Kuş Bakışı İnsani ve Ekonomik Kalkınma: Çin ve Türkiye Özelinde Kalkınan Ülkelerin Elli Yıllık Deneyimi[1]

İLHAN CAN ÖZEN

Giriş

"Yoksul dünyadaki demografik patlama, bu ülkelerdeki temel doğum oranları, aynı tarihsel dönem içinde 'gelişmiş' ülkelerdekinden doğal olarak çok daha yüksek olduğu için ve nüfus artışını her zaman aşağıda tutan muazzam ölüm oranları 1940'lardan itibaren yüksekten bırakılan bir taş gibi aşağı düştüğü için böylesine heyecan vericiydi. Bu dönemde dahi... Alt-Sahra Afrikası'nda ve Çin'in yanı sıra Güney ve Güneydoğu Asya'nın büyük kısmında halk kitleleri tarımla yaşamaya devam ettiler."

– Hobsbawm, 2003

Hobsbawm'ın *Kısa 20. Yüzyıl: 1914-1991 - Aşırılıklar Çağı* isimli, dünyanın son asırdaki gelişimini incelediği çalışması, gelişmekte olan ülkelerin son yüzyılını özetlerken bu ülkelerin demografik ve ölüm oranlarının dönüşümlerini yalnız bu ülkelerin tarihi için değil, dünya tarihi için de bir dönüm noktası olarak ele almaktadır. Ancak bunu yaparken yazar ve tarihçi, bu ülkelerin nüfus çoğunluğunun temel olarak kırsal alanda yaşa-

1 Seven Ağır'a yazım sürecindeki tartışmalara katkısı ve yorum ve düzeltme önerileri için çok teşekkürler.

dığını ve bu ülkelerdeki iktisadi ürünün temel olarak tarımsal bir karaktere sahip olduğunu unutmamaya özen göstermekteydi. Türkiye'nin son elli senelik gelişimine bakarken bu iki olgunun da göz önünde bulundurulması ve kalkınma karşılaştırmalarının ve analizlerinin de bu iki olgunun ışığında anlaşılması gerektiğini düşünüyorum.

Kalkınmakta olan ülkelerin son elli senesini özetleyen temel demografik dönüşüm olan ölüm oranlarının düşüşü, en görünür ve meşhur şekilde Çin'de gerçekleşmişse de, aslında, bütün gelişmekte olan ülkelerde gözlemlendi. Bu kümenin bir parçası olan Türkiye'deki değişimleri gelişmekteki ülkelerin mihenk taşı olan Çin'le karşılaştırırken, bu iki ülke arasındaki kalkınma farklarını bir tarihsel ve ekonomik çerçeveye oturtmayı planlıyoruz. Bu farklardan beslenen bir analizin, Çin kalkınması adına da Türkiye kalkınması adına da daha çok boyutlu bir öğrenme sürecinin başlangıcını oluşturacağını umut ediyoruz. Çalışmada sözü edilen kalkınma deneyimlerinin farklı boyutları ve bu farklı boyutlar çerçevesinde başarılı ve başarısız dönemleriyle Çin ve Türkiye'nin gelişimleri tartışılacaktır.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Bu girişten sonraki ikinci bölümde kalkınma hızını etkileyen etmenler ve bu hızı ölçmek için kullanılan temel yöntemler özetlendikten sonra, üçüncü bölümde, günümüzde bu kalkınma çalışmalarını farklı açılardan boyutlandıran ve özellikle ekonomik kalkınmayı sağlık kalkınmasına ve insani kalkınmaya bağlayan temel ekonomik yöntemler, çalışmalar ve iktisatçılar tartışılacaktır.

Dördüncü bölümde, sağlık kalkınmasına ilişkin temel ölçüm araçları birkaç ana başlık altında özetlendikten sonra bu ölçüm yöntemleriyle ortaya çıkan küresel sağlık kalkınması görünümü ana hatlarıyla ortaya konacaktır. Daha sonra bu küresel bağlamdan bireysel ülkelerin seviyesine inerek, neoliberal küreselleşme süreçleri sonunda kalkınmakta olan ülkelerin farklı kalkınma boyutları açısından geldiği noktanın, özellikle sağlık boyutu açısından değerlendirilmesine ve dönemlere ayrılmasına, Türkiye ve kalkınma çalışmaları için çok önem-

li bir ülke olan Çin özelinde devam edilecektir. Beşinci ve son bölümde ise çalışmadan çıkan temel sonuçlara ve sonuçlardan kalkınma çalışmalarıyla ilgili genelleştirilebilecek saptamalara yer verilecektir.

Kalkınmanın ve kalkınamamanın farklı boyutları

Kalkınma yakınsaması teorisi ve pratiği

1950'den sonraki dönemde özellikle kalkınma iktisadının önemi hem teorik hem pratik olarak artmıştır. Özellikle bu dönemde kalkınma iktisadının temel ampirik sorularından biri, kritik ekonomik kalkınma boyutlarında, hangi ülkelerin hangi dönemlerde gelişebildiği ve bu gelişmeyi ne kadar sürdürebildiği olmuştur. Son dönem kalkınma dünyasındaki ekonomik gelişmelerin kalkınma teorisine olan etkisi ile kalkınma çalışmalarının odağı başka coğrafyalara taşınmıştır.

Kalkınma çalışmalarının ve tartışmalarının en önemli ayrışma noktalarından biri, yakınsamanın kalkınmakta olan ve kalkınmış ülkeler arasında ne kadar ve hangi dönemlerde gerçekleşebildiğidir. 1970'lerin sonundan itibaren Doğu Asya ülkelerinde gözlemlenen başarılar, kalkınma çalışmaları içinde Doğu Asya deneyimine verilen önemi de arttırmıştır (Şenses, 2004).

Doğu Asya'da 1970'lerden sonra yaşanan ekonomik büyüme, zenginleşme ve göreceli yakınsama veya kalkınma yazınında daha iyi bilinen ismiyle "Doğu Asya Mucizesi", kalkınmanın özelliklerinin ve başarı beklenen kalkınma politikalarının gözden geçirilmesine yol açmıştır (Eichengreen, 2012). Yine aynı dönemde en doğru kalkınma yolunun piyasa temelli bir büyüme mi, yoksa kurumlar temelli bir büyüme mi olduğu sorusu iktisatçılar arasında yakıcı bir tartışma konusu olmuştur.

Farklı ülkelerin farklı büyüme ve kalkınma patikalarına (Şenses, 2004) sahip olabileceği düşüncesi ve bunun giderek veriyle daha belirgin ve tartışmasız biçimde desteklenmesi, bu dönemde iktisat yazınında yaygınlaşmaya ve güçlenmeye başlamıştır. Bu gözlem, Tablo 1'de özetlenmektedir.

TABLO 1
1960-2000 Döneminde Ekonomik Kalkınma*

	1960	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*
Sahra-Altı Afrika	19	17	16	12	10
Latin Amerika	71	65	76	59	60
Ortadoğu ve Kuzey Afrika	31	31	37	36	34
Güney Asya	6	6	5	6	7
Doğu Asya	7	7	11	17	25
Kuzey Amerika	443	416	433	469	489
Batı Avrupa	328	353	384	411	417
Avustralya-Yeni Zelanda	339	331	321	317	357

(*) Rakamlar, bölge ve ülkelerin kişi başına gayrisafi milli hasılalarının dünya kişi başına gayrisafi milli hasılasına oranlarıdır (Dünya Bankası, 2013).

Farklı kıtalar, farklı çağlar ve farklı hızlar

1960 sonrasında farklı dönemlerde farklı hızda gelişen kıtalar ve ülkeler, kalkınma iktisadının başlangıç döneminde etkin olan doğrusal büyüme teorisinin sonunu getirmiştir. Kalkınma sıçramalarına ve yavaşlamalarına hangi politikaların yol açtığı temel sorulardan biri olmuştur. Özellikle 1980'den sonra, kendini iktisadi gelişme açısından pozitif yönde ayrıştırmayı başaran Doğu Asya'nın neyi doğru yaptığı, hangi politikaları uyguladığı ve büyüme ve pozitif ayrışmasının ne kadar sürdürülebilir olduğu temel sorulardan biri haline gelmiştir.

Uzun dönemli büyümeyi hangi politikalar temellendiriyor ve destekliyor sorusunu cevaplamak isteyen iktisatçılar, veri analizlerini bu soruyu cevaplamak için biçimlendirmişlerdir (Sachs ve Warner, 1995). Analizlerin temel seviyesi, politikalara, politik önceliklere ve doğru politikaların biçimlendirilmesine doğru genişlemiştir (Lin ve Rosenblatt, 2012). Mevcut kalkınmakta olan ülke veri setinden ideal politika setinin ayrıştırılması, uluslararası veri setinden sentetik karşılaştırma setlerinin bulunması (Easterly, 2001a) ve ayrıştırılması burada kullanılan temel yöntemlerden biri olmuştur. Özellikle 1980'lerden sonra neoliberal kalkınmanın kavramsallaşması, eleştirisi ve neoliberal reformları uygulamış ülkelerin deneyimini anlama ve bir neoliberal ortak hikâyeye oturtma çabası, gelişmekte olan ülkeler arasın-

da ortak bir kümeye yönelik benzer dönemlerin ve benzer veri setlerinin önemsenmesine yol açmıştır (Pritchett, 1997; Easterly, 2005). Aynı dönemde, neoklasik iktisadi yazından uzakta ve bu yazının karşısında, neoliberal kalkınma politikalarının eksiklerini bulan ve bu politikaları özellikle 1980'den sonra kalkınmaya ilişkin başarısızlıkları nedeniyle eleştiren bir yazın da en başından beri hep vardı (Toye, 1987; Easterly, 2001b). Zaman geçtikçe bu eleştirel yazın kendine daha uygun bir araştırma alanı yaratmıştır (Rodrik, 2006; Bates vd., 2007). İki yazın türünün de yaygın etkisini arttırmak ve bu tartışmayı daha sağlıklı bir zemine oturtmak için, neoliberal politikaların kalkınmakta olan ülkelerin ekonomileri, toplumları ve sağlık sistemleri üzerindeki etkilerinin ölçülmesi gerekmektedir.

