

PAPER DETAILS

TITLE: SAĞLIK VE EKONOMİK BÜYÜME: 1960-2005 DÖNEMİNDE GELİSMEKTE OLAN
ÜLKELERDE SAĞLIK VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ KARSILIKLI İLİSKİNİN ANALİZİ

AUTHORS: Özcan DAGDEMİR

PAGES: 75-96

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/35958>

SAĞLIK VE EKONOMİK BÜYÜME: 1960-2005 DÖNEMİNDE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK VE EKONOMİK BÜYÜME ARASINDAKİ KARŞILIKLI İLİŞKİNİN ANALİZİ

Doç. Dr. Özcan Dağdemir
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

• • •

Özet

Bu çalışmada, sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı ilişkinin varlığı, gelişmekte olan ülkelerin 1960-2005 dönemine ait sağlık ve ekonomik büyüme göstergelerine dayanılarak sorgulanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin doğuştan yaşam beklentileri 1960-2005 döneminde 45 yıldan 66 yıla artmıştır. Araştırma sonuçları, gelişmekte olan ülkelere 1960-1990 döneminde yüksek oranlarda artan doğuştan yaşam beklentisinin, 1990-2005 döneminde bu artış hızını kaybettiğini göstermiştir. Aynı dönemde gelişmiş ülkelerin doğuştan yaşam beklentisi istikrarlı artışını sürdürmektedir. Dünya sağlık düzeyinde gözlenen bu gelişme, 1960-1990 döneminde azalan küresel sağlık eşitsizliklerinin 1990-2005 döneminde artmasına neden olmaktadır. Çalışmada, gelişmekte olan ülkelerin sağlık alanında elde ettikleri büyük kazanımları, sadece ekonomik büyüme performansları ile açıklamanın yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık eşitsizliği, ekonomik büyüme, gelişmekte olan ülkeler, doğuştan yaşam beklentisi.

*Health and Economic Growth: An Analysis of the Inter-Relationship
Between Health and Economic Growth Within Developing Countries in 1960-
2005*

Abstract

In this paper, the inter-relationship between health and economic growth is inquired depending on the health and economic growth data of developing countries in 1960-2005. The life expectancy at birth in developing countries was increased from 45 years to 66 years in 1960-2005. The results of the paper indicate that the life expectancy at birth in developing countries which had been increased in 1960-1990 was begun to decelerate in 1990-2005. Nevertheless the life expectancy at birth in developed countries sustained its steady increase at the same period. This progress which is observed at the world health level caused to an increase in 1990-2005 at the global health inequalities which were decreased in 1960-1990. In the paper, it is reached as a conclusion that it is not sufficient to explain the remarkable gains of developing countries in health by their economic growth performances merely. Nonetheless gains in health level constitute a fundamental determinant of economic growth in developing countries.

Keywords: Health, health Inequality, economic growth, developing countries, life expectancy at birth.

Sağlık ve Ekonomik Büyüme: 1960-2005 Döneminde Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Karşılıklı İlişkinin Analizi

1- GİRİŞ

20. yüzyılda insan sağlığında gözlenen olumlu gelişmeler, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada doğuştan yaşam beklentisinin artmasına neden olmuştur. Kişi başına gelirin artışıyla birlikte yoksulluğun azalması, beslenme koşullarının iyileştirilmesi, yaşam alanlarının sağlığa uygun hale getirilmesi, tıbbi teknolojilerde yeniliklerin uygulanması, sağlık sistemlerinin geliştirilmesi gelişmekte olan ülkelerde doğuştan yaşam beklentisini arttıran faktörler olmuştur. Bununla birlikte, özellikle aşılama programları ve doğum sonrası bakım gibi düşük maliyetli ve bu nedenle de kişi başına gelir artışına bağlı olmayan tedbirler, çocuk ölümlerini azaltarak doğuştan yaşam beklentilerinin artmasına katkıda bulunmuştur. Son yirmi yıllık dönemde, artan kişi başına gelire ve sağlık harcamalarına rağmen gelişmekte olan dünyada doğuştan yaşam beklentisi artış oranlarında yavaşlama eğilimi gözlenmektedir. Sahra Altı Afrika bölgesi ülkeleri ile Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesi ülkelerinin içinde bulundukları koşullar nedeniyle doğuştan yaşam beklentilerinin azalmakta olduğu bir dönem yaşanmaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler için ekonomik kalkınma, toplumun eğitim ve sağlık düzeyi tarafından belirlenen beşeri sermaye ve tasarrufları tarafından beslenen fiziki sermaye stokuna bağlıdır. Çocukların beslenme düzeyi, eğitim altyapısı ve aile bireylerinin beden sağlığı ve kavrayış düzeyi gibi hanehalkına özel kaynaklar beşeri sermaye birikimi kadar fiziki sermaye birikimini de etkilemektedir. Sağlıklı bir toplumun göstergesi olan doğuştan yaşam beklentisindeki artışın doğurganlık oranlarını düşüren fakat tasarruf

oranlarında, okullaşma oranlarında, ülkeye giren doğrudan yabancı sermaye oranlarında artışa neden olan sonuçlarının fiziki sermaye stokunu ve dolayısıyla ekonomik büyüme oranlarını etkilediği düşünülmektedir. Ekonomik büyümenin sağlık düzeyini, sağlık düzeyinin de beşeri ve fiziki sermaye birikimi yoluyla ekonomik büyümeyi etkilediği bu döngüde gelişmekte olan ülkelerin temel sorunlarından biri de ekonomik kalkınma düzeylerinin düşüklüğüne bağlı olarak yaşadıkları sağlık sorunlarıdır. Bu bağlamda gelişmekte olan ülkelerin sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı ilişkiyi tanımlarken yaşadıkları çelişki, eriştikleri sağlık düzeyinin aynı zamanda ekonomik kalkınma hedeflerinin temel kısıtlarından biri olmasıdır. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyümenin sağlık düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesine ve sağlık kazanımlarının ekonomik büyüme performanslarına katkısının saptanmasına yönelik, sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı etkileşimi ortaya koyacak bir analize ihtiyaç vardır.

Bu çalışma, sağlık politikalarındaki dönüşüm sürecinde ekonomik büyüme ve sağlık arasındaki karşılıklı etkileşimi sorgulama olanağı sunan genel eğilimleri ve bu eğilimlere yön veren belirleyici faktörlerin etkilerini özellikle gelişmekte olan ülkelerin 1960-2005 dönemine ait göstergelerinden hareketle değerlendirmektedir. Çalışmada ele alınan dönem, gelişmekte olan ülkelere devletin sağlık politikalarında düzenleyici rolünün ön planda olduğu 1960-1990 dönemi ve sağlık politikalarında piyasanın düzenleyici rolünün önem kazanmakta olduğu 1990-2005 dönemi olmak üzere iki döneme ayrılarak incelenmektedir. Çalışmanın orijininde yer alan 1990 yılı sağlık politikalarındaki dönüşümü temsil ettiği düşünülen bir yıl olması yanında, Sovyetler Birliği'nin dağılmasıyla ortaya çıkan yeni devletlere ait göstergelerin de çalışmaya dahil edildiği yeni bir dönemin başlangıcı olması nedeniyle seçilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık düzeyindeki gelişmeler, doğuştan yaşam beklentisi tahminleri üzerinden değerlendirilmiştir. Seçilmiş ülkelerin doğuştan yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme göstergelerini temsil eden veriler Dünya Bankası, Dünya Kalkınma Göstergeleri (World Bank, World Development Indicators) veritabanından sağlanmıştır.

Çalışmanın girişi takip eden ikinci başlığı altında sağlık alanındaki gelişmelerin çıktısı olarak kabul edilen doğuştan yaşam beklentisindeki kazanımlara ve bu kazanımların yıllara ve bölgelere göre dağılımındaki gelişmelere yer verilmektedir. Dünya genelinde son 50 yıldır elde edilmiş dramatik sağlık kazanımlarının, bu dönemde kaydedilen ekonomik büyüme performansları ile ne kadar ilişkili olduğu sorusu, çalışmanın üçüncü başlığı altında, en yoksuldan en zengin ülkeye kişi başına gelir düzeylerine göre gruplandırılarak oluşturulmuş %20'lik ülke grupları referans alınarak tartışılmaktadır. Çalışmanın dördüncü başlığı altında, gelişmekte olan ülkelerin

sağlık düzeylerinde kaydedilen iyileşmenin ekonomik büyüme performanslarına etkisi, bu ilişkiyi yönlendirdiği düşünülen faktörlerin gelişimini analiz eden bir yaklaşımla sorgulanmaktadır. Sonuç başlığı altında, çalışmadan elde edilmiş olan bulgular açıklanmakta ve bu bulgular gelişmekte olan ülkeler açısından değerlendirilmektedir.

