

Süleyman ULUTÜRK¹

Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlıkın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği

Özet

Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetine tahsis edilecek kaynakların etkin ve etken kullanımı ve sağlık hizmetinin finansmanı konularını kapsamaktadır. Sağlık, DSÖ tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarını da içerecek biçimde, hastalık ve sakatlığın olmadığı, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Sağlık bir hak olarak kabul edildiğinde, bu hakkı elde etmenin tek koşulu sağlık hizmetinden yararlanabilmektir. Bunun için yatırımlar ve düzenlemeler yapılmalı, gerektiği kadar sağlık hizmeti sunulmalıdır. Dünya Bankası Küresel Hastalık Yükü çalışmasında, DALY (a disability-adjusted life year-yeti yitimine ayarlanmış yaşam beklentisi) YLL (years of life lost-kayıp yaşam yılları) and YLD (years lost due to disability-yeti yitimine bağlı kaybedilmiş yaşam yılları) ölçütlerini kullanmıştır. Bu ölçütlerle hastalığın ortaya çıkması, tedavi süreci ve tedavi sonrasında kişinin ve toplumun katlanmak zorunda kalacağı yük ölçülebilir olmuştur. Hastalık yükü hesaplamaları kapsamlı ve çok yönlü bir çalışmadır. Türkiye’de 2004 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması bu alanda yapılmış ilk çalışmadır. Sağlık alanında “reform” ya da “dönüşüm” çalışmaları yapılırken sadece bireysel sağlık hizmeti arz ya da talep koşullarına bakmak yeterli olmayacaktır. Hastalığın topluma ve ekonomiye yükü de dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlık Sektörü, Etkinlik, Etkenlik, Kamu Mali,

Health Economics, Health Status, Measures used in the Evaluation of Health and Their Importance: the Case of Turkey

Abstract

Health economics covers topics such as the efficient and effective use of the resources allocated to the health services and the way to finance the health care system. Health is a complex concept. The overall state of a person’s health depends on the interaction of three dimensions of health; physical health, social health and mental health. Health status refers to an individual’s or population’s overall level of health, taking into account various factors such as life expectancy, amount of disability, and levels of disease risk factors. During the last few decades, a new health indicator or health outcome measure called the DALY (a disability-adjusted life year) has been developed to assist in the analysis of the consequences of disease. DALYs are measured through the use of two key indicators such as YLL (years of life lost) and YLD (years lost due to disability). In Turkey, National Burden of Disease study conducted in 2004 is the first study in this area. It will not be enough just to look the individual’s supply or demand conditions to the health services while making the health “reform” or “transformation” but must be considered the burden of disease as well.

Keywords: health, health economics, health status, health sector, efficiency, effectiveness, public goods.

¹ Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü Öğretim Üyesi
e-posta: uluturk@akdeniz.edu.tr

Giriş

Sağlık ve sağlık hizmeti, ekonomik, politik ve toplumsal boyutları olan konulardır. Sağlıkın korunması ve çeşitli nedenlerle kaybedilmiş olan sağlığın yeniden kazanılması için araştırma yapılması ve yeni iyileştirme yöntemlerinin geliştirilmesi tıp biliminin çalışma konusudur. Her türlü mal ve hizmet üretiminde ve tüketiminde olduğu gibi, sağlığın korunması veya yeniden kazanılması sırasında da kaynak kullanılması söz konusudur. Bu alana yeterince ve zamanında kaynak ayrılması, ayrılan bu kaynakların etkin ve etken kullanılması ise iktisat biliminin alanına girmektedir. Bunun sonucu olarak başlangıcı 1930'lu yıllara kadar giden ve özellikle 1950-60'lı yıllarda hızla gelişen, ekonomi biliminin yeni bir alanı ortaya çıkmıştır; sağlık ekonomisi. Esas olarak sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti üretimi ve sunulmasıyla, bu alanda kaynak kullanılması ve finansmanı ile ilgilenmektedir.

Her ülke sağlık alanına kaynak ayırırken o ülkenin kendi içsel dinamikleri belirleyici olmaktadır. Ancak her ne kadar ülkenin kendi koşullarına bağlı olsa da sağlık konusunun uluslararası bir boyutu da vardır. Dünyanın her hangi bir ülkesinde ortaya çıkan bir hastalık veya yetersiz sağlık koşullarının neden olduğu sağlık sorunları, küresel düzeyde sonuçlar doğurmaktadır. Son yıllarda sağlık alanındaki verilere bakıldığında hem ulusal hem de uluslararası düzeyde sağlık harcamalarının hızla arttığı görülmektedir. Harcamalardaki artış, bu alanda geniş kapsamlı düzenlemelerin (sağlık reformu, sağlığa dönüşüm gibi) yapılmasının gerekliliğini düşündürmüştü ve birçok ülkede bu yönde yapılan düzenlemeler gözlenmiştir. Uluslararası boyutta Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü sağlık alanında çalışmalar yapmakta, ülkelere modeller önermekte ve yapılacak harcamalar için proje kredisi veya hibe biçiminde kaynak sağlamaktadır.

Sağlık alanında yapılacak her türlü düzenleme, öncelikle ülkenin mevcut sağlık durumunun bilinmesini gerektirmektedir. Mevcut durum saptandıktan sonra neler yapılması gerektiğine daha kolay ve isabetli karar verilebilecektir. Son yıllarda bu alanda gözlenen gelişmelerin önemli bir kısmı, sağlığın ölçülmesine ve niceliksel olarak ifade edilmesine yönelik yöntem ve araçların geliştirilmesi çabalarından oluşmaktadır.

Çalışmada bu konu ele alınmaktadır. Bu çerçevede çalışma başlıca iki bölümden oluşmaktadır. Birin-

ci bölümde sağlık kavramı üzerinde durularak tanımı ve boyutları ele alınacaktır. Devamında sağlık ile sağlık hizmeti kavramı arasındaki fark ortaya konulduktan sonra, sağlık hizmeti türlerinden söz edilecektir. Sağlık ekonomisi, ortaya çıkışı ve gelişimi de bu bölümde ele alınacaktır. İkinci bölümde sağlık statüsü ve sağlık statüsünün ölçülmesinde kullanılan göstergeler açıklanmaya çalışılacaktır. Yaşam beklentisi, ölüm oranları ve hastalıkla ilgili göstergeler açıklanırken çeşitli istatistiklerden de yararlanılacaktır. Çalışmanın sonunda dünyada ve herhangi bir ülkede sağlık politikalarının geliştirilmesi konusunda sağlıkla birlikte, sağlık statüsünün ölçülmesinin önemi ortaya konulmaya çalışılacaktır.

1-Sağlık, Sağlıkın Boyutları, Sağlık Hizmeti, Sağlık Ekonomisi

Sağlık kavramının birçok tanımı yapılmıştır; kimi tanımlar kavramı dar açıdan ele alırken, konuyu geniş açıdan bakan yaklaşımlar da vardır. Her iki yaklaşımda sağlık ile sağlık hizmetleri kavramlarının ayrı kavramlar olduğunu kabul etmektedir. Örneğin dar anlamda sağlık hastalığın olmadığı durum olarak açıklanırken, sağlık hizmeti hastalığın önlenmesi ve tedavi edilmesi için yararlanılan hizmetler bütünü oluşturmaktadır. Hangi durumun hastalık olarak tanımlanacağı ve sağlığın ölçülmesi de yine üzerinde durulması gereken konular olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmada öncelikle bu kavramlar ele alınacaktır.

1.1-Sağlık ve Sağlıkın Boyutları

Sağlık kavramı, İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar sadece hastalık, sakatlık ve ölüm kavramlarının ötesine geçmeyen dar bir yaklaşımla ele alınmıştır. Ancak sağlık, insanların yaşamlarını sürdürürken fiziksel olarak herhangi bir yetersizliklerinin olmaması, acı ve sızı duymamaları, kısa sürede ölüme yol açacak bir sorunla karşılaşmamaları veya duygusal ve ruhsal iyi olma hali, sosyal fonksiyonlarını tam olarak yerine getirme yeteneğinde olmaları gibi ölçütleri de içermesi gereken karmaşık ve çok yönlü bir kavramdır. Bu çerçevede 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını hastalık ve sakatlığın olmadığı bir durum olmanın daha da ötesine taşıyarak, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Böylece, dar anlamli geleneksel tanımla-

ma yerine sağlık, sosyal etmenler arasında doğru- dan ilişki kuran kapsamlı ve çağdaş bir yaklaşı- ma kavuşmuştur (Çalışkan, 2008:35). Bu yaklaşım sağlığı hastalığa indirgemekten kurtarmış, sağ- lığın korunması hatta geliştirilmesini öne çıkarmış ve bireyi değil toplumu merkeze alan toplumcu bir yaklaşımı benimsemiştir. Bu geniş tanımıyla sağ- lık ölçütleri pozitif ve negatif olarak ele alınmak- la birlikte, insanların refahını da içermektedir. Ne- gatif yönden sağlık; hastalığın yokluğu olarak ta- nımlanırken, pozitif yönden; bireylerin hayata tu- tunabilme yetenekleri, stresli duruma karşı koya- bilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fiziksel uyum düzeyi, toplumda iyi ilişkiler kurabilme be- cerisi v.b. (Somuncuoğlu, 2012, 3-4) şeklinde ka- bul edilmektedir. Dolayısıyla, sağlıklı olmak sade- ce fiziksel ve bedensel iyi olma biçiminde oldukça dar anlamda tanımlanmamakta, bireyi içinde yaşa- dığı toplumla birlikte ele alarak, onun toplumdan dışlanmaması, diğer bireylerle iyi ilişki kurabil- mesi, tanınması ve kabul görmesi, kendisine iş, ar- kadaşlık ve dostluk ilişkiler ağı kurabilmesi ile de- ğerlendirilmektedir (Goodacre vd., 2010, 3). Böy- lece bireyin sağlıklı olabilmesinin, beden, ruhen ve sosyal açıdan bir bütün olarak ve tam bir iyilik halinin gerçekleşmesiyle mümkün olacağı vurgu- lanmaktadır (Traş, 2013, 127).

