M, Seferoglu SS. "Türkiye'de Planlı Kalkınma ve Teknoloji Politikaları". 2010;465–74.
54. T.C.Sağlık Bakanlığı. "Stratejik plan 2010-2014". 2009.

55. Fedai R. "Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003".8(2) 2019
56. T.C. Başbakanlık DPT. " Birinci Beş Yıl Kalkınma Planı 1963-1967". 1963.
57. T.C. Başbakanlık DPT. " İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972".1967;665.
58. DPT. "Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)". 1972;1077.
[http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma Planlar/Attachments/7/plan3.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma%20Planlar/Attachments/7/plan3.pdf)
59. DPT. "Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1979-1983". 1983.
60. DPT. "Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı ÖİK Raporu" 1978.
61. DPT". Beşinci Kalkınma Planı". 1985.
62. DPT. " Altıncı Kalkınma Planı 1990 - 1994". 1994.
63. Altıncı Kalkınma Plan, Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
64. DPT. "Yedinci Kalkınma Planı".
65. DPT. "Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001 - 2005". Ankara. 2000.
66. Kalkınma Bakanlığı. "Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı". 2006
67. Kalkınma Bakanlığı. "Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018". 2013;212.
68. Kumbasar A. "Sağlık Politikaları". 2015;475–80.
69. Memiş K. "Sağlık Dışı Sağlık Belirleyicileri ve Buna Bağlı Kronik Hastalıklar (Non -health health determinants and its related chronic)". 2020;6(1):42–50.
70. Canadian Institute for Health Information. (2019). Health Indicators.
<https://www.cihi.ca/en/health-indicators>. 2019.
71. Sonğur C. Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi. Sos Güvenlik Derg. 2016;6(1):197–224.
72. TÜİK Haber Bülteni. 2017;24649.
73. Sağlık Harcamaları İstatistikleri , 2016. 2017;2017–8.
74. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. TC. Sağlık Bakanlığı Temel Epidemiyoloji. 2009.
75. SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü." Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018". 2019;119–98.
76. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. OECD Publishing. 2019. 204–215 p. <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-EN.pdf>
77. ErgİN I, Hassoy H. "Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler : Dünya ve Türkiye ’deki duruma dair bir değerlendirme. Inequalities in infant mortality :An

- evaluation of the situation in the World and Turkey". 2015;1(3):98–104.
78. Çelik E. "Türkiye’de anne ölüm oranı verilerinin binyıl kalkınma hedefleri bağlamında analizi". T.C. Beykent Üniversitesi; 2015.
79. Eskiocak M, Selçuk EG. "Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen bebek ölüm hızları üzerine eleştirel bir değerlendirme/A critical review of infant mortality rates reported by the Ministry of Health in Turkey". Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2014;12(3):207.
80. UNDP Türkiye. <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgovoverview/overview/mdg4.html> Erişim: 15.4.2021. 2021;
81. Seyirci D. *Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Göstergelerin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi, 1963-2013* (Tez). İstanbul Okan Üniversitesi. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2018.
82. T.C.Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni. 2018; <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?0> Erişim: 15.12.2018
83. Koç İ, Schumacher R, Campbell O, Türkyılmaz AS, Ergöçmen B, Yüksel İ. "Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005". Tropical Medicine. 2006. 1–231.
84. Öner E. *Türkiye’de 2008 - 2015 yılları arasındaki anne ölüm oranı verilerini etkileyen faktörlerin panel veri analizi ile incelenmesi* (Tez). Ankara Üniversitesi. Biyoistatistik Anabilim Dalı YL Tezi. 2017.
85. Bayın G. "Doğuştan ve ileri yaşta beklenen yaşam sürelerine etki eden faktörlerin belirlenmesi". Türk Aile Hekimleri Dergisi. 2016; 20(3):93–103.
86. Şahin D. "Doğumda Yaşam Beklentisinin Belirleyicilerinin Analizi: APEC Ülkelerinin Örneği". Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2018;11(1):1–7.
87. <http://www.tuik.gov.tr>. 2017 Erişim: 12.12.2018
88. Wikipedia. 2020. Erişim: 18.12.2020
89. Yıldırım HH. "Türkiye Sağlık Sistemi; Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu". 2013;30–1. <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/46eb828a53e74e26a2130eefdc94650a.pdf>
90. Altaylar M, *OECD Ülkeleri Kapsamında GSYİH , Genç İşsizlik ve İşsizliğin Panel Veri Analizi Yöntemleriyle İncelenmesi* (Tez). T.C. Dokuz Eylül

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı Ekonometri Programı YL Tezi. 2019.