Kalkınmanın ölçülmesi ve karşılaştırılması

Bütün yeni kalkınma çalışmalarının ve tartışmalarının temelinde, kalkınmanın nasıl ölçüleceği, kavramsallaştırıldığı ve karşılaştırılacağı soruları vardır. Bu soruların cevaplanmasında kalkınmayı uzun dönemli düşünmenin ve takip etmenin önemini hatırlatmak isteriz. Toplumsal gelişmeyi daha uzun dönemde gözlemleme şansına sahibiz ve bu süreçlerin çoğu (özellikle makroekonomik dengeler dışında oluşan değişkenlerde) daha uzun bir sürede gerçekleşmektedir. Uzun dönemli kalkınma performanslarını değerlendirmek için hangi verilere yoğunlaşmak gerektiği, hangi ülkelerin karşılaştırılabileceği soruları bu dönemde önemli hale gelmiştir. Bu soruların cevapları yakınsama, kalkınma ve politika tartışmalarının yeni bir zemine oturmasını sağlamıştır (Rodrik, 2003; 2007).

Kalkınmanın farklı boyutları: Birlikte mi, ayrı mı?

Kalkınmanın ekonomik boyuttan farklı boyutları olduğu kabul edilince ve makro-iktisadi alanın mikro-iktisadi bölüşüm ve eşit yaşam şartlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olmadığı ortaya çıkınca, kalkınmanın diğer önemli boyutlarının ne olduğu,

bu boyutların ve boyutlardaki gelişmenin ekonomik olarak nasıl analiz edileceği önemli meseleler haline gelmiştir. Farklı boyutlarda, farklı hızlarda gerçekleşen kalkınmalar ve kalkınmaların birbirini desteklememesi, bu boyutların hangisini analizde öncelikle ele alacağımız sorusunu da beraberinde getirmiştir. Kalkınmayı yalnız sermaye ve sanayileşme süreçlerine ve ekonomik büyümeye bağlamanın sonu bu dönemde gelmiştir. Sağlığın ve sağlık kalkınmasının yapıtaşlarını ve dinamiklerini iktisadi kalkınmanın diğer boyutlarıyla ilişkilendiren daha nitelikli çalışmalar yapmak gerekmiştir.

Sağlık ve kalkınma çalışmalarında, 1850-1950 arasındaki dönem için "Ekonomik olarak daha fazla zenginleşen ülke daha sağlıklıdır" hipotezi oluşturulmuştur. Ancak 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, kalkınan ülke verilerinin bu hipotezi desteklememesi, bu teorinin sorgulanmasına yol açmıştır. Bu yeni veriden çıkan ekonomik yaklaşım, çok boyutlu ve insani kalkınmayı önceleyen bir yaklaşım olmuştur.

Kalkınan ülkelerin kalkınma hızlarını, ortak kalkınma deneyimlerini ve bu ortak kalkınma deneyiminden sapmalarını anlamak için nasıl bir kalkınma düşüncesi ve nasıl bir veri çalışması öncelikli olmalıdır? Nasıl bir kalkınma hesaplaması, nasıl bir kalkınma boyutlandırması kullanılmalıdır? Kalkınmanın bağımsız boyutları ile bağımsız birer değişken olarak analiz edilmesi gereken birincil ve ikincil boyutları hangileridir, sorusu yeni tartışmalardan biri olmuştur. Ekonomik kalkınmanın gelişimi bu şekilde iken, benzer bir minvalde gelişen sağlık kalkınmasının benzer sorularına ve tartışma alanlarına bir sonraki bölümde yer vereceğiz.

Sağlık kalkınması ve ekonomik kalkınma: Temel tartışma alanları, literatür ve sorular

Deaton'ın kalkınma çalışmaları - Kalkınmanın sağlık boyutu ve diğer boyutları arasındaki ilişki

Angus Deaton'ın (2003; 2004; 2013) çalışmaları sağlık ve ekonomik kalkınma arasındaki ilişkilerin düzeyini ve iki yön-

lülüğünü sorgular. Sağlık kalkınması diğer boyutlardan ve diğer gelişmekte olan ülkelerin deneyim ve kalkınmasından bağımsız olarak düşünülemez. Özellikle 1990'lardan sonra Deaton'ın ufuk açıcı araştırmalarında popülerleştirdiği "sağlık ve zenginlik" konusu tam da bu bağlantıyı kurmakta kullanılmaktadır. Deaton'ın sağlık ve ekonomi göstergelerini bir araya getirdiği analizlerde verdiği temel mesajlardan biri, toplumun sağlık ve ekonomik zenginlik değerlerinin ortak süreçlerin sonucu olarak oluşturulduğuydu. Deaton'ın (2006) Preston Grafiği'nin (Preston, 1975)[2] kalkınma çalışmaları için önemi, bize kalkınmanın farklı boyutları arasındaki ilişkinin, kalkınmanın farklı noktalarında nasıl değiştiği konusunda bir bilgi vermesidir.

Deaton'ın (2002) sağlık/zenginlik eğimi,[3] bu iki önemli boyut arasındaki ilişkiyi ölçmektedir. Bu ilişkiyi incelemenin toplumsal eşitsizliklerle ilgili politikalar için önemli sayılabileceği hipotezi, özellikle bu konuda ilk ampirik araştırmaları ortaya koymuş Preston'ın 1975 çalışmasında (Preston, 1975) daha net olarak ifade edilmiştir: Ekonomik eşitsizlikleri toplumlar arasında ve toplumların içinde azaltmak, ülke çapında halk sağlığını arttıracaktır.

Ulusal sağlık sistemleri ve ulusal sağlık dengelerini anlamlandırmak ve veriye dönüştürmek ekonomik eşitsizliklerin sağlığa etkisini ölçmek için yeterli ve gerekli bir şarttır. Ulusal sağlık performanslarının geldiği seviyeyi ölçmek ve farklı ülkeler arasında karşılaştırmak bu dönemde ayrıca önem kazanmıştır.

---

2 İlk defa Samuel Preston tarafından 1975 yılında bütün dünya ülkelerinin makroekonomik üretim ve nüfus sağlık değerleriyle oluşturulan Preston Grafiği, artan toplumsal zenginliğin, farklı dönemlerde ülkeler için yaşam beklentisini ne ölçüde ve ne eğimde değiştirdiğini göstermeyi amaçlamaktaydı.

3 Preston'ın yazılarında özellikle odaklanılan "sağlık/zenginlik eğimi" ekonomik değerler ve ekonomik dağılımın sağlık değerleri üzerindeki kademeli ilişkisi üzerine yapılmış çalışmalardan beslenmektedir. Preston, gelir verisinin farklı noktalarında sağlık alanındaki gelişmelerin ve iyileşmelerin ne ölçüde ve nasıl oluştuğuna bakmaktadır.

Amartya Sen - Kalkınmanın, insanların "özgür" yaşam olanakları ve yaşam etkinliğiyle ilgili boyutları

Kalkınmanın ve şimdiye kadar çizilmiş kalkınma resimlerinin görülmeyen yanları nelerdir, sorusunu soran Amartya Sen, özellikle 1980'den sonraki çalışmalarıyla kalkınmanın çalışılmamış yanlarını ve kalkınmanın insan yaşamı bakımından önemini ortaya koymuştur (Sen, 1993; 1999). Daha bütüncül bir bakış açısıyla, kalkınmaya ve sağlık değişkenlerinin toplumsal olarak belirlenmesine değinen Sen, toplumları pozitif olarak ayıran şeyin madde veya sermaye üretme kapasitesinden daha çok, insan hayatı ve insani özgürlükleri yaratma ve artırma kapasitesi olduğunu savunmuştur.

Sağlık kalkınması ve insani kalkınma boyutu arasındaki ilişkiyi gösteren bu çalışmalar, veri setlerindeki farklılıklara, ayrışan noktalara ve farklı ülkeler arasındaki patikalara özel olarak odaklanmayı gerektirmekteydi. Bölge ve ülke seviyesinde verilerde saptanan sağlık paradoksları Sen'in önemli sonuçlara varmasını sağlamıştır. Uzun yaşanan ülkelerin her zaman hızlı büyüyen ülkeler olmaması, kısa yaşayan ülkelerin ise bazen hızlı büyüyebilmesi bu paradoksa bir örnek olarak gösterilebilir. Bu durum, ekonomik kalkınma ve iktisadi politikalar için, toplumsal eşitsizliklerin kalkınma üzerindeki önemli etkisini gösteren yeni bir tartışma alanı olmuştur.

Eşitsizliğin kalkınma yazını için artan önemi, Sen'den sonraki çalışmalarda, gelirin eşit bölüşümünün ortalama gelirin pozisyonuna göre farklı etkisini ölçmeyi, eşitsizliği arttıran ve azaltan makro ve mikro politik tercihlerin kalkınmaya etkisinin ayrıştırılmasını ve ölçülmesini gerektiriyordu.

Dreze ve Sen - Eşitsizliğin kurumları ve kalkınma

Sermaye birikimi dışında eşitsizliğin rolü de kabul edilince, eşitsizliklerle belirlenmiş, var olan eşitsizliklerden ve eşitsizliğin kurumsallaşmasından etkilenen kalkınma yolları ve kalkınma hızlarının analizi, yazında önem kazanmıştır. Dünya büyü-

me göstergeleri ve 1980'den itibaren küreselleşen dünyada gelişen ülkelerin büyüme rakamları ve büyüme deneyimi üzerinde, Çin ve Hindistan'ın etkisi (Wolf ve Wade, 2002) net olarak teslim edilmiştir. Bu açıdan bakacak olursak, Çin ve Hindistan'ın gelişim patikalarını uzun dönemde anlamanın, bütüncül kalkınma deneyimini anlamak açısından önemini de bu bağlamda ifade etmek gerekir.