Sağlığı biyolojik açıdan ele alan başka bir yakla- şıma göre ise “bir canlının kendi hücresel çekirde- ğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bo- zukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi süreci” olarak tanımlanmıştır (Illich, 1995, 190).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2 inci maddesinde ise “Sağ- lık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olma- yıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” (Resmi Gazete Sayısı:10705, 1961) biçiminde daha genel bir tanım yapılmaktadır.

Tanımlardan da anlaşıldığı gibi, sağlık hayatın kaynağı ve her bireyin temel ihtiyacıdır. Birey için sağlık olmadan diğer mal ve hizmetlerin bir anla- mı yoktur (Witter, 2002, 4). Toplumunu oluşturan bi- reylerin sağlıklı yaşama isteği ise, sağlık hizmetle- rine olan talebi oluşturmaktadır.

Sağlık kavramını mükemmel (mutlak) sağlık ve optimum sağlık olarak ayıran yaklaşımlar da var- dir (Goodacre, vd., 2010, 5). Bu yaklaşımda, mü-

kemmel sağlık hastalığın olmadığı durum olarak tanımlanır. Ancak mükemmel sağlığı elde etmek zordur. Bunun yerine optimum sağlık kavramının kullanılması daha çok tercih edilmektedir. Opti- mum sağlık kullanılan kaynaklara göre bireylerin rahat, ağrısız ve kaliteli hayat sürmesi olarak ta- nımlanmaktadır.

Sağlıklı olmak, hastalığın olmadığı durum olarak kabul edildiğinde hangi durumun hastalık olarak kabul edileceği veya kişinin sağlıklı olup olmadı- ğına nasıl ve kimin karar vereceği sorusu önem- li olmaktadır. Konuya bu açıdan bakıldığında ise objektif sağlık ve sübjektif sağlık kavramlarını ta- nımlamak gerekmektedir. Sübjektif sağlık kav- ramı kişinin kendisini nasıl hissettiği ile ilgili bir kavramdır. Kişinin kararı, kendisini nasıl gördü- ğüne mevcut fiziki, zihinsel ve sosyal durumuna göre farklılık gösterecektir. Eğitim, gelir düzeyi ve toplumdaki konum, hastalık sayılabilecek du- rumun algılanmasında etkili olacaktır. Yüksek eği- timli ve gelir düzeyi yüksek olan bir kişinin hasta- lıkları algılaması ve değerlendirmesi, düşük gelirli ve düşük eğitimi olan kişiye göre daha farklı ola- caktır. Eğitimli ve gelir düzeyi yüksek kişinin has- talık hali olarak tanımlayacağı bir durum, eğitim- siz ve düşük gelire sahip kişi tarafından normal bir durum, yani sağlıklı bir durum olarak kabul edile- bilecektir. Bunun gibi, kişinin kendisini sağlıklı ya da hasta olarak tanımlaması eğitim düzeyi ve geli- ri dışında, çevre koşulları, toplumsal statüsü, bes- lenme alışkanlıkları ve yaşama biçimine de bağ- lı olarak ve kişiden kişiye değişiklik gösterebile- cektir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, geliri arttıkça ve kişi toplumda görece daha önemli konuma sa- hip oldukça sağlığına gösterdiği önem de artacak ve hastalık olarak tanımlanan durum değişecektir.

Objektif sağlık kavramı ile sağlıklı olma durumu- nun daha kesin tanımlaması yapılabilmektedir; ki- şinin sağlıklı olup olmadığı, bu konuda eğitim al- mış, uzman kişinin bilgisiyle ve yaptığı testlerin sonuçlarıyla belirlenmektedir. Dolayısıyla kişinin sağlıklı olup olmadığına karar verilirken kendisi- ni nasıl hissettiği değil, yapılan testlerin sonucu, uzman kişinin bilgisi ve bilimsel yöntemler önem- li olmaktadır.

Bir kişinin veya grubun sağlığından söz edilirken sağlığın üç boyutuna vurgu yapılmalıdır; fiziksel sağlık boyutu, sosyal sağlık boyutu ve ruhsal sağ- lık boyutu (Goodacre, vd., 2010, 6).

Fiziksel sağlık (physical health); vücut fonksiyonlarının etkin ve sağlıklı olduğunu gösterir. Vücudun zindeliği, uygun boy ve kilo oranı, organların verimli çalışması gibi faktörleri içerir. Sağlıklı beslenme ve yeterli fiziksel aktiviteler fiziksel sağlık için önemlidir.

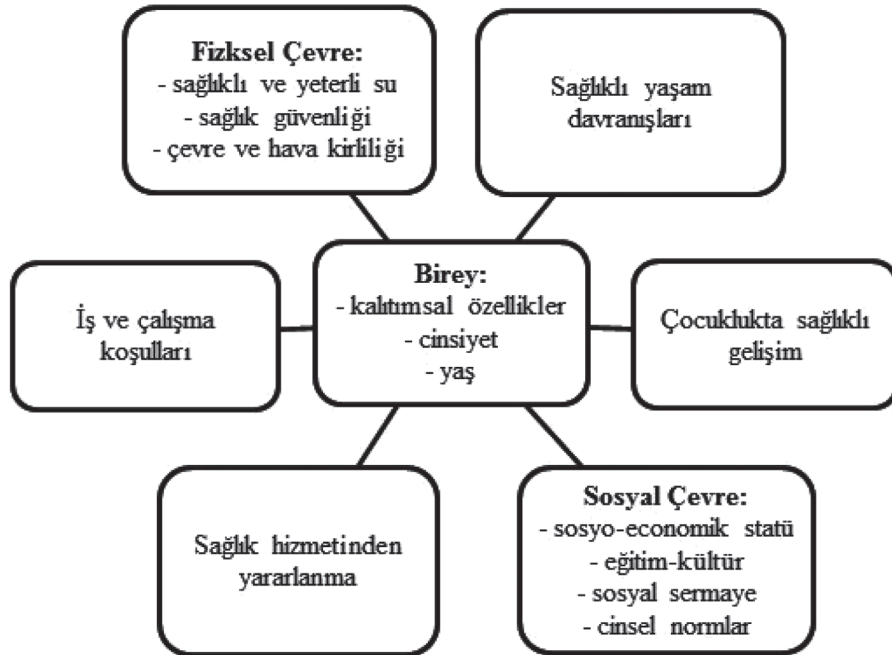
Sosyal sağlık (social health); bireyin toplum içinde diğer birey veya gruplarla tek tek veya topluca karşılıklı iletişim kurabilmesini ve ortak davranabilmesini içerir. Sosyal yönden sağlıklı olmak, başta aile ve yaşlıları olmak üzere bireyin toplumda diğer birey veya gruplarla işbirliği yapma derecesine ve onlar tarafından kabul edilme düzeyine bağlı olarak belirlenir.

Ruhsal sağlık (mental health); ruhsal sağlığın tanımını yapmak oldukça zordur. Ruhsal sağlık, kişinin kendi yeteneklerinin farkında olması, hayatın verdiği normal stresle başa çıkabilmesi, üretken ve içinde yaşadığı topluma katkı sunmasıyla, kendisi ve içinde bulunduğu toplumu oluşturan bireyler-

le uyumlu olması biçiminde açıklanabilen sağlıklı olma halidir. Uyum içinde olmanın kesin kurallara bağlanması gerekmemektedir. Belirli ölçüde esneklik söz konusu olabilmektedir.

Kişinin sağlıklı olup olmadığına karar verilirken, ruhsal ve sosyal boyutlar zaman zaman ihmal edilmekte ve daha çok fiziksel boyuta bakılmaktadır. Fiziksel sağlığı bozacak risk faktörlerinin tanımlanması ve gözlenmesi genellikle daha kolaydır. Fiziksel olarak iyi görünmek, kişinin sağlıklı olduğuna karar verilmesi için yeterli kabul edilebilmektedir. Ancak, toplumsal refah düzeyi ele alındığında sağlığın üç boyutuna da bakmak gerekmektedir. Tam sağlıklı olma hali üç boyutunda aynı anda gerçekleşmesiyle mümkün olacaktır. Her ne kadar ayrı ayrı tanımlanmış olsa da üç boyut birbiri ile ilişkilidir. Birinde gözlenen yüksek sağlamlık durumu, kötü olan diğer bir boyut tarafından olumsuz etkilenerek bozulabilir. Dolayısıyla kişinin sağlığı hakkında karar verirken üç boyutun birbiri ile olan ilişkilerinin ve etkileşimlerinin de dikkate alınması gerekmektedir.

Şekil-1: Sağlık Belirleyen Başlıca Faktörler.



Kaynak: Skolnik, 2012, s.19.

Bireyin sağlığını etkileyen çok sayıda faktörden söz edilebilir. Faktörlerin bir kısmı, bireyin kendisi ile ilgilidir. Bireyin doğduğu ortam, kalımsal özellikleri, cinsiyeti ve yaşı bu grupta yer alır. Diğer bir grup faktörler ise fiziksel çevre ile ilgilidir.

Çevre ve hava kirliliği, temiz ve yeterli su, sağlıklı olumsuz etkileyecek her türlü çevresel etkilerin varlığı sağlığı doğrudan etkiler. Tıpkı fiziksel çevre gibi, sosyal çevre de sağlığı belirleyen faktörlerdendir. Bireyin sosyo-ekonomik statüsü, gelir dü-

zeyi, eğitimi, kültürel etkilenmeleri, sosyal ilişkileri ve sağlık okuryazarlığı¹ sağlıklı olma ve sağlığını koruma konusunda etki eden diğer faktörlerdir.

