MARMARA ÜNİVERSİTESİ
MALİYE ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
YAYIN NO: 14

SAĞLIK EKONOMİSİ ve POLİTİKALARI

Doç. Dr. Ayşegül MUTLU
Yrd. Doç. Dr. Abdülkadir IŞIK

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

21

İSTANBUL - 2002

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
MALİYE ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
YAYIN NO: 14

SAĞLIK EKONOMİSİ ve POLİTİKALARI

Doç. Dr. Ayşegül MUTLU

Yrd. Doç. Dr. Abdülkadir IŞIK

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
338,4 2362 1
M992 2002 39894

İSTANBUL - 2002

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAÜ [A] Merkez Kütüphanesi
039894
255.07.02.01.06.00(07)0039894
338.473621/M992

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

İÇİNDEKİLER

Önsöz xiii
Kısaltmalar Tablosu xii
Şekiller Listesi ix
Tablolar Listesi x

1. BÖLÜM
SAĞLIK EKONOMİSİNİN TEMEL KAVRAMLARI

1.1. Sağlık Ekonomisine Giriş 1
1.2. İktisat Ve Sağlık Kavramları 2
1.2.1. İktisat Kavramı 2
1.2.2. Sağlık Kavramı Ve Tanımı 6
1.3. Sağlık Ekonomisinin Tanımı Ve Kapsamı 13

2. BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK PİYASALARI

2.1. Sağlık Hizmeti Ve Temel Özellikleri 21
2.1.1. Kamusallık Özelliği 22
2.1.2. Dışsallıklar 24
2.1.3. Yararlı Mallar (Erdemli Mallar) 27
2.1.4. Devlet Müdahaleleri 28
2.1.5. Belirsizlik Altında Seçim 29
2.1.6. Asimetrik Bilgilenme 30
2.1.7. Hastalık Riskinin Ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi 32
2.1.8. Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketiminin Topluma Etkileri 33

Sakarya Üniversitesi
Kütüphane ve Dokümantasyon
Dairesi Başkanlığı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

2.2. Sağlık Piyasalarının Özellikleri 34
2.2.1. Satıcıların Azlığı 34
2.2.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları 35
2.2.3. Arz Ve Talep Arasındaki Dengesizlik 36
2.2.4. Bilgi Maliyetleri 38
2.2.5. Monopolleşme 39
2.2.6. Satıcılar Arasında Anlaşma 41

3. BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEP ANALİZİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Talep Analizi 43
3.1.1. Talep Ve Talep Fonksiyonu 43
3.1.2. Sağlık Hizmetleri Talebi 45
3.1.2.1. İhtiyaç-Talep İlişkisi 50
3.1.2.2. Sağlık Hizmetleri Talebi İçin Bir Model: Sağlık Talebinden Türetilen Sağlık Hizmetleri Talebi 50 52
3.1.3. Sağlık Hizmetleri Talebini Belirleyen Faktörler 53
3.1.3.1. Sağlık Hizmetleri Talebi Ve Eğitim Düzeyi 54
3.1.3.2. Sağlık Hizmetleri Talebi Ve Fiyatlar 54
3.1.3.3. Sağlık Hizmetleri Talebi Ve Gelir Düzeyi 55
3.1.3.4. Sağlık Hizmetleri Talebi, Zevkler Ve Tercihler 56
3.1.3.5. Sağlık Hizmetleri Talebi Ve Diğer Faktörler 57
3.1.4. Sağlık Hizmetleri Talebi Ve Hastalar 58
3.1.5. Sağlık Hizmetleri Talebinin Tahmin Edilmesi 64
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz Analizi 66
3.2.1. Arz Ve Arz Fonksiyonu 66
3.2.2. Sağlık Hizmetleri Arzı 67
3.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Arzı Belirleyen Faktörler 69
3.2.4. Üretimde Ekonomik Etkinliğin Değerlendirilmesi 71

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

3.2.5. Sağlık Hizmet Üretim Birimi Olarak Hastaneler 73

4. BÖLÜM
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

4.1. Sağlık Sektöründe Maliyet Ve Fayda Unsurları 80
4.2. Sağlık Hizmetlerinde Değerlendirme Yöntemleri 83
4.2.1. Maliyet-Fayda Analizi 83
4.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Fayda Ve Maliyetlerinin Belirlenmesi 83
4.2.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Faydaları 85
4.2.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri 85
4.2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Fayda Ve Maliyetlerin Ölçülmesi 90
4.2.1.3. Basit Bir Yaralama Olayına Maliyet-Fayda Analizinin Uygulanması 97
4.2.1.4. Maliyet Fayda Analizinin Tek Bir Projeye Uygulanması 101
4.2.1.5. Maliyet-Fayda Analizinin Alternatif Projelere Uygulanması 103
4.2.1.6. Porje Büyüklüklerinin Farklı Olması Ve Sınırlı Bir Bütçe Altında Maliyet-Fayda Analizinin Uygulanması 105
4.2.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Faydalarının Ölçülmesinde Karşılaşılan Problemler 106
4.2.1.8. Sağlık Hizmetlerinin Maliyetlerinin Ölçülmesinde Karşılaşılan Problemler 109
4.2.2. Maliyet – Etkinlik Analizi 111
4.2.2.1. Maliyet – Etkinlik Analizinin Unsurları 113
4.2.2.1.1. Optimal Tercihlerin Yapılması Ve Alternatifler Arasında Seçim 113
4.2.2.1.2. Müdahale Bileşiminin Seçilmesi 116
4.2.3. Maliyet Minimizasyon Yöntemi 119

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

5. BÖLÜM
HAYATIN KALİTESİ, TEORİSİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI

5.1. Hayatın Kalitesi Kavramı 122

5.2. Hayatın Kalitesinin Çerçevesi Ve Refah 130

5.3. Subjektif Sağlık Kavramı Ve Kapsamı 135

5.4. Subjektif Sağlığın Ölçülmesi 138

5.4.1. Subjektif Sağlığın Ölçülmesi Ve Hayatın Kalitesi Kavramının Sağlık Hizmetlerine Uygulanması 139

5.4.1.1. Nottingham Sağlık Profili 139

5.4.1.2 Sağlık Hizmetlerinde Hayatın Kalitesi Ve Sağlık Düzeyinin Ölçülmesi: "The Sickness Impact Profile' (Sip) Yaklaşımı 140

5.4.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Hayatın Kalitesi Ve Sağlık Düzeyinin Ölçelmesi: "Naes Ve Swedish Instrument" 142

5.4.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hayatın Kalitesi Ve Sağlık Düzeyinin Ölçülmesi: İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı Ve "Aggernaes" 145

5.4.1.4.1. Maslow'da İhtiyaç Kavramı 145

5.4.1.4.2. Taggernaes Teorisinde Hayatın Kalitesi Ve İhtiyaçları 146

5.4.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Hayatın Kalitesi Ve Sağlık Düzeyinin Ölçülmesi: Ekonomik Yaklaşım "Quality Adjusted Life Years" Ve York Okulu 147

6. BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARI VE GELİŞİMİ

6.1. Sağlık Harcamalarının Önemi Ve İçeriği 156

6.2. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri 163

6.2.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması 164
6.2.2. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi 165
6.2.3. Kentleşme 167
6.2.4. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi 167
6.2.5. Yaşam Süresinin Uzaması 168
6.2.6. Teknolojik Gelişmeler 169
6.2.7. Demokratik Düzenin Yaygınlaşması Ve Yeni Kazanımlar 169
6.3. Sağlık Harcamaları Piyasasının Büyüklüğü 170
6.4. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Gelişme Düzeyine Göre Sağlık Harcamaları 175
6.4.1. Düşük Gelirli Ülkeler: Kenya Örneği 175
6.4.2. Orta Gelirli Ülkeler: Meksika Örneği 185
6.4.3. Yüksek Gelirli Ülkeler: Japonya Örneği 190
6.5. Sağlık Harcamalarının Gelişimi Ve Genel Bir Değerlendirme 205
6.6. Ülkeler Arasında Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılmasında Karşılaşılan Sorunlar 214

7. BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE BAŞLICA FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

7.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemlerinin Sınıflandırılması Ve Teorik Çerçeve 219
7.2. Finansman Yöntemleri 230
7.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi 230
7.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemleri 233
7.2.2.1. Çalışanların Finansmana Katılması 235
7.2.2.2. İşverenlerin Finansmana Katılması 240
7.2.2.3. Devletin Finansmana Katılması 236
7.2.3. Uygulamada Karşılaşılan Diğer Finansman Yöntemleri 238
7.2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özel Olarak Satın Alınması 239

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.2.3.2. Harcamaların Özel Sağlık Sigortaları Tarafından Finansmanı 240
7.2.3.3. Zorunlu Kamu Sigortası Yöntemiyle Yapılan Finansman 242
7.2.3.4. Kamu Kesimi Tarafından Tamamlama (Entegre) Yöntemiyle Yapılan Finansman 244
7.2.3.5. Kamunun Sözleşmeye Dayalı Yöntemiyle Yapılan Finansman 246
7.3. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Finansman Yöntemlerinin Özellikleri 250
7.4. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Finansman Yöntemlerinin Ortak Özellikleri 254
7.5. Çeşitli Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemlerinin İncelenmesi 256
7.5.1. A.B.D. 256
7.5.2. İngiltere 261
7.5.3. Japonya 263
7.5.4. Kanada 264
7.5.5. İsveç 266
7.5.6. Almanya 267
7.5.7. Fransa 269
7.5.8. İtalya 270
7.5.9. İsrail 272
7.5.10. Kore 273
7.5.11. Diğer Ülkeler 273
7.6. Alternatif Finansman Yöntemlerinin Karşılaştırılması 275

8. BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI

8.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi 284
8.1.1. 1923-1960 Dönemi 284
8.1.2. 1960 Sonrası Dönem 287

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

8.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi 288
8.2.1. Türkiye'de Sağlık Sektörünün İdari Örgütlenmesi 290
8.3. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelişimi 293
8.3.1. Kamu Sağlık Harcamaları 293
8.3.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları 298
8.4. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı 298
8.4.1. Sağlık Bakanlığı 301
8.4.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) 302
8.4.3. Esnaf Ve Sanatkarlar Ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 305
8.4.4. T.C. Emekli Sandığı 306
8.4.5. Üniversite Hastaneleri 307
8.4.6. Aktif Devlet Memurları 307
8.4.7. Özel Sosyal Güvenlik Sandıkları Ve Özel Sigortalar 308
8.5. Türkiye'de Sağlık Finansmanı Sorunları 309
8.6. Türkiye'de Sağlık Sistemi Reformu Ve Finansman Hedefleri 311
8.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı İçin Çözüm Önerileri 313
8.7.1. Maliyet Paylaşımı (Cost Sharing) Ve Maliyet Sınırlaması (Cost Recovery) 315
8.7.2. Tüketici Katkıları 316
8.7.3. Toplum Finansmanı (Community Based Financing) 318
YARARLANILAN KAYNAKLAR 319

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Sağlık Ekonomisinin Yapısı	17
Şekil 2:	Sağlık Ekonomisi Sisteni Ve İşleyişi	20
Şekil 3:	Arz Ve Talep Arasında Dengesizlik	37
Şekil 4:	Toplam Harcamalar Ve Tüketici Artığı	38
Şekil 5:	Agü'lerde Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Har. Ve GSYİH	178
Şekil 6:	Agü'lerde Kişi Başına Gsyih Ve Toplam Sağlık Harcamaları Payı (8 Ülke)	179
Şekil 7:	Sağlık Harcamaları Ve Ortalama Yaşam Süresi	192
Şekil 8:	Erkek Nüfus İçin Ortalama Yaşam Süresi ve Kişi Başına Gsyih İlişkisi	193
Şekil 9:	Erkek Nüfus İçin Ortalama Yaşam Süresi ve Kişi Başına Sağlık Harcaması	194
Şekil 10:	Doğum Öncesi Bebek Ölüm Oranları Ve GSYİH	196
Şekil 11:	Doğum Öncesi Ölüm Oranları Ve Sağlık Harc.	197
Şekil 12.	Seçilmiş Bazı Ülkelerde Tahmini Sağlık Harcamaları Ve Tahmini Yaşam Beklentisi Sapmaları	218
Şekil 13:	Sağlık Hizmetlerinde Doğrudan Finansman Yönteminin İşleyişi	231
Şekil 14:	Sağlık Hizmetlerinde Dolaylı Finansman Yönteminin İşleyişi	234
Şekil 15:	Sağlık Hizmetleri İçin Gönüllü Ve Cepten Ödemeler	239
Şekil 16:	Gönüllü Sigortalar Yoluyla Yapılan Harcamalar	241
Şekil 17:	Zorunlu Sigorta İle Yapılan Harcamalar	243
Şekil 18:	Sigortacılar Ve Üreticiler Arasında Entegrasyon	245
Şekil 19:	Birlikte Zorunlu Sigorta Uygulaması	247
Şekil 20:	Sigortacılıkta Rekabet Ve Zorunlu Sigorta	249
Şekil 21:	Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizm. Finansman Ve Organizasyon Modeli	251

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1:	Kişisel Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler	55
Tablo 2:	Diz Yaralanmasına Fayda-Maliyet Analizinin Uygulanması	97
Tablo 3:	Diz Yaralanmasında Alınacak Sağlık Hizmetinin Fayda Ve Maliyetleri	101
Tablo 4:	Tek Bir Proje İle İlgili Karar Verilmesi	103
Tablo 5:	Alternatif Projeler Arasında Karar Verilmesi	104
Tablo 6:	Sağlık Merkezinde Çalışacak Sağlık Personeli Ölçüsünün Belirlenmesi	106
Tablo 7:	Alternatif Bebek Sağlık Hizmet Sistemleri Ve Karşılaştırılması	113
Tablo 8:	Alternatif Çocuk Sağlığı Bakım Sistemleri	115
Tablo 9:	Anti-Parazitel Hastalıkları Önleme Projesi	116
Tablo 10:	Belirli Bir Bütçe İle Hastalıkları Önleme Programlarının Sıralanışı	117
Tablo 11:	Sgt Testlerinin Karşılaştırılması	118
Tablo 12:	Rosser Ve Kind'e Göre Sağlık Durumunu Belirleyen Matrisler	150
Tablo 13:	Sağlık Durumlarının Yararlarının Sıralanması	152
Tablo 14:	OECD Verilerinde Sağlık Harcamalarının Bileşenleri	160
Tablo 15:	Sağlık Göstergeleri Ve Harcamalarının Ülkelere Göre Karşılaştırılması	172
Tablo 16:	Azgelişmiş 5 Ülkede Toplam Nüfus Ve Sağlık Harcaması Dağılımı	175
Tablo 17:	Düşük Gelirli Ülkelerde, Kişi Başına Milli Gelir	181
Tablo 18:	Kenya'da Sağlık Harcamaları	183
Tablo 19:	Meksika'da Sağlık Sigortalarının Kapsamı	189
Tablo 20:	Gelişmiş Ülke Gruplarında Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları	198
Tablo 21:	Gelişmiş Ülkelerde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Yıllık Artış Oranları	298
Tablo 22:	Seçilmiş Gelişmiş Ülkelerde Doğum Öncesi Meydana Gelen Bebek Ölüm Oranları	199
Tablo 23:	Seçilmiş Üç Ülkede Kişi Başına Tıbbi Teknoloji	201

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 24:	Japonya Sağlık Sisteminin İşleyişi	204
Tablo 25:	Bazı Ülkelerde Sağlık Harcamaları	206
Tablo 26:	Oecd Ülkelerinde Gsmh Yüzdesi Olarak Toplam Sağlık Harcamaları	208
Tablo 27:	Oecd Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları	209
Tablo 28.	Oecd Ülkelerinde Hastane Hizmetleri	210
Tablo 29.	Oecd Ülkelerinde Hastane Hizmetleri	211
Tablo 30.	Oecd Ülkelerinde Sağlık Statüsü Göstergeleri	212
Tablo 31.	Sağlık Hizmetlerinin Terris'e Göre Sınıflandırılması	220
Tablo 32.	Field'e Göre Sağlık Hizm. Sınıflaması	221
Tablo 33.	Roemer'ın Sınıflaması	222
Tablo 34.	Elling'in Sınıflaması	222
Tablo 35.	Dünya Bankasının Finansman Yaklaşımı	223
Tablo 36.	Sağlık Hizmetleri Finansmanının Temel Kaynakları	229
Tablo 37.	Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansman, Ödeme Sistemleri Ve Yapıları	253
Tablo 38.	Alternatif Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi	276
Tablo 39.	Türkiye Sağlık Sektörü	291
Tablo 40.	İldeki Başlıca Sağlık Kuruluşları	292
Tablo 41.	Konsolide Bütçe Harcamaları İçinde Sağlık Harcamaları	294
Tablo 42.	Gsmh İçinde Sağlık Harcamaları	295
Tablo 43.	Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı	296
Tablo 44.	Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamalarının Sınıflandırılması	297
Tablo 45.	Genel Bütçe Ve Fon Kaynaklı Harcamaların Ekonomik Ayrımı	298
Tablo 46.	Sağlık Hizmetleri Arzı Ve Finansmanı	300
Tablo 47.	Toplam Sağlık Finansman Kaynakları	301
Tablo 48.	Sağlık Bakanlığı Finansman Kaynakları	302
Tablo 49.	Ssk Gelir Ve Gider Dağılımı	304
Tablo 50.	Mikro Ve Makro Maliyet Sınırlama Stratejileri	314

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

KISALTMALAR

a.g.ç. : Adı Geçen Çalışma
a.g.e. : Adı Geçen Eser
a.g.m. : Adı Geçen Makale
CU : Cost-Utility (Maliyet-Fayda)
Daly : Disabled Adjusted Life Yeras (Sakatlık ve Bu Halde Geçen Yılların Ölçüsü)
GSMH : Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HMO : Health Maintenance Organizations (Sağlığa Destek Organizasyonları)
HYE : Health Years Equivalent (Sağlıklı Geçirilen Yılların Eşitli)
ILO : International Labour Office (Uluslararası Çalışma Örgütü)
IPA : Independent Practice Organizations (Bağımsız Pratisyenlerin Organizasyonları
MG : Milli Gelir
NHP : Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)
NHS : National Health Service (Ulusal Sağlık Servisi ve Hizmetleri)
PPA : Preferred Practice Associations (tercihli hizmet organizasyonları)
Qaly : Quality Adjusted Life Yeras (Yıllara Göre Düzenlenmiş Hayatın Kalitesi)
SFK : Sağlık Finansman Kurumu
SIP : Sickenss impact Profile (Hastalık Etki Profili)
SSI : Suplementary Security Income (Tamamlayıcı Güvenlik Geliri)
UN : United Nations (Birleşmiş Milletler)
UNESCO: United Nationas Educational, Scientific and Cultural Organizations (Birleşmiş Milletler, Eğitim, bilimsel ve Kültür Organizasyonu)
WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883
MARMARA ÜNİVERSİTESİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ÖNSÖZ

Sağlık harcamalarının sürekli ve hızlı bir şekilde artması sonucu ortaya çıkmış oldukça yeni bir bilim dalı olan sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplindir veya başka bir ifade ile, ekonomi bilimi ile sağlık bilimlerinin kesişme noktasında bulunan bir alanıdır.

Sağlık hakkı veya sağlıklı yaşama hakkı, insanların temel haklarından birisidir. Bu hakkın sağlanması için, kıt kaynakları en etkin biçimde kullanarak sağlık alanında en etkin üretimi sağlamak sağlık ekonomisinin temel amacıdır. Sağlık ekonomisinin kapsamı ise, sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilişkilendirilebilecek olan bütün faaliyetlerdir.

Yirminci yüzyılın başlarına kadar, bazı salgın hastalıklar dışında, hastalık ve sağlık ekonomik anlamda ele alınmıyordu. Sanayileşme ile birlikte, sağlık hizmetleri önem kazanmaya başladı. Üretime katkısı olan kişilerin sayısı arttıkça, bunlar hastalık riskine karşı korumak amacıyla hastalık sigortası sistemleri geliştirildi. Zaman içinde tıp bilimi ve teknolojisi geliştikçe, sigorta sistemlerinin zorlanması nedeniyle, sağlık harcamaları kamu bütçesinden karşılanmaya başlandı. İkinci Dünya Savaşından sonra ise, hastalık sigortası sisteminden, vatandaş sağlığından devletin sorumlu olduğu sistemlere geçildi. Herkese sağlık hizmeti sunmak amacıyla ulusal sağlık güvenlik sistemleri kuruldu. Ancak, toplumun sağlık talebinin çoğalmasıyla, sağlık harcamalarındaki artışlar milli gelirdeki artışların üzerine çıktı. Teknolojinin de gelişmesi ve sağlığın teknolojisi için yoğun kullanıldığı bir sektör haline gelmesiyle, devletler sağlık harcamalarını karşılama konusunda zorlanmaya başladılar. Sağlık ekonomisinin ortaya çıkışı, bu süreçte, sağlık sektörünün daha etkin çalışması amacından kaynaklanmıştır.

Sağlık ekonomisi, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ilk defa ABD'de bağımsız bir ders olarak okutulmaya başlamış, daha sonra, özellikle İngiltere'de ekonomistlerin büyük ilgisini çeker hale gelmiştir. Sağlık ekonomisi konusunda, gelişmiş ülkelerde oldukça geniş bir literatür ortaya çıkmıştır. Kitapta bu literatürü mümkün olduğunca kullanmaya çalıştık.

Bu konuya ilgimiz, Ayşegül Mutlu'nun Yüksek Lisans ve Doktora Programlarında vermiş olduğu Kamu Harcamaları ve Sağlık Ekonomisi dersleri

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ile, Abdülkadir Işık'ın ise Doktora Tezi çalışmaları ile başlamıştır. Bu ilgi ile hazırlamış olduğumuz kitabın amacı, bir yandan Türkiye'de Sağlık Ekonomisi literatürüne küçük de olsa bir katkıda bulunmak, diğer yandan özellikle yüksek lisans ve doktora programlarında okutmakta olduğumuz Sağlık Ekonomisi derslerine kaynak yaratmak olmuştur.

Bu kitap, sadece İktisat ve Maliye Bölümlerindeki Yüksek Lisans öğrencileri için değil, aynı zamanda Sağlık Programlarındaki öğrenciler de dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu amaçla iktisat öğrencileri için bazı çok basit gelebilecek kavram ve konuların açıklanmasına da ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Çalışmamızın hazırlanması sırasında, gerek kaynak önererek, gerekse önerilerde bulunarak desteklerini esirgemeyen Sayın Hocamız Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Başkanı Prof.Dr.Ömer Faruk Batırel'e ve Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Başkanı Prof.Dr.Turgay Berksoy'a teşekkür ederiz.

Hatalarımız bize aittir ve bu yönde alacağımız eleştiriler bu çalışmanın geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Doç.Dr.Ayşegül Mutlu

Yrd.Doç.Dr.Abdülkadir Işık

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

1. BÖLÜM
SAĞLIK EKONOMİSİNİN TEMEL KAVRAMLARI

1.1. SAĞLIK EKONOMİSİNE GİRİŞ

Son elli yılda sürekli büyüme trendi içinde olan sağlık sektörü, gelişme potansiyeli geniş bir sektördür. ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kıt kaynakların etkin bir şekilde kullanılması önem taşımaktadır ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar, toplumsal refah için kullanılan kaynakların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri için ayrılan payların büyüklüğü ve etkinliği tartışılmaktadır.

1950'li yıllardan bu yana milli gelir içinde sağlık hizmetlerinin payı yaklaşık iki katı aşan oranda artmıştır. Bazı iktisatçılar, teknolojik gelişmelerin harcama düzeyinin korunmasına ve hatta düşmesine yardımcı olabileceğini savunmasına karşılık, çoğunluk, kaynak ihtiyacını artıracağını savunmaktadır. Toplumun beklentileri de bu yöndedir. Giderek artan sayıda insan, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, daha iyi sağlık koşullarını talep etmektedir. Bu beklentilere cevap verilmesi gereği de sağlık harcamaları artışının önemli nedenidir.

Özellikle 1960'lı yıllardan itibaren ayrı bir disiplin olarak ele alınan sağlık ekonomisinin gelişimini incelediğimiz zaman özellikle sağlık ve ekonomi bilimlerinin çalışma alanı içinde olduğunu görmekteyiz.

Tıp fakültelerinin önemli bir bölümünde sağlık ekonomisi dersleri ve kursları söz konusudur. Bu programlar geniş bir alanı kapsamaktadır. Örneğin, sağlık kurumlarının, organizasyon, sağlık ve sağlık sektörü ile ilgili sorunlar ve öneriler, finansman ve zorunlu sigortaların tartışılması gibi. Sağlık ekonomisi üzerine verilen bu programların en önemli özelliği sağlık hizmetlerinde, sağlık alanında, tıp eğitimi ve tıbbi araştırmalarda karşılaşılan sorunların daha çok mali yönü üzerinde yoğunlaşmasıdır. Bu tür tıbbi alanda çalışanlar ve hastaneler üzerine verilen araştırma programları ve kurslarla, yapılan yayınlara bakıldığında ekonomi bilimine genellikle sağlık hizmetleri ve sağlık

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

sektörünün organize edilmesi ve finansmanı konusundaki kamu politikalarının oluşturulmasında bir yaklaşım tarzı ve düşünme yolu olarak yaklaştıkları gözlemlenmektedir. Ekonomi bilimi burada sorunların analiz edilebilmesi için bir çözüm aracı ya da bu araçları içeren bir teknik olarak değerlendirilmektedir.

Bu yaklaşımlar yorumlandığında, sağlık ekonomisinin, sağlık ve iktisat bilimlerinin kesişme noktasında yer aldığını söyleyebiliriz. Bu çerçevede öncelikle iktisat ve sağlık kavramlarının tanımlanması gerekmektedir.

1.2. İKTİSAT VE SAĞLIK KAVRAMLARI

1.2.1. İKTİSAT KAVRAMI VE TANIMI

İktisat, dar açıdan bakıldığında kıt kaynaklarla sonsuz olan insan ihtiyaçlarını karşılayan ve bunu inceleyen bilim dalı olarak tanımlanabilirken, daha geniş olarak, kişilerin ve toplumların tercihlerine nasıl ulaşacaklarını, kıt üretim kaynaklarının alternatif kullanım yerleri arasında nasıl tahsis edileceğini, çeşitli malların üretimi ve onların arz ve talebi ile üretimin ve dağılımın içinde bulunulan dönem ve daha sonraki dönemlerde kişiler ve toplumlar için hangi koşullar altında gerekleşeceğini, kaynak tahsisi ile ilgili bileşenlerin geliştirilmesini inceleyen ve bunların fayda ve maliyet analizini yapan bilim dalı olarak tanımlanmaktadır.[1]

Sağlık ekonomisti Williams, iktisat bilimini, iktisadi faaliyetleri kendine özel kurallar içinde inceleyen bir bilim dalı olarak tanımlarken, özellikle iktisadi analiz tekniklerinin geniş bir alanda, bu arada sağlık alanında kullanımıyla ilgilenmektedir.[2]

---

[1] Gavin Mooney; Economics Medicine and Health Care, Harvester Whatseaf, UK. 1992, s.5. R.Schiller Bradley, The Makro Economy Today, Random House Business Division and McGraw-Hill, United States of America, 1990, s.5. Richard Lipsey, Peter O.Steiner, Douglas D.Purvis, Paul N.Courant, Economics, Harper and Row Publicshers, New York, 1993, s.4. Lee Kenneth and anne Mills, "Developing Countries, Health and Health Economics". The Economics of Health and Developing Countires 5Ed. By K.Lee and A.Mills). Oxford Universit Press, UK. 2983, s.9.

[2] Alan Williams, Introduction: Health and Economics, New York, 1987, s.11. Abdülkadir Işık, Sağlık Ekonomisi Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1997.

İktisat biliminin sağlık alanında kullanılan pek çok kavram yer alır. Ancak iktisatçı olmayanların bunu anlayabilmesi literatüre olan hakimiyetlerine bağlıdır. Bu kavramları Mills ve Lee kıtlık, maliyetler, fırsat maliyetleri, üretim fonksiyonu, arz, talep, elastikiyet, gölge fiyatları yöntemi, dışsallıklar ve ekonomik değerlendirme teknikleri olarak açıklamıştır.[1] Bu konu üzerinde ilerleyen bölümlerde sağlık ekonomisinin kullandığı mikro ve makro ekonomik araçlar çerçevesinde sağlık piyasaları anlatılırken detaylı bir şekilde durulacaktır.

İktisat biliminin isteklerin, tercihlerin ve kıt kaynakların incelenmesi üzerinde odaklaştığı görülür. İktisadi faaliyetler yerine getirilirken kaynak tahsisinde etkinliğin gerçekleştirilmesi için sektörler ya da birimler arasında dağıtılacak kaynakların en iyi bileşiminin bulunması için uygulanacak yöntemler de kamu ekonomisinin ilgilendiği bir konudur. Sağlık ve sağlık koşullarının geliştirilmesi ile ilgili alternatif üretim yolları arasında kaynakların en iyi şekilde nasıl tahsis edileceğini belirlemek ve ortaya koymak kamu ekonomisinin alanı içinde yer alır.

İktisadın temelinde kıt kaynakların sonsuz ihtiyaçlar arasında tahsis yapma zorunluluğunun bulunması ekonomi biliminin sağlık bilimine yapacağı katkıyı artırmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için mevcut kaynakların alternatif kullanım yerleri arasında tahsis edilmesi ve bunun en iyi bileşiminin bulunması gibi. Gerçekte, ekonomi bilimi sadece belli faaliyetlere uygulanmaz, ya da bütün faaliyetlere uygulanmasını engelleyen kısıtlar söz konusu değildir. Bu bağlamda kaynakların kıt olduğu ve tercihlerin söz konusu olduğu her faaliyete ve alana uygulanabilir.

Yukarıda verilen tanımın pozitif iktisadı tanımladığı da belirtilmelidir. Bilindiği üzere pozitif iktisat, ne, neydi, ne olacak sorularıyla; normatif iktisat ise olması gereken ile ilgilidir. Pozitif iktisat açıklama ve öngörü teorilerini kullanır, Normatif iktisat ise açıklama ve öngörülerin ötesinde, değer yargılarının katılması ile birlikte toplumun nasıl daha iyi koşullara getirilebileceği konusunda önerilerde bulunur.

---

[1] Lee and Mills, 1983, a.g.e., s.7

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Pozitif iktisat yaklaşımı değer yargılarını içermediği gibi hangi konuların uygulanması gerektiğini dikte etmez ve aynı zamanda farklı konuların ve farklı politika seçeneklerinin etkilerini ortaya çıkarmaya çalışan bir yaklaşım olarak karşımıza çıkar.[4]

Bir ekonomik sistem kurumlar, yasalar ve kuralların bir bileşimi olarak toplum tarafından yaratılır ve aşağıdaki genel soruların yanıtlarını bulmaya çalışır[5], bunlar ;

1. Hangi mal ve hizmetler üretilmelidir?
2. Bu mal ve hizmetler nasıl üretilmelidir?
3. Bu mal ve hizmetler kimler için üretilecektir? sorularıdır.

Kaynakların alternatif kullanım yerleri arasında dağılımı, tercihler arasında bir rekabet ve öncelikler sırası yapma zorunluluğunu ortaya çıkarır. Verilecek bu kararlar kaynakların üretim yerleri arasında nasıl tahsis edileceğini belirlediği gibi, yapılan üretim sonucu elde edilen çıktının toplumu oluşturan bireyler arasındaki bölüşümünü de etkilemektedir.

Fuchs'a göre bir ekonomik sistemden sağlık hizmetleri ile ilgili beklentiler aşağıdaki gibidir.[6]

1. Sağlık hizmetlerine tahsis edilecek kaynakların optimum tutarının belirlenmesi,
2. Bu kaynakların bileşiminin optimal kullanımı,
3. Sağlık hizmetlerinin optimal dağılımı.
4. Sağlık hizmetleri sağlanırken bulunulan durum ile gelecekte yatırım, eğitim, araştırma ve benzeri çabalar arasında kaynak tahsisinin optimum bir şekilde yapılması.

Feldstein ise ekonomik sistem içerisinde yer alan sağlık sektörünün aşağıdaki sorulara yanıt aradığını belirtmektedir.[7] Her bir sağlık sistemi ifade edilecek üç alanda tercih yapmak zorundadır.

---

[4] Pozitif ve normatif yaklaşım ve bunların sağlık ekonomisi açısından incelenmesi için bakınız; Santerre,E., Rexford E., and P. Stephen Neun, **Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies**, The Irwin Series in Economics, Chicago USA, 1998, s.13.

[5] Lipsey and others, a.g.k., s.4, ile Begg and others, a.g.k., s.2 ve aynı zamanda, P. Samuelson, **Economics**, Harper and Row, 1991, ss.2-7' ye bakılabilir.

[6] Victor R. Fuchs, **The Health Economy**, Harvard University Press, Cambridge Massachussetts and London, USA, 1986, ss.5-11.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

1. Sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapılacaktır.
2. Bu hizmetler en etkin şekilde nasıl gerçekleştirilecektir.
3. Bu hizmetlerin dağılımı nasıl olacaktır.

Gerek ekonomik sistem gerek sağlık sisteminin amacı kaynakları en iyi şekilde kullanmak yoluyla toplumun bütün bireylerine eşitlik, adalet ve etkinlik sınırları çerçevesinde en iyi hizmeti sunmaktır. Bu yapılırken de iki bilim dalı işbirliği yapmakta, birey ve toplum mutluluğunu maksimize etmeye çalışmaktadır. Bu konuda Arrow dikkatini sağlık ekonomisi alanına çevirmiş ve sağlık ekonomisin bir bilim dalı olarak kurulmasında büyük katkıları olmuştur. Daha sonra Pauly ve Fuchs bu gelişmeye katıkları olan diğer sağlık ekonomistlerdir.[8] Bu bilim adamları da çalışmalarının bir bölümünü ekonominin araçlarının sağlık alanına nasıl uygulanacağı üzerinde yoğunlaştırmışlardır. Arrow ayrıca sağlık alanındaki arz ve talebin belirsizlik özellikleri ile beraber arz ve talep analizi gibi konular üzerinde de durmuştur.

Sağlık hizmetleri ve bununla ilgili faaliyetler, toplumun ekonomik ve sosyal refahını geliştirmeyi amaç edinen kapsamlı bir stratejinin bir parçasıdır. Bu stratejiler belirlenirken belirli programlar arasında bir tercihin yapılması zorunluluğu, bu programlar arasında hangisinin sağlık koşullarını geliştirme yönünden etkin olduğunun belirlenmesi yine sağlık ekonomisi bilimini ilgilendiren bir konudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde idareler açısından sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi birçok yönden güç iken, bireyler açısından olaya bakıldığında bu hizmetlerden nasıl yararlanılacağı sorun oluşturmakta ve bu durum hem kamu harcamalarının hem de aile bütçesinin önemli bir bu alana ayrılmasına neden olmaktadır. Bu tür ülkeler aynı zamanda kısıtlı döviz kaynaklarıyla, ilaç, tıbbi alet ve ekipman ve bunların gerekli yerlere ulaştırılma problemi ile, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması sorunu ile karşı karşıyadır.

---

[7] Paul Feldstein, **Health Care Economics**, Delmar Publisher Inc., 4th Edition, California, 1997, s.13.

[8] Kenneth J. Arrows, " *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*", American Economic Review, Volume 53, No: 5, 1963, ss.941-73. ile, daha fazla ayrıntı için, Pauly(1978) ve Fuchs(1972)'un bu konuyla ilgili çalışmaları ve bunların ayrıntısı için kaynakçaya bakınız. Mutlu, Ayşegül, "Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Refah Üzerindeki Etkileri". Prof.Dr.Adnan Tezel'e Armağan, Marmara Üniversitesi, Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yay. No.13, İstanbul, 2000, ss.388-389.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bundan dolayı, sağlık hizmetlerinde de etkinliğin yükseltilerek maliyetlerin düşürülmesi konusunda çalışmalar yapmak gereği ortadadır ve bu da ancak, iktisat bilimi ve sahip olduğu tekniklerle mümkün olabilir.

Sağlık ekonomisinin ilk ayağını oluşturan bu açıklamaların yanında sağlık kavramı ve bununla ilgili faaliyetler ise sağlık ekonomisinin diğer bir ayağını oluşturmaktadır.

1.2.2. SAĞLIK KAVRAMI VE TANIMI

Sağlık konusunda ise yine farklı tanımlar yapılabil-mektedir. Aslında sağlık kavramının ne olduğu konusunda herkes bir fikir sahibidir bu konuda çalışan uzmanlar arasında bir konsensüs vardır. Ancak sağlık tanımlanmadan önce vurgu-lanması gereken bir diğer nokta da mükemmel sağlık ve optimum sağlık kavramlarının ayrılmasıdır. Bu ayrım şu örnekle açıklanabilir. Örneğin soğuk kavramı sıcaklığın yokluğu olarak, sağlık kavramı ise hastalık ve rahatsızlığın olmadığı bir durum olarak tanımlanabilir. En iyi ve mutlak soğuk sıfır derecede var olmakta iken, mükemmel sağlığın elde edilmesi güçtür. Mutlak sağlık kavramı yerine, kaynakların etkin kullanıldığı, bulunulan koşullara göre, bireylerin rahat ve ağrısız ve kaliteli hayat sürmelerini amaç edinen optimum sağlık kavramı daha kolay uygulanabilir bir kavram olarak değerlendirilebilir.

Kişilerin sağlıklı olup olmadığı nasıl belirlenecektir? Twaddle'ın işaret ettiği gibi, kişi hangi koşullarda sağlıklı, hangi koşullarda hasta kabul edilebilir? Kişiler bazan hasta olduklarının farkında dahi olmayabilirler. Bu sorulara en iyi cevap sağlığın objektif ve subjektif ayrımı yapılarak elde edilebilir.[9] Sağlık tanımlarında kullanılan iyilik halinin ne olduğunun açıklaması da bu kapsamda ele alınmalıdır.[10]

Subjektif sağlık kavramı bireyin kendisini sağlık ve rahatsızlık açısından iyi hissettiği ya da algıladığı durumdur. Bir başka ifade ile, kişinin kendini fiziki, mental ve sosyal açıdan nasıl hissettiği ve bunu

---

[9] A.C.Twaddle: "The Concept of Health Status", Social Science and Medicine, Volume 8, 1974, ss.29-38.

[10] David,R.Cohen ve John B.Henderson, Health, Prevention and Economics, Oxford University Press, 1988, s.2.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

algılama şeklidir. Bu koşulların varlığı ve algılama şekli birey ve topluma göre farklılık gösterir, yani subjektiftir. Örneğin eğitim ve gelir düzeyi yüksek biri için hastalığı algılama ve rahatsızlık hissetme biçimi farklı iken, gelir ve eğitim düzeyi düşük bir bireyin algılama şekli farklı olabilir. Yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip bir kişinin düzenli kontrollerini geciktirmesi kendini rahatsız ederken, eğitim düzeyi düşük olan kişinin basit rahatsızlıkları ciddiye almaması mümkündür. Aslında subjektif sağlıkla tanımlanan, fiziki, mental ve ruhsal açıdan iyi hissetme durumu, bireylere, toplumlara ve bunların sahip oldukları çevre, beslenme, gelir, eğitim, gelenekler gibi koşullara bağlı olarak ortaya çıkmakta ve değişiklik göstermektedir. Bu açıdan subjektif sağlık kavramının birey ve toplum açısından ne ifade ettiğinin bilinmesi önem taşımaktadır.[11]

Objektif sağlık karşımıza daha genel koşulların çıktığı görülür. Yukarıda belirtildiği gibi, neyin hastalık olup olmadığı, sağlık kavramıyla neyin ifade edilmek istendiği konusunda özellikle bu alanda çalışan doktorlar ve tıbbi personel arasında bir konsensüs vardır. Bu konsensüse göre objektif sağlık doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır. Bu alandaki uzman kişilerin birey konusunda sağlıklı diyebilmeleri, kişinin kendini nasıl hissettiğine bağlı olarak değil de, elde edilen analiz sonuçlarına göre değerlendirilmektedir.[12] Bu konuda büyük ölçüde bir anlaşmazlık yoktur. Bu yüzden objektif açıdan bir bireye hasta tanısı koyabilmek için uzmanların bunu teşhis etmesi gereği ortadadır. Subjektif sağlık kavramında ise kişinin kendini nasıl hissettiği konusu önemlidir. Bu hisler hastalık olup olmadığının ölçüsü olarak ele alınmaktadır.

Belirtilen görüşler çerçevesinde, sağlık kavramını değerlendirdiğimiz zaman; sağlıklı bir insanın, uzmanların teşhislerine dayanarak kendini iyi hissetmesi sağlık kavramının gerçekleştiğini ifade eder. Ancak yukarıda belirtildiği gibi mükemmel sağlık kavramının net olarak sınırını belirlemek neredeyse mümkün değilken, bu konuda en uygun kavram *optimum sağlık* kavramıdır. Optimum sağlık kavramının en

[11] Sübjektif sağlık konusunun kapsamı ve ölçülmesi konusu ilerki bölümlerde hayatın kalitesi kavramı ve sağlık hizmetlerine uygulanması konusunda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.
[12] Cohen, David R., and John B. Henderson, a.g.k., s.2.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

azından alt ve üst sınırlarını belirlemek mümkün iken, mükemmel sağlığın sınırlarını belirlemek mümkün olmamaktadır.[13]

Bireyler, aslında sağlıklarının mükemmel olup olmadıkları ile çok ilgili de olmayabilirler. Bazen, maliyeti olmasa da iyi ya da mükemmel sağlık koşullarının elde edilmesi ile ilgili birtakım önerileri çok basit nedenler yüzünden uygulamayabilirler. Bu basit gerçeklerin tanımlanmasında ortaya çıkan zorluklar aslında ekonomistlerin dikkatlerini sağlık ve sağlık hizmetlerine çevirmelerinde niçin yavaş hareket ettiklerinin de da ip uçlarını vermektedir. Bu konuda ilk sağlık ekonomistlerinden Fuchs, ekonomi biliminin değişim oranları (trade-offs) ile ilgili olması nedeniyle ekonomistlerin sağlık konularının üzerinde (1980 lere kadar) durmadıklarını ileri sürmüştür. Ekonomistlerin bu dönemde ileri sürdükleri görüşe göre, sağlık o kadar önemli bir kavramdır ki, bireyler hiçbir zaman herhangi bir şeyle bunun arasında bir değişim oranını kabul etmemektedirler. Bu görüşe göre tipik iktisat kitaplarında verilen(sınırlı bütçe imkanları dahilinde), tereyağ ve şeker gibi iki mal arasında tüketici belirli bir değişim oranıyla tatmin sağlarken, sağlıkla ilgili herhangi bir malla değişim oranı(trade-off) belirlemek mümkün değildir. Bu görüşün yanlışlığı aslında çok basit örneklerle ortaya konabilir. Sözgelimi, parmakları üzerinde bir siğil bulunan birey bu konudan rahatsızlık duyabilir. Gelir düzeyi iyi olan bireyler bunun kaldırılması konusunda maliyetlere katlanmayı kabul ederken, bazı bireyler maliyete katlanmaya pek istekli olmayabilirler. Aslında bir değişim oranı vardır, ancak bu farklı bir değişim oranıdır. Zaman ve belirsizlik kavramları bu konuya dahil edildiğinde bu tür değişim oranlarının kapsamı konusunda daha fazla bilgi elde edilebilir.[14]

Bu değişim oranı bazı örneklerle daha iyi açıklığa kavuşturulabilir. Sigara kullananlar, sigarayı içtikleri zaman bulundukları zaman diliminde bir tatmin ve memnuniyet elde edebilirler. Buna karşılık, gelecekte hastalık ve ölüm riskinin getireceği moral çöküntüsü içinde olabilirler. Burada gelecekte yaşanacak bir hastalık ve ölüm riski ile anlık yaşanan tatmin arasında aslında bir değişim oranı vardır. Ya da aynı gerçeği diğer bir örnekle açıklayabiliriz. Yaya kaldırımından ya da

[13] Cohen, David R., and John B.Henderson, a.g.k., ss.2-4.
[14] Cohen, David R., and John B. Henderson, a.g.k., s.4.

üst geçitten geçmek için harcanacak fazladan bir iki dakikaya karşın bireyler yolun karşısına geçerken, knafiği yoğun bir yolu tercih ettiklerinde aslında yine ölüm ve yaralanma riskini kabul etmiş olurlar ve yine ikisi arasında bir değişim oranı vardır.[15] Cullis ve West'in[16] işaret ettiği gibi, bireyler eğer, sağlık, ömür beklentilerini (yaşam süresi v.b. gibi) maksimize etmek istiyorlarsa yeme, içme, oyun oynama, araba sürme gibi hayatın diğer aktivitelerinde bir fedakarlık ya da özveride bulunmak zorundadırlar. Bu şekilde yapılan özveri sonucu sağlanan yarar, bir saat dahi olsa, ümit edilen yaşam süresine eklenecek zamandan daha fazla bir yarar sağlayacaktır. Bu konudaki örnekler çoğaltılabilir. Tehlikeli bir işe göre güvenli bir işte çalışmanın tercih edilmesinin düşük bir ücret gibi bir karşılığı olabilir. İyi, güvenli, temiz bir ortam ile parklar ve diğer birtakım aktivitilerin (spor, eğlence gibi) yer aldığı bir çevrede yaşamanın anlamı daha yüksek kira ödemek demektir. Birey sağlığına zararlı olan mal ve hizmetlerin tüketimlerinin azaltılması sigara ve alkol, daha az yemek yeme, şeker ve tereyağ tüketiminin azaltılması gibi önlemler bireylerin zevklerinden bir ödün vermeyi gerektirir. Dikkatli araba sürmenin anlamı seyahatin daha uzun sürmesidir. Bir hastalık nedeniyle muayeneye gidildiğinde harcanan zamanın anlamı, o zaman diliminde yapılacak diğer faaliyetlerden elde edilecek yararlardan vazgeçmektir(fırsat maliyeti gibi).

Yukarıda vurgulandığı gibi aslında bu basit gerçeklerden bireylerin haberdar olması bile iyi sağlık koşullarının elde edilmesine katkı yapabilir. Bireyler bu fedakarlığı kabul etmedikleri takdirde bu konulardan elde edecekleri faydalardan mahrum kalacakları açıktır. Bu şekilde bir değişim oranı gerçekleşebilir. Bu bağlamda optimum sağlık koşullarının gerçekleşmesi bireyin sağlıklı olup olmama konusundaki istekliliği ve sağlık yapısına etki edebilecek konulardaki zevklerine yapacağı sınırlamalar olarak karşınıza çıkmaktadır.

Bu ayrımın yapılmasından sonra sağlık kavramı; biyolojik bir bakış açısıyla vücudun bütün hücrelerinin optimum kapasitede kullanılması ve birbirleriyle mükemmel bir uyum içinde çalıştıkları

---

[15] Cohen, David R and John B. Henderson, a.g.k., s.3.