Dreze ve Sen'in (2013) genel kalkınma bilmecesini çözmekte özel bir önem atfettikleri Çin ve Hindistan farklılıkları, bize, kalkınma, kalkınmanın kurumları ve kalkınma olanakları konusunda neyi öğretmektedir? Piyasalaşan ve piyasa kurumlarıyla büyüyen Hindistan ve devlet ve kontrollü kapitalizm kurumlarıyla büyüyen Çin'in büyüme ve kalkınma performanslarının karşılaştırılması ve büyüme ve kalkınma farklarının farklı boyutlarda ayrıştırılması, kurumlarla ilgili daha detaylı bilgi sahibi olmamızı sağlamıştır. "Kurumsuz" veya kapsayıcı olmayan ve refahı eşit dağıtamayan kurumlarla büyüyen Hindistan kalkınması, kurumlara daha fazla önem veren Brezilya, Çin, Bangladeş ve Sri Lanka kalkınma deneyimlerine göre, insani gelişme endeksleri açısından daha düşük seviyelerde gerçekleşmiştir. Hindistan, bu grubun Çin dışındaki üyeleri ile ekonomik büyüme açısından benzerdir. Dreze ve Sen, bu karşılaştırılmalı kalkınma örnekleriyle, büyümenin kalkınmaya yansımasında kurumların önemini göstermiştir.

İktisat alanındaki sağlık çalışmaları - Yaşam beklentisi değerleriyle ve tarihsel veriyle çalışmanın önemi

Yeni dönemde, kalkınmada yeni sorulara ve alanlara odaklanılmış, kalkınmayla ilgili soruların kapsadığı alanlar ve boyutları genişlemiştir. Sağlık alanıyla tarihsel olarak daha geçmişe giden kalkınma yazını arasındaki kesişim kümesini benimseyen bu çalışmalar, özellikle sağlık kalkınmasına uluslararası boyutu ve eşitsizlik boyutunu ekleyerek çalışmaların katma değerlerini artırmıştır.

Bu alandaki en önemli iktisatçılardan olan Deaton (2002) ve kendisiyle ortak çalışan bir grup iktisatçının[4] sağlık ekonomisi yazını ile kalkınma yazınını ilişkilendirme ve bu ilişkiyi kavramsallaştırarak ölçme çalışmaları, 1980'lerden sonraki yazında ve kullanılan veride, insani kalkınma boyutunda son derece önemli bir yeni çalışma alanı açmıştır. Deaton'ın gösterdiği kadarıyla, özellikle 1900'lü yıllar ve sonrasında ekonomik gelişme ve sağlığın gelişimi birbiriyle paralel ilerlemiştir. Bu dönemde iktisatta etkili olan yaklaşım, sağlık kalkınması gelişmelerini küresel kalkınma literatürüne ve küresel kalkınma bağlamına oturtmaya çalışmaktı.

Eşitsiz toplumların aynı zamanda daha sağlıksız oluşu, ekonomik eşitsizliğin sağlıksızlık üzerine olan etkisinin hangi değişkenlerle ilişkilendirileceği sorusunu ortaya çıkarmıştır. Bunun dışında, özellikle ciddi bir uluslararası karşılaştırma ve uzun dönemli kalkınma perspektifi olan çalışmalarda, [ekonomik eşitsizliğin] yaşam beklentisine ve farklı kalkınma dönemlerinin yaşam beklentisindeki değişimlere olan etkisi, özel olarak bilgilendirici bir veri olarak hedeflenmektedir. Örneğin Reddy'nin (2008) çalışmasında,[5] bu dönemde ekonomik kurumlardaki temel değişim olan piyasalaşma ve piyasa reformlarının, özellikle yaşam beklentisi boyutunda ölçülen sağlık performansına ne kadar etki yapacağı tartışılmıştır. Bu çalışmalarda odaklanılan bir başka soru da, bu reform sürecinden geçen ülkelerin kamu sağlık finansman yapısı ve sağlık altyapısının, vardıkları ekonomik gelişme seviyesinde nüfuslarının sağlık ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılamaya yetip yetmeyeceği üzerine olmuştur.

Yaşam beklentisinin, karşılaştırmanın niye temel boyutu olarak ortaya konması gerektiği, buradaki temel tartışmalardan biriydi. Çocuk ve bebek ölümü her ne kadar gelişmekte olan ülkeler için sağlık kalkınmasının belirli noktalarında çok kritik

4 Bloom ve Canning (2004), Banerjee ve Duflo (2007) ve Cutler vd. (2008) ekonomistlerin bu önemli alandaki katkılarına belli başlı örnekler olarak sunulabilir.

5 Reddy (2008), özellikle Çin özelinde bu soruyu incelemişti.

role sahipse de, aslında sağlık sistemi ve ülke çapındaki sağlık kalkınmasıyla ilgili en geniş resmi, yaşam beklentisi verileri göstermektedir. Bunun dışındaki sağlık hizmetleri temini ve sağlık hizmetlerini ilgilendiren daha detaylı bilgiler (örneğin, sağlık sisteminin kapsama oranı ve sağlık sistemine erişim), toplumdan topluma farklı şekilde anlaşılıp kavramsallaştırılmaktadır. Sağlık sonuç ve olanaklarındansa sağlık girdilerine odaklanmak, anlamlı bir karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır.

Burada, özellikle ampirik çalışmalarda yaşam beklentisi verilerine sağlık kalkınması çalışmalarında öncelik verilmesinin ve bu verilerin sık kullanılmasının temel sebeplerine baktığımız zaman, dönemsel ve farklı uzamlarda kalkınan ülkeler arasında karşılaştırma olanağını vermesi son derece önemlidir.

Çok geniş bir uzamsal ve tarihsel düzlemde karşılaştırılabilir ülke verisini bize şu anda sunabilen yaşam beklentisi verisi, ülke ve daha alt uzamsal seviyede saptanabilir, takip edilebilir ve karşılaştırabilir bir veri olması itibariyle de önemlidir. Bunlardan başka, kalkınma yazınına temel bir soruyu geri getirme fırsatı tanıması itibariyle, ülke içindeki sağlık hizmetlerinin kapsama alanının ve sonuç olarak ortaya çıkan sağlık yakınsamasının ne seviyede olduğunu ve bu yakınsamanın ne kadar hızlı gerçekleştiğini ölçmenin önemini de hatırlatmak isteriz. Reddy'nin de sorduğu temel sorulardan biri, ülke içi yakınsamanın hızının bize sağlık sisteminin performansı ile ilgili neler öğretebileceğidir.

Piyasalaşma ve 1980 sonrası ekonomiyle ilgili Reddy'nin sorduğu temel soru ise, Çin'in ekonomik gelişmesinin ve ekonomik yoksulluğu toplumunda azaltmasının, sağlık değerlerine ve sağlık gelişimine ne kadar yansıdığıydı. Çin özelinde, 1980 sonrası dönemde yaşanan ekonomik dönüşümün sağlık boyutundaki gelişmelere ne kadar yansıdığı ve Çin'in dünya ekonomisine eklemlenmesi ve yakınsamasının, Çin nüfusunun sağlık sistemine eklemlenmesini ve Çinli yoksulların Çin ortalamasına yakınsamasını ne kadar sağladığı, bu sorulardan birkaçıdır.

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık ve kalkınma alanında zaten var olan ama birbirinden yeteri kadar yararlanmayan bu iki yazı-

nın ruhunu koruyarak ve ana tartışma konularını temel alarak, bunları Türkiye ve Çin özeline ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık kalkınmasına uygulamaktır. Türkiye ve Çin'in gelir ve sağlık boyutlarında son elli senedir nasıl birlikte geliştiğini gözlemlemek ve özellikle sağlık boyutunda iki ülke için temel dinamiklerin neler tarafından yaratıldığını ve desteklediğini bulmaktır.

Sağlık sistemlerine karşılaştırmalı bir bakış: Çin ve Türkiye[6]

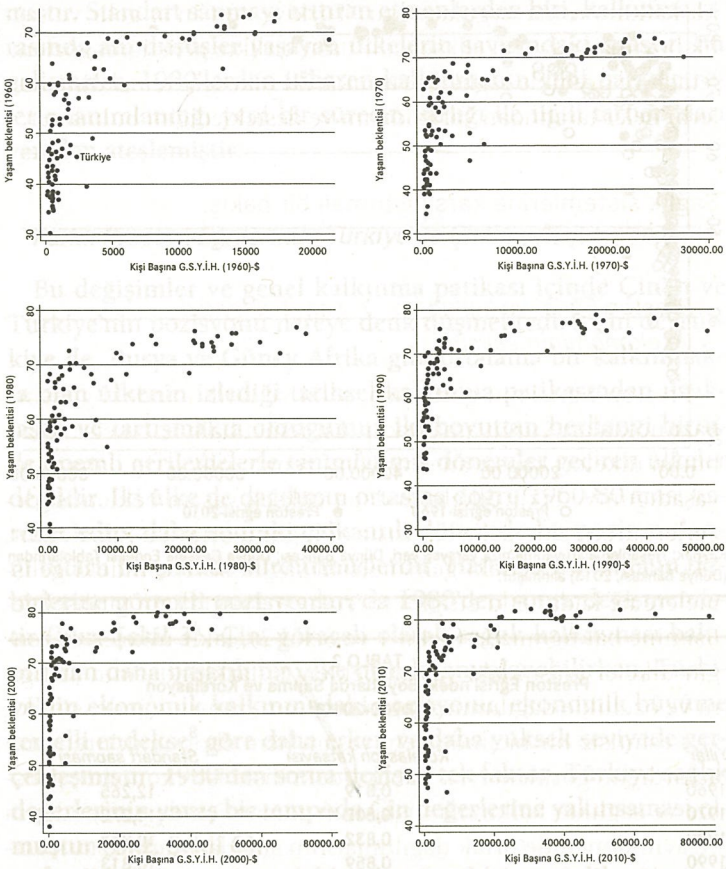
Preston Eğrisi ve kalkınma - Yaşam beklentisi ve ekonominin gelişimi

Preston Eğrisi'nin görünüşü, şekli ve tarih içindeki gelişimi bazı noktaları vurgulamaktadır. En temel haliyle bu eğri, bize, bütün ülkeleri kapsayan seviyede,[7] zengin ülkelerin daha uzun yaşadığını ve fakir ülkelerin daha yüksek yaşam beklentisi değerleri üretmekte daha başarısız olduğunu ortaya koymaktadır. Ekonomik seviyedeki gelişmelerin sağlık seviyesindeki gelişmelere ne kadar etki ettiğini sorgulayan bu grafiğin tarihsel gelişimine baktığımızda (Şekil 1 ve Şekil 2), fakir ülkeler ve zengin ülkeler arasındaki yaşam beklentisi farklılıklarının arttığını ve özellikle dağılımın zengin tarafının, zaman içinde, sürekli ve kesintisiz bir biçimde hem yaşam hem ekonomik üretimini arttırdığını görmekteyiz. Tablo 1'deki ilişki ise ekonomik gelişme ve sağlıkta kalkınma ilişkisinin zaman içinde güçlendiğini ve aynı dönemde ortak dağılımlarının standart sapmasının arttığını ortaya koymaktaydı. Farklı zamanlarda, iki boyuttaki değerlerin (sağlık ve ekonomik değerler) dünya ülkeleri arasında dağılımına baktığımızda, 1960'lardan itibaren bu boyutlarda ülkeler arasında azalan standart sapmanın 1980'den sonra artı-

6 Tablo ve şekil verileri WDI'dan [Dünya Kalkınma Göstergeleri] elde edilmiştir.

7 Bu çalışmadaki analitik gözlemlerin büyük çoğunluğunun oluşturulduğu bu veri seti, sağlık ve ekonomik boyutta son elli senelik kesitte kesintisiz veriye sahip doksan ülkeden oluşmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri de kapsayan temel veri setimiz, Dünya Bankası'nın dünya kalkınma veri setinden alınan bir alt kümedir (Dünya Bankası, 2013).