2- DÜNYADA SAĞLIK DÜZEYİNDEKİ GELİŞME VE GENEL EĞİLİMLER

Sağlık alanında dünya genelinde gözlenen gelişme ve eğilimleri açıklamayı amaçlayan bu çalışmada, toplumun sağlık düzeyi ve bu düzeydeki gelişmeler doğuştan yaşam beklentisi göstergesi üzerinden izlenmektedir. Bu gösterge dünya nüfusunun hemen tümü için elde edilebilir olması nedeniyle, pek çok gösterge arasından özellikle tercih edilmiştir. Doğuştan yaşam beklentisi tahminleri, yedi coğrafi bölge ve Dünya Bankası'nın tanımladığı Düşük ve Orta Gelir Ekonomileri ve Yüksek Gelir Ekonomileri ayrımında 145 ülke için Tablo 1'de düzenlenmiştir. Bölgelerin doğuştan yaşam beklentisi ortalamaları ülkelerin nüfus büyüklükleriyle ağırlıklı olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1'in 145 ülkeye ait doğuştan yaşam beklentisi verilerinin derlenmesiyle ortaya koyduğu 1960-2005 dönemine ait gözlemler, ele aldığımız dönemdeki gelişmeleri açıklayan beş temel eğilimin varlığını not etmemize olanak sağlamaktadır:

Birinci eğilim: Dünya genelindeki sağlık kazanımları uzun dönemli gelişimini hız kaybetmekle beraber sürdürmektedir. Dünya genelinde doğuştan yaşam beklentisi 1960 yılında 50,4'ten 2005 yılında 68'e artmıştır. İkinci eğilim: Yüksek Gelir Ekonomileri'nin doğuştan yaşam beklentisi, tüm yıllarda Düşük ve Orta Gelir Ekonomileri'nin doğuştan yaşam beklentisinden yüksektir. Üçüncü eğilim: Doğu Asya ve Pasifik ülkeleri 1970 yılından itibaren, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri 2000 yılından itibaren doğuştan yaşam beklentilerini Dünya ortalamasının üzerine çıkarmayı başarmışlardır. Dördüncü eğilim: Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinin durağan bir görünüm sergilemekte olan doğuştan yaşam beklentileri Sovyetler Birliği'nden kopuş ve piyasa ekonomisine geçiş sürecinde yaşanan zorluklar nedeniyle 1990-2000 döneminde azalmaya başlamıştır. Beşinci eğilim: Sahra Altı Afrika ülkelerinde 1960-1990 döneminde hızla artan doğuştan yaşam beklentisi, başta HIV/AIDS olmak üzere, tüberküloz ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklar ve yetersiz beslenme koşullarına bağlı ölümlerdeki artıştan kaynaklanan nedenlerle 1990-2005 döneminde azalma eğilimine girmiştir (Jamison, 2006: 6).

Tablo 1: Doğuştan Yaşam Beklentisindeki Gelişmeler ve Ülkelerarası Sağlık Eşitsizliği

Bölgeler	Doğuştan Yaşam Beklentisi (Yıl)					
	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Doğu Asya ve Pasifik	38,9	59,2	64,5	67,3	69,2	70,7
Doğu Avrupa ve Orta Asya	-	67,2	67,3	69,0	68,4	68,9
Euro Bölgesi	69,5	71,3	73,7	76,1	78,5	79,7
Latin Amerika ve Karayipler	56,2	60,3	64,6	68,3	71,5	72,7
Orta Doğu ve K. Afrika	47,1	52,2	58,1	64,1	67,8	69,3
Güney Asya	43,8	48,8	53,6	58,6	62,5	63,9
Sahra Altı Afrika	41,1	45,1	48,5	50,4	49,0	47,0
Düşük ve Orta Gelir	44,5	55,9	60,0	63,1	64,8	65,9
Yüksek Gelir	68,7	70,7	73,4	75,7	77,9	78,9
Dünya	50,4	59,1	62,7	65,4	67,0	68,0
Eşitsizlik Ölçütleri	Sağlığın Bölgelerarası Dağılımı ve Ülkelerarası Sağlık Eşitsizliği					
Doğuştan Yaşam Beklentisi Dağılımı	30,6	26,2	25,2	25,7	29,5	32,7
Ülkelerarası Sağlık Eşitsizliği	0,307	0,167	0,131	0,121	0,126	0,131

Doğu Asya ve Pasifik (18 ülke): Amerikan Samoa, Kamboçya, Çin, Fiji, Endonezya, Kiribati, Kore, Malezya, Mongolya, Myanmar, Palau, Papua Yeni Gine, Filipinler, Samoa, Solomon Adaları, Tayland, Tonga, Vietnam. *Avrupa ve Orta Asya* (25 ülke): Arnavutluk, Ermenistan, Azerbaycan, Belarus, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Gürcistan, Macaristan, Kazakistan, Kırgızistan, Latviya, Litvanya, Makedonya, Moldova, Karadağ, Polonya, Romanya, Rusya, Sırbistan, Slovakya, Tacikistan, Türkiye, Türkmenistan, Ukrayna. *Euro Bölgesi* (13 ülke): Avusturya, Belçika, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, Slovenya, İspanya. *Latin Amerika ve Karayipler* (21 ülke): Arjantin, Bolivya, Brezilya, Şili, Kolombiya, Kosta-Rika, Küba, Dominik, Ekvador, El-Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Meksika, Nikaragua, Panama, Paraguay, Peru. *Orta Doğu ve Kuzey Afrika* (20 ülke): Cezayir, Bahreyn, Cibuti, Mısır, İran, İsrail, Ürdün, Kuveyt, Lübnan, Libya, Malta, Fas, Umman, Katar, Suudi Arabistan, Suriye, Tunus, Birleşik Arap Emirlikleri, Gazze, Yemen. *Güney Asya* (8 ülke): Afganistan, Bangladeş, Butan, Hindistan, Maldivler, Nepal, Pakistan, Sri Lanka. *Sahra Altı Afrika* (40 ülke): Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Kamerun, Cabo Verde, Orta Afrika Cumh., Çad, Kamoros, Kongo, Cote d'Ivoire, Eritre, Etiyopya, Gabon, Gambiya, Gana, Guinea, Kenya, Lesoto, Liberya, Madagaskar, Malavi, Mali, Moritanya, Mazambik, Namibya, Nijer, Nijerya, Ruvanda, Senegal, Somali, Güney Afrika, Sudan, Tanzanya, Togo, Uganda, Zambiya, Zimbabve.

Kaynak: World Bank, World Development Indicators Database'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Dünyada doğuşta yaşam beklentisi 1960-2005 dönemini kapsayan aralıkta 50,4 yıldan 68,0 yıla artmış olmakla beraber bu artış, dönemlere ve bölgelere farklı düzeylerde yansımıştır. Sağlık kazanımlarının dağılım eğilimlerini değiştiren bu gelişmeler, uluslararası sağlık eşitsizliklerinin de değiştiğine işaret etmektedir.

Tablo 1'in alt iki satırı, dünya geneli için doğuşta yaşam beklentisi dağılımı ve ülkelerarası sağlık eşitsizliği olmak üzere iki sağlık eşitsizliği göstergesi tanımlamakta ve bu göstergelerdeki gelişimi 1960-2005 dönemi için takip etme olanağı sunmaktadır. Doğuşta yaşam beklentisi dağılımı, 7 coğrafi bölge içinde en yüksek ve en düşük doğuşta yaşam beklentisine sahip bölgeler arasındaki yıl farkını göstermektedir. Ülkelerarası sağlık eşitsizliği ölçütü ise ülkelerin ortalama yaşam beklentilerini dünya nüfusu içindeki ağırlığı ile birlikte değerlendiren bir ölçüt üzerinden 145 ülke verileri kullanılarak hesaplanmıştır¹. Doğuşta yaşam beklentisi ve nüfus rakamları Dünya Bankası Dünya Kalkınma Göstergeleri veritabanından temin edilmiştir.