[16] Cullis, John G., and Peter A. West, The Economics of Health: An Introduction, Martin Robertson and Co. Ltd., Oxford UK, 1979, ss.25-30.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

durum olarak tanımlanabilir.[17] Sosyal bir bakış açısıyla bakıldığında ise sağlık kavramı, bireylerin kapasi-telerinin zevkleri ve performanslarının rolü için optimize edildiği durum olarak tanımlanmaktadır.[18] Kesin bir bakış açısıyla, Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. WHO' ya göre sağlığın anlamı acısız, ağrısız ve zamansız gelen ölümden özgür olmak ve bunun sonucunda ortaya çıkan fiziksel, mental, sosyal verimlilik ve iyilik açısından optimal noktada bulunmaktır. Öte yandan sağlık kavramını insanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetlerden dolayı kazanılan iyilik hali olarak tanımlayan örneklere rastlamak da mümkündür.[19] Bazı yazarlara sağlığı tanımlarken daha çok biyolojik ve sosyal bakış açısını esas almışlardır.[20] Fuchs sağlık kavramını tanımlarken, bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik içinde bulunması, bu açıdan karşılaşılan rahatsızlıkların giderilmesi ve iyilik halinin yükseltilmesini sağlayacak her türlü faaliyeti sağlık hizmetleri olarak ifade eder. Bu tanımda görüldüğü üzere fiziksel ve mental açıdan iyi olmak ve bunun yüksek bir düzeyde gerçekleşmesi sağlıklı bir yapıyı ifade eder ki, WHO'nun tanımına yakın bir görüştür. Bu aktiviteler hastalığın ortadan kaldırılmasını, acıların azaltılmasını, vücudun fonksiyonlarının restore edilmesini, hastalık ve kazaların önlenmesini dolayısıyla da ölüm olayının geciktirilmesini amaçlamaktadır.[21] Mencken sağlık konusuna yaklaşırken muhafazakar bir eğilimle; *"sağlık hizmetlerinin en önemli amacı yaptığımız kötü ve ahlaksız şeylerin sonuçlarından korumasıdır. Bunun gerçekleşmesi için budalaca ve kötü şeylerin yapılmamasını bir bireyin sağlıklı olması için yeterli görmüştür"*.[22]

Bu tanımlamalardan sağlıkla ilgili çıkarılabilecek sonuçlar şunlardır: Bireylerin veya toplumun sağlığı hastalık ve sakatlığın olmaması yanında bedensel, ruhsal ve sosyal durumun düzenli ve

---

[17] Twaddle, A.C., Twaddle, a.g.e., ss.29-38
[18] Gavin Mooney, Economics, Medicine and Health Care, Harvester Wheatsheaf, UK. 1992, s.23.
[19] Fuchs, Victor R., a.g.e., s.14.
[20] Mooney, a.g.k, ss.22-23.
[21] Fuchs,,a.g.e., s.11
[22] Mencken, H.L., a.g.e., Volume.8, s.233.

dengeli olması hali ile yakından ilişkili bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Birey ya da toplumun sağlığının korunabilmesi için gıda, barınma ve altyapı hizmetlerinin sağlanması da gereklidir.[23] Bu gereksinimlerin giderilemediği, sağlanamadığı ya da yeterince tatmin edilmediği zaman hastalık birey veya toplumun sağlığını tehdit eder duruma gelmektedir. Bireylerin sözü edilen ihtiyaçları elde edememeleri durumunda toplumu oluşturan diğer bireylerin sağlığı da tehlike altında kalmaktadır.

Sağlığın tanımları bileşenlerine ayrıştırıldığında, çeşitli kavramlar ortaya çıkmaktadır. Yukarıda belirtildiği gibi sağlık ve hastalık kavramları üzerinde özellikle uzmanlar arasında bir uzlaşma olduğu gibi, bazen bu kavramlar bireylerin sahip olduğu kültürel, dinsel ve sosyolojik koşullara, dolayısıyla toplumlara göre de değişiklik göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık denince , sadece hastalık ve rahatsızlık olmaması değil, kişinin ve mental bakımdan bir iyilik hali içinde olması da anlaşılmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetleri bireylerin ve bireylerin oluşturduğu toplumun diğer üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ters bir bakış açısıyla konuya bakıldığında sağlığın karşısında hastalık kavramı yer almaktadır. Hastalığın yok edilmesi veya hastalığa neden olacak faktörlerin ortadan kaldırılması veya hastalığı önleyici tedbirlerin alınması için yapılan bütün hizmetler de sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır.[24]

Hastalığı önlemek ya da var olan hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan hizmetlerin asıl amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan bu durumu önlemek ve daha sağlıklı ve daha üretken bir toplum elde etmektir. Sağlık hizmetleri veya daha geniş bir ifade ile sağlık sektörü tanımlanırken ele alınması gereken bir başka unsur, bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan emek ve fiziksel sermaye gibi faktörlerin de tanım kapsamına alınması gerekmektedir. Sağlık

---

[23] Bu konuda ayrıntı için bakınız, Işık, a.g.tez, s.142.

[24] Bu konuyu yıllar önce sağlık ekonomisin temellerini atan Chadwick özellikle belirtmiştir. Bu konuda ayrıntılı bilgi için, R. Fein, "*Social and Economic Attidues Shaping American Health Policy*", Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin(Health and Society), 1980, Volume 58, ss.349-85.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Hizmetlerinde emek faktörü doktor, diş hekimi, hemşire, laborant vb yardımcı meslek personeli ile onların denetiminde hizmet sunan diğer personeli ifade etmektedir. Fiziksel sermaye ise, sağlık personelinin sağlık hizmetlerini gerçek-leştirirken kullandıkları ve ihtiyaç duydukları bina ve binayı donatacak araç ve gereçlerdir. İkinci derecede mal ve hizmet niteliği taşıyan sağlık hizmetlerine ilaç, tıbbi malzeme ve lojistik hizmetlerini de dahil etmek mümkündür.[25]

Sağlık seköründe her zaman alternatif kullanım yerlerinin olması ve kaynakların bu kullanım yerleri arasında en iyi şekilde tahsis edilmesi kamu ekonomisiyle sağlık ilişkisini kurmaktadır. Daha önce açıklandığı gibi, sağlıkla iktisat biliminin bu şekilde ilişki içinde olması kıt kaynaklarla insan ihtiyaçlarını en iyi şekilde tatmin etmeye çalışan iktisat biliminin sağlık biliminin gelişimine yardımcı olmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve koşullarının gelişimine katkıda bulunmasını sağlar. Örneğin, sağlık hizmetlerinin karşılanması için etkin finansman yöntemlerinin geliştirilmesi, bu konuda devlet katkısının ne olacağı kamu kesimini ilgilendirmektedir Kamu ekonomistlerinin bu süreçte sağlık hizmetlerini finanse etmek için önerdikleri optimal çözümler sağlık sektörünün sorunlarının çözümü konusunda sağlayacağı katkılar tartışılmaz bir olgudur. Sağlık bilimi açısından olaya bakıldığında ise bu hizmetlerin toplumun bütün bireylerine yaygınlaştırılması ve en iyi şekilde sunulması çabaları da sağlık sektörünün sorunlarına ayrı bir katkı olarak ifade edilebilir. Diğer yandan sağlık hizmetlerinin eşitlik ve etkinlik ölçüleri içinde bireylere ve topluma sunulması, sağlığa devlet katkılarının artması konuları kamu ekonomisi çerçevesinde yer almaktadır. Bunun yanında bu çalışmanın bölümlerinde ele alınacak ekonomik değerlendirme yöntem-leriyle (maliyet-fayda, maliyet-etkinlik analizleri gibi) de var olan kaynaklarla en iyi çıktıların alınması kamu kaynaklarının etkin kullanımı açısından önem taşımaktadır.[26]

---

[25] Bu konuda ayrıntılı bilgi için, Bakınız, İlker Belek, Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği, Sorun yayınları, ss.16-42., ve Oktay Alpargun, Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye 'de Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlenmesi, İzmir, 1981, s.39.

[26] Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, Sermet Matbaası, 1977, s.25.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık hizmetlerinin kapsamında tedavi edici ve koruyucu özeliklerin bulunduğundan daha önce bahsedilmişti. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyden daha çok topluma yönelmişken, bu durum toplumun korunması aracılığı ile dolaylı bir şekilde, sonuçta bireylere doğru yönelmekte ve bireyin sağlığı da korunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise sağlığını kaybetmiş ya da hastalıklı bir birey doğrudan sağlık hizmeti sağlanması yoluyla sağlığına kavuşturulmakta, bu durumda toplumun diğer üyeleri de dolaylı yoldan iyi bir şekilde etkilenmekte ve bir fayda elde etmektedir. Bu sağlık hizmetinin yarı kamusallık özelliği ile açıklanabilir. Kişilere ve topluma fayda sağlayan yarı kamusal mal ve hizmetlerde olduğu gibi.[27]

1.3. SAĞLIK EKONOMİSİNİN TANIMI VE KAPSAMI

Wiliams'a göre sağlık ekonomisi ekonomi biliminden bağımsız kendine ait kurallara sahip bağımsız bir disiplin değildir ve ekonomi biliminin sahip olduğu bütün teknikler sağlık alanına uygulanabilir. Bunun yanında Culyer'de aynı paralellikte, sağlık ekonomisinde yer alan teorik temellerin çok az bir kısmının sağlık ekonomisine özgü olduğunu ve diğerlerinin çoğunlukla ekonomi bilimine dayandığını belirtmektedir. Culyer'in bu tanımında açıkça sağlık ekonomisinin kendine ait kuralları olan bir bilim dalı olmadığı ileri sürülmektedir. Bunun nedeni ise sağlık ekonomisinin sağlık kavramının sınırları çerçevesinde ve hatta ötesinde ele alınabilecek geniş bir çalışma alanı olduğundan kaynaklanmaktadır. Bu açıklamalarda açıklıkla kabul edilen görüş sağlık ekonomisinin; sağlık konularına ekonominin uygulandığı bir alt disiplin olarak tanımlanmasıdır. Burada sağlık konuları ekonomi ve ekonomistler için potansiyel bir uygulama alanı oluşturmaktadır. Sağlık ve sağlık konuları ile ilişkilendirilebilecek problemlerin çözümünde ekonomi ve bir çok alt disiplini uygulanabilir. Zöllner, Williams,ve Culyer'in tanımlarında iki önemli ve ortak görüş ortaya çıkmaktadır. Birincisi, birçok durumda sağlık ekonomisinin, sağlık hizmetleri ekonomisi olarak tanımlanmasının daha iyi olacağı şeklindeki görüştür.[28] Burada sağlık konusuna göre

---

[27] Bu konu ayrıntılı olarak ileride açıklanacaktır.

[28] Bu konuda detaylı bilgi için, George T. Smith, " *Prospects for the Future: An Introductiory Overview*", (edited by, George T. Smith), **Health Economics: Prospects For the Future**, New York 1987, s.2 den başlamak suretiyle Zöllner, Williams, Buxton ve Culyer'in değerlendirmelerini bulmak mümkündür.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

sağlık hizmetlerinin ve bu kapsamdaki faaliyetlerin sınırının belli olması etkili nedendir. İkinci konu ise sağlık ekonomisi içindeki makro konular (örneğin, sağlık hizmetleri sisteminin organize edilmesi, sağlık hizmetlerine ayrılan harcamaların toplam seviyesi gibi) ve mikro konular (örneğin, terapi ve tedavilerin ekonomik değerlendirmesi, teknoloji, spesifik bütçe içinde kaynak tahsisi ve teşvik edici saikler ya da dürtüler gibi) arasındaki denge ile ilgilidir.[29]

Lee ve Mills'de benzer yaklaşımları kullanmışlardır. Onlara göre ekonomik teorilerin, kavram ve tekniklerin sağlık alanına uygulanması sağlık ekonomisinin kesin bir tanımını vermektedir. Bu tanımın açılımına bakıldığında kaynakların birey ve toplum sağlığını geliştirecek alternatif faaliyetler arasında tahsis edilmesi, sağlık faaliyetlerinde ihtiyaç duyulan kaynakların miktarının belirlenerek karşılanması, sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren kurumların finansman ve organizasyonu, sağlık amaçları için tahsis edilmiş bulunan kaynakların etkin kullanımı ile birey ve toplum sağlığı üzerinde etkili olan önleyici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kapsam ve etkileri sağlık ekonomisinin ilgi alanı içindedir.[30]

Klarman sağlık hizmetlerinin ekonomik yönünün sağlık ekonomisini tanımladığını ifade etmiştir. Klarman ekonomistlerin ilgilendiği konunun sağlık alanındaki maliyetler ve fırsat maliyetleri olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında, Klarman sağlık endüstrisi kavramını kullanmış ve burada sağlık endüstrisini, hangi otoritelerin üretim yapacağını, finansman ve işgücünün nasıl oluşturulacağını tanımlamış ve sağlık ekonomisini, bu endüstrinin elemanlarının nasıl sağlanacağı, nasıl teçhiz (alet ve ekipmanla donatmak) edileceği, nasıl organize edileceği ve nasıl finanse edileceğini araştıran bir bilim dalı olarak ifade etmiştir.[31]

Greenfield sağlık ekonomisini tanımlarken Klarman'ın ifade ettiği tanımın yanısıra, sağlık ekonomisinin kapsamına, nüfus problemini; sağlık sektörüne tahsis edilecek kaynakların miktar ve kalitesini, sağlık

---

[29] Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için, **The Mosby Medical Encyclopedia**, New York, 1992, s.361' de sağlık ekonomisinin tanım ve kapsamını anlatan bölümüne bakılabilir.

[30] Lee ve Mills, a.g.e., s.3.

[31] Klarman, E. Herbert, **The Economics of Health**, Columbia University Press, New York and London, 1965, s.2

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

hizmetleri sektöründeki verimliliği, hastalık yüzünden meydana gelen üretim kayıplarını, sakatlıkları, erken doğum nedeniyle meydana gelen ölümleri ve sağlık endüstrisinin işlevleri ile organizasyonu ve finansmanı arasındaki ilişkiyi de dahil etmiştir.[32]

Greenfield birey sağlığını etkileyen faktörleri ifade ederken, genetik faktörler ve çevre koşulları, yaşam standartları, örneğin, yeme-içme, barınma bakım ve eğitim koşulları gibi etkenleri saymıştır. Burada ekonomi biliminin bütün bu alanlarda etkili olabileceğini ifade etmiştir. Gerçekte 20 yy dan önce kötü beslenme ve su koşulları ile kirli hava bilimsel anlamda değil de daha çok felsefi anlamda ele alınmış dolayısıyla da sağlık hizmetlerinin bu sorunların çözümündeki katkısı ya hiç olmamış ya da çok az olmuştur. Yaşadığımız yüzyılda sağlık hizmetlerinin kalite ve miktarının sağlığa ve ortalama yaşam beklentilerine sağlayacağı katkı yükseldiği gibi sağlık ekonomisi literatüründe diğer faktörlerin de detaylı olarak ele alınması eğilimi artmaktadır.[33]

Sağlık ekonomisi gelişmiş ülkelerin yanında gelişmekte olan ülkelerde giderek önem kazanmaktadır. Sağlık ekonomisi alanında çalışan Smith ve Feldstein'e göre bu önem aşağıda sıralanan nedenlerden kaynaklanmaktadır.

1. Ekonomik faaliyetlerin meydana geldiği her yerde kaynaklar sınırlıdır. Kullanım yerleri arasında tercih yapma zorunluluğu sağlık ekonomisinin yardımı ile mümkün olabilir.

2. Sağlık ekonomisi sağlık sektörü ile ilgisi bulunan kişiler ve karar noktasında bulunan politikacılar arasındaki önemini gittikçe artırmakta, sağlık faaliyetlerinin meydana geldiği bu bölümde yapılan bütün faaliyetlerde, kararların alınma süreci , bu kararların uygulanması ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde kilit bir rol oynamak suretiyle sağlık ekonomi önemini artırmaktadır.

---

[32] Harry I. Greenfield, Medical Care in the United States: an Economic Work up, *This Paper Delivered at Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science*, Cleveland, Ohio, December 26, 1963, ss.8-25.
[33] Greenfield, Harry, a.g.e. ss.8-25.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

3. Bilimsel alanda elde edilen gelişmeler bilim dalları arasında bir etkileşim meydana getirmekte ve bu bağlamda alt disiplin dalları da gelişmektedir. Bu gelişme sağlık sektöründe kıt kaynaklardan daha fazla verim elde edilmesi konusundaki tekniklerin gelişmesine yardımcı olmaktadır

4. Ekonomi bilimi ile diğer bilim dalları arasında, ekonomi biliminin sahip olduğu yöntem ve analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması açısından geçmişten bu yana artan bir istek vardır.

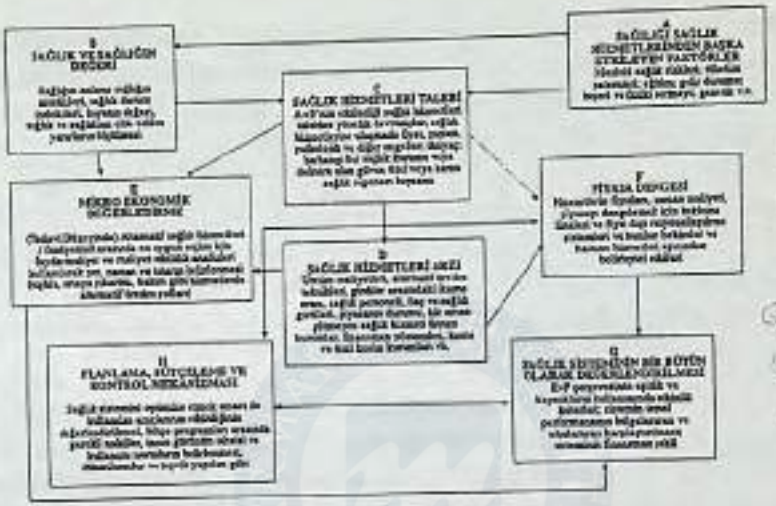
Feldstein ve Smith'in bu görüşlerine rağmen sağlık ekonomisinin ne olduğu ve nasıl uygulanacağı konusunda bu alanda faaliyet gösteren kişi ve kurumlar arasında Lee ve Mills'in belirttiği gibi bilgi kilitlenmesi olabilmektedir.[34] Bu kilitlenmenin çözülebilmesi Klarman'ın vurguladığı gibi ekonomik analiz teknikleri ile mümkün olabilir. Ancak Klarman'ın[35] belirttiği gibi ekonomistler aslında piyasa ekonomisinin ilham perileridir. Sağlık faaliyetleri açısından düşünüldüğünde bu konudaki kuralların belirlenmesi ve uygulanması konusunda her zaman çeşitli önerilerde bulunacaklardır. Burada ekonomistler ve sağlık ekonomisinin gelişimi ve bu alandaki kaydedilecek ilerlemelerin birey ve toplum sağlığının gelişimine yardımcı olacağı tartışmasız bir olgu olarak ileri sürülebilir.

Maynard, sağlık ekonomisinin yapısını bir şema ile açıklamıştır. Maynard'ın geliştirdiği bu şemanın temelini aslında Culyer ve Williams oluşturmuş, ancak şekildeki sistemadiği Williams geliştirmiştir. Maynard'da diğerleri gibi, sağlık ekonomisini ekonominin bir alt disiplini olarak tanımlamıştır. Şekil 1'de açıklanan bu yapıda yer alan kutuların kapsamı ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilir.

ÜNİVERSİTESİ

[34] Lee, Kenneth and Anne Mills, 1983, a.g.e., s.15
[35] E. Herbert Klarman, The Economics of Health, Columbia University Press, New York and London, 1965, s.2.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ



Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Yapısı

Kaynak: Alan Maynard, "Health Economics Research in the UK", Health Economics: Prospects for the Future (edited by George T.Smith), croom-Helm Ltd., New York, 1987, s.124.

Sağlığı, sunulan sağlık hizmetlerinden başka hangi faktörler etkiler. Bu sorunun yanıtları A kutusunda yer almaktadır. Çalışma koşullarından dolayı ortaya çıkabilecek riskler(özellikle mesleki riskler), beslenme şekli ve türü gibi diğer beslenme alışkanlıkları, toplumdaki zararlı alışkanlıkların düzeyi(içki, sigara v.b. gibi), toplumun sahip olduğu diğer alışkanlıklar birey sağlığını etkileyen ancak sağlık hizmetleri ile ilgili olmayan faktörlerdir. A kutusunda verilen fiziki ve beşeri sermaye faktörleri dolaylı olarak birey ve toplum sağlığı üzerinde etkili olabilecek faktörlerdir. Bu konularla ilgili çalışmayı ilk olarak Grossman sağlık hizmetlerinin talebinin ekonomik analizini yaparken ortaya koymuştur.[36]

B kutusunda ise sağlık ekonomisi literatüründe temelleri atılan ama henüz gelişimini tam anlamda tamamlamayan sağlık ve sağlığın

[36] Michael, Grossman, "The Demand For Health: A Theoretical and Empirical Investigation", New York, Columbia for the National Bureau of Economic Research, 1972.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

değerinin ölçülmesi konusu yer almaktadır. Sağlık kavramı denince akla gelen unsurlar nelerdir, ne hastalıktır, ne değildir, sağlık hizmetlerini alan bireyin hangi ölçülerinde bir gelişme olur, bu yararlar ölçülebilir mi bu soruların yanıtı B kutucuğunda ele alınmaktadır. Sağlık ve sağlığın değerinin ne olduğu ve bunun ölçülüp ölçülemeyeceği konusunda birtakım yöntemler geliştirilmiştir. Bu konu hayatın kalitesi ve ölçülmesi başlığı altında ele alınmaktadır. Bu alanda geliştirilen yöntemler, *QALY (york okulu), Rosser indeksi, Notingham sağlık profili (bu yöntemi USA da Bush, Kanada da ise Torrance kullanmıştır) ve Kajandi yaklaşımıdır.* Bu yöntemler ileride ayrıca incelenecektir.

C ve D kutularında sağlık sektörünün arz ve talep yapısının incelendiği görülmektedir. Bu kutulardan C kutusunun sağlık hizmetleri talebini ele alması sağlık ekonomisinin bir anlamda tüketim yönünü ifade etmektedir. Tüketim yönüyle bakıldığında A ve B kutularının etkilediği sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlar sağlık hizmetine ulaşmada ortaya çıkan fiyat, zaman, psikolojik faktörler vb. bu kapsamda ele alınmaktadır. Bunun yanında özel ve kamu sigortaları ve bunlara olan talep de yine bu çerçevede incelenmektedir.. D kutusunda ise sağlık ekonomisinin üretim yönü açıklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin üretimi konusunda ise, üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, üretimde kullanılan girdiler arasındaki ikame oranı , sağlık piyasaları içinde yer alan işgücünün tamamı gibi konular incelenmektedir. Sağlık hizmetinin üretimini yapan kurumların kamu ve özel kesim arasındaki dağılımı ve kar amacı gütmeyen sağlık üretim birimlerinin yeri ve önemi bu bağlamda yine birlikte ele alınmaktadır.

E kutusunda ise mikro ekonomik değerlendirme konusu yer almaktadır. Bu kutuda sağlık hizmetleri sisteminin değerlendirilmesi ve optimizasyonun nasıl sağlanacağı üzerinde durulmaktadır. Bu optimumun elde edilmesi için çeşitli sağlık hizmetleri arasında en uygun kararı vermek ve faydayı maksimize edebilmek için fayda-maliyet, maliyet-etkinlik, ve maliyet-minimizasyon yöntemleri kullanılarak uygun yer, zaman ve miktarın belirlenmesi suretiyle kıt kaynaklardan en

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

fazla yararın elde edilmesi ve sağlık faaliyetlerinde verimliliğin yükseltilmesi amaçlanmıştır.

F kutusunda; sağlık piyasalarında da oluşan denge fiyatları, dolayısıyla piyasa dengesi üzerinde durulmaktadır. Denge fiyatının oluşumu etki eden faktörlere bakıldığında, sunulan hizmetlerin fiyatları, zaman maliyetleri, piyasayı dengeleme aracı olarak kullanılan bekleme listeleri, ve bunların sağlık hizmetlerine yaptığı belirleyici etkiler ele alınmaktadır.

H kutusunda Sağlık sisteminin optimize edilmesi için kullanılan araçların etkinliğinin artırılması ve etkinlik yöntemlerinin araştırılması, sağlık programları için bütçelerin yapılması işgücünün tahsisi ve kullanımı yanında bunlarla ilgili normların belirlenmesi ve uygulanması ile bu alanda yapılan düzenlemeler ve teşvikler yer almaktadır.

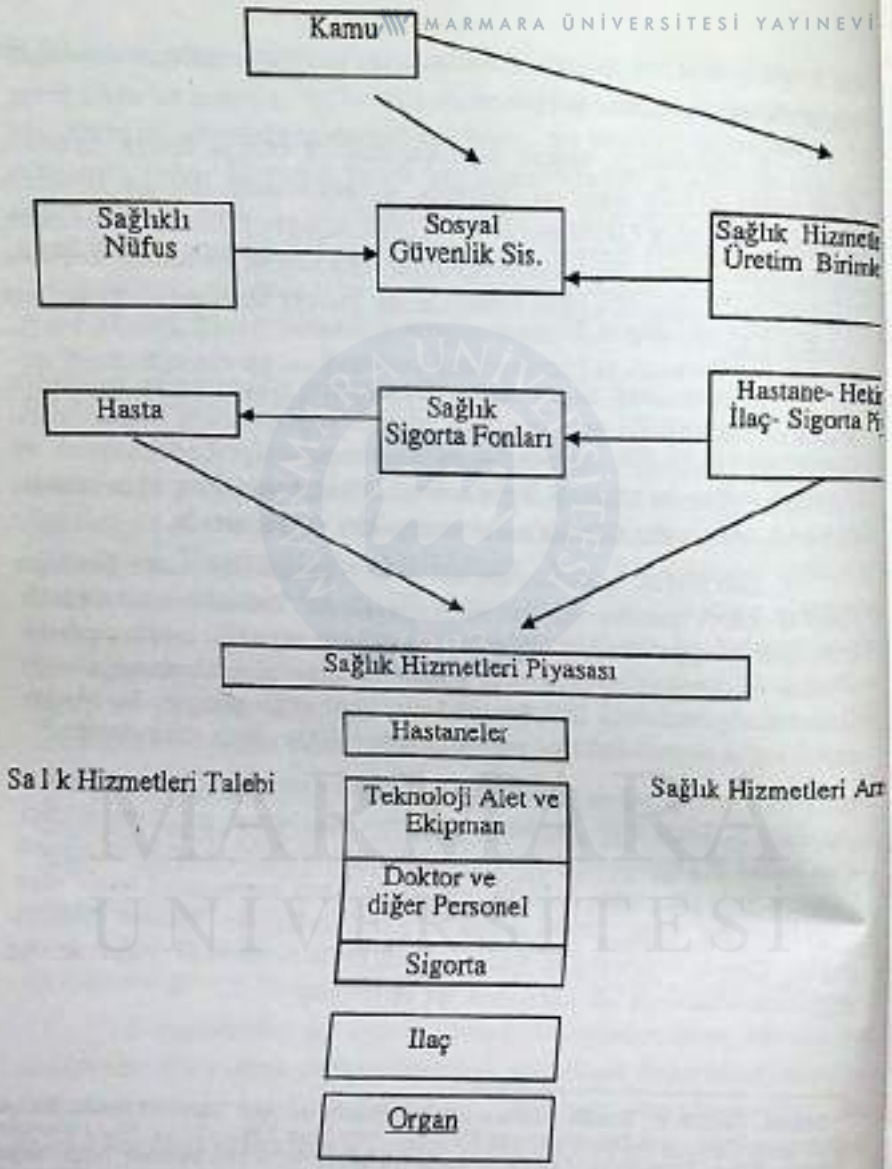
Son olarak G kutusunda ise E ve F kutularının ortaya koyduğu sınırlar çerçevesinde eşitlik ve kaynakların kullanımında etkinlik kriterlerinin uygulanması, sistemin ve uluslararası bazda karşılaştırılarak avantaj ve dezavantajlarının ortaya konması diğer sistemlerin uyguladığı finansman yöntemleri ile olan ilişkisi ifade edilmektedir. Bu sistem çeşitli sağlık ekonomistlerine göre aşağıdaki şekilde ayrıca gösterilebilir.[37]

Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketim yönleri açısından ele alındığı Şekil 2'de üretim ve tüketim olaylarının meydana geldiği alan sağlık piyasaları içerisinde gösterilmiştir. Sağlıklı bireylerin sigorta kurumu yoluyla olası hastalık risklerine karşı korunması, hasta olan bireylerin ise yine çeşitli sağlık sigorta fonları ile finanse edilerek sağlık üretim birimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerden yararlanması sağlık ekonomisinin işleyişi içinde yer almaktadır.

---

[37] Getzen, Thomas F., Health Economics: Fundementals and Flow of Funds, Temple University Press and John Wiley and Sons Inc., New York, 1997, ss.1-12; Paul J.Feldstein, Health Care Economics, Delmar Publisher Inc.,1993, s.13 ; Mehmet Tokat, Sağlık Ekonomisi, A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Yayınları Yayın No:403, Eskişehir, 1994, s.9 ; Sherman Foland; Allen C. Goodman and Miron Stano, The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall Upper Saddle River, USA, 1997, s.18' den yararlanılarak Işık a.g.doktora tezi, s.15 te hazırlanmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ



Şekil 2. Sağlık Ekonomisi Sistemi ve İşleyişi

2. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK PİYASALARI

Sağlık mal veya hizmetleri, taşıdığı özellikler dolayısıyla, ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetinin bir yarı kamusal mal olarak taşıdığı dışsallıklar ve bu hizmeti diğer yarı kamusal mal ve hizmetlerden ayıran belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketinin önceden belirlenememesi gibi özellikler nedeniyle, bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasası da kendine özgü birtakım özelliklere sahiptir. Bu bölümde, sağlık hizmetleri ve bu hizmetin üretildiği piyasaların özellikleri üzerinde durulacaktır.

2.1. SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

Yakın zamanlara kadar ağırlıklı olarak piyasa ekonomisine ve hayır kurumlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı ile toplum sağlığı arasındaki sıkı ilişki anlaşıldıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan haklarından olan yaşama hakkının bir parçası olduğu yaygın bir şekilde kabul edildikçe, devletin giderek daha fazla görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Çünkü, ödeme gücü olmayanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça, ödeme gücü olanların sağlıkları da tehdit altında kalmaktadır. İyileştirilmeyen hasta, çevresi için sosyal maliyet yaratmakta, tedavisi ise sosyal fayda sağlamaktadır.

Hastalıkları azaltmak ve hayatın kalitesini artırmak için iki tür hizmet sunulmaktadır: Bunlar, 1. Tedavi hizmetleri ve 2. Koruma hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketimi sürecinde bu hizmetin birey ve toplum ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, bu bölümde öncelikle sağlık hizmetlerinin temel özellikleri incelenecektir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık sektöründe ortaya çıkan ihtiyaçlar diğer özel veya sosyal ihtiyaçlardan farklılık arzetmektedir. Bu durum sağlık hizmetinin yapısından kaynaklanmaktadır: Örneğin, gözlük, işitme cihazı, tekerlekli sandalye gibi insan yaşamı ile doğrudan ilgili mallarla, gündelik hayatımızda kullandığımız TV, bilgisayar, dergi, kitap gibi malları aynı çerçevede ele alamayız. Bu konuda başka örnekler de verebiliriz: Aşılama hizmetleri, düzenli sağlık kontrolleri, kalp ameliyatı veya kalp pilinin yapılması gibi işlemler, yaşamdaki diğer ihtiyaçların giderimesi için sağlanan mallar ve hizmetlerle bir arada değerlendirilemez.[38]

2.1.1. KAMUSALLIK ÖZELLİĞİ

Geniş anlamda kamusal mal ve hizmetler kavramı, başta tam kamusal mallar (savunma, adalet, güvenlik, diplomasi) olmak üzere, yarı kamusal mallar (eğitim, sağlık); bazı özel mallar (kamu ekonomik kuruluşları ve mahalli idarelerce sunulan demir-çelik, elektrik, su, doğalgaz gibi), toplum için zararlı bazı özel mallar (çevre kirliliği ve gürültü gibi) çok sayıda mal ve hizmeti içermektedir. Dar anlamda kamusal mal ve hizmet kavramı ise, genel bütçe ile sunulan ve finansmanı vergilerle karşılanan hizmetleri kapsamaktadır.[39]

Samuelson'un tanımına göre, kamusal mallar, toplumdaki kişiler tarafından birlikte ve eşit olarak tüketilen mal ve hizmetlerdir. Bu hizmetlerin faydaları bölünemez ve bedel ödemeyenler hizmetin tüketiminden ve dolayısıyla faydasından dışlanamazlar.[40] Bu nedenle bu mallar ya bedava arzedilir, ya hiç arzedilmezler. Her iki özellik, yani rakip olmama ve dışlanamama bir derece meselesidir. Gerçek anlamda kamusal mal niteliğinde çok az mal vardır, ancak malların önemli bir bölümü kamusal mal özellikleri gösterir ve piyasa yoluyla arzı tatmin

---

[38] Belek, a.g.e., s.27.

[39] Orhan Şener, Kamu Ekonomisi, Beta Basımevi, 5.Baskı, İstanbul, 1996, s.47.

[40] P.A.Samuelson, "The Pure Theory of Public Expenditure, Review of Economics and Statistics, November 1954 den Kamu Maliyesinde Seçme Yazılar (Çev.: Ömer Faruk Batırel, Adnan Tezel) İstanbul, 1976, ss.31-35

edici sonuç vermez. Musgrave, kamusal malları sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmetler biçiminde tanımlamaktadır.[41]

Günümüzde devletin artan fonksiyonlarına bağlı olarak kamusal mal kavramı, yarı kamusal ve özel malları da içine alacak biçimde kullanılmaktadır. Örneğin, devletin bebeklere bedava olarak sağladığı süt de bir tür kamusallık niteliği kazanmıştır. Sosyalize edilen pek çok özel mal kamusallık niteliği kazanmaktadır.[42]

Sağlık hizmetleri genel olarak yar ıkamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlarlar. Bu tür mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir. Ayrıca bedelini ödeyemeyenler için hizmetin (özel) faydasından dışlanması da sözkonusudur. Bu mallar bölünebilme ve fiyatlandırılabilme özellikleri nedeniyle özel mala benzerken, bazan birlikte tüketim olanağı vermesi ve sosyal fayda yaymaları nedeniyle kamusal nitelik de taşırlar.

Ancak tüm sağlık hizmetleri aynı özellikleri göstermezler; örneğin, doğrudan hastalarla ilgili olmayan önleyici veya koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mallar içinde yer alır. Çünkü bu mal ve hizmetler toplumun tamamına sunulur. Ödeme yapmayanlar bu hizmetten dışlanamaz. Faydası bulunmadığı için de fiyatlanamaz ve pazarlanamaz. Bu tür hizmetlerde kamu kesimi üretici olmak zorundadır. Sağlık piyasaları içinde üretimi yapılan mal ve hizmetlerin bir bölümü saf kamusal mal niteliği taşırken (koruyucu ve önleyici hizmetler) bir bölümü yarı kamusal mal niteliği taşırlar (tedavi edici hizmetler).

Global Kamusal Mallar ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık, çevre, eğitim, bilgi ve enformasyon, eşitlik ve adalet gibi hizmetler ile barış ve hatta iktisadi krizler, bünyelerinde taşıdıkları dışsallıklar nedeniyle etkilerini sadece ülke sınırları içinde değil dünyanın belli bölgeleri ve hatta tüm dünyaya yaymaktadırlar. Bunlardan özellikle

[41] R. and P.Musgrave, Public Finance in Theory and Practice, 1973, McGraw Hill, U.S.A., s.59.
[42] Şener, a.g.e., s.48.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

sağlık konusu pek çok ülkeye sosyal fayda ve maliyet yaym.aktadır. Geçmişte veba, lejyoner hastalığı, hepatit C ve D, cüzzam, çiçek günümüzde AIDS gibi hastalıklar, ortaya çıktıkları ülkelerin sınırlarını aşıp pek çok ülkeyi içine alan bölgeler ve hatta tüm dünya sağlığını tehdit etmektedir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkan bazıları salgın niteliği de taşıyan bu hastalıklarının önlenmesi, hastalığın ortaya çıktığı gelişmekte olan veya az gelişmiş ülke kaynaklarıyla mümkün değildir. Global kamusal mal olarak tanımlanan bu tür malların ve hizmetlerin önlenmesi için ülkelerin tek başına tedbir alması da mümkün ve yeterli olmamaktadır. Global kamusal malların ve hizmetlerin finansmanının nasıl aşğlanacağı sorusu da önemlidir.[43] Bu tür çoğunlukla Birleşmiş Milletler'e bağlı örgütler tarafından üye ülkelere sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Unesco, Kızıl Haç, Dünya Çocuklarını Koruma Örgütü (UNICEF), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Gıda ve Tarımsal Örgüt (FAO) gibi kuruluşlar aracılığı ile hükümetler, diğer uluslararası organizasyonlar ve nongovermental organizasyonlar (NGO's), prfesyonel gruplar ve hatta özel sektör ile işbirliği içinde sunulmaktadır.

2.1.2. DIŞSALLIKLAR

Bir ekonomide, kaynak dağılımında optimum etkinliğin sağlanması, ekonomi politikalarının temel amaçlarından birisidir. Kaynak dağılımında optimum etkinliğin sağlanması, yani, kıt kaynakların tüketici tercihlerini karşılayacak en iyi amaçlara yöneltilip israfa olanak verilmemesi ancak tam rekabet şartlarının gerçekleşmesi ile mümkündür.

Ekonomide optimum etkinliğin sağlanması için, üretimin tüketici tercihlerine göre belirlenmesi, her malın üretiminin sağladığı marjinal sosyal faydanın, o malın üretiminin neden olduğu marjinal sosyal maliyete eşit olması gerekmektedir. Halbuki, "piyasa ekonomisinin doğal başarısızlıkları" ya da "dışsallıklar"ın varlığı bu kuralı bozmaktadır.

---

[43] L.C.Chen, T.G.Evans and R.A.Cash, "Health as a Global Public Good", Global Public Goods, (Ed. Inge Kaul, Isabelle Grunberg ve M.A.Stern) içinde, Oxford University Press, New York, 1999, 284-290 ve Ayşegül Mutlu, Küreselleşme ve Uluslararası Kamusal Mallar Çerçevesinde Eğitim, Sağlık ve Çevre Sorunları, Yayınlanmamış Çalışma), İstanbul, 2002

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

İktisat literatüründe pek çok tanımı olan dışsallıklar, çok genel olarak, bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi şeklinde tanımlayabiliriz. Burada üretici ve tüketicilerin diğer üretici ve tüketicilere sağlamış oldukları fayda ve zararlar tamamen piyasa dışıdır.[44] Dış fayda ve kayıpların pazarlanamama niteliği önemlidir. Bu durum, özel faydası yanısıra sosyal faydası olan mal ve hizmetlerin piyasada eksik üretilmesi; özel maliyeti yanısıra, sosyal maliyeti olana mal ve hizmetlerin ise aşırı üretilmesi, dolayısıyla optimum kaynak dağılımının gerçekleşmemesi sonucunu doğurmakta ve kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır.[45]

Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik elde edilen başarılar ve çabalar dışsallık örneklerinden birisidir. Bireyler çocuk felci, grip gibi bulaşıcı hastalığa yakalandıkları zaman sadece kendileri için tehlike yaratmakla kalmazlar, aynı zamanda akrabaları, aileleri, arkadaşları, komşuları ve ilişkide bulundukları herkes için hastalık riskini yükseltirler. Bireylerin bu hastalıklardan korunması için önlemler alındığı takdirde sadece kendileri bir fayda elde etmekle kalmaz, aynı zamanda etraflarındakilere ve yukarıda açıklanan kişi ve gruplara da fayda sağlarlar. Örneğin bir bireyin yaptırdığı bir grip aşısı özel fayda sağlar. Bireyin aldığı bir grip aşısının maliyetleri (para, zaman,acı maliyetleri ile vücudun direncinin düşmesi, çalışamama gibi) ile özel faydaları (grip riskinin azalmasından doğan fayda) karşılaştırıldığında ilk bakışta sosyal açıdan bu maliyetin daha fazla olduğu ileri sürülebilir. Ancak gerçekte durum tersinedir.

Kanalizasyonların kontrol edilmesi ve temizliği, farelerle mücadele yöntemlerinin uygulanması, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için karantina önlemleri ve kurallarının ortaya konulması, geniş çaplı aşılamaların yapılması(enfeksiyonel hastalıkların önlenmesi için) gibi

---

[44] T.Scitovsky, "Two Concepts of External Economics", Journal of Political Economy (april, 1954), s.143.

[45] Dışsallıklar konusunda ayrıntılı bilgi için A.Mutlu, Dışsal Ekonomiler ve Çevre Kirlenmesi, yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü.İktisat Fak., İstanbul, 1989.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

hizmetler bireyleri doğrudan doğruya ilgilendirmez ancak bunlardan elde edilecek faydadan toplumun tamamı yararlanır.

Bazı özel faaliyetler aynı zamanda dışsal maliyetler yaratırlar. Örneğin hastalar her zaman antibiyotik iğnesi olup kendilerini korumak isterler. Bunun yerine bağışıklık sistemlerini güçlendiren ilaçları öncelikle rağbet etmezler. Phelps özellikle ABD'de bu duruma örnek olarak bakım evlerini işaret etmektedir. Gündelik hayatımızda birey sağlığı ve güvenliği üzerinde etkili olan birçok özel faaliyet ele alınabilir. Sağlığa ilişkin dışsallıklar ise bu faaliyetlerin sonucunda ortaya çıkar. Burada en çok dikkat çeken araba kullanmak ve içki içmek gibi konulardır. Meydana gelen ölümcül trafik kazalarının önemli bir oranına alkollü sürücülerin sebep olduğu görülmektedir. ABD için yapılan bir araştırma her 3-4 yılda alkollü sürücülerin meydana getirdiği trafik kazalarında ölenlerin sayısının ABD' nin Vietnam savaşında kaybettiği asker sayısını geçtiği ileri sürülmektedir.[46] Aslında aynı durum ülkemiz de de gözlemlenebilir ve bu kazaların önemli bir sebebinin alkollü sürücüler olduğu rahatlıkla ifade edilebilir. Bu da olumsuz bir dışsallık olarak karşımıza çıkar.

Gerçekte bu konular sağlık ekonomisi kapsamında değildir, ancak bu olaylardan sonra meydana gelen ölüm ve yaralanmalar aslında daha çok sağlıkla ilgilidir. Bazı sağlık ekonomistlerine göre bu konu aslında toplumda var olan hastalıklardan daha önemli olaylardır.[47]

Dışsallık sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir ama sadece sağlık piyasalarına özgü değildir. Ancak olumlu dışsallıkların önemli bir bölümü sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi ya da varlığı diğer bireylerin refahları üzerinde olumlu bir etki yapar. Mesela, bebeklerin doğum öncesi ve sonrası sağlıkları annelerinin sağlığına bağlıdır. Bu durumda kamu kesiminin desteklediği hastalıkları önleme ve kontrol programları büyük önem taşımaktadır. Kamu kesiminde yürütülen hastalık kontrol programlarına(aşılama ve bağışıklık

[46] Charles E. Phelps, Health Economics, Harper Collins Publisher, The University Of Rochester USA ,1996, s.9.
[47] Bakınız Fuchs ve Phelps a.g.e.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

kazandırma gibi) ağırlık verileceği gibi, bu temelde hastalığı önleyici diğer hizmetler ve sağlık eğitimi konuları üzerinde durulmalıdır.

Diğer yandan yapılan tıbbi araştırmalar ve sağlanan tıbbi gelişmeler de dışsallığa neden olabilir. Bu araştırmalar sonucu elde edilen faydalar, toplumun bireyler için dışsal bir fayda niteliğindedir. Kamu kesiminde araştırma amaçlı(ar-ge) faaliyetlerin düzeyinin yetersiz olması yüzünden bu tür hizmetlerin bu eksikliği de gidermesi mümkündür. Kamu kesimi özel sektörün bu araştırmaları yapmalarını sağlamak ve desteklemek etmek için çeşitli teşvik ve vergi indirimleri sağlayabilir. Burada sosyal faydaların artması sözkonusudur.

2.1.3. YARARLI MALLAR (ERDEMLİ MALLAR)

Sağlık hizmetleri bazı özellikleri nedeniyle değerlen-dirilmiş mallar olarak da adlandırılmaktadır. Merit malların tanımına tüketimleri sonucu dışsal fayda sağlayan mal ve hizmetlerdir. Bu kavram ilk olarak Musgrave tarafından incelenmiştir. Sağlık piyasalarında üretimi yapılan sağlık hizmeti gerçekten yararlı bir maldır. Piyasa tercihlerine bırakıldığında yetersiz miktarda üretim yapılacağından dolayı etkin düzeyde üretim gerçekleştirilmez ve bu yüzden birey ve toplum açısından refah kayıpları ortaya çıkabilir. Bu tür hizmetlerin en açık örneği çocuklara yönelik yürütülen tedavi hizmetleridir. Çocuklarla ilgili kararları genellikle aileleri verir. Bu tür hizmetlerde kararların aile ya da başkaları tarafından verilmiş olması çocukların elde edeceği yararları etkilemez. Buna karşın bazı durumlarda aileler bu tür hizmetlerin maliyetlerini karşılamada yetersiz kalabilirler. Bu gibi durumlarda doğum öncesi ve sonrası kamu kesimi tarafından yapılacak destekler ile birlikte hamilelik ve süt anneliği döneminde bebek ve çocuklara yardım için yapılan diğer hizmetlerin kamu kesimince çeşitli şekillerde sğlanması örnek olarak verilebilir.

Kamu kesiminde düzenleme yapılması yalnızca idarenin doğrudan doğruya hizmet üretmesi ve maaş ödemesi anlamına gelmez. Piyasa koşulları içinde çalışan doktorların istihdam edilmesi, yetersiz ve kötü koşullarda çalışan özel sektör kurumlarının iyileştirilmesi,

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

labaratuvarların kurulması ve işletilmesi gibi konular da diğer tercihleri oluşturmaktadır. Örneğin, Hindistan'da 20 yıl boyunca iyot sıkıntısını gidermek için yapılan programları hükümet kurumları üstlenmiş, üretim ve satışını gerçekleştirmişlerdir.[48] Ancak uygulama sonucu pek başarılı olmamışlardır. Bu görev özel sektör firmalarına devredildikten(üretim ve satış) ve bu konuda izin verme gibi düzenlemeler yapıldıktan sonra programın daha başarılı olduğu gözlemlenmiştir[49].

2.1.4. DEVLET MÜDAHALELERİ

Devlet ya da devlete ait diğer kurumlar aslında birçok piyasaya, piyasada yer alan kişi ve kurumların istememesine rağmen zorla girebilmektedir. Sağlık alanında bir takım ruhsat ve yetki belgelerinin istenmesi genellikle yaygın bir uygulamadır. Sağlık alanında çalışanlar (doktor ve diğer personel) dan istenen diploma ve benzeri yeterlilik belgeleri gibi. Gündelik hayatta sadece sağlık alanında değil, diğer alanlarda da bu tür yetki ve lisanslar söz konusudur. Sözgelimi, berberler, güzellik salonu işletenler, pilotlar, avukatlar, dalgıçlar, bisiklet yarışçıları, otomobil sürücüleri v.b aldıkları ehliyetler bunlara örnek verilebilir. Diğer sektörler de aralıklı olarak görülen bu lisans ve yetki belgesi arama olayı sağlık sektöründe neredeyse her aşamada istenmektedir. Doktorlar, hemşireler, teknisyenler, eczacılar, gözlükçüler, dişçiler ve diğer görevliler pratik yapmadan önce gerekli yetkiyi ifade eden belge ve izin belgelerini almak zorundadırlar. Bu durum kamu kesiminde olduğu gibi özel sektörde de aranan bir özelliktir. Bu yetki belgelerinin verilmesi sağlık piyasalarına devletin müdahalesinin ilk basamağını oluşturmaktadır.

Devletler sağlık piyasalarına; yeterlilik belgesi ve diplomalarla müdahale etmenin yanında, yerel ve ulusal düzeyde sağlık harcamalarını finanse etmek için sigorta sistemini kurma, ya da var olan sigortalara finansal yardımlar yapma gibi uygulamalar yoluyla da müdahale edebilmektedirler . Bu destekler, emekli ve yaşlıları kapsadığı gibi, hatta

[48] Bilindiği gibi *İyot, guatr* hastalıklarının önlenmesi konusunda büyük önem taşımaktadır.
[49] Fuchs, a.g.k., s.5-13.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

malullerini, doğumda meydana gelebilecek bebek sakatlıklarının önlenmesini, asker ailelerine ve çocuklara belli bir yaşa kadar sağlık hizmetlerinin bedava sunulmasını ve benzeri destekleri içerir.[50]

Bireylerin yaşamları göz önüne alındığında, almış oldukları sağlık ve eğitim hizmetlerinin neredeyse her aşamasında devlet müdahalelerini görmek mümkündür. Kamu kesiminin sunduğu eğitim hizmetini almayan bir birey bile, devletin piyasadaki eğitim kurumlarını düzenleyen müdahaleci/düzenleyici önlemlerinden etkilenir. Aynı durum sağlık sektöründe doğrudan veya dolaylı yoldan gerçekleşmektedir.