Ayrıca sağlıklı yaşam davranışları (sağlığı bozucu davranışlarda bulunmaması, örneğin sigara ve alkol tüketimi gibi), çocuklukta yeterli ve sağlıklı beslenme koşullarına sahip olup olmama, iş ve çalışma koşulları ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilme olanakları da sağlık belirleyicileri ara-

sında önemli yere sahiptir. Sağlık belirleyicileri Şekil-1’de özetlenmektedir.

1.2-Sağlık Hizmeti

Sağlık ve sağlık hizmeti kavramları birbirinden farklı kavramlardır. Sağlığın tanımı çeşitli biçimlerde yapılırken, sağlık hizmeti kavramı için birbirine yakın tanımlar söz konusudur. Bir tanıma göre sağlık hizmetleri; “bireylerin ve toplumun diğer üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetlerdir” (Mutlu ve Işık, 2012, 14). Başka tanımlara göre ise sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların tanı, tedavi ve iyileşmesini (rehabilitasyonunu) sağlamak için sunulan (Somuncuoğlu, 2012, 8) ve bireylerin veya toplumun hastalıklardan korunması ve sağlıklı olma halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile ilgili olarak gerçekleştirilen hizmetlerin bütünüdür biçiminde ifade edilmektedir (Çoban, 2009, 11). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2. Maddesinde ise, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyonu) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetleridir” (Resmi Gazete Sayısı: 10705, 1961) denilmektedir.

Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı gibi bireylerin ve toplumun hastalıklardan korunması, var olan hastalıkların tanısı, tedavisi ve iyileştirilmesi (rehabilitasyonu) ile sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin temel amacını oluşturmaktadır. Hastalığı önlemek veya tedavi etmek amacıyla yapılan hizmetler, bireyler ve toplum için olumsuz olan durumu ortadan kaldırarak daha sağlıklı ve daha üretken bir toplumun oluşturulmasını hedeflemektedir.

¹ Sağlık okuryazarlığı (health literacy); bireyin sağlıklı olmayı ve sürdürmeyi sağlayacak temel sağlık bilgilerine erişimi ve bunları anlama derecesi olarak tanımlanmaktadır (Ratzan, 2000). Kavram ilk defa Simonds (1974) tarafından kullanılmış, 1990’lı yıllarda insan sağlığı üzerindeki önemine yeniden dikkat çekilmiş ve 2000’li yıllarda, bu konuda araştırma ve uygulamaların arttığı gözlenmiştir (Sezgin, 2013, 77). Kavrama ilişkin farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. Bunların ilki, bireye sağlık riskleri hakkında gerçek bilgileri verirken, sağlık sisteminin nasıl kullanılmalı gerektiğini de vurgulayan işlevsel sağlık okuryazarlığı (functional literacy), ikincisi, bireyin bilgi birikimi kapasitesini geliştirmeye, motivasyon ve kendine güvenini artırmaya yönelik etkileşimli sağlık okuryazarlığı (interactive health literacy), ve üçüncüsü, birey kadar sosyal ve politik hareketleri de desteklemeye yönelik, bilişsel düzeyin ve becerilerin geliştirilmesine ilişkin eleştirel sağlık okuryazarlığı (critical health literacy) (Nutbeam, 2000, 263; Sezgin, 2013, 78). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak Türkiye için yapılan Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre toplumun %64,6’sının sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz düzeye sahip olduğu görülmüştür (Sağlık Sen, 2014, 16).

Türkiye’de kişisel sağlık bilgilerinin dijital ortamda düzenli olarak tutulması için Sağlık Bakanlığı tarafından e-Nabız adıyla bir proje başlatıldığı 2015 yılı Mart ayında duyurulmuştur. Proje kapsamında Kişisel Sağlık Sistemi (KSS) ve Teletıp ve Tele Radyoloji Sistemi (TTS) bölümleri yer alması planlanmıştır. Kişinin sağlığı ile ilgili bilgilere kendisinin ve izin vereceği kişiler (doktor, sağlık personeli gibi) tarafından her an ve her yerde erişime, öğrenme ve yönetme olanağı sağlanmış olacaktır. Böylece kişinin ve toplumun sağlığının iyileştirilmesi ve sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi amaçlanmaktadır.

Maliye literatüründe yarı kamusal mal ve hizmetler² tanımlamasına giren sağlık hizmetleri genel olarak üç gruba ayrılmaktadır (Somuncuoğlu, 2012, 11-12; Altay, 2007, 34; Çoban, 2009, 16; Tokalaş, 2006, 21-24);

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalık ortaya çıkmadan önce, sağlığın korunmasına ve hastalıkların önlenmesine yönelik olarak verilen hizmetleri kapsamaktadır. Toplumun hastalığa yol açacak nedenlerden uzak tutulmasını hedeflemektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri; sağlığını kaybetmiş kişinin sağlık statüsünde meydana gelen bozuluklara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesi ve hastalığa neden olan faktörlerin yok edilmesine yönelik olarak verilen sağlık hizmetidir.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; sağlık statüsünün bozulmasına neden olan hastalık, sakatlık, yaralanma vb. durumların iyileştirilmesinden sonra, bireyin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazandırılması ve kimseye bağımlı kalmadan yaşayabilmesi için sunulan hizmetleri kapsamaktadır (Traş, 2013, 128).

Sağlık, bireyleri olduğu kadar onların ailelerini ve yaşadıkları toplumu da yakından ilgilendirmektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin, istenildi-

ği zaman, gereken nitelikte ve nicelikte bulunabilmesi, finansman biçimi, tüm toplumlarda bireyleri değişik ölçülerde ilgilendiren bir konudur (Alpagun, 1984, 133). Bireylerin ve buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmesi ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır (Altay, 2007, 34). Sağlık hizmetlerine olan talep genellikle hastalık ya da hastalığın belirtisinin oluşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın yeri, zamanı, miktarı ve kimlere ne ölçüde sunulacağı bilinmemektedir.

1.3 Sağlık Ekonomisi

Genel olarak sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin teori, kavram ve yönteminin sağlık ve sağlık alanı ile ilgili tüm faaliyetlere ve kurumlara uygulanması olarak tanımlanabilir. Yukarıda sağlık ve sağlık hizmeti kavramları arasındaki fark ifade edilmişti. Dolayısıyla, sağlık hizmeti üretimi ve sunulması (sağlık hizmeti arzı), tüketilmesi (sağlık hizmeti talebi), bu alanda her türlü kaynak kullanımı, kaynakların sağlık sektörünün de içinde bulunduğu sektörler arasında dağılımı (kaynak tahsisi), sağlık hizmeti sunan kurumların organizasyonu ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ile birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin ekonomik sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ile sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık ekonomisi alanına giren başlıca konulardır (Çalışkan, 2008, 31). Sağlık ekonomisi alanında ilk çalışmaların, 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu tarafından başlatıldığı söylenebilir (Tatar, 2015, 2). Sağlık ekonomisinin günümüzde taşıdığı anlama uygun gelişmesini, Mushkin'in 1958 yılında yazdığı ve sağlık ekonomisi alanını tanımlamaya çalıştığı makale ile başlatmak mümkündür. Mushkin bu makalesinde hızlı gelişen tıbbi teknolojiye ve bunun getirdiği maliyet konusuna özellikle dikkat çekmiş ve sağlıkta piyasa, fiyat gibi konulara değinerek sağlık ekonomisi konusunu ilk kez sistematik olarak ele almıştır (Mushkin, 1958, Tatar, 2009). Sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası, 1963 yılında Kenneth Arrow tarafından yazılan makale olarak kabul edilmektedir (Arrow, 1963, Tatar, 2015). Arrow bu makalede, sağlıkta belirsizlik konusunu incelemiş ve piyasa ekonomisinin kurallarının sağlık alanında geçerli olamayacağını nedenlerini tartışmıştır. Mushkin, 1962 yılında yazdığı bir başka makalede ise ilk kez sağlığı bir yatırım olarak gö-

2 Kamu mallarının klasik tanımı Samuelson (1954;1955) tarafından yapılmıştır. Samuelson kamu mallarını tanımlarken, " faydadan dışlanamazlık" ve "tüketimde rakip olmama" gibi iki özellik üzerinde durmuştur. Dışlanamazlık özelliği, kamu malı üretildikten sonra toplumdaki hiçbir bireyin bu malı tüketmesinin engellenemeyeceğini ifade eder. Tüketimde rakip olmama özelliği ise, toplumdaki bireylerin kamu malı tüketiminin diğer bireyin tüketimini engellemeyeceğini ifade eder. Bu tür malların tüketiminde toplumsal fayda söz konusudur. Bu yanıyla kamu malları özel mallardan kesin olarak ayrılmaktadır. Bazı malların tüketimi ise, toplumsal faydanın yanında tüketene özel fayda da sağlamaktadır. Eğitim ve sağlık bu tür mallara örnektir. Sağlık hizmeti, bu hizmetten yararlananın, hastalığının iyileşmesini ve acı çekmeden konforlu yaşamasını sağlayacaktır. Böylece sağlık hizmetini tüketen birey özel fayda elde etmiş olacaktır. Sağlıklı bireylerin olduğu toplum da sağlıklı ve refah düzeyi yüksek olacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetinin tüketilmesiyle özel fayda yanında ikinci olarak toplumsal fayda oluşmuştur. Bu tür, özel ve toplumsal faydası olan mallar yarı kamusal mal (veya karma mal) olarak adlandırılır (Ulbrich, 2003, 71; Hyman, 2002,133).

ren görüşleri ortaya atmış ve bu çalışma daha sonra sağlık ekonomisinin en önemli çalışmalarından biri olarak kabul edilen Grossman'ın (1972) çalışmasının temelini oluşturmuştur. Grossman bu çalışmasında, sağlık talebini kurduğu modelle açıklamaya çalışmıştır. Modelin iki temel varsayımı vardır; sağlık dayanıklı sermaye stokudur ve kendisi de üretilmektedir. Başlangıçta her birey belirli bir sağlık stokuna sahiptir ve zaman geçtikçe (yaş ilerledikçe) bu stokta aşınmalar (depreciation) meydana gelir. Bu aşınmalar, bireyin kendi sağlığına yapacağı yatırımla amorti edilebilir. Sağlık stokunun korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak yapılan harcamalar yani sağlığın gölge fiyatı (görece fiyat, shadow price) tedavi fiyatı (price of medical care) ile birlikte başka birçok faktöre de bağlıdır. Grossman çalışmasında, yaşlandıkça sağlıkta meydana gelecek bozulmalara bağlı olarak sağlığın korunmasının gölge fiyatının artacağını ileri sürmüştür. Ancak birey, eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlığına daha fazla dikkat edeceğinden bu fiyat düşecektir. Grossman'ın bu çalışmasında ileri sürdüğü bir başka görüşü de belirli koşullar altında sağlığın korunması fiyatı (maliyeti) arttıkça, sağlık talebi azalacak ve ilaçla tedavi talebi artacaktır (Grossman, 1972).

