

## İNSANİ GELİŞME KAVRAMI VE SAĞLIKLI YAŞAM HAKKI

**Yrd.Doç.Dr. Güler GÜNSOY**  
Anadolu Üniversitesi  
Yunus Emre Kampüsü  
İİBF İktisat Bölümü Öğretim Üyesi  
E. Posta: [gcinier@anadolu.edu.tr](mailto:gcinier@anadolu.edu.tr)

### ÖZET

*II.Dünya Savaşı'ndan sonra sanayileşme ve yatırımların öneminin anlaşılmasıyla birlikte hızlı bir büyüme sayesinde gelişme başarısının elde edileceğine inanılmıştır. Fakat, sermaye birikimi ve yatırımların aşırı önemsendiği ancak insan boyutunun göz ardı edildiği bir gelişme isteği toplumları istenilen hedeflere ulaştırabilecek midir? Günümüzde gelişme göstergesi olarak insani gelişme kavramı ve insani gelişme endeksi ile gelişmenin nitel boyutu toplumların gündemine oturmuştur. İnsani gelişme endeksinin oluşturulmasında sağlık düzeyi önemli bir bileşendir. Bu çalışmada, Türkiye'nin sağlıkla ilgili göstergeleri nedeniyle, insani gelişme açısından benzer ülkelere oranla dezavantajlı duruma düştüğü saptanmış ve sağlık politikalarının gözden geçirilmesi gereksinimine dikkat çekilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Ekonomik Gelişme, İnsani Gelişme, İnsani Gelişme Endeksi, İnsan Sağlığı, Yaşam Beklentisi.

### THE HUMAN DEVELOPMENT CONCEPT AND THE RIGHT OF HEALTHY LIFE

#### ABSTRACT

*Following to the World War II, after the comprehension of industrialization and investment importance's, it has been believed that a growth achievement could be reached by a rapid development. However, could the determined targets be reached by the societies while aiming to a development by excluding the human being factor even if the importance to the capital formation and investments has been more focused on? Nowadays, as the development index, the concept and the index of the human development and the qualitative dimension of the development are being placed on the agenda of the societies. The health level is an important component in the constitution of the human development index. In this paper, through the health indices of Turkey of which the disadvantage has been determined in the subject of the human development as in comparison to the similar countries and underlined that the health policies must be revised in Turkey.*

**Keywords:** Economic Development, Human Development, Human Development Index, Human Health, Life Expectation.

## I. GİRİŞ

Ülkeler, sahip oldukları coğrafi büyüklük, nüfus, kaynaklar, iklim ve siyasal/ sosyal sisteme göre çeşitlilik göstermektedirler. Toplumların geçirdikleri gelişme evreleri içerisinde birçok gerçek ortaya çıkmıştır. En önemli gerçek de insan boyutunu dikkate almayan öneriler ya da sorunların çözümünde insan merkezli olmayan yöntemlerin, gerçek gelişme başarısı sayılamamasıdır. Genellikle iktisadi gelişmeyi ya da ülkelerin gelişmişlik düzeyini ifade eden ölçüm gelir olmuştur. “Gelir insanların edinmek istedikleri önemli bir fırsattır fakat yaşamlarının toplamı da değildir” (UNDP, 1998:19). Bu nedenle gelişme, gelir ve servetin artmasının ötesinde insana odaklı bir kavramdır.

Ekonomik büyüme ve gelişme arasındaki ilişki sıklıkla üzerinde durulan bir konudur. Bunun önemli bir nedeni de gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ekonomik büyümenin getirdiklerinin, o ülkenin insanları için refah ve fırsat anlamına gelmemesidir. Bu nedenle, sosyal açıdan dezavantajlı olan insanların gelişmeleri için gereken ulusal ve uluslararası programların girişimlerini desteklemek için sürekli olarak yeni adımlar atılmaktadır. Bu önemli adımlardan bir tanesi de 1990’lı yıllarda gelişme literatüründe sıkça kullanılmaya başlanan “insani gelişme” kavramıdır. Böylece bu kavramla birlikte gelişme göstergelerinin boyutları da değişmiştir. 1990 yılında ilk kez yayınlanan İnsani Gelişme Raporunda (İGR) insan merkezli gelişmeye dikkat çekilmiştir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), gelişmenin artık ne kadar büyümeyle değil, ne tip büyümeyle değerlendirilmesi gerektiği karşısında İnsani Gelişme Endeksi’ni (İGE) geliştirmiştir.

Yaşam beklentisi, eğitim ve kişi başına gelir unsurlarına dayalı olan İGE, bu anlamda gelişme analizinin kapsamını genişletmiştir. İGE’nin oluşturulmasında sağlık düzeyi de önemli bir göstergedir. Toplumun sağlık düzeyi iyileştirildiği takdirde, birtakım ekonomik faydalar da ortaya çıkmakta ve sağlık düzeyi ile ekonomik gelişme arasında karşılıklı bir ilişki oluşmaktadır. Ekonomik gelişme ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişki iki yönlüdür. Sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun şekilde yapılması ile ekonomik faydalar artacak ve yaşam beklentisi iyileştiği gibi kişi başına geliri arttırarak ekonomik büyümeyi de olumlu etkileyecektir. Ekonomik gelişme ile toplumun sağlık ve eğitim düzeyi yükselirken, diğer yandan bu niteliklere sahip insanlar ekonomik gelişme için önemli bir girdiyi oluşturmaktadırlar. Bu çalışmada, insani gelişme yaklaşımı ile insani sorunların incelenmesi, insani gelişme sağlık ilişkisi ve sağlığın artan önemi ele alınmıştır.

## II. GELİŞMİŞLİK GÖSTERGESİ OLARAK İNSANİ GELİŞME YAKLAŞIMI VE ARKA PLANI

Gelişme, tüm insanların yaşam kalitesinde iyileşme sürecidir. Gelişmenin görünümünde üç tane eşit öneme sahip durum söz konusudur. Birincisi; insanların yaşam düzeylerinin iyileşmesidir ki bu da onların gelirlerinin artması ve yiyecek tüketimlerinin, sağlık hizmetlerinin, eğitimlerinin ve diğer koşullarının, ekonomik büyüme ile birlikte iyileşmesidir. İkincisi; sosyal, kültürel, politik kurumlar, ekonomik sistemler ve enstitülerin yapılanması ile birlikte insanların kendine güveninin artması aynı şekilde insana verilen değerlerin artmasıdır. Üçüncüsü; insanların seçeneklerinin genişlemesiyle

birlikte özgürlüklerinin artması ve tüketilen mal ve hizmetlerin çeşitliliğinin artmasıdır (Todaro, 2000:13,739).

Gelişme bir toplumun sadece üretiminin ve kişi başına gelirin artırılması değil, toplumun iktisadi, sosyal, kültürel, politik yapısında görülen iyileşmedir (Han ve Kaya, 1999:2). Bu kavramla birlikte gelişmenin amacı toplumun ekonomik açıdan gelişmesi ile birlikte bireylerin uzun, sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmesidir. Bu çerçeveden bakıldığında, gelişme kavramının temelinde insan faktörünün olduğu görülür.