Devlet aynı zamanda ekonomideki diğer sektörlere göre sağlık üretim birimleri örneğin, hastaneler, bakım evleri, doktorlar v.d. birimlerin ekonomik davranışları üzerinde doğrudan doğruya müdahalelerde bulunabilir. Gerçekte, ülkelerin geçmişleri incelendiğinde, her ülkede çeşitli sektörlerde fiyat kontrollerinin yaygın bir şekilde uygulandığını gözlemlemek mümkündür. Petrol ve enerji sektörü, bankacılık sektörü, kira sınırlarının belirlenmesi, bu düzenlemelere ve kontrollere örnek verilebilir. Sağlık sektöründe de pek çok müdahale şekli vardır ve yukarıdaki müdahalelerden kapsam ve nitelik olarak farklılık arz etmektedir.

2.1.5. BELİRSİZLİK ALTINDA SEÇİM

Lancaster'in literatüre kazandırdığı ve Arrow'un üzerinde durduğu belirsizlik kavramında hasta doktor ilişkisinde asimetrik bilgilenme nedeniyle hasta çok az bilgi sahibidir ve asıl belirleyici karar doktora aittir. Başlangıçta doktora gitme kararını hasta verir. Ancak sağlık hizmetinden ne kadar, hangi süre ile ve ne kapsamda yararlanacağını, yani tüketim miktarını ve zamanını doktor belirler. Tüketicinin burada bir tercih hakkı yoktur. Alacağı sağlık hizmetinin maliyet ve kalitesi hakkında bilgisi olmayan ya da çok az bilgisi olan hasta belirsizlik altında bir tercih yapmak durumunda kalmaktadır.[51]

---

[50] Fuchs, a.g.k., ss.5-13.
[51] Arrow, ss.941-73. Arrow bu çalışmasında Lancaster'den örnekler vermektedir.

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Belirsizlik kavramını sağlık hizmetlerinin her alanında görmek mümkündür. Sağlık piyasasına konu olacak olaylar tesadüfi meydana gelmektedir. Bir kolun kırılması ya da apandisit ameliyatı, otomobil kazası ya da kalp krizi gibi. Bir diğer konuda ise kişinin kendini rahatsız hissetmesi ya da muhtemel olabilecek bir hastalık nedeniyle sağlık kurumu ve personeline başvurması mümkün olmaktadır. Sözgelimi Phelps'in belirttiği gibi kişiler ben hasta mıyım? neden bu kadar yorgunum? gibi soruların cevabını aramak için sağlık kurumlarına giderler.[32]

Belirsizlik kavramı sağlık hizmetlerinde tüketici olarak hasta ve hastalıkla başlar, ancak kesinlikle nerede ve ne şekilde biteceği belli olmaz. Sağlık üretim birimleri de aynı şekilde ve ölçüde belirsizlikle karşı karşıyadırlar ve bireysel olarak bunu tanımlamakta zorlanırlar. Benzeri durumlarda doktorlar sık sık farklı tedavi yöntemleri önerebilmektedirler. Diğer yandan doktorların önerdiği tedaviler arasında büyük farklılıklara ortaya çıkabilmektedir. Hatta tedavi tercihleri zamanla da değişiklik gösterebilir ve bu kararlar bilimsel bir temele de dayanmayabilir. Tedavi tercihlerindeki bu tür karışıklıklar ne yazık ki modern toplumlarda bile ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin belli alanlarında görülen belirsizlik(yeni bir ilaç gibi), diğer alanlardaki belirsizliklerle büyük benzerlikler taşımaktadır (yeni cerrahi tekniklerindeki. gelişmeler ve verimlilik gibi). Bu konuda piyasalar yeterli bir şekilde kontrol edilse bile (sağlık üretim birimlerine lisans verilmesi ve uygun kararlar verilmesi konusu gibi), bazı güven sorunları da ortaya çıkmaktadır.

2.1.6. ASİMETRİK BİLGİLENME

Simetri kavram olarak iki obje arasında çerçeve, güç ve ölçü açısından bir benzerliği ve eşit olmayı ifade eder. Bu iki obje ekonomik bir değişim işlemini yaptıklarında iki taraftan biri bir diğerine göre göreli olarak bu işlem veya alışverişle ilgili olarak daha fazla bilgi sahibi ise bu durumda iki arasındaki bilgiye sahip olma dengesizliği nedeniyle

[32] Phelps, a.g.m. s.3.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

assimetrik bilgi ortaya çıkar. Bu ilişki sağlık üretici ve tüketicileri arasında gerçekleşiyorsa, asimetrik bilgilenme esas olarak tüketici (hasta) aleyhinedir. Bir grup (doktor) genel olarak dikkate değer bir şekilde diğer gruba (hasta) göre daha fazla bilgi sahibidir. Doktor-hasta örneği incelendiğinde hasta doktor için bütün bilgilerinin doktor tarafından açıklıkla bilinmesini isterken, doktor farklı bir pozisyonda hareket eder. Profesyonel etik, görev ve mesleki sorumluluk kaygısı doktoru açık ve dürüst olmaya iter. Bu çelişki ile beraber farklı kazanç motifleri doktoru farklı tercihler yapmaya yöneltebilir. Konuyu basitleştirmeye çalışırsak, eğer doktor isterse, hastayı rahatlıkla kandırabilir ve bu şekilde daha fazla kazanç elde edebilir. Bunun yanında hasta bu tür bir olayın ne olduğu ve ne gibi sonuçlarının olacağı konusunda en küçük bir bilgi sahibi olmayabilir. Hasta bütün bu koşullar altında doktorun önerilerini kabul edip etmemeye karar verebilir.[53]

Aslında bu aldatma olayı sadece sağlık hizmetlerine özgü değildir. Sözgelimi arabamızı tamire götürdüğümüzde yetkili servis ya da tamirci ile aramızda asimetrik bilgilenme varsa yani bize göre daha fazla bilgi sahibi ise ya da biz daha az bilgili isek tamirci ve servis gerekli ve gereksiz parçaları değiştirme konusunda bizi rahatlıkla ikna edebilir veya bunu ileri sürebilir. Bu durumda bizim bu parça alış verişini onaylamaktan başka bir yolumuz kalmamaktadır. Tamircinin bilgisi bize göre daha fazladır. Bizi rahatlıkla kandırabilir ve bu yolla daha fazla para kazanabilir. Bu konu tamamen tamircinin inisiyatifinde olan bir konudur. Bu tür örnekler özellikle doktor-hasta ilişkisi açısından sağlık sektöründe fazlasıyla görülebilir.[54]

Arrow(1963) özellikle bu konuyu incelerken özellikle doktor ve hasta ilişkisi üzerinde durmuş ve doktorların kurumlarında(eğitim aldıkları ve çalıştıkları, hatta aile eğitimi de bu konuda önemlidir) almış oldukları profesyonellik ve sorumluluk anlayışının bu ilişkide dengeyi sağlama yönünde oldukça yararlı olduğunu savunmaktadır.

---

[53] Fuchs, a.g.k., ss.5-13.
[54] Fuchs, a.g.k., ss.5-13.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Burada en önemli hususlardan birisi, alınan hizmet yeterli ya da etkin olmadığı zaman ne yapılacağıdır. Bir tıbbi hata, yeni bir tıbbi müdahale ile düzeltilebilir. Bu durum da birey açısından daha zor koşulların oluşması anlamına gelmektedir. Çünkü daha fazla müdahaleyi gerektirecek bir durumun ortaya çıkması hem sağlığı kazanmayı güçleştirir, hem de maddi ve manevi maliyetleri artırır.

Smith'in ifade ettiği gibi, "...işgücünün büyüklüğü piyasanın boyutları ile sınırlıdır. Gelişmiş bir toplumda uzmanlaşma gereklidir ve uzmanlaştığımızda ise ne yazık ki, her birimiz bir diğerimize bağımlı (uzmanlığına ihtiyaç duyacak) olmak zorunda kalacaktır ve bu durum da uzmanların muhtemel yabancılığına yol açacaktır." Hatta bazı yazarlar uzmanlığın sözkonusu olduğu yerde optimal kandırma (sahtekârlık) oranı'nın oluşacağını, birey ve toplumların bununla yaşamayı alışacaklarını ifade etmektedirler.[55]

Asimetrik bilgilenmenin bir başka boyutu, hastanın hastanede yatma süresi, verilecek ilaç ve kullanma süresi, ve diğer konuların tamamen sağlık hizmeti verenler tarafından verilmesiyle, tüketicilerin insiyatifinin ortadan kalkmasıdır. Birey verilecek hizmetin boyutuna tartışamaz, pazarlık yapamaz, sağlık hizmetini deneme şansı da yoktur.[56]

Sağlık piyasalarının önemli özelliklerinden biri olan asimetrik bilgilenme diğer sektörlerle kıyaslandığında çok daha geniş boyuttadır. Hastaların hastalık-teşhis-tedavi ve bunların sonuçları konusunda bilgi sahibi olmaları, tüketicilerin refahlarının artmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

2.1.7. HASTALIK RİSKİNİN VE TÜKETİMİN ÖNCEDEN BELİRLENEMEMESİ

Sağlık hizmetlerinde tüketim olgusu tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Hizmetin nerede, ne zaman, kimlerce, ne kadar isteneceği kolay belirlenememektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında genellikle hangi

---

[55] Aktaran Fuchs, a.g.k., s.5-13.

[56] Ahmet Saltık, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", Toplum ve Hekim Dergisi, Temmuz-Ağustos 1995, Cilt 10, Sayı 68, s.38.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

hizmete ihtiyaç duyulacağı ve bu hizmetten ne kadar bir miktarda arz edileceğinin belirlenmesi zordur. Halbuki ekonominin diğer sektörlerinde belli bir hizmete ihtiyaç duyulduğunda bu hizmetin satın alınabilirliğinin yanında, tüketiciler bu hizmeti niçin aldıklarını ve niçin tüketeceklerini bilerek satın alırlar ve bütçelerini ona göre düzenlerler. Tüketici ihtiyacı ve talebinin önceden tahmin edilebildiği sektörlerde kaynak tahsisi daha etkinlikle gerçekleşir. Sağlık piyasalarında doğum v.b. gibi önceden bilinen durumlar dışında çoğunlukla hastalıkların ve risklerinin ne olduğunun önceden belirlenmesi mümkün değildir. Kontrollü uygulanan hastalığı önleme programları, aşılama programları olası hastalık risklerine karşı bir önlemdir. Bu önlemlere rağmen yine de hastalık riskini önceden tahmin etmek zordur. İşte bu nedenle sağlık piyasaları içinde özel ve kamu kesimine ait olan sigorta kurumlarına olan ihtiyaç gündeme gelmektedir.[37]

2.1.8. SAĞLIK MALININ YETERSİZ TÜKETİMİNİN TOPLUMU DA ETKİLEMESİ

Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusallık ve dışsallık özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir. Diğer piyasalarda arz edilen mal ve hizmetlerde, örneğin TV, Bilgisayar vb. yeterli düzeyde arz edilmemesi veya tüketimin yeterli düzeyde olmaması toplumu etkilemez sadece o mal ve hizmeti almaya çalışan kişinin refahında önemine göre bir kayba yol açar. Ancak sağlık piyasalarında bir hizmetin yetersiz sunumu ya da yetersiz tüketimi durumunda birey gerekli sağlık hizmetini almadığı için özellikle bulaşıcı ve enfeksiyonel hastalıklarda toplum açısından büyük riskler ortaya çıkar.

Toplumun ekonomik gücü zayıf olan kesimleri sağlık hizmetinden yeterince faydalanamadıkları zaman da aynı risk baş göstermektedir. Bu kesime yönelik harcamaların artırılması ya da sübvanse edilmesi durumunda toplumun sağlıklı üyelerinin de korunması sağlanmaktadır. Çünkü bu durumda sağlık sadece bir kesimin ya da kişinin sorunu olmaktan çıkıp toplumsal bir sorun şekline gelmektedir.

---

[37] İsmet Toprak, **Hastalık İhtiyacı ve Sigortası**, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Erzurum, ss.13-7.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık piyasalarında diğer piyasaların aksine kötü sağlık koşullarından toplumun tümü etkileneceği için çeşitli önlemler gündeme gelecektir. Bu durumda ücretsiz sağlık ve sigorta önlemleri, hastalığı önleyen tedbirler (bataklık-kanalizasyon vb.) ve sağlık hizmetini yeterince alamayan kişi, grup ve bölgelere yapılan sübvansiyonlar önemli olacaktır. Arzın artırılması önlemleri (teşvik, kamu sağlık kurumlarının sayılarını ve kalitelerinin artırılması) bir diğer önlem olarak ele alınabilir.

2.2. SAĞLIK PİYASALARININ ÖZELLİKLERİ

Sağlık piyasaları, birçoğu sağlık hizmetinin niteliklerinden kaynaklanan özelliklere sahiptir.

2.2.1. SATICILARIN AZLIĞI

Sağlık piyasalarında üretimde yer alan unsurlar, diğer piyasalarla kıyaslandığında sayısal olarak az kalmaktadırlar. Şehirlerin çoğunun orta büyüklükte olması piyasanın küçük olmasını ve bu piyasanın daha fazla ekipman, yatak ve personelle donanımlı olan sağlık kuruluşlarını finanse etmede yetersiz kalmasına neden olabilir.

Sağlık ekonomisi alanında çalışanların ileri sürdükleri gibi yatak sayıları belli bir düzeyi geçtikten sonra ölçek ekonomileri nedeniyle gereken verimin alınamayacağı belirtilmektedir. Hatta nüfus yoğunluğu çok fazla olan yerlerde bile bazen yeterli sağlık üretim birimleri olmayabilmektedir.[38]

Örneğin hastane maliyetleri ve optimal büyüklükleri üzerinde çalışanlara göre ölçek bir hastanede yatak sayısı 200-300 civarında olduğu zaman ölçek ekonomilerinden yararlanmak mümkündür. 1000 kişilik nüfus için 4 yatak düşünüldüğünde, 60 bin nüfuslu bir kent sadece 240 yatağı finanse edebilir. Bu durum, nüfusun çok yoğun olduğu yerlerde bile hastanenin yatak kapasitesinin genişletilmesinden çok, rekabet koşulları altında çalışacak birden çok hastane ihtiyacını ortaya çıkarır ve ekonomik değildir. Bu sınırlamalar uzmanlıklar dikkate alındığında daha çok önem kazanmaktadır.

---

[38] Fuchs a.g.k., s.9., ve Phelps a.g.k., s.13.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu tür durumlarla doğal tekellerle karşılaşmak mümkündür ve kamu kesimi diğer kesimlerde olduğu gibi, elektrik, telefon, ulaşım gibi alanlardaki düzenlemelerin benzerini burada yapacaktır. Sonuç tamamen tatmin edici olmayabilir. Ancak tam rekabetin oluşmadığı bir yerde idarenin kontroller aracılığı ile yapabileceği çok fazla bir şey yoktur. Hastanelerin kar amaçlı olmadığını vurgulamak ve bundan dolayı hastanenin monopol gücü kuramayacağını varsaymaktadır. Bu düşüncenin iki eleştirisi yapılabilir. Kar güdüsünün olmaması kaynakların kötü kullanılmasına neden olabilir. Verimsizlik ve gereksiz tekrarlar gerçekleşirken hastaneler daha çok doktorlara yarar sağlamaya yarayabilir.[39]

2.2.2. PİYASAYA GİRİŞ SINIRLAMALARI

Sağlık piyasalarına giriş sınırlamalarına, sağlık piyasalarının arz tarafında yer alan doktorlarla ilgili yapılan müdahaleler örnek verilebilir. Lisans veya diploma zorunluluğu olmaması muhtemelen düşük kalitedeki sağlık hizmetlerini tüketiciye sunulmasına neden olacaktır. Bu süreçte alınan sertifika/lisans ve diplomaların gönüllü ve zorunlu olmalarına göre bir ayrım yapmak gerekmektedir.

Gerçekte sürekli belge veya diploma zorunluluğuna karşı, dönemler itibariyle yeni lisanslar vermek ya da çeşitli kademe ve dereceleri belirlemek muhtemelen ihtiyaçları daha iyi belirleyecek ve bunları karşılamak bakımından etkinlik sağlayacaktır. Lisans (sertifika) sistemi altında hastalar istemiş oldukları uzman/uzmanlığın derecesini seçmekte (tıbbi eğitim düzeyi ve bunu algılayabilmesi) ve bunun yanında daha alt derecede diplomalı pratisyenlerde dahil olmak üzere tercih yapmakta serbesttirler.

Piyasaya girişte var olan sınırlamalardan bir diğeri hastanelerde sadece (imtiyazlı) doktorların çalışabileceği şeklindeki sınırlamalardır. Bu da kurumların sağlık hizmetini verirken sağlayacakları hizmetin kalitesine verdikleri önem ve doktorlardan elde edecekleri sağlık hizmetinin kapsamına bağlıdır. Bununla birlikte ekonomide sınırlı rekabetin bir yolu

---

[39] Fuchs s.13

olarak ta görülebilir. Genelde, yöneticiler ve doktorlar arasında sosyal amaçlarda hizmet etme düşüncesi yavaş yavaş yerleşmeye başlamıştır. Bunu Arrow şöyle ifade etmektedir: "...Profesyonel etik ile ilgili kurallar, kurumlar ile bunların başında bulunanların dikkatini çekmekte ve aralarındaki ilişki bunu korumaya yaramaktadır...." Yine Arrow'a göre bu durum kurumlar tarafından monopol gücünü koruyan bir pelerin görevi olarak kullanılmaktadır.[60]

Sonuçta, doktorların görevlerini yerine getirebilmeleri veya sağlık kurumlarının faaliyetelerini devam ettirebilmeleri için lisansın veya diplomanın zorunlu olması ve alınan yeterlilik niteliğindeki belgelere göre hizmet verilip verilmediğinin denetlenmesi sağlık piyasalarındaki girişi kısıtlayan önemli faktörlerdir.[61]

2.2.3. ARZ ve TALEP ARASINDAKİ DENGESİZLİK

Sağlık piyasalarının bir diğer özelliği fiyatların denge noktalarına ulaşmadaki başarısızlığıdır. Bilindiği gibi denge noktasında talep edilen miktarla arz edilen miktar eşit düzeyde ve noktadadır. Sağlık piyasalarında arz ve talep arasındaki dengesizlik talep veya arzın genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan dengesizlik olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların genelde monopolcü bir yapı arzetmeleri ve bazı kısıtlamalar yanında kamu kurumlarından izin ve yetki alınması zorunluluğu ile meslek odalarının fiyat belirlenmesinde oynadıkları rol arz açısından piyasayı monopolistik hale getirmektedir. Arz yönünden monopolistik yapıya karşın, talep açısından bir dağınıklık söz konusudur.[62]

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi standart olmaması, üreticiler ve tüketiciler arasında bir bilgi dengesizliğinin olması, sağlık piyasaları içinde faaliyet gösteren kişi ve kurumların kendi aralarında anlaşabilmeleri ve ortak hareket etmeleri yüzünden arz ve talep arasında bir dengesizlik oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında yer alan kişiler ve kurumların örgütlü davranışların

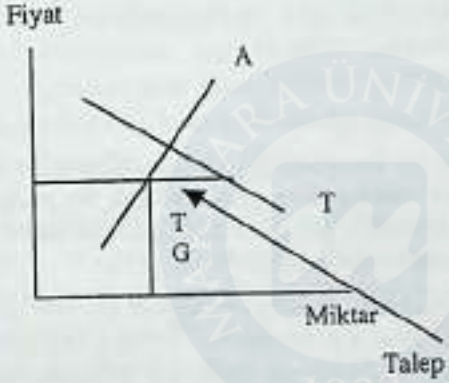
---

[60] Arrow a.g.m., s.69 ve Fuchs, a.g..k., s.20.
[61] Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi, Yayınlanmamış Çalışma, İstanbul, 1977, s.37.
[62] Kurtulmuş, a.g.e., s.31.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

karşın, talebi belirsiz olan tüketicilerin piyasada bir talep baskısı oluşturmaları mümkün değildir. Bu da arz ve talep arasındaki dengesizliğin bir diğer yönüdür.

Yukarıda ifade edilen nedenlerden dolayı ortaya çıkan talep fazlalığını aşağıdaki örnekte açıklanmaktadır çalışalım. Örneğin evden doktorların aranarak hizmet alındığı piyasayı ele alalım.



Fiyatların artması arz ve talebin dengeye gelmesi için yeterli değildir.

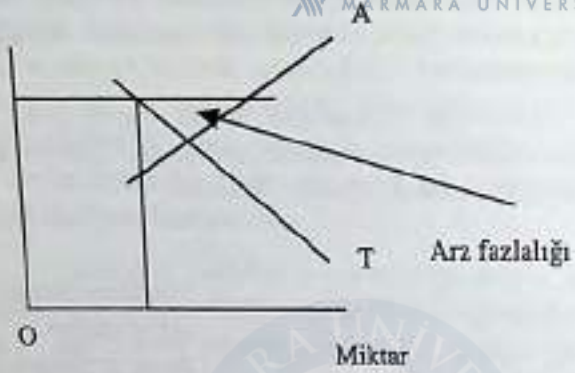
Şekil 3. Arz ve Talep Arasında Dengesizlik

Hastaların evden doktoru arayarak hizmet talepleri ve denge fiyat düzeyinde fiyatı ödemeye razı olmalarına karşın doktorlar arzı gerçekleştirememektedirler. Fiyatların yükselmesi de bunu sağlayamamaktadır. Feldstein'in (1970) de ifade ettiği gibi doktor hizmetlerine olan talep genişlemesi sık sık gerçekleşmektedir.

Buna karşılık özellikle ABD örneğinde genel cerrahların olduğu piyasa ise arz genişlemesini yansıtmaktadır. Cerrahlar talep edilen miktara göre çok daha fazla arzda bulunmaktadırlar. Arz genişlemesi sadece genel cerrahlar için değil de çeşitli uzmanlık alanlarında da görülebilir (oftalmoloji ve jinekoloji gibi).

Şekil 4. Toplam Harcamalar ve Tüketici Artığı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ



Fiyatlar arasındaki bu dengesizliğin olması sağlık piyasalarının tam rekabet piyasalarından uzaklaştığını gösteren açık bir göstergedir. Talep genişlemesi örneğinde olduğu gibi, doktorlar, mesleki tatmin yerine yüksek gelir elde etmeyi tercih etmektedirler.

Arz genişlemesi örneğinde, fiyatlar cerrahların bireysel olarak ya da kurumsal olarak fiyatları kısmanın kendilerine avantajı sağlamadığına inanmaktadırlar. Fiyatların düşürülmesi lehlerine olmayacaktır. Bu tercihlere etki eden faktör ise cerrahların çoğu çalışma dışındaki zamanlarında yaptıkları pratik ve uygulamalar ile diğer gelir getirici faaliyetlerin varlığıdır.

Hemşirelerin sınırlı sayıda olduğu iddiası pek çok sağlık piyasası için bir diğer eksiklik göstergesidir. Ancak bununla birlikte talep genişlemesi hemşirelerin sayıca yetersiz olması, ücretlerinin yükseltilmesi yoluyla dengelenebilir. Ancak, yatırımcıların iddialarına göre hastanelerin monopsonistik davranışları hemşirelerin ücretlerinin arz ve talebin eşit olduğu noktaya yükselmesini engellemektedir.[63]

2.2.4. BİLGİ MALİYETLERİ

Rekabetçi bir modelde karar alma sürecinde ihtiyaç duyulan bütün bilgiler (fiyatlar, üretim imkanları, v.b.) üreticiler bilinmektedir.

---

[63] Fuchs, a.g.k., ss20-21.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Gerçek dünyada bütün bilgilerin elde edilmesi zordur, hatta mümkün değildir. Yüksek bilgi maliyetleri sağlık piyasalarının en önemli özelliklerinden biridir.

Hasta doktor arasındaki ilişkide hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesinin tek yolu doktorun hastayı, hastanın doktoru görmesidir. Doktor hastanın ihtiyaçlarını en iyi anlayan ve bilendir. Bilgi maliyetleri iktisadi analiz içinde ele alınan yeni bir konudur. Sağlık piyasalarının önemli bir bölümünde bilgi eksikliği nedeniyle piyasa fonksiyonları verimli çalışmamaktadır. Aynı şekilde bu fonksiyonlara daha iyi nasıl işlerlik kazandırılacağı konusunda anlaşmazlıkla vardır.[64]

2.2.5. MONOPOLLEŞME

Tek bir firmanın ikamesi bulunmayan bir mal ürettiği ve sattığı piyasa türü monopol piyasasıdır. Piyasadaki bazı üretim kolarında rekabetin işlemesi iktisadi etkinlik ile bağdaşmaz. Yani söz konusu bu üretim kollarında birden fazla firmanın rekabet etmesi yerine, bütün üretimi tek bir firmanın yapması toplam maliyetleri en düşük seviyede tutar. Üretimde coğrafi bakımdan alana dağıtılması zorunlu olan altyapı tesisleri toplam maliyetler içinde geniş bir yer tutuyorsa yine aynı durum vardır, yani doğal tekel vardır.[65] Monopol piyasasına bakıldığında karşımıza iki unsur çıkmaktadır. Tek bir firmanın varlığı ve ikamesi mümkün olmayan bir malın üretilmesi. Tek bir firmanın varlığı denince diğer firmaların piyasaya girişlerinin mümkün olmadığı sonucuna varılır. Monopolde bir firma tek başına üretim yaptığı ve ikamesiz mal ürettiği için fiyat rekabeti yoktur. Bilindiği gibi piyasa başarısızlığını doğuran ve devlet müdahalesini gerekli kılan nedenler içinde doğal tekeller yer almaktadır.

Ekonomide diğer firmaların girişlerini engellemek suretiyle monopolün varlığına yol açan unsurlar, giriş engellerinin olması olarak ifade edilir ve bu durum bu dört grupta ifade edilir. İlki, bir malın üretiminde kullanılan ve yakın ikamesi mümkün olmayan hammaddelerin

---

[64] Fuchs, a.g.k.,s. 22
[65] Bulutoğlu, Kenan, a.g.k., 1988, s.20.

tek bir firma kontrolünde olması ikincisi, bir malın piyasa talebinin ile büyük üretici tarafından çok sayıdaki küçük üreticiye nazaran daha ucuz karşılanmasıdır ki buna ölçek ekonomileri demekteyiz. Ekonomide ölçek ekonomilerinden doğan monopole doğal monopol denmektedir. Giriş engellerinin üçüncüsü yeni buluşların kullanım hakkının belirli bir süre sadece o buluşu yapan firmaya verilmesidir (bu buluşla ilgili yaptığı harcamaları finanse edilmesi için). Bu durum Patent hakları olarak da adlandırılabilir. Giriş engellerinden sonuncusu bir malın üretim izninin tek bir firmaya verilmesidir. Hükümet lisansları ve imtiyazları olarak nitelendirilen bu giriş engelinin tipik örnekleri, telefon, elektrik, gaz, su gibi alanlardaki monopollerdir. Hükümet lisansları ve imtiyazları ise hukuki giriş engelleri olarak adlandırılırlar.[66]

Doğal tekelleri karakterize eden ölçekten getiri dolayısıyla azalan maliyetlerin söz konusu olduğu bir sektör vurgulanmaktadır. Diğer bir deyişle marjinal maliyetin devamlı olarak ortalama maliyetin altında seyretmesidir. Çünkü her ilave(marjinal) birim daha ucuza mal edilmektedir. Bu yüzden, doğal tekel, aynı zamanda bir firmanın bir çıktı veya çıktı kümesini diğer mevcut örgütlenme ve kurumlara göre daha ucuza ürettiği bir durum olarak tanımlanabilir.[67]

Monopol gücü başka şekilde de ortaya özellikle patent kanunları, hammadde kaynaklarına sahip olma gibi durumlar bir firmayı endüstriyel süreç içinde güç vermektedir. Monopol gücü yerel piyasalarda da olabilir. Piyasa küçük olduğu için arz edenler küçük çaptadır ve sadece bir üreticiye izin verilebilir. Bu durum bazen coğrafi monopol olarak da adlandırılmaktadır. Bu son durum özellikle sağlık hizmetleri piyasasına uygulanabilir. Hastaneler ve doktorların toplum ya da şehirler arasında bulunma mesafeleri yani kolay ulaşılabilir niteliktedir. Sağlık hizmetinin sunulması ve diğer koşulları, diğer mallarla ikame edilemez. Bu durumda bulunan hastane ve doktorlar monopol gücünden dolayı ücret, vergi ve benzeri yollarla monopol kazancı elde edebilir ve bu durum devlet müdahale ve düzenlemelerine

[66]Ünsal, Erdal, Mikro İktisadi Analiz, Ankara, 1990, ss.340-342.
[67]Akalın, Güneri, Kit Ekonomisi, Yeniçağ Basın ve Yayınevi, Ankara, 1990, s.16.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

olan ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Monopol piyasalarının sağlık hizmetleri alanında daha çok uygulama alanı bulabilen bir piyasa türüdür.[68]

Maliyetlerin düştüğü bir endüstri örneğine, enerji sektöründeki elektrik örneği verilebilir. Sağlık hizmeti üretim birimleri olan hastanelerin ölçek ekonomileri ve faydacılık deneyimleri nedeniyle doğal monopol özelliği tartışılabilir hale gelebilir. Ancak sağlık piyasalarına genel olarak bakıldığında monopol bir piyasanın bazı özelliklerini rahatlıkla görmek mümkündür. Devletin düzenleyici ve müdahaleci tavırları, az sayıdaki hastaneler üzerinde yoğunlaşması, ölçek ekonomilerinin geçerli olması yasal düzenlemeler ve ücret düzenlemeleri bu konuya örnek gösterebilir.[69]

2.2.6. SATICILAR ARASINDA ANLAŞMA

Sağlık piyasaları içinde üretim görevini yerine getiren satıcılar arasında anlaşma koşulları da ortaya çıkabilmektedir. Aynı piyasa içinde sağlık hizmetlerini sunan Satıcıların anlaşarak tekelci eğilim içine girmeleri durumunda ise tüketici ve toplum için dezavantajlar başlar.

Bilginin maliyeti olmaksızın el değiştirmesi, kriz dönemlerinde ortak davranma çabaları ve bu yolda alınan önlemler gibi iki taraflı alınacak ve yapılacak düzenlemeler maliyetlerin düşmesine ve tüketici memnuniyetinin yükselmesine yardımcı olacaktır. Ancak uygulamada, iki taraflı bu samimiyet ve güven ilişkisinin gelişmesi, daha az arzu edilen yönlere doğru bir yayılma içerisine girebilir. Sözgelimi fiyatların kararlaştırılması, rekabetin dışlanması ve benzer örnekler verilebilir. Bu tür düzenlemelerin yapılması tüketici ve toplum için olumsuzluklar doğuracaktır. Smith şunu savunmaktadır;" ..... *insanlar aynı ticareti birlikte yaptıklarında, hatta eğlence ve eğlendirici birşey olsa da diyalog genellikle kamunun aleyhine ya da fiyatların yükseltilmesine kılıf uydurularak tamamlanır*....."[70]

---

[68] Fuchs ve diğerleri.
[69] Singer, a.g.e. 1976.
[70] Fuchs, a.g.e.

Günümüzde yaygın kanı kar amacı gütmeyen kurum uygulamalarının sağlık hizmetlerinin elde edilmesindeki eşitsizlikleri azaltmanın bir yolu olarak görülmesidir. Kâr amaçlı olmayan gönüllü kurumların olduğu bir piyasada satıcıların tüketici aleyhine anlaşması söz konusu değildir.[71]

Meslek odalarının fiyatları belirleyebilmeleri yanında sağlık hizmetlerisektöründe yer alan grupların; ilaç firmaları ve hastaneler gibi, ortak hareket etmeleri her zaman mümkündür. Kamu kesiminin düzenleyici bir rolü üstlenmemesi veya bu rolü etkin yerine getirmemesi tüketici kaybının büyümesine yol açar. Tüketicilerin tek başlarına bu güç veya oluşuma karşı hareket etmeleri söz konusu olmadığı için, kamu kesiminin müdahalesi gerekli olmaktadır.

Sağlık piyasalarının yukarıda sözü edilen özellikler sosyal bir mal üretme özelliği, zorunlu sigorta uygulamaları ve bunların yaptırımlarının olması, karma bir üretim yapısıyla üretim yapması sağlık hizmetlerinde homojenliğin olmaması, sağlık hizmetlerinin fiyatları ile maliyetleri arasındaki korelasyonun zayıf olması da sağlık piyasalarının diğer özellikleri arasında yer almaktadır.

[71] Kessel a.g.k., s.58; Fuchs, a.g.k., s.19.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

3. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEP ANALİZİ

3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TALEP ANALİZİ

3.1.1. TALEP VE TALEP FONKSİYONU

İktisat literatüründe satın alma gücü ile desteklenen isteğe talep denmektedir.

Bir bireyin yada tüketicinin belirli bir dönemde (hafta – ay - yıl) satın almak istediği ve satın alma gücüne sahip olduğu mal miktarı olarak da tanımlanan talebi olarakta tanımlanan talebi etkileyen çok sayıda unsur vardır. Bu unsurların başında o malın ya da hizmetin fiyatı gelmektedir. Bir malın / hizmetin bir birimini elde etmek için ödenmesi gereken fiyat artınca, diğer şartların sabit olduğu varsayımı altında (ceteris paribus), tüketicinin satın almak istediği ve sahip olduğu mal ve hizmet miktarı azalır. Tersi durumda bir malın fiyatı düştüğünde, tüketicinin satın almak istediği mal ve hizmet miktarı artar.[72]

Tüketicinin satın almak istediği x mal / hizmet miktarını etkileyen ikinci unsur tüketicinin sahip olduğu gelir düzeyidir. Tüketicinin gelir düzeyi yükseldikçe, tüketicinin satın almak istediği mal miktarı malın lüks, zorunlu, düşük mal olmasına göre artabilir yada azalabilir.

Ekonomik literatürde gelir artınca talebi artan mallara (gelir azalınca talebi azalan) (lüks + zorunlu mal) üstün mallar, talebi gelir düzeyi ile ters orantılı olan mallara da düşük malar denmektedir.[73]

---

[72] Richard G.Lipsey, Peter O.Steiner, Douglas D.Purvis, Paul N.Courant, Economics, 11th. Edition, Harper and Row Publishers, New York, 1996, ss.54-55 ve Ünsal,Erdal M., Mikro İktisat (*Gözden geçirilmiş ve genişletilmiş 2. baskı*). Kutan Ofset, Ankara, 1998, s.41.

[73] A.C. Sturt,, The Scale and Scope of Economics, Charinga Publishing, Surrey UK, 1995, ss.32-41. İktisat literatüründe *ikame mallar* bir birinin yerine kullanılabilen mallardır. tereyağı-margarin gibi. *Tamamlayıcı mallar* ise tüketiminin bir birine bağlı olduğu mallardır. otomobil-lastik gibi. Ünsal, a.g.k., ss.42-43.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bir tüketicinin satın almak istediği x mal veya hizmet miktarını etkileyen üçüncü unsur (ikame mallar ile tamamlayıcı mallardan oluşan) diğer malların fiyatlarıdır.

Tüketicinin talep ettiği x mal ve hizmet miktarını etkileyen dördüncü faktör, tüketicinin zevk ve tercihleridir. Yani, talep edilecek mal ve hizmet miktarı tüketicinin zevk ve tercihleri doğrultusunda değişim gösterir. X mal ve hizmet miktarını etkileyen bir diğer faktör tüketicinin gelecekteki fiyat ve gelir düzeyine ilişkin bekleyişleridir. Tüketici beklentileri ışığında gelecekle ilgili x malının fiyatının yükseleceği beklentisine sahipse, daha fazla x malı satın almak isteyecektir. Yine tüketici gelirinde bir artma bekliyorsa daha fazla harcama yapıp x malında daha fazla satın alabilir. Bu konuda tam tersi de olabilir. Talebi etkileyen diğer bir faktör alıcı (tüketici) sayısıdır. Belli bir bölgede bir mala olan talep, piyasadaki alıcıların sayısı ile yakından ilişkilidir. Alıcı sayısı arttıkça mala olan talepte artar. Buna karşılık alıcı sayısı azaldığında malın talebi de azalır. Talebi etkileyen diğer bir faktör alıcı (tüketici) sayısıdır. Belli bir bölgede bir mala olan talep, piyasadaki alıcıların sayısı ile yakından ilişkilidir. Alıcı sayısı arttıkça mala olan talepte artar.tersi durumda malın talebi azalır. Sonuçta tüketicinin satın almak istediği x malı miktarı, tüketicinin gelecekteki fiyatlar ve gelir düzeyine ilişkin bekleyişleri ile aynı yönde değişir. Özetle, tüketicinin belirli bir dönemde satın almak istediği (x) mal veya hizmet miktarı;

- *Malın fiyatına*
- *Tüketicinin parasal gelirine*
- *İkame ve tamamlayıcı malların fiyatına*
- *Tüketicinin zevk ve tercihine*
- *Tüketicinin fiyat ve gelir düzeyine ilişkin beklentilerine*
- *Alıcıların sayısına*

bağlı olarak değişmektedir. Bu faktörlerde bir değişme olduğunda talep edilen x malı da değişecektir. Ekonomik literatürde buna bireysel talep *fonksiyonu* adını veriyoruz.[74]

---

[74] Lipsey ve diğerleri, a.g.k., s.55.; Ünsal, a.g.k., s.41-44; Sturt, a.g.k., s.39.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

3.1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

"Ekonomistler sağlık hizmetleri ya da diğer mal ve hizmetlerin talebinden söz ettikleri zaman, ödeme gücü isteğinden söz etmektedirler. Sağlık hizmetleri talebi; ihtiyaç, istek ve arzu ile karşılaştırılmamalıdır. Buna rağmen bu kavram zorunlu talep kavramı olarak ele alınabilmektedir. Sağlık hizmetleri için kullanılan ihtiyaç kavramı analitik amaçlar ve analizler için çok az bir değere sahiptir. Uygulamada ise, hayati öneme sahip operasyonlardan siyah bir sivilceyi almaya kadar ki geniş bir alanda yer alan faaliyetleri kapsayabilmektedir",[75]

Son yıllarda pek çok ülkede sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklar büyük oranda artmıştır. Uygulamada, sağlık hizmetleri talebi ele alınırken sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklarla birlikte bu alana tahsis edilen kaynakların büyümesinde rol oynayan faktörler beraber ele alınmaktadır. Sağlık harcamalarının gelecekte refah düzeyi üzerinde ne gibi etkiler yapabileceğini anlamak açısından sağlık talebini incelemek önemlidir. Sağlığın toplumsal refah üzerindeki etkilerinin yanında, artan talebin bir parçası olarak kıt kaynakların tahsisinde sorunları gündeme gelebilir. Bundan dolayı, sağlık hizmetleri talebi incelenirken, önce bir talep teorisi oluşturulması ancak sosyal politika ve diğer etkenlerin de göz önüne alınması gerekmektedir.[76]

Ekonomik sistemlerde üç temel sorunun çözümünün önemli olduğu görülür: Hangi malların ve hizmetlerin üretileceği, bunlara ne kadar kaynak ayrılacağı, bu mal ve hizmetlerin nasıl üretileceği ve son olarak da bu mallarının kimler için üretileceği. Piyasa ekonomisi içinde üretim faktörlerinin bir araya getirilip mal ve hizmet olarak nihai tüketiciye ulaştırılması büyük ölçüde fiyat mekanizması aracılığı ile gerçekleştirilmektedir.

Sağlık alanında ihtiyaçların oldukça fazla olduğu görülür ve bunun gerçek talebe dönüşen bölümü azdır. Bunun anlamı ortaya çıkan talebin; bir aysberg gibi su yüzünde kalan kısmını ifade ettiği, su altında

---

[75] Fuchs , a.g.ç.,1968, s.190.
[76] Feldstein, a.g.k., s.74.

görülmeyen diğer kısmın ise ihtiyaç olduğudur. Ekonomik sis içerisinde talep ve ihtiyaç her zaman uyum içinde olmayabilir. Sağlık sağlık hizmetleri alanında ihtiyaçlar oldukça fazladır. Sağlık hizmeti sahip olduğu birtakım özellikler nedeniyle ihtiyaç kavramının da uygulanabilir bir kavram olduğunu belirtmekte yarar vardır. Sağ hizmetleri arz ve talep yönüyle planlanırken büyük ölçüde ihtiy kavramı üzerinde odaklaştığı görülmektedir.[77]

Sağlık ekonomisinde talep ve talebin yapısı incelenmeden önc ihtiyaç, istek ve talep kavramlarının açıklanmasında yarar vardır. Tabi bunu istemek gerekir. İhtiyaç bir yokluktan ileri gelebilir. Sağ hizmetinin istenebilirliği yalnız hastalıktan kurtulmayı değil, aynı zamanda rahat ve ağrısız hayat koşullarını sağlamayı da amaç edinmesidir. Sağlık ihtiyacının bir yokluktan kaynaklanması, bu yüzd daha kolay açıklanabilir bir olgudur.[78]

Sağlık hizmetlerinin temel amacı bu alanda sorunla giderilmesinde bir ihtiyaç ortaya çıktığında gereken mal ve hizmet sağlamaktır. Bu durumda öncelikle sosyal ihtiyaç kavramı tanımlanması gerekmektedir. Sosyal ihtiyaç; toplumun elde edebilece ve toplumdaki bireylerin çoğunun sağlanması gerektiğine inandığı ihtiyaçlardan yoksun olma duygusu olarak tanımlanmaktadır.[79] Bireyler sağlıklarını tehdit eden unsurlardan haberdar olamayacakları konusu da önce belirtilmişti. Bu yüzden tıbbi ihtiyaçların belirlenmesinde birtak faktörler söz konusudur (eğitim, sosyal ve kültürel faktörelr gibi). Bu üzerinde ayrıca durulacaktır. Sözgelimi eğitim ihtiyaçların belirlenm açısından bir ölçü olarak ele aldığımızda sahip olunan bilgi düzeyi, fi ve mental açıdan ortaya çıkacak rahatsızlık ve hastalıkların ortaya çık sıklığı sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde bir ölçü olarak ele alınab Burada sağlık hizmetinin ihtiyaçla uyumlu olabilmesi için iki aşamay gereği söz konusudur. İlk olarak ihtiyaçlar talep doğrultusu tanımlanmalı ve devamında ise sağlık hizmet talebini yeterl

[77] Toprak, a.g.ç., s.12.
[78] Yıldız, a.g.ç., s.45.
[79] Yıldız, a.g.ç., ss.45-8.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

karşılayabilecek şekilde geliştirilmelidir. Ancak ihtiyacın fiili taleple uyum içinde olmadığı da ayrıca vurgulanmaladır. Örneğin; çürük dişinden dolayı ağrı çeken bir kimse bu durumu kabullenip acıya katlanıyorsa ve herhangi bir tedavi almıyorsa bir sağlık ihtiyacının varlığı söz konusudur, ancak bu ihtiyaç talebe dönüşmemiştir.

Toplumun sahip olduğu değer yargıları ve gelenekler ihtiyaçların talep haline gelmesini engelleyen unsurlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Yaşlı insanların beklentileri tıbbi gelişmelerin altında kaldığı ölçüde tedavi edilebilecek hastalıklarla yaşamayı yeğleyebilirler. Çeşitli dönemlerde doktorların ulusal sağlık sigortalarının kapsamına göre rutin işlerle ilgilenmeleri veya hastalık hastası durumundaki bireylerin istekleri, talep olarak ortaya çıkmasına karşın, gerçek anlamda bir ihtiyacı ifade etmeyebilir.

Ekonomi literatüründeki talep ile sağlık hizmetleri talebi arasında bir takım farklar vardır. Bu durum, sağlık malının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bunların dışında sağlık hizmetine aynı düzeyde harcama yapan bireylerin almış oldukları sağlık hizmetinden aynı ölçüde yaralnamamaları da diğer bir özelliktir. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan bir mal ve hizmetin tüketiciye fiziksel olarak aynı tatmin düzeyini sağlarken, sağlık hizmetleri tüketicisinin sağladığı tatmin düzeyleri arasında önemli farklar ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık hizmetleri talebi türetilmiş bir talep olma özelliği ile de diğer mal ve hizmet taleplerinden ayrılmaktadır. Yani sağlık hizmetleri sağlık kavramından türetilmiş bir talep niteliğindedir(derived demand). Çünkü sağlık hizmetleri talebi, sağlık talebinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbirleyle ikamesi mümkün olan girdilerin talebinden bağımsız olarak ele alınamaz. Türetilmiş bir talep olmasının bir diğer nedeni doktorun kararının önem ve öncelik taşımasıdır. Yani, sağlık hizmetleri için üretilen mal ve hizmetlere yönelik talebi öncelikle tüketiciler tarafından değil de doktorlar tarafından belirlenmektedir. Fiili anlamda arzı gerçekleştiren doktorlar aynı zamanda talebin adını ve miktarını da belirlemektedir. Doktorlar bu kararları verirken; mesleki etik anlayışı, parasal çıkarları, bağlı olduğu

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

oda, grup ve meslektaşları ve bunların kuralları ile eldeki teknolojik imkanlar ışığında hareket etmektedir. Burada finansman şekli ve ödenen ücret düzeyi gibi faktörler de ayrıca doktorun karar vermesinde, etkili olabilecek faktörlerdir. Sağlık sistemlerindeki yapı ve farklılıklar ile değişik finansman şekilleri de sağlık hizmetleri talebinin değişik şekillerde ortaya çıkmasına neden olurlar. Fiyatlar yükseldiğinde talebin düşmesi, fiyatların düşmesi halinde talebin artması gibi, piyasa ekseni kurallar sağlık hizmetleri piyasasının talep yönü içine geçerli olmamaktadır. Sağlık hizmetleri alanında talep ve fiyat ilişkileri incelendiğinde sağlık talebinin fiyat elastikiyetinin zayıf olduğu gözlenmektedir. Bu konuda verilecek örneklerden de anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri talebi yükseldiğinde talep çok az değişmektedir. Fiyat elastikiyeti, ilaç ve tedavi araçlarında en yüksek, doktor ve hastane hizmetleri alanında ise en düşük orandadır (bu konuda yapılmış olan incelemelerden ileride bölümde verilecektir)[80] Bazı araştırmalarda, sağlık hizmetleri fiyatlarının piyasa kuralları içinde belirlendiği ülkelerde fiyat ve talep arasındaki ilişkinin güçlü olduğu ileri sürülmektedir. Ancak fiyatların yüksek tutulması ödeme gücünün düşük olması ve devlet müdahaleleri gibi nedenler bu bağlılığı zayıflatan nedenlerdir. Ulusal sağlık sigortaları kapsamında sağlık hizmetlerinin belirli bir bölümünün ücretsiz sunulması da fiyatın sıfıra düşmesi anlamını taşır. Bu durumda fiyat ve talep arasındaki bir ilişki doğal olarak yoktur.

Sağlık hizmetleri talebinde fiyat etkisinin genellikle zayıf olmasına rağmen, gelirin etkisi daha kuvvetlidir. Düşük gelir düzeylerinde gelir esnekliği fiyat esnekliğinden daha fazla olmaktadır. Gelir artışları belirli bir noktaya kadar sağlık hizmetleri tüketimini önemli ölçüde artırır ve doyum noktasına yaklaşıldıkça esneklik azalmaya başlar. Belli bir noktadan sonra gelir artışı olsa bile çok büyük değişme olmaz. Ancak fiyatı yüksek olan ve tedavisi ertelenen estetik ve diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetler önem kazanmaktadır. Ekonomi literatüründe gelir-tüketim ilişkisini Engel Kanunlarına göre gelir arttıkça gıda ve giyime ayrılan

[80]Ayrıntılı bilgi için bakınız; Işık, a.g. EK 3 ve Ek 4' teki örnekler. Bu konudaki diğer örneklere ise bu bölümde ayrıca değinilecektir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

pay oransal olarak düşerken, sağlığa ayrılan pay oransal pay giderek yükselmektedir ve sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan incelemelere bakıldığında Fransa için yapılan bir araştırmada[81] beslenme ve giyime yapılan harcamaların toplam gelir içindeki payının düşmesine karşılık, sağlık harcamalarının gelir artışına paralel olarak hızla yükseldiği saptanmıştır.[82]

Sağlık piyasaları bölümünde açıklanmış olan arz ve talep arasındaki dengesizlik konusu da sağlık hizmetleri talebini etkileyen önemli bir faktördür. Periyodik kontroller, aile hekimliği vb. gibi konular var olan ihtiyaçların fiili talebe dönüşmesini sağlayan önemli unsurlardır.Sağlık hizmetleri talebi ile ilgili olarak yapılan ampirik araştırmalarda talebi etkileyen faktörler arasında talebin fiyat esnekliği, gelir esnekliği, hizmet sunum koşul ve farklılıkları hizmet için katlanılacak maliyetler ve eğitim gibi faktörlerin etkisi araştırılmıştır. Bu araştırmalarda hizmetin bedelinin sigorta kapsamı içinde yer alması veya devlet tarafından ödenmesi durumunda hastanın alacağı hizmet konusunda etkisiz kaldığı belirlenmiş, doktorların fiyatı yüksek ilaçlara yer verdiği durumlarda hastaların bu ilaçları almama eğilimi içinde oldukları ortaya çıkmıştır. Daha sonra da açıklanacağı gibi, sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliğinin pozitif ve oldukça yüksek olduğunu da belirtmekte yarar vardır.