1980'li yıllardan sonra, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmalarıyla sağlığın ölçülmesine yönelik kimi göstergeler geliştirilmiştir (aşağıda açıklanmaktadır). Bu göstergeler kullanılarak bir ülkenin sağlık durumu (statüsü) sayısal değerlerle ifade edilmeye başlanmış ve ülkeler arası karşılaştırma yapılması olanaklı hale gelmiştir.

2-Sağlık Statüsü: sağlığın göstergeleri

Toplum sağlığının korunması, sağlık hizmetinin üretilmesi ve sunulması, bunun için kaynak kullanılması, bu hizmetin tüketilmesi toplumsal refahı doğrudan etkileyen hatta belirleyen unsurların başında yer almaktadır. Sağlıklı olmayı istemek bir hak (sağlık hakkı) ve gerek duyulduğunda sağlık hizmetinden yararlanmak da bir zorunluluktur. İktisadi açıdan mal ve hizmetlerin sınıflandırılmasında sağlık hizmeti zorunlu mal ve hizmetler arasında yer almaktadır. Bir toplumda ne kadar ve hangi sağlık hizmetinin üretilmesi gerektiğine karar verirken her şeyden önce toplumun ve onu oluşturan bireylerin sağlık durumlarına bakmak gereklidir.

Ortalama yaşam süresi, bedensel engellilik oranı, hastalık risk faktörleri oranı ve hastalıkların görülmesi oranı ve sıklığı gibi birçok faktörü dikkate alarak tanımlanan, toplumun genel sağlık durumu Sağlık Statüsü (health status) olarak ifade edilmektedir. Bireyin sağlık statüsü (individual's health status) ise, yaşam kalitesi ve bedensel ve ruhsal işlevsellik gibi göstergeleri kullanarak yaşam konfor düzeyi ve hasta olmama halinin genel olarak değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için kişinin ya da toplumun sağlık statüsünün niceliksel olarak ifade edilmesi yani ölçülebilmesi gerekmektedir. Sağlık statüsü, geliştirilen çeşitli göstergeler ve yöntemlerle istatistikî olarak ölçülebilmekte ve objektif olarak ifade edilebilmektedir (Goodacre vd., 2010, 10). Berger'in sağlık statüsü kavramı konusunda geliştirdiği modelde sağlığın genetik, fizyolojik, anatomik, biyokimyasal, fonksiyonel (fiziksel, ruhsal ve sosyal) ve sağlık potansiyeli boyutları ele alınmaktadır. Bu modelde, sağlık statüsünü etkileyen toplumsal, bireysel, sosyo-ekonomik (gelir, barınma vb.), bireysel, çevresel (temiz su sağlanması, sanitasyon vb.) ve sağlık bakım hizmetlerine yönelik sistemler gibi faktörler ise sağlık statüsünün boyutlarından çok, sağlık ya da sağlık statüsü sonucunu etkileyen süreçler olarak incelenmektedir (Çelik, 2013, 26).

Ülkenin ya da toplumun sağlık statüsü hakkında bilgi sahibi olmak yeterli ve doğru veriler edinilmesini gerektirir. Sağlıkta önceliklerin belirlenmesi, edinilen bilginin çeşidine ve güvenilirliğine bağlı olacaktır. Böylece toplumda kaynak tahsisinde ve kullanımında etkinlik sağlanabilecektir. Sağlık statüsünün ölçülebilmesi ve sağlığın belirleyicilerinin ortaya konulabilmesi, mevcut durumda ve gelecekte toplumu sağlık risklerine karşı korumada yardımcı olacaktır.

Sağlık Statüsü göstergeleri başlıca üç başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar;

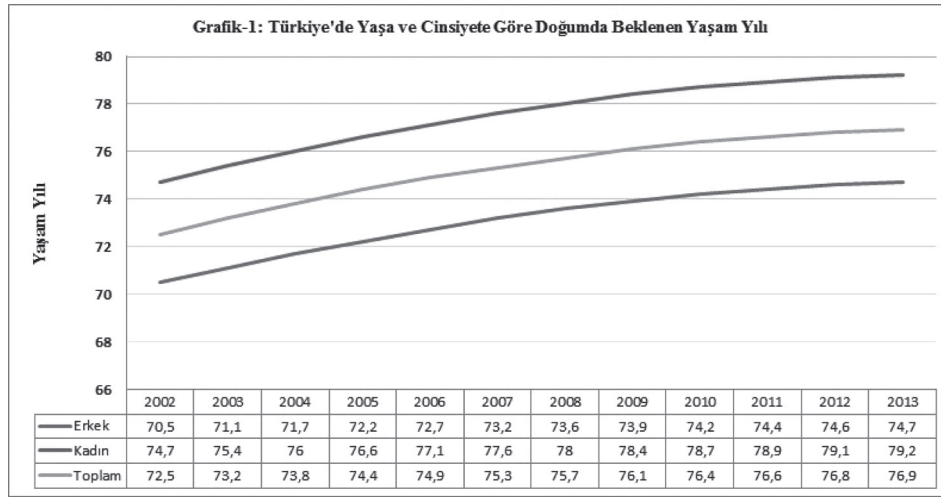
- Ortalama yaşam beklentisi ve sağlıklı yaşam beklentisi (life expectancy and health-adjusted life expectancy);
- Ölüm oranları, (mortality);
- Hastalık oranı, hastalık yükü, hastalığın oluşu ve görülme sıklığı (morbidity, burden of disease, incidence and prevalence)

2.1-Ortalama yaşam beklentisi ve sağlıklı yaşam beklentisi (life expectancy and health-adjusted life expectancy);

Bir toplumun sağlığı hakkında bilgi edinebilmek için kullanılan en yaygın ölçülerin başında Ortalama Yaşam Beklentisi (veya Yaşam Beklentisi; the average lifespan; life expectancy) verisi gelmektedir. Ortalama yaşam beklentisi kişinin ne kadar yaşayacağına dair kaba bir ölçüdür. Bu ölçü, ölüm oranlarında bir eğilim (trend) değişikliği olmadığı sürece, belli bir yaşta iken kişinin ne kadar süre daha yaşama olasılığı olduğunu gösterir. Örneğin 30, 65 ve 85 yaşlarından sonra kaç yıl daha yaşama beklentisi olduğunu belirtir. Ancak doğumdan

itibaren ortalama yaşam beklentisinin de bu amaçla kullanılması söz konusudur. Bu ölçüt genellikle ölüm oranlarında ciddi bir değişiklik olmaması halinde kullanılır. Bu nedenle teorik bir ölçüttür ve toplumda hastalık görülme sıklığında ve kişinin yaşama biçiminde bir değişiklik görülmediği sürece önemini korur.

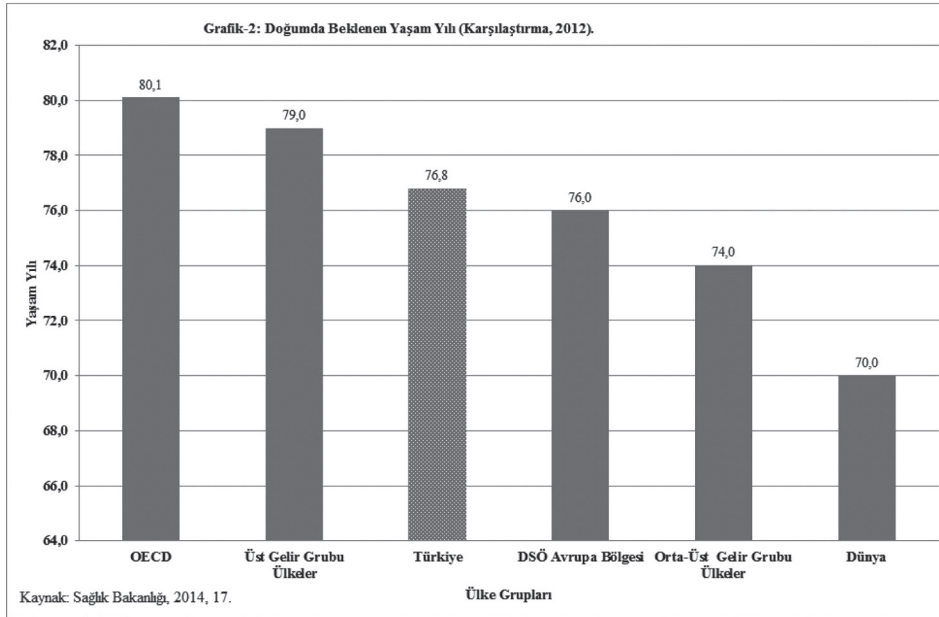
Dünyada son yıllarda ortalama yaşam beklentisinde artış gözlenmektedir. Bu nedenle kişilerin sağlıklı yaşayacakları yıllara ilişkin beklentiler de artış yönündedir. Sağlık alanında gözlenen gelişmeler ve hastalıkların tedavi edilmesinde geliştirilen yeni yöntemler ile bu alanda sağlanan başarılar, yaşam beklentisi artışında etkili olmuştur.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014, 17.