1950'li yıllardan önce ekonomik büyüme ve gelişme arasında farklılık bulunmamaktaydı. Önemli olan gelir düzeyinin artırılmasıydı. Daha sonraki yıllarda, gelir artışının, sağlıklı bir ekonominin tek göstergesi olmadığı, önemli olanın gelirin miktarı kadar gelirin dağılımı olduğu anlaşıldı. Bu görüşün ön plana çıkmasının nedeni 1970'li yıllarda az gelişmiş ülkelerde hızlı bir büyümenin yaşanmış olmasıydı. Fakat bu hızlı büyüme ile birlikte işsizlik ve yoksulluk artışı da gözlenmiştir. Bu bağlamda 1970'lerden sonra, gelişme kavramı daha çok büyüme merkezli olduğu için yoğun eleştiriler almıştır. Bu eleştiriler sonucunda, insan odaklı gelişme yaklaşımları ön plana çıkmaya başlamıştır (Han ve Kaya, 1997:126).

Bütün bu gelişmelerle birlikte gelişme olgusunun yaklaşımı boyut değiştirirken, temel ihtiyaçların karşılanması, gelir dağılımı, yoksulluk, işsizlik gibi daha önceden üzerinde çok durulmayan konulara ağırlık verilmeye başlanmış ve gelişmenin sadece ekonomik değil, insani ve toplumsal boyutlarının da çok önemli olduğu ortaya çıkmıştır (Griffin ve Knight, 1992:576).

İnsani gelişme, 1990'lı yıllarda kalkınma literatüründe çok sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Böylece o yıllardan itibaren ülkelerin kalkınmışlık göstergelerinin boyutları da değişmiştir. İnsani gelişme kavramını ilk olarak kullanan UNDP'dir. Bu kuruluş, 1990 yılından itibaren her yıl İGR yayınlamaktadır. Bu raporlar, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini ortaya koyan insani gelişme göstergelerini içermektedir. Raporlarda verilen ve her yıl yenilenen insani gelişme göstergeleri, temeli insan olan bir bakış açısı ile 175'ten fazla ülkenin gelişme seviyelerini ölçen bir endekstir (UNDP, 1998:3). Bu endeks ile ülkeler arasındaki refah ve yaşam standardını açıklamak daha kolay hale gelmiştir. 1990 yılında ilk kez yayınlanan İGR'de insan merkezli gelişmeye dikkat çekilmiş (UNDP, 1995:11) ve daha sonraki İGR'lerde bu vurgu devam etmiştir.

İnsani gelişme, insanların seçeneklerinin çokluğu hakkındadır. İGE bu seçimlerin başarı seviyesini gösterme eğilimindedir (Hicks, 1997:1285). Bu bağlamda insani gelişme, "insanların seçme süreçlerinin arttırıldığı süreçtir" ve insani gelişme kavramının ana ilkesi budur (Akder, 1992:13). Bu seçenekler sonsuzdur ve zaman içinde değişip artabilir. İnsanların seçenekleri, ekonomik, siyasal, kültürel özgürlüklerden başlayarak, kendine saygı duyma, verimli ve yaratıcı olma, insan haklarından yararlanmaya kadar sayıları arttırılarak genişletilebilir (UNDP, 1998:19). Zaten insanca gelişmenin ideal ölçümü de çok sayıda seçeneği içermelidir.

### III. İNSANİ GELİŞMENİN BOYUTLARI VE ÖLÇÜLMESİ

İGE, sosyo-ekonomik yaşamın üç önemli alanını içerir ve bu alanların her biri refah için ekonomik seçeneklerin farklı bir boyutunu kapsar. Bu üç alan; gelir, eğitim ve sağlıktır (Hicks, 1997:1285). Sağlıklı ve uzun bir ömür, bilgi edinme ve iyi bir yaşama standardı için kaynaklara ulaşma, insani gelişmenin önemli göstergeleridir (Güvenen, 1992:13). İnsani gelişme 1990'da ölçülmeye başlandığı zaman, insani gelişmenin ölçülmesinde gelirden başka daha kapsamlı bir hedefe dikkat çekilmiştir. UNDP, bir ülkenin insani gelişme düzeyinin belirleyicilerinden bir tanesinin kişi başına gelir olduğunu vurgulamaktadır. Fakat gelirin iyileşmesi insani gelişme için üç faktörden sadece birisidir. Gelirle birlikte çok önemli olan diğer faktörler doğumda yaşam beklentisi ve eğitimidir (Neumayer, 2001:101-102). Gelir temel mal ve hizmetleri elde etme ve ortalama bir yaşam için ihtiyaç duyulan kaynaklara ulaşmak için bir araçtır (Hicks, 1997:1285).<sup>1</sup> Uzun ömür değişkeni olan doğumda yaşam beklentisi, bir ülkenin insanlarının uzun ve sağlıklı bir ömür geçirmelerini bir dereceye kadar gösterebilir ( UNDP, 1995:11; Hicks, 1997:1285;). Uzun ömür göstergeleri yaşanan süre içerisinde sağlıklı bir yaşam geçirilmesinin doğrudan bir göstergesi olmayabilir. Sağlık koşullarının iyi olmadığı bir ortamda 80 yaşına kadar yaşanabilir veya ani ölüm hariç, mükemmel sağlık koşullarıyla 20 yaşına kadar hatta daha az süre yaşanabilir. Daha uzun yaşamak için sağlıklı ve kaliteli hayat süresinin önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Zaten diğer amaçlara ulaşmak için yani, daha iyi gelire sahip olmak ve daha eğitilmiş olmak amaçlarına ulaşmak için, öncelikle sağlıklı bir ömür geçirmek gerekir. Bu bağlamda, doğumda yaşam beklentisi göstergesi, yaşam fırsatını genişletmek için en temel unsurdur (Hicks, 1997:1285).

İGE üç boyutta incelenmektedir. Birinci boyutu, ortalama yaşam beklentisi ile ölçülen sağlıklı ve uzun bir ömür; ikinci boyutu okuryazarlık ve okullaşma oranı ile ölçülen eğitim ve bilgi düzeyi<sup>2</sup> ; üçüncü boyutu ise, satın alma gücü paritesine (yani ülkelerarası nisbi fiyat farklarını yansıtan döviz kuru ile) göre hesaplanan kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla rakamları kullanılarak ölçülen yaşam standartıdır (UNDP, 2000:269; UNDP, 2002:253; UNDP, 1998:50)<sup>3</sup>.

Şekil 1 yardımıyla, İGE'nin oluşum kriterlerine göre nasıl meydana geldiğini görebiliriz. İGE'nin her bir boyutu için genel bir formüle göre endeks hesaplanır. Yaşam beklentisi, eğitim ve gelir boyutları için sırasıyla  $i=1$ ,  $i=2$  ve  $i=3$  değerlerine göre

<sup>1</sup> Bu konuda ayrıntılı bilgi ve deneysel bir çalışma için bkz. : S. Anand and M. Ravallion., 'Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services', *Journal of Economic Perspectives*, 7 (1) , 1993 ,s.133-150; B. Güloğlu ve M. Yılmaz, "Ekonomik Büyüme ve İnsani Kalkınma: Panel Veriler, Ekonomisi Neler Getiriyor?", *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, 10-11 Mayıs 2002, s. 429-440. [http://bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl\\_gos.php?nt=177](http://bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=177) (10.02.2003).

<sup>2</sup> Endeksin hesaplanmasında, okuma yazma oranının 2/3, okullaşma oranının ise 1/3 ağırlığı bulunmaktadır.