Bireyin ve toplumun sahip olduğu zevk ve tercihler de talebi etkileyen bir diğer faktördür ve sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Sağlık hizmetleri için ortaya çıkan ihtiyacın önemi ise oldukça fazladır. Bu şiddetteki bir hizmetin talebinden vazgeçilmesi tüketici açısından mümkün ve rasyonel değildir. Bireylerin sağlık hizmetleri talebi çeşitli nedenlerden dolayı farklılık gösterebilir. Bu değişiklikler, demografik koşullar, eğitim, çevre, genetiğe bağlı nedenler ve hayat tarzlarının farklı olmasından kaynaklanabilir. Yaşlıların daha fazla sağlık harcaması yapması veya, bir aktristin estetik harcamaları gibi örneklerde, bu alanda

[81] Ana Kaynak, Paret H., L'economie des Soins Medicaux, Paris , 1978, aktaran, Toprak, a.g.ç., ss.12-4.
[82] Işık adı geçen doktora tezinde(ss.152-61 de) benzer uygulamayı kamu kesiminde yapılan sağlık harcamaları ve milli gelir arasındaki ilişkiyi incelemek yoluyla yapmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yaş, cinsiyet, yaşam şekli, meslek gibi faktörlerinde etkili olduğunu göstermektedir. Kapalı ekonomi, birleşik aile yaşam şekli, kırsal köken toplum olma ve kentleşme gibi olgular sağlık hizmetleri talebindeki değişikliklerin diğer nedenleridir. Eğitim oranın yükselmesi sağlık talebini arttırabilir veya azaltabilir. Eğitim düzeyi yüksek olan ülkelerde ya da kişilerde hijyen kurallarına uyulması bulaşıcı hastalıkları önle dolayısıyla da talebin azalmasına neden olur. Ancak yine bu tür ülkelerde diş, göz, estetik(saç ektirme) talebi ise yüksek oranda gerçekleş mektedir.[83]

3.1.2.1. İHTİYAÇ – TALEP İLİŞKİSİ

Çeşitli dönemlerde sağlık faaliyetleri planlanırken ve sağlı işgücü tahmin edilirken nüfusun sağlık hizmetleri ihtiyacının tahminine temel alınması amaç edinilmiştir. Sağlık ekonomisi literatüründe ihtiyaç genel olarak tıp uzmanlarının, geçerli tıbbi bilgilere dayanarak bir bireyi mümkün olduğunca sağlıklı olması ya da kalması için alınması gerek sağlık hizmeti miktarı olarak tanımlanmaktadır. Lee and Jones'u 1930'larda yaptıkları inceleme, bir ülkede fiziksel gerekliliklerin tanımlanması için temel olarak tıbbi ihtiyaçlar kullanılmasının en klasik örneğidir.[84] Bu arada sağlık faaliyetlerinin planlanmasında değişik kriterler de kullanılmaya başlanmıştır[85]

Politik planlamalarda ihtiyacın temel bir kavram olarak ele alınmasının nedeni ihtiyacın kendi başına hastane ve doktor kullanımını tanımlayabilmesinde yatmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri talebini sadece ihtiyacın etkilediği kabul edildiğinden beri, tıbbi ihtiyaçlar ile ilgili kaynak tahsisi kararları kaynakların kötü tahsis edilmesiyle sonuçlanmıştır. Eğer tahmin edilen sağlık hizmetlerinin miktarı birey

---

[83] Toprak, a.g.ç., s.13.

[84] Feldstein, a.g..k.,s. 74

[85] Bu konudaki kriterlerden biri de *Hill-Burton Formülü'dür*. Bu formüle göre, bir bölgede sağlık faaliyetlerinin planlanmasında gerekli olan yatak sayısını tespit etmek için ayrı zamanda bir kriter olarak ihtiyaç kavramı kullanılmaktadır(başlangıç tarihi 1940'ların sonu Bu kriter bir bölgede, ek yatak kapasitesinin sağlanıp sağlanamayacağı konusunda standart olarak kabul edilmekteydi. Bu düzenleme daha çok nüfusun yoğun olarak yaşadığı yerlerde uygulanmıştır. Eğer metrekare başına düşen kişi sayısı altı kişiden az ise o zaman bin kişilik nüfus için 5.5 kişilik yatak sayısı ele alınmakta idi.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

lerin kullanımından daha fazla ise faaliyetlerin ve işgücünün tahsis edilmesin de ihtiyaçlar temel alındığından bu kaynakların başka bir yerde kullanımı engellenmiş olacaktır. Diğer yandan insanlar için ihtiyaç kriteri temel alınarak sağlanmış hizmetlere göre daha fazla tıbbi hizmet kullanılması sonrasında, bu durum talep genişlemesine ve bekleme listelerinin[86] artmasına neden olur. Sağlık faaliyetlerinin ve işgücünün yetersizliğinin maliyeti hasta zamanın boşa geçirilmesinden dolayı oldukça maliyetli olacaktır.

Bir piyasa içinde optimal üretim tanımlaması, ister sağlık hizmetleri talebi,ister işgücü piyasaları isterse sağlık eğitim piyasaları yönüyle bakılsın, temel olarak marjinal fayda ve marjinal maliyet kavramları üzerine oturmakta ve bu iki kavramı temel almaktadır.[87] Bir hizmetin marjinal faydası bu hizmet üretiminin marjinal maliyetine eşit olduğu zaman, hizmet üretimi optimaldir. Marjinal fayda bir hizmetin üretiminin marjinal maliyetinden küçük yada büyük olduğu her iki durumda da piyasadaki tüketimin ekonomik anlamda etkin olmadığı göz önüne alınmalıdır. (Örneğin, kaynaklar en yüksek değere sahip oldukları yerlere tahsis edilememektedir). Tüketimde etkinlik, bundan dolayı,sağlık hizmeti piyasalarının farklı üretimlerinin değerlendirilmiş olacağı tek bir kriterdir. Diğer kriter ise üretimde etkinlik kriteridir, minimum maliyetlerde üretim çıktıları olup olmadığına göre tüketimde ve üretimde ekonomik etkinlik kriterini ekonomistler farklı piyasaların performansını değerlendirdiklerinde kullanmaktadırlar. Sağlık hizmetleri piyasasına bakıldığında, üretimde etkinlik kriteri tüketimde etkinlik kriterine göre daha geniş bir şekilde kabul görmektedir[88], ancak bazı iktisatçıların bunun yerine ihtiyaç kriterini de kullandıklarını vurgulamak gerekir.

---

[86] *Bekleme listeleri(waiting list)*, hastaların(tüketicilerin) doktorlar ve hastaneye gitme konusunda aldıkları randevu listesini ifade eden bir kavramdır. Gelişmiş olan ülkelerde acil durumlar hariç olmak üzere doktor hasta veya hastane hasta ilişkisi genellikle randevu yoluyla sağlandığı için doktorlar ve hastaneler için uzun randevu veya bekleme listeleri oluşabilmektedir.

[87] Feldstein, a.g.k.,s. 74

[88] Godman ve diğerleri a.g.k., s.101; Feldstein, a.g.k., ss.74-5.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

3.1.2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ İÇİN BİR MODEL: SAĞLIK TALEBİNDEN TÜRETİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

Grossman'a göre tüketiciler iki nedenle sağlık talebinde bulunurlar:

Tüketim malı olarak (bu tüketicinin kendini daha iyi hissetmesini sağlar).

Yatırım malı olarak (iyi bir sağlık statüsü tüketicinin mevcut yaşam süresini ve yaşam kalitesini yükseltecektir).

İnsanların hastalık sürelerinin kısalmasının anlamı, tüketicinin çalışmaya ayıracağı zaman ile boş zaman faaliyetlerinin artması demektir. Hasta olarak geçen zamanın azalmasının parasal değeri de yatırım yönünü ifade eder. Sağlık hizmetleri talebinin, sağlık talebinden türetilmiş bir talep olduğunu aşağıdaki şekilde de açıklayabiliriz:

Yaşam süresi içinde, insanlar, zamanla azalan sağlık stokunu oranını yükseltmek için sağlık hizmetlerini kullanarak ve sağlık için harcama yaparak bir denge kurmaya çalışırlar. Yüksek ücret düzeyinde çalışan bir kişinin sağlıklı gün sayısında elde edilecek artışın değeri de yüksektir. Burada ücretlerin yükselmesi ile sağlık hizmetleri talebinin yükselmesi arasında pozitif bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Öte yandan, sağlık hizmetleri talebi üzerinde eğitimin pozitif etkisi olduğu kabul edilmesine rağmen, negatif bir etkisi olabileceği görüşleri de mevcuttur. Bu görüşlere göre, eğitimli kişiler sağlıklarına daha fazla dikkat edecekleri için, hastalık dolayısıyla daha az miktarda sağlık hizmeti satın alacaklardır.[89]

Bir sonraki bölümde açıklanacağı gibi, beğeni ve tercihler gibi faktörler ve bu faktörlerde ortaya çıkan değişmeler de bireylerin sağlık talebi üzerinde etkili olmaktadır. Hastanın sahip olduğu zamanın ölçüsü de sağlık hizmetleri talebi üzerinde rol oynamaktadır.

---

[89] Feldstein, a.g.e., s.78-9.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık hizmetleri talebini analiz ederken, sağlık hizmetleri talebinin, çok çeşitli faktör ve güdülerle oluşan bireysel sağlık talebinden türetilen bir talep olduğu dikkate alınmalıdır.[90]

3.1.3. SAĞLIK HİZMETİ TALEBİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi için talep üzerinde etkili olan faktörlerin tümünün tanımlanması gerekmektedir. Talep üzerinde etkili olan bazı faktörler, ölçülmeleri kolay olmadığı için veya yatırımcıların farkında olmamaları nedeniyle ihmal edilecek olursa, talep belirlemeleri muhtemelen hatalı çıkacaktır. Sağlık hizmetleri talebinin değişkenleri hasta ve doktorlar gibi bir dizi etken tarafından belirlenmektedir. Hastanın sağlık hizmetleri talebi temel olarak tedavi ve talep değişkenleri, bu değişkenlerin tipi, talep edilen tedavinin kalitesi gibi değişkenlerdir. Talep tipik olarak hasta tarafından başlatılmaktadır. Doktorlar belirli kalitedeki bir tedavi hizmetini sağlamak için çeşitli girdi kombinasyonları uygulamak yoluyla bu talebe cevap vermeye çalışırlar. Hastaların sağlık talebini belirleyen etkenler ise, bu hastalıktan etkilenme derecesi ya da sağlık hizmetleri ihtiyacı, bir dizi kültürel ve sosyal faktörler ile ekonomik faktörlerdir. Doktorların buradaki rolü hastalar için talep düzeyi konusunda yol gösterici ve aynı zamanda sağlık hizmetlerini arz eden konumunda olmalarıdır.

Sağlık hizmetleri konusundaki hasta tercihleri, tedavi sürecinin oluşturulması kombinasyonları ile satın alınan sağlık hizmetlerinin bedeli ile belirlenmektedir. Tercihleri etkileyen faktörlere bilgi ve ikame edilebilme imkanları da dahil edilebilir.

Sağlık ihtiyacına cevap verecek tedavinin sağlanmasında yer alan elemanların ikame edilebilirliği bazen daha fazla olabilir. Gezici sağlık hizmetleri ve bakımevlerinin veya sağlık ocağı gibi küçük birimlerin hastane hizmetleri ile kısmi ikamesi; aynı zamanda ayakta tedavi edilenlerin sayısının artması ile yine hastane hizmetlerini ikame sağlaması mümkündür. Tercihler yapılırken, etkili olan temel husus,

---

[90] Feldstein, a.g.e., s.78

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

hastanın tedavisi için yapılan uygulamalar ve doktorların yönlendirmeleri olmaktadır.[91]

3.1.3.1. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ VE EĞİTİM DÜZEYİ

Sağlık hizmetlerine karşı talep yaratma konusunda eğitim düzeyinin etkisi kuşkusuz önemlidir. Ancak bu etken ülkelere, bölgeler ve diğer koşullara göre farklılık gösterebilir. Eğitim düzeyi talep düzeyi bazen artırdığı gibi, bazen de düşüren bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Eğitim düzeyi yüksek olan toplumlarda hijyen kurallarına uyup yaşam tarzı benimsendiğinden sağlık hizmetleri talebi daha az olabilir. Diğer yandan eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde diş ve göz hizmetlerine karşı olan taleb düzeyi oldukça yüksektir.

3.1.3.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ VE FİYATLAR

Sağlık hizmetleri alanında yapılan çalışmalarda sağlık talebinin fiyat esnekliğinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin fiyatı değiştiğinde talep çok az miktarda değişmektedir.

Sağlık hizmetlerinin bireyler için yaşamsal bir öneme sahip olması nedeniyle fiyat elastikiyeti daha görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin alt bileşenlerine bakıldığında, fiyat elastikiyeti ilaç ve tedavi araçlarında en yüksek, doktor ve hastane hizmetleri alanında ise en düşük orandadır.[92]

Hastane ücretlerinin bir sınırlama olmaksızın serbest bir şekilde belirlendiği ülkelerde fiyat ve talep ilişkisinin daha güçlü olduğu görülmektedir. Bazı ülkelerde ise sağlıkla ilgili mal ve hizmetler devlet tarafından ücretsiz sağlanmaktadır ya da zorunlu sigortalar kapsamında ücretsiz sunulmaktadır. Bu tür uygulamalar yapılması durumunda sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatı sıfıra düşebilir, bu durumda uygulanacak fiyatın talep düzeyi üzerinde etkisi söz konusu olmayacaktır.

---

[91] Folanld, Goodman ve diğerleri, a.g.k., s.101-7.
[92] Toprak, a.g.ç., s.14.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Benzer şekilde zorunlu ya da gönüllü sağlık sigortaları kapsamında sunulan ve bireylerin bu mal ve hizmetler için bir bedel ödeme durumunda olmadığı sağlık mal ve hizmetlerinde de fiyatların talep üzerindeki etkisi sıfır düzeyde olacaktır. Sunulan sağlık hizmetleri için bir bedel istendiği takdirde fiyatların talep üzerindeki etkisinin bir miktar artacağı beklenebilir.

Sağlık hizmetleri ve fiyat ilişkisinin açıklandığı aşağıdaki tabloda kişisel sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi için yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar verilmektedir.

Tablo 1. Kişisel sağlık harcamalarını belirleyen faktörler

Faktörler	Yıllık değişim oranı(%)		
	1950-1965	1965-1975	1975-1990
Kişisel sağlık harcamaları - Yukarıdaki fiyat aşağıdaki unsurlardan hesaplanmıştır	8.7	12.6	11.9
1. Sağlık hizmetleri fiyatlarındaki yükselme	2.5	6.5	8.5
2. İkamet eden nüfusun artması	1.5	1.0	1.0
3. Kişi başına düşen gelirin yükselmesi ve sağlık harcamaları elastikiyet	3.3	2.1	1.6
4. Sağlık hizmetlerinin fiyatlarında göreli olarak meydana gelen yükselmeden dolayı talep edilen miktarın düşmesi	-0.2	0	-0.6
Toplam	7.1	9.6	10.5
Hesaplanmayan fark	1.6	3.0	1.4

Kaynak: Lazenby, Helen C., and Suzanne W. Letsch, " *National Health Expenditures*", Health Care Financing Review, Winter 1990, Volume 12, No:2, ss.1-26.

3.1.3.3. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ VE GELİR DÜZEYİ

Sağlıkla mal ve hizmetlere karşı olan talep üzerinde etkili olan bir diğer faktör gelir düzeyidir. Klasik iktisat teorisinde gelirdeki artışların genel olarak mal ve hizmet talebini etkilediği kabul edilmektedir. Buna göre kişinin gelir düzeyi yükseldikçe mal ve hizmet talebi yükselecektir. Ancak bu durum bazı mal ve hizmetler için geçerli olmayabilir, yani gelir arttığında talep düşebilir, ekmek gibi (zorunlu tüketim malları). Diğer

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yandan ısınma vb. gibi harcama talebinin gelir artışına paralel olarak yükseldiği mallar ve son olarak da talebin gelir artışından daha fazla olabileceği mallar vardır. Örneğin, otomobil, tatil kürk gibi.[93]

Sağlık hizmetleri talebi üzerindeki fiyat etkisinin zayıflığına karşı gelirin etkisi daha fazladır.

Kişilerin bütçesinden yaşamsal önemi olan sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için ayrılan pay gelir düzeyinde ayrılan pay, gelir düzeyinin yükselmesine paralel olarak fazla artış göstermeyecektir. Ancak, estetik diş vb. gibi fiyatı yüksek ve ertelenmesi mümkün olan sağlık hizmetlerinin talebi gelirdeki artışa paralel olarak artacaktır. İleri harcamalarında ise, orta gelir düzeyinden yüksek gelir düzeyine geçilmesi halinde, halinde talepte bir artış olmayacağı ileri sürülmektedir. Gelir artışları sağlık hizmetleri tüketimini başlangıçta artırmakta, ancak doyum noktasından sonra sabitleşmektedir. Ertelenmiş ve lüksek sayılabilecek sağlık hizmetleri bu değerlendirmenin dışında kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde gelirin talep üzerindeki etkisi sağlık harcamalarının bireyler tarafından karşılandığı, zorunlu sigorta kapsamında tutulmadığı ve sosyalize edilmediği (devlet tarafından sunulma veya desteklenme) durumlarda daha çok önem kazanmaktadır.

3.1.3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ, ZEVKLER VE TERCİHLER

Bir mal ve hizmetin talebi üzerinde zevk ve tercihlerin önemli bir etkisi vardır. Bireylerin hangi mal ve hizmeti tercih edeceği, bireylerin alışkanlıkları, zevkleri ve kültür seviyeleriyle açıklanır.

Bir bireyin sinemaya gitmesi veya kitap satın almaya karar vermesi halinde bu tüketimin yeri ve zamanı bu birey tarafından yukarıda

---

[93] Bu konuda daha fazla ayrıntı için iktisat veya iktisadi analiz kitaplarından *Engel Eğrileri ile ilgili olan bölüme* bakılabilir. Bilindiği gibi *Ernest Engel* mal ve hizmetleri üç grup olarak ele almış, zorunlu mallar, normal mallar ve lüks mallar. Bu gruplama talep teorisinde *Engel Eğrileri(Engel Curve) veya Engel Kanunları(Engel Law)* olarak geçmektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

belirtilen faktörler çerçevesinde belirlenebilir. Ancak sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerde zevk ve tercihlerin önemli bir etkisi yoktur.

Bireylerin sağlık hizmetleri konusundaki talepleri nüfus, eğitim, çevre yaşam biçimi ve genetik özelliklere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Cinsiyet ve yaş yapısı da sağlık hizmetleri talebi üzerinde etkili olabilmektedir. Örneğin, yaşlıların yaptıkları toplam harcamalar içinde sağlık harcamaları en yüksek payı almaktadır. Cinsiyet, yaş ve genetik yapının değiştirilmesi mümkün değildir.

3.1.3.5. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ VE DİĞER FAKTÖRLER

Nüfusun artması ve nüfus yapısının değişmesi nedeniyle tüketici sayısının büyümesi toplam talep üzerinde etkili olan bir faktördür.

Nüfusun yaş ve cinsiyet bakımından bileşimi de ise sağlık talebi üzerinde etkili olmaktadır. Toplam nüfus içinde çocuk ve yaşlı nüfusun artması sağlık hizmetlerine karşı talebi artırıcı bir etki yapmaktadır. Kadınların sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem verdikleri bilinen bir demografik gerçektir. Ortalama yaşam sürelerinin uzunluğu bakımından kadınların erkeklerden daha fazla yaşaması bunu bir kanıtı olarak ileri sürülebilir. Kadınların annelik özellikleri de göz önüne alındığında talepleri giderek yükselmektedir. ABD ve Fransa için yapılan araştırmalarda diş tedavisi bakımından kadınların erkeklerden % 30 daha fazla tüketimde bulundukları saptanmıştır.[94]

Sanayileşme ve kentleşmenin artması nedeniyle, yerleşme ve yaşam biçimleri, çalışma koşulları da değişmeye başlamıştır. Bu değişiklikten kaynaklanan bir takım hastalıklar giderek yaygınlaşmıştır. Sürekli ofis ve bürolarda masada çalışanların yaşadığı ortopedik rahatsızlıklar, iş kazaları ve stres buna örnek olarak verilebilir. Diğer yandan kentleşme nedeniyle daha büyük sayıda insan için sağlık mal ve hizmetleri sağlama gereği ortaya çıkmaktadır. Kentleşme olgusu da sağlık hizmetleri talebini arturan bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır.

---

[94] Toprak, a.g.e., s.53.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Diğer yandan aile yapılarının geçirdiği değişim de sağlık hizmetleri talebinde artışa neden olmuştur. Örneğin geçmiş yıllarda doğumların büyük ölçüde evde, ve günümüzde artık uzman doktor kontrolünde yapılması, yaşlıların eski aile düzeninde aile içinde bakılma ve yardımcı olunması, ancak günümüzde huzurevleri ve bakımevleri gibi yerlerde bakılması gibi faktörler de sağlık hizmetlerine karşı olan talebi artırmaktadır.

Hayat standartlarının yükselmesi, kültür düzeyinin artması gibi nedenler de sağlıklı yaşamayı teşvik ederek sağlık hizmetleri talebini yükseltmektedir.

Teknolojik gelişmeler sağlık hizmetleri talebini artıran bir diğer faktördür. Bilimsel alanda sağlanan gelişmeler tüketimi ve ürün gruplarını çeştilendirirken her yeni gelişme fiyatlara ve talebe yansımaktadır. Sağlık hizmetlerine karşı olan talep düzeyinin yükselmesinde teknolojik gelişmenin önemli bir rolü vardır. Sağlık sektöründe her gün yeni bir gelişme elde edilmesi teşhis ve tedavi edilebilecek hastalık sayısını artırmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki teknolojik yeniliklerde artış ve kullanmadaki başarıları diğer ülkelerdeki hastaların bu ülkelerde ki sağlık hizmetlerine karşı olan taleplerini yükseltmektedir.

Sağlık hizmetleri talebini artıran bir diğer faktör, sosyal refah devleti bağlamında bazı hizmetlerin adil ve etkin bir şekilde bireylere sunulması gereğidir. Sürekli gelişen ve değişen toplumlarda devlet koruyucu sağlık hizmetlerini artırdığı gibi, sosyal güvenlik, eğitim, sağlık konusunda etkin bir şekilde bilgilendirilen bir kamu oyu sağlık hizmetleri talebini artıran bir nedendir.

3.1.4. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ ve HASTALAR

Yukarıda da belirtildiği gibi tüketicinin sağlık talebi üzerinde etkili olan faktörler, hastalığın önemi, etkisi ve sonuçları yanında kültürel, sosyal, demografik özellikler ve ekonomik faktörlerdir. Bunların ilk ikisi ailelerin sağlık problemlerini algılamaları ve tıbbi tedavinin verimliliği konusundaki inançlarından kaynaklanmakta ve tüketicinin

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

sağlık hizmetlerini alma isteği tarafından kuşatılmaktadır. Bu istek harcamalara dönüştüğü zaman, bu harcamaların yapılması ailelerin mevcut kaynakları ile sınırlıdır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların (harcamaların) tutarını belirleyen kıt kaynakların alternatif istekler arasında tahsis edilmesi, sorunun bir parçası olarak görülmektedir. Gerekli olan bu faktörlerin her biri, aşağıda da belirtileceği üzere hastaların sağlık hizmet talebi üzerinde etkili olmaktadır.

Gerçekte var olan ya da algılanan hastalık veya koruyucu sağlık hizmetleri istemi yaşam süresinin herhangi bir döneminde sağlık hizmetleri piyasasında talep yaratacaktır. Aslında, hastalığın başlaması ve bir hastanenin kullanılması birçok insan için önceden tahmin edilemediği için tesadüfi bir şekilde oluşur. Böylece bireyler için hastalık beklenmedik bir zamanda ortaya çıkar. Ancak nüfusun tamamı için, bu konu istatistiksel olarak ele alınıldığında yaş, cinsiyet vb. Gibi faktörlerle de ilgili olduğu görülür. Hastalık sağlık bilimi kurallarına uygun bir şekilde önceden dolaylı belirtiler verir. Bireylerin, yaşlanma veya kaza gibi nedenlerle hastalıklarının artmasının etkileri, hastalık bileşenlerinin değişimi ve kronik hastalıkların oluşması gibi etkenler de sağlık hizmetlerine karşı olan ihtiyaçların artmasında önemli olmaktadır. Aslında sağlık ihtiyaçları açısından düşünüldüğünde kadınlar ve erkekler arasında da farklılıklar vardır. Örneğin; yaş ve evlilik gibi faktörler bu kapsamda ele alınmaktadır.

Ailedeki kişi sayısı ve medeni durum da aynı zamanda sağlık hizmetlerinin talebi üzerinde etkili olan faktörler arasındadır. Bekâr kimseler evli kişilere göre genellikle daha hastaneleri kullanırlar. Bir birey için evde sağlık hizmetlerini alabileceği bir kişinin mevcudiyeti halinde, kişinin bu durumu hastanede kalacağı gün/saat veya tedaviye tercih edebileceğini belirtebiliriz. Ailenin büyüklüğünün de talebi etkileyen bir unsur olduğunu belirtmek gerekir..

Eğitim düzeyinin de daha önce de vurgulandığı gibi sağlık hizmetleri talebi üzerinde etkili olduğunu ilişkin yaygın bir kanaat vardır. Hane halkı olarak düşünüldüğünde, eğitim düzeyinin yükselmesi, hastalıkların belirtilerinin erken teşhisi ve değerlendirilmesi sonucunda

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

tedavinin daha erken başlaması konusunda istek doğurmaktadır. Bu
ailelerde gözlemlenen koruyucu sağlık hizmetleri ve harcamaları iç
daha farklı düzeyde kaynak ayırıp harcama yaptıkları, dolayısıyla sonra
dönemde daha az hastalıkla karşılaştıkları olgusudur. Eğitim düzeyi
yüksek olması aynı zamanda ailenin sağlık hizmetlerini satın alması
kullanım etkinliğinin artmasına da öncülük etmektedir. Bir ha
halkındaki eğitim yılları bile, sağlık hizmetleri ihtiyacı, için gerek
bilgilerden haberdar olmanın ölçüsü olabilir. Sağlık hizmeti arayışları
satın alma konusundaki farklı davranışlar üretimde daha büyük oranda
etkinliğe neden olur. Aileler arasındaki eğitim düzeyindeki farklılık
sağlık hizmetleri kullanımı ve harcamaları üzerinde farklı sonuç
doğurmaktadır.

Bununla beraber sağlık hizmetleri talebi üzerine kültürel
ekonomik faktörlerin etkilerini anlayabilmek de önemlidir. Bu
faktörler ne ani değişiklik konusu yapılabilir, ne de kamu kesi
politikalarının bir aracı olarak ele alınabilir. Nüfusun yaş yapısı
bileşiminin değişmesi gibi faktörlerde yavaş bir şekilde meydana gel
değişimle, davranış ve tutumlarda meydana gelen değişmeler buna örn
olarak verilebilir. Sağlık talebi üzerinde ekonomik faktörlerin etkisi
politika seçeneklerinin oluşturulması açısından orta düzeyde bir değe
sahip olduğu ileri sürülmektedir.[95]

Ekonomik faktörlerin sağlık hizmetleri talebi üzerindeki etki
gelir, fiyatlar ve hastanın zamanının değeri şeklindedir. Bu faktörler
etkisi yalnızca hastanın sağlık hizmetini araştırıp araştırmamasıyla değ
aynı zamanda tedavi girişimlerinin sınırları ile de ilgilidir. Örneğin
ekonomik faktörler bir annenin hastaneye gidip gitmeyeceği üzerine çok
farklı etkiye sahip olmayabilir (ancak tercihleri üzerinde etkiye sahip
olabilir) ancak bir kere anne hastaneye kabul edildiğinde, ekonomik
faktörlerin hastanede kalma süresi üzerinde etkili olabilmesi mümkündür.

Bu ekonomik faktörleri aşağıda kısaca ele almaya çalışalım.
Ailelerin elde ettiği gelir ve sağlık hizmetine yapılan harcamalar

[95] Folad, Goodman ve diğerleri, a.g.k., s.101-.7, Phelps, a.g.k., Feldstein, a.g.k., s.8

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

arasındaki ilişki ile ilgili olarak birçok çalışma yapılmıştır. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin kullanımında gelirin etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar buna örnek olarak verilebilir.[96]

Bu çalışmalar gözlemlenen verilere dayandırılıp temel alındığında, yüksek gelirli ailelerin daha yüksek düzeyde sağlık harcaması yaptıkları, ancak gelir düzeyi yükseldikçe gelirin içinde sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların oranın da düşme olduğu gözlemlenmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmetleri harcamalarının gelir elastikiyeti birden küçüktür. Bunun anlamı gelirde meydana gelen yükselmeye göre sağlık hizmetleri harcamalarında meydana gelen yükselme daha azdır.[97] Ailenin geliri anormal bir şekilde yükselebilir veya düşebilir, bunun nedeni geçici veya sürekli işsizlik, ya da beklenmedik bir para yardımı olabilir. Ampirik çalışmalara bakıldığında toplam tüketimin yükselmesi ya da düşmesi gelirdeki geçici düşmelerden etkilenmemektedir. Bir ailenin tüketim düzeyi, daha çok beklenen gelir ve sabit geliri tarafından tayin edilir. Eğer geçici gelir toplam harcamalar üzerinde çok az veya hiç etki yapmıyorsa, aileler sabit gelirlerinin altında muhtemelen sağlık hizmetini almıyorlardır. Bireyler eğer yüksek gelir düzeyinde iseler, bunların sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün üçüncü taraf ödeyiciler (sigortalar) tarafından ödendiğini belirtmekte de yarar vardır.

İncelemeler göstermektedir ki, ailenin gelirleri ve cepten harcamalar arasındaki ilişki gelir elastikikiyetinin hatalı çıkmasına neden olabilmektedir.

Hastalar genellikle sağlık hizmeti sağlayanlarının belirlediği fiyat ve ücreti ödemezler. Bunların bir kısmı yada tamamı (*medicaid, medicare* ve diğer ülke sigortalarının kapsamında olan hastalar örneğinde olduğu gibi) üçüncü parti ödeyiciler yada hükümetlerin hasta için yaptığı ödemeler tarafından karşılanır. Talebin fiyat elastikiyetinin herhangi bir şekilde tahmini, hastalar tarafından yapılan cepten ödemeler ya da net

[96] Işık, a.g. tez s.152.
[97] Feldstein, a.g.k., s.80-102.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

miktar üzerine kurulur. Sağlık sigortası/sigortaları hastanın ödediği bed azaltan en önemli faktörlerden biridir. Sigortanın kapsamı bireyin hastalık talep eğrisinin aşağıya doğru hareketini temsil etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin herhangi bir unsurunun talep analiz hastalar için ikame ve diğer tamamlayıcı hizmetlerin net fiyatını içermelidir. Bu tamamlayıcı ve ikame sağlık mallarına ve hizmetlere hastaların yaptığı cepten ödemeler önemlidir. Bunun yanında gelir fiyatlar açısından tüketicinin zamanı, satın alınacak servisler ve malla tipi üzerinde sınırlayıcı bir etki yapmaktadır. Tüketicinin zamanı bir yada hizmetin üretiminde bir girdi olarak göz önüne alınmaktadır. yemeğin pişirilmesi ve evde tüketilmesi örneğine bakıldığında, lokantada yemek yemeye göre kıyaslandığında tüketicinin daha fa zamanını alır. Zaman maliyetleri yükseldiğinde, insanlar satın aldığı hizmetleri ile zamanlarını ikame edeceklerdir. Zamanın da bir fır maliyeti vardır. Zaman maliyetlerinin içerdiği önem, bir malın ya hizmetin tüketiminin parasal maliyetlerinde olduğu gibi tüketici talebi tam olarak açıklanmamasını mümkün kılar. Eğer bir hizmetin hem zam hem de parasal maliyetleri düşüyorsa talep edilen miktarda yükseli beklenmelidir. Örneğin; bireylerin kazançlarının yükselmesi yani adamının gelirinin artması gibi. Bu iş adamı daha az gelir elde ed kişilere göre daha yüksek bir zaman maliyetine sahip olabilir.

Sağlık hizmetlerinde zaman kavramı, sağlık hizmetleri üreti birimlerine ulaşma, tedaviyi bekleme ve hatta tedavi süresi olarak ifa edilmektedir. Zaman maliyetleri toplam maliyetlerin artmasına önem katkıda bulunur. Parasal ve zaman maliyetlerinde meydana gele değişmeler sağlık hizmetlerinin tüketimi üzerinde önemli etkiye sahiptir.[98]

Hastaların sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten ödeme azaldığı zaman, asğlık hizmetleri talebi, zaman maliyetlerine karşı da duyarlı olmaktadır. Ancak, eğer sağlık hizmetleri arzı, artan talebi karşılamıyorsa (İngiltere, National Health Service örneği) hizmet fiyatla yükselecek ve bu fiyatlardan yararlanmak isteyenlere hizmet verilecektir

[98] Foland, Goodman ve diğerleri, a.g.e., s.101-7 ve Feldstein, s.8.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Diğer yandan sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artış, nüfusun belli grupları tarafından gerçekleştirilmektedir. Planlama yapılırken, hastanelerin büyüklüğü, sayısı, uzmanlıkları belirlenirken hastaların zaman maliyetleri de dikkate alınmalıdır. Kurumsal düzenlemeler yapılırken, planlamacılar maliyetleri minimize etmeye çalışırken, tüketiciler, zaman maliyetlerini düşürmek için daha yüksek fiyatları ödemeye razı olacaklardır. Sağlık faaliyetleri planlanırken, bu unsurların hesaplanması gerekmektedir.

Sağlık piyasası dışındaki piyasalarda tüketiciler, belli bir bilgi donanımı ile, alternatif mal ve hizmetlerden istediklerini seçerler. Sağlık hizmetlerinde ise, hasta karar verirken aynı özgürlüğe sahip değildir. Hangi hastaneyi tercih edeceğine bir ölçüde hasta karar verirken, hastanın seçtiği doktor hasta adına kararları verir. Hastanın lehinde olmak üzere, doktorlar, hastaların finansal kaynaklarını da dikkate alarak, ihtiyaçları doğrultusunda bilgilendirdikten sonra, tedavi kararını verir. Tedavide kullanılan sağlık hizmetinin bileşenleri incelendiğinde, doktorlar, sadece tıbbi etkinlikleri ile değil, fiyatlarıyla da tercih nedeni olabilmektedirler. Diğer taraftan hastanın en uygun tedavi tercih doktorlar tarafından hastanın lehine olarak ve en yüksek tıbbi etkinlikle sağlanırken, bu durum toplam sağlık hizmetleri maliyetlerinin yükselmesiyle de sonuçlanabilir. Çünkü tıbbi etkinlik, iktisadî etkinlikle aynı olmayabilir.

Bu konuda yapılan çalışmalar, doktorların tercihlerini, hastalığı tıbbi etkinlikle en hızlı şekilde tedavi etmeye yönelik olarak hareket ettiklerini, hastaların ise, hastane kullanımı ve tedavi olanaklarını daha çok mali güçleri ve sigortalarının kapsamı çerçevesinde değerlendirdiklerini göstermektedir. Bu durum doktorların tercihlerini de yönlendirmektedir. Sonuç olarak doktorlar da, hastanın istek, ihtiyaç ve finansal olanakları ile sınırlanmaktadır.

Hastalık sigortaları bu konuda doktorlara esneklik sağlamakta, daha kapsamlı hazırlanmış sigortalar ile finansal sınırlamalar azalmakta ve doktorlar hastaları için daha yüksek kalitede sağlık hizmetini sunabilmektedirler. Bir durumda, Fuchs'un vurguladığı gibi, teknolojik

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

zorunluluk kavramı önem kazanır: Tıp, teknik imkânların elverdiği ölçü en iyi tedaviyi gerçekleştirmeye çalışır.[99]

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak doktorların iki rolünden bahsetmek mümkündür. Bunlardan birincisi, doktorların bir danışman, bir yol gösterici niteliğinde olması, ikincisi ise, hizmeti arz eden olmaları. Birincisi yatak talebinin yaratılması ile ilgilidir; ikincisi ise doktorlar talep yaratmasıdır.

3.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİN TAHMİN EDİLMESİ

Ekonomik sistemlere bakıldığında özellikle demokrasi ve piyasa koşullarının işlediği yerlerde, ülkelerinsahip olduğu ekonomik faktörler optimal bir şekilde kullanılabilmesi ve kaynak dağılımında etkinlik gerçekleştirilebilmesi ve dolayısıyla da toplumsal refahın maksimize edilebilmesi için arzın planlanması gerekmektedir. Bunun için de talep belirlenmesi gereklidir.

Ekonomik faaliyetler için talebin tahmin edilmesi için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Anket yapmak yoluyla piyasaların incelenmesi, makro ve mikro ekonomik göstergeler yardımıyla yapılan tahmin yöntemi, uluslararası göstergelerin karşılaştırılması yoluyla yapılan tahmin, grafik yöntemi, en küçük kareler yöntemi, talebin gelir esnekliğinin hesaplanması, regresyon ve korelasyon gibi ekonometrik araçları bu bağlamda ele alabiliriz. Sağlık ekonomisi kapsamındaki sağlık piyasalarında talep belirlenirken kullanılan yöntemler ekonomik faaliyetlere göre birtakım farklılıklar taşımaktadır. Talebin geçmişteki deneyimlerden yararlanılarak hesaplanması, norm ve katsayı gibi kriterler yardımıyla talep planlaması, uzman veya uzmanlar kurulunun talebi doğrudan tahmin etmeye yönelik çabaları, zaman serileri analiz ve ekonometrik analizler kullanılmaktadır.

Geçmiş dönemlerde yaşanan deneyim ve gerçekleşen rakamlar yoluyla talebin tahmin edilmesinde önceki yıl rakamları baz

---

[99] Fuchs, a.g.k., s.42, Foland, Goodman ve diğerleri, a.g.k., s.101-7.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

alınmaktadır. Örneğin talebin tahmin edileceği yıldan bir önceki dönemde psikiyatri servisine gelen hasta sayısına bakılarak gelecek yıldaki ortalama hasta tahmini yapılabilir.

Sağlık hizmetleri ihtiyacının belirlenmesi için talep ve ihtiyaç arasındaki ilişkiler konusunda tahminler yaparak, beklenen talep, beklenen ihtiyacın tahmininden de elde edilebilir. Bunun içi bir takım kriterler kullanılabilir; norm, katsayı, gösterge gibi. Örneğin: geçmiş yılda bir hastanenin acil servisine bin kişi gelmiş ve bunların % 10'u yatırılması gereken hasta durumunda ise hastanede bulunması gereken yatak sayısı yüzdür.[100]

Bu göstergeler dışında sağlık sektöründe faaliyette bulunan ulusal (tabipler odası-sağlık bakanlığı-sağlık sendikaları gibi) ve uluslar arası (Dünya Sağlık Örgütü gibi) kuruluşlar da sağlık hizmetleri talebi ile ilgili olarak birtakım kriterler belirleyebilirler. Sözgelimi, WHO' nun AGÜ için önerdiği ölçüler vardır ve buna göre bin kişiye 2 hasta yatağı kriterine göre planlama yapılabilir.

Uzmanların doğrudan talebi tahmin etmeleri de diğer bir yöntemdir. Ancak bu tür bir yolun özellikle AGÜ olan ülkeler için siyasi kayırma, bölgecilik gibi birtakım sakıncalar taşıdığı da belirtilmelidir.

Zaman serileri yoluyla yapılan analizler de sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden biridir.[101] Belirli bir olay hakkında çeşitli zaman aralıklarında elde edilen bu gözlem serileri, gözlemlerde zaman içinde meydana gelen değişimlerin incelenmesi zaman serilerini tanımlamaktadır. Bu yöntem sağlık sektörüne uygulanmak istendiğinde, çeşitli hastalıkların görülme sıklıkları, ölüm ve doğum hızları, doktor ya da hastaneye başvurma sayıları, gibi olayların gözlemlenmesi ve zaman içinde geçirdikleri değişimin belirlenmesi şeklinde uygulanabilir. Bu şekilde, geçmiş döneme ait veriler

[100] Fuchs, a.g.k., s.42., Feldstein, a.g.k., s.80.
[101] Fuchs, a.g.k., s.42., Phelps, a.g.k., Feldstein, a.g.k., s.80.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

kullanılmak yoluyla basit trend yöntemi, çizim yöntemi, hareketli ortalama yöntemi ve en küçük kareler kullanılabilir.

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ ANALİZİ

Sağlık hizmetlerinde arz analizine girmeden önce, arz fonksiyonu üzerinde kısa bir açıklama yapılacak, daha sonra, sağlık piyasalarında arz olgusu incelenecektir.

3.2.1. ARZ VE ARZ FONKSİYONU

Bir üreticinin belli bir dönemde satmak için ürettiği mal ve hizmetler arzı oluşturur. Arzı etkileyen çok sayıda faktör vardır. Bu faktörlerin başında malın fiyatı gelmektedir. Diğer faktörler sabit kalma şartıyla (ceteris paribus) malın fiyatının artması, malı üreten firmanın kârını ve satmak istediği mal miktarını artırır. Tersi durumda firmanın kârı ve satmak istediği mal miktarı azalacaktır.[102]

Bir malın arzını etkileyen ikinci unsur, üretimde kullanılan faktörlerin ve girdilerin fiyatıdır. Üretim faktörlerinin fiyatlarının artması firmanın maliyetlerini, bu ise firmanın kârını azaltır. Dolayısıyla arz edilen miktarın azalmasına yol açar. Bu durumda üreticilerin üretmek istediği mal miktarı, girdilerin fiyatları ile ters yönlü olarak değişir.

Arzı etkileyen üçüncü faktör, teknolojik gelişmelerdir. Teknolojinin gelişmesi, firmanın bir birim ürünü daha düşük maliyetle üretmesini sağlar. Sonuçta, firmanın üretmek istediği malın miktarı teknolojik gelişmelerle aynı yönde değişir.

Arz edilecek mal ya da hizmeti etkileyen dördüncü unsur, diğer malların fiyatlarıdır. Malın fiyatı sabit iken diğer malların fiyatının artması, üretilen malın daha kârlı olmasını sağlar. Kısaca, firmanın ürettiği mal miktarı diğer malların fiyatları ile ters yönlü olarak değişir.

Firmaların ürettiği mal miktarını etkileyen beşinci unsur, vergiler ve sübvansiyonlardır. Vergilerin firmaların maliyetini artırmasına karşılık devletin firmalara sağladığı teşvik ve sübvansiyonlar, üretim maliyetlerini

---

[102] Lipsey vd., a.g.e., s.61, Ünsal, a.g.e., s.51-52.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

azaltırlar. Firmanın üretmek istediği mal miktarı vergilerle ters yönde, sübvansiyonlarla aynı yönde değişme göstermektedir. Sonuçta, bir firmanın belli bir dönemde üreteceği mal ve hizmet miktarı:

- Malın fiyatına
- Üretim faktörlerinin fiyatlarına
- Diğre malların fiyatlarına
- Teknolojideki gelişmeye
- Vergi ve sübvansiyonlara
- Geleceğe yönelik beklentilere
- Piyasadaki cari faiz haddine
- Piyasanın özelliklerine
- Devletin kısıtlamalarına bağlıdır. Bu faktörlerden biri veya birkaçının değişmesi, firmanın arz edeceği mal ve hizmet miktarını da değiştirir.[103]

3.2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Sağlık ekonomisi kapsamında mal ve hizmetler üretilirken, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi yönünde gerçekleştirilen faaliyetleri iki başlık altında ele alabiliriz:

Tanı ve tedaviyi sağlayacak mal ve hizmet arzı
Koruyucu nitelikli mal ve hizmet arzı.

Sağlık mal ve hizmetlerinin arz edilmesi, ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerin arzından bazı özellikleri nedeniyle farklı olarak ele alınmalıdır. Sağlık piyasası içinde üretimi yapılan mal ve hizmet arzının sınırlı olması, ulusal ve uluslararası anlamda monopollerin varlığı, fiyat ve patent konularında yasal sınırlamalar gibi özellikler bu farklılıklardan bazılarıdır.

Klasik iktisat kitaplarında, arzda meydana gelen bir artış, daha düşük bir fiyata neden olurken, sağlıkla ilgili mal ve hizmetleri arzında meydana gelen bir artış (teknolojik bir gelişme gibi) daha yüksek bir fiyatın oluşmasına rağmen özel ve büyüyen bir talebe öncelik edebilir.

[103] Lipsey ve diğerleri, a.g.e., s.61 ile Ünsal, a.g.e., s.52-53.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Yine serbest piyasa koşulları içinde talebin arzı etkilediği kuralı, b örnekte görüldüğü gibi tersine dönerek arzın talebi etkilemesi sonucu doğurmaktadır. Örneğin, kronik bir hastalığın tedavisi ile ilgili bir gelişm ya da yeni bir ameliyat tekniğinin bulunması veya geliştirilmesinin, b gelişmelerle ilgili var olan potansiyel talep nedeniyle talep artışına nede olacağı ileri sürülebilir.

Sağlık piyasalarında üretilmesi gereken bazı mal ve hizmetler üretilebilmesi uzun bir araştırma ve deneme safhasına ihtiyaç gerekir (bir ilacın bulunması ve ekipmanın geliştirilmesi gibi). Bu arada bu gelişmelerin kamuoyunun yararına sunulması için ilgili kar kurumlarının veya sağlık bakanlığının izninin açılması gereği bir diğ özelliktir. Sağlık sektöründe arzın artırılabilmesi kapasitenin attırılması mümkün olabilmekte, ancak bu durum yüksek maliyetlere katlanılması neden olmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında yüksek olan bu maliyet karşılayacak kaynaklara sahip olmayan ya da kaynak tahsis edemey ülkelerde arzın artırılması imkanları son derece sınırlı olmaktadır. B yönden ekonomideki diğer sektörlerde meydana gelen talep artışları üreticiler kısa bir süre sonra üretimi artırarak cevap verebilirken, sağ alanındaki mal ve hizmetlere olan talebin artmasına karşın, arzın b değişmelere özelikle kısa dönemde uyum göstermesi zordur.

Sağlık sektöründe hızlı bilimsel ve teknolojik değişmeler yaşanması, arzın bu gelişmeler ışığında şekillenmesinde önemli etki yapmaktadır. Bu sektörde üretim sürecinde yer alan doktor ve, hemş gibi sağlık personelinin sayısının artırılmasının, eğitim sürecinin uz olması nedeniyle kısa sürede mümkün olmadığı açıktır. Yani kı dönemde sağlık personeli arzı esnek değildir.

Sağlık hizmetleri arzı gerçekleştirilirken, üreticiler bağım hareket edemezler ve idari müdahalelerin etkisi altında kalırlar. B yüzden sağlık piyasalarında oluşan fiyatlar dengeleme görevini yer getiremez, çünkü idare, çeşitli müdahalelerle fiyatları denetim altın tutabilir. İdarenin bu süreçteki rolü sadece müdahaleci olması değil Bunun yanında toplumdaki düşük gelirli kimselere ve gruplara sağ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

hizmetlerinin sunulabilmesi için, doğrudan üretici bir rol oynaya bileceği gibi, sadece düzenleyici de (regüle edici) olabilir.

Sağlık hizmetleri kapsamında arz edilen mal ve hizmetlerin boyutu, bu alana ayrılan kaynakların miktarı, sağlık sisteminin yapısı ve işleyişi, devlet politikaları ve kapsamı ile finansman politikalarının yapısı ve yöntemleri gibi faktörlerin de etkisi altındadır. Ancak temel olarak sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerini arzını belirleyen iki faktör vardır. Bunlar, sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık üretimini gerçekleştiren sağlık üretimi birimleridir.