Grafik-1'de Türkiye'de yıllar yıllara göre Doğumda Beklenen Yaşam Yılı gösterilmektedir. Kadınlarda 2002 yılında 74,7 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2013 yılında ortalama 79,2 yıla

çıkıştır. Aynı şekilde erkeklerde de artış gözlenmektedir. Erkeklerde aynı yıllar için 70,2 yıl'dan 74,7 yıla çıkmıştır. Ülke genelinde ortalama yaşam beklentisi ise, 72,5 yıldan 76,9 yıla çıkmıştır.



Uluslararası karşılaştırmaya bakıldığında ise, yaşam beklentisinin ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle doğru orantılı olduğu söylenebilir. Grafik-2 Türkiye ile farklı ülke gruplarını³ karşılaştırma imkânı

3 DSÖ Avrupa Bölgesi: Arnavutluk, Andorra, Ermenistan, Avusturya, Azerbaycan, Belarus, Belçika, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Gürcistan, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtalya, Kazakistan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Monako, Karadağ, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Moldova, Romanya, Rusya Federasyonu, San Marino, Sırbistan, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Tacikistan, Cumhuriyeti, Makedonya, Türkiye, Türkmenistan, Ukrayna, Birleşik Krallık, Özbekistan

Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler (Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılası 4.126\$ ile 12.475\$ arasında olan ülkeler): Arnavutluk, Cezyayir, Angola, Arjantin, Azerbaycan, Beyaz Rusya, Belize, Bosna Hersek, Botsvana, Brezilya, Bulgaristan, Çin, Kolombiya, Cook Adaları, Kosta Rika, Küba, Dominika, Dominik Cumhuriyeti, Ekvador, Fiji, Gabon, Grenada, Macaristan, İran (İslam Cumhuriyeti), Irak, Jamaika, Ürdün, Kazakistan, Lübnan, Libya, Malezya, Maldivler, Marshall Adaları, Mauritius, Meksika, Karadağ, Namibya, Nauru, Niue, Palau, Panama, Peru, Romanya, Saint Lucia, Saint-Vincent ve Grenadines, Sırbistan, Seyşeller, Güney Afrika, Surinam, Tayland, Makedonya, Tonga, Tunus, Türkiye, Türkmenistan, Tuvalu, Venezuela

Üst Gelir Grubu Ülkeler (Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılası 12.476\$ ve üzeri olan ülkeler): Andora, Antigua ve Barbuda, Avustralya, Avusturya, Bahamalar, Bahreyn, Barbados, Belçika, Brunei Sultanlığı, Kanada, Şili, Hırvatistan, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Ekvator Ginesi, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İsrail, İtal-

vermektedir. 2012 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde beklenen yaşam yılı 70 yıl olan Dünya ortalamasının çok üstünde 80,1 yıldır. Aynı yıl için Türkiye, kendisinin de içinde bulunduğu Orta-Üst Gelir Grubu Ülkeler ortalamasının üzerinde (76,8 yıl) yaşam beklentisine sahiptir.

Ortalama yaşam beklentisi ölçüsü toplumun ve bireylerin sağlıklı yaşayacakları süreye ve sağlık statüsüne ilişkin bir ölçü değildir. Sadece sayısal olarak kalan yaşam süresini belirler. Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Beklentisi (health-adjusted life expectancy, HALE) ölçüsü bu eksikliği gideren daha kapsamlı bir ölçüdür. Doğumdan itibaren veri ölüm oranları ve hastalıkların görülme sıklığında kişinin ne kadar süre sağlıklı (hastalanmadan, ağrı ve sızı duymadan) yaşayacağını belir-

ya, Japonya, Kuveyt, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Malta, Monako, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Umman, Polonya, Portekiz, Katar, Kore Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu, Saint Kitts ve Nevis, San Marino, Suudi Arabistan, Singapur, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Trinidad ve Tobago, Birleşik Arap Emirlikleri, Birleşik Krallık, Amerika, Uruguay, Amerika Birleşik Devletleri

Avrupa Birliği: Almanya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kıbrıs, Hollanda, Hırvatistan, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, Yunanistan (Sağlık Bakanlığı, 2014, XXI).

tir. Ortalama yaşam beklentisinden, ortalama hastalıklı süre çıkartılarak hesaplanır. Her iki ölçü, ortalama yaşam beklentisi ve sağlıklı ortalama yaşam beklentisi, birlikte sağlıklı yaşamın yükünü hesaplamak için kullanılır. HALE aynı zamanda toplumun sağlık durumunun zaman içinde geçirdiği değişimi görmek ve diğer ülkeler arasında karşılaştırma yapmak için de kullanılabilir.

2.2-Ölüm oranı (mortality);

Ölüm oranları sıklıkla sağlık göstergesi olarak kullanılmaktadır. Ölüm ve ölüm nedenlerine ilişkin istatistikler toplum sağlığını anlamak için kullanılabilir. Ölüm oranlarının eğilimi ve yapısındaki değişikliklerin incelenmesi, toplumun sağlık statüsü hakkında bilgi edinmek, sağlık politikaları oluşturmak ve toplum sağlığını planlamak için önemlidir. Ayrıca kolay elde edilebilir istatistikler olduğu için de toplum sağlığını incelemede sıklıkla kullanılmaktadır (Goodacre, vd., 2010, p. 13).

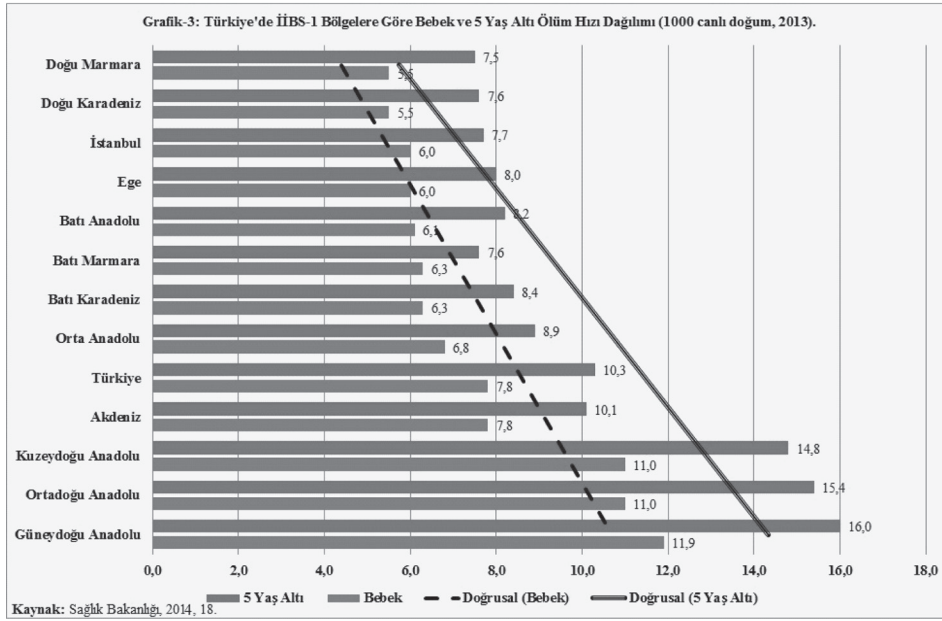
Ölüm oranları (mortality), belli bir dönemde ölenlerin sayısının yine aynı dönemdeki toplum nüfusuna oranıdır. Ölüm oranlarından farklı istatistikler elde etmek mümkündür. Örneğin kaba ölüm hızı, ölüme ilişkin hiçbir ayırım yapmadan (ölüm nedeni, cinsiyet ve yaş gibi) ölüm sayısının nüfusa oranını verir. Ölüm hakkında kaba bir bilgi içermektedir. Uluslararası karşılaştırmalarda kullanılmaya uygun olduğu söylenemez. Ancak uzun erimli nüfus kestirimleri yapmak, eğitim ve bazı sosyal nitelikli harcamalara doğabilecek talebi tahmin etmek gibi amaçlarla kullanılabilir. Bunun dışında ölüm oranları ayrıntılı olarak ta hesaplanmaktadır. Örneğin belirli bir hastalıktan ölenlerin oranı, belirli bir yaşta ölenlerin oranı, bunların cinsiyete göre ayrı ayrı hesaplanması, ülke genelinde ya da kırsal-kent ayrımı yapılarak hesaplanması gibi istatistikler oluşturmak söz konusudur.

Çok sık kullanılan ölüm oranı ölçülerinden biri 5 Yaş Altı Çocuk Ölümüdür (under-5 mortality rate, U5MR). Bu oran, belli bir yılda canlı doğan ve 5 yaşını tamamlamadan ölen çocukların aynı yıl canlı doğan 1000 çocuğa oranı olarak hesaplanır. Aslında bu istatistik orandan çok olasılık ifade

eder (belli bir dönemdeki ölüm sayısının o dönemde canlı doğan çocuk sayısına bölünmesi). Bu istatistik bazen çocuk ölüm oranı ve bazen de bebek ölüm oranı olarak hesaplanır ve birbirinden farklı bilgi içerir. Bebek ölüm oranı belli bir dönemde canlı doğan ve bir yaşına gelmeden ölen çocukların aynı yıl canlı doğan bebek sayısına oranının 1000 ile çarpımıyla hesaplanır. Bebek ölüm oranı ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranları, toplumun sağlık statüsünü ölçmek için sıklıkla kullanılan ölçülerdir. Bu ölçüler aynı zamanda eğitim, gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerine ulaşma imkânlarını da örtük olarak göstermektedir. Bu sayede ölüme yol açan belirli çocukluk hastalıklarının izlenmesi ve gerekli önlemlerin zamanında alınması kolaylaşmaktadır. Bunun yanında bu hesaplama, sosyal koşullar, gıdaya erişim, temiz su sağlanması ve sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve sosyoekonomik durum gibi değişkenleri izleme olanağı da sağlar. Bebek ve çocuk ölüm oranları uluslararası karşılaştırmalarda sıklıkla kullanılan bir istatistiktir (Goodacre vd., 2010, 14).