1960-2005 döneminin sağlık eşitsizliği açısından bir değerlendirmesi yapılacak olursa, bölgelerarası doğuşta yaşam beklentisinde 1960-1990 döneminde gözlenen yakınsama eğiliminin 1990-2005 döneminde tersine dönmekte olduğunu ifade etmek gerekir. 1960-1990 yılları arasında Dünya ortalamasının üzerinde doğuşta yaşam beklentisi olan 4 bölge varken, 2000 yılında bölge sayısı 5'e çıkmış, 2005 yılında da tekrar 4'e düşmüştür. Doğuşta yaşam beklentisinin bölgelere göre dağılımında en yüksek ve en düşük yaşam beklentileri arasındaki fark 1960 yılında 30,6 yıl iken 1970 yılında 26,2 yıla, 1980 yılında 25,2 yıla düşmüştür. Bu eğilim 1990 yılı ile birlikte değişmiş ve 2005 yılına kadar sırasıyla 25,7 yıla, 29,5 yıla ve 32,7 yıla artmıştır.

Ülkelerarası sağlık eşitsizliği ölçütünün zaman içindeki gelişimi de bu eğilimi doğrulamaktadır. Ülkelerarası sağlık eşitsizliği ölçütü katsayısının 1'e yaklaşması sağlıktaki eşitsizliğin arttığı, 0'a yaklaşması ise sağlıktaki eşitsizliğin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. 1960-2005 dönemi için hesaplanmış olan ülkelerarası sağlık eşitsizliği ölçütü katsayılarına göre, 1960

$$^1 E = \frac{\sqrt{\sum_{i=1}^n (H_i - \bar{H})^2 * P_i}}{\bar{H}}$$

E: Ülkelerarası sağlık eşitsizliği ölçütü

Hi: Ülke/bölge halkının doğuşta yaşam beklentisi

H: Ortalama doğuşta yaşam beklentisi

Pi: Nüfus oranı

yılından itibaren azalmakta olan ülkelerarası sağlık eşitsizliği, 1990 yılı sonrasında tersine dönerek artmaya başlamıştır.

Bu sonuçlar, farklı çalışmalarda kullanılmış ülkelerarası sağlık eşitsizliği göstergelerine dayandırılmış bulgular tarafından da desteklenmektedir. Wilson, dünyanın doğu'da yaşam beklentisi en düşük bölgelerinde ölüm oranlarının azaltılmasında sağlanan başarı ile doğu'da yaşam beklentisinin hızla artmakta olduğunu açıkladığı çalışmasında, 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren bu bölgelerdeki sağlık düzeyinin gelişmiş dünyanın sağlık düzeyi ile anlamlı bir yakınsama süreci içinde olduğuna işaret etmektedir (Wilson, 2001). Mayer ise 20. yüzyılın sonlarında dünya sağlık düzeyindeki yakınsama eğiliminin zengin ve yoksul ülke gruplarının kendi içinde gerçekleşmekte olduğunu, dolayısıyla küresel anlamda bir yakınsama eğiliminin varlığından söz edilemeyeceğini ileri sürmektedir (Mayer, 2001). Mayer' e göre dünyanın en yoksul ülkeleri en düşük doğu'da yaşam beklentisi düzeyinde (45-50 yıl) bir yakınsama gösterirken, en zengin ülkeleri daha yüksek bir doğu'da yaşam beklentisi düzeyinde yakınsama göstermektedirler (75-80 yıl).

3- EKONOMİK BÜYÜMENİN SAĞLIK DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Sağlık alanında 1960-2005 döneminde dünya genelinde kaydedilen ilerlemeler, gelişmekte olan ülkelerde daha dramatik düzeylerde olmak üzere, dünya sağlık düzeyinde belirgin bir iyileşmeye neden olmuştur. Sağlık alanında kaydedilen gelişmelerin kaynaklarını ve bu gelişmeye katkı derecelerini açıklamayı amaçlayan çalışmalar geniş bir literatür oluşturmaktadır. Dünya Bankası, kişi başına gayrisafi yurtiçi hasılanın (GSYİH) yüzde artışı ile ölçtüğü ekonomik büyüme oranını doğu'da yaşam beklentisindeki artışı açıklayan temel bir gösterge olarak kabul etmektedir (World Bank, 1993). Cremieux, Ouelette ve Pilon sağlık programlarını destekleyen etkin sağlık harcamalarını, Anand ve Ravallion gelir dağılımındaki eşitsizlikleri, Caldwell, Subbaro ve Raney kadının toplumdaki statüsü ve eğitim düzeyini, Kalediene ve Petrauskiene kentli nüfus oranını doğu'da yaşam beklentisini etkileyen sosyoekonomik göstergeler olarak tanımlamaktadırlar (Cremieux/Ouelette/Pilon, 1999; Anand/Ravallion, 1993; Caldwell, 1986; Subbaro/Raney, 1995; Kalediene/Petrauskiene, 2000). Bu ilişkileri sorgulayan çalışmalar, kişi başına gelir ve sosyoekonomik göstergeler ile doğu'da yaşam beklentisi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir.

3.1- Ekonomik Büyümenin Sağlık Düzeyine Etkisini Sorgulayan Çalışmalar

Dünyada doğuşta yaşam beklentisindeki artışın kaynaklarını araştıran literatür incelendiğinde, farklı sosyoekonomik göstergelerle ilgilenmiş de olsalar tüm çalışmaların kişi başına gelir düzeyini modellerine dahil ettikleri görülmektedir. Pritchett ve Summers “Zengin Sağlıklıdır” başlıklı makalelerinde gelirin sağlık üzerindeki açıklayıcı etkisinin, diğer tüm faktörlerden ve sağlık politikalarının olası etkilerinden daha önemli olduğunu savunmaktadır (Pritchett/Summers, 1996). Bu düşünceye göre ülke ekonomileri büyüyorsa, vatandaşlarının da sağlığı kendiliğinden iyileşecektir. Pritchett ve Summers’in makalesi halk sağlığı konusundaki kamusal taleplere karşı ekonomik liberalizmi savunan iktisatçılar tarafından ilgiyle karşılanmıştır.

Buna karşın, doğuşta yaşam beklentisi ve kişi başına gelir arasındaki ilişkiyi ülkelere ait gözlemlerden hareketle sorgulayan Preston’a göre eğer ekonomik büyüme sağlık kazanımlarının tek nedeni olsaydı, aynı gelir düzeyindeki ülkeler kendi adıyla bilinen Preston eğrisi üzerinde konumlanmış olacaktı (Preston, 1975). Fakat Preston, veri bir gelir düzeyinde ülkeler arasında doğuşta yaşam beklentilerinde önemli sapmalar olduğunu saptamıştır. Anand ve Ravallion da, kişi başına gelir ve doğuşta yaşam beklentisi arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamakla birlikte, yoksulluğu ve devletin sağlık harcamalarını temsil eden değişkenleri modeline uyumlaştırdığında, kişi başına gelir ve doğuşta yaşam beklentisi arasındaki anlamlı ilişkinin kaybolduğunu görmüştür (Anand/Ravallion, 1993). Wilkinson, kişi başına gelir düzeyi ve doğuşta yaşam beklentisi arasında yoksul ülkeler için güçlü bir ilişki olduğunu fakat belirli bir gelir eşiğini aşmış ülkeler arasında bu ilişkinin kaybolmakta olduğunu saptamıştır (Wilkinson, 1996). 21. yüzyılın başlarında sosyoekonomik göstergelerinde olumlu gelişmeler sağlamış olan gelişmekte olan ülkelerin, doğuşta yaşam beklentilerinin gerilemeye başladığına işaret eden Kabir, kişi başına gelir artışı ve sosyoekonomik göstergelerdeki olumlu gelişmelerin doğuşta yaşam beklentisindeki artışın garantisi olmadığını açıklamıştır (Kabir, 2008).

3.2- Gelişmekte Olan Ülkelerde Ekonomik Büyümenin Sağlık Düzeyine Etkisi

Doğuşta yaşam beklentisi ve kişi başına gelir arasındaki ilişkiyi, ülkeleri kişi başına gelir düzeylerine göre %20’lik ortak dilimler altında toplayarak ve her bir gelir dilimindeki ülkeler grubunun doğuşta yaşam beklentisinde zaman içinde meydana gelen gelişmeleri izleyerek sorgulamak mümkündür. Bu

yöntem aynı zamanda ortak gelir dilimleri altında toplanmış ülke grupları arasında sağlık kazanımlarından yararlanma yönüyle oluşan farklılıkları da değerlendirme olanağı da sunacaktır.