3.2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZI BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Bir malın yada hizmetin üretim fonksiyonu bu mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılan kaynaklar(girdiler) ile mal veya hizmetin çıktısı arasındaki teknik ilişkiyi göstermektedir. Eğer söz konusu *çıktı* hasta başına hemşire veya hastabakıcıların sundukları hizmetler olsaydı, o zaman *girdi* olarak da hastabakıcı ünitelerinde bulunan hastabakıcıların sayısı ve tipi ele alınacaktı. Bu örnekle hasta başına düşen hemşire hastabakıcı hizmetleri ile hemşirelerin tür yada sınıfı arasındaki teknik ilişki aşağıdaki gibi ifade edilebilir.[104]

Qnpc = f (RNs, LPNs, Nas, UN)

Burada Qnpc= Hemşirelerin sunduğu hizmetlerin miktarıdır, ve fonksiyonel olarak, kayıtlı hemşirelerin sayısı ise (RNs) ile ilişkilendirilmiştir, diplomalı pratisyen hemşire yada hastabakıcılar (LPNs), hemşire ve hastabakıcı yardımcıları (Nas) ile hemşire ve hastabakıcı birimlerinin tür ve kategorisi (UN)'nin bir fonksiyonu olarak ifade edilebilir. Üretim fonksiyonunun belirli özellikleri sağlanan hizmetlerin miktar ve maliyeti üzerinde etkili olmaktadır. Örneğin, hasta başına düşen hemşire ve hastabakıcı hizmetleri ve bunların sınıf ve kategorisi, hemşirelerin tür ve sınıfları, hemşirelik hizmetlerinin bir diğer üretim fonksiyonu için ikâme edilebilirliliği gibi. İkâme edilebilirlik ise

[104] Bu örnek, Feldstein, a.g.k., s.141'den alınmıştır

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bire bir değildir (örneğin bir LPN bir RN ile ikâme edilemez). Sağlık çalışanlarının farklı tip ve sınıfları arasında ikâme edilebilirliğin derecesini belirleyebilmek önemlidir. Bu açıklamalar sağlanan hemşirelik hizmetlerinin maliyetlerinin minimize edilmesinde karar noktasındaki kişilere gerekli olan bilgileri de sağlamaktadır.

Sağlık alanında çalışanların görevlerini yerine getirebilmeleri için izin niteliğinde çok sayıda yasal sınırlama vardır. Örneğin, bir hemşire, bir doktorun yapabileceği belirli bir görevi yapabilecek kapasite ve yetenekte olsa bile, bunu yerine getiremez. Çünkü cezalar söz konusudur ve bunlar çoğunlukla yasalarla belirlenmiştir. Bu tür yasal sınırlamaların varlığı ve etkisi üretim fonksiyonunda ikâme edilebilirliği sınırlayan bir etkendir. Böylece karar verme noktasındaki kişi ve kurumlar istenilen düzeyde ve zamanda girdileri birleştiremeyebilir. Ancak, yasal sınırlamalar girdiler ile çıktıların belirli bir üretim seviyesinde ikâme edilmesine izin verebilir.

Eğer yasal sınırlamalar bir ikameyi önleyecek nitelikte ise, o zaman bu düzenleme sağlık hizmetlerinin kaliteside az da olsa bir düşmeye neden olmayabilir. Diğer yandan yasal sınırlamalar bazı hizmet maliyetlerini de artırabilmektedir. Sınırlama uygulamalarıyla ortaya çıkan maliyetler, belirli bir kalitede sağlık üretimi yapılabilmesi için ilave kaynak ihtiyacını doğurabilmektedir.

Kısa dönemde çeşitli sağlık hizmetlerinde arzı artırmak zordur. Kısa dönemde ortaya çıkacak bir talep artışına cevap verecek, hemşire, hastabakıcı veya sağlık üretimi için gerekli olan tıbbi alet, yatak sayısı, teknoloji gibi çeşitli girdilerin hepsinin artırılması mümkün olmadığı için yöneticiler, sağlıkta istenen ünitelredeki sağlık arzını gerçekleştiremeyeceklerdir. Kısa ve uzun dönem arasındaki farka bir diğer örnek, doktor hizmetleri ile ilgili olarak verilebilir. Kısa dönemde ancak doktorların çalışma saatlerinin artırılması veya yardımcı personel kiralanması sözkonusu olabilir. Uzun dönemde sağlık eğitimi veren kurumların sayısı artırılarak girdi artışı sağlanabilir ki bu da uzun dönem maliyetlerinin artması demektir. Uzun dönemde bütün girdiler

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

görevlilerin çalıştığı birimler de dahil olmak üzere, daha büyük tutarda sağlık hizmeti sağlayacak, ancak uzun dönem maliyetleri de artacaktır.

Üretimde iktisadi etkinlik sağlamak, aynı veya daha az girdi kullanarak daha fazla sağlık hizmeti faydası elde edebilmek, toplumun refahını artırmak için büyük önem taşır. Bu ise sağlık hizmetlerinde teknolojik gelişmenin sağlanması ve kullanılması ve tıbbi bilginin artması ve yaygınlaşması ile mümkündür. Böylece tedavi imkanlarının artması ve daha kısa dönemde iyileşme sağlanması mümkün olacaktır. Örnek olarak teşhis ve tedavide teknolojik olarak gelişmiş araç ve ekipman kullanılması, daha etkin ilaçlar kullanılarak hastalığın ilerlemeden önlenmesi verilebilir. Bu durum daha pahalı olan kurumsal sağlık hizmetleri kullanımını azaltmaktadır. Sonuç olarak, teknolojik gelişme iki yönlü olarak değerlendirilmelidir. Birincisi, teknolojik gelişme için yapılacak yatırımların maliyeti ile teknoloji kullanıcının getirdiği maliyet; ikincisi ise, teknoloji kulanımının teşhis ve tedavide sağladığı faydalar ve bunun yarattığı toplam sağlık harcamalarıdna yaratacağı azaltma. Üretim fonksiyonu analiz edilirken, bu değişimlerin etkisini dikkate almak gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan girdilerin en az maliyetli kombinasyonlarını gerçekleştirmek için, sağlık personelinin verimliliklerinin artırılması da önemlidir.

3.2.4. ÜRETİMDE EKONOMİK ETKİNLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ekonomik etkinlik kavramı, bir sektörün hem arz hem de talep yönü ile ilgil ibir konduur. Sağlık hizmetlerinin hem piyasa, hem de kamu kesimi üretimi ile ilgili olarak optimum düzeyde, toplumdaki sağlık ihtiyacını ve talebini karşılayacak ve en yüksek sağlık faydasını sağlayacak şekilde üretilmesi gerekir.

Sağlık hizmetleri üretiminde girdilerin etkinlikle kullanılabilmesi için malların nisbi fiyatları hakkındaki bilgi önemlidir. Sağlık üretiminin her bir düzeyi için, minimum maliyet koşullarının tanımlanması gerekir. Sağlık hizmetleri arz eğrisinin yükselmesi, daha fazla sağlık malı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

(hizmeti) sağlanması sürecinde, bir noktadan sonra, girdilerin marjinal verimlilikleri düşer ve marjinal maliyetler yükselir. Böylece, marjinal ürünün (sağlık çıktısının) maliyeti artmış olur. Bunun yanısıra, hizmetin kalitesini artırmak için daha fazla kaynağın üretime tahsis edilmesi gerekir. Uzun dönemde üretim fonksiyonunda kullanılabilecek girdiler değiştiği zaman, arz eğrisi daha elastik olacaktır.

Üretimde ekonomik etkinliğin sağlanabilmesi için, yöneticilerin minimum maliyetlerle sağlık hizmeti üretebilmeleri, üretimde kullanılan girdilerin nisbi fiyatları ve marjinal verimlilikleri konusundaki bilgiye sahip olmaları ve kullanmaları gerekmektedir. Ancak pek çok nedenle üretimde etkinlik sağlanamayabilir. Kâr amaçlı olmayan sağlık hizmeti üretim birimlerinde maliyetlerin minimize edilmesinen çok baka amaçlar söz konusu olabilir, bazı girdilerin kullanımında yasal birtakım sınırlamalar söz konusu olabilir, son olarak üretimde kullanılan girdilerin nisbi fiyatları gerçek amaç ve anlamından uzaklaşabilir. Örneğin devlet subvansiyonları, ya da sağlık işgücünün sağlanması konusunda eğitim programları, sübvanse edilen girdilerin düşük nisbi fiyatları ile üretimde daha fazla kullanılması gibi.

Sağlık hizmetlerinin iktisadi etkinliği ulusal asğlık sigortalarının geliştirilmesi ile de yakından ilişkilidir. Burada ayrıca toplumdaki farklı gruplar arasında yeniden dağıtıcı bir etki de vardır. Bu husus, asğlık hizmetleri arzının elastikiyetine bağlıdır. Daha elastik bir arzın anlamı sağlık hizmetleri sağlayıcılarında bir artış anlamına gelir. Sağlık sigortaları dışında kalan nüfus bu tür artışlar halinde sağlık hizmetlerini satın alırken kendi kaynaklarını kullanırken, vergilerle yapılan ek finansman bu kesim için olumsuzluk yaratacaktır.

Sağlık piyasalarında kurumsal ve eğitimle ilgili düzenlemelerin yanısıra ekonomik etkinlik konusund aaşağıdaki unsurların önemi açıktır.

Her bir sağlık hizmeti üreticisi (hastane, doktor muayenehanesi, tıp okulları vb.) üretim maliyetlerini minimize etmelidir.

Sektör içinde yer alan firmalar ölçek ekonomisine uygun olmalıdır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Üreticiler bir bütün olarak düşünüldüğünde, tüketicilerin talep ettiği miktarda ve türde sağlık hizmetin ibelirli bir kalitede üretmelidir.

Sağlık hizmetleri arzını, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, devlet politikaları, finansman yöntemleri gibi faktörler belirler. Ancak sağlık hizmetleri arzının düzeyini ve kalitesini belirleyen iki temel faktörden söz edebiliriz: bunlar, sağlık hizmeti üretim birimleri ve sağlık personelidir.

3.2.5. SAĞLIK HİZMET ÜRETİM BİRİMİ OLARAK HASTANELER

Sağlık hizmet üretim birimleri; doktor muayeneleri, gezici sağlık araçları, bakım evleri gibi birimlerden hastanelere kadar uzanan bir yelpaze içinde yer alır. Ancak sağlık hizmetleri üretim birimleri olarak uygulamada hastanelerin rolü ve önemi oldukça fazladır.

Gelişmiş ülkelere bakıldığında hem toplam sağlık harcamaları hem de bireysel sağlık harcamaları içinde hastane harcamalarının payı oldukça yüksektir. Gelişmiş ülke gruplarında bu durum kolaylıkla gözlemlenebilir. Hastane harcamalarında yıllık ortalama %10'luk bir artış sözkonusudur. Sürekli bir değişim ve gelişim içinde bulunan sağlık ekonomisinin merkezindeki en büyük harcama kalemi hastane hizmetleridir.

Hastanelerin tarihçesi Mısır eski Yunan uygarlığına kadar dayanmaktadır. O dönemlerde hastalıkların iyileştirilmesi ve tedavi hizmetlerinin önemli bir bölümü dinsel organizasyonlar ve örgütlenmeler tarafından yerine getirilmekteydi. Hastalıklara genel bakış açısı oldukça farklıydı. Hastalıklar; özellikle batı dünyasında bir inancın yokluğu ya da batıl inançlarla ilişkilendirilmekte ve bu hizmetlerin neredeyse tamamı din adamları (papaz - keşiş - rahip - rahibe gibi) tarafından yönetilmekteydi. Hatta günümüzde bile bazı toplumlarda özürlülerin bir cezayı hak ettiği ya da lanetlenmiş olduğu bu yüzden özürlü oldukları inancına da rastlanılmaktadır. Aynı şekilde gelişmemiş toplumlarda da bu tür örnekler bulunabilir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ABD'de hastanelerin geçmişine bakıldığında, ilk dönemlerde çoğunlukla mental rahatsızlıklar, enfeksiyonel hastalıkların evde tedavi edilmeye çalışıldığı görülür. Bu durum ABD' de ve diğer gelişmiş olan ülkelerde 19 yy'ın son çeyreğinden bu yana teknolojik ve bilimsel alanda sağlanan gelişmeler sonucunda daha etkili yöntemlerin uygulanmasıyla değişmiştir. ABD'de modern hastanelerin ortaya çıkışı 20 yy'da başlamıştır. Özellikle antibiyotiklerde sağlanan gelişmeler enfeksiyonlarla mücadelede büyük yararlar sağlamış ve cerrahi müdahalelerin başarı şansını artırmıştır. Anestezi, anatomi ve psikoloji alanındaki gelişmeler X (ray) ışınlarının bulunması da bu gelişmelere katkı yapan diğer faktörlerdir.

Bu gelişmelerin sağlanmasında farklı iki faktörü de etkili olduğunu belirtmekte yarar vardır. Birincisi endüstrileşme sonucu yaşanan hızlı kentleşme olgusudur. Sofistike hastaneler kırsal bölgeler finanse edilememiştir. Çünkü, bu bölgelerde nüfus yoğunluğu (metrekare başına düşen) düşüktür ve ulaşım problemleri ve maliyetler yüksektir. Kentleşme olgusu bunun yanında çeşitli sağlık problemlerini de beraberinde getirmiştir. İstenmeyen enfeksiyonel hastalıkların ortaya çıkması kırsal bölgelerle karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. Bu durum büyük ölçüde hastane hizmetlerine olan ihtiyacı gündeme getirmiştir. İkinci faktör ise finansal faktördür. İlk dönemlerdeki hastanelerin finansmanı yerel ve merkezi idarelerin fonları ile birlikte hayırseverlerin yaptığı bağış ve yardımlarla karşılanmaktaydı. Bu koşullar, toplumun ihtiyaçları için gerekli olan modern hastanelerin maliyetlerini karşılayamamaktaydı. Orta sınıfın ödeme gücü ve isteğinin artması, üçüncü grup ödeyicilerin ve özel sigortaların çalışanların sağlık harcamalarını finanse etmeye yönelmeleri de bu faktörler arasında sayılabilir.

Sağlık faaliyetlerinin genel bir sınıflandırılması yapıldığında bu faaliyetlerin üç kategoride toplandığı görülmektedir. Bunlar; tıbbi tedavi, kamu sağlığı ve eğitim, öğretim ve araştırma hizmetleridir. Sağlık üretim hizmetleri hastane, dispanser, poliklinik, ev, sağlık kabini/karavan

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

rehabilitasyon merkezi, gibi kurumlarda yapılan tanı, tedavi, bakım gibi hizmetleri kapsamaktadır.

Sağlık ekonomisi kapsamında hastaneler incelendiğinde, hastanelerin değerlendirilmesinde aşağıdaki kriterlerin kullanıldığı görülmektedir;

1. hastaların hastanede kalma süresi
2. hastanenin sahiplik durumu(kamu ya da özel kesim hastanesi gibi)
3. hastanenin türü
4. hastanenin ölçüsü ve büyüklüğü

Gelişmiş ülkelerde hastaneler kısa süreli kalma (genellikle 30 günden az), ya da uzun süreli kalınan (genellikle 30 günden fazla) hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadır. Kamu kesimine ait hastaneler kamu oyunda en çok bilinen hastanelerdir. Bu tür hastaneler çoğunlukla kısa dönemli kalınan hastaneler grubuna girmektedir. Kamu hastaneleri verdikleri bu sağlık hizmetinin yanı sıra diğer hastaneler ve sağlık personeli ile ilgili eğitim ve öğretim imkanları sağlamaktadırlar.

Hastaneler aynı zamanda gerçekleştirilen tıbbi faaliyetlerin türüne göre de sınıflandırılabilir. Bunlar, genel hastaneler, kronik hastalık hastaneleri, senatoryumlar, psikiyatri hastaneleri, lepra hastaneleri (bulaşıcı hastalıkları tedavi eden), doğumevleri ve hastaneleri, bakımevleri gibi.

Hastanelerin bir diğer sınıflandırma şekli, hastane harcamalarının finansman şekline göre yapılmaktadır. Devlet bütçesinden doğrudan doğruya vergilerle finanse edilen hastaneler, katma bütçeli idarelerin finanse ettiği hastaneler, belediyeler ve diğer İDT, KİT v.b kuruluşların finansmanlarını sağladığı hastaneler, azınlıklar ve dini gruplarca finanse edilen hastaneler şeklinde bir sınıflandırmayı da uygulamada görmek mümkündür.

Kamu kesimi tarafından yerine getirilen kamu sağlık hizmetleri önemli bir boyuttadır ve bu hizmetleri kişilere yönelik sağlık hizmetleri ve topluma yönelik hizmetler olarak iki başlıkta incelemek mümkündür.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Kişilere yönelik sağlık hizmetleri; beslenmeye yönelik hizmetler, zayıf ve bakıma muhtaç çocuklar için yapılan sağlık hizmetleri, her türlü kre hizmetleri, doğum öncesi ve sonrası hizmetler, okul çağındaki çocukları ilgili yerine getirilen hizmetler, aşılama hizmetleri ve diğer koruyucu hizmetlerden oluşmaktadır. Toplumun bütün bireylerine yönelik ortak sağlık hizmetleri ise kamu sağlığı yararına gerçekleştirilen hizmetler başta ilaçlama ve dezenfektasyon gibi hizmetler olmak üzere, toplumun bütününü ilgilendiren özellikle koruyucu ve önleyici nitelikteki hizmetler bu grupta ele alınabilir.

Sağlık ekonomisi içerisinde sağlık hizmetlerinin üretiminin gerçekleştirilmesinde eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yapılması da büyük öneme sahiptir. Bu konuda çalışan enstitüler, araştırma merkezleri, tıp fakülteleri v.b gibi kurumların faaliyetleri de sağlık hizmetlerinin üretilmesinde nitelikli eleman sağlanması ve özellikle de bilimsel ve teknolojik gelişmelerin elde edilmesi ve bu gelişmelerin sağlık sektöründe uygulanması yönünde faaliyette bulunmaktadırlar.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4. BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Günümüzde hem gelişmekte hem de gelişmiş olan ülkelerde sağlık alanına ayrılan kaynakların milli gelir içindeki payı sürekli artmaktadır. AGÜ' ler de bu artış daha yavaş gerçekleşmekle beraber, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların artırılması gereği konusunda büyük bir baskı söz konusudur. Dolayısıyla, bu ülkelerin gelişme ve kalkınma çabaları içinde sağlığa daha fazla kaynak tahsis etme zorunluluğu bulunmaktadır.

Sağlık ekonomisi, iktisat bilimi ve kurallarının sağlık hizmetleri ve bu alanla ilişkili faaliyetlere uygulanması olarak tanımlanmıştı. Yani, bir anlamda sağlık ekonomisi; iktisat ve sağlık sektörünün bir alt disiplini olarak ifade edilmekteydi. İktisat bilimi eldeki sınırlı kaynaklarla sonsuz insan ihtiyaçlarını, amaçlar arasında, öncelik sırası belirleyerek, verimli ve etkin bir şekilde karşılamayı hedeflerken, bir takım araçlar ve analiz tekniklerini kullanmaktadır.[105] Gerçekte, diğer mal ve hizmetlerin üretim ve tüketim sürecinde karşılaşılan problemler sağlık hizmetleri için de söz konusudur. Her ne kadar sağlık hizmeti ve üretildiği piyasanın kendine özgü karakteristikleri olsa da kaynakların kıtlığı ve tercihlerin varlığı gibi kriterler sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin adalet ve etkinlik sınırları için de sunulması gereği de diğer bir husustur.

Bir ekonomik sistemden sağlık ile ilgili olarak ne amaçlanabilir? Bu sorunun cevabı aşağıdaki şekilde sıralanabilir;[106]

- sağlık ve sağlık hizmetlerine tahsis edilecek optimum tutarın belirlenmesi

---

[105] Stur, A.C., The Scale and Scope of Economics, Churinga Publishing. Surrey UK, 1995, ss.48-9.

[106] Fuchs, R., 1986, a.g.e., s.13. ve Paul J. Feldstein, 1995, a.g.e., ss.13-14.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

- bu kaynakların optimum bileşiminin tayin edilmesi

- bu kaynakların kullanılması sonucu gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin optimal dağılımının sağlanması

- mevcut kaynakların yapılması gereken hizmetlerle gelecek dönemdeki yatırımlar için yapılacak harcamalar (eğitim, araştırma harcamaları v.b. gibi) arasında optimal kaynak dağılımın belirlenmesi

- sağlık hizmetlerinin kapsayacağı ya da kapsaması gereken kişi ve toplulukların belirlenmesi,

- sağlık hizmetlerinde en iyi performansın nasıl sağlanacağı ve bunun nasıl belirleneceği

- sağlık finansman tekniklerinden hangisinin kaynak belirlenmesinde etkinlik sağlayacağı,

- sağlık hizmetlerinin piyasa başarısızlığı ve dışsallık özelliği nedeniyle idarenin rolünün ne olacağı

Sözü edilen bu konular, ekonomi biliminin sağlık hizmetleri alanında sağlayabileceklerinin ip uçlarını vermektedir.

Sağlık ekonomisi ise; üretimin yükseltilmesi, rekabet koşullarının oluşturulması, vatandaşların sağlığının korunması ve geliştirilmesi sürecinde sağlık sistemine birtakım görevler yüklemektedir. Bunlar;[107]

- teknik verimlilik kapsamında hangi sürecin kullanılacağı (technical efficiency)

- maliyet etkinliği çerçevesinde üretim girdilerinin en uygun bileşiminin bulunması (cost efficiency)

- tahsis etkinliği ile ilgili olarak ne kadar tahsis ve üretim yapılacağı (allocative efficiency)

- sağlık hizmetleri yerine getirilirken üreticiler ve tüketiciler arasındaki ilişkilerin formüle edilip edilmeyeceği (transactional efficiency)

---

[107] Getzen, 1997, a.g.e., s.44.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

- zaman içinde üretimin değişip değişmeyeceği ile ilgili olan dinamik etkinlik (dynamics efficiency) koşullarıdır.

İktisat biliminin sağlık alanına sağlayacağı katkılar ve sağlık sisteminden beklenenler ile birlikte uygulamalı bir dal olan sağlık ekonomisinin iyi anlaşılabilmesi ve başarısı açısından ekonomik araçlarla birlikte ekonomik değerlendirme tekniklerinin de ele alınması gerekir.

Sağlık hizmeti açıklanırken, sağlık hizmetinin birtakım özellikleri nedeniyle üretiminin piyasa koşullarına bırakılamayacağı üzerinde durulmuştu. Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketiminde dışsallıkların varlığı, dışsal maliyet ve faydaların parasal olarak ifadesini mümkün kılmamaktadır. Bu yüzden piyasa ekonomisinde yapılan harcama / yatırım / proje vb. faaliyetlerin analiz edilmesinde kullanılan, ortalama karlılık yöntemi, geri ödeme süresi yöntemi ve iç karlılık yöntemi gibi analiz tekniklerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasında problemler ortaya çıkmaktadır. Çünkü bu analiz teknikleri sadece kar amaçlı projeler için kullanılabilmektedir. Örneğin, toplumdaki sağlık koşullarının iyileşmesi için yapılacak bir proje veya yatırım değerlendirildiğinde, çoğu kez hastalığın iyileşmesi nedeniyle elde edilen gelir veya kötüleşmesinden dolayı uğranılan kazanç kaybı ölçüsünden hareket edilmektedir. Bu ölçünün sağlığın maliyetinin/faydasının insanlar için gerçek değerini yansıtması mümkün değildir. Büyük ölçüde sosyal amaçlı olan sağlık hizmetlerinde analiz teknikleri ise oldukça farklı nitelik ve kapsamdadır.[108]

Kaynakların kıtlığı olgusu sağlık alanına ayrılan kaynakları içinde geçerlidir ve kaynakları verimli kullanmak gerekmektedir. Bu bölümde sağlık amacına yönelik olarak yapılan sağlık harcamalarının en verimli bir şekilde nasıl kullanılacağı, alternatifler arasında tercih yaparken hangi tekniklerin kullanılacağı ve bu tekniklerin kapsamının ne olduğu gibi sorulara cevap aramaya çalışacağız.

---

[108] Getzen, a.,g.k.,

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4.1. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MALİYET VE FAYDA UNSURLARI

Sağlık sektöründe, sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmesi yapılırken, sistemin fayda ve maliyetlerini belirtmekte yarar vardır. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak girdi ve çıktı unsurları aşağıdaki şekilde tasnif edilebilir.[109]

Sağlık Hizmetlerinin Maliyet ve Faydalarının Sınıflandırılması

Maliyetler (girdi)	Faydalar (çıktı)
1. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve işletme maliyetleri 2. Hasta veya ailesinin sebep olduğu maliyetler 3. Sağlık sektörü dışındaki kayıplar	1. Hastanın fiziki ve sosyal işlevlerindeki gelişmeler 2. Kaynak kullanımında değişmeler (parasal avantajlar ve harcamalarda ve kayıp işgünü masrafları) 3. Hastanın ve ailesinin hayat kalitesinde yükselmeler ve iyileşmeler

Bu fayda ve maliyet grupları bir proje konusunda dolaylı ve dolaysız olarak girdi ve çıktı oluşturmaktadır. Bu girdi ve çıktıların bir bölümünün parasal ifadesi mümkün iken diğerlerini parasal ifadesi mümkün olmamakta ve bu aşağıdaki şekilde şematize edilmektedir.

	Parasal	Parasal Olmayan
Direkt	Maliyetler ve yararlar proje konularıyla yakın bir ilişki içindedir ve piyasada değerlendirilebilmektedir	Maliyetler ve yararlar proje konularıyla yakın bir ilişki içindedir ve piyasada değerlendirilememektedir.
İndirekt	Maliyetler ve yararlar proje konularıyla yakın bir ilişki içinde değildir ve piyasada değerlendirilebilmektedir	Maliyetler ve faydalar proje Konularıyla yakın bir ilişki içinde değildir ve piyasada değerlendirilememektedir

Sağlık hizmetlerinde yapılan ekonomik değerlendirmelerin amacı, yukarıda verilen maliyet ve fayda unsurları arasında optimum noktanın bulunmasıdır. Maksimum kazanç, marjinal fayda ve marjinal

[109] Cullis, J.G. and P.A. West, 1979, a.g.e., s. 172.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

maliyet eğrilerinin kesiştiği noktada oluşur ve aşağıdaki şekilde yazılabilir.[110]

Maksimum kazanç = marjinal fayda = marjinal maliyet, MF-MM = 0

Verilen ölçütler içinde sağlık hizmetlerinde kullanılan analiz teknikleri ise maliyet-fayda (cost-benefit analysis ile cost utility analysis birlikte), maliyet- etkinlik (cost effectiveness analysis) ve maliyet minimizasyonu (cost minimization analysis) yöntemleridir.[111] Ancak, bunlar temel olarak kendi aralarında iki başlık altında; maliyet - fayda ve maliyet-etkinlik analizleri şeklinde incelenmektedir

Maliyet minimizasyonu (CM) yönteminde aynı faydayı sağlayan sağlık hizmetinin yapılması için gereken bakım, teşhis vb gibi yöntemlerden en ucuz olan yöntem seçilmektedir. Aynı tür faydayı sağlayamayan sağlık hizmetleri için bu yöntem kullanılamaz. Örneğin, bronşit tedavisi için üç yöntem vardır; şişede oksijen ile tedavi, sıvı oksijen ile tedavi ve oksijen yoğunlaştırıcı ile tedavi.[112] Cost Minimization yönteminde aynı sonucu veren bu üç yöntemden maliyeti en düşük olarak belirlenen yöntem, en ekonomik yöntem olarak önerilmektedir. Ancak burada önemli olan maliyet minimizasyon yönteminin uygulanacağı projelerin hepsinin aynı sonucu vermesidir.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde Maliyet-fayda (Cost Benefit) ve Maliyet Etkenlik (Cost Effectiveness) ise, yaygın olarak kullanılan tekniklerdir. Bu nedenle, öncelikle bu iki teknik üzerinde durulacaktır.

[110] Guy Carrin, Economic Evaluation of Health Care in Developing Countries. Theory and Applications, Croom Helm Ltd., Uk, 1987, s.51.
[111] Carrin, a.g.e., 51.
[112] Tokat, Mehmet, Sağlık Ekonomisi, Yayınlanmamış ders notları, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Meslek Yüksekokulu. Ankara, 1994, s.99.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞERLENDİRME VE VERİMLİLİK YÖNTEMLERİ

Bu bölümde, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için Fayda-Maliyet Analizi, Maliyet-Etkinlik Analizi ve Maliyet Minimizasyon yöntemleri incelenecektir.

4.2.1. MALİYET-FAYDA ANALİZİ

"Maliyet fayda analizinin iki temel özelliği vardır; alan genişliği ve zaman çerçevesinin uzunluğu. İlk özellik, bir programın bütü fayda ve maliyetlerini içermesi, diğeri ise uzun bir süre için bile pro olabilmesidir"[113]

Maliyet fayda analizi, yarı kamusal nitelikteki hizmetler sunulmasında, kaynakların en verimli bir şekilde kullanılarak fayda maksimize edilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Maliyet fayda analizi proje ya da projeler serisinin fayda ve maliyetlerini ölçmeye yönelik yaklaşımdır. Bu yaklaşım, belli bir proje ile ilgili rasyonel ve tutarlı süreç için gerekli olan koşulları sağlar. Bu analizin temeli bir projeni faydalarının maliyetlerini geçtiği durumda, bu projenin yapılabilir olar kabul edilmesidir. Bu analizde fayda ve maliyetler arasında; bir pro içinde ya da farklı projeler arasında fayda ve maliyet karşılaştırmal yapılması yoluyla, harcama/yatırım konusunda karar verilmektedir. Eğ tercihler farklı alternatif projeler arasında yapılacak ise bu durumda büyük net faydaya sahip olan proje seçilecektir. Tabii bu fayda maliyetler para ile ölçülebilen fayda ve maliyetlerdir.

Maliyet - fayda analizi, bir projenin avantaj ve dezavantaj arasındaki dengeyi gösterir. Bu denge aslında, piyasada kapalı şekilde oluşur. Maliyet-fayda analizi aynı zamanda kamu kesimi diğer yatırım, hizmet ve harcama için, örneğin, çocuklara yönel hizmetler, evsizler, akıl hastaları, uyuşturucu ve diğer kötü alışkan bağımlıları için verilecek kararlarda bir araç olarak kullanılabilir. Ayr sağlık sektörü ile ilgili yapılan uygulamalarda, kararların çoğunun yet

---

[113] Klarman, 1974, a.g.k., ss.326-7

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bilgi birikimine sahip doktorlar tarafından verilmesi gereği de belirtilmelidir. Maliyet-Fayda analizi sağlık sektörüne uygulanırken, tıbbi gerçekler iyi bilinmediği takdirde, ekonomik analiz yapmanın ve bu doğrultuda hareket etmenin pek bir anlamı yoktur.[114]

4.2.1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FAYDA VE MALİYETLERİNİN BELİRLENMESİ

4.2.1.1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FAYDALARI

Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü için ortaya çıkan faydalar çoğunlukla aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:[115]

1. Sağlığın elde edilmesi/korunması/geliştirilmesi
2. Verimlik ve üretimde sağlanan artış
3. Gelecekte ortaya çıkabilecek tıbbi maliyetlerde azalma
4. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili olarak topluma yayılan faydalar (dışsallıklar)

Daha iyi bir sağlık amacı, sağlık hizmetlerinden doğrudan elde edilen en önemli kazançtır. Buna karşın, uygulamada sağlık statüsünün, sunulan sağlık hizmetleri, ani değişiklikler, beslenme, iyileşme için bekleme süresi ve diğer faktörlerden hangi düzeyde ve ne ölçüde etkilendiğini belirleyebilmek oldukça zordur. Tıbbi hizmetlerin etkilerinin ölçülmesini engelleyen bir takım faktörler vardır ve bu ekonomik değerlendirme tekniklerinin (MF analizi özellikle), istatistiksel bilgiler kullanılma yoluyla geniş hasta gruplarına uygulanan ve sağlık hizmetlerinin ortalama etkilerini ölçmeye çalışan çalışmaları sınırlar. Bu tür hizmetlerin etkileri ölçüldükten sonra, ayrıca bu etkilerin sağladığı gelişmelerin parasal ifadesi önem kazanmaktadır. Sözgelimi hızlı bir şekilde yapılan ve başarı sağlanan bir sağlık hizmeti sonucunda kalp krizi kurbanlarına sağlanan ek bir dört aylık yaşam süresinin değeri ne kadardır. Bunun parasal değeri 1000, 100.000., 1.000.000 milyon arasında mı olacaktır? belki de 20 milyar değerindedir.[116]

---

[114] Getzen, a.g.k., s.52.
[115] Getzen, a.g.k., s. ile birlikte, Rexford E. Santerre ve Stephen P. Neun, a.g.k.
[116] Getzen ve Carrin a.g.e.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık hizmetlerinin bir bölümü de parasal ifadesi mümkün olamayan, ancak etkilerinin hemen görülebileceği faydalar sağlar (hareketliliği artıran fiziksel terapi, baş ağrısından kaynaklanan ağrıyı azaltmak için ilaç kullanmak gibi).

Doktorların evlere yaptığı hasta ziyaretlerinin ortalama yarısı hastanın sağlık statüsünde bir değişiklik meydana getirmez. Bu ziyaretlerde gözlemlenen semptomlar hastalığın ciddi olup olmadığı konusunda öncülük edecektir. Eğer doktorların yaptığı ziyaretlerin yarısı sağlık statüsünde bir değişiklik meydana getirmiyor ise bu durumda ciddi bir semptom yoktur denilebilir. Ya da bu tür müdahaleler hastalığın seyrini etkilememekte, diğer bir deyişle sağlık statüsünü değiştirmemektedir. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bu tür faydalar çoğunlukla parasal olarak ifade edilemez, çünkü, özellikle bir tedavinin elde kazançlarla nispi olarak çok düşük bir ilişki içerisindedir. Aynı zamanda, uygulamada verilen ya da sunulan bir hizmetin bilimsel geçerliliği ya da tipi ile ilişkili olmaksızın, aynı faydaların çoğu sıklıkla elde edilebilir.[117]

Sunulan sağlık hizmetlerinin bir diğer faydası üretimde verimlilik artışına neden olmasıdır. 1667 yılında Sir William Petty İngiltere'de yaşanan veba salgını sırasında, bu hastalığı önleyecek tedavi yollarının geliştirilmesi için planlar yapmış ve analizlerinin sonucunda çalışan insanlardan elde edilen ek vergilerle veba salgını ile mücadele edilmesinin maliyetlerinin faydasını aşan bir uygulama olduğunu ortaya koymuştur.[118] 1950 ve 1960'lı yıllarda modern ekonomistler dikkatlerini sağlık programları ve hizmetlerinin değerlendirilmesine yöneltikleri zaman, sağlık alanında sağlanan ilerlemelerin ölçülmesi ve değerlendirilmesinin yapılmasının zorluğu, bu konudaki araştırmacıları sağlık hizmetleri nedeniyle ortalama bir ömürde meydana gelen artışı

---

[117] Zweifel, Carrin ve Getzen.

[118] Gerçekte, literatürde sağlık harcamalarının fayda ve maliyetleri ile ilgilenen ilk ekonomistin Petty olduğu tartışmalıdır. Patty'nin fikirleri olarak ileri sürülen görüşler kendi fikri olduğu tezi kuvvetli değildir. Petty'nin araştırmalarında sağlanan iki binanın ilave vergi gelirinin veba salgınını önleyeceği planı kral tarafından ödüllendirilmiştir. Ancak burada maliyetlerin unutulmaması gerekmektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

hastalık günlerinin azalmasının kazancını bir ölçü olarak kullanmalarına öncülük etmiştir. Kazancın bu şekilde tam ve kesin belirlenmesi için var olan işgücü istatistiklerinden de yararlanılabilir. Bu avantajlar MF analizinin özellikle gelecek dönemlerde faydaların/kazançların temel ölçüsü olarak kullanılabilecek olmasına karşın, halen bazı yetersizliklerinin olduğunu belirtmek gerekir. Sözgelimi, bu yaklaşımdan hareket edildiğinde kadınların yaşamlarının erkeklere göre daha az değerli olduğu sonucu çıkmaktadır. Çünkü kadınların ortalama ücretleri pek çok ülkede daha düşüktür. Diğer yandan yaşlı insanların emekli olmalarının değeri daha azdır gibi bir sonuç çıkmaktadır.

İşgücünün verilen sağlık hizmetlerinin sağladığı faydalar nedeniyle topluma yaptığı katkı açıktır, buna karşın tek başına tam bir ölçü değildir ve ancak bazı eğilimleri belirlemek açısından bir ölçü olarak ele alınabilir.

Gelecekte tıbbi maliyetlerinin azalmasının sağlanması sağlık hizmetlerine kaynak ayırmanın bir diğer faydasıdır. Bir hastalığa erken müdahale edildiğinde ya da tedavi başlangıcında doğru yapıldığında bu hastalığın maliyetleri daha az olacaktır. Aşılama hizmetleri gelecekte hastanede yatmayı gerektirecek durumları önler ve maliyetlerin düşmesine yardımcı olur. Daha etkin yürütülen enfeksiyonel hastalıkların kontrolü ve tedavisi hastanın erken taburcu olmasına yardımcı olur. İyi bir sağlık hizmeti ya da tıbbi bir müdahale her zaman ucuz olmayabilir. Bir organ naklinin anlamı on yıldan fazla ömür demek olabilir, ancak bunun anlamı yüzlerce ya da milyarlarca dolar olabilir. Bu koşullarda maliyetlerdeki düşme önemli değilken, sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak sunulmasının haklı gerekçeleri de ortaya çıkmaktadır.

4.2.1.1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİYETLERİ

Günümüzde sağlık harcamaları artış oranları farklılık göstermekle beraber, bütün ülkelerde artma eğilimindedir. Hastalık, rahatsızlık vb. ağrı ve sızı veren durumların neden olduğu ekonomik kayıpların gerçek ifadesi, sağlık harcamaları olarak ifade edilirse sağlıklı bir değerlendirme yapılmamış olur. Sağlık harcamalarının yanında, erken

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ölümlerin, sakatlık ve hastalıkların ne gibi kayıplar meydana getirdiğini de ortaya koymak gerekir. Hatta, acılar, rahatsızlık ve sıkıntıların da ifade edilebilmesi konunun sınırlarını çizmek açısından önemlidir.

Ancak sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmalarda sağlıksızlık ya da kötü sağlık diye adlandırabileceğimiz durumun sonucunda ortaya çıkan üzüntü ve sıkıntıların anlamlı bir değerlendirmesi yapılıp bunların ölçülebilen maliyetlere ilavesi çalışmaları yapılamamıştır. Buna karşın, sağlık koşullarının yetersizliği ve hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan zarar ve kayıpların ekonomik anlamda tahmini ve değeri ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu bakış açısıyla yaklaşan araştırmacılar sağlık harcamalarını sağlık hizmetlerinin dolaysız maliyetleri olarak, hastalık, sakatlık ve ölüm gibi nedenlerin ortaya çıkardığı üretim kayıplarını ise dolaylı maliyetler olarak ifade etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin dolaysız maliyetlerini; koruyucu hizmetler, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım gerektiren hastalık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyetler olarak ifade edebiliriz. Bunun yanında, doktora ulaşmak için yapılan maliyetler de bu gruba ilave edilebilir. Bir ekonomide sağlık hizmetlerinin toplam dolaysız maliyetlerine ulaşılmak istendiğinde, kamu kesimi tarafından yerine getirilen(koruyucu, tedavi edici ve sağlık eğitimi gibi) hizmetlerin, özel sektör tarafından yerine getirilen benzer hizmetlerin toplanmasıyla elde edileceğini de söyleyebiliriz.

Sağlık hizmetlerinin dolaylı maliyetleri ise kötü sağlık koşullar nedeniyle ortaya çıkan üretim kayıpları olarak ifade edilebilir. Hastalık nedeniyle ortaya çıkan verimlilik kayıpları ile erken ölümler nedeniyle karşılaşılan üretim kayıpları bu gruptadır.

Maliyetlerle ilgili yapılan bu sınıflandırma dışında, sağlık hizmetinin içeriği esas alınma yoluyla yapılan sınıflandırma da vardır. Buna göre, bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik bu hizmetler koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olabilir. Bu hizmetlerin maliyeti personel ücretleri, araç ve gereç maliyeti gibi sıralanabilir. Uzmanlar, eğitimi, eğitimin devamı, sağlık araştırmaları ve geleneksel doktor

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

harcamaları bu başlık altındadır. İkinci başlıkta temel sağlık ihtiyacı ile ilgili harcamalar verilebilir. Bunlar; sanitasyon, temiz su sağlanması, ve çevre temizliği ile sağlık amaçlı çalışmalar olarak ikiye ayrılabilir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, beslenme programları ve barınma programları da bu kapsamda ele alınabilir.[119]

Girdiler açısından yapılan sınıflandırma ise sabit maliyetler (araç, ekipman, bina ve eğitim gibi) ile değişken maliyetler (personel,işletme, ilaç, aşı,şırınga maliyetleri gibi) gibi iki kapsamda ele alınır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerini fonksiyonel açıdan eğitim, denetim, izleme-değerlendirme, yönetim, lojistik ve ulaşım maliyetleri olarak sınıflandıran sağlık ekonomistler;[120] olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini direkt tıbbi maliyetler, direkt ancak tıbbi olmayan maliyetler ve dolaylı maliyetler olarak sınıflandıran sağlık ekonomistleri de vardır.[121]

Bu açıklamalar ışığında sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmetlerinin başlıca maliyetlerini aşağıdaki şekilde sınıflandıra-biliriz;

1. Tıbbi bakım hizmetleri ve bunların yönetim maliyetleri
2. Hastaları izleme ve tedavi maliyetleri
3. Hasta ve ailesinin zaman kayıpları ve yaşadığı acıların maliyeti
4. Ayrılan zaman, uygun olmayan koşullar ve çekilen zahmetin maliyeti

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerini doğrudan elde etmek için uygulamada üç yöntem kullanılmaktadır. Bunlar; ayarlanmış ücretler, maliyet muhasebesi ve karşılaştırılabilir sağlık hizmetlerine dış değerler verilmesi yöntemleridir. Ulaşım, yiyecek ve içecek için ödenen fiyatları,

---

[119] Michael Drummond, The Economic Evaluation of Health Services, Oxford University Press, Oxford UK, 1989, ss.13-25. İle birlikte Currin a.g.k., s.55 ve Getzen a.g.k. s.12.
[120] Getzen, 1997, a.g.e., s.42.
[121] Rexford E. Santerre ve Stephen P. Neun,Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies, The Irwin Series in Economics, Chicago, USA, 1998. a.g.k., s.112 ile P.Zfeifel and Beyer, a.g.k., s.37.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

piyasa ekonomisi içinde sağlanan bu hizmetlerin bir maliyeti olarak ele alabiliriz, bu ücretler tabi ki tıbbi fiyatlar yansıtmaz. Sağlık piyasalarında alınan fiyatların genellikle, sağlıkla ilgili eğitim, araştırma, sosyal yardım ve bu hizmetlerin fiyatını ödeyemeyecek hastalardan dolayı ortaya çıkan maliyetlerin üstesinden gelebilmek için abartılmış olduğu görülür. ABD örneğine bakıldığında hastane bakım hizmetleri için ayarlanan ücretler çoğunlukla tıbbi maliyetler-fiyat oranı ile birlikte faturalanmış fiyatların çarpımı yoluyla tahmin edilmektedir. Hastanede sunulan hizmetlerin gerçek maliyetleri, faturalanmış maliyetlerin yalnızca %60'ını oluşturmaktadır. Laboratuar ve ilaç gibi bazı hizmetler için maliyetler fiyatlardan %15'den az iken, acil servis ve doğum servisi hizmetlerinin maliyetler, fiyatlardan %125 daha fazladır. Genel giderlerin tahsis hesaplanması, kalite ve miktar gibi çeşitli değişkenlere dayandığından dolayı, birim başına düşen maliyetler çoğunlukla tahmin edilmeye çalışılmaktadır.[122]

Ekonomik değerlendirme tekniklerinde, diğer endüstri kollarındaki iş maliyetlerinde olduğu gibi özellikle MF analizi için maliyet muhasebesi prensipleri kullanır. Kaynaklar(hemşire ve bakıcılar bakım saatleri, teknisyenlerin zamanı, boşluklar ve materyal-malzeme gibi) doğrudan gözlem yapılmak yoluyla ve maliyetlerde, fiyatlarda benzerleri göz önüne alınarak tahmin edilir. Bu şekilde bulunan genel giderler, yönetim, merkezi servisler ve diğer yarar sağlayan hizmetler uygulanır. Sağlık hizmetlerinin maliyeti en yüksek unsuru ise uzmanlaşmış işgücü maliyetleridir.

Karşılaştırılabilir sağlık hizmetlerine dış değer verilmesi yöntemi, fiyatların mevcut olmadığı ve maliyet muhasebesinin uygulamasının çok zaman aldığı durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Örneğin, hastanede yatan bir hastanın sadece gözetim altında tutulmasının maliyetine bakıldığı zaman, bu maliyetin bir bakım evindeki maliyete benzer olduğu görülür ve bu maliyet dış değer(extrapolation) olarak da kullanılabilir. Bir diğer örnek, bir halk sağlığı kliniğinde ücretle çalışan

[122] Drummond, a.g.k., s.20 ile birlikte Getzen , a.g.k.,s. 12 ve Canin, a.g.k., s.55.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

doktorlar tarafından sağlanan hizmetlerin maliyeti, benzer yer ya da çeşitli yerleşim birimlerindeki eş hizmetler için ödenen ya da ayarlanmış olan fiyatlar dış değer olarak kullanılabilir.

Hastaların izlenmesi ve tedaviden dolayı ortaya çıkan maliyetler de sağlık hizmetlerinin bir diğer maliyeti olarak ileri sürülebilir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, doğrudan maliyetler genellikle hesaplanabilirken, tıbbi müdahalelerin önemli bir bölümü mutlaka ikincil düzeyde bir tedavi maliyeti yaratmaktadır. Kolon kanseri örneğinde ilk aşamada, geniş olan maliyetler tek başına tanı ve diğer işlemleri yansıtmaz. Ancak, ilave diğer laboratuar işlemlerinin tamamı başlangıçta hatalı pozitif sonuç veren, ancak bu hastalıkla hiç ilgisi olmayan kişilere de uygulanmaktadır. Aynı şekilde bir bakım evinde 70-80 yaşlarında kişinin bakım maliyeti, bu kişiyi bir diz yaralanması için yapılan operasyondan alınan ücretten daha maliyetli hale getirmektedir. Diğer yandan, ciddi komplikasyonların riskini ve ölüm anındaki cerrahi hizmetlerin maliyetini de ele almak gereklidir. Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü için genelleme yapılabilecek bir nokta, kapsayıcı bir hesaplama yapabilmek için, ikincil düzeyde ve normal koşullar altında ortaya çıkması beklenmeyen birtakım etkilerin de oluşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Hasta ve ailesinin, sağlık sorunlarını yaşadıkları sürece karşılaştıkları zaman maliyetleri(çünkü sahip oldukları zaman dilimini sağlık için ayırmaktadırlar, bunun anlamı diğer faaliyetlere daha az zaman kalması demektir) ve acılar bir diğer maliyettir. Aslında hastaların kaybettiği zaman ve çektiği acılar doğrudan ortaya çıkan tıbbi maliyetlerden daha büyüktür. Hasta ve yakınlarına daha fazla üzüntü vermektedir. Uygulamada, kayıtlı, çalışan bütün işçiler için ortalama ücret oranlarının bulunması yoluyla hastanın sahip olduğu zamanın değeri belirlenmektedir. Tabii bu oranlar, erkekler, kadınlar, çocuklar ve yaşlı insanlar için farklı olacaktır ve azınlık grup ya da gruplarının farklı yönleri muhtemelen bu anlamda daha az katkı yapacaktır ve bu durum sadece kurumsal anlamda grupların belirlenmesi açısından önemli olacaktır. Diğer yandan hastalıkların kadın, çocuk, yaşlı gibi nüfus bileşimleri üzerinde farklı etkiler yapması, karşılaşılan bir diğer güçlüktür. Gerçekte bu tür farklılıklar, bireylerin tıbbi bakım elde edip etmedikleri, ya da tercihte bulundukları sağlık hizmeti konusunda gösterdikleri davranışlar arasındaki farklılıkların detaylı bir şekilde

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

açıklanmasına yardımcı olmaktadır. İfade edilen açık yararlara rağmen analistler, hastanın gözüyle ifade edilen bu hususları dikkate almadıkları gibi, zaman ve acı maliyetlerini de ihmal ederler.