91. Yalçın AZ, Çakmak F, "Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi". Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Dergisi. 2016;30(4):705–23.
92. TÜİK Haber Bülteni. 12 Kasım 2019.
93. Giray F, Çimen G. "Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye Ve OECD Ülkeleri Analizi". Sayıştay Dergisi. S: 111. 2018;143–71.
94. T.C.Sağlık Bakanlığı DSÖ ABO. "Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025". Ankara; 2017.
95. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programı" (2014-2017). Ankara 2014.
96. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F, "Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış". Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2014;2(2):62–70.
97. Gümüş E, Satman I, Yetkin İ, Hatun Ş, Çakır B. Türkiye Diyabet Programı 1. 2015;1–66.
98. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Diyabet Programı 1". 2015;1–66.
99. T.C. Sağlık Bakanlığı "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016". 2017. 245 .
100. TÜSEB, T.C.Sağlık Bakanlığı, WHO. "V . Türk Tıp Dünyası Kurultayı Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi Çalıştayı Sunum Kitapçığı". 2018;
101. Kayacık MC. Türkiye’de Obezite Vergisinin Uygulanabilirliği Üzerine Nitel Bir Analiz. 2019;78–99.
102. Kanta F. *Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun Stratejik Planlamalardaki Öncelikli Halk Sağlığı Sorunlarının Sosyo-Demografik Analizi (Tez)*. İstanbul Okan Üniversitesi. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2017.
103. OECD, “Obesity Update 2017.” 2017.
104. Bhuyan. 'Integration of public health and primary care: Erişim: 22.12.2020
105. Büyüksoy GD. "Türkiye’nin Bazı Sağlık Düzeyi Göstergelerinin Halk Sağlığı Görüşü Açısından Değerlendirilmesi. The Evaluation of Some Health Status Indicators of Turkey According to Opinion of Public Health". Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2019;1(2):49–59.

106. Çelebi AK, Cura S. "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri : Karşılaştırmalı Bir Analiz". Maliye Dergisi. 164; 2013;47–67.
107. Songur C. "Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi. Cluster Analysis of Organization for Economic Cooperation and Development Countries According to Health Indicators". SGD Sosyal Güvenlik Dergisi. 2016;6(1):197–224.
108. İngev İnsani Gelişme Vakfı. İnsani Gelişme Endeksi Kamuoyu (İGE-K). <https://ingev.org/wp-content/uploads/2017/02/%C4%B0NSAN%C4%B0-GEL%C4%B0%C5%9E%C4%B0M-ENDEKS%C4%B0.pdf>. 2017;Erişim: 4 Aralık 2021.
109. Köksal SS, Turfaner Sipahioğlu N, Yurtsever E, Vehid S. "Temel Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri. Comparison of Turkey and European Countries According to Basic Health Indicators". TJFMPC www.tjfmpe.gen.tr 2016;10(4):205–12. Erişim: 12 Kasım 2019
110. Sayılı U, Aksu Sayman Ö, Vehid S, Köksal SS, Erginöz E." Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması". Online Türk Sağlık Bilim Dergisi. 2017; 2(3), 1–12.
111. Sever E, İğdeli A, "Sağlık Harcamaları, Sağlık Çıktıları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği (Relationship Between Health Expenditures, Health Output, and Economic Growth: the Case of Turkey)". Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi. 2019;11(20):246–259.
112. Özbakır SN. Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. 2016;1–20.
113. Alimohamadi Y, Khodamoradi F, Khoramdad M, Shahbaz M, Esmacilzadeh F. "Human development index, maternal mortality rate and under 5 years mortality rate in west and south Asian countries, 1980–2010: An ecological study". Eastern Mediterranean Health Journal. 2019;25(3):189–96.
114. TC: Sağlık Bakanlığı. "21 Hedef ' te Türkiye : Sağlıkta Gelecek". Ankara. 2007.
115. Sayım F. "Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi". Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;7(15):13–30.

116. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi SB. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017. 2–3.
<http://www.euro.who.int/pubrequest> Erişim:18 Mart 2019
117. T.C.Sağlık Bakanlığı. "Stratejik Plan 2019-2023". 2018.
118. Abul Y, Özlü T, "Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi (Epidemiology of COPD in Turkey)" Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013;1(1):7–12.