<sup>3</sup> İGR'de İGE ile birlikte İnsani Yoksulluk Endeksi (Human Poverty Index, HPI), Cinsiyete Bağlı İnsani Gelişme Endeksi (Gender – related Development Index, GDI), Cinsiyete Bağlı Toplumsal Katılım Endeksi (Gender Empowerment Measure, GEM) gibi farklı boyutları içeren endeksler de yer almaktadır. ( HPI, GDI ve GEM'in oluşum şemaları için bkz.: UNDP, *HDR 2002* Oxford University Press, NY, 2002 s. 252

endekslerin her biri ( $x_i$ ) şu şekilde formüle edilebilir (UNDP, 2002:253; UNDP, 2000:269):

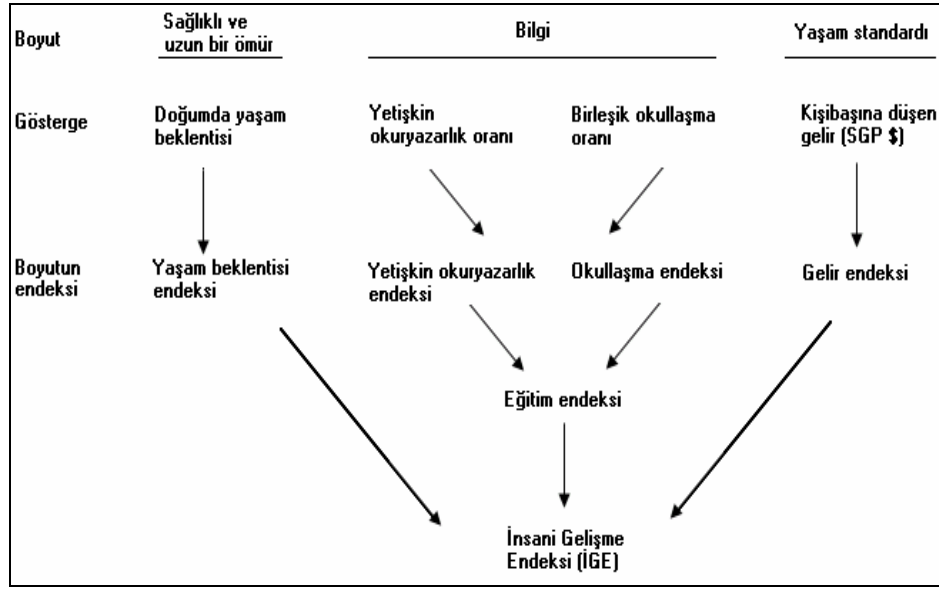
$$X_{\text{Endeksi}} = \frac{\text{Gözlenen değer } (x_i) - \text{Endüşük değer } (x_{\min})}{\text{En yüksek değer } (x_{\max}) - \text{Endüşük değer } (x_{\min})}$$

Bu formülle her bir boyut için alt endeks hesaplandıktan sonra bu alt endeksler toplanarak aritmetik ortalamaları alınır. Bu işlem aşağıdaki formülle gösterilebilir:

$$\text{İGE} = 1/3(\text{yaşam beklentisi endeksi}) + 1/3(\text{eğitim endeksi}) + 1/3(\text{gelir endeksi})^4$$

Hesaplanan endeks değeri 0 ile 1 arasında bir değer alır. Endeks değeri 1'e yakınlıkla İGE açısından bir iyileşme olduğu anlaşılır.<sup>5</sup>

### Şekil 1: İnsani Gelişme Endeksinin Oluşumu



Kaynak: UNDP *Human Development Report – 2002*, Oxford University Press, NY, s. 252.

İGE hesaplanmasında her bir boyut için maksimum ve minimum değerler şöyledir: (UNDP, 2002:253).

Yaşam Beklentisi ve Eğitim Endekslerinin hesaplanmasına göre gelir endeksinin hesaplanması daha sorunludur. 1999 yılından beri gelir endeksi logaritmik fonksi-

<sup>4</sup> İGE'nin hesaplanmasında farklı bakış açıları için bkz.: Neumayer, (2001: 103); Noorbakhsh, (1998:520-22).

<sup>5</sup> Her yıl UNDP tarafından yayınlanan raporlarda ülkeler İGE endeks değerlerine göre üç kategoriye ayrılmaktadır: Yüksek düzeyde insani gelişme (0.800 - 1.000), Orta düzeyde insani gelişme (0.500 - 0.799) Düşük düzeyde insani gelişme (0.000 - 0.499)

yonlar kullanılarak hesaplanmaktadır. Formül şöyledir (UNDP, 2002:253; UNDP, 2000:269)

Göstergeler	Maksimum değer	Minimum değer
Doğumda yaşam beklentisi	85	25
Yetişkin okuryazarlık oranı (%)	100	0
Kaba birleşik okullaşma oranı (%)	100	0
Reel GSYİH (\$) ( Satınalma gücü paritesiyle)	40.000	100

$$W(y) = \text{GSYİH Endeks} = \frac{\log y - \log y_{\min}}{\log y_{\max} - \log y_{\min}}$$

#### IV. İNSANI GELİŞME SAĞLIK İLİŞKİSİ VE SAĞLIĞIN ARTAN ÖNEMİ

İGE'nin oluşturulmasında, sağlık düzeyi önemli bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Yaşam beklentisi, eğitim ve kişi başına gelir unsurlarına dayalı olan endeks, gelişme analizinin kapsamını genişletmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişme arasında karşılıklı bir ilişki vardır (Mazgıt, 2002:409). Sağlık düzeyi iyileştirildiği takdirde, birtakım ekonomik faydalar da ortaya çıkmaktadır. Bu faydaları aşağıdaki Tablo 1'de görebiliriz.

**Tablo 1: Toplumun Sağlık Durumunu İyileştiren Yatırımların Sağladığı Parasal Faydalar**

Faydanın Tanımı	Faydanın Türü	Faydanın Ekonomik Etkisi
- Hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin sayısının azaltılması - Nüfus içerisinde hastaların ve sakatların sayısını azaltmak - Verimliliği düşüren zafiyet ve halsizliğin azaltılması	- Emek - saat olarak mutlak artış - Emek - saat olarak nispi artış - Emek - saat başına üretken kapasitenin artışı	- Emek - saat arzının miktar olarak artışı - Emek - saat başına ürünün kalite açısından artışı

**Kaynak:** Güneri Akalın, *Kamu Ekonomisi*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını, No: 486, 1981, s. 215.

Tablo 1'de görüldüğü gibi toplumun sağlığı ile ilgili her türlü iyileştirme, bireyin verimini ve gelirini etkilemekte dolayısıyla parasal bir fayda yaratmaktadır. Böylece, sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, toplumu uzun ve sağlıklı bir şekilde yaşama amacına ulaştırırken ekonomik gelişmeyi de doğrudan etkilemektedir. Bu nedenledir ki sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için, sağlık hizmetlerinin amaçlara uygun şekilde yapılması halinde ekonomik yararlar da artacak ve yaşam beklentisi iyileştiği gibi kişi başına gelir de artarak hem ekonomik gelişme hem de ekonomik büyüme olumlu etkilenecektir. Ekonomik gelişme ve sağlık hizmetleri arasındaki iki yönlü ilişki çerçevesinde, gelişme ile eğitim ve sağlık düzeyi yükselirken, aynı zamanda da bu niteliklere sahip insanlar da gelişme için önemli bir girdiyi oluşturmaktadır.