Bu amaçla oluşturulmuş Tablo 2, kişi başına GSYİH büyüklüklerine göre en yoksul ülkeden en zengin ülkeye sıralı %20'lik dilimler halinde tanımlanmış ülke gruplarının 1960, 1990 ve 2005 yılları için ortalama kişi başına gelir ve doğuşta yaşam beklentisi göstergelerini içermektedir. En yoksul %20'lik gelir diliminden başlayarak ilk dört gelir dilimi Dünya Bankası'nın Düşük ve Orta Gelir Grubu Ülkeler tanımı içinde yer alan gelişmekte olan ülkeleri temsil etmektedir. Seçilmiş yıllar için oluşturulan %20'lik gelir dilimleri ülkelerin o yıllardaki kişi başına gelir düzeylerine göre oluşturulmuştur. Bu nedenle gelir dilimleri her bir dönemde aynı ülkeler setini içermemektedir.

Tablo 2: Ekonomik Büyüme ve Doğuşta Yaşam Beklentisi: %20'lik Kişi Başına Gelir Dilimlerine Göre Genel Eğilimler

	En Yoksul %20	İkinci %20	Üçüncü %20	Dördüncü %20	En Zengin %20
Kişi Başına GSYİH (sabit, 2000, \$)					
1960	198	468	897	2701	8712
1990	244	645	1819	6626	21603
2005	270	842	2737	9589	29717
1960-1990 (yıllık % değişme)	0,8	1,3	3,4	4,8	4,9
1990-2005 (yıllık % değişme)	0,7	2,0	3,4	3,2	2,5
1960-2005 (% değişme)	36,4	79,9	205,1	255,0	241,1
Doğuşta Yaşam Beklentisi (yıl)					
1960	42	45	53	60	70
1990	51	61	67	72	76
2005	54	64	69	75	80
1960-1990 (yıllık % değişme, ay)	8,6	14,2	10,5	8,0	3,4
1990-2005 (yıllık % değişme, ay)	4,7	3,9	2,4	3,4	4,2
1960-2005 (% değişme)	28,5	42,2	30,1	25,0	14,3

(2005 Yılı) *En Yoksul %20*: Burundi (49), Liberya (45), Malawi (48), Ethiopia (52), Niger (56), Madagaskar (59), Togo (58), Nepal (64), Burkina Faso (52), Rwanda (45), Cad (51), Gana (59), Mozambik (43), Gambiya (59), Benin (57), Zambiya (41), Bangladeş (63), Haiti (60), Guinea (55), Kenya (53), Zimbabwe (42), Nijerya (47), Moritanya (64), Sudan (59), Moldova (68), Lesotho (43) *İkinci %20*: Senegal (62), Yemen (62), Cote d'Ivoire (48), Moğolistan (67), Hindistan (64), Pakistan (65), Papua Yeni Gine (57), Kamerun (50), Özbekistan (62), Nikaragua (72), Angola (42), Endonezya (68), Ukrayna (68), Gürcistan (71), Guyana (66), Sri Lanka (75), Butan (65), Bolivya (65), Kongo Cumh. (54), Filipinler (71), Ermenistan (71), Azerbaycan (72), Suriye (74), Honduras (70), Paraguay (71) *Üçüncü %20*: Çin (72), Arnavutluk (76), Fas (70), Ecuador (75), Mısır (71), Guatemala (70), İran (70), Kazakistan (66), Bulgaristan (73), Ürdün (72), Namibya (52), Kolombiya (72), El Salvador (71), Romanya (72), Fiji (68), Peru (71), Tunus (73), Rusya (65), Dominik Cum. (72), Tayland (70), Jamaika (71), Güney Afrika (48), Belize (72), Brezilya (72), Gabon (57), Malezya (74) *Dördüncü %20*: Botswana (49), Panama (75), Costa Rika (79), Türkiye (71), Venezuela (74), Latviya (71), Polonya (75), Hırvatistan (75), Şili (78), Macaristan (73), Meksika (74), Estonya (73), Uruguay (76), Çek Cum. (76), Barbados (77), Arjantin (75), Trinidad (69), Suudi Arabistan (72), Umman (75), Malta (80), Portekiz (78), Porto Riko (78), Slovenya (78), Kore (78), Yeni Zelanda (80) *En Zengin %20*: İspanya (81), Yunanistan (79), Bahama (72), İtalya (80), İsrail (80), Lao Pdr (78), Avustralya (81), Fransa (80), Almanya (79), Belçika (79), Hollanda (79), Avusturya (79), Birleşik Arap Emirlikleri (79), Kanada (80), Finlandiya (79), Singapur (80), İngiltere (79), İrlanda (79), İsveç (81), Hong Kong (82), Danimarka (78), İsviçre (81), İzlanda (81), ABD (78), Japonya (82), Norveç (80), Luxemburg (79).

Kaynak: World Bank, World Development Indicators Database'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 2'nin ortaya koyduğu verilerden hareketle, sağlık düzeyindeki farklılaşmanın kişi başına gelir artışı ile ilişkisini sorgulamak üzere iki farklı analiz yöntemi geliştirilebilir. Bunlardan birincisi, seçilmiş her yıl için en yoksul %20'den başlayarak en zengin %20'ye kadar, doğuştan yaşam beklentilerini kişi başına gelir düzeyi ile birlikte izlemektir. İkinci analiz yöntemi de her bir %20'lik gelir dilimi için, 1960 yılından 2005 yılına kadar geçen dönemde, doğuştan yaşam beklentilerinin gelişimini kişi başına gelir düzeyi ile ilişkilendirerek izlemek olabilir.

1960-2005 döneminde, en yoksul %20'den en zengin %20'ye kişi başına gelir ile birlikte doğuştan yaşam beklentisinin de arttığı görülmektedir. Örneğin, 2005 yılında en yoksul %20 diliminde kişi başına gelir 270 dolar, doğuştan yaşam beklentisi 54 yıl iken, üst gelir dilimlerinde kişi başına gelir 842 dolar olduğunda 64 yıla, 2737 dolar olduğunda 69 yıla, 9589 dolar olduğunda 75 yıla ve 29.717 dolar olduğunda 80 yıla artmaktadır. Her bir %20'lik gelir diliminin kendi içinde kişi başına gelir ve doğuştan yaşam beklentisi göstergelerinin zamana bağlı olarak gösterdiği gelişim de doğuştan yaşam beklentisinin kişi başına gelir ile birlikte arttığını göstermektedir. Özetle Tablo 2, hem aynı yılda bir üst gelir dilimine geçildiğinde, hem de aynı gelir diliminin zaman içinde geliri arttığında, doğuştan yaşam beklentisinin arttığını göstermektedir.

Sağlık çıktılarının kişi başına gelir düzeyi ile artan bir ilişki içinde olduğunu ortaya koyan analizler, %20'lik gelir dilimlerinde yer alan ülkelere ait göstergeleri kendi içinde inceleyen bir analizle desteklendiğinde gelir ve zaman trendlerine ek olarak bu ilişkiyi açıklayan başka bir faktörün varlığı dikkat çekmektedir. Aynı %20'lik gelir diliminde gruplandırılmış ülkeler arasında en

yüksek ve en düşük doğuşta yaşam beklentisi farkı geliştirmekte olan ülkeler arasında, en yoksul %20'lik gelir diliminden başlayarak sırasıyla; 26 yıl, 33 yıl, 28 yıl, 30 yıl gibi büyük sapmalara işaret etmektedir. En zengin %20'lik gelir dilimindeki ülkeler arasında doğuşta yaşam beklentisi farkı sadece 2 yıldır. Aynı gelir diliminde toplanmış geliştirmekte olan ülkelerin doğuşta yaşam beklentileri arasındaki farklılık, ülkelere özgü koşulların sağlık düzeyini belirleyen faktörler arasındaki önemini göstermektedir. En zengin ülkeler diliminde doğuşta yaşam beklentileri arasındaki farkın yok denecek kadar az olması, doğuşta yaşam beklentisinin büyüklüğünü etkileyen ülkelere özgü koşulların bu gelir dilimindeki ülkeler arasında büyük bir benzerlik göstermesiyle açıklanabilir.