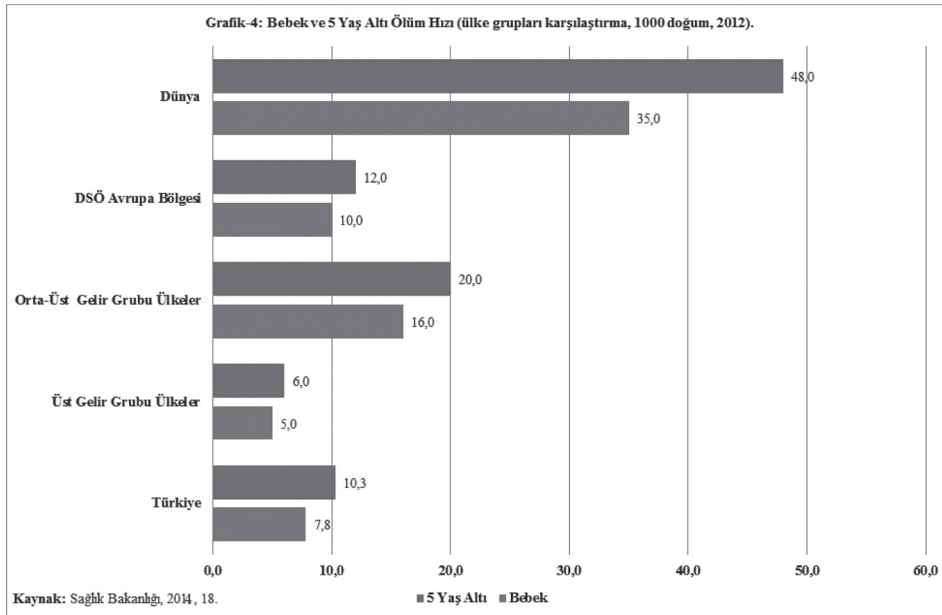
Türkiye’de 2013 yılı verilerine göre Bebek Ölüm Oranı ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranları bölgesel ayrıma⁴ göre Grafik-3’te gösterilmektedir. Grafikten de görülebileceği gibi, Türkiye’de gerek 5 Yaş Altı ve gerekse Bebek ölüm oranları ülkenin doğusunda ve güney doğusunda batı bölgelere göre oldukça yüksektir. 5 yaş altı çocuk ölüm oranı Doğu Marmara Bölgesinde binde 7,5 iken, Güney Doğu Anadolu Bölgesinde binde 16,0’a çıkmaktadır. Yine aynı şekilde Doğu Marmara Bölgesi’nde binde 5,5 olan bebek ölüm oranı, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde binde 11,9’a çıkmıştır. Türkiye ortalaması ise sırasıyla binde 10,3 ve binde 7,8 olarak gerçekleşmiştir. Ülkenin orta ve batı bölgeleri ülke ortalamasının altındadır, doğu bölgeleri ise ülke ortalamasının üzerindedir. Doğu ve güneydoğu bölgelerinde çocuk ölüm oranları, bebek ölüm oranlarına göre daha hızlı artmaktadır. Bölgeler arasındaki gelişmişlik farkı dikkate alındığında bebek ve çocuk ölümlerinin bölgenin gelişmişlik düzeyi ile ters orantılı olduğu söylenebilir.

4 Bölgesel ayırım, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin kullandığı İstatistik Bölgesel Birimleri Sistemi-1 (İBBS-1)’e göre yapılmıştır.



Kır-kent ve bölgesel ayrıma göre beklenen yaşam süresi ve ölüm oranları 2004 verileriyle kadın erkek ayrımı yapılarak Tablo-1'de verilmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi ülkenin batı ve güney bölgelerinde orta, kuzey ve doğu bölgelerine göre daha yüksektir. Aynı şekilde kır-kent ayrımına bakıldığında kentsel alanlarda yüksek çıkmaktadır. 15-60 yaş aralığında ölüm olasılığı kentsel alanlarda kırsal alana göre oldukça düşüktür.

2012 yılı uluslararası karşılaştırmaya bakıldığında bebek ve 5 yaş altı ölüm oranlarında Dünya ortalamasının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (binde 48,0 ve binde 35,0). Bu karşılaştırmada Türkiye kendisinin de içinde olduğu orta-üst gelir grubu ülkelerden düşük ve üst gelir grubu ülkelerden yüksek orana sahiptir (Grafik-4).



Tabo-1: Türkiye’de Ulusal, Bölgesel, Kentsel ve Kırsal Alanda Beklenen Yaşam Süreleri ve Ölüm Oranları (2004).

		Ülke Geneli	Kentsel Alan	Kırsal Alan	Batı Bölgesi	Güney Bölgesi	Orta Bölgesi	Kuzey Bölgesi	Doğu Bölgesi
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Erkek	67,69	68,62	66,21	68,96	68,69	67,67	67,63	65,50
	Kadın	71,94	73,81	69,13	73,36	72,88	72,05	71,90	69,25
	Toplam	69,77	71,16	67,66	71,14	70,73	69,82	69,76	67,31
5 Yaş Altı Ölüm Olasılığı	Erkek	44,89	39,99	53,00	32,67	36,30	42,48	42,67	64,55
	Kadın	42,90	38,00	51,00	31,16	35,13	40,15	41,07	62,17
	Toplam	43,92	39,03	52,03	31,93	35,72	41,34	41,89	63,40
60 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi	Erkek	16,62	16,94	16,27	16,68	16,80	16,50	16,60	16,68
	Kadın	19,05	19,83	18,13	19,36	19,25	18,93	18,90	18,31
	Toplam	17,86	18,44	17,21	18,08	18,03	17,74	17,75	17,45
15-60 Yaş Arası Ölüm Olasılığı	Erkek	180,22	170,00	199,00	169,43	173,96	183,79	187,25	205,02
	Kadın	114,03	91,00	154,00	107,31	110,83	114,34	117,75	131,01
	Toplam	147,87	131,94	176,38	139,35	143,25	149,47	152,55	168,82

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006, 2-3.

2.3-Hastalık oranı, hastalık yükü, hastalığın oluşu ve görülme sıklığı (morbidity, burden of disease, incidence and prevalence)

Hastalık oranı (Morbidity); toplumun diğer bir sağlık statüsü ölçüsü hastalık oranıdır. Sağlığı bozuk bireylerin toplum nüfusuna oranını verir. Ölüm oranları istatistiği ile karşılaştırıldığında doğru oranları vermesi açısından daha sorunlu bir istatistiktir. Hasta bireylerin sayısını elde etmede kimi zorluklar vardır. Herhangi bir sağlık kurumuna başvurmeyen, iyileşmesini kendi çabalarıyla sağlamaya çalışan bireylerin hasta olduğuna ilişkin kayıt olmayacağından, bu tür istatistiklerde yer almaları da mümkün değildir. Bu istatistikle ilgili olarak en sık kullanılan hesaplama hastalık yükü (burden of disease) hesabıdır.

Hastalık yükü (burden of disease); sağlık statüsünün belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan ölçütler mortality ve morbidity toplum sağlığı konu-

sunda bilgi verdiği için önemliyken, hasta olmasa da günlük yaşantısını olumsuz etkileyen bazı yeteneklerini yitirmiş, bireyler ve toplumu etkileyen hastalık ve sakatlıklar hakkında doyurucu bilgi edinme imkânı vermemektedir. Örneğin, bazı kronik hastalık ve sakatlıklar, kişi üzerinde kalıcı etki bırakabilir ve uzun bir süre bireyin yaşantısını olumsuz yönde etkileyebilir. Böyle bir durumun toplum sağlığına etkisi yukarıda sözü edilen ölüm oranları (mortality) ve hastalık oranı (morbidity) ile ölçülemez.

Sağlık statüsü ölçütleri konusunda 1990’lı yıllardan buyana yoğun çalışmalar yapılmaktadır. Dünya Bankası tarafından 1993 yılında tamamlanıp yayımlanan Küresel Hastalık Yükü (KHY) Çalışması bu konuda yapılmış ilk ve kapsamlı çalışmadır. Hastalık Yükü kavramı ilk defa bu çalışmada kullanılmıştır. Yine bu çalışmada, Dünya çapında sağlık politikası ve öncelikleri konusunda bilgi elde etmek ve hastalık ve yaralanma yükünün ge-

niş çaplı bir değerlendirmesini yapabilmek amacıyla nüfus sağlığının yeni bir özet göstergesi olarak, Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (a disability-adjusted life year, DALY) ölçütü ilk defa kullanılmıştır (World Bank 1993, Murray & Lopez 1996a, 1996b; aktaran Sağlık Bakanlığı, 2004, 35). Böylece farklı hastalık ve sakatlıkların etkilerinin ölçülmesi ve birbiriyle karşılaştırılmaları mümkün hale gelmiştir. DALY hastalıkların yükünü ölçer ve bir DALY prematüre doğumdan ve hastalıklı geçirilen zamandan dolayı kaybedilen bir yıla eşittir. DALY'in sağlık statüsünü ölçmek için kullanılması, hastalık ve sakatlıkların toplumda ne sıklıkta görüldüğünü ve toplumun yaşam kalitesini ne kadar etkilediğini gösterir. Hastalık yükü, hastalık ve sakatlıkların etkisini görmek için mevcut yaşam statüsüyle hastalık ve sakatlıkların olmadığı, her bireyin ileri yaşlarda hastalık ve sakatlıklardan uzak yaşayabilecekleri ideal yaşam statüsü arasındaki farkı ölçer. Bu ölçünün kullanılmasıyla, hastalık yüklerini ölçmek farklı ülkelerde ve farklı nüfuslu toplumlar arasında karşılaştırma yapmak mümkün olmuştur. Sağlıklı yaşam kaybı, prematüre doğumdan, uzun süreli hastalıklardan ve sakatlıklardan veya bunların bileşiminden kaynaklanmış olabilir (Goodacre, vd., 2010, 16).