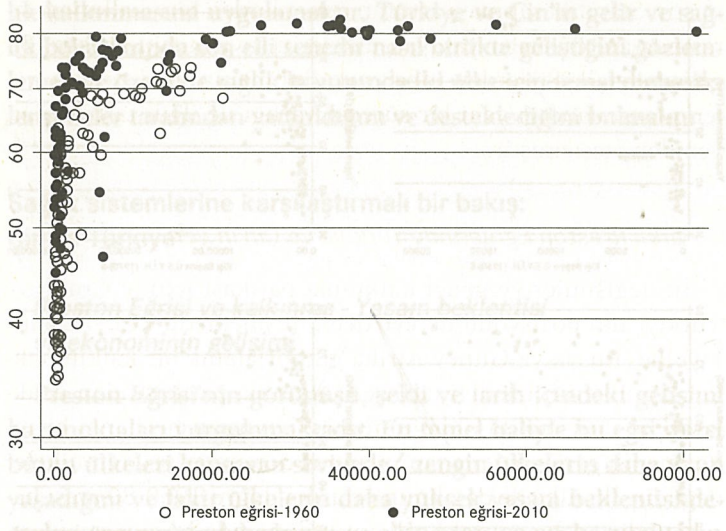
ŞEKİL 1
1960-2000 Preston Eğrileri



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

şı, Preston Eğrisi'ni oluşturan boyutlarda kalkınma yakınsamasından kalkınma uzaklaşması safhasına geçildiğini göstermektedir. Bu durumun altında yatan temel faktörlerden biri ise kalkınmakta olan ülkelerin kendi içinde uzaksamasıydı. Kalkınan ülkelerden Asya odaklı bir grup (Çin, Singapur, Güney Kore) 1980'lerden önce gelişmiş ülke ortalamasına doğru evrilirken,

ŞEKİL 2
Preston Eğrisi'nin Zaman İçindeki Gelişimi (1960-2010)



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

TABLO 2
Preston Eğrisi'ndeki Boyutlarda Sapma ve Korelasyon
(1960-2010)

Yıllar	*Korelasyon katsayısı*	*Standart sapması*
1960	0,819	12,265
1970	0,802	11,272
1980	0,832	10,233
1990	0,859	10,813
2000	0,877	11,746

Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

özellikle 1990'lardan sonra orta gelirli ülkelerin bir kısmı (örneğin Güney Afrika ve Rusya) kendilerinden daha aşağı bir seviyeye doğru gelişmiştir. Bu gelişmeler, eşitsizlik ve farklı kalkınma kurumlarının kalkınan ülkelerin deneyimine etkisi konusunda var olan tartışmayı da destekler yöndedir.

Standart sapma 1980'lerin başında en düşük seviyesinde iken, 1990'larda artarak 2000'lerde en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Standart sapmayı arttıran etmenlerden biri, kalkınma sırasında ani düşüşler yaşayan ülkelerin sayısındaki artıştır. Bu gelişmeler, 1980'lerden itibaren kalkınmanın yeni parametrelerle tanımlandığı yeni bir sürecin varlığı ile ilgili tartışmaları yeniden ateşlemiştir.

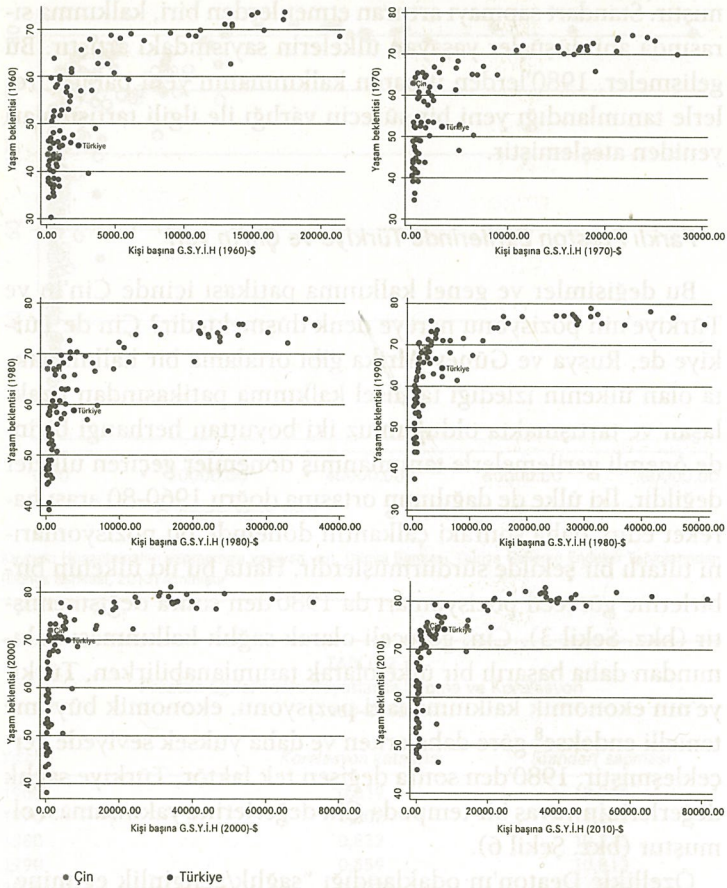
Farklı Preston Eğrilerinde Türkiye ve Çin'in yeri

Bu değişimler ve genel kalkınma patikası içinde Çin'in ve Türkiye'nin pozisyonu nereye denk düşmektedir? Çin de Türkiye de, Rusya ve Güney Afrika gibi ortalama bir kalkınmakta olan ülkenin izlediği tarihsel kalkınma patikasından uzaklaşan ve tartışmakta olduğumuz iki boyuttan herhangi birinde önemli gerilemelerle tanımlanmış dönemler geçiren ülkeler değildir. İki ülke de dağılımın ortasına doğru 1960-80 arası hareket edip, daha sonraki çalkantılı dönemde bu pozisyonlarını tutarlı bir şekilde sürdürmüşlerdir. Hatta bu iki ülkenin birbirlerine göreceli pozisyonları da 1980'den sonra değişmemiştir (bkz. Şekil 3), Çin, göreceli olarak sağlık kalkınması bakımından daha başarılı bir ülke olarak tanımlanabilirken, Türkiye'nin ekonomik kalkınmadaki pozisyonu, ekonomik büyüme temelli endekse[8] göre daha erken ve daha yüksek seviyede gerçekleşmiştir. 1980'den sonra değişen tek faktör, Türkiye sağlık değerlerinin yavaş bir tempoda Çin değerlerine yakınsaması olmuştur (bkz. Şekil 6).

Özellikle Deaton'ın odaklandığı "sağlık/zenginlik eğimine" Türkiye ve Çin özelinde bakacak olursak; Çin'in kendi tarihindeki en yüksek eğimin 1960-70 döneminde yaşandığını ve bu eğimin gelişen ülkelerin içinde, kendi döneminde en yüksek eğim olduğunu görürüz. Bu durum 1970'lerde de devam etmiştir, ama 1980'lerden sonra Çin'in eğimi dünyanın en dü-

8 Dünya Bankası veri kaynağından (WDI) elde edilen ekonomik büyüme verisi (GSYİH için yüzdelik artış) 1960 sonrası dönemde Türkiye ve Çin için her yılı kapsamaktadır.

ŞEKİL 3
1960-2010 Preston Eğrilerinde Çin ve Türkiye'nin Durumu



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

şük sağlık/zenginlik eğimine dönüşmeye başlamıştır. Bu çok değişken yapıya kıyasla, Türkiye'nin "sağlık ve zenginlik eğimi" hem Çin'e hem de diğer gelişmekte olan ülkelere göre ortalamaya çok daha yakın ve çok daha az değişken bir seyir izlemektedir. Sağlık ve zenginlik eğimindeki değişimler siyasal dü-

TABLO 3
Türkiye ve Çin'in Yaşam Beklentisi ve Ekonomik Değişiminin İlişkisi (β)

Beta değerleri	*1960*	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*
Çin	2,51	2,06	-0,07	-1,85	-1,33
Türkiye	0,53	-1,07	0,72	-0,85	0,13

Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

zeydeki değişimleri yansıttığı ölçüde; Çin'in ekonomi ve sağlık sistemindeki değişimleri, aşağıda tartışılacağı üzere, çok daha radikal ve aktif, Türkiye'nin bu ikili boyuttaki değişimlerini ise çok daha sınırlı, "reaktif" ve yavaş olarak tanımlamak mümkündür (Öniş ve Şenses, 2007).[9]