Geliştirmekte olan ülkeler söz konusu olduğunda, doğuşta yaşam beklentisini açıklayan faktörler arasında ülkelere özgü koşulların etkili olduğunu ve kişi başına gelir düzeyinin etkisini zayıflattığını destekleyen örnekler verilebilir. 2005 yılı verilerine göre en yoksul %20'lik gelir diliminde yer alan Moldova'nın doğuşta yaşam beklentisi (68 yıl), ikinci %20'lik gelir dilimindeki ülkeler grubu için hesaplanan ortalama doğuşta yaşam beklentisinin (64 yıl) üzerindedir. Üçüncü %20'lik gelir dilimi içinde yer alan Güney Afrika, 48 yıl ile en yoksul %20'lik gelir dilimindeki ülkelerin ortalama doğuşta yaşam beklentisi olan 54 yılın oldukça gerisinde yer almaktadır. 1000 dolar kişi başına geliriyle ikinci %20'lik gelir diliminde yer alan Sri Lanka'nın doğuşta yaşam beklentisi 75 yıl iken, 930 dolar kişi başına geliri ile aynı %20'lik gelir dilimindeki Angola'nın doğuşta yaşam beklentisi sadece 42 yıldır.

Kişi başına gelir düzeyi ve sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi, geliştirmekte olan ülkelerin sağlık kazanımları ile ekonomik büyüme oranları arasındaki ilişki üzerinden de sorgulamak mümkündür. En yoksul %20'lik dilimden en zengin %20'lik dilime kişi başına gelir ve doğuşta yaşam beklentisi artış oranları 1960-1990 ve 1990-2005 dönemleri ayrımında Tablo 2'de düzenlenmiştir. 1960-1990 döneminde geliştirmekte olan ülkeler arasında kişi başına geliri daha düşük olan ülkeler daha yavaş büyümüşler fakat daha büyük sağlık kazanımları elde edebilmişlerdir. 1990-2005 döneminde de daha düşük gelirli ekonomiler daha yavaş büyümelerine karşın daha büyük sağlık kazanımları elde etmeyi sürdürmüşlerdir. İki dönem arasındaki farklılık, 1990-2005 döneminde dördüncü %20'lik gelir diliminden itibaren bu eğilimin tersine dönmüş olması ve yüksek gelirli ekonomilerin büyüme oranları düşerken sağlık kazanımlarının artmış olmasıdır. Tüm bu eğilimler geliştirmekte olan ülkelerin sağlık kazanımlarının ekonomik büyüme oranları ile ilişkili olmadığını, bu ülkelerin artan sağlık kazanımlarının ekonomik büyüme oranı dışında, ülkelere özgü koşullar ve kişi başına gelir düzeyi tarafından belirlenmekte olduğunu göstermiştir.

1960-1990 döneminde ekonomik büyüme performanslarından bağımsız olarak büyük sağlık kazanımları elde edebilen gelişmekte olan ülkelerin bu başarısı temel sağlık bilgisi ve ucuz tedavi yöntemlerinin zengin ülkelerden hızla transfer edilebilir olmasına bağlanmaktaydı (Deaton, 2004). 1990-2005 dönemine girildiğinde ise artan salgın ve bulaşıcı hastalıklar karşısında zengin ülkelerin geliştirdiği yüksek maliyetli önleme ve tedavi yöntemlerinin yoksul ülkeler tarafından transfer edilmesinde yaşanan güçlükler nedeniyle gelişmekte olan ülkeler, kişi başına gelir artışını korumuş olsalar da sağlık kazanımlarını eski oranlarda arttıramamaktadırlar (Attaran, 2004). Zengin ülkeler grubunun sağlık kazanımlarını ekonomik büyüme oranlarındaki düşüşe karşın koruyabilmeleri, bu ülkelerde gelirin daha dengeli bir dağılım gösteriyor olmasına ve yüksek maliyetli tıbbi tedavi yöntemleri de dahil olmak üzere her türlü sağlık hizmetine, güçlü sağlık sistemleri sayesinde toplumun tüm kesimlerinin erişebilir olmasına bağlanmaktadır (Judge/Mulligan/Benzeval, 1998).

Özetle, kişi başına gelir düzeyindeki ve ekonomik büyüme oranlarındaki gelişmeler gelişmekte olan ülkelerin doğuştan yaşam beklentisi ile ifade edilen küresel sağlık kazanımlarını tek başına açıklamaya yetmemektedir. Tıp alanındaki dramatik gelişmeler, halk sağlığı alanındaki çalışmaların derecesi ve güçlü sağlık sistemlerinin varlığı küresel sağlık kazanımlarını etkileyen önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır (World Bank, 2005: 59).

4- SAĞLIK DÜZEYİNDEKİ İYİLEŞMENİN EKONOMİK BÜYÜMEYE ETKİSİ

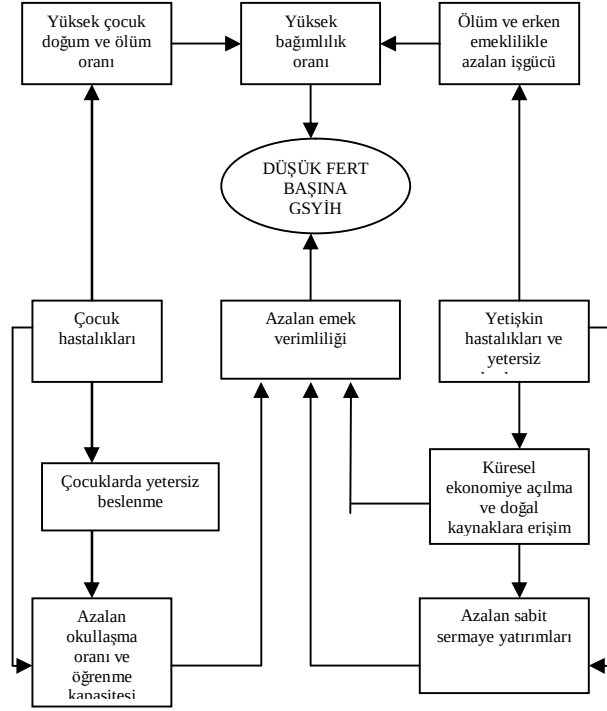
20. yüzyılın ikinci yarısında sağlık alanında, dünya genelinde doğuştan yaşam beklentisinin artması ve ülkeler arasında doğuştan yaşam beklentilerinin yakınsaması gibi olumlu gelişmeler sağlanmıştır. Sağlık düzeyindeki iyileşme eğilimleri beşeri sermayenin gelişimini desteklerken ülkelerin ekonomik büyüme hızlarını da beslemiştir. Sağlığa ayrılan kaynakların hastalıkların ve ölümlerin azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına neden olduğu gibi kişi başına gelirin artışını da doğrudan etkilemekte olduğu düşünülmektedir. Bu başlık altında öncelikle sağlık kazanımlarının ekonomik büyümeyi etkileme mekanizmaları ele alınarak ilişkinin teorik çerçevesi oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlık düzeyindeki kazanımların ekonomik büyümeye etkisi, bu ilişkiyi sorgulayan araştırmaların bulgularına yer verilen literatür sunumunun ardından, gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisini ve bu ilişkiyi belirlediği düşünülen faktörlerin ortaya koyduğu genel eğilimleri ülke gruplarına göre analiz eden bir yaklaşımla incelenmiştir.

4.1- Sağlıkın Ekonomik Büyümeyi Etkileme Mekanizmaları

Sağlığın ekonomik büyümeyi etkileme süreci, işgücü verimliliğini ve işgücünün nüfusa göre büyüklüğünü değiştirmesiyle iki kanaldan gelişmektedir. Şekil 1, sağlık ve kişi başına gelir düzeyindeki değişme ile ifade edilen ekonomik büyüme arasındaki etkileşim mekanizmalarının nasıl çalıştığını göstermektedir.

Sağlık düzeyindeki iyileşme işgücü verimliliğini arttırarak ekonomik büyüme performansını arttırmaktadır. Sağlık, verimlilik ve ekonomik büyüme arasındaki etkileşim süreci, sağlık düzeyindeki iyileşmenin bireyin yaşam dönemi boyunca gelirini tüketim harcamaları ve tasarrufları arasında nasıl paylaştıracağı konusunda yapacağı tercihini değiştirmesiyle başlamaktadır. F. Modigliani, A. Ando ve R. Brumberg tarafından geliştirilen ömür-boyu gelir modeline göre, tüketim harcamalarının emeklilik döneminde de yaşam standardında değişikliğe neden olmayacak şekilde sürdürülebilmesi için çalışılan dönemde elde edilen gelirin bir bölümü tasarruf edilmelidir. Emeklilik dönemi için tasarruf etme düşüncesi, ölüm oranlarının bireylerin rasyonel hareket etme noktasındaki tercihini değiştirecek kadar azalmasıyla birlikte eyleme geçmektedir. Toplumun tasarruf eğilimi, ölüm oranları düştüğü ve doğuşta beklenen yaşam süresi uzadığı ölçüde artmaktadır (Skinner, 1985: 1143). Gelişmekte olan ekonomilerde artan ömür ile patlayan tasarruf fonlarının, sabit sermaye yatırımları ile birlikte işgücü verimliliğini de arttırarak kişi başına gelir artışını hızlandıran bir katkı sağlaması beklenmektedir.