DALY iki anahtar belirleyiciler kullanılarak ölçülmektedir. Bunlar; Kaybedilen Yaşam Yılı (years of life lost, YLL) ve Sakatlıkta Kaybedilen Yaşam Yılı (years lost due to disability, YLD). YLL amansız bir hastalık sonrasında gerçekleşen ölüm sonucunda kaybedilen yılları işaret eder. Ölüm gerçekleştiğinde ölüm sayısı ile standart beklenen yaşam süresinin çarpımı sonunda bulunur. YLL için kullanılan standart yaşam süresi (standard life expectancy) her yaş için ve dünyanın her yerinde ve her toplumda aynıdır. Genç yaşta ölüme yüksek ağırlık, yaşlı ölümlerinde ise düşük ağırlık verilir. YLD ise, ölüme sebep olmayan hastalıklardan veya sakatlıklardan dolayı kaybedilen sağlıklı yaşam süresini ölçer. Böylece YLL'den büyük ölçüde farklı bir ölçü olmaktadır. Dolayısıyla, DALY erken ölüm sonucu kaybedilen yaşam yılları ile sakatlık ya da iyi olmayan sağlık durumundan dolayı sağlıklı yaşam yıllarının kaybını kapsar. "bir DALY", "bir sağlıklı yaşam yılı kaybı" anlamına gelmektedir⁵.

5 Bir DALY hesaplanmak için önce nüfustaki erken ölümden (mortality) dolayı kaybedilen yaşam yıllarının toplamı bulunup daha sonra sakatlıkla kaybedilen yaşam yılları ile toplanır:

Türkiye'de tütün ve alkol tüketimi, yüksek kolesterol, hipertansiyon, yetersiz sebze-meyve tüketimi, obezite ve fiziksel inaktivite gibi hastalığa yol açabilecek seçilmiş sebeplere göre oluşturulmuş hastalık yükü⁶ verileri Tablo-2'de gösterilmektedir. Hipertansiyon, toplamda en fazla ölüme yol açan hastalık sebebidir. Hipertansiyonun önlenmesi halinde ölümlerin %25,2'si önlenebilecektir. Daha sonra sırasıyla obezite, tütün kullanımı, yüksek kolesterol ve fiziksel inaktivite ölüme neden olan sebeplerdir. Alkol tüketiminin önlenmesi halinde ise ölümlerin sadece %3,1'i önlenebilecektir. DALY sayılarında en yüksek hipertansiyon ve en düşük tütün kullanımıdır. Tablo-2'ye bakarak genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, hastalık yükü en yüksek sebebin hipertansiyon olduğunu söylemek gerekecektir. Başta tütün tüketimi ve hipertansiyon olmak üzere obezite ve yüksek kolesterol gibi hastalık sebeplerinin önlenmesi halinde hastalık yükü de düşecektir.

Aynı hastalık sebeplerinin cinsiyete göre dağılımında, kadın ve erkeklerde farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin erkeklerde en yüksek ölüm oranı, DALY, YLD ve YLL tütün kullanımı dolayısıyla ortaya çıkmaktadır. Tütün tüketiminin önlenmesi halinde erkeklerde toplam ölümlerin %22,7'si, DALY'nin %15,4'ü, YLL ve YLD'nin ise sırasıyla %16,9'u ve %13,0'ı önlenebilecektir. Kadınlarda, hipertansiyon en yüksek değerlere sahiptir. Kadınlarda toplam ölümlerin %30,8'i hipertansiyonun kontrol altına alınması halinde engellenebilecektir. Kadınlarda erkeklere göre daha yüksek ölüme yol açan diğer sebeplerin obezite ve fiziksel inaktivite olduğu görülmektedir.

$$DALY = (YLL + YLD)$$

6 Türkiye'de Ulusal Hastalık Yükü (UHY) çalışması ilk defa, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi işbirliği ile "Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkinlik Projesi: Hastalık Yükü Raporu" olarak 2004 yılında yapılmıştır. Bu rapora dayalı olarak, daha sonra T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından "Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004" başlıklı çalışma 2006 yılında yayımlanmıştır. UHY çalışması, gerçekleştirilmek istenen Sağlık Reformu çalışmalarının bir parçası olarak planlanmıştır. Projenin finansmanı Dünya Bankası tarafından sağlanmıştır.

Tablo-2: Türkiye’de Seçilmiş Sebeplere Göre Hastalık Yükü Dağılımı (2004).

		Erkek		Kadın		Toplam	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tütün	Ölümler	52.905	22,7	1.794	0,9	54.699	12,7
	YLL	573.573	16,9	23.110	0,9	596.684	10,0
	YLD	29.703	13,0	38.196	1,5	67.899	6,9
	DALY	870.603	15,4	61.306	1,2	931.909	8,6
Alkol	Ölümler	10.850	4,7	2.585	1,3	13.435	3,1
	YLL	165.550	4,9	38.231	1,5	203.781	3,4
	DALY	388.526	6,9	73.492	1,4	462.018	4,3
Yetersiz Sebze Meyve Tüketimi	Ölümler	21.668	9,3	17.066	8,7	38.734	9,0
	YLL	223.356	6,6	141.241	5,5	364.597	6,1
	YLD	27.304	1,2	24.975	1,0	52.279	1,1
	DALY	250.660	4,4	166.216	3,2	416.876	3,9
H.tansiyon	Ölümler	47.643	20,4	60.825	30,8	108.468	25,2
	YLL	384.459	11,4	413.694	16,2	798.153	13,4
	YLD	59.129	2,6	71.468	2,8	130.597	2,7
	DALY	443.788	7,8	485.162	9,4	928.950	8,6
Yüksek Kolesterol	Ölümler	26.487	11,4	22.542	11,4	49.029	11,4
	YLL	306.362	9,1	186.079	7,3	492.441	8,3
	YLD	39.631	1,7	34.609	1,3	74.240	1,5
	DALY	345.993	6,1	220.688	4,3	566.681	5,2
Yüksek Beden İndeksi (Obesite)	Ölümler	2.006	11,1	31.136	15,8	57.143	13,3
	YLL	278.008	8,2	281.024	11,0	559.032	9,4
	YLD	101.972	4,5	126.179	4,9	228.151	4,7
	DALY	379.980	6,7	407.203	7,9	787.183	7,3
Fiziksel İnaktivite	Ölümler	22.515	9,7	22.605	11,5	45.120	10,5
	YLL	212.190	6,3	172.633	6,8	384.823	6,5
	YLD	42.365	1,9	37.439	1,4	79.804	1,6
	DALY	254.555	4,5	210.072	4,1	464.627	4,3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2006, 27-40.

Ülkenin sağlık politikalarının oluşturulabilmesi için toplumda hastalıkların oluş nedenlerinin ve görülme sıklığının bilinmesi önemlidir. Yapılan bu tür araştırma ve istatistikler hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde kullanılabilir önemli bilgiler vermektedir. Hastalığın oluşması ve gelişiminin izlenmesi toplumun sağlık statüsünü ortaya koymaktadır. Herhangi bir hastalığın ortaya

çıkışı, yani oluşması (incidence) belirli koşullarda ortaya çıkan sağlık statüsüne ilişkin durumu yansıtır. Hastalığın ortaya çıkma oranı (incidence rate) ise, toplumda o hastalığın görüldüğü bireylerin, hastalığın riskini taşıyan toplam birey sayısına bölünmesiyle elde edilen orandır. Hastalığın görülme sıklığı (yaygınlığı, prevalence), toplumda belirli bir dönemde belli bir hastalık veya durumun

ortaya çıkma sıklığı veya oranıdır. Toplumda belli bir dönemde ortaya çıkan hastalık durumunun, aynı toplumda ve zamanda hasta olma riski taşıyan insan sayısına bölünmesiyle bulunan orandır. Hesaplanan insidans ve prevelans oranları daha kullanışlı istatistikler elde etmek için 1000 veya 100.000 ile çarpılır (Goodacre, vd., 2010, 17).

Türkiye’de, İshalle Seyreden Hastalıklar, Diyabetes Mellitus, Unipolar Depresif Hastalıklar, Astım, insidans ve prevelansı en yüksek hastalıklardır.

Cinsiyete göre ayırım yapıldığında da aynı sonuç ortaya çıkmaktadır. Tablo-3’de hastalıkların insidans ve prevelansı gösterilmektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri, astım, HIV/AIDS kadınlara göre daha yüksek oranda oluşan (insidans) hastalıklar iken, kadınlarda diyabetes mellitus, unipolar depresif hastalıklar, alzheimer ve diğer demanslar ve romatoit artrit hastalıkları daha sık oluşmaktadır. Hastalıkların yaygınlığı (prevalans) da benzer bir tablo oluşturmaktadır.