## V. İNSANİ GELİŞME VE SAĞLIKLI YAŞAM HAKKI: SAĞLIK GÖSTERGELERİYLE TÜRKİYE'NİN SEÇİLMİŞ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI

### V.1. İnsani Gelişme ve Sağlıklı Yaşam Hakkı

Sağlıklı yaşam hakkı iki açıdan incelenebilir: Birincisi, sağlık düzeyi ya da sağlık durumuna ilişkindir. İkincisi ise, bireylerin ve toplulukların sağlık düzeyini etkileyen etken ve değişkenlere ilişkindir (UNDP, 1998:73). Şüphesiz sağlık düzeyi de, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı ve anne ölüm hızı gibi göstergelere yansır (UNDP, 1998:73). Toplumun sağlık düzeyini, okuryazarlık, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, içme suyuna ve kanalizasyona ulaşabilme, iklim koşulları gibi faktörler etkiler. Sağlık harcamaları, hastanede ortalama kalma süresi, toplumdaki kişilere düşen doktor sayısı ve yatak sayısı vb. gibi verilerde sağlık hizmetlerinin düzeyini sayısal olarak ortaya koyar (UNDP, 1998:73). Uzun ve sağlıklı bir yaşam bütün toplumlar için ulaşılmak istenen hedeftir. Fakat bu hedef, beslenme, sağlık, çevre<sup>6</sup> ve eğitim ile yakından ilişkilidir. Türkiye için İGE'yi oluşturan göstergelerin<sup>7</sup>, (doğumda yaşam beklentisi, gelir ve eğitim paylarının) toplamdaki ağırlıkları Şekil 2 ve Şekil 3'te görülmektedir.

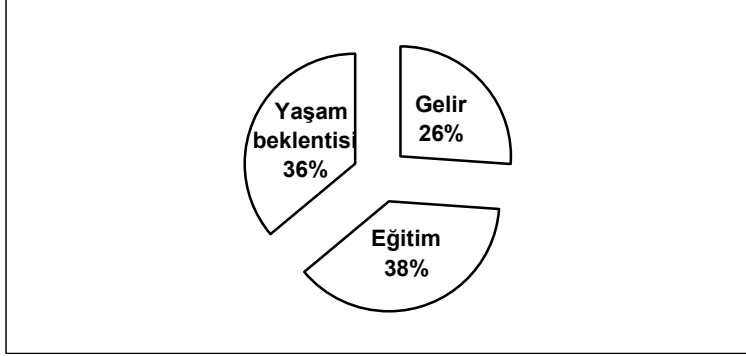
Türkiye'de 1965 yılında doğumda yaşam beklentisinin İGE'ye katkısı %36 iken 1998 yılında bu pay, %34 olmuştur. Gelirin İGE'ye katkısı 1965'de %26 ilen 1998 yılında bu katkı %32'ye çıkmıştır. Son on yıl içindeki gelir artışları, İGE'ye 0.025 lik bir katkıda bulunmuştur. Bu ise, toplam artışın %35'idir (UNDP, 2001b:14). Ayrıca aşağıdaki Şekil 4'te görüldüğü gibi, Türkiye'de doğumda yaşam beklentisi 1960 yılında 50 yıl 1965'de 54 yıl iken 1998'de bu rakam 69'a çıkmıştır. 1999'da bu rakam 69,5 yıl 2000'de 69,8 yıl, 2001 de 70.1 yıldır. 2000-2005 için 70.5 yıl olarak tahmin edilmektedir (UNDP, 2003b:263). Doğumda yaşam beklentisi en yüksek değere sahip olan Japonya'da<sup>8</sup> bu rakam 1998 yılında 80 yıl 1999 yılında 80,8 yıl, 2000 yılında 81 yıl 2001 yılında 81.3 yıldır. Doğumda yaşam beklentisi en düşük değere sahip olan Sierra Leone'de ise bu rakam 1998'de 37,9 yıl, 1999'da 38.3 yıl, 2000 yılında 38,9 yıl, 2001 yılında ise 34.4 yıldır (UNDP, 2000, 2001a, 2002, 2003b).

<sup>6</sup> Çevre ve insani gelişme konusunda ülkelerarası bir çalışma için bkz.: G. Günsoy ve B. Günsoy (2002)

<sup>7</sup> Türkiye'nin İGE eğilimleri için bkz.: Y. Tuna ve İ. G. Yumuşak (2002a, 2002b); G. Günsoy, (2001)

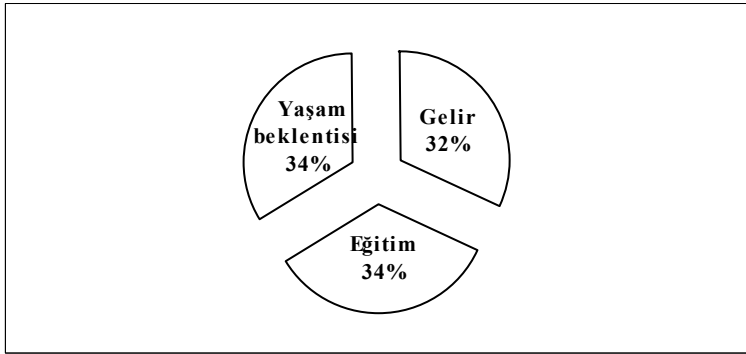
<sup>8</sup> Japonya dünyada en yüksek yaşam süresine sahip ülkedir. Kişi başına gelir seviyesinin yüksekliği, sağlık hizmetlerinin gelişmiş olması ve hükümet politikaları (Ishikawa, 1997) bu durumun sebebi olabilir. Sonuç olarak toplam Japon nüfusu içinde yaşlıların oranı 2025'de %27.4 olacaktır. Bu rakam OECD ülkeleri içinde yüksek bir orandır (Y. Kosai, J. Saito ve N. Yashiro:1998)

Şekil 2: Türkiye'nin 1965 Yılına Ait İGE Değişkenlerinin Ağırlıkları



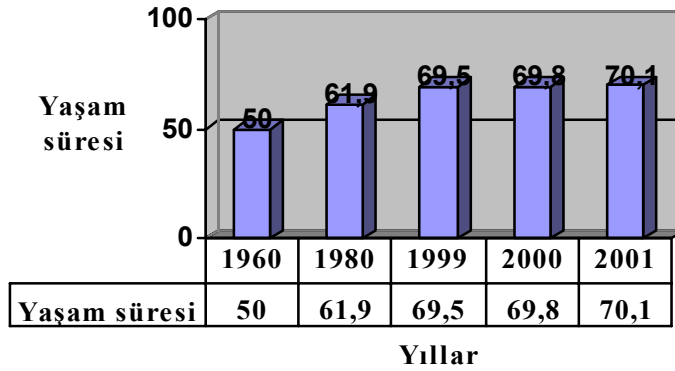
Kaynak: UNDP, *İnsani Gelişme Raporu (Türkiye)*, 2001:9

Şekil 3: Türkiye'nin 1998 Yılına Ait İGE Değişkenlerinin Ağırlıkları



Kaynak: UNDP, *İnsani Gelişme Raporu (Türkiye)*, 2001:9

Şekil 4: Türkiye'de Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)



Kaynak: UNDP *İnsani Gelişme Raporu (Türkiye)*, 1998 :74; UNDP, 2001b: 6; UNDP, 2002:150; UNDP; 2003b:238 raporlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.



Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi sürekli olarak fakat oldukça yavaş biçimde yükselmiştir. Şekil 4’te görüldüğü gibi 1960 yılında bu rakamın 50 yıl olması, birçok etkenin sonucudur. Bu etkenlerden en önemlisi de şüphesiz, binde 161 düzeyindeki aşırı yüksek bebek ölüm hızıdır (UNDP, 1998:74).