Sağlık hizmetleri ile ilgili faaliyetlerin önemli bir bölümünde ac edenlerin neden olduğu uygun olmayan koşullar ve zahmetlerin, hizmet sağlayan kişi ve kurumlar tarafından tazmin edilmediği bilinen bi gerçektir. Örneğin yüksek oranda bir organ bağışına ihtiyaç duyulduğu anda, doktorların organ nakli için ailelerin rızasını almaya kalkmaları bu organdan kimin yararlanacağı konusunda gösterdikleri çabalar bu örnek verilebilir, bunun yanında acil servis doktorları, nöroşirurji uzm ya da intern doktorlardan hangisi, yeni ölmüş bir kişinin ailesinden org nakli konusunda rıza isteyebilir? Bu tür durumlar sağlık ekonomis tarafından uygunsuzluk maliyetleri olarak ileri sürülmekted Hastanelerin kendi bünyelerinde kurdukları ve ülke genelinde bu durumlar için tutulacak kayıtlar bu anlamdaki maliyetlerin azalma sağlayacaktır. Hastane giriş ve kabul ücretleri de hasta açısından bir fı maliyet unsurudur. Bu ücretlerin de kabul edilebilir düzeyde olm gereklidir. Bu konuda özellikle ülkedeki gelir dağılımını göz önüne alı gerekmektedir. Uygun olmayan tıbbi tedaviler yapıldığı zaman hast yönetimlerinin bunu reddetmeden, tazmin veya telafi etmeleri hasta hasta yakınlarının üzüntülerinin hafifletilmesi açısından önemlidir.

4.2.1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FAYDA VE MALİYETLERİN ÖLÇÜLMESİ

Bir toplumun bir proje için ödeme gücü isteğinde oldu maksimum tutarı bulabilmek için projelerin faydalarının ölçülmesinin doğru ve en uygun yol olduğu ileri sürülmektedir. Ekonomi literatürü fayda ve maliyetler; ekonomik değişikliklerin bir sonucu olarak bireyl refahtaki artış ve azalışlar üzerinde tüketici için arta kalan miktarı ifa eder(olumlu ve olumsuz anlamda). Bu durum tüketicinin ödeme isteğ olduğu rakam ile ödemek zorunda olduğu rakam arasındaki olumlu f olarak da tanımlanabilir. Bir tüketici için tüketim fırsatının değ tüketicinin ödeme gücü isteğinde olduğu rakamdır. Bu rakam bir tüketime konu olan mal ve hizmetin piyasa fiyatlarının genişlemesi neden olabilir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tüketicinin tüketim fırsatı elinden alındığında, sözgelimi diğer birtakım malların üretimi için kaynak ayrılırsa, tüketicinin vazgeçtiği tüketim için ödemeye istekli olduğu miktarın maliyetinden vazgeçmesi gerekir.[123]

Folland, Goodman ve Stano'nun verdiği örnek yardımıyla tüketici fazlalığı kavramının sağlık sektörüne uygulanmasını görebiliriz. Bu örnekte aşağıda verdiğimiz grafik bir toplumun grip aşısına karşı olan talebini ifade etsin. Her bir aşılamanın fiyatı 1$ olsun, ve 10.000. insan bu aşıyı tercih etmiş olsun. Bundan dolayı, şekilde ki A alanında görüldüğü gibi toplam harcamalar ve toplam faydalar 10.000$ a eşit olacaktır. Ancak bu alan bütün faydaları temsil etmez. Burada aynı zamanda tüketici artığının(veya rantının)[124] gerekçeleri de vardır. Bu miktar, bir malın aşırı talep edilen edilen miktarı için ya da ödemek zorunda olduğu tutarın üstündeki bir miktar için ödeme gücü isteğinde olduğu rakamdır. Tüketici artığı buradaki talep eğrisi altındaki B eğrisi ve yukarıdaki fiyat çizgisi tarafından temsil edilmektedir. Bu durumda talep eğrisinin altındaki A ve B alanları sosyal faydaları içermektedir ve bunun değeri bir projenin toplam maliyetlerinin değerlendirilmesinde kullanılmalıdır.

Bu şekilde, toplam faydaların bir ölçüsü olarak projelendirilmiş gelirlerin kullanılmasının yetersiz olduğunun ortaya çıkmasından ayrı olarak tüketici artığı kavramından hareket etmek suretiyle tüketicinin talep tahmininin yapılacağı noktayı belirlemek zorlaşmaktadır.[125]

Toplumun ödeme gücü isteği prensip olarak bireylerin ödeme gücü isteklerinin toplamına eşittir (İngilizce literatürde bu WTP olarak ifade edilmektedir). Toplumun ödeme gücü isteğini aşağıdaki örnekle daha iyi açıklayabiliriz. Özel bir sağlık projesinin bireylere belirli düzeyde ve tipte bir sağlık hizmetini sağladığını varsayalım. Neo klasik talep teorisindeki talep eğrisi her bir birey için fiyatlar (p) ve arzu edilen miktardaki (q) sağlık hizmeti arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Buna

---

[123] Carin, a.g.e., s.50-54.

[124] Tüketici artığı(rantı): Tüketicinin bir mala piyasadaki fiyatından daha yüksek bir fiyat ödemeyi kabul ettiği halde piyasada oluşan fiyatı ödemesiyle bir miktar(fiyat farkı kadar) gelirinin elinde kalması iktisat literatüründe tüketici artığı veya rantı olarak tanımlanmaktadır.

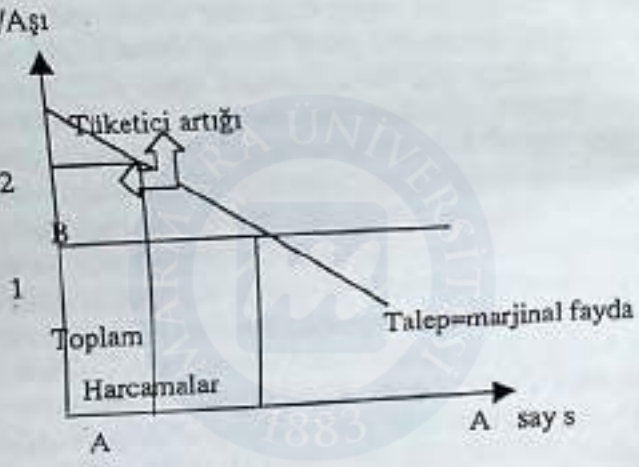
[125] Folland, Goodman and Stano, a.g.k.,

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

göre fiyatlar düştüğünde, miktarda bir yükselme olur ve bu iki değişken arasındaki ilişki negatif yöne doğru hareket eder.[126]

Şekil 4. Toplam harcamalar ve tüketici artığı

Toplam faydalar=toplam harcamalar(A)+tüketici artığı(B)



Yukarıda ifade ettiğimiz gibi toplumun WTP si bireylerin WT sinin toplamına eşittir. Bunun anlamı toplumun bireyin WTP si toplumun aynı değeri eklediğini ifade eder. Maliyet-fayda analiz yapılırken dağıtım yönünde devlet müdahalelerinin olduğu kabul edildiğinde bu hipotez zayıflamaktadır.

Maliyet-fayda analizi özel bir projenin doğru ve tam maliyetlerini vermektedir ve bu bir projede, kaynakların rakip bir projede kullanılmamasından dolayı vazgeçilen faydaların değeri ya da fırsat maliyetleridir. Başka bir deyişle diğer en iyi bir projenin sağlayacağı faydalardan vazgeçmenin maliyetidir. Bu durum sağlık sektörü ile ilgili projelere uygulandığında, bunun anlamı; bir sağlık projesi için eğer bina ve personel girdi olarak kullanılırsa, bu birey bu kaynakları daha iyi bir projede kullandığında elde edeceği yararların ne olduğunu araştırmalıdır.

---

[126] Carin, a.g.k., s. 54. Willingnes to Pay, deme g c iste ini ifade eder.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ki gerçek anlamda fayda ve maliyetlerin ne olduğunu ortaya koyup faydasını maksimize edebilsin. Bununla birlikte sağlık hizmetleri alanında daha iyi bir projenin tanımlanması ve ortaya konması her zaman mümkün olmayabilir. Bu koşullarda fırsat maliyetleri geniş anlamda bir ekonomideki girdilerin tahsisinden elde edilecek yararlardan vazgeçilmesine eşit olarak ele alınmaktadır. Gerçekte bu tür bir yaklaşım aslında bir toplumun bu tür girdiler için ödeme gücü isteğinde olduğu maksimum tutarı vermektedir.

Net refah kazancı ya da bir projenin net değeri x(NVx) aşağıdaki fonksiyona eşit olacaktır;

NVx=WTPx-WTPy

Bu fonksiyonda y gelecekte fayda elde edilecek en iyi projeyi temsil etmektedir, eğer ikinci proje yok ya da tanımlanamıyorsa, bu durumda;

$NVx = WTPx - WTP^{i}$, olarak ifade edilecektir. WTP^{i}, bu fonksiyonda daha genel anlamda ekonomide alternatif olarak kullanılan girdiler için toplumun WTP sini ifade eder. Eğer NV_x pozitifse herbangi bir X projesi için girişim yapılabilir. Birkaç proje birbiriyle rekabet ettiği zaman en yüksek NV değerine sahip bir projenin refah maksimizasyonunu gerçekleştireceği açıktır.

Buraya kadar ki açıklamalarımızda, maliyet ve faydaların halihazırda bulunduğu projeler için maliyet-fayda analizinin temel unsurlarını vermeye çalıştık. Bu unsurlara baktığımızda bir projenin aynı zamanda gelecek dönemle ilgili fayda ve maliyetleri içermesi gerektiğini ifade edebiliriz. Bu durumda hesaplanan net değerde birtakım düzeltmelerin yapılması gerekli olacaktır.

Uygulamada genel olarak kabul edilen şudur, bireyler bir faaliyetten ya da projeden elde edecekleri bir birim faydanın gelecekteki değerine karşın, bu birimin şimdiki değerini elde etmeyi yeğlemektedirler. Diğer bir deyişle şimdiki bir birim ile gelecekteki bir birim aynı değere sahip olmayacaktır. Bir birey için yaşamın değişik dönemlerinde ortaya çıkabilecek maliyet ve faydaları basit bir şekilde belirlemek mümkün

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

değilidr. Sosyal bir indirim (iskonto) oranında(bu r olarak ifade edilebilir), net faydaların bir akım olarak ifade edilmesi mümkün olabilmektedir. Yani bir yıl içindeki bir birim, gelecek ikinci yılda$(1+r)$, üçüncü yılda ise $(1+r)^2$ değerini alacaktır. Tersi durumda ikinci yıldaki bir birimin değeri($1/1+r)^2$, şeklinde bir yıl için bu birimin değerini temsil edecektir. Gelecekte ödenen ya da kabul edilecek bir birimin bu yıldaki değeri bu birimin şimdi ifade ettiği değer olarak ele alınabilir. Sosyal indirim(iskonto) oranının (r) kullanımını sağlamak için bir projenin net geçerli değerini hesaplayabiliriz(net present value, kısaca NPV diye adlandırılır).

$$NPV=\sum_{t=1}^{T} Bt-Ct/(1+r)^{t-1}$$

Burada B ve C sırasıyla fayda ve maliyetleri ifade etmekte ise zaman indeksi olarak ele alınmaktadır. Bu formülde Bt, zamanındaki bir projeyi, Ct, t dönemindeki eğer vazgeçilen fayda olarak ele alınıp kullanıldığında WTP ye eşit olmaktadır. Bu durumda NPV>0 olduğunda toplumun refahı yükselecektir, bundan dolayı projenin yapılabilir olduğu ileri sürülebilir. Çok sayıda projenin birbiriyle rekabet ettiğini varsaydığımızda buna göre en yüksek NPV değerine sahip olan proje seçilecek ve uygulanacaktır.

Bu şekilde en yüksek NPV ye sahip projenin bulunması için toplum için aşağıdaki yöntemde uygulanabilir. Bir (x) projesi için fayda maliyet analizi yapılırken fayda ve maliyetler aşağıdaki şekilde formül elde edilebilir.[127]

$$NTF = \left[\sum_{i=1}^{n} \frac{F_i(x) - M_i(x)}{(1+r)^i} \right] - [a.K(x)]$$

NTP = net toplumsal fayda

[127] Bu formül; Alan Peacock, "*Cost Benefit Analysis and the Political Control of Public Investment*", Cost Benefit and Cost Effectivennes Studies and Analysis (edited by N. Wolfe), George Allen- Unwin Ltd, 1973, ss.19-20'den elde edilmektedir. Bu aynı zamanda, Guy Carrin, 1984, a.g.k., s.56' dan da elde edilebilir

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

$F_i(x)$ = 1. yıldan n. yıla kadar projenin sağlayacağı faydalar toplamı

$M_i(x)$ = aynı dönemde faydaların elde edilmesi için katlanılan işletme maliyetleri toplamı

r = toplumsal zaman tercihi oranı(iskonto faktörü)

K(x) = projenin sermaye fiyatı

n = projenin ekonomik yaşam süresi veya dönemi

a = sermayenin gölge fiyatı

Net toplumsal faydayı veren eşitliğin solunda yer alan ifade, anlaşılacağı gibi, projeden elde edilecek toplumsal faydaların bugünkü değerini temsil etmektedir(net present value). Sağdaki ifade ise projenin toplumsal alternatif maliyetini göstermektedir.[128] Bugünkü net değeri en yüksek olan proje ise fayda-maliyet analizinin önerdiği proje olmaktadır. Tabii buradaki amaç bu yolla toplumun kaynaklarını en etkin şekilde kullanmaktır.

Fayda-Maliyet analizi için basit bir örnek verilebilir;[129] kırsal bir bölgede beş kişilik bir sağlık ekibi tarafından sağlık hizmetleri verilmesi projesi ele alındığında bu projenin maliyeti bu kişilerin eğitimi ile başka bir sektörde(tarım sektörü gibi) çalıştıklarında elde ettikleri fayda toplamından (fırsat maliyeti) oluşmaktadır.

Bu tür bir sağlık hizmetinden elde edilecek faydalar ise üç grupta ele alınabilir;

a) bebek ölüm ve hastalık oranlarının düşmesi sonucunda tarım üretiminde yükselme,

---

[128] İşgüden, **Kamu Yatırım Projelerinin Değerlendirilmesinde Fayda-Maliyet Analizi**(Doçentlik Tezi), İ.İ.T.İ.A. Nihad Sayar Vakfı Yayınları No:219/552, Sermet Matbaası, İstanbul, 1980, s.63.

[129] 20 yılı kapsayan bu örnekte varsayımlar, düşük hastalık oranının sağladığı yıllık yaklaşık fayda değeri 10, yetişkinlerin ölüm oranındaki düşmenin sağladığı yıllık fayda 15, bebek hastalık ve ölüm oranlarının düşmesi sonucu sağlanan fayda 30 birim, ancak bebeklerin sağlayacağı fayda 15 yaşından sonra elde edilebilir. Sağlık ekibi için yapılan eğitimin ilk yıl için fırsat maliyeti 2 birim, sağlık çalışanlarının fırsat maliyeti yıllık 5 birim ve sosyal iskonto oranının % 10 olduğu varsayılmaktadır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

b) yetişkinlerin ölüm oranının düşmesi sonucu tarım üretiminde yükselme,

c) yetişkinlerin hastalık oranlarındaki düşme sonucunda tarım üretiminde yükselme.

Maliyetler	Net Bugünkü Değer	Faydalar	Net Bugünkü Değer
1. sağlık ekibinin eğitim maliyeti	2 birim	1. bebek ölüm oranının düşmesi sonucu üretim artışı (a)	3.7
2. sağlık ekibinin fırsat maliyeti	4.6	2. yetişkinlerin ölüm oranının düşmesi sonucunda sağlanan üretim artışı (b)	14
		3.yetişkinlerin hastalık oranının düşmesi sonucunda sağlanan üretim artışı (c)	9.3
Toplam	4.8		27
Net Bugünkü Değer			22.2

Örnekte görüldüğü gibi bu projeden 2. (b) olanı en yüksek bugünkü net değere sahiptir. Fayda - Maliyet analizi en yüksek faydanın elde edilmesi açısından bu projenin seçilmesini önerir. Bu yöntem bir proje içindeki gruplara uygulanabildiği(verilen örnek), gibi alternatif kullanım yerleri arasında(sağlık ve savunma arasında gibi) verilebilir. Üç proje uygulanabildiğinde ise daha çok fayda elde edilir.[130]

Fiyatlar tam rekabet piyasalarında maliyet ve faydalar için bir gösterge olmasına karşılık, eksik piyasa şartlarının hakim olduğu sağlık piyasalarında bir gösterge olarak kullanılamamaktadır. Bunun yerine gölge fiyatlara (shadow pricing) başvurulmaktadır.

Fayda ve maliyet analizinin uygulanmasında para ile ifade edilemeyen fayda ve maliyetlerin varlığı bu yöntemin eksikliği olarak ileri sürülebilir. Bunun için, sağlık hizmetlerinden doğan faydalar çeşitli şekillerde ölçülmeye çalışılmaktadır. Bu konudaki yaklaşımlar daha sonraki bölümlerde detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.[131] Bu yöntemlerde hizmet sonucu çıktı olarak elde edilen hayat kalitesi üzerinde durularak, sağlık hizmetlerinden elde edilen

---

[130] Tamer, a.g.e., s.63.

[131] Lennard Nordenfelt, **Quality of Life: Health and Happiness**, Avebury Ashgate Publishing Limited, Hants UK, 1993, s.113-123-137-147.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

çıktının, sağlayacağı gün sayısından çok, sağlayacağı kalite üzerinde yoğunlaşma gözlemlenmektedir. Bu konudaki örneklere yukarıda belirttiğimiz gibi daha detaylı yer vermeye çalışacağız.

4.2.1.3. BASİT BİR YARALANMA OLAYINA MALİYET – FAYDA ANALİZİNİN UYGULANMASI

Kamu kesiminde, piyasa ekonomisinde ve gündelik yaşamımızın her döneminde karar alırken maliyet ve fayda karşılaştırmasının yapıldığı bir gerçektir. Gündelik yaşamımız-daki maliyet ve fayda karşılaştırmaları çok bilinçli olmamakta ve çoğunlukla belli bir tekniğe dayanmamaktadır. Sadece maliyetlerin faydaların altında olması gözlenmektedir. Yaşam ve nbbi hizmetler ile ilgili tercih yapma durumu ile her gün karşı karşıya kalmaktayız ve konuda tercih yapmak ise oldukça zordur. Sağlık kurumuna gidip harcanan zaman karşılığında bir fayda elde edilebilir veya sağlık kurumuna gidip orada saatlerce beklemek de bazen göze alınmayabilir Futbol oynarken dizimizin yaralandığı bir örneği ele alalım, bu durumda ilk aşamada yukarıda belirttiğimiz gibi bu olayın avantaj ve dezavantajlarını belirleyebiliriz ve bunlar aşağıdaki şekilde ele alınabilir.

Tablo 2. Diz yaralanmasına maliyet-fayda analizinin uygulanması

Avantajlar(faydalar)- doktora git	Dezavantajlar(maliyetler)-doktora gitme
Ağrıyı kesebilir	50, 100$ veya daha fazla ödeme yapacağım
Uzun süreli sakatlanmayı önleyebilir	İki belki de dört saat uğraşacağım veya bekleyeceğim
Bir şeyler yanlışsa eğer kontrol ettirmezsem kendimi kötü hissederim	Yaralanma ciddi dahi olsa operasyon onu daha da kötüleştirebilir
Burada endişelenip otururken daha fazla başka bir iş ya da bir şey yapamam	Takım arkadaşlarım pasırık ve korkak olduğumu düşünecekler

Kaynak: Getzen, a.g.k., ss.52-56

Burada bu tabloyu yaptığımızda eğer bize göre doktora gitmenin faydalarının, gitmemenin maliyetinden büyük olduğuna karar verirsek hemen hastaneye gideriz. Bu sınıflandırma yazılı olarak yapılmasa dahi,

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bu tabloyu bireyler kafalarında soyut bir şekilde düşünür ve dereg kurmaya çalışırlar. Aslında bu MF analizinin açık bir resmini ifade etmektedir. Ekonomi bilimi bu hastalığa çare önermez yada acı bir ilaç almanın bu hastalığı önleyeceğini ileri sürmez, sadece bu analizin yardımıyla mantıklı ve tutarlı bir süreci ortaya koymaya çalışır ki bu şekilde birey ve toplumun maliyetleri minimize edilerek faydalar maksimize edilebilsin.

Şimdi bu örneği birtakım varsayımlar yardımıyla genişletip bi diz yaralanmasında MF analizinin uygulanmasını daha detaylı anlamaya çalışalım. Acil servisi ziyaret etmenin bedeli ortalama 80 dolar olsun hastanın muhtemelen üç saat bekleyeceğini varsayalım. Bir iş çalıştığımızı ve saat başı ücretinin 7 dolar olduğu varsayılırsa bu durumda acil serviste geçirilecek üç saatin alternatif-fırsat maliyeti dolar olacaktır. Diğer bir maliyet varsayımı, aksayan bir aya işkencesine katlanmak istemeyen ve koltuk değneğine ihtiyaç duyan bi kişinin bunun için yaklaşık 40 dolar ödeme gücü isteğinde olduğu varsayalım. Bütün bu maliyet unsurlarını beraber ele aldığımız yaralanan bir diz için acil servise gitmenin toplam maliyeti 80$(ücret)+21$(zaman)+40(koltuk değneği) =141$ olmaktadır.

Bu maliyetlere katlanmak gerekir, eğer katlanılmazsa yani acil servise gidilmezse eninde sonunda bir tedavi arayışı söz konusu olacaktır. Burada varsayımları çoğaltığımızda maliyet ve faydaların alacağı şekil de değişecektir. Örneğin bu yaralanma olayı gerçekleşmeden önce bir sağlık ve spor kliniğinde randevumuzun olduğunu varsayalım. Bundan dolayı tedavinin alınıp alınmayacağına göre bu hastalıkla ilgili fayda ve maliyetler değişiklik gösterecektir.

Acı ve ağrıyı durdurmanın değeri nedir, acil servise gitmek yerine klinik aranabilir eczaneye reçete için telefon edilebilir. Ancak ağrı dayanılmaz hale geldiğinde reçete için ödeme gücü isteğinde olunan rakam nedir. Ağrı söz konusu iken, çalışmak zor hatta imkansızdır. Bu durumda televizyon seyretmek, uyumak, kitap-gazete okumak bile zordur. Dizi yaralanan kişi gelecek 10 günde yaşayacağı ağrılardan kurtulmak için 150$ dolar ödeme gücü isteğinde olsun. Yukarıda da belirtildiği

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

gibi ödeme gücü isteği(willingnes to pay- WTP) elde edilen faydaların değerinin ölçülmesinde kullanılmaktadır. WTP bu durumda aslında fırsat maliyetlerinin de bir aynası olarak kullanılabilir. Tabi ki uygulamada farklı insanlar ağrılarının durmalarına farklı değerleri verebilirler. Çünkü insanlar için, ağrının azalmış olmasının değeri tam ve kesin belirlenemediği gibi, gündelik hayatta ağrıları ve acıları para ile ölçme durumuyla da sık bir şekilde karşılaşmazlar.

İlaçlar için ödenecek paranın 200$ olduğunu göz önüne alırsak, kişinin bu rakamı ödemeyi reddetmesi durumunda kişi için bu ağrının değeri 200$ dolardan az demektir. Bu değer kişi için 0 $ ile 200 $ dolar arasında değişecektir. Kişinin talep eğrisi tamamıyla gözlenmedikten sonra kesin bir şey söylemek mümkün değildir. İlaçların kesin olarak ağrıyı geçireceği, ancak acil serviste bunun olup olmayacağı belli değildir. Kişinin ödeme gücü isteğinde olduğu rakam150 dolar olsun ve acil serviste acının dineceğine ilişkin şans 1/3 ise bu durumda kişinin acil servis için ödeme gücü isteğinde olduğu rakam 50$ dolardır denebilir.

Yapılacak acil bir müdahalede ileride ortaya çıkabilecek kalıcı bir sakatlığı ya da rahatsızlığı önleyecektir. Bu ve benzer kayıpların kişiler için ifade ettiği değerler farklıdır. Diyelim ki dizinin yaralanması kişiye 50.000 $ dolarlık kayıp yaratsın. Bu büyük bir rakamdır, ancak gelecek hafta doktora gitmektense bu hafta gitmek çok küçük bir farklılık yaratacaktır (% 0.5 gibi 1-200). Bu durumda gecikmiş tedaviye karşı hemen tedavinin beklenen değeri, 50.000 $ veya 250 $'ın 1 ile 200'üncü değerleri arasında yer alacaktır. Bundan başka eğer diz yaralanması ciddi bir probleme neden olacaksa, bu gelecek yıllarda ortaya çıkacaktır. Problemin bir süre yaşanmayacağı kabul edildiği durumda zaman iskonto oranı kullanmak gerekir bu aşağıda vereceğimiz örnekte 250 $ dolar olarak ele alınmıştır. Bu durum, hemen yapılacak bir tedavinin beklenen marjinal faydasını 178$'a düşürecektir.

Yapılan incelemelerde yapılan doktor ziyaretlerinin % 70'i nin bir tedaviden çok iyi durumda olmanın getirdiği bir kaygı ya da

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

kontrolden ibaret olduğu görülmüştür.[132] Bu koşullarda teşhis ya da doktoru bu nedenlerden dolayı ziyaret etmenin en ılımlı fiyatı ortalama 20$ dır. Bu kaygıdan veya acıdan dolayı ortaya çıkan kayıp nedir. Yukarıda acil servis ile ilgili verdiğimiz örnekteki gibi bunu hesaplayabiliriz (7 $ gibi). Hemen alınacak bir tedavi şimdi ile spor kliniğindeki randevu arasındaki kayıp olacak altı saatten kişiyi koruyacaksa; bunun değeri 6x7 $ ya da 42 $. Bütün faydaların toplamı şu $ (acı)+ $ 178 (önleme) + 42 $ (zaman) = 290 $ olacaktır.

Acil servise gidilirse tahmini toplam faydalar 290$, toplam maliyetler 141 $ olmaktadır. Tabii bu rakamı alıp da hastanın benim 290-141=149$ tüketici fazlalığım var demesi beklenmez. Ekonomistler için MF analizini uygularken kişilerin bu yöndeki tercihlerini kişisel durum göstergesi olarak kullanırlar. Kişilerin tercihte bulunup bulunmamaları sağlık ekonomistlerine daha detaylı gözlem imkanları vermektedir. Acil servise gidildiğinde üç saat yerine beş saat beklenildiği, 80$ yerine 250$ bir maliyet olduğunu varsayalım. Kişinin tedavi olmadan ayrılması durumunda ikincil bir maliyet daha ortaya çıkacak(325$) ve bu faydayı aşacaktır.

Yukarıda anlatılan diz yaralaması dolayısıyla ortaya çıkan avantajlar ve dezavantajları maliyet-fayda analizinin bir uygulaması olarak aşağıdaki şekilde sınıflandırabiliriz.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

[132] Getzen , a.g.k., s.39

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 3. Diz yaralanmasında alınacak sağlık hizmetinin fayda ve maliyetleri

Avantajlar(acil servise git)		
Ağrının durması(ilaç kesin olarak ağrıları azaltır, acil servise gidildiğinde ise bu şans 1/3 tür)	150$ 1/3	50$
Uzun dönemli ve kalıcı sakatlıkların önlenmesi(diz cerrahi için WTP, 50.000.$, 1/200, iskonto 7 yıl @ %5.	50.000$x1/200x.71	178
Eğer gidilmezse ve bir şeyler yanlış giderse muayene ziyareti(iyi olma duygusunun yarattığı kaygı ve düzenli muayene)	WTP	20$
Diz hakkında kaygılanırken daha fazla çalışamama ya da bir şeyler yapamama(zaman fayda ve maliyetler için ayrı değere sahiptir)	6 saat x 7 $ Toplam fayda	42 290$
Dezavantajlar(acil servise gitme)		
Acil servisi ziyaret 50$ veya 100$ (Doğrudan personel maliyetleri, sigorta hariç)	Ortalama	80
En az iki saat bekleme belki de dört(fırsat maliyeti)	3 saat x 7 $	21
İyi yürüyebilmek için koltuk değneği(aksak yürünmez ve arkadaşlar ve çevre alay konusu yapmaz)	WTP	40$
Durum ciddiyse cerrahın operasyonu durumu kötüleştürebilir	Kayıp maliyet Toplam maliyet	0 141$

Kaynak: Getzen, a.g.k., ss.39-43, Carrin, a.g.k., ss.53-59

4.2.1.4. MALİYET FAYDA ANALİZİNİN TEK BİR PROJEYE UYGULANMASI

MF analizi ile ilgili bu konuda aşağıdaki örneği verebiliriz. Diyelim ki belirli bir kırsal bölgede beş kişilik sağlık ekibi tarafından yerine getirilecek ve temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını içeren bir sağlık projesi örneğimiz olsun. Bu projenin maliyetleri, tarımsal alanda çalışanların sağlık hizmetine ayıracakları zamandan dolayı elde edecekleri yararlardan vazgeçmelerinin maliyetidir (yani bu sürede tarım işçileri daha fazla üretim yapabilirlerdi ve sağlık hizmetini aldıklarında bu suredeki üretimin yararından vazgeçmiş olacaklardır). Bir diğer maliyet ise söz

Sakarya Üniversitesi
Kütüphane ve Dokümantasyon
Dairesi Başkanlığı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

konusu sağlık çalışanlarının eğitim maliyetleri olarak verilebilir. Buna karşın bu sağlık projesinden elde edilecek faydalar ise üç şekilde elde alınabilir.

Bebek ve çocuk ölümlerinde azalmanın sağlanmasından dolayı tarımsal üretimde meydana gelen yükselme

Yetişkin ölümlerinde meydana gelen bir azalmadan dolayı tarımsal üretim miktarında meydana gelen yükselme

Yetişkinlere ilişkin hastalıkların azalmasından dolayı tarımsal üretimde meydana gelen bir yükselme

MF Analizinin 20 yıllık bir süreyi göz önüne alarak değerlendirme yaptığını varsayalım. Bu süreyi 20 yıl olarak varsaydığımızda bunun anlamı, bu projenin 20 yıldan sonra bir net fayda sağlamayacağıdır. Bu projenin verdiğimiz formüller yardımıyla fayda ve maliyetlerin net bugünkü değerini hesaplayarak tek bir projenin fayda ve maliyetlerini görebiliriz. Bu örnekte düşük ölüm oranlarının yıllık 10 bin dolar yarar sağladığını, b seçeneğinin yıllık 15 bin dolar fayda sağladığını, a seçeneğinin ise 15.yıldan itibaren 20. Yıla kadar ki beş yıllık süre içerisinde 30 bin dolar fayda sağlayacağını varsayalım. Sağlık görevlilerinin eğitimlerinin fırsat maliyeti ilk yıl için 2000 dolar, sağlık görevlilerinin bu alandaki çalışmalarının alternatif fırsat maliyetleri de yıllık 5000 dolar olsun. Sosyal indirim(iskonto) oranı da % 10 olarak alınsın. Bu durumda temel hizmetlere yönelik sağlık projesinin net bugünkü değeri aşağıdaki gibi olacaktır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 4. Tek bir proje ile ilgili karar verilmesi

Maliyet tipleri	Maliyetlerin bugünkü değeri (dolar olarak)	Fayda tipleri	Faydaların bugünkü değeri (dolar olarak)
Sağlık çalışanlarının Eğitim maliyetleri	2000 dolar	a. seçeneği	$30.000*\Sigma_{i1}^{20}1/1.10^{-1}=37.846.8$
Sağlık çalışanlarının Fırsat maliyetleri	$5000*\Sigma^{20}_{i=1}1/1*10^{-1}=46.824.6$	b. seçeneği	$15.000*\Sigma^{20}_{i=1}1/1.10^{-1}=140.473.8$
		c.seçeneği	$10.000*\Sigma^{20}_{i=1}1/1.10^{-1}=93.649.2$
Toplam	48.824.6		271.969.8

Kaynak: Getzen, a.g.k., ss.39-43, Carrin, a.g.k., ss.53-59.

Bu toplam sonuçlara bakıldığında fayda ve maliyetlerin net bugünkü değeri hesaplanmak suretiyle bir karşılaştırmaya imkan tanınmaktadır. Bu durumda 271.969.8-48.824.6= 223.145.2 lik bir net bugünkü değer hesaplanmaktadır ve bu fayda cinsindendir. Bu değerin sıfırdan fazla olması bu projenin yapılabileceği anlamına gelmektedir.

4.2.1.5. MALİYET FAYDA ANALİZİNİN ALTERNATİF PROJELERE UYGULANMASI

MF analizinin alternatif projeler arsında uygulamasını anlatabilmek için de birtakım varsayımlarda bulunarak örneğimizi açıklamaya çalışacağız. Kırsal ve tarımla ilgili faaliyetlerin yoğun olduğu bir bölge hükümet ya da idare, birkaç proje arasında bir tercih yapma durumunda olsun. Projelerin ilki kırsal bir sağlık merkezi olsun ve bağışıklık artıran, aşılama gibi hizmetlere yönelik olsun. İkinci projedeki kırsal sağlık projesi bu aşılama hizmetlerinin yanında sıtma kontrolü ve sağlık merkezi görevini yüklensin. Üçüncü proje ise, sıtma kontrol ve aşılamanın yanında, beslenme eğitimi ve besin ilaveleri için gerekli yönetimi üstlenmiş olsun. Faydalar da bir önceki projede ifade edilenlerle aynı olsun.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu üç proje için fırsat maliyetleri her bir proje için yapılan harcamalar bağlamında eşit olarak ele alınsın(bina maliyetleri, personel ücretleri, ilaç maliyetleri gibi). Yine sosyal indirim(iskonto) oranı yine 10 olsun. MF Analizini 20 yıllık dönem için uygulamaya çalışalım. Bu durumda bu projelerin fayda ve maliyetleri aşağıdaki şekilde ifade edilecek ve bu durumda en yüksek NPV' ye sahip olan proje seçilecektir.

Tablo 5. Alternatif projeler arasında karar verilmesi

Proje	Fayda tipi	Yıllık faydalar (dolar olarak)	Faydaların NPV'si(dolar olarak)	Yıllık maliyetler (dolar olarak)	Maliyetlerin NPV'si(dolar olarak)	Net Beşeri Değer(NPV)-(dolar olarak)
1.	A	30.000	37.846.8			
	B	10.000	93.649.2			
	C	5.000	46.824.6			
	Toplam		178.320.6	10.000.	93.649.2	84671
2.	A	40.000	50.462.4			
	B	15.000	140.973.8			
	C	10.000	93.649.2			
	Toplam		284.585.4	15.000.	140.473.8.	144111
3.	A	42.000	52.985.5			
	B	17.000	159.203.6			
	C	12.000	112.379.0			
	Toplam		324.568.1	20.000.	187.298.4	131269

Kaynak: Getzen, a.g.k., ss.39-43, Carrin, a.g.k., ss.53-59

Tablodan da anlaşılacağı gibi en yüksek NPV değerine sahip olan projenin seçilmesi ölçüsünden hareket ettiğimizde bu durumda 2.projenin fayda ve maliyetlerinin net bugünkü değerleri arasındaki fark en fazladır. Bu da bu projenin en yüksek NPV değerine sahip olması sonucu doğurmaktadır. Dolayısıyla bu projenin yapılması toplumsal faydanın maksimize edilmesi açısından gereklidir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4.2.1.6. PROJE BÜYÜKLÜKLERİNİN FARKLI OLMASI VE SINIRLI BİR BÜTÇE ALTINDA MALİYET FAYDA ANALİZİNİN UYGULANMASI

Buraya kadar verdiğimiz örneklerde bir bütçe sınırlaması yoktu ve farklı özelliklere sahip projeler incelenmişti. Ancak uygulamada farklı ölçüde ve büyüklükte ancak aynı özelliklere sahip projeler arasında da bir tercih yapma zorunluluğu ortaya çıkabilir. Yukarıda verdiğimiz örnekte ele aldığımız fayda tiplerinin aynı olduğunu varsayacağız. Toplam maliyetlerin ise iki unsuru vardır, birincisi sağlık görevlilerinin eğitim maliyetleri ve ikincisi, yıllık maliyetler. Sağlık görevlilerinin başka bir alanda veya bölgede istihdam edilmemelerinden dolayı vazgeçilen faydalar eşit olarak ele alınmaktadır(gelişmekte olan ülkelerde çoğunlukla tarım sektörü ağırlıklı olduğu için ele alınan örneklerde genellikle tarım sektörü kullanılmaktadır). Yine bu örneğimizde projenin yaşam süresini 20 yıl ve sosyal indirim(iskonto) oranını % 10 olarak ele alalım. Kırsal bölgede bulunan bu sağlık merkezi projesinde söz konusu beş kişilik sağlık ekibinin farklı miktarlarını ele almak yoluyla uygulama yapacağız.

Aslında bu örnekle ilgili vereceğimiz aşağıdaki tablo bir anlamda MF analizini özetlemektedir. Bu analiz sonucunda 15 kişilik sağlık görevlileri sayısının optimal olduğu sonucuna varılabilir, çünkü en yüksek faydaya sahip olan proje 15 sağlık görevlisine yer veren üçüncü projedir.

ÜNİVERSİTESİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 6. Kırsal bölgedeki sağlık merkezinde çalışacak sağlık personeli ölçüsünün belirlenmesi

Projenin ölçüsü (sağlık personelinin sayısı)	Fayda tipleri	Yıllık fayda (dolar olarak)	Faydaların NPV'si (dolar olarak)	Yıllık maliyetler (dolar olarak)	Maliyetlerin NPV'si (dolar olarak)	Net Bugünkü Değer (NPV) (dolar olarak)
1	A B C Toplam	30.000. 10.000 5.000	37.846.8 93.649.2 46.824.6 178.320.6	10.000.	93.649.2.	84.671.4
2	A B C Toplam	40.000. 15.000. 10.000.	50.462.4 140.473.8 93.649.2 284.585.4	15.000.	140.473.8	144.111.6
3	A B C Toplam	42.000. 17.000. 12.000.	52.985.5 159.203.6 112.379.0 324.568.1	20.000.	187.298.4	137.269.7

Kaynak: Getzen, a.g.k., ss.39-43, Carrin, a.g.k., ss.53-59

Bu konuda sağlık ekonomisi literatüründe benzer veya farklı örnekleri görmek mümkündür. Özellikle Drummond ve Carin'in bu alan ile ilgili çalışmalarına rastlanabilir. Sağlık sektöründe MFA yapılırken farklı kaynak bileşimleri kullanılmak yoluyla, değişik bütçe eğrisi varsayımı altında tek ve çoklu proje tercihleri ve aralarında ayrım yapılması şeklinde uygulamalar yapmışlardır.[133]

4.2.1.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FAYDALARININ ÖLÇÜLMESİNDE KARŞILAŞILAN PROBLEMLER

Herhangi bir sağlık projesinin / müdahalesinin / girişiminin faydasının değerlendirilebilmesi için mutlaka bu faaliyetlerin gerçek çıktısının ne olduğu üzerinde durulmalıdır. Yukarıda WTP yaklaşımını açıklamak için belirli düzeyde ve tipte sağlık hizmetini sağlayan bir sağlık projesi ele alınmıştı. Bunun sonunda amaç, bir projenin gerçek çıktısının sağlık statüsünü geliştirmesinden dolayı, bir projenin gerçek çıktısına en yakın değeri tahmin edebilmekti. Sağlık statüsünün geliştirilmesi ya da geliştirilmesinin ölçüsü denince hastalık, sakatlık ve ölüm

[133]Bakınız; Drummond a.g.k. ve Carrin a.g.k.

oranlarını düşürülmesi yönünde sağlanan ilerlemelere dayanmak gerekmektedir. Sağlık statüsünde meydana gelen bir gelişmenin parasal yararlarını hesaplamanın en doğru yolu ve çözümü ekonomik teori tarafından ortaya konulmaktadır. Buna göre, toplumun bu gelişmenin elde edilebilmesi için ne kadarlık bir bedel ödeme isteğinde olduğu hesaplandığında bu soruya da yanıt bulunmuş olacaktır.

Sağlık ekonomisi alanında bu konudaki çeşitli incelemelere bakıldığında ödeme gücü yaklaşımının uygulandığını gözlemlemek mümkündür. Ölüm oranlarındaki muhtemel bir azalma için bireylerin WTP'si tahmin edildiğinde, bulaşıcı hastalıklar veya kalp hastalıklarında bir azalmanın gerçekleşebilmesi için toplumun belirli bir parasal miktarı ödeme gücü isteğinde olduğu açıktır. Ancak, WTP yaklaşımının uygulanmasını engelleyen birçok nedenden söz edilebilir. İlk olarak, WTP yaklaşımına dayanıldığında, kişinin sağlık statüsündeki bir gelişmeden beklediklerini doğru bir şekilde değerlendirdiği belirtilmektedir. Politikacılar ya da karar noktasında bulunanlar sık bir şekilde tüketici egemenliğinden söz etmektedirler, bu yüzden bu bireyler sağlık statüsünde meydana gelen doğru değişiklikler hakkında yanlış kararlar verebilmektedirler. İkinci olarak gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda sağlık girişim ve faaliyetlerinin önemli bir bölümü ilk kez yerine getirilmektedir, bundan dolayı WTP'yi hesaplayabilmek için talep eğrisinin ampirik olarak gözlemlenmesi ve kullanımı mümkün değildir. Üçüncü olarak belirli bir sayıdaki sağlık projesi ya da girişiminin temel faydanın ölümlerin yönünü değiştirmesidir. Bu tür durumlarda insanlara uygunsuz bir şekilde, ölümün yönünün değiştirilmesi konusunda ödeme gücü isteğinde olup olmadıkları sorulabilir ya da araştırılabilir, bir kişinin hayatının değerinden dolayı bu araştırmanın önemi açık olarak yükselecek ve birey ya da bireyler yaşam ve ölüm arasında bir tercih yapma durumuyla karşı karşıya kalacaklardır.

WTP yaklaşımının temel bir alternatifi bir projenin faydasının, bu projenin yapılmasının doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan maliyetlerden tasarruf etme ya da üretim kazançlarının artmasının değeri olarak ifade edildiği yaklaşımdır. Üretim kazancı/artışı, ölüm ve hastalık

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

(çalışma zamanlarındaki kayıplar) ve sakatlık(işteki üretim kapasitesinin düşmesi) oranlarında bir düşmenin sonucu elde edilmektedir. Bu düşmenin doğal bir sonucu olarak çalışma süresindeki kayıplar azalacağı gibi, üretim kapasitesinin eksik kullanımından doğan kayıplar da azaltılacaktır. Bu durum genellikle bireylerin sağlığının geliştirilmesi ile ilgili ve bu gelişmeye ait kazançların kullanımı yoluyla tahmin edilmektedir. Maliyet tasarrufları aynı zamanda bir sağlık projesinin gerektirdiği diğer faydalar tarafından finanse edilebilecek bir projenin fonlarının serbest ya da bedava olmasından dolayı sağlanan bir yarar da ilişkilendirilebilir.

Bununla beraber, bu şekilde bir alternatif kullanıldığında bazı problemler ortaya çıkabilir. Bu problemlerin ilki, çalışanların aldıkları ücretleri üretimde elde edilen artış ya da kazancın basit bir ölçüsü olarak kullanmak kesin ve tam sonuç vermeyebilmektedir. Bu kavramı belirlemek için ücretler kullanılırsa, yukarıda sözü edilen işçi ve çalışanların marjinal verimlilikleri yapay bir şekilde düzenlenmiş olur dolayısıyla da bir projenin brüt değeri tahminlerin üzerinde gerçekleşecektir. Bu yüzden gölge fiyatları (shadow pricing) kullanmak gerekmektedir, ancak bu şekilde belirlenen bir ücret oranı çalışanların verimliliklerini doğru bir şekilde yansıtır. Problemlerden ikincisine baktığımızda, bir projeden kadın, çocuk, yaşlı ve özürlüler yararlandığını da varsayalım. Bu durumda bu kesimlerin ya da grupların toplum ya da ulusal üretime yaptıkları katkılar nasıl ölçülecek ve belirlenecektir. Kadınlar için sağlık koşullarının geliştirilmesinden dolayı elde edilen üretim faydaları, kadınların işgücü piyasalarından elde ettikleri ücret ya da muhtemelen alabilecekleri ücret kullanılmak yoluyla hesaplanmaktadır. Çocuklar için konuya bakıldığında, sağlık alanında sağlanan gelişmelerin sağladığı faydaları ölçmek için, çocukların toplumun gelecekteki üretimine/çıktısına yapacakları katkı ya da kazançları hesaplamak zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Yaşlı ve özürlülere sunulan sağlık hizmetlerinin ekonomik faydaları hemen ortaya çıkmayabilir ve bunu belirleyebilmek kolay değildir. Her durumda verimsizlikler

önlenmesi anlamında toplum sağlık hizmetlerine belirli bir değeri ilave edebilmektedir.

Üçüncü olarak maliyetlerden yapılan tasarruflar fayda hesaplamalarında gerçekten kullanılsaydı bu durumda toplam faydalar tahminlerin altında gerçekleşecekti. Genellikle ilave sağlık girişim ve faaliyetleri, bu müdahalelerin finansal maliyetlerinin genişlemesinden elde edilen faydaların bir sonucu olarak ortaya fonlar tarafından finanse edilebilir. Dördüncü olarak bu alternatif yaklaşım bazı zamanlarda görünmeyen faydalar, sözgelimi acıların ve hastalıkların azalması gibi unsurları göz önüne almadığı için sıklıkla eleştiriye uğramaktadır. Tabii bu durumda görünmeyen ya da elle tutulmayan faydaların ihmal edilmesi kesin olarak WTP yaklaşımının kullanılmaması sonucunu doğuracaktır.

Konuyu özetlemeye çalışırsak WTP yaklaşımının parasal terimler içinde sağlık faydalarının hesaplanması için teorik bir yol sağladığını belirtmemiz gerekir. Bu konudaki tartışmalar sağlık ekonomisi literatüründe devam etmektedir. Sağlık ekonomistlerinin alternatif yaklaşımları tercih etme nedenleri üzerinde ayrıntılı olarak durmak gerekir ve bu yolla bu konuları tartışarak, her bir alternatif için avantaj ve dezavantajları ortaya koymak gerekmektedir.[134]

4.2.1.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN MALİYETLERİNİN ÖLÇÜLMESİNDE KARŞILAŞILAN PROBLEMLER

Yukarıdaki anlatımlarımızda bir projenin maliyetlerini en iyi alternatif projenin vazgeçilen faydaları olarak ele almanın gerekliliğini ifade etmiştik. Eğer bir proje bir diğer proje ile rekabet edemiyorsa, geniş olarak ekonomiden geçici olarak çekilen girdilerden vazgeçilen faydaları da hesaplamak gerekmektedir. Toplumun bu girdi için ödemeye razı olduğu rakam bu tür girdilerden dolayı meydana gelen faydaları gösterecektir. İşgücü piyasaları örneğinde(sağlık çalışanları, hemşireler, doktorlar gibi) yetenek yapılarıyla ve dereceleriyle ilişkili olarak elde etikleri kazanç ve gelirler yaklaşık olarak WTP ye yaklaşır.