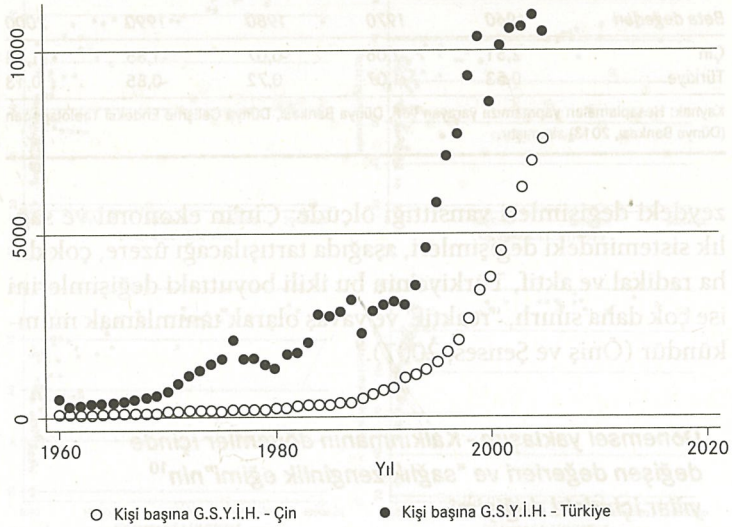
Dönemsel yaklaşım - Kalkınmanın dönemler içinde değişen değerleri ve "sağlık-zenginlik eğimi"nin[10] yıllar içindeki değişimi

Preston Eğimi'ni oluşturan temel boyutlarda (ekonomi ve sağlık boyutu) iki ülkenin gelişimini dönemsel olarak inceleyecek olursak, Çin ve Türkiye'nin iki boyutta başarılı olduğu dönemlerin görünür bir şekilde farklılaştığını ama Türkiye'nin iki boyuttaki başarısının ve başarı seviyesinin dönemden döneme daha az değişime açık olduğunu görürüz. Çin 1960-70 arasında en başarılı yaşam üretimi dönemini geçirip (Şekil 7), bu boyutta bulunduğu kalkınmakta olan ülkeler kümesine liderlik eder (Tablo 4) ve bu dönemden sonra sağlık başarıları ciddi bir şekilde azalırken (Şekil 7), Türkiye'nin bu boyuttaki performansı çok daha sürekli, yavaş bir tempoda azalan (Tablo 5) ve göreceli olarak değişmez gözükmektedir. 1980 sonrası ise, ekonomik başarı bakımından sürekli (Şekil 4) ve kalkınan ülkelere lider seviyede gelişen Çin (Tablo 4) iken, Türkiye'nin kalkınma res-

9 Bu sınıflandırma Tablo 3'le uyumlu olduğu gibi, Öniş ve Şenses'in (2007) Çin ve Türkiye'yi göreceli sınıflandırma metodolojileriyle de uyumlu bir biçimde gerçekleşmektedir.

10 Health & wealth gradient.

ŞEKİL 4
Kişi Başına GSYİH Gelişimi - Türkiye ve Çin (1960-2010)



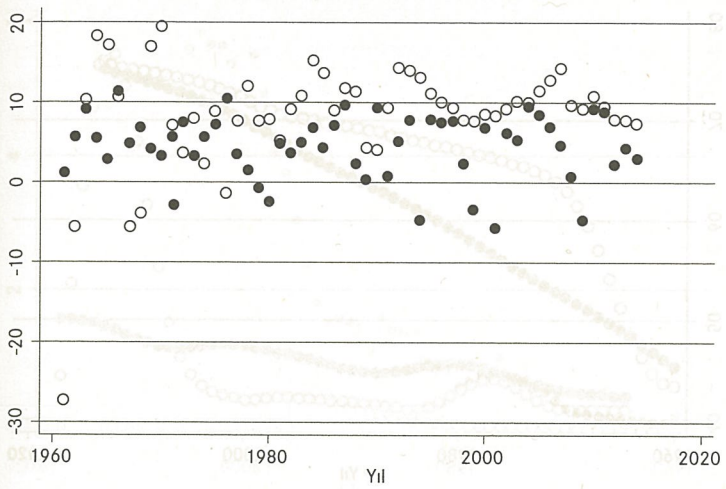
Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

TABLO 4
1960-2010 Arası Yaşam ve Ekonomi Boyutunda
Dünyanın 1. Ülkeleri ve Değerleri

On-yıllık dönemler	*Maksimum yaşam değeri*[a] *artışı (yıllık) ve ülkesi*	*Maksimum ekonomik üretim artışı*[b] *(yıllık) ve ülkesi (%)*
1960	,45[c]	4
1970	,25	1,81
1980	,17	1,25[d]
1990	,46	1,43[c]
2000	,31	1,56[c]

a Veri setinde bulunan ülkeler için 1960'tan beri kesintisiz şekilde toplanan "Beklenen Yaşam Beklentisi" verisiyle ölçülmüş ve sıralanmıştır (Dünya Bankası, 2013).
b Veri setinde bulunan ülkeler için 1960'tan beri kesintisiz şekilde toplanan "Kişi Başı GSYİH Artışı (yüzde)" verisiyle ölçülmüş ve sıralanmıştır (Dünya Bankası, 2013).
c Çin.
d Çin 2'nci, Ekonomik artışı: 1,1065.

ŞEKİL 5
GSYİH Artışının Gelişimi - Türkiye ve Çin (1960-2010)



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

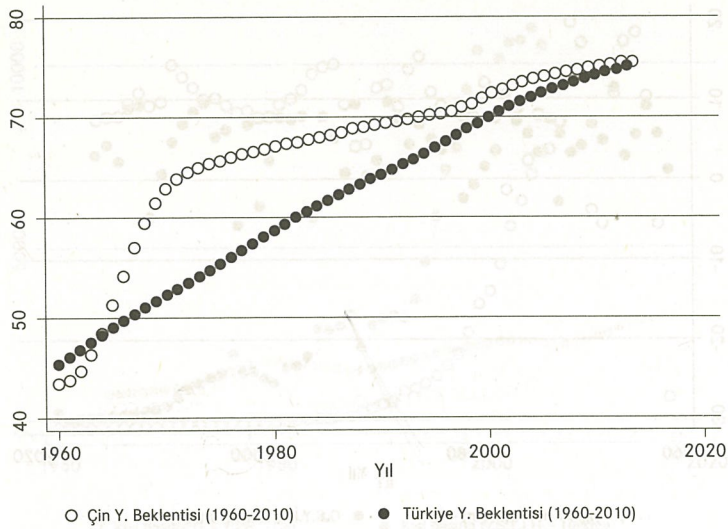
TABLO 5
1960-2010 Arası 10 Yıllık Dönemlerde
Yaşam Beklentisi Boyutunda Oluşan Yıllık Değişimler (%)

Yaşam beklentisi değişimi (%)	*1960-70*	*1970-80*	*1980-90*	*1990-2000*	*2000-2010*
Çin	5,45	0,8	0,3	0,2	0,37
Türkiye	1,42	1,17	0,91	0,86	0,59

Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

mi çok daha dalgalı gözükmektedir. 1980'den önce Türk ekonomisinin daha hızlı bir büyüme trendine sahip olduğu, 1980 sonraki dönemde ise Çin'in büyüme hızının göreceli olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (Şekil 5).

ŞEKİL 6
Yaşam Beklentisinin Gelişimi - Türkiye ve Çin (1960-2010)



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

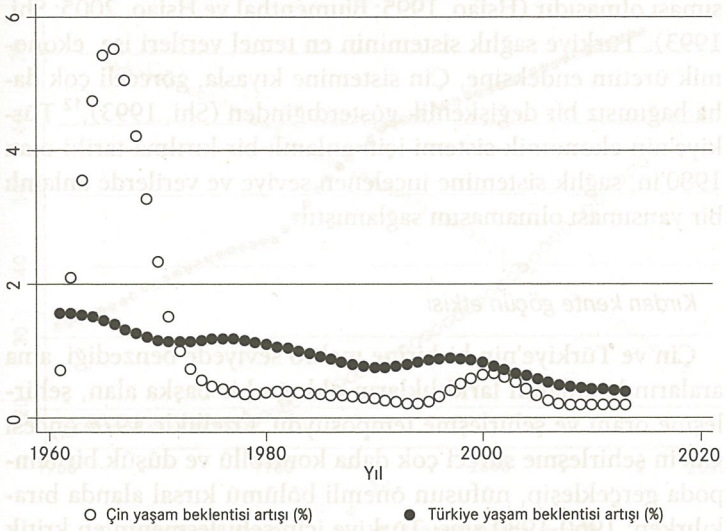
Sağlık/kalkınma eğiminin sosyo-ekonomi ve sağlık seviyesinde belirleyicileri

Bu bölümde, sağlık/kalkınma eğimi ve patikasında Türkiye ve Çin için değişimleri hangi sosyo-ekonomik değişkenlerin, süreçlerin ve sağlık sistemi parametrelerinin etkilediği tartışılacaktır. Bu ülkeler benzer piyasalaşma, "uluslararasılaşma", küreselleşme, şehirleşme süreçlerinden geçmiştir. Ancak bunun yarattığı toplumsal ve bölgesel eşitsizlikler ve sağlık boyutunda ülkelerin gelişmeleri farklılık göstermektedir.

Sağlık değerlerinde küreselleşme-uluslararasılaşma ve piyasalaşma etkisi

Uluslararasılaşma ve piyasalaşmanın etkisi bakımından kritik ampirik soru, 1978-80 zamansal kırılmasının Türkiye ve

ŞEKİL 7
Yaşam Beklentisi Artışının Gelişimi - Türkiye ve Çin (1960-2010)



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

Çin'in kalkınma seviyeleri bakımından ne kadar etkili gözüktüğüdür. Bu süreçler bakımından Çin için kritik tarih 1978 olarak gözükürken, Türkiye için kritik dönem 1980 olarak gözükmektedir. Öncelikli olarak bu tarihlerin, sağlık ve ekonomik kalkınmanın ilişkilenme seviyesi ve eğimi bakımından bir tarihsel kırılmaya denk gelip gelmediğinin istatistiki analizini yapmak gerekmektedir. Bu bakımdan Çin için 1978 sağlık ve ekonominin ilişkisi bakımından anlamlı bir kırılmayı ifade ederken, Türkiye için 1980 böyle bir anlamlı etkiyi ifade etmemektedir.[11]

Bu farklılığı anlamanın bir yolu, Çin sağlık sisteminin her zaman ekonomik sisteme daha fazla doğrudan entegre bir sistem

11 Çin için piyasalaşma reformları ve öncesi (1978 öncesi ve sonrası), veri setindeki tek önemli kırılma olup, öncesinde ve sonrasındaki Beta anlamlı bir şekilde ayrışsa da, Türkiye'nin veri setinde istatistiksel olarak anlamlı bir kırılma görünmemektedir (1980 de dahil olmak üzere).

olup, ekonomik sistemdeki 1978 gibi tartışmasız değişimlerin ve dönüşümlerin, sağlık sistemine neredeyse otomatik bir yansıması olmasıdır (Hsiao, 1995; Blumenthal ve Hsiao, 2005; Shi, 1993). Türkiye sağlık sisteminin en temel verileri ise, ekonomik üretim endeksine, Çin sistemine kıyasla, göreceli çok daha bağımsız bir değişkenlik gösterdiğinden (Shi, 1993),[12] Türkiye'nin ekonomik sistemi için anlamlı bir kırılma tarihi olan 1980'in, sağlık sistemine incelenen seviye ve verilerde anlamlı bir yansıması olmamasını sağlamıştır.