Şekil 1: Sağlıkın Kişi Başına GSYİH'ı Etkileme Mekanizmaları



Kaynak: DAVID, E./BLOOM, D. E./CANNING, D./JAMISON, D. T. (2004), "Health, Wealth, and Welfare," *Finance & Development*, 41 (1): p. 11.

Sağlık, verimlilik artışı ve ekonomik büyüme arasındaki etkileşim sürecinin diğer yolu, sağlık düzeyindeki iyileşmenin doğrudan yabancı sermaye yatırımları girişini cesaretlendirmesidir. Yatırımcılar işgücünün ağır hastalıklarla uğraştığı bölgelerden uzak durmak isterler. Bir yabancı şirketin yüksek bulaşıcı hastalık oranı süreklilik gösteren bir ülkeye, özel yeteneklerle donanmış, emek getirisi yüksek olan çalışanlarını kaybedeceği düşüncesiyle yatırım yapmak konusunda daha az istekli olması muhtemeldir. Bulaşıcı hastalıklar aynı zamanda insanların toprak ve diğer doğal kaynaklarına erişim olanağını da engellemektedir. Bu nedenle, sağlıklı bir toplumun cesaretlendireceği yabancı sermaye yatırımlarının işgücü verimliliğini artırarak kişi başına gelirin artmasına katkıda bulunması beklenmektedir.

Sağlık, verimlilik artışı ve ekonomik büyüme arasındaki etkileşim sürecinin bir diğer yolu ise, sağlık düzeyindeki iyileşmenin beşeri sermayenin kaynağı olan eğitimin yaygınlaşmasına ve eğitim döneminin uzamasına destek

olmasıdır. Yüksek ölümlü bir ortam, eğitime yatırımın yavaşlaması nedeniyle gelecek kuşakları beşeri sermaye yönüyle yoksullaştıracaktır. Doğuşta yaşam beklentisinin artması, eğitime talebi arttırdığı gibi eğitime yapılan yatırımın getirisini de arttırmaktadır. Bu nedenle, sağlık alanında kazanımları olan bir toplumda artan okullaşma oranına bağlı olarak eğitimin yaygınlaşmasının işgücü verimliliğini arttırarak kişi başına gelir artışını hızlandırması beklenmektedir.

Sağlık düzeyindeki iyileşmenin ekonomik büyüme performansını arttıran bir başka etkisi de işgücünün nüfusa oranının artması ile ortaya çıkmaktadır. Sağlık, işgücünün nüfusa oranındaki artış ve ekonomik büyüme arasındaki etkileşim süreci, toplumun demografik yapısını değiştirerek gelişmektedir. Sağlık alanındaki iyileşmelerden öncelikle ve büyük ölçüde çocuklar yararlanır. Bebek ölümlerindeki azalma başlangıçta doğurganlık oranı korunduğu için çocuk patlamasına neden olabilir. Fakat sonrasında aileler yeni ölüm oranlarında daha az sayıda çocuk sahibi olmayı tercih ederler. Bebek patlaması öncesindeki ve sonrasındaki dalgalar az çok benzer olmakla ve birbirini dengelemekle beraber, bu dönem boyunca, nüfus büyüklüğüne kıyasla büyük bir işgücü ve hızlandırılmış bir ekonomik büyüme için potansiyel yaratılmış olur (Bloom/Canning/Malaney, 2000: 257-258).

Eğitim olanağı bulan bu çocukların, yetişkin olduklarında ailelerinin gelirine bağımlı olmaksızın yaşamlarını sürdürebilmeleri ve ekonomik yaşamın içinde yer alarak kişi başına gelir artışına katkı yapmaları beklenmektedir. Sağlıklı bir toplum yaratılması durumunda, hastalıklar nedeniyle işsiz kalan veya erken emekli olmak zorunda kalan nüfus azalır. Bağımlılık oranını azaltan, işgücüne katılım oranını arttıran bu demografik gelişimi yaşayan ülkelerin daha yüksek kişi başına gelir düzeylerine ulaşmaları beklenmektedir.

4.2- Sağlığın Ekonomik Büyüme Etkisini Sorgulayan Araştırmalar

Sağlıklı olmanın ekonominin verimlilik potansiyelini harekete geçiren özelliği dikkate alındığında, istikrarlı bir ekonomik büyüme daha sağlıklı bir toplum yaratmak üzere yapılacak yatırımlara ve kurulacak sağlık sistemlerine bağlı olacaktır. Daha sağlıklı bir toplum olmanın ekonomik büyüme üzerindeki açıklayıcı etkisi çeşitli çalışmalarda sorgulanmaktadır.

Bu çalışmalarda doğuşta yaşam beklentisinin, bebek ve çocuk ölüm oranlarının, yetişkinlerin hayatta kalma oranlarının ve sağlık harcamalarının genel sağlık göstergeleri olarak seçildiği görülmektedir. Bloom, Channing ve Sevilla, doğuşta yaşam beklentisinin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini

araştıran çalışmalarında doğuşta yaşam beklentisi için ek bir yılın kişi başına geliri yüzde 4 oranında arttırmakta olduğunu saptamıştır (Bloom/Channing/Sevilla, 2004). Jamison, Lau ve Wang de yetişkin ölümlerindeki azalmanın 1960-1990 dönemindeki büyümenin yüzde 10-15'ini açıklamakta olduğunu görmüştür (Jamison/Lau/Wang, 2005).

Doğuşta yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişkiyi vurgulayan fakat bu ilişkinin ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişebileceğini açıklayan çalışmalardan da söz etmek gerekir. Bhargava, Jamison, Lau ve Murray, yetişkinlerin hayatta kalma oranları ile büyüme oranları arasındaki ilişkiyi sorgulayan çalışmalarında, yetişkinlerin hayatta kalma oranının büyüme üzerindeki etkisinin, düşük gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelerde olduğundan daha açıklayıcı olduğunu saptamışlardır (Bhargava/Jamison/Lawrance/Murray, 2001). Croix ve Licandro da bu sonucu destekler nitelikte, doğuşta yaşam beklentisi kısa ve çalışan nüfusun yaş ortalaması düşük olan ülkelere doğuşta yaşam beklentisi ile büyüme arasında var olduğunu saptadıkları pozitif ilişkinin, çalışan nüfusun yaş ortalamasının artmasıyla birlikte negatif bir ilişkiye dönüştüğünü açıklamaktadır (Croix/Licandro, 1999). Zhang, Zhang ve Lee, Üçüncü Dünya Ülkeleri'nin büyüme hızlarının ölüm oranlarındaki azalmadan olumlu yönde etkilenmekte olduğunu saptadıkları çalışmalarında, endüstrileşmiş ülkelerin büyüme hızının ölüm oranlarındaki azalma ve nüfusun yaşlanmasından olumsuz yönde etkilenmekte olduğunu görmüştür (Zhang/Zhang/Lee, 2003). Boucekkine, Croix ve Licandro, doğuşta yaşam beklentisi düşük olan ülkelere ömür ile kişi başına gelir arasında pozitif olan ilişkinin ömür bir düzeyi aştıktan sonra tersine döndüğünü saptamıştır (Boucekkine/Croix/Licandro, 2002).

Sağlık kazanımları artan bir toplumda artan ömür ile ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişkinin bu ülkelere tasarruf oranında ve okullaşma oranında gözlenen artışın etkisiyle açıklanabileceğini kanıtlayan çalışmalardan da söz etmek gerekir. Ehrlich ve Lui, genç kuşağın ömrü uzadıkça ailelerin çocuklarının geleceği için yaptıkları tasarrufların arttığını ve bunun büyüme hızını pozitif yönde etkilediğini açıklamıştır (Ehrlich/Lui, 1991). Bu çalışmayı, Zhang ve Zhang'ın doğuşta yaşam beklentisindeki artışın tasarruf oranlarında ve okullaşma oranlarında artışa neden olarak, büyümeyi pozitif yönde etkilemekte olduğunu açıkladıkları çalışma izlemiştir (Zhang/Zhang, 2005). Bununla birlikte Skinner'e göre, artan ömür ve büyüme arasında yaşam boyu gelir modeli ile tasarruf ve sermaye birikimindeki artış üzerinden kurulan ilişki güçlü değildir (Skinner, 1985). Zhang-Zhang ve Lee ise ömür ve uzun dönem ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişkinin tasarruf artışından daha çok, beşeri sermayeye yönelik yatırım harcamalarındaki artışa bağlı olduğunu saptamıştır (Zhang/Zhang/Lee, 2001).