Tablo 2’de görüldüğü gibi, Türkiye’de bebek ölüm hızı önemli bir sağlık göstergesidir. Türkiye’de 1950-55 yılından 1998 yılına kadar bu rakamlarda önemli düşüşler görülmektedir. Fakat bu düşüşün hızlı olmadığı gözlenmektedir. Durumun böyle olması sağlık göstergesinin yetersizliğini göstermektedir. Tablo 2’de görüldüğü gibi 1975 ve 1980’lerin başlarında ise, bu rakam binde 100’ün üzerindeyken 2000’li yıllarda binde 40’ın altındadır. Türkiye’nin bebek ölüm hızı, birçok benzer gelişme düzeyindeki ülkelerin oranlarından daha yüksektir.

**Tablo 2 : Türkiye’de Yıllar İtibariyle Bebek Ölüm Hızı (Binde)**

1950-1955	233
1960-1965	176
1970-1975	138
1980-1985	102
1985-1990	81
1995	44.4
1996	42.2
1997	40.0
1998	38.3
1999	38.3
2000	38
2001	36

**Kaynak:** (1950-1990 için Birleşmiş Milletler Dünya Nüfusuna Bakış, 1994-1996 için Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri*, Ankara, 1997:11 ve 1995-1998 için DPT, *1998 Programı*, s.33)’ ten aktaran, *İGR*, Türkiye, 1998:75; 1999 için UNDP, 2001a:166; 2000 için UNDP, 2002:175; 2001 için UNDP, 2003b:263.

Tablo 3’te İGE değeri sıralamasına göre yüksek, orta ve düşük düzeyde insani gelişme seviyesindeki ülkelerin sağlık göstergelerine baktığımızda, orta düzeydeki insani gelişme düzeyindeki ülkeler içinde, Türkiye’nin bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı ve kişi başına düşen doktor sayısı açısından oldukça farklı olduğunu görüyoruz. Bu ülkeler arasında Türkiye’nin bebek ölüm hızı binde 36 ile oldukça yüksek bir değere sahiptir. İGE değeri açısından Türkiye’nin altında yer alan Çin’in bebek ölüm hızı binde 31’dir. Çin’in toplam nüfusunu düşündüğümüzde Türkiye’nin nüfusunun çok üzerindedir, buna rağmen bebek ölüm hızı Türkiye’nin altında yer almaktadır. Yine Tablo 3’te beş yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı ve kişi başına düşen doktor sayısı göstergelerine baktığımızda Türkiye’nin Bulgaristan, Brezilya, Çin ve Rusya Federasyonu gibi ülkelere kıyasla geride kaldığı görülmektedir. Sadece Brezilya’nın anne ölüm hızı binde 161 ile Türkiye’nin biraz üzerindedir. Bu durum ölçek büyüklüğü ve nüfus yoğunluğu ile açıklanabilir. Tablo 3’te ilginç olan, İsrail, Yunanistan ve Rusya Federasyonu’nun sağlık göstergeleridir. Özellikle İsrail ve Yunanistan’ın bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı oldukça düşüktür. Yunanistan’ın anne ölüm hızı binde 1 dir. Bu rakam Tablo 3’te yer alan ülkeler

içinde en düşük değerdir. Yine Yunanistan yüzbin kişiye düşen 392 doktor ile ABD, Japonya Almanya, İsrail ve benzer birçok ülkeye göre oldukça olumlu bir durumdadır.<sup>9</sup>

**Tablo 3: Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Göstergeleri**

Ülkeler	İGE Değeri (2001)	Kişi Başına Düşen Reel GSYİH Sıralaması-HDI Sıralaması* 2001	Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl) 2001	Bebek Ölüm Hızı (Binde) 2001	Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (Binde) 2001	Anne Ölüm Hızı (Yüz binde) 1985-2001	Yüz bin Kişiye Düşen Doktor Sayısı 1990-2002
ABD	0.937	-5	76.9	7	8	8	276
Japonya	0.932	5	81.3	3	5	8	197
Almanya	0.921	-5	78.0	4	5	8	354
İsrail	0.905	4	78.9	6	6	5	378
Yunanistan	0.892	7	78.1	5	5	1	392
Rusya Fed.	0.779	3	66.6	18	21	44	423
Bulgaristan	0.795	12	70.8	14	16	15	344
Brezilya	0.777	-1	70.9	31	36	160	158
Türkiye	0.734	-16	70.1	36	43	130	127
Çin	0.721	-2	70.6	31	39	55	167
Pakistan	0.499	-7	60.4	84	109	-	68
Yemen	0.470	-21	59.4	79	107	350	22
Kenya	0.489	14	46.4	78	122	590	14
Nijerya	0.463	13	51.8	110	183	-	19
Senegal	0.430	-9	52.3	79	138	560	10

**Kaynak:** UNDP, 2002:149-177; UNDP, 2003b:237-339; The World Bank, *World Development Report*, 2000-2001, Oxford University Press, 2000:286; WHO, *Estimates Of Health Personnel*, 2002a:202-217; WHO, *The World Health Report Shaping The Future*, 2003:146-153'ten yararlanılarak hazırlanmıştır. (\*) Kişi başına düşen gerçek GSYİH ile İnsani Gelişme İndeksi sıralaması arasındaki farkı göstermektedir. Bu gösterge pozitif ise, İGE sıralamasındaki yerinin, kişi başına düşen reel GSYİH sıralamasındaki yerinden yüksek olduğunu göstermektedir. Bu rakam negatif ise tersini göstermektedir: UNDP, 2003b:240).

Tablo 3'te görüldüğü gibi Türkiye'nin kişi başına düşen reel GSYİH sıralaması ile İGE değer sıralaması arasındaki fark (-16) dır. 2002 İGR'ye göre, bu fark (-18) iken 2003 İGR'ye göre (-16) olmuştur. Bunun anlamı, Türkiye'nin GSYİH sıralaması İGE değer sıralamasına göre daha yukarıdadır. İGE değeri GSYİH sırasına göre 16 basamak daha aşağıdadır. Bu farkın (-16) olması ise İnsani Gelişmenin, gelir kadar hızlı ilerlemediğini göstermektedir. Bazı ülkelerin Türkiye'den daha düşük GSYİH endeksine sahip olmalarına rağmen İGE değer sıralamasında Türkiye'nin üstünde yer aldığı görülmektedir (UNDP, 2001b:15). 2003 İGR' ye göre, Türkiye gibi Orta İnsani Gelişme düzeyindeki ülkeler içinde bu farkın en yüksek olduğu ülkeler G. Afrika (-64), Umman (-36), Dominik Cumhuriyeti (-26) Ekvator Ginesi (-78), Tunus (-18), S. Arabistan (-33), İran (-29) ve Grenada (-23) tür ( UNDP, 2003b:237-339 ).

Tablo 3'de görüldüğü üzere, seçilen ülkeler arasında bu farkın en yüksek olduğu ülke Türkiye'dir. Bulgaristan ve İsrail 'de bu farkın pozitif olduğunu görüyoruz.

<sup>9</sup>Diğer ülkeler için daha detaylı bilgi için bkz.: WHO, (2002a)

Rusya Federasyonu, Çin, Yunanistan, Brezilya, Japonya, Almanya ve diğer ülkelerde bu farkın Türkiye'ye göre daha az olduğu tespit edilebilir. Bu göstergeden de anlaşıldığı üzere, Türkiye'nin yüksek insani gelişme düzeyine ulaşmak için, İGE'yi oluşturan üç değişken arasından gelirden yeterli iyileşmeyi sağlamak yanında aynı zamanda sağlanan gelirden eğitim ve sağlık alanındaki iyileştirmeleri sağlamak için yeterince pay ayırması gerekmektedir. Tablo 3'te doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı, kişiye düşen doktor sayısı açısından iyi durumda olan ülkelerin İGE sıralaması ile GSYİH sıralaması arasındaki farkın da az olduğunu görülmektedir. Buradan da anlaşılıyor ki gelir bütün toplumlar için çok önemlidir, fakat gelirin iyileştirilmesi kadar gelire birlikte çok önemli olan diğer faktör de doğumda yaşam beklentisi ve eğitimidir. Doğumda yaşam beklentisini doğrudan etkileyen unsur ise sağlığın iyileştirilmesi, yani sağlıklı hayat geçirmek için yapılan her türlü iyileştirme. Dolayısıyla gelirden sağlığa ayrılan payın artırılması, toplumların geleceği açısından çok önemlidir.