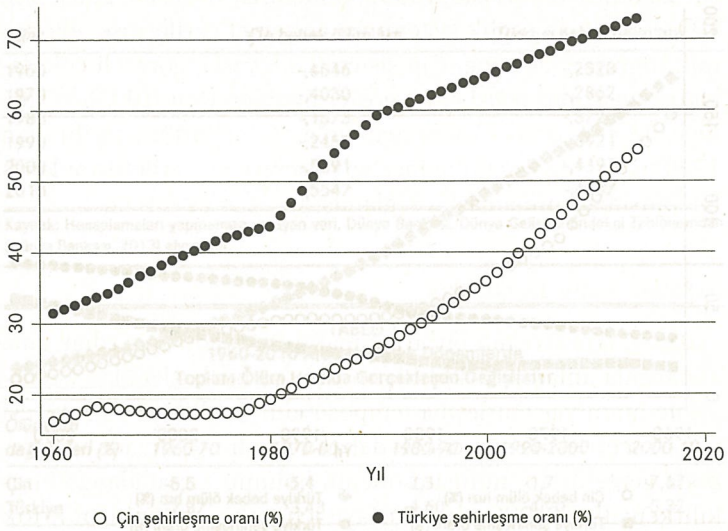
Kırdan kente göçün etkisi

Çin ve Türkiye'nin birbirine makro seviyede benzediği, ama aralarında anlamlı farklılıkların olduğu bir başka alan, şehirleşme oranı ve şehirleşme temposuydu. Özellikle 1978 öncesi Çin'in şehirleşme süreci çok daha kontrollü ve düşük bir tempoda gerçekleşip, nüfusun önemli bölümü kırsal alanda bırakılırken; 1960-1980 arası Türkiye için şehirleşmenin en kritik dönemlerinden biri olmuş ve nüfusun neredeyse yüzde 50'sinden fazlası şehirlere ve şehir sağlık kurumlarının sorumluluğuna taşınmıştır (Şekil 8). 1960'lardaki Türkiye ve Çin toplumunda en önemli sağlık reformlarının temel olarak kırsal nüfusu ve sağlık sistemlerini hedef aldığı hatırlanacak olursa,[13] Çin reformunun başarısının sağlık değerlerine çok daha güçlü bir şekilde yansımasını bu bakımdan da açıklamak kolay olmaktadır. Her ne kadar Türkiye nüfusunun önemli bir azınlı-

12 Ampirik olarak Tablo 3'te özetlenen, Çin ve Türkiye'nin tarihsel verisinin tüm zamansal genişliğini kullanan ekonometrik analiz, ekonomi ve sağlık verilerinin Çin için 1978'den önce pozitif yönde, 1978'den sonra ise negatif yönde istatistiki olarak anlamlı bir şekilde ilişkilendiğini göstermektedir. Türkiye için, 1980 reformları öncesinde de sonrasında da iki boyuttaki gelişmeler ve büyümeler yıldan yıla birbirinden temel olarak bağımsız bir biçimde gerçekleşmiştir. Çin için reform öncesi ve reform sonrası sağlık sisteminin ekonomik sistemden ve ekonomik reformlardan niye ayrı düşünülemeyeceğinin detaylı bir analizi için bkz. Shi (1993).

13 Aynı dönemde gerçekleşmiş reformların tanımlayıcı özelliklerini incelemek bakımından Türkiye reformları için Akın (2012); Çin için ise Liu vd. (1999); Hsiao (1995) bu alanda öğretici kaynaklar olarak kullanılabilir.

ŞEKİL 8
Şehirleşme Hızı - Türkiye ve Çin



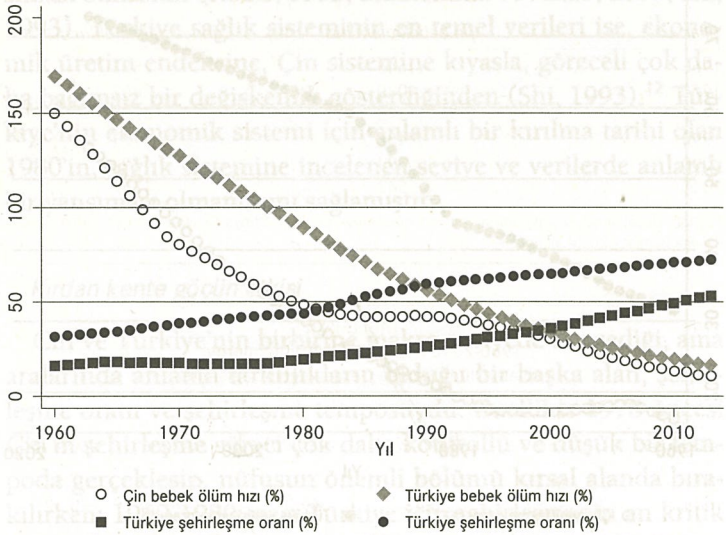
Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

ğı 1980'den sonra da kırsal alanda kalsa da, Türk sağlık sisteminin 1960-80 arası ikircikli bir şekilde daha ana şehirlerden uzağa doğru genişlemesi, göreceli olarak daha az sağlık sistemi seviyesinde katma değer yaratabilmiştir. Türkiye'nin sağlık sistemi ve değerleri açısından Çin'e oranla asıl başarılı olduğu dönem olan 1980-2000 dönemi (Şekil 9), Türkiye'nin şehirleşmesinde çok ciddi bir eşiği atladığı ve nüfusunun çoğunluğunu şehirlere taşıdığı dönemdir.

Farklı sağlık performans ölçütleri: Ölüm oranları, epidemiyoloji ve aşılama

Sağlık sisteminin etkinliği, ekonomistlerin yeni açtığı bir alan olan sağlık/zenginlik eğimi açısından değerlendirilecektir. Yaşam beklentisi, farklı yaş ve cinsiyetlerdeki ölüm hızları

ŞEKİL 9
Türkiye ve Çin Bebek Ölüm Hızı ve Şehirleşme



Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

ve toplumsal epidemiyolojiyi belirleyen temel etmenler ve kurumlar tarafından şekillendirilmektedir.

Sistem, özellikle bebek ve çocuk ölüm hızı ve bunu belirleyen temel etmenlerden olan aşılama ve çocuk sağlık sisteminin performansı açısından incelenirse, birkaç sonuç ortaya konabilir. Birincisi, özellikle bebek ölüm hızı bakımından Çin ve Türkiye'nin sağlık sisteminin başarılı ve başarısız dönemleri çok daha belirgin hale gelmektedir (Tablo 6 ve Tablo 7). Çin 1960-80 ve 2000-2010 arasında Türkiye'yi geride bırakan bir performans gösterirken, Türk sağlık sisteminin başarılı dönemleri 1980-2000 arasındaki dönemdir. Türkiye'nin başarılı olduğu dönemi daha da yakından incelersek, bu sağlık başarısının ve Çin'e sağlık yakınsamasının altında yatan temel nedenin, Türkiye'nin Çin'le dönemin başında olan aşılama açığını, 1980'den sonra kapatması olduğu görülmektedir. Genel makroekono-

TABLO 6
1960-2010 Arası 10 Yıllık Dönemlerde
Bebek Ölüm Hızında Gerçekleşen Değişimler

Yıllar	*Çin bebek ölüm hızı*	*Türkiye bebek ölüm hızı*
1960	-,4646	-,2523
1970	-,4030	-,2862
1980	-,1573	-,3720
1990	-,2458	-,3921
2000	-,5391	-,4197
2010	-,5547	-,4257

Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

TABLO 7
1960-2010 Arası 10 Yıllık Dönemlerde
Toplam Ölüm Hızında Gerçekleşen Değişimler

Ölüm hızı değişimleri (%)	*1960-70*	*1970-80*	*1980-90*	*1990-2000*	*2000-10*
Çin	-5,5	-5,4	-2,5	-1,7	-7,67
Türkiye	-2,87	-3,43	-4,60	-4,90	-5,32

Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

mik resimde gerçekleşen piyasalaşma ve özelleştirme eğilimleri ile hiç de uyumlu bir şekilde gerçekleşmeyen bu genel halk sağlığı politikası ve yatırımı, Türkiye için hem kırsal hem şehir nüfusunun sağlık değerlerini hızlı bir şekilde değiştirmiştir. Nüfusun önemli bir bölümü için (Tablo 8 ve Tablo 9) son derece maliyetli ve tarihsel olarak etkili (Akder, 2002) hastalıklara karşı bağışıklık kazandırmış ve Türkiye'nin Çin'in daha önce tamamlamaya yaklaştığı epidemiyolojik geçişi[14] deneyimlemesine önayak olmuştur (Tezcan ve Aslan, 2002).

14 Epidemiyolojik geçiş, sağlık kalkınma döneminin başında, ülkenin ölüm oranları ve sağlık değerlerindeki en önemli yeri tutan, bulaşıcı ve kronik hastalıkların nitelikleri ve ağırlıklarındaki ölçülebilir değişimdir. Türkiye tarihinde buna verilebilecek en önemli örnek, 1960'larda ölümlerin yüzde 43,9'u bulaşıcı hastalıklardan gerçekleşirken, 2000'lerin başında ise ölümlerin yüzde 5,2'sinin bu sebepten gerçekleşmesidir. Aynı zamanda şehir kaynaklı bulaşıcı hastalıkların 1960-2000 arası yüzde 23,2'lik bir göreceli ağırlık ile başlayıp, dönemin sonunda bu ağırlığın yüzde 50,7'ye çıkmasıdır. Tezcan ve Aslan (2002).