Bazı araştırmalar da sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi sağlık harcamaları üzerinden açıklamaktadır. Bu çalışmalardan birinde Taban (2004), doğuşta yaşam beklentisi ve ekonomik büyüme arasındaki pozitif ilişkiye işaret ederken toplam sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında sağlık harcamalarının verimsizliği ile açıklanan bir nedenle anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır (Taban, 2004). Taban'ın bulguları Aisa ve Pueyo'nun, devletin sağlık alanındaki harcamalarının gelişmiş ülkelerin büyüme oranları üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu fakat gelişmekte olan ülkeler için bu ilişkinin geçerli olmadığını saptayan bulgularıyla da desteklenmektedir (Aisa/Pueyo, 2006).

Ampirik ve teorik düzeyde bu ilişkiyi sorgulayan çok sayıda çalışmanın ortaya koyduğu kanıtlar, gelişmekte olan bir ülkenin başlangıçta sahip olduğu sağlık düzeyinin, o ülkenin ekonomik büyümesini belirleyen açıklayıcı gücü yüksek bir faktör olduğunu göstermektedir.

4.3- Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlıkın Ekonomik Büyümeye Etkisi

Ekonomi ve sağlık politikalarında önemli dönüşümlerin yaşanmakta olduğu 1990 sonrası dönemde gelişmekte olan ülkeler, doğuşta yaşam beklentisi artış hızlarını büyük ölçüde kaybetmiş olmakla beraber, dünya ortalamasının üzerinde yıllık büyüme performansı göstermiştir (bkz. Tablo 1). 1990 sonrası dönemde yaşanmakta olan bu gelişme, gelişmekte olan ülkelere ekonomik büyümenin kaynakları arasında sağlık faktörünün önemini sorgulayan çalışmalara ilginin artmasına neden olmuştur. Bu başlık altında, daha sağlıklı bir toplum yaratmanın işgücü verimliliğini arttırarak ekonomik büyümeyi etkilediğini ileri süren hipotezin, gelişmekte olan ülkelere ait 1990-2005 dönemi verilerine dayanılarak sorgulanması amaçlanmaktadır.

Sağlık düzeyi ve ekonomik büyüme arasında ilişki kuran temel hipoteze göre, doğuşta yaşam beklentisindeki artış doğurganlık oranını düşürmekte, okullaşma oranını, tasarrufları, sabit sermaye yatırımlarını, doğrudan yabancı sermaye yatırımlarını arttırmakta ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır. Bu hipotezin geçerli olup olmadığı, sağlık ve ekonomik büyüme ilişkisini kuran mekanizmayı tanımlayan anahtar değişkenlerin, doğuşta yaşam beklentilerine göre gruplandırılmış ülkelere gözlenen ortalama değerlerine ve ne yönde değişmekte olduklarına bakılarak sorgulanabilir.

Tablo 3: Gelişmekte Olan Ülkelerde Doğuşta Yaşam Beklentisi ve Ekonomik Büyüme Etkileme Mekanizmaları Arasındaki İlişkiler

Doğuşta Yaşam Beklentisi	Doğuşta Ort. Yaşam Beklentisi		Doğurganlık Oranı	Okullaşma Oranı	Tasarruf / GSYİH	Yatırım/ GSYİH	Doğrudan Yabancı Sermaye	Büyüme Oranı
	1990	2005						
≤ 50 (19 ülke)	45.4	46.3	6.2	21.7	5.8	17.8	0.40	2.1
50 < ... ≤ 65 (36 ülke)	58.0	58.4	4.0	46.0	14.9	20.8	0.12	2.2
% Değişme	27.8	26.1	-35.5	111.9	156.9	16.9	-70.0	4.8
> 65 (48 ülke)	68.1	70.3	2.2	81.1	19.7	22.4	0.19	4.4
% Değişme	17.4	19.9	-45.0	76.3	32.2	7.70	58.3	100.0

Kaynak: World Bank, World Development Indicators Database'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda Dünya Bankası'nın Düşük ve Orta Gelir Grubu Ülkeleri tanımı içinde yer alan ve verilerine ulaşılabilen 103 gelişmekte olan ülke, 1990 yılındaki doğuşta yaşam beklentisi "50 yaş ve altı", "50 yaş ve 65 yaş arası", "65 yaş ve yukarısı" kıstaslarına göre gruplandırılmıştır. Yapılan gruplandırma esas alınarak 1990-2005 dönemine ait doğuşta yaşam beklentisi, doğurganlık oranı, ortaöğretimde okullaşma oranı, tasarruf oranı, sabit sermaye yatırım oranı, doğrudan yabancı sermaye yatırımlarının sabit sermaye yatırımları içindeki payını gösteren doğrudan yabancı sermaye yatırım oranı ve ekonomik büyüme oranı ortalamaları Tablo 3'de düzenlenmiştir.

Tablo 3'ün gelişmekte olan ülkeler arasında ortaya koyduğu gözlemler, doğuşta yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasında anlamlı ilişkiler kurulabileceğini göstermiştir. Buna göre, doğuşta yaşam beklentisi yüksek ülkeler grubuna geçildiğinde bu grupta yer alan ülkeler arasında doğurganlık

oranları azalmakta, buna karşın okullaşma, tasarruf, yatırım ve doğrudan yabancı sermaye yatırımı oranları ile büyüme oranları artmaktadır. Elde edilen bu sonuçlar sağlık düzeyi ve ekonomik büyüme ilişkisi üzerine kurulan temel hipotezi destekler niteliktedir.

Tablo 3 aynı zamanda okullaşma oranı, tasarruf ve yatırım oranı gibi değişkenlerin, doğuşta yaşam beklentisi yüksek ülkeler grubuna geçildiğinde büyüme oranı üzerindeki etkisini kaybetmekte olduğunu da göstermiştir. Buna karşın doğurganlık oranındaki düşüş hızı büyüme oranındaki artış hızını desteklemektedir. Gelişmekte olan ülkeler doğuşta yaşam beklentisindeki artış hızlarını, doğurganlık oranındaki ve ülkeye giren doğrudan yabancı sermaye yatırımlarındaki artış hızlarına yansıtabildikleri halde, okullaşma oranındaki, tasarruf ve yatırım oranlarındaki artış hızına yansıtamamaktadırlar. Dolayısıyla gelişmekte olan ülkelerin 1990-2005 dönemindeki büyüme performanslarını eğitim, sağlık, yurtiçi tasarruf ve yatırım gibi içsel faktörlerden daha çok bunların dışındaki faktörler belirlemeye başlamıştır denilebilir.

5- SONUÇ

Bu çalışmada, ekonomik büyüme ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişki, gelişmekte olan ülkelerin 1960-2005 dönemindeki deneyimlerinden hareketle değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları, dünya genelindeki sağlık kazanımlarının uzun dönemli gelişimini sürdürmekte olduğunu göstermiştir. 1960-1990 döneminde dünya sağlık düzeyindeki iyileşme dünya genelinde sağlıkta bir yakınsama eğilimine işaret ederken; 1990-2005 döneminde dünya sağlık düzeyindeki artış hızının yavaşladığı ve dünyada sağlık düzeyindeki yakınsama eğiliminin kaybolmakta olduğu görülmüştür. Özellikle, Sovyetler Birliği'nin dağılması ile oluşan ülkelerin piyasa ekonomisine geçiş sürecinde yaşadıkları zorluklar nedeniyle ve Sahra Altı Afrika bölgesindeki ülkelerin salgın hastalıklar ve yetersiz beslenme koşulları nedeniyle doğuşta yaşam beklentilerinin azalmakta olduğu görülmüştür.

Sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki karşılıklı etkileşim, önce ekonomik büyümenin sağlık düzeyi üzerindeki etkisini; sonrasında da sağlık düzeyindeki iyileşmenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisini sorgulayan bir yaklaşım içinde ele alınmıştır.