## V.2. İnsani Gelişme ve Sağlık Harcamaları

Toplumun sağlık hakkını etkileyen, sağlık sektörünün kapasitesini ve bu sektöre ayrılan kaynakların tutarını belirleyen, ayrıca toplumların gelişmişlik düzeylerine göre, sağlık politikalarını da şekillendiren bir faktör olan sağlık harcamalarını, çeşitli ülkeler ve Türkiye için aşağıdaki Tablo 4 yardımıyla inceleyebiliriz.

Sağlık harcamaları, bütün bir toplumun sağlık hakkını etkileyen, sağlık sektörünün kapasitesini ve bu sektöre ayrılan kaynakların tutarını belirleyen ve aynı zamanda toplumların sağlık politikalarını da şekillendiren önemli bir göstergedir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, İGE sıralamasına göre, yüksek, orta ve düşük düzeyde insani gelişme seviyesindeki ülkelerin sağlık harcamalarına baktığımızda, Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının (özel ve kamusal) GSMH'ye oranı %5'tir ve bu rakam diğer ülkelerle karşılaştığımızda, oldukça düşük bir rakamdır. Özellikle Çin, İGE sıralamasında Türkiye'nin altında yer alan bir ülke olmasına rağmen toplam sağlık harcamasının GSMH'ye oranı %5,5'tir. Çin'in nüfusunun Türkiye'nin nüfusundan çok daha fazla olduğunu düşünürsek bu rakamın Türkiye açısından çok farklı olması gerekir.

ABD başta olmak üzere yüksek insani gelişme seviyesindeki ülkelerin, toplam sağlık harcamasının GSMH'ye oranı da oldukça yüksektir (ABD %13.9, Japonya % 8, Almanya %10.8, İsrail % 8.7, Yunanistan % 9.4). Bu rakamların yüksek olması, tek başına sağlık standardının yüksek olduğunu ve toplumun sağlık hakkının gerçekleştiğini açıklayamaz. Bu ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'de bu oran düşüktür ve yükseltilmesi gerekir (UNDP, 1998:79). Ayrıca bu oranın yükseltilmesiyle ve diğer sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, Türkiye'nin İGE'sine olumlu bir etki yapacaktır. Sağlık sektöründe yapılan reformlar ve iyileştirmeler, İGE'ye olumlu etki yapmakla kalmayıp bölgesel ve cinsiyet dengesizliklerini çözmekte de etkili olabilecektir (UNDP,1997:59).

Kişi başına toplam sağlık harcaması açısından ülkelerin durumuna baktığımızda, ABD, Japonya, Almanya, Yunanistan ve İsrail gibi İGE'si Türkiye'nin üzerinde olan ülkelerde, bu rakam oldukça yüksektir. Rusya Federasyonu'nun İGE'si Türki-

ye'nin üzerinde olmasına rağmen kişi başına toplam sağlık harcaması 115 \$'dır. Bu rakam 2000 yılı için 95 \$'dır ve 2001 yılında biraz yükselmektedir. Türkiye'nin 1995'teki kişi başına toplam sağlık harcaması, 93 \$, 1996'da 113 \$, 1997'de 126 \$, 1998'de 150 \$, 1999'da 138 \$, 2000'de 150 \$, 2001'de 109 \$'dır (WHO, 2002a:215-217; WHO, 2003:170-180). Bu rakamlarla, Türkiye'nin 1995 yılından itibaren kişi başına sağlık harcamasının gittikçe arttığını görüyoruz. Sadece 1999 yılında 138 \$'a düşmüştür. Bunu da Türkiye'nin içinde bulunduğu ekonomik kriz nedeniyle, bu sektöre ayrılan kaynakların kısılması, fonların yetersizliği, uygulanan sağlık politikaları ve diğer bazı kısıtlara bağlayabiliriz. Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının, 2000 yılı için %71.1' i kamusal sağlık harcaması olup, %28.9'u özel sağlık harcamasıdır. Bu paylar yıllar itibarıyla şöyledir; 1995 yılı için kamusal harcama payı % 70.3, özel harcama payı %29.7, 1996 için kamusal harcama payı, %69.2, özel harcama payı, %30.8, 1997 için kamusal harcama payı %71.6, özel harcama payı %28.4, 1998 için kamusal harcama payı %71.9, özel harcama payı %28.1, 1999 için kamusal harcama payı % 71.1, özel harcama payı % 28.9'dur (WHO, 2002a:209).

**Tablo 4: Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Harcamaları**

Ülkeler	Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$) 2001	Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı 2001(Yüzde)
ABD	4887	13.9
Japonya	2627	8
Almanya	2412	10.8
Yunanistan	1001	9.4
İsrail	1641	8.7
Rusya Fed.	115	5.4
Bulgaristan	81	4.8
Brezilya	222	7.6
Türkiye	109	5
Çin	49	5.5
Pakistan	16	3.9
Yemen	20	4.5
Kenya	29	7.8
Nijerya	15	3.4
Senegal	22	4.8

**Kaynak :** WHO, *The World Health Report*, 2003:170-180.

Yukarıdaki rakamlardan da anlaşıldığı üzere, Türkiye'nin 1995 ve 1996'da kamusal harcama payı % 70'i aşmıştır (UNDP, İGR 1998, s.79, Sağlık Bakanlığı, 1996 ve 1997). GSMH'ye göre özel sağlık harcamasının payı % 1, kamusal sağlık harcamasının payı da %2,5'tur (UNDP, 1998:79). 1998 ve 1999'da GSMH'ye göre özel sağlık harcamasının payı % 1.4, kamusal sağlık harcamasının payı da % 3.3 dür (UNDP, 2002:167). 1998 ve 1999'da toplam sağlık harcamasının GSMH'ye oranı, % 4.8 ve % 4.9' dur. Kamu kurumları arasında,kişi başına sağlık harcamasında farklılıklar bulunmaktadır. Bağ-kur, SSK gibi kurumlarda bu oran çok düşük, Emekli Sandığı'nda ise bu oran daha yüksektir (UNDP, 1998:79). Bu nedenle, kamu sigorta sistemlerinin Bağ-kur ve SSK'nın karşılaştığı sorunların çözülüp genel sağlık sigortası planlarının çözüme

yönelik bir biçimde hazırlanıp bu planların da gerçekleşebilmesi için gerekli finansal desteğin sağlanması gerekir (UNDP, 1997a: 61).

### V.3. Türkiye’de ve Gelişmiş Ülkelerde Sağlıklı Yaşam Hakkı

Aşağıdaki Tablo 5’te çeşitli sağlık göstergeleri açısından sağlıklı yaşam hakkının Türkiye ile gelişmiş ülkeler açısından farklılaştığını görüyoruz. Bilindiği üzere Türkiye’nin sağlık göstergeleri gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında genel olarak olumsuz bir tablo sergilemektedir. Doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm hızı, doktor başına düşen nüfus, yatak başına düşen nüfus ve yatak işgal oranlarının hepsinde derin farklılıklar göze çarpmaktadır.