TABLO 8
1980-2010 Arası 5 Yıllık Dönemlerde
Nüfustaki DBT* Bağışıklık Oranı (%)

Bağışıklık oranı (%)	*1980*	*1985*	*1990*	*1995*	*2000*	*2005*	*2010*
Çin	56	78	97	80	85	87	99
Türkiye	42	55	84	67	85	90	97
Aşılama farkları	24	23	13	13	0	-3	2

(*) Difteri, boğmaca, tetanos gibi bağışıklık kazanma yoluyla azaltılabilecek en önemli hastalıklarla mücadeleyi ve bu hastalıklara karşı özellikle çocuk yaştaki nüfusa sunulan aşıların nüfusu kapsama oranını, sunulan istatistikler açıklamaktadır.
Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

TABLO 9
1980-2010 Arası 5 Yıllık Dönemlerde
Nüfustaki Kızamık Bağışıklık Oranı (%)

Bağışıklık oranı (%)	*1980*	*1985*	*1990*	*1995*	*2000*	*2005*	*2010*
Çin	60	88	98	80	84	86	99
Türkiye	27	61	78	65	87	91	97
Aşılama Farkları	33	27	20	15	-3	-5	2

Kaynak: Hesaplamaları yapmamıza yarayan veri, Dünya Bankası, Dünya Gelişme Endeksi Tablolarından (Dünya Bankası, 2013) alınmıştır.

Diğer toplumsal eşitsizliklerle sağlık eşitsizliğinin ilişkisi

Ekonomik sınıflar, cinsiyetler ve bölgeler arasındaki eşitsizlikler, Türkiye ve Çin'in sağlık sistemi performanslarına farklı şekilde yansımaktadır.

Türkiye ve Çin sağlık sistemi değerleri ve bu iki ülkenin sağlık/zenginlik eğiminde olan değişimler, bize, toplumsal eşitsizliğin sağlığın üretimindeki etkisi konusunda ne öğretiyor? Eşitsizlik azaltıcı politikalardan piyasa üzerinden sağlık talebini yöneten politikalara yönelen bu iki ülke ekonomik üretimlerini arttırırken ve gelişen ülkelerden pozitif anlamda kendilerini ayrıştırırken, sağlık sistemindeki kazanımları giderek daha fazla riske girmektedir. Aynı dönemde Türkiye'nin de Çin'in de sağlık sistemi özelinde çevrelerindeki ve benzer kalkınma seviyelerindeki ülkelerle sağlık tercihleri homojenleşmektedir.

Özellikle bölgesel yakınsamanın sağlık değerlerine güçlü bir şekilde yansımasını gördüğümüz bu dönemde eşitsizlikler, 1990'larda araştırmamızda yer verdiğimiz ülkelerin büyük kısmında artmakta (Meng vd., 2012); gelişmekte olan ülkelerin performansı birlikte yükselmekte; ancak kalkınma performansı bu yirmi senelik dönemde farklılaşan ülkelerin sağlık açısından performans makası çok genişlemektedir.

Sağlık kulüpleri ve ekonomi kulüpleri yaklaşımı, bu dönemde homojenleşen sağlık politikaları ve giderek makası açan gelişen ülke deneyimleri açısından önemlidir.

Bu yaklaşımın temel sorularından biri, kalkınmasının farklı noktasında ve kalkınan ülkeler kümesinin farklı noktalarındaki ülkeler, sağlık değerlerini yükseltmek ve daha eşit hale getirmek için ne gibi politika tercihlerine ve politika gereçlerine sahiptir, olacaktır.

Bu alanda geçmiş verinin incelenmesinden çıkan sonuç, sağlık açısından en önemli hedefleri saptamak ve toplumdaki sağlık eşitsizliklerini azaltmak üzerine kurulmuş sağlık politikaları ile evrensel sağlık politikalarının farkı üzerinedir. Özellikle Çin, sağlık sisteminde, 1960-1980 ve 2000-2010 dönemlerinde dünya çapında başarı kazanmıştır. Bu dönemler, Çin devletinin evrensel bir sağlık standardını bütün ülke genelinde aynı ölçüde yakalamaya çalışmaktan daha çok, sağlık ve ekonomik kalkınma bakımından geri kalmış alanları ve nüfusları özel olarak hedeflediği ve bu bölgelere sağlık hizmetleri arzını politika olarak yükselttiği dönemler olması sebebiyle önemlidir (Zhang ve Unschuld, 2008; Bloom, 2011).[15] Yine aynı dönemlerde, Çin'in yalnızca sağlık eşitsizliğini ve yoksunluğunu değil, genel ve daha

15 1960'larda ve 2000'lerde sağlık sistemi verilerinde olumlu yöndeki en belirgin artışlar, ulusal sağlık sisteminin en güçsüz, eşitsiz bölge ve nüfusları sağlık politikalarıyla hedeflediğinde yaşanmıştır (Navarro, 2002; Banerji, 2002). Aynı şekilde, Çin halk sağlığındaki en başarısız dönemler, 1980'lerde ve 1990'larda yaşanmış olup; bu başarısızlık, sağlık eşitsizliklerinin sağlık politika yapıcıları tarafından göz ardı edilmesine ve bunun sonucu olarak sağlık eşitsizliklerinin kontrolsüz bir biçimde artmasına bağlanabilir (Navarro, 2002). Bu yeni politikalar her ne kadar hedefledikleri toplumsal eşitsizlikleri tam olarak ortadan kaldırmasa da, bu eşitsizlikleri azaltarak ulusal sağlık değişkenlerinde önemli bir iyileşmeye sebep olmuştur.

çok boyutlandırılmış eşitsizliği ve yoksunluğu kendisine hedef seçmesi de özellikle üzerinde durulması gereken bir noktadır.

Sonuç: Coğrafi ve tarihi karşılaştırmalardan öğrendiklerimiz

Şimdiye kadar ortaya konan sonuçları ve Türkiye ekonomisi çalışmalarında yeni filizlenmekte olan sağlık-ekonomi-kalkınma yazını açısından bu çalışmadan çıkan yeni saptamaları, dört ana başlıkta toplayacağız.

Sonuç 1: Kalkınmanın Çeşitliliği, Kalkınmanın Boyutları ve Kalkınmanın Farklı Dönemleri

Çok boyutlu kalkınma anlayışı ve sağlık kalkınmasını iten veya frenleyen temel etmenlerle ekonomik kalkınmayı sağlayan ve hızlandıran etmenler farklılık göstermektedir. Dönemsel analizlerden, Türkiye ve Çin özelinde kalkınmayı etkileyen değişkenleri saptamak mümkündür.

Sağlık sisteminin ve değişkenlerinin gelişimi, kişisel geliri açıklayan faktörlerden farklı dinamiklerle belirleniyor. Aynı şekilde, Çin ve Türkiye'nin gelişmiş ülkelere yakınsamamasına neden olan ekonomik faktörler, sağlık yakınsamasını etkileyen faktörlerden çok daha farklı gözükmektedir. Sağlık kalkınması seviyesinde dünya dağılımında daha fazla hareket gözükmekte, ama zengin ülkeler yine de kendilerini sağlık boyutunda diğer ülkelerden ayrıştırabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde (Türkiye ve özellikle Çin'de), neoliberal dönüşümlerden önceki sağlık-kalkınma ilişkisini belirleyen parametrelerin, reformlardan sonra ciddi şekilde değiştiğini görmekteyiz. Reformların sağlık/zenginlik eğimi üzerindeki etkisinin önemli bir yeni araştırma alanı olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç 2: Farklı toplumsal bağlamların sağlık kalkınması farklı parametrelerle değerlendirilmelidir.

Sağlık kalkınmasını anlamak için onun içinde oluştuğu bağlamı tam olarak anlamamız gerekmektedir. Ülkelerin sağlık sis-

temlerinde 1980 öncesinde karşılaştıkları temel sıkıntılar ve sınırlılıklar, 1980 sonrasından çok farklı görünmektedir. Burada temel farklılaştırıcı etmen; toplumların, nüfuslarının çoğunluğunu nerede ikame ettiğidir. Çin'de sağlık parametreleri temel olarak kırsal gerçeklikler ve değerler üzerinden inşa edilmektedir. Türkiye'de ise sağlık parametrelerinin temel belirleyenleri, kentsel ekonomik ve sosyal değişkenlerdir. Farklı dönemlerde bu iki ülkenin sağlık dengelerini karşılaştıracak olursak, sağlık sistemlerinin temel parametreleri ve gelişme patikaları, kırsal ve sosyalist bir toplumun sağlık değişkenlerinden şehirsel ve piyasacı bir toplumun temel değişkenlerine doğru çeşitlilik göstermektedir.

Sonuç 3: Kalkınmakta olan ülkeler özelinde var olan toplumsal eşitsizlikler ve onlara yönelik dönemsel devlet politikaları, ülkelerin toplam sağlık mücadelesinde aldığı sonuçları etkilemektedir.

Sağlık göstergeleri açısından Türkiye ve Çin'in ortalamadan fazla başarılı olduğu dönemler, bu ülkelerin sağlık ve toplum politikalarını var olan eşitsizlikleri gidermek amacıyla da genişlettiği dönemlere rastlamaktadır. Çin kalkınmasının sağlık göstergeleri tarafında özel bir başarı sağladığı 1960'lar ve 2000'ler, Çin'in köy/kent eşitsizliklerini özel olarak hedeflediği dönemlere tekabül ederken; Türkiye'nin başarılı olduğu 1970'ler ve 1990'lar sağlık sisteminin kara deliklerini kapatmaya çalıştığı, sağlık sisteminin kapsadığı nüfus ve coğrafyayı güçlü bir şekilde geliştirdiği dönemlere rastlamıştır. Bu etmenler, genel ekonomik kalkınmadan çok daha güçlü bir şekilde, sağlık kalkınmasının patikasını belirlemiştir.

Sonuç 4: Çin[16] ve Türkiye için kalkınmada kritik tarihler ve belirleyici eşitsizlikler saptanmalıdır. Kalkınmayı bütün boyutlarına (eğitim, ekonomi ve genel eşitsizliklere) yoğunlaşarak açıklayan çalışmalar tasarlanmalıdır.