---

[134] Drummond a.g.k., ve Currin a.g.k., s.59-60 ile Getzen, a.g.k., s.39-43.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bununla birlikte işgücü piyasaları eğer rekabetçi ise ve eğer ekonominin bir sektöründen diğerine işgücüne küçük çaplı bir hareketin olduğu bir proje ele alınırsa, bu sosyal verimliliği doğru bir şekilde yansıtacaktır. İlk olarak işgücü piyasalarının rekabetçi olmaması, bütün işgücünün piyasada verilen ücret mekanizması yoluyla kiralanması veya kullanılması yaygındır. Bu koşullar marjinal verimliliğin değeri ile piyasadaki ücret oranları arasındaki dengeyi sağlama açısından önemli etmeye yönelecektir. Bundan dolayı piyasadaki ücretler geniş olarak bir ekonomiden bir birim işgücünün çekilmesinin sonuçlarından dolayı ortaya çıkan toplum kayıplarını ölçmekte kullanılmak-tadır. İkincisi proje küçükse işgücünün bütün birimlerinin marjinal verimliliklerini ölçülmesi için piyasa ücretleri kullanılabilir. Uygulamada geniş ve büyük projelerin yapılması bu şekilde kaynakların ekonomiden geri çekilmesini gerektirebilir, bu durumda kaynakların ekonomiden geri çekilmesinde ya da kullanılmasından dolayı toplam üretimde meydana gelen kayıpları ölçülmesi için işgücünün talep eğrisini bilmek gerekmektedir.

Bir proje için insan dışındaki diğer birtakım girdiler, ilaç, hastane, bina vb. gibi göz önüne alındığında toplumun WTP sini tahmin edebilmek yolunda elde edilen ilerlemeler gittikçe önem kazanmaktadır.

Girdi piyasalarının rekabetçi olduğunun kabul edilmesi durumunda bu girdilerin gölge fiyatlarını tahmin etme gereksinimi ortaya çıkacaktır. Söz konusu gölge fiyatlar doğrudan girdilerin sosyal verimlilikleri üzerinde durur. Girdilerin ithalat yoluyla karşılanması durumunda özel durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumda ülkenin ya da ekonominin sahip olduğu döviz kaynaklarının diğer alternatif kullanım yerlerinde değerlendirilme oranı düşecektir. Sadece rekabetçi döviz piyasalarında oluşan resmi döviz oranları ödeme gücü isteğini yansıtacaktır. Döviz piyasalarında bir sınırlamanın (eksik rekabet gibi) söz konusu olduğu bir durumda ödeme gücü isteği genellikle resmi döviz oranlarından daha yüksektir. İthalatı yapılan girdilerin bağışlarla finanse edilmesi durumunda, sağlanan bu girdiler özel bir projede kullanılırsa ya da bu ülke veya ekonomide bağış ve yardımlarla yürütülmek zorunda bulunan bir projenin olmaması durumunda, veya bu tür projelerde

azalmaya yol açmıyorsa bu durumda fırsat maliyetlerinin sıfır olduğu ileri sürülebilir.

Yapılacak projelerin borçlarla finanse edilmesi durumunda, elde edilen borçlar projenin gerçekleşmesine yardımcı olacaktır. Ancak, bunların ana para ve faiz ödemelerinin yapılması döviz kaynaklarının kullanımını gerektirecektir. Bu durum da buraya aktarılan döviz kaynaklarının başka alanlarda kullanılmaması anlamına gelmektedir. Tabii ki bu kullanım vazgeçilen döviz miktarının maliyetini artırmaktadır.

4.2.2. MALİYET-ETKİNLİK ANALİZİ

Maliyet-etkinlik analizi ya da özel ve belirli (sabit) bir bütçe altında en uygun teknik ya da uygulamayı tayin etmeye yarar. Maliyet-Etkinlik analizi uygulaması Folland, Goodman ve Stano'nun belirttiğine göre daha çok savunma sektöründe, silahlı kuvvetlerin hazır tutulması, yerleştirilmesi ve planlanmasında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.[135]

Bu yöntem uygulanırken en etkin sağlık projesinin seçimi yanında, bu amacın en düşük maliyetle uygulanması belirlenmektedir. Aynı zamanda fayda ve maliyetler arasında bir karşılaştırma yapılarak, faydalar maliyetleri geçiyorsa hizmet yerine getirilmektedir. Bu analiz parasal olarak ifade edilemeyen işlemlere uygulanabilmektedir. Bu yöntemle değişik projelerin maliyeti hesaplanarak parasal ifadesi mümkün olmayan işlemlerin etkinliğinin ölçümü yapılmak-tadır.[136] Bu yüzden ME analizinin projelerin değerlendiril-mesinde daha ılımlı bir yaklaşım olduğu ileri sürülmektedir. Ancak herhalde ME analizinin bir projenin fayda ve maliyetlerinin belirlenmesinde ilk aşama olduğunu ileri sürenler de vardır[137]

Maliyet - Etkinlik analizinde projeler arasında en iyisi seçilirken, kullanılan kriter etkinlik ve maliyettir. Etkinlik amaca

---

[135] Folland, Goodman and Stano, a.g.k., 1998, s.578.
[136] Sinan Sönmez, **Kamu Ekonomisi Teorisi, Kamu Harcamalarında Etkinlik Arayışı**, Birinci baskı, Teori Yayınları Verso A.Ş., Ankara, Mayıs 1987, s.256.
[137] Klarman, 1982, a.g.k., s.10.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ulaşmada başarı derecesini ölçerken, belirlenen amaca ulaşmak için gerekli olan unsurlar(insan, teknoloji vb gibi) maliyetleri oluşturur. Sözgelimi yüksek seyreden bebek ölüm oranlarının 5 yıllık dönemde daha aşağı bir düzeye indirilmesi hedefi için Maliyet-Etkinlik analizinden beklenen hangi tip sağlık müdahalesi veya hizmetinin bunu en az maliyetle gerçekleştireceğidir. Bu yöntem sosyal ve ahlaki değer yargılarından bağımsızdır. Maliyet-Etkinlik analizi Fayda-Maliyet analizinden oldukça farklıdır. Birincisi, Maliyet-Etkinlik analizinde bir hedefin olmasıdır. İkincisi Fayda-Maliyet analizinde olduğu gibi hedeflerin ve konuların para ile ölçülmesi gerekmemektedir. Buna karşın, Maliyet-Etkinlik analizinde temel olarak sağlık statülerini gösteren göstergeler üzerinde durulmaktadır.[138]

Aşağıdaki örnek bir sağlık projesinde maliyet etkinlik analizinin uygulanmasını göstermektedir. Belirli bir ülkedeki bir sağlık projesinin amacının gelecek beş yıl içinde bebek ölüm oranlarında binde 139'dan binde 60'a düşürmeyi amaç edindiğini varsayalım, Maliyet-etkinlik analizi burada hangi tip ve türdeki sağlık projesinin en az maliyetle bu amacı gerçekleştireceğini araştırmaktadır. Alternatif olarak, sağlık projesi için belirli bir bütçe verilebilir ve bebek ölümlerini minimize eden önlemlerini içerebilir. Bu durumda araştırılacak bir sağlık girişimi/projesi ya da faaliyeti için kesinlikle finansal sınırlamalara uymak kaydıyla bebek ölümlerini minimize etmeye yönelmelidir.

Maliyet-etkinlik analizi maliyet-fayda analizinden oldukça farklıdır. İlk farklılık yukarıda da belirttiğimiz gibi önlem/konu açısından ortaya çıkmaktadır. Diğer bir deyişle, burada kişiler muhtemel diğer hedefler ile bu amaç ve konuların yüksek sosyal bir değere sahip olup olmadığı sonucu ile tek başlarına ilgilenmek zorunda değildirler. Bu şekilde maliyet-etkinlik analizinin kullanımının kolay olduğu belirtilebilir, çünkü burada bireyler diğer alternatiflerin etik ve sosyal değerleri ile ilgilenmek zorunda değildirler, yani kısaca bu yöntem değer

---

[138] 1993-1994 sağlık hizmetleri için yapılan bir incelemede MF ve ME analizi ile ilgili olan literatürde 3000' inin üzerinde örnek olduğu Elixhauser(1993-1994) tarafından ortaya çıkarılmıştır.

değer yargılarından bağımsız olduğunu göstermez. Bununla birlikte uygulamada herhangi bir hedefin ya da amacın kapalı da olsa değer yüklü olduğu da belirtilmelidir. İkinci farklılık, hedef ya da amacın MF analizinde olduğu gibi parayla ölçülmesi zorunluluğuna gerek olmamasıdır. ME analizinde sık sık sağlık statüsünü belirleyen göstergeler üzerinde durulmaktadır.[139]

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4.2.2.1. MALİYET-ETKİNLİK ANALİZİNİN UNSURLARI

4.2.2.1.1. OPTİMAL TERCİHLERİN YAPILMASI VE ALTERNATİFLER ARASINDA SEÇİM

Bu konuyu incelemek için, kırsal bir bölgede bebeklerle ilgili sağlık hizmetlerinin organize edilmesi örneğini ele alalım. Bu faaliyeti organize ederken yaklaşık 100 birimlik bir bütçe sınırlaması altında bebek ölümlerindeki azalmayı maksimize etme amacını benimseyelim. Mevcut bu bütçe sınırlaması altında üç alternatifin amacımızı gerçekleştirebileceğini varsayalım. Birincisi sabit iki çocuk sağlığı merkezi projesi (10 temel sağlık çalışanı bu merkeze ilave edilmektedir), ikinci projemizde ise merkezi bir köyde sabit kurulan çocuk sağlık merkezi olsun (bu merkeze 30 temel sağlık çalışanı ilavesi yapılmaktadır), ve son olarak sağlık hizmeti verilecek bu bölgedeki her köye ayda iki kez düzenli sağlık hizmeti sunacak kapasitede bir sağlık ünitesi projesi olsun. Şimdi sunulan bu üç alternatifin ve bu alternatiflerin bebek ölümlerini verilen bütçe sınırlaması altında ne kadar minimize ettiğini aşağıdaki tablo yardımıyla ele almaya çalışalım.

Tablo 7. Alternatif bebek sağlık hizmet sistemleri ve karşılaştırılması (eşit maliyetler varsayımı altında)

Seçenekler	Bebek ölümlerindeki düşme (% olarak)
1. İki sabit bebek sağlık merkezi projesi	% 40
2. Bir sabit bebek sağlık merkezi projesi	% 30
3. Mobil bebek sağlık merkezi projesi	% 50

[139] Cantu a.g.k., s.59-63 ile Getzen, a.g.k. s.39-43.

Bu durumda her bir projenin etki oranını hesaplamak kolaydır. Tabloya baktığımızda finansal maliyetlere göre bebek ölümlerinde hangi oranda(ya da rasyoda) bir minimizasyon gerçekleştiği de görülmektedir. Bu oranlar sırasıyla; 0.0004 (1. proje), 0.0003 (2. proje) ve 0.0005 (3. proje) olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum aynı zamanda Seiler tarafından erdemli mallar tablosu(merit figures) olarak da adlandırılmıştır.[140]

Bu durumda seçenekler arasında tercihlerin yapılması oldukça basittir. Tercih yapılırken en yüksek orana sahip olan proje tercih edilecektir. Alternatiflere bu gözle bakıldığında 3'üncü alternatif proje tercih edilecektir. Çünkü bu seçeneğin tercih edilmesi bebek ölümlerinin minimize edilmesinde en büyük etkiyi yapacak seçeneğin tercih edilmesidir.

Sağlıkla ilgili yapılan tercihler her zaman yukarıda verdiğimiz örnekteki gibi basit olmayabilir. Uygulamaya bakıldığında sık bir şekilde, farklı finansal maliyetlere sahip olan projeler arasında bir tercih yapılması gereği söz konusu olduğu gibi, farklı çıktılar sağlayan sağlık projeleri arasında da bir tercih yapma zorunluluğu ortaya çıkabilir. Bu durumda ME analizini aşağıdaki örnek yardımıyla uygulayabiliriz.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

[140] Carrin, a.g.e., s.60-65.

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 8. Alternatif Çocuk Sağlığı-Bakım Sistemleri
(Farklı finansal maliyetleri ile birlikte)

Çocuk Sağlık ve Bakım Sistemi	Finansal Maliyet ($) (1)	Bebek Ölümlerindeki Azalma (%) (2)	Etki Oranı (3) = (2) / (1)
1. Sağlık merkezi (sadece iyileştirici hizmetler)	100	30.0	0.0300
2. Sağlık merkezi (1) + aşılama	115	40.0	0.0348
3. Sağlık merkezi (2) + sıtma kontrol	120	50.0	0.0417
4. Sıtma kontrol, aşılama, beslenme müdahaleleri	145	60.0	0.0414
5. Sağlık merkezi (2) + beslenme müdahaleleri ve sağlık eğitimi	155	60.0	0.0387
6. Sağlık bakım sistemi (4) + sağlık koruma müdahaleleri	175	70.0	0.0400

Kaynak: Carrin a.g.k., s.60, ile Getzen, a.g.k., s.34.

Bu örneğimizde yine kırsal bir bölgede bebeklere yönelik sağlık hizmetlerinde optimaliteyi elde etmek yoluyla bebek ölümlerini minimize etme amacının olduğunu varsayalım. Bu amacın gerçekleşmesi için önümüzde tercihte bulunmamız gereken altı seçenek olsun. Tabloda da görüleceği gibi eğer bütçe 1500 birim ile sınırlandırılacak olsaydı, sadece 4'üncü seçenek üzerinde durulabilecekti. Bununla birlikte yine en yüksek oranа(rasyoya) sahip olan seçeneğin seçilmesi beklenecekti. Gerçekte biz en yüksek rasyoya (0.0417) sahip seçeneği seçseydik, bebek ölümlerini minimize edecek projeyi seçmemiş olacaktık. Bunun yanında dördüncü seçeneğin gerçekleştirilmesi kararı en iyi kararı oluşturacaktır. Bu seçeneğin tercih edilmesi verilen bütçe sınırlaması altında bebek ölümlerini en düşük düzeyde tutmayı garanti etmektedir. Burada belirtilmesi gereken ME analizi yapılırken ele alınan projelerin verilen bütçeyi tamamen tüketme zorunluluğunun olmamasıdır. Tabloyu incelediğimizde bütçe olanakları genişletildiğinde bebek ölümlerindeki azalmanın oranının da arttığını görebiliriz. İşte burada MF analizinin kapsamına girmekteyiz. Bu durumda karar noktasında bulunanlar bebek ölümlerindeki binde onluk bir azalmayı sağlamak için 300 birim kaynak

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ayırıp ayırmama konusunda karar vereceklerdir. Ancak, ikinci konuda ise ME analizi tarafından çözümleneceğini de belirtelim.

4.2.2.1.2. MÜDAHALE BİLEŞİMİNİN SEÇİLMESİ

Uygulamada örneklerin önemli bir bölümü incelendiğinde problemin alternatifler arasında tercih yapma değil de, bu müdahalenin ya da girişiminin optimal bileşimlerini bulmak olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu konuyu açıklayabilmek için, kırsal bir bölgede anti-parazitel bir kampanyanın açıldığını ve bu kampanyanın yetişkin erkekler arasındaki hastalıkları azaltmayı amaç edindiğini varsayalım. Kırsal bölge idaresi ya da yönetimi tarafından söz konusu amaç parazitlerden kaynaklanan hastalıklardan dolayı meydana gelen üretim kayıplarının azaltılmasıdır. Aşağıda vereceğimiz tabloda anti-parazitel hastalıkları ortadan kaldıran programlar, bunların maliyetleri ve hastalıklar üzerindeki etkileri varsayımsal olarak ele alınmaktadır.

Tablo 9. Anti-parazitel hastalıkları önleme projesi

Önleme Programı	Finansal Maliyet (100 birim) (1)	Ölümlerdeki azalma (erkek gün) (2)	Etki Oranı (3) = (2)/(1)
Sıtma	1000	2000	2
Hookworm (solucan)	500	1500	3
Onchoceriasis (kurt)	800	200	0.25
Scistosomiasis (solucan)	500	550	1.10
Ascariasis (kurt)	1500	750	0.50

Kırsal bölge idaresinin bu sağlık faaliyetleri için 2 milyon dolar kaynak ayırabildiğini varsayalım Programlar etki oranlarına göre sıralanmış dizilecektir. Burada programa en üstten başlamak kaydıyla bütçe tükeninceye kadar aşağı doğru inilecektir. Hookworm (bir bağırsak solucanı), malarya (sıtma), Scistosomiasis (bir bağırsak solucanı) müdahalesi optimal bileşimi oluşturmaktadır. Diğer bir ifadeyle bu kombinasyon hastalıkların azaltılmasını maksimize edecektir. Diğer kombinasyonlar bu tür hastalıkların azaltacak ancak bunu daha az iyi bir şekilde yapacaklardır. Örneğin, malarya ve hookworm programlarını birbiriyle değiştirdiğimizde, bütçe sınırlamasına bağlı kalmakla birlikte bu özel ikameyi gerçekleştirmemiz hastalık günlerini yükseltecektir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 10. Belirli bir bütçe ile hastalıkları önleme programlarının sıralanışı

Önleme Programı	Etki oranı	Kümülatif finansal maliyetler(1000 birim)
Hookworm	3	500
Malarya	2	1.500
Schistosomiasis	1.10	2.000
Ascariasis	0.50	3.500
Onchocerlasia	0.25	4.300

Kaynak: Drummond a.g.k., ve Carrin a.g.k., ile Getzen, a.g.k.,

Konuyu özetleyecek olursak, birbiriyle rekabet eden çeşitli projeler kesin bir bütçe sınırlaması varsayımı altında ayni tatmin veya çıktı oranını sağlıyorsa, bu durumda en yüksek rasyoya sahip olan seçenek ya da seçenekler tercih edilecektir. Eğer alternatif projeler farklı finansal maliyetlere sahipse, ancak bütçe sınırlaması altında, hedeflenen amaç üzerinde en yüksek rasyoya sahip olan proje seçilir. Eğer yapılan müdahale ya da işlemler verilen bütçe ile finanse edilirse, bu durumda en yüksek etki rasyosuna sahip olan müdahale seçilecektir..

ME analizi uygulanmasını görebilmek için ABD'de yapılan ve kolon kanseri ile ilgili olan bir örneği de inceleyebiliriz (Neuhauser ve Lewicki, 1975).[141] Bu araştırmacılar yaptıkları incelemede kolon kanserinin belirlenmesi için "The Sixth Guaiac Test"[142] ini kullanmışlardır. Bu testlerde kanda oluşan bilinmez olayları tespit için altı adet SGT testini içeren uygulamayı sırasıyla yapmışlardır. Testlerin her birine baryum şırınga edildiğinde testler pozitif çıkmıştır. Söz konusu araştırmacılar diğer kaynaklardan yola çıkarak, 10.000. kişilik bir nüfusun 72 kişisi kolon kanseri olduğu, ve bunların % 91.66 sın tek bir testle tespit edilebilme olasılığı ve hatalı bir pozitif sonuç olasılığını da % 36.51 olarak varsaymışlardır.

Araştırmacılar ikinci bir testin kanser olaylarının % 99.3 ortaya çıkaracağını hesaplamışlardır. Benzer bir durumu aşağıdaki tabloda ele aldığımızda, görüldüğü gibi 10.000. kişilik bir nüfus için olayların ortaya çıkma sayısı, teşhisten elde edilen kazançlardaki artış; her bir test için

[141] Bu örneği Getzen kullandığı gibi, Folland, Goodman ve Stano 'da kullanmışlardır.
[142] Duncan Neuhauser and Ann Lewicki, *"What do We Gain From the Sixth Stool Guaiac?"*, New England Journal of Medicine, Vol.293, ss.226-228. 1975.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

maliyet artışı ve toplam maliyetlerle bir arada ele alınmaktadır. Başlangıçtaki her bir SGT testi için maliyet artışı ve toplam maliyet 4$, ilave her test için 1$ ve baryum şıringası için 100$ maliyet varsayılmaktadır. Tabloda görülen son iki sütun ortaya çıkarılan her durum için marjinal ve ortalama maliyetleri ifade etmektedir.

Bu çalışmadan ortaya çıkan sonuç şaşırtıcıdır. Teşhis edilen her bir durumdaki ortalama maliyet küçüktür ve altı testten sonucunda 2.451$'a göreli olarak yavaş yavaş yükselmektedir. Ortalama maliyetler temel alındığında, çıkan sonuçlar daha kabul edilebilir olmaktadır. Yapılan bu çalışmada odak noktası, alınacak kararlar için temel teşkil olarak marjinal maliyetlerin kullanılmasıdır. Bu örnekte ise marjinal maliyetler hızla yükselmekte altıncı test için 47$ milyon olmaktadır. Teşhis için faydaların parayla ölçülmediği durumda(bu bir MF analiz değildir), kabul edilebilir ölçülerde bile altıncı test zaman harcamaya değmez ve faydalı değildir. Görülduğu gibi bu örnekte testler maliyetlerin karşılaştırılması yoluyla bir karar verilmektedir.

Tablo 11. SGT Testlerinin Karşılaştırılması

Teşhis edilen kanser			Deneme maliyetler($)			
Test sayısı	Olayların sayısı	Kazanç artışı	Toplam*	Artış	Marjinal Maliyeti**	Ortalama Maliyet***
1	65.9469	65.9469	77.511	77.511	1.175	1.17
2	71.4424	5.4956	107.690	30.179	5.492	1.50
3	71.9004	0.4580	130.199	22.509	49.150	1.81
4	71.9385	0.0382	148.116	17.917	469.534	2.06
5	71.9417	0.0032	163.141	15.024	4.724.695	2.26
6	71.9420	0.0003	176.331	13.190	47.107.214	2.45

Kaynak: Getzen, a.g.k., ss.34-35.

* GST' testinin maliyeti 10.000 nüfus üzerine ve baryum şıringası bütün pozitif sonuçlarının pozitif test olduğu incelenerek hesaplanmıştır.

** Kanser vakaları için kazanç artışları ile maliyetlerdeki artışın bölünmesi ile hesaplanmıştır.

*** Ortaya çıkan doğru pozitif sonuçların sayısı ile toplam maliyetlerin bölünmesi ile hesaplanmıştır.

Bu araştırma aslında, ME analizinin bir model olarak ele alınıp marjinal analizin uygulanmasından ibarettir. Son dönemlerde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda doğru pozitif ve hatalı pozitif değerlerin yer aldığı araştırmanın sınırlı bilgilerle yapıldığı ve yanlış hesaplama

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yapıldığı şeklinde eleştiriler yapılmaktadır. Bu görüşler incelendiğinde oranlardaki en küçük bir değişiklik durumunda, teşhis/teşhislerin marjinal maliyeti üzerinde daha büyük etkiler meydana getireceği görülmektedir.[143]

Maliyet-Etkinlik analizinde de alternatifler arasında bir seçim yapılabildiği gibi, yapılacak hizmet ve müdahalelerin optimal bileşimi de belirlenebilir. Bu yöntemle ilgili olarak ayrıca aşağıdaki örnek verilebilir.

Örneğin, bir böbrek nakli operasyonu ile karaciğer nakli operasyonu hizmetleri arasında bir karşılaştırma yapılarak hangisinin ekonomik açıdan daha etkin olduğu belirlenebilir. Bunun içinde, böbrek nakli X, karaciğer nakli de Y ile gösterildiğinde ve elde edilen çıktı ise kazanılan ekstra yaşam yılı olduğunda, böbrek nakli dolayısıyla elde edilen yaşam yılı M, karaciğer nakli sonucunda elde edilen yaşam yılı ise N olarak kabul edilirse, yapılacak öncelikli iş, her bir faaliyet için kazanılmış olan bir yıllık yaşamın maliyetini hesaplamak ve bunlar arasında maliyeti en düşük olanı seçmektir.[144] Verilen örnekte;

Kazanılmış M yılı / X faaliyetinin maliyeti = M/X ile,

Kazanılmış N yıl / Y faaliyetinin maliyeti= N/Y

Bu şekilde, iki oran arasında bir karşılaştırma yapılarak yaşam yılı daha ekonomik olan bir tıbbi hizmetin yerine yapılması önerilebilir.

4.2.3. MALİYET MİNİMİZASYON YÖNTEMİ

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme yöntemle-rinden bir diğeri ise maliyet minimizasyon yöntemidir (cost minimization). Bu yöntemin yukarıda anlatılan diğer tekniklerden farklı bu yöntemin aynı sonucu veren sağlık hizmetleri için kullanılabilmesidir.

---

[143] Neuhauser ve Lewicki, a.g.e.
[144] Tolcat, 1994, a.g.e., s.100.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Maliyet - fayda ve maliyet-etkinlik analizlerinde bu tür bu sınırlama söz konusu değildir. Maliyet minimizasyonu sağlık hizmetleri dışında diğer alanlara da yayagın bir şekilde uygulanmaktadır. Belirli bir amacın gerçekleştirilmesi için maliyeti en düşük olan yol tercih edilmektedir. Örneğin belirli düzeyde bir ilacın ülkenin değişik yörelerine gönderilmesi sırasında maliyeti en düşük yöntemin tercih edilmesi gibi.

Maliyet minimizasyon yönteminin sağlık hizmetlerine uygulaması ile ilgili aşağıdaki örnek verilebilir. Örneğin belirli bir hastalığın tedavisi için aşğıda önerdiğimiz üç yöntem olsun ve bu üç yöntemle de aynı sonuç elde edilsin;[145]

- aşı ile tedavi
- serumla tedavi
- yatarak tedavi gibi.

Bu üç yönetminde aynı sonucu veriyor olması halinde en ucuz olan ile tedavi yöntemi tercih edilmelidir. Çünkü diğer yöntemlerde yan ve hastabakıcı maliyetleri söz konusudur. Ancak aşı ile tedavi durumunda maliyetler minimize edilmektedir. Bu yöntemin önündeki en büyük sınırlama yöntemlerin hepsinin de aynı sonucu sağlaması gerçeğidir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

[145] Tokat, a.g.k. s.23 te bu örneği vermektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

5.BÖLÜM

HAYATIN KALİTESİ; UYGULAMA ŞEKİLLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI

Sağlık sektöründe ekonomik değerlendirme yapılırken kullanılan teknikler uygulamada daha çok para ile ifade edilebilen unsurların değerlendirilmesinde etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu iktisadi analiz teknikleri aslında sağlığı tanımlarken açıklamış olduğumuz objektif sağlık durumunun değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır. Bunun yanında, bazı yöntemler yardımıyla da sağlık hizmetleri sonucu elde edilen hayat kalitesi değerlendirile-bilmektedir. Bu bakış açısında temel olarak, verilen bir sağlık hizmeti sonucu kazanılan gün sayısından çok hastayı en çok memnun eden hizmetin seçilmesi esastır. Yani bir anlamda kazanılan gün sayısından çok hayatın kalitesi önemlidir. Hayatın kalitesinin değerlendirilmesi ise bir anlamda kişilere bağlı olduğu için subjektif bir kavramdır. Bunun için sağlık ekonomisi literatüründe "hayatın kalitesi" (quality of life) olarak geliştirilen bu kavram subjektif sağlık konusu altında ele alınmakta ve bunu ölçmek için de çeşitli yöntemler kullanılmaktadır.

Hayatın kalitesini ölçmek için sağlık ekonomisinde değişik birçok yaklaşım ortaya konmakla birlikte başlıca, Nottingham Sağlık Profili, Kajandi Yaklaşımı, Aggernaes yaklaşımı ile Rosser'in temellerini attığı York Okulu yaklaşımı olmak üzere dört yaklaşım ileri sürülmektedir.

Bu bölümde temel olarak ülkemizde henüz üzerinde durulmayan bir kavram olan hayatın kalitesi üzerinde yoğunlaşacağız. Bu bağlamda öncelikle hayatın kalitesi kavramının temelleri ve bu alandaki klasik teorileri ele alacağız. Daha sonra ise hayatın kalitesi kavramının neyi ifade edip etmediği ve uygulamada hangi yöntemler aracılığı ile ölçüldüğü üzerinde duracağız.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

5.1. HAYATIN KALİTESİ KAVRAMI

Hayatın kalitesi konusu yeni bir konudur. Aslında bu kavram gündelik hayatımızın her aşamasında çok sık kullanılmaktadır. Bu kavramın kullanılmasının örneklerini TV den ve günlük gazetelerden de görmek mümkündür. Belirli ya da herhangi bir ürünü piyasadan satın aldığımızda bu ürün ile ilgili bu ifadenin kullanılması oldukça yaygındır. Ticari faaliyetlerin amacı bu faaliyet sonucunda satılan malın tüketicinin hayatının kalitesini yükselttiğine dayanır ve bu motivasyon sayesinde tüketicinin malı satın alması sağlanır ya da tüketici bu mal ve hizmeti almaya yönlendirilir.

Hayatın kalitesi kavramı günümüzde ortak birçok disiplin çalışmaya konu olmaktadır. Sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri bu alanlardan sadece ikisidir. Günümüzde artık, hayatın kalitesi kavramı oldukça yaygın bir şekilde profesyonel bir faaliyetin amacı olarak tanımlanmaktadır ve bu amaç aynı zamanda refah ve sağlık kriterlerindeki objektiflik unsurlarına benzer ve eş bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Hayatın kalitesi kavramı bu tür disiplin alanlarda kullanıldığı zaman, çeşitli boyutlarıyla ele alınabilecek ve ölçülebilecek şekilde olmalıdır. Sosyal ve sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarda ve bu alandaki politikaların belirlenmesinde bu yeni akım yönlendirilmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda hayatın kalitesi ölçütü ve bu alanda kullanılacak ölçütlerin belirlenmesi ve bunların boyutlarının anlaşılabilmesi önemli olacaktır. Bu durumda aynı zamanda bu alanda çalışan uzmanların varlığına ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Bunun anlamı hayatın kalitesi konusunda çalışan teknisyenler, bilim adamları, akademisyenler, kurumlar ve enstitülerin varlığı demektir. Öte yandan gelişmiş olan ülkelerde hayatın kalitesi kavramının özellikle işletme ve pazarlama gibi diğer alanlara uygulanması konusunda bir eğilim de gözlemlenmektedir.

Hayatın kalitesi kavramının felsefi temellerine bakıldığında 4. da yaşayan Aristo ile 18 yy da yaşayan Jeremy Bentham mutluluk kavramı ile ilgili fikirlerine bakmak gerekmektedir. Bu fikirleri ele alırken göreceğimiz gibi aslında, hayatın kalitesi kavramının temelleri

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

insanlık tarihi kadar eski olduğunu göreceğiz. Bunun yanında hayatın kalitesi konusunda aynı zamanda oldukça kapsamlı psikolojik ve sosyolojik bir literatürün olduğunu da belirtmeliyiz.[146]

Hayatın kalitesi konusunda yapılan çalışmalarda temel oluşturan ilk düşünceler Aristo ile Bentham tarafından ortaya konmuştur. Aristo'nun mutluluk kavramını açıklaması Eudaimonia olarak adlandırılmaktadır; bu kavram bizim bildiğimiz mutluluk kavramından oldukça farklıdır.Çünkü ilahi ve dinsel birtakım betimlemeler yapılmaktadır. Bentham da ise mutluluk kavramı Utilitaryenlerin sözünü ettiği mutluluk kavramındaki gibidir.[147] Bu konu daha çok mutluluk felsefesi ile ilgili olduğundan dolayı burada çok fazla değinmiyoruz.

Tıp literatüründe hayatın kalitesinin ölçülmesi sağlık müdahaleleri ile ilişkilendirilip çoğunlukla bu konu üzerinde yoğunlaşılmaktadır (bu alandaki en önemli çalışmaları görmek için bkz. Mcdowell ve Newell ve diğerleri, 1987), diğer yandan hayatın kalitesinin araçlarının belirlenmesi yönünden yapılan çalışmalara rastlanabilir. Aynı konuda sağlık ekonomistleri bu tür girişimlere başlamış ve genellikle bu kavramı sağlık ekonomisi kapsamı içinde yer alan sektörlere kaynakların tahsis edilmesinde bir kılavuz olarak kullanma eğilimine girmişlerdir.

Tabii bütün bu katkılar hayatın kalitesi kavramı ile ilgili dikkate değer katkılardır, ancak buna birçok yönden eklemeler yapmak gereklidir. Bu bölümde hayatın kalitesi kavramını anlatırken bunları açıklamaya çalışcağız.

Hayatın kalitesi kavramı ile ilgili çalışmaların önemli bir bölümünde, bu kavramın pratik olarak ölçülmesi ele alınmış, bunun içinde bu kavramın tam olarak tanımlanması amaçlanmıştır. Bu ölçülerin teknik olarak karışık olduğunu söylemek olasıdır. Bu yüzden öncelikle bu kitabın ilk bölümünde sağlık kavramını tanımlarken ortaya koymaya çalıştığımız objektif ve subjektif sağlık kavramları üzerinde yeniden

---

[146] Lennard Nordenfelt, Quality of Life: Health and Happiness, Avebury Ashgate Publishing limited, Hants UK, 1993, s.113-123-137-147.

[147] Bu konuda detaylı bilgi için; Abdülkadir Işık, Hayatın Kalitesinin Temellerinin Klasik İki Teorisi : Aristo ve Bentham'ın Görüşleri, yayınlanmamış çalışma, Sakarya, 2000.

durmaya çalışacağız. Çünkü hayatın kalitesi kavramı anlatılırken ele alınacak olan mutluluk ya da mutsuzluk kavramı subjektif bir kavram olduğu için konunun anlaşılmasına katkı yapacaktır.

Sözü edilen mutluluk kavramı Nordenfelt'in ifade ettiği gibi aşağıdaki şekilde formüle edilebilir. Nordenfelt' e göre A ve B olmak üzere iki birey ele alınmakta, ve bunlar istekleri ile bunların gerçekleşmesine göre mutsuz ya da mutlu olarak adlandırılmaktadır. A bireyinin koşulları A'nın istediklerini gerçekleştirebildiği ölçüde A'nın mutluluğunu artıracaktır. B bireyinin koşulları B'nin istediklerini gerçekleştiremediği ölçüde B' nin mutsuz olmasına neden olacaktır. Mutluluk kavramı Nordenfelt de yaşam koşullarının insan ihtiyaçlarını karşılama derecesine göre ortaya çıkmaktadır. Söz konusu bireylerin koşullarının tersi durumda ele alındığı varsayılırsa mutluluk ya da mutsuzluk kavramı kişilere göre tamamen yukarıdakinin tersi olacaktır.[18]

Nordenfelt de mutluluk kavramının bu şekilde ifadesi mutluluğun istek-denge teorisiyle ifade edilebilir. Bu teori bazı detaylar ile geliştirilmiş, çeşitli kavramlar ve ayrımlar yapılması yoluyla da anlatılmıştır, özellikle;

- hayatta mutluluk ve gerçekte mutluluk
- mutluluk ve memnuniyet
- mutlu olmaya başlamak ile mutlu hissetmek arasındaki ayrım

biçiminde yer almaktadır.

Bu teori aynı zamanda kişilerin isteklerinin öncelik sırasına göre düzenlendiğini göz önüne almaktadır. A bireyi X isteğine, Y isteğine göre öncelik sırası tanıyabilir. Teori aynı zamanda çeşitli önceliklere göre tatmin edilmiş istekler ve mutluluk arasındaki ilişkiyi de yorumlamaya çalışmaktadır. Diğer yandan istek mutluluk teorisi Nordenfelt'in mutluluk teorisinin bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu durum da Nordenfelt de ki mutluluk kavramını daha da zenginleştirmektedir. Ayrıca istek-denge teorisinin istekler ve tatmin

[18] Nordenfelt, Quality of life, Health and Happiness, Avebury and Ashgate Publishing Limited, England, 1993, s.7.

edilmiş olan istekler arasındaki ilişkiyi ele aldığını da belirtmeliyiz. Bu durumda doğal olarak isteklerin yapısı ve sayısını göz önüne almak gerekmektedir. Örneğin A kişisi, B kişisine göre daha zengin olarak ifade edebileceğimiz isteklere sahip olduğu için daha fazla mutlu olabilir. Çünkü, A isteklerinin önemli bir bölümünü tatmin etmekte ve bu tatmin düzeyi B' ye göre daha üst düzeyde gerçekleşmektedir.

Sağlık ekonomisi literatüründe hayatın kalitesi konusu anlatılırken özellikle mutluluk çeşitli örnekler ile ele alınmaya çalışılır. Biz de Nordenfelt in vermiş olduğu bu örneklerden esinlenerek ülkemizle ilgili birkaç farklı insan profili üzerinde duracağız. Bunu yapmamızın nedeni mutluluk kavramının koşullara ve kişilere göre değiştiğini, yani subjektif bir kavram olduğunu daha da belirgin kılmaktır.

İlk olarak varoşlarda yaşayan bir genci ele alalım. Bu gencin çok yoksul bir aileye mensup olduğunu varsayalım. Ailesi ve kardeşleri ile hep beraber bir gecekonduda yaşamaktadır. Yeme, yatma ve diğer ihtiyaçlarını ise aile içinde karşılamaktadır. Birçok arkadaşı vardır, onlarla paylaştığı birtakım eğlenceleri vardır, ve bu delikanlı hayat koşullarını geliştirmek için sürekli bir mücadele vermektedir.

İkinci örneğimizde bir din adamının koşullarını irdeleyelim. Din adamı genellikle insancıl değerlerle hareket etmekte, çeşitli yardım faaliyetlerinde görev almakta, daha çok toplumun alt kesiminde yer alan yoksul ve hasta insanlarla muhatap olmaktadır. Bu koşullar içinde kendini iyi hissetmektedir.

Üçüncü olarak yaşlı bir kadın üzerinde duralım. Kadının yaşamak için artık çok fazla zamanı kalmamıştır. Ancak, geçmişe baktığında başarılı ve aktif yaşam geçirdiğini düşünmektedir. Büyük bir aileye sahiptir ve onlarla birlikte vakit geçirmekten son derece mutludur. Bu kadının sağlık ve diğer sorunları her zaman, zamanında ve en iyi koşullarda gerçekleştirilmiştir. Hayatını geçirdiği son günlerini ise, mutluluk içinde ve stressiz geçirmektedir.

Son örneğimizde ise bir işadamı üzerinde yoğunlaşalım. Bu kişi zengin bir işadamıdır. Maddi açıdan toplumun diğer kesimlerine göre

oldukça rahattır. Ancak işlerinin oldukça kapsamlı olması birçok kişi ve işle uğraşmasına neden olmaktadır. Bu durum kendisine ve ailesine gereken ilgiyi gösterememesine neden olmaktadır. Aynı zamanda ekonomik kriz ve siyasi istikrarsızlık gibi konuları gündelik takip etmekte bazen uykuları kaçmaktadır. Yapılacak bir değerlendirmede bu kişinin ekonomik koşullarının oldukça iyi olmasına karşın, stresli ve yoğun bir ortamda bulunmasıdır.

Yukarıda ele aldığımız bütün bu örneklerde yer alan insanların yaşam kalitesi nasıldır; bireyler arasındaki farklılıklar nelerdir ve bu ölçülebilir mi. Bunları belirlemenin ölçüsü nedir, çeşitli hükümler veya değer yargıları kullanılabilir mi? Bu tür sorulara cevap vermek zor bir konudur. Yukarıdaki örneklerde ele alınan kişilerin objektif bir karşılaşturılması söz konusu olsa da, subjektif bir kavram olan mutluluk kavramının karşılaştırılması ve belirlenmesi mümkün değildir.

Bu cevapların bir bölümü hayatın kalitesi ile ilgili ortaya çıkan politik taleple ilgilidir. Bu cevaplar politik alanda olduğu gibi, farklı diğer disiplinler içindeki kişiler, kurumlar ve araştırmacılar tarafından da ele alınmaktadır. Özellikle refah kavramını çok sık kullanan politikacılar bu kavramla ilgili araştırmaların yapılması eğilimin-dedirler. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde politikacıların bu yönde çabaları, uygula-nan politikaların refah yaratıp yaratmadığını bilmek istemelerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin, bireylerin ve toplumun geçirdiği sosyal deneyim nedir, nasıl bir süreç geçirmiştir, okul, hastane, ıslah evleri, spor alanları gibi yerler dışında neler yapılmıştır. Bunların sonucunda toplumu oluşturan bireylerin hayat kalitesi ne olmuştur, yapılan bu harcamalar hayat kalitesini yükseltmiş midir, yükseltmemiş midir gibi. Politikacılar bu şekilde hangi yatırımın ya da harcamanın hayatın kalitesini yükselttiğini ortaya koyup bu harcamalar ve yatırımlara ağırlık vermek istemektedirler.

ABD'de 1964 teki başkanlık seçimlerinde hayatın kalitesi kavramı ilk kez seçim propagandalarına konu olmaya başlamıştır. Lyndon B. Johnson, Madison Square Garden de yaptığı konuşmada politik amaçlarını aşağıdaki şekilde özetlemiştir:

"Bu amaçlar banka hesaplarındaki dengenin ölçülmesi gibi ölçülememektedir. Bu amaçlar ancak, yaşayan insanlarımızın hayat kalitesiyle ölçülebilecektir ve bizim insanlarımız buna öncülük edecektir."[49]

Bu durum, sosyal bilimler içerisinde özellikle son 20 yılda hayatın kalitesi olarak adlandırabileceğimiz başlı başına bir branşın gelişmesine öncülük etmiştir. Bu araştırmaları hayatın kalitesi ile ilgili çalışmaların, psikoloji, sosyoloji, antroploji, sosyal tıp ve sağlık hizmetleri disiplinleri tarafından da ele alınmaya başlaması izlemiştir.

Görüldüğü gibi, bireysel ve toplumsal refahın ölçülmesi açısından hayatın kalitesi kavramının sosyal bilimciler açısından önemi büyüktür ve bunun için hayatın kalitesi ve refah kavramlarının bütün boyutlarıyla ortaya konması gerekir.

Diğer yandan hayatın kalitesi konusunda sağlanan bu gelişmelerden sadece sosyal bilimler etkilenmemiş, bu konu aynı zamanda tıp ve sağlık bilimler içerisindeki yerini alamaya başlamıştır. Buna neden olan birçok faktörden söz edilebilir. Bunların en önemlisi sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin önemli etkisidir. Teknolojik gelişmelerin sağlanması ortalama yaşam süresinin yükselmesine olumlu etki yaptığı gibi, geçmiş yıllarla kıyaslandığında ortaya çıkan hastalıkların önlenmesi ve azaltılmasında önemli bir rol oynamıştır. Bu tür gelişmeler kişilerin ve toplumların sağlık düzeylerini ve koşullarını değiştirdiği gibi, ortalama yaşam süresinin uzamasına da yardımcı olmaktadır; bu süreçte acı ve stres gibi olumsuz etkiler de azaltılabilmektedir.

Tabii hangi durumların ya da değerlerin bu gelişmeye olumlu katkı yaptığı ya da yapacağı ayrı bir inceleme alanıdır. Hayatın kalitesi tıp ve bakım hizmetlerinde ele alınırken bu konu aynı zamanda tıp felsefesinin de ana konuları içinde ele alınmaya başlamıştır. Bu konuda Nordenfelt' in bakış açısı diğerlerinden farklılık arz etmektedir.

---

[49] N. Boucher, The Social Issues in Philosophical Perspective, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1972.

Nordenfelt insanlığı bir makine model olarak düşünür. Bu düşünüş tarzı aslında modern tıbbın üzerinde durduğu gibi insanı biyolojik bir mekanizma olarak ele almaktadır. Bu durumda insanı sosyal bir varlık olarak ele alan yaklaşımla bir çelişki ortaya çıkmaktadır. Bu bakış açısıyla bir insanın yaşamındaki kalite, bir kişinin biyolojik yapısıyla çok yakından ilişkili değildir. Bu konudaki tartışmalar tıp biliminde yoğun bir literatürün oluşmasına neden olmuştur. Bu literatüre dikkatlice bakıldığında, sağlık ve sağlık hizmetlerinin önemli bir payının olduğu görülür. Klinik anlamda uzmanlık gerektiren bazı konular, kanser tedavisi, safra kesesi ve psikiyatrik bakım gibi konular örnek verilebilir. Sağlanan bir terapi hizmetinin hastanın hayat kalitesi üzerinde meydana getirdiği etkinin, diğer hizmetlere göre daha fazla olduğu ileri sürülmektedir.[150]

Hayatın kalitesini ölçmek ve meydana gelen değişmenin hayatın kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek için birtakım kıstaslar ve ölçütler geliştirilmiştir. Bu ölçütlerin başlıcaları, NHP, SIP ve McGill Pain Questionnarie v.b. dir.[151] Bunlar üzerinde ayrıntılı bir şekilde duracağız. Bu ölçütler çeşitli sorularla hastanın refah ve refah ölçütlerinde meydana gelen değişmeleri ölçmeyi amaçlarken, Swedish Instrument'de ise kendine güven ve kabul ettirebilme, hayatın (kadın/erkek) mutlu olup olmadığına göre ölçülmektedir.

Sağlık ekonomisi kapsamında araştırmacılar özellikle refah kavramını sıklıkla kullanmaktadırlar. Uygulamada refah kavramı kullanılmasına rağmen, well-being, subjektif sağlık, harmoni, güvenlik, tatmin ve mutluluk kavramları da kullanılabilmektedir. Bu kavramların kullanılmasında bir sınırın olmaması aşağıdaki konuların açıklığa kavuşturulmasını gerekli kılar ve bu bağlamda aşağıdaki kritik sorular ortaya çıkmaya çıkar:[152]

---

[150] Mc Dowell, and C. Newell, **Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires**, Oxford University Press. Oxford, 1987.
[151] Mc Dowell, and C. Newell, a.g.e.
[152] L. Nordenfelt, a.g.e., s.8.

Burada yalnızca refah ve diğer konular arasındaki ilişki mi ele alınacak, yoksa sadece subjektif sağlık mı ele alınacak ?

2. Bir kişinin refah dengesini normatif anlamda kim değerlendirecek,

Uygulamada yapılan çalışmalara bakıldığında yapılan psikolojik ve sosyolojik tartışmalarda bir insanın hayatının kalitesi ölçülmek istendiğinde hem objektif hem de subjektif ölçütlerin birlikte ele alınması gereği ifade edilmektedir (bu konuya ilk bölümde sağlık kavramı tanımlanırken değinilmişti).

Objektif parametreler/kriterler arasında kişinin sağlık statüsü (somatik durumu), ekonomik durumu, barınma koşulları, ikamet yeri ve aile durumu gibi parametreler sayılabilir. Kişinin subjektif parametreler/kriterlerine bakıldığında ise kişinin değişimi ve dışsal koşullar da ele alınmakla birlikte, aynı zamanda kişinin duyguları ve hayata bakışı da subjektif sağlık kavramı içinde yer almaktadır. Teorik olarak önemli bir soru olan subjektif ve objektif faktörlerin neden önemli olduğu sorusudur. Bunun nedeni objektif ve subjektif anlamda refahın farklı olarak ölçülmek istenmesinden kaynaklanmaktadır. Ancak bunun yapılabilmesi de farklı olan verilerin bulunabilmesine bağlıdır.

Sağlık ekonomisi kapsamındaki uygulamalara bakıldığında subjektif sağlığın tanımlanması ve ortaya konarak değerlendirme yapılabilmesi oldukça zordur, yapılan çalışmaların ise ciddi bir değeri yoktur. Bundan dolayı hayat kalitesinin değerlendirebilmesi için önemli ölçüde çeşitli kaynaklardan elde edilmiş verilere ihtiyaç vardır.

Burada önemli bir ayrımı ortaya koymak gerekmektedir. Kişinin objektif durumu değerlendirilirken kişi ile ilgili bilgilerin doğru olmasına, ve bunların uzmanlar tarafından kabul edilmesine ihtiyaç varken, subjektif refahın ölçülmesi, refahı ölçülen kişinin kendi beyanı ile mümkün olabilir.

Bu tür bir durumda objektif verileri de içeren metodolojik bir motivasyona ihtiyaç vardır. Bu tür bir değerlendirmenin nihai amacı bunları toparlama ve tanımlamak değildir. Objektif bilgilerin istenmesi,

subjektif refahın elde edilmesi için düzenleme yapabilme fonksiyonundan kaynaklanmaktadır.

Bu konuda sağlık ekonomisi alanında ampirik çalışmalara da rastlamak mümkündür. Alman kökenli bilim adamı, Ruth Veenhoven (1984)'te yazmış olduğu Conditions of Happiness adlı kitabında bu konu ile ilgili 245'in üzerinde çalışma bulunmaktadır. Veenhoven ise bu çalışmaların hepsini incelemiş ve aşağıdaki sonuçlara varmıştır.[153]

Finansal anlamda güçlü olma ile mutluluk arasında güçlü ve pozitif bir ilişki vardır (özellikle gelişmekte olan ülkelerde). Aynı zamanda bir işe sahip olma, eş ve çocuklara sahip olma, güçlü arkadaşlık ilişkilerinin bulunması da mutluluk için önemli faktörlerdir. Sağlık da mutluluk ile güçlü bir korelasyon ilişkisi içindedir ve bu konu özellikle subjektif olarak değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme ile güçlü sonuçlara ulaşılsa dahi bu sonuç halen bir kanıt olarak kullanılmamaktadır. Bunun yanında mutluluğun, eğitim, zeka düzeyi ve genel ve sosyal aktiviteler arasında güçlü bir ilişki vardır.