**Tablo 5: Türkiye İle Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Göstergeleri**

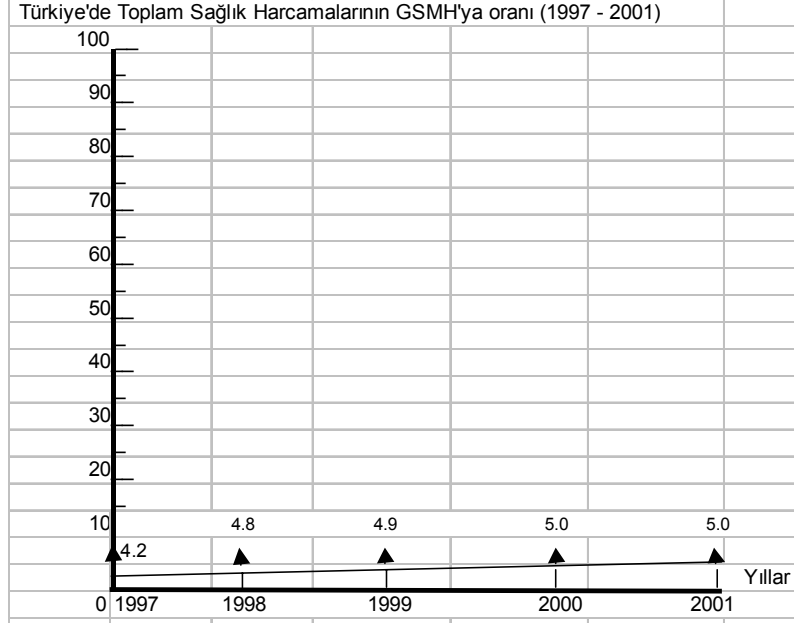
	Türkiye	Gelişmiş Ülkeler
Doğumda Yaşam Beklentisi (yıl )	70.1 (2001)	78
Bebek Ölüm Hızı (binde)	36 (2001)	6
Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı(binde)	43 (2001)	6
Anne Ölüm Hızı (yüzbinde)	130 (2001)	8
Doktor Başına Düşen Nüfus	825 (2001)	300-500
Yatak Başına Düşen Nüfus	392 (2001 )	100-200
Yatak İşgal Oranı (yüzde)	59 (1999)	80
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH’ya Oranı (yüzde )	5 (2001)	7-10
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Doları )	109 (2001)	2000+

**Kaynak:** WHO, *The World Health Report 2002b*, WHO Publications Center, USA, s.202-217 (www.who.int/whr/2002 annex/en); WHO, *The World Health Report 2003*:170-180; UNDP, 2002:149-177; DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu*, s.151, (<http://ekutup.dpt.gov.tr>)’den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 5’te adı geçen olumsuz göstergelerin ortaya çıkış sebebi de gözlenebilir. Bu sebeplerin başında sağlık harcamalarının düşüklüğü gelmektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSMH’ya oranının düşüklüğü ve aynı anlamda olmak üzere kişi başına sağlık harcamasının azlığı, bütün göstergelerin bozulmasına yol açan temel faktörlerdir.

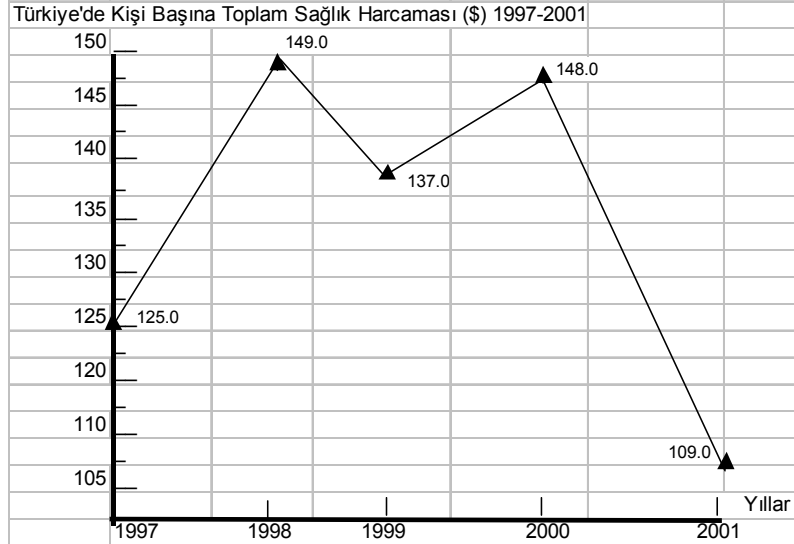
Toplam sağlık harcamasının GSMH’ya oranı % 5 düzeyindedir, ancak bu oran aşağıdaki Grafik 1’de görüldüğü gibi oldukça yavaş artmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise hem düşüktür hem de aşağıdaki Grafik 2’de görüldüğü gibi yıllar içerisinde dalgalanmalar göstermekte ve istikrarsız bir eğilim içerisinde gerçekleşmektedir.

**Grafik:1 Türkiye de 1997 - 2001 Yılları arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı**



Kaynak : The World Health Report 2003 s.170-180

**Grafik:2 Türkiye'de 1997-2001 Yılları Arasında Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları**



Kaynak : The World Health Report 2003 s.170-180

## VI. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Oldukça karmaşık bir süreç olan gelişmeye etki eden faktörler ülkeler arasında çeşitlilik göstermekle birlikte insani gelişme kavramı çerçevesinde daha gerçekçi bir şekilde temsil edilebilmektedir. Gelişmenin odağına insanın yerleştirilmesinin ardından insan yaşamının en önemli boyutları olan sağlık, eğitim ve gelir ile ilgili göstergelerin bir bileşimi ile elde edilen İGE, insanların yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan oldukça geçerli bir ölçüm aracıdır. Böylelikle, ülkeler arasındaki gelişme farklılıkları daha bilimsel bir çerçevede değerlendirilebilmektedir. İGE'nin bileşenlerinden biri olan insan sağlığı ile ilgili gelişmeler insan yaşamının kalitesi açısından önem taşımaktadır. Toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, sadece insan mutluluğunu arttırmakla kalmamakta, çalışanların verimini artırması boyutuyla uzun dönemli gelişmenin de temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının ekonomik boyutu göz önünde bulundurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ekonomi için önemli katkılar yaparken bu katkılar kısa sürede kendini yeniden üretebilmektedir.

Türkiye'nin insani gelişmesi olumlu yönde gelişmektedir. sağlıkla ilgili göstergeleri yıllar içerisinde sürekli pozitif bir gelişmeyi işaret etmekle birlikte bu gelişmenin hızı oldukça düşüktür. Bu durum ülkeler arası İGE karşılaştırmalarında Türkiye'ye dezavantajlı bir pozisyon sağlamaktadır. Türkiye ile benzer gelir durumuna sahip ülkeler, sağlık hizmetlerindeki gelişmişlikleri nedeniyle Türkiye'den daha yüksek İGE düzeylerine ulaşabilmektedir. Son yıllarda Türkiye'nin yaşadığı ekonomik krizlerin milli geliri düşürmesi, 2003 İGR'de izlenebileceği gibi Türkiye'nin İGE sıralamasındaki yerini olumsuz yönde etkilemiş ve gelir açısından bazı ülkelere olan görece avantajı da kaybolmuştur. Bu durum, Türkiye'deki sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Sağlık harcamalarının ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakların verimli bir şekilde ve akılcı yöntemlerle artırılması Türkiye'yi insani gelişmişlik sıralamasında üst basamaklara taşıyabilme potansiyelini barındırmaktadır.