Tablo-3: Türkiye’de Cinsiyete Göre Bazı Hastalıkların tahmin Edilen İnsidans ve Prevelansı (2004)

Hastalık Grubu	İnsidans			Prevalans		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
HIV/AIDS	1,8	0,3	1,1	0,2	0,03	0,1
İshalle Seyreden Hastalıklar	29686,6	29217,5	29455,1	29,8	29,5	29,7
Kolon ve Rektum Kanseri	7,3	5,7	6,5	0,1	0,1	0,1
Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	63,6	5	34,7	0,3	0	0,2
Melanoma ve Diğer Deri Kanseri	0,8	0,8	0,8	0	0	0
Meme Kanseri	0	24,4	24,9	0	0,3	0,1
Prostat Kanseri	5,4	0	2,7	0,1	0	0
Diyabetes Mellitus	3210,2	4280,1	3820	46,5	62,8	55,8
Alkol Kullanımına Bağlı Bozukluklar	17,3	1	9,2	21,3	3,3	12,4
Unipolar Depresif Hastalıklar	1824,6	3573,6	2687,6	16	26,3	21,1
Alzheimer ve Diğer Demanslar	47,2	69,1	58	2,8	4	3,4
Romatoit Artrit	26,4	69	47,4	2,9	8,4	5,6
Anjina Pektoris	840	640	740	41,2	35	38
Hipertansif Kalp Hastalığı	21	31,4	26,1	15	28	22
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	76,8	68,5	72,7	8,4	11,9	10,2
Astım	256,2	152,2	204,9	31,1	44,4	38,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2006, 14.

Sonuç

Sağlık ve sağlık hizmeti, çok boyutlu kavramlardır. Tıp bilimi sağlığın korunması ve yeniden kazanılması için araştırmalar yaparak yeni teknik ve yöntemler geliştirirken, ekonomi biliminin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi, sağlık hizmetinin üretilmesinde kaynak tahsisi üzerinde durmakta, sağlığa ayrılan kaynakların etkin ve etken kullanımı ve sağlık hizmetinin finansmanı konularını ele almaktadır.

Sağlık kavramının dar ve geniş olmak üzere çeşitli tanımları yapılmıştır. Sağlık için kapsamlı, çağdaş ve evrensel tanımlama Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılandırılmıştır. Buna göre sağlık hastalık ve sakatlığın olmadığı, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Böylece, sağlığı sadece hastalık, sakatlık ve ölüm kavramlarıyla açıklamaya çalışan dar kapsamlı geleneksel tanımlama, fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları da içeren tanımlamaya dönüşmüştür.

Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici türleriyle bireylerin ve toplumun fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetler bütünü olarak tanımlanan sağlık hizmeti, bireyler ulaşabildiği ölçüde amaca hizmet edecektir. Sağlık bir hak olarak kabul edildiğinde, bu hakkı elde etmenin tek koşulu gerektiğinde sağlık hizmetinden yararlanabilmektir. Bunun için zorunlu yatırımlar ve düzenlemeler yapılmalı, gerektiği kadar sağlık hizmeti sunulmalıdır. Ancak, sağlık alanında gösterilecek her türlü çabanın amaca uygun başarılı sonuçlar vermesi, öncelikle ülkenin mevcut sağlık statüsünün (durumunun) bilinmesini gerektirmektedir. Mevcut durum saptandıktan (sağlığın ölçülmesinden) sonra neler yapılması gerektiğine daha kolay ve isabetli karar verilebilecektir.

Son yıllarda bu alanda gözlenen gelişmelerin önemli bir kısmı, sağlık statüsünün ölçülmesine ve niceliksel olarak ifade edilmesine yönelik yöntem ve araçların geliştirilmesi çabalarından oluşmaktadır. Kaba ölüm oranları, bebek ve çocuk ölüm oranları, doğumda beklenen yaşam yılı gibi klasik ölçütlerin yanında, hastalık yükü hesaplamaları da yapılmaya başlanmıştır. Dünya Bankası'nın 1993 yılında tamamladığı Küresel Hastalık Yükü çalışmasında ilk defa DALY, YLL ve YLD ölçütlerini kullanmıştır. Böylece klasik ölçütlerden farklı olarak hastalığın ortaya çıkması, tedavi edilmesi süreci ve tedavi sonrasında karşılaşılabilecek kayıplar da ölçülmeye başlanmıştır. Dolayısıyla sağlık alanında düzenlemeler yapılırken ve sağlık hizmeti üretimine kaynak ayırırken hastalığın kişiye ve topluma gerçek yükünü görmek mümkün olmuştur.

Hastalık yükü hesaplamaları başta tıp ve ekonomi alanından olmak üzere farklı bilim dallarından bilim insanlarının oluşturduğu ekipler tarafından yapılması gereken oldukça kapsamlı ve çok yönlü bir çalışmadır. Türkiye'de 2004 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması bu alanda yapılmış ilk çalışmadır. Sağlık alanında "reform" ya da "dönüşüm" çalışmaları yapılırken sadece bireysel sağlık hizmeti arz ya da talep koşullarına bakmak yeterli olmayacaktır. Hastalığın toplumda ve ekonomide ortaya çıkan yükü de dikkate alınarak gerektiği kadar kaynak ayrılmalı ve sağlık hizmeti sunumu bireysel değil toplumsal boyutta ele alınmalıdır.

Kaynakça

- ALPUGAN, O. (1984), "Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi", İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası (Ord. Prof. Şükrü Baban'a Armağan), Cilt: 40, Sayı: 1-4, 133-160.
- ALTAY, A. (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", Sayıştay Dergisi, Sayı:64, Ocak-Mart, Ankara, 33-58
- ARROW, K.J., (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53(3):941-973.
- BELEK, İ. (2012), *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- BİLİR, N. (2014), "Sağlık okur-yazarlığı", *Turkish Journal of Public Health* Vol:12, No:1. <http://tjph.org/ojs/index.php/TJPH/article/view/213/209> (erişim 12.05.2015).
- ÇALIŞKAN, Z. (2008), "Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım", H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 26, Sayı:2, ss:29-50
- ÇELİK, Y. (2011), "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", *Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 1, 62-82.
- ÇELİK, Y. (2013), *Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ağustos, Ankara*
- ÇOBAN, H. (2009), *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.*
- GOODACRE, S., C. COLLINS and C. SLATTERY, (2010), *Cambridge VCE Health & Human Development Units 3&4, Cambridge University Press.*
- GROSSMAN, M., (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, 80(2):223-255.
- HYMAN, D..N. (2002) *Public Finance: A Contemporary Application of Theory*,
- ILLICH, I., (1995), *Sağlığın Gaspi, Ayrıntı Yayınları, İstanbul,*
- MURRAY, C.JL and Lopez, AD, eds. (1996a), *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.. Cambridge, Harvard University Press (Global Burden of disease and Injury Series, Vol. 1).*
- MURRAY, C.JL, and Lopez AD (1996b), *Global Health Statistics. Cambridge, Harvard University Press (Global Burden of disease and Injury Series, Vol. 2).*
- MURRAY, C.JL, and Lopez AD (1996c). "Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study", *Science*, 274:740-743.
- MUSHKIN, S. J., (1958), "Toward a Definition of Health Economics", *Public Health Reports*, Volüm:73, No:9, September, pp:785-794.
- MUSHKIN, S. J., (1962), "Health as an Investment", *Journal of*

Political Economy, Volüm:70, No:5, pp:129-157, October

MUTLU, A. ve A. İŞİK, (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa.

NUTBEAM, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century*. *Health Promotion International*, 15, 259–267.

OECD (2008), *Health a Glance OECD Indicators*, Geneva: OECD, Policy, Chicago: The Dryden Press.

RATZAN, S.C, r R.M. PARKER (2000), "Introduction" In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*, NLM Pub. No. CBM 2000-1. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM, Editors. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

RESMİ GAZETE, (1961), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G Sayısı: 10705, R.G Tarihi: 12.01.1961.

SAĞLIK BAKANLIĞI, (2004), *Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkinlik Projesi: Hastalık Yüku Final Raporu*, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI, (2006), *Türkiye Hastalık Yüku Çalışması*, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI, (2014), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Ankara.

SAĞLIK-SEN, (2014), *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Sağlık Sen Yayınları:25, Altan Özyurt Matbaacılık, Ankara.

SAMUELSON, P.A. (1954) "The Pure Theory of Public Expenditure", *The Review of Economic and Statistics*, 36(4), 387-389.

SAMUELSON, P.A. (1955) "Diagrammatic Exposition Of A Theory Of Public Expenditure", *The Review of Economic and Statistics*, 37(4), 350-356

SEZGİN, D., (2013), "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak" *Gala-tasaray Üniversitesi İleti-ş-im Dergisi*, Özel Sayı 3, <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/article/view/5000071880> (erişim 12.05.2015).

SIMOND, S.K, (1974) *Health Education and Social Policy*, *Health Educ Monogr*, Sayı:2, 1-25.

SKOLNIK, R., (2012), *Global Health 101*, (2nd ed.), Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

SOMUNCUOĞLU, S. vd, (2012), *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*, (Editör) M. TATAR, Anadolu Üniversitesi, TC Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599.

TATAR, M., (2009), "Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel bir Değerlendirme", *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, Sayı:1, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59-teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likin-genel-bir-deerlendirme>, (erişim. 08.02.2015).

TIRAŞ, H. H., (2013), "Sağlık Ekonomisi: teorik bir inceleme", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, Dergisi, Yıl:2013, Sayı:2, p.125-52.

TOKALAŞ, S. (2006), *Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ULBRICH, H.H., (2003), *Public Finance: In Theory & Practice*, Thomson, South-Western.

WHO, (2002). *World Health Report 2002*. Geneva: World Health Organization. Also available on the worldwide web at www.who.int/whr.

WHO, (2008) *World Health Statistics 2008*, Geneva: WHO.

WITTER, S., (2002), *Health Financing in Developing And Transitional Countries*, Briefing Paper For Oxtan GB, The University of York, International Programme, Centre For Health Economics, York.

WORLD BANK, (1993), *World Development Report 1993; investing in health*. Oxford. Oxford University Press.