Kalkınmanın doğrusal olmayan, zaman içinde kümelenmiş ve çok boyutlu doğası göz önünde bulundurulmalıdır. Kalkın-

16 Çalışmalar için bkz. Reddy (2007).

ma dönemlerinin daha tanımlayıcı ve bütüncül bölümlere ayrılması ve bu dönemlerde kalkınmayı etkileyen bütün politikaların ve değişimlerin toplanması, incelenmesi ve tanımlanması; bunların sonucunda da politikaların sağlık göstergeleri üzerindeki genel ve dağılıma yansıyan etkilerinin araştırılması ve ayrıştırılması gerekmektedir. Bunlar olmadan tek bir boyuta, tek bir ülkeye veya tek bir döneme odaklanmak, kalkınmayla ve ülke düzeyindeki sağlık hikâyemizle ilgili daha önemli bir kurumsal ve küresel kalkınma perspektifini gözden kaçırmamıza yol açmaktadır. Tam da bu noktada, iktisat ve iktisadi kalkınma literatürünün, Türkiye sağlık kalkınması ve Türkiye halk sağlığı yazınına sağlayabileceği küresel ve karşılaştırmalı perspektif daha da önemli bir boyut kazanmıştır.

KAYNAKÇA

Akder, Halis, "Forgotten Campaigns: A History of Disease in Turkey", K. Oktem, C. Kerslake ve P. Robins (der.), *Turkey's Engagement with Modernity: Conflict and Change in The Twentieth Century* içinde, Londra: Palgrave, 2002.

Akın, Ayşe, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, Uygulamalarından Örnekler, İzlenimler", Türk Tabipler Birliği (der.), *Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı* içinde, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2012.

Anand, S. ve Ravaillon, M., "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services", *Journal of Economic Perspectives*, 1993, 7(1): 133-50.

Banerjee, A. V. ve Duflo, E., "The Economic Lives of the Poor", *Journal of Economic Perspectives*, 2007, 21(1), s. 141-67.

Banerji, D., "A Fundamental Shift in the Approach to International Health by WHO, UNICEF and the World Bank: Instances of the Practice of "Intellectual Fascism" and Totalitarianism in some Asian Countries", V. Navarro, (der.), *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life* içinde, New York: Baywood, 2002.

Bates, R. H.; Coatsworth, J. H. ve Williamson, J. G., "Lost Decades: Post-independence Performance in Latin America and Africa", *The Journal of Economic History*, 2007, 67(4), s. 917-43.

Bloom, D. ve Canning, D., "Health and Wealth of Africa", *World Economics*, 2004, 5(2): 57-81.

Bloom, Gerald, "Building Institutions For an Effective Health System: Lessons From China's Experience With Rural Health Reform", *Social Science & Medicine*, 2011, 72 (8), s. 1302-09.

Blumenthal, D. ve Hsiao, W. C., "Globalization and Its Discontents-The Evolving Chinese Health Care System", *The New England Journal of Medicine*, 2005, 353(11), s. 1165-70.

Cornia, G. ve Menchini, L., "The Paceand Distribution of Health Improvements during the last 40 years: Some Preliminary Results", Sunuş: UNDP-İnsani Kalkınma Forumu, 2004.

Cutler, D. M.; Lleras-Muney, A. ve Voglt, T., "Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms", NBER Working Paper, No:14333, 2008.

Deaton, Angus,"Policy Implications of The Gradient Of Health And Wealth", *Health Affairs*, 2002, 21(2), s. 13-30.

Deaton, Angus, "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature,* 2003, 61(1), s. 113-58.

Deaton, Angus, "Health in an Age of Globalization", NBER Working Paper, No: 10669, 2004.

Deaton, Angus, "Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations and Policies", NBER Working Paper, No:12735, 2006.

Deaton, Angus, *The Great Escape: Health, Wealth and the Origins of Inequality*. Princeton University Press, Princeton, 2013.

Dedeoğlu, Necati, "Dünya Sağlık Örgütü, Alma Ata, Temel Sağlık Bakımı Kavramı ve Sosyalleştirme", S. Solmaz (der.) *Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı* içinde, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2012.

Dreze, Jean ve Sen, Amartya, *An Uncertain Glory: India and its Contradictions,* Princeton: Princeton University Press, 2013.

Eichengreen, Barry, "Escaping the Middle Income Trap", *Achieving Maximum Long Run Growth* içinde, Federal Reserve Bank of Kansas City, 2012.

Easterly, William, "The Lost Decades: Developing Countries' Stagnation in Spite of Policy Reform 1980-1998", *Journal of Economic Growth*, 2001a, 6 (1), s. 135-57.

Easterly, William, "The Elusive Quest for Growth: Economist's Adventures and Misadventures in the Tropics", Boston: MIT Press, 2001b.

Easterly, William, "What Did Structural Adjustment Adjust? The Association Of Policies And Growth With Repeated IMF and World Bank Adjustment Loans", *Journal of Development Economics*, 2005, 76(1), s. 1-22.

Hobsbawm, Eric, *Kısa 20. Yüzyıl: 1914-1991 Aşırılıklar Çağı,* Çev. Yavuz Aloğan, İstanbul: Everest Yayınları, 2002.

Hsiao, W. C., "The Chinese Health Care Lessons For Other Nations", *Social Science and Medicine*, 1995, 41(8), s. 1047-1055.

Krugman, Paul, "Toward a Counter-Counter revolution in Development Theory", *World Bank Economic Review*, 1992, 6(1), s. 15-38.

Lin, J. Y. ve Rosenblatt, D., "Shifting Patterns Of Economic Growth And Rethinking Development", *Journal of Economic Policy Reform*, 2012, 15(3), s. 171-194.

Liu, Y.; Hsiao, W. C. ve Eggleston, K., "Equity in Health and Health Care: The Chinese Experience", Social Science & Medicine, 1999, 49, s. 1349-56.

Meng, Q.; Zhang, J.; Yan, F.; Hoekstra, E. J. ve Zhuo, J., "One Country, Two Worlds - The Health Disparity in China", *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 2012, 7(2), s. 124-36.

Navarro, Vincente, "Health and Equity in the World in the Era of 'Globalization'", Vincente Navarro (der.),*The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life* içinde, New York: Baywood, 2002.

Navarro, Vincente, "Development and Quality of Life: A Critique of Amartya Sen's Development as Freedom", Vincente Navarro (der.), *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life* içinde, New York: Baywood, 2002.

Öniş, Ziya ve Şenses, Fikret, "Global Dynamics, Domestic Coalitions and a Reactive State: Major Policy Shifts in Post-War Turkish Economic Development", Discussion Paper, Yayınlayan: Turkish Economic Association, 2007.

Preston, Samuel H., "The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development", *Population Studies: A Journal of Demography*, 1975, 29(2), s. 231-48.

Preston, Samuel H., "Causes and Consequences of Mortality Declines in Less Developed Countries during the Twentieth Century", R. A. Easterlin (der.), *Population and Economic Change in Developing Countries* içinde, Chicago: University of Chicago Press, 1980.

Pritchett, Lant, "Divergence, Big Time", *The Journal of Economic Perspectives*, 1997, 11(3), s. 3-17.

Reddy, Sanjay, "Wealthier and Healthier? China's Recent Health Achievements in Comparative Perspective", *International Journal of Health Services*, 2007.

Reddy, Sanjay, "*Health Costs of China's "Economic Miracle* / Death in China: Market Reforms and Health", *International Journal of Health Services*, 2008, 38(1), s. 125-141.

Rohde, J.; Causens, S.; Chopra, M.; Tangcharoensathien, V.; Black, R.; Bhutta, Z. A. ve Lawn, J. E., "30 Years after Alma-Ata: Has Primary Health Care Worked in Countries", Lancet, 2008, 372: 950-61.

Rodrik, Dani, *In Search of Prosperity: Analytic Narratives On Economic Growth*, Princeton: Princeton University Press, 2003.

Rodrik, Dani, "*Goodbye Washington Consensus, Hello Washington Confusion? A Review of the World Bank's Economic Growth in the 1990s: Learning From a Decade of Reform*", *Journal of Economic Literature*, 2006, 44(4), s. 973-987.

Rodrik, Dani, "One Economics-Many Recipes: Globalization, Institutions and Economic Growth", Princeton: Princeton University Press, 2007.

Sachs, J. D. ve Warner, A. M., "Economic Convergence and Economic Policies", Development Discussion Papers, No: 502, 1995.

Sen, Amartya, *The Economics of Life and Death*, ScientificAmerican, 1993.

Sen, Amartya, *Development As Freedom*, New York: Knopf, 1999.

Shi, Leiyu, "Health Care in China: a Rural-Urban Comparison After The Socioeconomic Reforms", *Bulletin of World Health Organization*, 1993, 71(6), s. 723-736.

Steckel, Richard, "Historical Perspective on the Standard of Living Using Anthropometric Data", E. Wolff (der.), *What Has Happened to the Quality of Life in the Advanced Industrialized Nations* içinde, Londra: Palgrave, 2004.

Summers, L. ve Prichett, L., "Wealthier is Healthier", *Journal of Human Resources*, 1996, 31(4): 841-68.

Şenses, Fikret, "Neoliberal Küreselleşme Kalkınma için Bir Fırsat mı, Engel mi?", ERC Working Paper No: 09, 2004.

Tezcan, S. ve Aslan, D., "Mortality Trend and Causes in Turkey Between 1960-2000", Poster: 16'ncı Dünya Epidemiyoloji Konferansı, 2002.

Toye, J. F., *Dilemmas of Development*, Oxford: Basil Blackwell, 1987.

World Development Indicators (WDI), Dünya Bankası, Dünya Kalkınma İndikatörleri, http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=World-Development-Indicators, 1987.

Wolf, M. ve Wade, R., "Are Global Poverty and Inequality Getting Worse?", *Prospect Magazine*, 2002, 72(1), s. 16-21.

Yip, W. ve Mahal, A., "Health Care Systems of China and India: Performance and Future Challenges", *Health Affairs*, 27(4): 921-32.

Zhang, D. ve Unshchuld, P. U., "China's Barefoot Doctor", *Past, Present & Future*, Lancet, 2008.

Zhang, X. ve Kanbur, R., "Spatial Inequality in Education and Health Care in China", *China Economic Review*, 2005, 16: 189-204.