Çalışmanın bulguları en yoksuldan en zengin ülkelere kişi başına gelir düzeylerine göre gruplandırılarak oluşturulmuş %20'lik ülke gruplarının doğuşta yaşam beklentileri ile kişi başına gelir düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ancak ülke gruplarının doğuşta yaşam beklentilerinin kendi içinde önemli derecede sapmalar içermesi, ülkelerin sağlık düzeylerinin kişi başına gelir düzeyinin yanında ülkelere özgü koşullar

tarafından da belirlendiğini ortaya koymuştur. Gelişmekte olan ülkelere ölgü koşulların sağık düzeyini açıklayan etkisinin gelişmiş ülkelere kıyasla daha büyük olduğı görölmüştür.

Kişi başına gelirin büyüklüğü ve sağık düzeyi arasındaki ilişki, gelişmekte olan ülkelerin doğušta yaşam beklentilerindeki artış oranı ile ifade edilen sağık kazanımları ve ekonomik büyüme oranları arasındaki ilişki üzerinden de sorgulanmıştır. Çalışmanın bulguları, daha büyük sağık kazanımları elde etmek için daha yüksek büyüme performansları kaydetmek gerekmediğini göstermiştir. Ele alınan dönemde yoksul ülkelerin düşük büyüme oranlarına rağmen büyük sağık kazanımları elde etmiş oldukları, gelişmekte olan ülkelerin üst gelir diliminde ve en zengin ülkeler diliminde bu eğilimin tersine döndüğü ve yüksek gelir dilimlerindeki ülkelerin büyüme oranlarının düşmesine karşın sağık kazanımlarını daha büyük oranlarda arttırabildikleri görölmüştür. Gelişmiş ülkelerde sağık kazanımlarının ekonomik büyüme oranları düştüğü zamanlarda bile artış hızını koruması bu ülkelerin güçlü sağık sistemlerine sahip olmalarıyla açıklanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin sağık kazanımlarının büyük ölçüde gelişmiş ülkelerdeki sağık bilgisinin neden olduğı pozitif dışsallıklar ve halk sağığı alanındaki gelişmelerle açıklandığı çalışmada, bu kazanımların 1990'lı yıllardan itibaren oluşan yeni koşullarda sürdürülebilmesinin zorlaştığı ve sürdürülebilirliğinin ekonomik büyüme ile desteklenmesine bağılı olduğı sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın sağık alanındaki kazanımların ekonomik büyümeye etkisi başlığı altında ortaya çıkan bulguları, gelişmekte olan ülkelere sağık düzeyindeki iyileşmenin ekonomik büyüme performansını pozitif yönde etkilediğini göstermiştir. Gelişmekte olan ülkeler arasında doğušta yaşam beklentisindeki artış ile birlikte doğurganlık oranları azalmakta, buna karşın okullaşma, tasarruf, yatırım ve doğrudan yabancı sermaye yatırımı oranları artmaktadır. Bütün bu faktörlerin etkisi birlikte değerlendirildiğinde, sağığın ekonomik büyüme oranları ile doğrusal bir ilişki içinde olduğı sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkeler arasında doğušta yaşam beklentisi yüksek ülkelere geçildikçe okullaşma oranı, tasarruf oranı ve yatırım oranı gibi değişkenlerin büyüme oranı üzerindeki etkisinin azalmakta olduğı saptanmıştır. Buradan, sağığın gelişmekte olan ülkeler arasında ekonomik büyümeyi belirleyen etkisinin ekonomik gelişmenin belirli bir aşamasına gelindikten sonra zayıflamakta olduğı sonucuna varılmıştır.

Kaynakça

- ANAND, S./RAVALLION, M. (1993), "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services," *Journal of Economic Perspectives*, 7/1: 133-150.
- AISA, R./PUEYO, F. (2006), "Government Health Spending and Growth in a Model of Endogenous Longevity," *Economics Letters*, 90: 249-253.
- ATTARAN, A. (2004), "How to Patents and Economic Policies Affect Access to Essential Medicines in Developing Countries," *Health Affairs*, 23/3: 155-166.
- BHARGAVA, A./JAMISON, D. T./LAWRANCE J. L. MURRAY, C. J. L. (2001), "Modelling the Effects of Health on Economic Growth," *Journal of Health Economics*, 20: 423-440.
- BLOOM, D. E./CANNING, D./MALANEY, P. (2000), "Demographic Change and Economic Growth in Asia," *Supplement to Population and Development Review*, 26: 257-290.
- BLOOM, D.E./CANNING, D./DEAN, T./JAMISON, D.T. (2004), "Health, Wealth, and Welfare," *Finance and Development*, 41/1: 9-38.
- BLOOM, D. E./CANNING, D./SEVILLA, J. (2004), "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach," *World Development*, 32: 1-13.
- BOUCEKINE, R./CROIX, D./LICANDRO, O. (2002), "Vintage Human Capital, Demographic Trends and Endogenous Growth," *Journal of Economic Theory*, 104: 340-375.
- CALDWELL, J. (1986), "Routes to Low Mortality in Poor Countries," *Population and Development Review*, 12/2: 171-220.
- CREMIEUX, P./OUELLETTE, P./PILON, C. (1999), "Economics of Health Care Systems: Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes," *Health Economics*, 8/7: 627-639.
- CROIX, D./LICANDRO, O. (1999), "Life Expectancy and Endogenous Growth," *Economics Letters*, 65: 255-263.
- DEATON, A. (2004), "Health in an Age of Globalization," *NBER Working Paper* (National Bureau of Economic Research, No: 10669)
- EHRlich, I./LUI, T. F. (1991), "Intergenerational Trade, Longevity, and Economic Growth," *Journal of Political Economy*, 99/5: 1029-1059.
- JAMISON, D. T./LAU, L. J./WANG, J. (2005), "Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress," CASASNOVAS, G. L./RIVERA, B./CURRAIS, L. (eds.), *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications* (Cambridge, MA: MIT Press): 67-91.
- JAMISON, D. T./BREMAN, J.G./MEASHAM, A.R./ALLEYNE, G./CLEASON, M./EVANS, D.B./JHA, P./MILLS, A./MUSGRAVE, P. (2006), *Priorities in Health* (Washington D.C.: The World Bank).
- JUDGE, K./MULLIGAN, J.A./BENZEVAL, M. (1998), "Income Inequality and Population Health," *Social Science and Medicine*, 46/4-5: 567-579.
- KABIR, M. (2008), "Determinants of Life Expectancy in Developing Countries," *The Journal of Developing Areas*, 41/2, 185-204.
- KALEDINE, R./PERTAUSKIENE, R. (2000), "Regional Life Expectancy Patterns in Lithuania," *European Journal of Public Health*, 10: 101-104,
- MAYER, D. (2001), "Convergence Clubs in Cross-Country Life Expectancy Dynamics," *Discussion Paper*, (World Institute for Development Economics Research, No: 2001/134).
- PRESTON, S. (1975), "The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development," *Population Studies*, 29: 231-248.
- PRITCHETT, L./SUMMERS L. H. (1996), "Wealthier is Healthier," *The Journal of Human Resources*, 31/4: 841-868.
- SKINNER, J. (1985), "The Effect of Increased Longevity on Capital Accumulation," *The American Economic Review*, 75/5: 1143-1150.

- SUBBARAO, K.Y. / RANEY, L. (1995), " Social Gains from Female Education: A Cross-National Study," *Economic Development and Cultural Change*, 44: 105-128.
- TABAN, S. (2004), "Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi," 3. *Ulusal Bilgi Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı* (Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayınları, No: 108): 3-12.
- WILKINSON, R. G. (1996), *Unhealth Societies: The Afflictions of Inequality* (London: Routledge).
- WILSON, C. (2001), "On the Scale of Global Demographic Convergence, 1950-2000," *Population and Development Review*, 27/1: 155-171.
- WORLD BANK, World Development Indicators Database.
- WORLD BANK (1993), Investing in Health, *World Development Report 1993* (The World Bank and Oxford University Press).
- WORLD BANK (2005), Equity and Development, *World Development Report 2006* (Washington: A Copublication of The World Bank and Oxford University Press).
- ZHANG, J./ZHANG, J. (2005), "The Effect of Life Expectancy on Fertility, Saving, Schooling and Economic Growth: Theory and Evidence," *Scandinavian Journal of Economics*, 107/1: 45-66.
- ZHANG, J./ZHANG, J./LEE, R. (2001), "Mortality Decline and Long Run Economic Growth," *Journal of Public Economics*, 80: 485-507.
- ZHANG, J./ZHANG, J./LEE, R. (2003), "Rising Longevity, Education, Savings, and Growth," *Journal of Development Economics*, 70: 83-101.