2003 İGR'de '...son otuz yılda yoksul ülkelerdeki yaşam süresinin sekiz yıl daha uzatılabildiğini ...' aktarılırken, sağlık ve eğitim harcamalarının kısa sürede ne kadar etkili sonuçlar oluşturabileceğine de dikkat çekilmektedir (UNDP, İGR, Türkiye, 2003a:1-4). Aynı raporun bir uyarı niteliğindeki öngörülerine göre ise 'Binyıl Kalkınma Hedeflerine' ulaşmak için üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeyen ülkelerin birçoğu yirmi birinci yüzyılın ilk yarısına kadar insani gelişme açısından geri planda kalacaklardır. Türkiye'nin, sağlık politikalarında gerekli reformları yapamaması durumunda Binyıl Kalkınma Hedeflerinin ilk basamaklarında kalma olasılığı güç kazanacaktır. Oysa Türkiye, gelir durumu ve eğitim düzeyi açısından bu tür kazanımları diğer ülkelere göre daha kolay elde edebilecek potansiyele sahiptir.

**KAYNAKÇA**

- Aktan, C. C. (1998); *Türkiye Dünyanın Neresinde?*, Ege Genç İşadamları Derneği, Yıllık Raporu.
- Akder, H. (1992); *İnsanca Gelişme Raporu ve Türkiye Ülke Profili*, İnsanca Gelişme Birinci Türkiye Konferansı (Rapor), 7-8 Eylül 1992, UNDP, Ankara.
- Akalın, G. (1981); *Kamu Ekonomisi*, Ankara Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını, No:486, Ankara.
- Anand, S. ve Ravallion, M. (1993); "Human Development In Poor Countries: On The Role of Private Incomes and Public Services", *Journal of Economic Perspectives*, 7(1), s.133-150.
- DPT, (2001); *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu*, <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/oik577>, (5.02.2003).
- Griffin, K. ve Knight, J. (1992); "Human Development: The Case for Renewed Emphasis", *The Political Economy of Development and Under Development*, içinde, Mc Graw Hill, Inc.
- Güloğlu, B. ve Yılmaz, M. (2002); "Ekonomik Büyüme ve İnsani Kalkınma: Panel Veriler, Ekonomisi Neler Getiriyor?", *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, 10-11 Mayıs, s. 429-440. [http://bilgiyone-timi.org/cm/pages/mkl\\_gos.php?nt=177](http://bilgiyone-timi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=177) (10.02.2003).
- Güvenen, O. (1992); "Bir İstatistikçi Gözüyle: İnsanca Gelişme Raporu", *İnsanca Gelişme Birinci Türkiye Konferansı (Rapor)*, UNDP, Ankara, 7-8 Eylül.
- Günsoy, G. (2001); "İnsani Gelişme Kavramı Çerçevesinde Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme" *Afyon Kocatepe İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (III)1, s.215-227.
- Günsoy, G. ve Günsoy B. (2002); "Sustainable Development and Human Development: The Case of Balkan Countries" *Globalization and Sustainable Development, International Scientific Conference Varna*, 1-3 July.
- Han, E. ve Kaya, A. A. (1999); *Kalkınma Ekonomisi Teori ve Politikası*, 2. Baskı, Birlik Ofset, Eskişehir.
- Hicks, A. D., (1997), "The Inequality-Adjusted Human Development Index: A Constructive Proposal", *World Development*, Vol: 25, No.8, s.1283-1298
- Ishikawa, T., (1997), "Growth, Human Development and Economic Policies in Japan: 1955-1993", *Occasional Papers 23*, s.1-10, <http://undp.org/hdro/oc23.htm>, (15.02.2002).
- Kosai, Y. ve Saito, J. ve Yashiro, N. (1998); "Declining Population and Sustained Economic Growth: Can They Coexist?" *The American Economic Review*, 88(2), *Papers and Proceedings of the Hundred and Tenth Annual Meeting of the American Association*, s. 412-416, <http://jstor.org>, (16.04.2003).



- Mazgit, İ. (2002); “Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi” *I. Ulusal Bilgi ve Yönetim Kongresi*, Kocaeli, 10-11 Mayıs. <http://bilgiyonetimi.org/cm/pages/mklgos.php?nt=194>, (12.05.2003).
- Neumayer, E. (2001); “The Human Development Index and Sustainability a Constructive Proposal”, *Ecological Economics*, 39, s.101-114.
- Noorbakhsh, Farhad (1998); “A Modified Human Development Index”, *World Development*, (26) 3, s. 517-528.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri* (1996 ve 1997), Ankara.
- Todaro, M.P., (2000), *Economic Development*, Seventh Edition, Addison Wesley Longman Inc.
- Tuna, Y. ve Yumuşak, İ.G. (2002a); “Beşeri Kalkınma İndeksi Ve Türkiye Analizi” *I. Ulusal Bilgi ve Yönetim Kongresi*, Kocaeli, 10-11 Mayıs. <http://bilgiyonetimi.org/cm/pages/mklgos.php?nt=194>, (10.6.2003).
- Yumuşak, İ. G. ve Tuna, Y. (2002b); “Kalkınmışlık Göstergesi olarak Beşeri Kalkınma İndeksi Ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme”. *İktisat Fakültesi Mecmuası*, Cilt 52, Sayı.1,s.1-26, [http://bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl\\_gos.php?nt=172](http://bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=172).
- UNDP (1995); *Human Development Report*, Oxford University Press, NY.
- UNDP(1997a); *İnsani Gelişme Raporu: Türkiye*, Ankara.
- UNDP(1997b); “Analytical Tools for Human Development”, *Human Development Report*, <http://undp.org/hdro/anatols.htm>, (13.02.2002).
- UNDP(1998); *İnsani Gelişme Raporu: Türkiye*, Ankara
- UNDP(2000); *Human Development Report*, Oxford University Press, NY. <http://hdr.undp.org>, (10.04.2003).
- UNDP(2001a); *Human Development Report*, Oxford University Press, NY. <http://hdr.undp.org>, (15.02.2002).
- UNDP(2001b); *İnsani Gelişme Raporu: Türkiye*, Ankara.
- UNDP(2002); *Human Development Report*, Oxford University Press, NY. <http://hdr.undp.org>, (6.02.2003).
- UNDP(2003a); “Yeni Bin Yılın Kalkınma Hedeflerine 2015 Yılına Kadar Ulaşılması: İlerleme için Önerilen Tablolar”, *İnsani Gelişme Raporu-2003*, <http://undp.org.tr>, (14.07.2003).
- UNDP(2003b); *Human Development Report*, Oxford University Press, NY. <http://hdr.undp.org/reports/global/2003/>, (17.02.2004).
- WHO (2002a); *WHO Estimates Of Health Personel*, [http:// who.int/whosis/health-personnel](http://who.int/whosis/health-personnel) (2.02.2003).
- WHO (2002b); *The World Health Report 2002*, WHO Publications, center. USA. <http://who.int/whr/2002annex/en/>, (4.05.2003).

WHO (2003); *Shaping The Future, The World Health Report 2003*, WHO Publications Center, USA, <http://who.int/whr/2003annex/en/>, (10.03.2004).

WORLD BANK, (2001); *World Development Report, (2000-2001); Attacking Poverty, Introduction to the Selected World Development Indicators*, Oxford University Press, NY.