5.2. HAYATIN KALİTESİNİN ÇERÇEVESİ VE REFAH

Yukarıdaki açıklamalarımızda hayatın kalitesi konusunda literatürde yer olan hazırlık bilgilerini vermeye çalıştık. Burada hayatın kalitesi ile ilgili olarak aslında söylemeye çalıştığımız birtakım şeylerin refah (welfare) ve iyilik (well-being) kavramlarının doğrudan ilgili olduğunu belirtmekte yarar vardır. Bunlardan, birincisi; dışsal koşulların belirlediği refah kavramıdır, diğeri bireyin iç dünyası ile ilgili olan iyilik kavramı. Dış dünyadan etkilenmemiz ve buna verdiğimiz reaksiyonlar ile yaşadığımız kendi içsel deneyimlerimiz bu kavramların oluşmasında etkili olmaktadır.

Bazı yazarlar (Nordenfelt ve Veenhoven gibi) refah ve iyilik kavramı arasındaki farklılıkları ele alırken Bentham ve Aristo'nun görüşlerinden de yararlanmaktadırlar (yukarıda belirttiğimiz gibi, hayatın

---

[153] Veenhoven, R., Conditions of Happiness, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1984.

kalitesini oluşturan unsurlar objektif ve subjektif olarak ele alınarak değerlendirme yapılmaktadır).

Bu kavramları açıklayabilmek için bireyin yaşamını sürdürdüğü çevre koşullarına bakmak gerekmektedir. Bu çevre aslında birçok bölümden oluşmaktadır. İlk çevre doğal kaynakların, toprakların ve iklimin yer aldığı fiziksel ortamdır. İkincisi, yaşanan kültürel çevredir, bunun kapsamında, bir toplumun sahip olduğu hukuk kuralları ile ilgili düzenlemeler yanında, politik sistem, gelenekler ve diğer kültürel değerler yer almaktadır. Üçüncüsü ise yaşamın sürdüğü psikolojik çevredir ve bu çevre içinde aile yakınları, arkadaşlar, sevgililer ve iş arkadaşları gibi unsurlar yer almaktadır[154].

Sözü edilen fiziksel, kültürel ve psikolojik çevre birçok yönden bireylerin hayatını etkilemektedir. Çevre koşulları bireylerin yaşam faaliyetlerini sürdürdükleri platformdur ve bu platformda çeşitli faaliyet fırsatları dünyanın her tarafında her insan için çeşitli şekillerde mümkündür. Tabii dünyanın farklı bölgelerine göre bu koşullar da, farklılık gösterecektir. Diğer yandan bu çevre koşulları bireylerin hayatları ile ilgili sınırları da koyar. Bu yüzden her insan bulunduğu çevrede her istediğini yapamaz.

Dışsal koşullar insanların yaşadığı bu platformu çeşitli şekillerde etkiler. Birincisi insan yaşamında meydana getirdiği değişimlerdir, buna dolaylı bir etkilenme de denebilir. Doğrudan etkiler de sözgelimi iklimin nemli olmasının yaptığı etki veya kimyasal atıklar tarafından havanın ve suyun kirletilmesi gibi örneklerde gözlemlenebilir. Tabi bu etkenler fiziksel ve mental anlamda etkide bulundukları gibi, bunların etkileri kısa ve uzun dönemli de olabilir. Bu durumun içsel yansıması da ise kişinin iyiliği üzerinde etkide bulunur.[155]

---

[154] Işık, a.g. s.136. ile David Phillips R and Yola Werhasselt, *"Introduction: Health and Development"*(edited by David Phillips R and Yola Werhasselt), **Health and Development**, Routledge, London and New York, 1994, s.4 ve World Health Organization, *Our Planet , Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment*, Geneva, WHO, 1992.

[155] Veenhoven, R., a.g.k., s.12 ile Nordenfelt a.g.k., ss.137-8.

Burada dışsal koşulların meydana getirdiği iyilik kavramı ile kişinin kendi içinde oluşan iyilik kavramı arasındaki farkı anlatmaya çalışalım. İyilik kavramı bir takım dışsal etkenler tarafından yaratılmakta, etkilenmekte ve bazen de yok edilmektedir. Bu şekilde dışsal koşulların katkısıyla kişinin durumunda meydana gelen pozitif yöndeki iyileşmeleri ya da iyilik durumuna refah adını veriyoruz.[136] Dışsal faktörlerin kişinin durumunu negatif yönde etkilemesi, bu sonuçları yaratması da iyiliğin tersi olan kötüleşme ve refahın azalması(illfare) olarak adlandırılır. Burada refah kavramı ile tanımlamaya çalıştığımız iyilik kavramları arasında önemli bir alan vardır. iyilik kavramını gerçekte sadece dışsal faktörler etkilemez, aynı zamanda birtakım içsel faktörler de etkileyebilir. Karakter, fiziksel ve mental anlamdaki güçlülük bunlardan birkaçıdır. Bu kavramların kişiyi pozitif yönde etkilemesi içsel iyilik oranını yükseltirken, negatif yönde etkilemesi de içsel iyilik oranını düşürecektir. İçsel anlamdaki iyilik kavramının derecesini yükselten veya düşüren birçok faktörden söz edilebilir. Günlük faaliyetler, yeme, içme, gezme, eğlenme vb. gibi.

Bu durumda aslında birey refahı hem dış çevre koşullarına hem de kişinin iç durumuna ve kişinin yaptığı aktivitelere bağlı olarak değişmektedir. Bütün bu faktörler kişinin iyi olmasına ya da kötü olmasına neden olmaktadır.

Farklı sınıflarda yer alan insan ya da insan gruplarının refah düzeyleri farklı olmaktadır. Fakat hepsinin özde bir ortak noktası vardır. Bunlar yaşamsal gerekler ile bunun içerdiği unsurlar ile iyilik kavramını oluşturan koşullardır. Bu koşullar da bütün insanların refahı için gerekli olan koşullardır. Yaşamsal minimum gereklerin ortak nokta olmasına karşın bunun en üst sınırı yoktur, çünkü belirlenmesi zordur. Ancak refah kavramına sosyal bir kavram olarak bakıldığında, bu durumda toplumun refahının ölçütü ne olacaktır, nüfusun tamamı mı ele alınacaktır, yoksa belirli gruplar mı ele alınacaktır, ya da bütün bireyler için tek bir refah kavramı mı kullanılacaktır. Burada Veenhoven'in ileri sürmüş olduğu ve

[136] Veenhoven, R., a.g.k., s.12 ile Nodenfelt, ss.52-55.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Nordenfelt'in yorumladığı refahın minimum ortak şartları ile refahın ortak minimum realize edilebilir koşullarının belirlenmesi ölçütleri kullanılabilir.

Diğer yandan mutluluk kavramı ile ilgili de birtakım hususların da açıklanması gerekmektedir. Nordenfelt'e göre hayatın kalitesi kavramı mutluluk kavramı ile birlikte tanımlanmalıdır. Bundan dolayı da mutluluk kavramının iyi bir şekilde analiz edilmesi gerekmektedir. Nordenfelt'de mutluluk kavramı isteklerin tatmin edilmesiyle ilişkilidir ve bu durum aşağıdaki şekilde formüle edilebilir.

$$\frac{\text{Tatmin edilmiş isteklerin sayısı}}{\text{Toplam istek sayısı}}$$

Nordenfelt bu formülden hareket etmek yoluyla mutluluğun derecelerinin bile ortaya konabileceğini ileri sürmektedir. Örneğin 100 istekten 90'ı tatmin edildiğinde ortaya çıkan mutluluk derecesi ile 100 istekten 30'nun tatmin edildiği örnek arasında önemli farklar vardır.

Diğer yandan hayatın kalitesi kavramının temelini oluşturan mutluluk kavramı ile ilgili Nordenfelt dışında Kenny, Broad, Pörn, Tatarkiewicz, Naes, Sandeqeile Kappel ve Nozick gibi araştırmacıların da farklı görüşleri söz konusudur.[157] Örneğin Tatarkiewicz zaman ve zamanın değerlendirilmesi ile mutluluk arasındaki ilişkiyi ele alırken, Naes isteklerin çeşitli ve zengin olmasının birey mutluluğunu artırdığını

---

[157] Nordenfelt, Lennard, **Quality of life, Health and Happiness**, Avebury and Ashgate Publishing Limited, England, 1993, s .55.
A. Kenny, **Action, Emotion, and Will**, Routledge and Kegan Paul, London, 1963.
C.D. Broad, *Emotion and Sentiment*, **Journal of Aesthetics and Art Critisim** Volume 12, 1954.
I. Pörn, *On the Nature of Emotions, in Nededham* P., and Odelstad(edited): **Cahnaging Positions: Essays Dedicated to Lars Lindahl**, Philosophical Studies, University of Uppsala, Uppsala, 1986.
W. Tatarkiewicz, **Analysisi of Happiness**, Martinus, Nijhoff, The Hague, 1976.
S. Naess, *Quality ofLife Research: Concepts, Methods and Applications*, **Institute of Applied Social Research**, Oslo, 1987. Diğer yandan, Sirri Naes'in; Livskvalitet: *Om a ha det godt i byen og pa landet*, **INAS Report**, Volume 2, Oslo, 1979 ojinal eserin İngilizce terciimesine de bakılabilir.
P. Sandeqe, and K.Kappel, *Changing Prefernces: Conceptual Problems in Comapriyng Health Related Quality of Life in Nordenfelt L.*(Edited), **Quality of Life:Oncepts and Measurement**, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, 1994.
R. Nozick, **Anarchy, State and Utopia**, Basill and Blackwell, Oxford, UK, 1974.

ileri sürmektedir. Diğer yazarların, Pörn ve Kappel gibi, isteklerin gerçekleşmesinin yanında aynı zamanda bireyin bu isteklerden hangisine öncelik verdiği ve bu önceliklerin gerçekleşip gerçekleşmediğine göre mutluluğun artıp azalacağını ifade etmektedirler. Diğer yandan, eğitim, kültür yaşanan çevre vb. gibi faktörlerle mutluluk kavramının ilişkilendirildiği çalışmalar da söz konusudur. Yaptığımız çalışmada gerekli olmadığı için bu konuda daha fazla ayrıntıya girilmeyecektir. Mutlulukla ilgili çeşitli teoriler ile ilgili aşağıda dipnotlarda verilen temel kaynaklara bakılabilir.

Sağlık ekonomisi kapsamında sunulan hizmetlerin birey ve toplum refahına hizmet ettiği tartışmasız kabul edilen bir olgudur. Bu durumda sağlığın objektif ve subjektif yönü itibarıyla ortaya çıkan bu refah artışını ölçmek mümkün olabilir. Objektif anlamda genel kriterler söz konusu olduğu için bunlar herkese uygulanabilir. Örneğin, hasta olan kişinin hastalığı tedavi edildiğinde çalışma vb gibi alanlara daha fazla zaman ayıracağı ve daha verimli çalışacak olmasını ölçmek mümkündür. Çalıştığı / çalışmadığı zamanların saat başı ücreti bilindiğinde bu oldukça kolay olur. Ancak sunulan bir sağlık hizmetinin kişiye göre değişiklik gösteren subjektif anlamdaki refah artışı kişilere göre farklılık gösterebilir. Bu durumda bu artış ve azalmaların kişilere göre ölçülmesi nasıl olacaktır?. Sunulan sağlık hizmetlerinin kişilerin hayatına getirmiş olduğu bir iyileşme vardır. Biz buna hayatın kalitesi kavramı diyoruz, kişiye göre de değişiklik gösterdiği için literatürde subjektif sağlığın bir ölçüsü olarak hayatın kalitesi kavramı kullanılmaktadır. Bu alandaki çalışmaların çoğunda sağlık ve mutluluk kavramı bir arada ele alınmaktadır bu yüzden mutluluk ile ilgili açıklamalarımızı yukarıda yapmaya çalıştık. Bunun ne olduğu, nasıl olduğu ve nasıl ölçüleceği bir sonraki başlıkta ele alacağız.

Sağlık ekonomisi alanında yapılan ampirik çalışmalarda sağlığın hayattaki en önemli değer olarak ele alındığını göstermektedir (özellikle Jeffner'in 1989'daki çalışmasına bakılabilir). Bu çalışmada sağlık kavramının tam bir tanımının yapılmasında zorluklar bulunduğu gibi, hastalık ve rahatsızlık kavramlarının tanımının da birtakım zorluklar

ışıdığı açıklanmaktadır (bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık ekonomisinin temel kavramları başlığı altında bu konular incelenmiştir).[158] Burada önemli olan bir teoriyi ve bununla ilgili katkı yapanları belirtmekte de yarar vardır. Holistik teori olarak da adlandırılan ve ilk olarak Amerikalı bilim adamı Caroline Whitbeck (1981) tarafından, sonrasında da Finlandiyalı Ingmar Pörn (1984) ve günümüz de Nordenfelt (1989-1994) tarafından ele alınan sağlığın denge teorisi kurlar içinde en önemli olanlardan biridir. Bu teoriye göre kişinin kabiliyetleri ile amaçları arasındaki dengenin varlığı önemlidir. Eğer bu kabiliyetler kişiyi yaptığı faaliyetlerin amacına ulaştırıyor ya da amaçlarını realize edebiliyorsa bu kişi sağlıklıdır denmektedir. Tabii yine bu amaçları farklı oranlarda gerçekleşmesinin sağlığın farklı derecelerinin ortaya çıkmasına neden olacağı açıktır. Pörn bu konudaki düşüncelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir.

"Sağlık kavramı bir kişinin repertuvarının (sahip olduğu yetenek ve varlıklar) kendi amaç profilini gerçekleştirecek yeterlilikte olmasıdır. Hasta olan kişi odur ki onun sahip olduğu kaynaklar, bu kişinin ihtiyaçlarının gereğini yerine getirebilmede yeterlidir"[159]

Görüldüğü gibi Pörn de Aristo'nun felsefesine uygun olarak sağlık, mutluluk, yetenekler ve bunların kullanılması arasında ilişki kurmaktadır.[160]

5.3. SUBJEKTİF SAĞLIK KAVRAM VE KAPSAMI

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere objektif sağlık kavramı konusunda uzmanlar arasında bir konsensüs vardır ve bunun ölçülmesi oldukça kolaydır. Hastalığın ortaya çıkmasında uzman kimseler bunu rahatlıkla belirleyebilecekleri gibi, bu hastalık tedavi

---

[158] Bu konuda hastalık ve rahatsızlıkla, bakınız, ICD; *The Manual of Internationall Statistical Classification of Diseases, Injures and Causes of Death*, bu ölçütlerde hastalık, yaralanma ölüm vb gibi haller tek tek sıralanmıştır.

[159] Pörn, I., *An Equilibrium Model of Health*, in Nordenfelt L., and Lindahl B.I.B.(edited): Health, Disease and Casual Explanations in Medicine, D.Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1984, s.5.

[160] Bu konuda detaylı bilgi için; Abdülkadir, **Hayatın Kalitesinin Temellerinin Klasik iki Teorisi : Aristo ve Bentham'ın Görüşleri**, başlıklı çalışmasına bakılabilir.

edildiğinde/edilemediğinde ortaya çıkan refah artışı/kaybı kolaylıkla belirlenebilir. Ancak subjektif sağlık kavramında kişinin kendini nasıl hissettiği önemli olmaktadır. Bu konuyu açıklayabilmek için gündelik hayatımızdan kesitler vererek konuya başlayabiliriz.

Sabahları kalktığımızda kendimizi kötü hissettiğimiz günler az değildir. Bu kötü göstergelerin bir hastalığın ilk belirtileri olduğu konusunda çoğunlukla bir deneyime sahibizdir. Ancak bu tür durumlarda kişinin kendisi doğrudan ve hemen bir değerlendirme yapacak bilgiye sahip değildir. Kişi bu koşullarda kendi vereceği hükümlere ve değer yargılarına güvenmez. Ancak basit kontroller yapabilir, termometre kullanmak ve ateşini ölçmek gibi. Bu basit kontrol işlemleri eğer objektif bir hastalığın belirtisi olmuyorsa ve bu işareti vermiyorsa, normal olarak hastalığımızın olmadığını düşünüp, semptomları ihmal edip işimize gideriz.

Bu örnek sağlık ekonomisinde ki subjektif semptomlar ile objektif işaretler arasındaki geleneksel çelişkiyi ortaya koyar. Bu durumu tanımlamanın ortak yolu, sosyoloji ve sosyo-medikal literatürde kişinin subjektif olarak rahatsız olması ancak objektif olarak sağlıklı olmasıyla ifade edilmektedir. Bu durumu ortaya koymak için aslında objektif ve subjektif sağlık arasındaki ayrıma bakmak gerekir ve bunu açıklayabilmenin en iyi yolu da subjektif sağlığın bir türü olan hayatın kalitesi kavramıdır.[161]

Objektif anlamda sağlıklı olup olmamanın belirlenmesi ancak teşhis yoluyla mümkün olabilir. Bu amaçla yapılan kontrollerde tipik olarak enfeksiyonel hastalıkların ya da başka bir hastalığın belirtisinin olup olmadığına bakılır. Bu yüzden bu durumda subjektif rahatsızlık ya da objektif rahatsızlık ifadeleri yerine subjektif rahatsızlık ile hastalığın objektif belirtileri kavramları kullanılır. Daha önce de belirtildiği gibi, subjektif rahatsızlık kişilere göre değişiklik gösterecektir, ancak objektif işaretler konusunda uzmanlar (doktorlar gibi) bir konsensüs vardır.

---

[161] Pöm, a.g.ç., ss.5-7., ile Nordenfelt, a.g.k., s.45.

Subjektif sağlık kavramını iyi anlayabilmek için sağlık kavramını da iyi anlamak gerekir. Son dönemlerde yapılan tıbbi sosyoloji ile antropoloji alanındaki çalışmalarda ilk basamakta hastalık, rahatsızlık vb. gibi ile aynı anlama gelen kavramlarının İngilizce de ki kullanımları arasındaki ayrım ele alınmaktadır. Bunlara göz atıldığında ilk ayrımın hastalığın ifadesinde kullanılan ***disease*** ve ***illness*** kavramları arasında yapıldığı, ikinci ayrımında ***illness*** ve ***sickness*** arasında yapıldığı görülmektedir. Bu ayrımın yapılmasında J.H. Marinker'in yaptığı çalışma[162] temel oluşturmaktadır.

Marinker'in bu çalışmada yaptığı ayrım aşağıdaki gibidir;

a) Disease (hastalık), patolojik bir süreçtir; boğaz enfeksiyonu, kanser, bazen tanımlanamayan hastalıklar şizofreni gibi. Tanımlanan hastalık (disease) kalitesi biyolojik formdan uzaklaşmadan dolayı ortaya çıkan sapmalar sonucu oluşmaktadır.

b) Illness (rahatsızlık) bir histir, tamamen kişiseldir ve kişinin kendini sağlıklı hissetmemesidir. Hastanın içsel durumuyla ilgilidir. Bazen "Illness" durumlarda hiçbir "Disease" durumuna rastlanmayabilir.

c) Sickness ise sağlıksız olmanın dışsal ve halk modundaki ifadesidir. Sickness pazarlığı yapılan bir pozisyon, bir statü ve sosyal bir rol olarak tanımlanmaktadır.

Marinker'in yaptığı bu ayrımlarda üzerinde durduğu Disease (hastalık) kavramı vücut için fiziksel bir süreci; Illness (rahatsızlık) bir hastalıkla ilişkili olan / olmayabilen duyguları; Sickness ise kişinin adapte olduğu sosyal rolün yerine getirilmesinde his olarak ill (rahatsız)olmasıdır. Tabi ki bu yaptığımız açıklamalar halen net değildir ve bu konudaki tartışmalar sağlık ekonomisinde devam etmektedir. Bu da konunun teknik ve kavramsal açıdan sofistike olmasından kaynaklanmaktadır.[163]

---

[162] J.H. Marinker, *"Why Make People Patients"*, Journal of Medical Ethics, Volume I, 1975, ss.81-84.

[163] A.R. Feinstein, Clinical Judgement, Robert E. Krieger Publishing Comapany, Huntington, New York, 1967, ss.24-25.

Boorse ise *disease (hastalık) ile Illness (rahatsızlık)* arasında aşağıdaki ayrımı yapmaktadır; buna göre yeterince ciddiyse bir rahatsızlıkta hastalıktır.[164]

Boorse ve diğerleri arasındaki temel fark Ilness (rahatsızlık) kavramının hastalığın bir alt kavramı olarak tanımlanmasıdır. Diğer yandan Pörn ve Nordenfelt'de ise daha teknik bir bakışa rastlanabilir. Burada illness sağlığın karşıtı olarak kullanılmakta, ancak devam eden sağlık koşullarının bir parçası olmaktadır. Hastalık ise vücudun içerisinde meydana gelen rahatsızlıklardan kaynaklanmaktadır.

Kavramsal açıdan bu araştırmacıların ileri sürdüğü yapı aşağıdaki gibi özetlenebilir;[165]

Araştırmacı		Kavram Tanımlama
Marinker	illness	= hisler ve normal deneyimleri hastalıklar izler
Feinstein	illness	= subjektif duyular ve hastalıklardan kaynaklanan objektif belirtiler
Boorse	illnesses	= hastalıklara alt oluşumları
Pörn/Nordenfelt	illness	= sağlıklı olmama

5.4. SUBJEKTİF SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ

Sağlık ekonomisi alanında çalışan araştırmacıların çoğu mutluluk kavramını, sağlık ve subjektif sağlık kavramını temel olarak özellikle bireylerin hayat kalitelerinin ölçülmesinde yaygın bir şekilde kullanmaktadırlar. Aşağıda vereceğimiz yöntemlerin tamamı sağlık hizmetleri ile ilgili uygulanabilecek yöntemlerdir. İlk olarak *Nottingham Sağlık Profili'ni (Nottingham Health Profile)* ele alacağız. *Rosser Instrument* sağlık hizmetleri ile yakından ilişkilidir. Hayatın kalitesinin ölçülmesinde *Kajandi Instrument* ve *Aggernaes'in ihtiyaçları baz alan yaklaşımı (need related instrument)* daha genel bir yaklaşımdır ve sağlık sektörü dışında da kullanım alanı vardır). NHP ise açık bir şekilde subjektif sağlığı ölçmeyi amaçlarken, genel anlamdaki iyileşmelerle

---

[164] Boorse, C., *Health as a Theoretical Concept*, Philosophy of Science, Volume 44, 1977, pp. 542-573.
[165] Nordenfelt, a.g.e. ss.103-106.

doğrudan ilgili değildir. Rosser İnstrument'de sağlıkla ilişkili olarak ortaya çıkan hayatın kalitesini ölçmeyi amaçlar. *Kajandi Instrument ile Aggernaes Need-Related Instrument'de* birtakım sorular araç veya ölçü olarak kullanılarak hayatın kalitesi ölçülmeye çalışılmaktadır.

5.4.1. SUBJEKTİF SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ VE HAYATIN KALİTESİ KAVRAMININ SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI

5.4.1.1. NOTTİNGHAM SAĞLIK PROFİLİ

1970'li yıllarda İngiltere'de Nottingham Üniversitesi, Toplum Sağlığı Bölümü Araştırmacıları tarafından geliştirilen ve Notingham Sağlık Profili olarak adlandırılan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım subjektif sağlığı ölçmeyi amaçlamaktadır. Bunu elde etmek için araç olarak NHP kullanılmaktadır. NHP yönteminde subjektif sağlığı ölçmek amacıyla temel bazı sorular sorularak ve daha sonra bu soruların cevapları standart tıbbi teknikler ile karşılaştırılarak yapılan değerlendirmelerle hayatın kalitesi ölçülmeye çalışmaktadır. Hayatın kalitesini belirleyecek başka yöntemlerin sınırlı olması ve NHP yönteminin kolaylığı nedeniyle (başlangıçta) Avrupa ülkelerinde yaygın olarak kullanılmıştır. Sonuçta geçerliliği ve güvenilirliği olduğu kabul edilen testlerden oluşan bu yöntem subjektif sağlık fenomenini anlamak ve aynı zamanda kültürel değişkenleri araştırmak amacına da hizmet etmiştir.[66]

Son dönemlerde NHP'nin mimarları arasında yer alan Sonia Hunt kişinin subjektif sağlık durumu ile ilgili olarak aşağıdaki hususların elde edilmesi halinde NHP kullanılarak hayatın kalitesi ile ilgili olarak daha net bir tablo ortaya çıkacağını ileri sürmektedir. Bu çerçevede;

---

[66] Sonia M. Hunt; I. Wiklund ve G.A. Kaplan gibi araştırmacılar NHP'nin mimarları sayılmaktadır.

1. Algılanan sağlık kavramı: içinde bulunulan tıbbi koşullardan çok sağlık hizmetlerinin kullanımı ile çok daha yakından ilişkilidir.[167]

2. Karşılaştırmalar için objektif ölçüler kullanıldığında, sağlığının zayıf olduğunu ileri sürenlerde ölüm riskinin 2-3 kat daha büyük olarak ortaya çıkmıştır. Sağlığının mükemmel olduğunu ileri sürenlerde ise bu oran daha düşük olmakta(yani, sağlığının kötü olduğunu düşünen kimselerdeki ölüm riski, sağlığının iyi olduğunu düşünenlere göre ölüm riski 2-3 kat daha fazladır.[168]

3. Doktorlar ve hastalar arasında tedavinin başarılı olup olmadığı konusunda anlaşabilirlik düşük düzeydedir.[169]

Hunt'a göre subjektif sağlık (ya da sağlığın fenomenolojisi) ile ilgili güvenilir bir tablo elde edebilmek için kullanılan soruların oluşturulmasında sağlık profesyonellerinin kullandığı dilden farklı, gündelik hayatta kullanılan basit bir dil kullanılmalıdır. Bundan dolayı NHP Instrument'i teknik terimler içermemekte, kişilerin sağlık durumlarının iyi olmadığını konuşma diline özgü kelimelerle ifade etmeleri sağlanmaktadır.

5.4.1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAYATIN KALİTESİ VE SAĞLIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ; THE SICKNES IMPACT PROFİLE(SIP) YAKLAŞIMI

NHP'nin en az üç kategorisinde subjektif sağlığı ölçecek maddeleri içermediği yönünde gelen eleştiriler hayatın kalitesi alanında

---

[167] Sonia Hunt, Subjective Health Indicators and Health Promotion, Health Promotion, Vol3, No.1, 1988, s.23-34.

[168] Kaplan, G.A., and T. Camacho, *Perceived Health and Mortality: a Nine Year Follow-up of the Human Population Laboratory Cohort, American Journal of Epidemiology*, Volume 117, 1983, ss.292-298.

[169] Orth-Gomer,K., et. Al. *Quality of care in an Outpatient Department: The Patient's View*, Social Science and Medicine, Volume 13, 1979, ss.347-351.
Hunt, Sonia M. And J. Wiklund, *"Cross-Cultural Variation in the Weighting of Health Statements: A Comparison of English and Swedish Valuations"*, *Health Policy*, Volume 8, 1987, ss.227-35. *McKenna, S.P., s.M.Hunt; J. McEwen,* "Weighting the Seriousness of Perceived Health Problems Using Thurstone's Method of Paired Comparisons", International Journal of Epidemiology, Volume 10, No:1, 1981, ss.93-97.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

çalışan bilim adamları tarafından genelde kabul görmüştür. Buna karşın yine aynı çevrelerce eksikliğine rağmen, NHP' nin genel anlamda mutluluk ve hayatın kalitesinin ölçülmesini sağladığı da belirtilmektedir. Bundan dolayı NHP'nin subjektif sağlık ve hayatın kalitesini ölçen bir kavram olduğu yorumu yaygın bir şekilde yapılmaktadır. Hayatın kalitesi kavramı NHP'nin bir unsurudur, bununla birlikte, subjektif sağlık konularıyla açıkça ilişkili olmaması, bir elin havada boşlukta durması gibi bir izlenim uyandırmaktadır.[170]

NHP'ye alternatif olarak "Hastalık Etki Profili" (Sickness Impact Profile), yine aynı dönemde ABD'li araştırmacılar tarafından 1970'li yıllarda geliştirilmiştir. Bu yöntemin kapsadığı alanın NHP' ye göre daha geniş olması SIP'in avantajları arasındadır. Bu yöntemde ölçme yapılırken daha geniş olarak insan faaliyetleri (uyku, yeme, çalışma, ev yönetimi, dinlenme, sosyal etkileşme, duygusal davranışlar, iletişim v.b. gibi) ele alınmaktadır. Bu yöntem hastalığın kişilerin günlük faaliyetleri üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ancak bu daha çok algılanmakta olan sağlığın bir ölçüsü olarak kullanılmaktadır.[171]

Bunun dışında SIP'in aynı zamanda aşağıda belirtilen özelliklerinin olduğu da ileri sürülebilir;

a) SIP'in ölçülerinden biri, hastalığın kişinin günlük aktiviteleri üzerindeki etkileri olarak tanımlanmaktadır. Bütün maddeler bundan dolayı NHP' yönteminin aksine ilişkiler ve mental durumlar yerine, aktivitelere dayandırılmaktadır,

b) Aktiviteler sağlık ve rahatsızlıkla ilişkilendirilmiş ise dikkate alınmakta ve beyan istenen kimseden bu yönde olumlu bir yanıt beklenmektedir.

---

[170] Hunt, Kaplan ve Wicklund'da bunlar ayrıntılı olarak ele alınabilir, bkz., a.g.çalışmalar

[171] Bergner, M.; R. Bobbit ; W.B. Carter and B.S. Gilson, "*The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure*", Medical Care, Volume XIX, No:8, 1981, s.787.

SIP yönteminde, hayatın kalitesinin ölçülmesinin amacı hastalıklar tarafından etkilenme düzeyi olarak ele alınmaktadır[170].

SIP yaklaşımında hastalığın tam bir tanımının yapılmış olmaması bir eksiklik olarak ileri sürülmektedir. Hastalığın ne olduğu, sonuçlarının ne olduğu konusunda kişilerin kendi yorumlarını ele almayı tercih etmektedir. Bunun yanında hastalık, ve aktivitelere dayalı olarak ortaya çıkan hastalık arasında bir ayrım olarak değerlendirilmez. SIP'in günümüzdeki uygulamaları daha çok *"algılanan sağlığın bir ölçüsü"* olduğu yönündedir[173].

5.4.1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAYATIN KALİTESİ VE SAĞLIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: NAES VE SWEDİSH INSTRUMENT

Bu yaklaşım da hayatın kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır ve NHP'den oldukça farklıdır. NHP' yönteminin aksine Kajandi yaklaşımında refah iyileşmeleride göz önüne alınmaktadır. Kajandi yaklaşımının temeli Norveçli Psikolog Siri Naes'in çalışmasına dayanmaktadır.[174]

Swedish Instrument, uygulamada *Kajandi Yaklaşımı* olarak da adlandırıl-maktadır. Bu yaklaşımı ele alırken öncelikle NHP ile arasındaki farkları ele almakta yarar vardır. Bu farklar aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır;

1) *Kajandi Instrument*, subjektif sağlığı veya sağlıkla ilgili temel faktörleri ölçmek için NHP yönteminden daha geniş bir alanı kapsamaktadır. Bununla birlikte bu yaklaşımın ortaya konulmasındaki ilk amaç psikiyatrik bakım hizmetleridir.

---

[170] Gilson, B.S. et all., *"The Sickness Impact Profile"*, American Journal of Public Health, Volume 65, No: 12, 1975, ss.1304-1310.
[171] Bergner ve diğerleri, a.g.e., ss.787-806.
[174] Naess, Siri, *"Quality of Life Research: Concepts, Methods and Applications"*, Institute of Applied Social Reserach, Oslo, 1987, s.s.16-26, ve Alan Williams, The Measurement and Valuations Health: A Chronicle, York University Discussion Papers No:136, Sussex University Library No:1030258, 1995, ss.2-4.

2) Kajandi Instrument yaklaşımında ele alınan kavramların tamamına değil de belli bir bölümü üzerine yoğunlaşılmaktadır. Bu yaklaşımın içeriği Norveçli psikolog Naes'in çalışmalarından önemli ölçüde etkilenmiştir.

3) Kajandi Instrument yaklaşımı açık bir şekilde bir kişinin hayat kalitesi üzerinde etkili olan ve bu kalitenin içeriği ile ilgili bütün önemli faktörleri kapsamayı amaç edinmektedir.

Naes'in teorisine göre bir kimsenin hayatının kalitesini belirleyen dört unsur vardır. Bunlar;

a) Faaliyet,
b) İyi Kişisel İlişkiler,
c) Kendine Saygı,
d) Mutluluk Hali'dir.

Naes' e göre ileri sürülen bu dört ana faktör ile birlikte bu faktörlerin alt unsurları da hayatın kalitesi kavramının önemli unsurlarını oluşturmaktadır. Naes'in ileri sürdüğü bu dört faktörün alt unsurları ise aşağıdaki gibi ifade edilebilir.

1) Faaliyet; içinde bulunulan ya da düşülen olumsuz durum; enerji; Kendini anlama, özgürlük,
2) İyi kişisel ilişkiler; özel ilişkiler; arkadaşlık; kendine güven,
3) Kendine saygı; kendini kabullenme ve kabul ettirebilme,
4) Mutluluk hali; duygusal deneyim; güvenlik; mutluluk.

Naes'in görüşlerine bakıldığında hayatın kalitesi kavramı psikolojik bir kavram olarak kullanılmakta ve bu da kaba olarak iyilik-iyileşme kavramına eşit olmaktadır. Naes tek başına yaşayan kişinin veya bir grup insanla ilişkide bulunan diğer kişilerin sahip olduğu fırsatlara sahip olamadığını ve bu yüzden de hayatının kalitesinin de düştüğünü ifade etmektedir. Sosyal yaşamın değeri ile ilgili olan bu gerçeği Naes aşağıdaki gibi ifade etmektedir.

Kajandi yaklaşımında ise, Naes'in teorik varsayımları göz önüne alınmak suretiyle üç unsur üzerinde durulmak kaydıyla anket yapılmaktadır. Bunlar;

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

1) dışsal hayat şartları,
2) kişiler arası ilişkiler
3) iç psikolojik durumdur.

Dışsal hayat şartları; çalışma koşulları, ekonomik durum ve yaşam koşullarıdır. Kişiler arası ilişkileri; partnerle olan ilişkiler(çiftler arası), arkadaşlarla olan ilişkiler, aile ilişkileri ile çocuklardan biri veya tamamı ile olan ilişkilerdir. İç psikolojik durum; içsel olarak içinde bulunulan olumsuz durum, enerji, kendini anlama, özgürlük, kendine güven, kendini kabul ettirebilme, duygusal deneyim, güvenlik ve temel mutluluk halidir.

Kajandi Instrument sıkı bir şekilde hazırlanan soruların sorulmasından ibaret değildir. Değişkenler yapılacak görüşme sonrasında belirlenmektedir. Bu görüşmeyi yapan/yapanlar kendi alanında deneyimlidirler. Bu görüşme yapılırken sadece subjektif olarak alınan beyanlar dışında el-kol hareketleri, jestleri ve mimikleri kısaca vücut kullanma dilini de tamamen dikkate almaktadırlar.

Kajandi Instrument uygulamasında dış şartların tanımlanması yanında, iş deneyimi, koşulları, stresli olup olmadığı, işi sevip sevmediği kişinin kendini güvende hissedip etmediği, işsiz kalacağı konusunda bir tehdit ya da endişesinin olup olmadığı gibi konular da dikkate alınır. Kajandi burada işsizlik olgusunun kişinin mental durumu üzerinde olumsuz etkiler yaptığını özellikle vurgular.[175]

Kajandi Instrument yaklaşımında hayatın kalitesi ölçülürken, yapılan önemli bir ayrım, hayatın kalitesi kavramının subjektif olarak değerlendirilmesi yanında, objektif olarak da tanımlanması, ya da objektif-subjektif karışı olarak değerlendirilmektedir. Burada ekonomik standart, gelir, refah, barınma standartları gibi kriterler de alındığı için bu ayrım net bir şekilde yapılmaktadır. Buradan çıkan sonuç Kajandi yaklaşımının iki temel kavram üzerine oturduğudur. Bunlardan biri hayatın kalitesi kavramının karışık; objektif ve subjektif bir kavram

[175] Nordenfelt, a.g.e., s.132.

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

olarak, bir diğeri ise, doğrudan ve yalnızca Nordenfelt'de olduğu gibi Sabjektif bir kavram olarak ele alınmasıdır.

5.4.1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAYATIN KALİTESİ VE SAĞLIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ; İNSAN İHTİYAÇLARI YAKLAŞIMI VE AGGERNAES

Sağlık ekonomisi literatüründe hayatın kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda yukarıda anlatmaya çalıştığımız görüşlerden tamamıyla farklı ve tamamen psiklolojik temellere (özellikle de psiko dinamik) dayanan ve teorisinin insan ihtiyaçları ve gereksinmeleri üzerine kurulduğu bir yaklaşım daha vardır. Bu görüşün temelinde, temel ihtiyaçlarının tatmin edilmesi durumunda, kişilerin bulundukları ya da sahip oldukları hayat kalitesine sahip oldukları ileri sürülmektedir. Bu düşüncenin klasik temelinde Amerikalı psikolog Maslow'un *Motivation and Personality* ve 1968'de yeni yorumlar getirdiği *Toward Psychology of Being* adlı çalışmalarına dayanmaktadır. Bu çalışmalarda Maslow bütün dünyada bilinen ve ünlü bir teori olan *İnsan ihtiyaçlarının hiyerarşisi teorisi*'ni sunmaktadır.[176]

5.4.1.4.1. MASLOW'DA İHTİYAÇ KAVRAMI

Maslow'un yaklaşımlarında dayandığı teori belirli psikoljik ve biyolojik varsayımlara dayanır. Maslow'a göre biyolojik ve psikolojik temele dayanan belirli ihtiyaç nesneleri bulunmaktadır ve bunlar bütün insanlığı ilgilendiren evrensel niteliktedir. Bu nesnelerin temel insan ihtiyaçları statüsüne sahip olduğu ileri sürülmektedir. Bu evrensel ihtiyaçlar arasında Maslow, psikolojik ihtiyaçları yeniden ele almış, bunun yanında güvenlik ihtiyacı, arkadaşlık, yakınlık ve sevgi ihtiyacı, kendine saygı ile kendini realize etme gibi kavramları da bu kapsamda ele almıştır. Maslow'a göre bir kişinin temel ihtiyaçlarının tatmin edilmesi demek, yukarıda belirtilen ihtiyaçların kesin ve tam olarak tatmin edilmesine bağlıdır.[177]

---

[176] Maslow, Abraham, Motivation and Personality, Irwin Book, USA, 1954 ile aynı yazarın Toward of Psychology of Being, Delmar USA, 1968, adlı eserlerine bakılabilir

[177] Maslow, a.g.e., s.98-104.

5.4.1.4.2. AGGERNAES TEORİSİNDE HAYATIN KALİTESİ VE İHTİYAÇLARI

Aggernaes köşe taşları temel insan ihtiyaçları kavramına dayanan hayatın kalitesi ile ilgili oldukça yararlı bir teori geliştirmiştir. Aggernaes'in geliştirmiş olduğu teorinin yapısı aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

a) Temel insan ihtiyaçları bütün insanlık için aynıdır. Temel insan ihtiyaçları olduğu gibi tatmin edilmedikçe hayatın kalitesi düşer,

b) sağlık; kişilerin temel ihtiyaçların tatmin edilmesi için kişinin kendi kaynakları ve çevre şartlarından etkilenmektedir bu koşulların düzeyi kişinin sağlıklı ya da sağlıksız olmasına neden olacaktır,

c) objektif olarak hayatın kalitesi kişilerin bireysel ihtiyaçları ve tatmin düzeyinden oluşur,

d) Bireylerin ihtiyaçlarının tatmin edilmesi ile ilgili olarak bireysel hisler de, tatmin edilmenin bir derecesidir,

e) c, şıkkında ifade edilen tatmin edilmenin derecesi ise subjektif anlamda hayatın kalitesini vermektedir.

İnsan ihtiyaçları yaklaşımı olarak da ele alınabilen bu yaklaşımda dikkatler ihtiyaçlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bir kimsenin temel ihtiyaçları en iyi şekilde tatmin edilmişse, bu kişi hayatın kalitesi açısından da en üst düzeydedir fikri benimsenmektedir.

Aggernaes'in yaklaşımı açık ve gelişmiş bir yaklaşımı temsil eder. Bu yaklaşıma yöneltilen eleştiriler temel olarak ihtiyaç kavramının tanımlanması ile ilgili ortaya çıkmaktadır. Aggernaes yaklaşımını literatürde yöneltilen olumlu eleştiriler daha fazladır. Ancak insan doğası ile ilgili formülasyonları biraz daha geliştirmesi yönündeki eleştiriler önemlidir. Çünkü Aggeranes sadece hayatın kalitesini ortaya koymayı amaçlamaz, bunun yanında insan doğası ile kuralların verilmesi ve bu sayede insan yaşamı ile ilgili en iyi rotaların belirlenmesi amaçlanmaktadır. Aggeranes yaklaşımında hayatın kalitesi ile birlikte

mutluluğun temel koşulları incelenmektedir. Bunlar da psikolojik ve biyolojik minimum koşullar olarak verilmektedir. Bu koşulların tanımlanabilmesi oldukça önemli bir konudur. Tabii bu bağlamda bütün boşlukların bireyler için tek tek ve tamamıyla tanımlanması, ve bunun mutluluk ve hayatın kalitesi için kullanılmasının uygulamada zorlukları vardır.

5.4.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAYATIN KALİTESİ VE SAĞLIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: EKONOMİK YAKLAŞIM "QUALTIY ADJUSTED LIFE YEARS" VE YORK OKULU

Şimdiye kadar ele aldığımız hayatın kalitesi kavramının ölçülmesinde bir bireyin hayat kalitesi içsel ve dışsal şartlar sonucunda oluşan refah ve bunun sonucu olarak kişinin hayatından duyduğu tatmin veya mutlulukla ilişkilendirilmişti. Şimdi ele alacağımız *York Okulu* yaklaşımı ekonomik bir yaklaşım olması nedeniyle diğer yaklaşımlardan ayrılmaktadır.

Modern tedavi yöntemlerinin sağlık ve sağlık hizmetleri ile doğrudan ilgili olması, hayatın kalitesi kavramının bu tedavi yöntemleri ve dolaylısıyla da sağlık hizmetleri ile ilgili olmasını sonucunu doğurmaktadır. Bu süreçte sağlıkla ilgili konuların analiz edilmesinde *QALY olarak kısaltılmış Quality Adjusted Life Years* analizi yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Hatta ABD ve İngiltere'de ki bazı uygulamalara bakıldığında bu şekilde yapılan analizin amacının ulusal düzeyde sağlık hizmetleri için kaynak tahsis edilmesinde bir temel olarak ele alınmasıdır. Bu yüzden, bu analiz ya da analiz projesinin aşağıdaki sorulara yanıt vermesi beklenir

1. Sağlık hizmetleri ile ilgili kaynaklar nasıl dağıtılmalıdır?

2. Temel bakım hizmetlerine mi yoksa uzmanlık gerektiren sağlık hizmetlerine mi öncelik verilecektir,

3. Kaynakların etkin tahsis edilmesi açısından yapılacak operasyonların birbirine karşı önem derecesi nedir(kalp nakli, böbrek nakli ve kalça çıkığının ameliyat edilmesi gibi,

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tabii bu sorular çoğaltılabilir. Ancak yukarıda belirttiğimiz bu soruların yanıtları için izleyen sorunların çözülmesi gerekir; Toplumun hayat kalitesinde optimum düzeyi elde edebilmek için hangi ölçüler oluşturulacak? ya da bu ölçütler ne olacak? Hayatın kalitesini en yüksek derecede gerçekleştirecek şekilde kaynaklar nasıl tahsis edilecek? Kişilerin her biri için bu bağlamda oluşacak denge noktası nedir? Bunun dışında A nın hayat kalitesinde B ye göre meydana gelen bir gelişme ya da ilerlemeyi nasıl belirleyebiliriz? gibi konuların açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Sağlık ekonomistlerin bu konu ile ilgili projeyi ele alırlarken çoğunlukla aşağıdaki süreci izlemektedirler:

1. Hayatın kalitesinin ölçülmesi için gerekli olan temel kriterler veya ölçülerin belirlenmesi,

2. Projeler de zaman faktörünün doğrudan ele alınmasının gerekliliği,

3. Gelecekteki sağlık durumunun ne olacağı konusunun bilinmesi,

4. Kaynakların tahsisi edilmesi ile ilgili bir projenin farklı projelerin sonuçları ile ilgili sonuçları da içermesi,

5. Hayatın kalitesinin değerlendirilmesi sorununun çeşitli insan grupları için ele alınması,

6. Farklı proje tipleri için ortaya çıkan gerçek maliyetlerin ele alınabilmesi gerekir.[178]

Alan Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve genel amacı, sağlıkla ilgili olan hayatın kalitesini ölçmeye yarayan sofistike ve oldukça kapsamlı bir yöntemdir.

---

[178] Rachel Rosser, and P. Kind, "*A Scale of Valuations of States of Illness: Is There a Social Consensus*", International Journal of Epidemiology, Volume 7, No:4, 1978, ss.347-358. Bu konuda daha detaylı bilgi için ayrıca, P. Kind; R.Rosser and Alan Williams, "*The Valuation of Quality of Life: Some Psyhometric Evidence*" (edited by M.W. Jones Lee), The Value of Life and Safety, North Holland, 1982' ye bakılabilir.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık alanında hayatın kalitesi ve sağlığın ölçülmesinde kullanılan bu yaklaşım ekonomik yaklaşım olarak da adlandırıl-maktadır. *Rachel Rosser* tarafından ortaya atılmış[179] daha sonrada Alan Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu yaklaşım *York Okulu Yaklaşımı* olarak ele alındığı gibi, *"Yıllara Göre Hayatın Kalitesi"* (*Quality Adjusted Life Years, kısaca; qalys ya da qaly* olarak kullanılmaktadır) olarak da kullanılmaktadır.

York okulunun öncülük yaptığı Qaly yaklaşımı bireylerin sağlıkla ilgili olarak hayatın kalitesini değerlendiren bir araç niteliğindedir. Burada işleyiş oldukça basittir ve bir matrisin iki farklı boyutuyla ilgilenilmektedir (aşağıdaki tabloda bu durum açıklanmaktadır). Matrisin birinci bölümü acı ile ilgili iken, diğer boyutu hastalıkla ilgilidir (hastalık ve sağlık olarak veya maliyet ve fayda gibi iki şekilde de ele alınabilir). Hastalıkla ilgili bölüm sekiz statüden oluşmakta, acı ile ilgili olan bölüm ise dört statüden meydana gelmektedir.[180] Bu statüler için belirlenen kademeler ise hayatın kalitesini yani, sağlığın ölçüsünü vermektedir.[181]

Qaly hayatın kalitesi ve sağlığın ölçüsü konusunda ekonomik bir yaklaşım olduğu için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Matrisin iki tarafında oluşturulan statüler yardımıyla yıllar içinde beklenen hayat kalitesi ile bir bireyin yaşamının geri kalan yılların her biri ağırlıklı olarak hesaplanmaktadır. Beklenen hayat kalitesi, olası sağlık statülerinin her biri ile hayatın kalitesi skorlarının ortalama ağırlıklarının birleştirilmesinden oluşmaktadır.

Hayat beklentisinde sağlanacak bir yıllık bir ilavenin parasal maliyeti birçok sağlık programının değerlendirilmesinde kullanılan standart bir yöntemdir. Hastalık ve acı içinde geçirilen bir yıl

---

[179] Rachel Rosser, and P. Kind, "*A Scale of Valuations of States of Illness: Is There a Social Consensus*", International Journal of Epidemiology, Volume 7, No:4, 1978, s.347-358. Bu konuda daha detaylı bilgi için ayrıca, P. Kind; R.Rosser and Alan Williams, "*The Valuation of Quality of Life: Some Psyhometric Evidence*" (edited by, M.W. Jones Lee), The Value of Life and Safety, North Holland, 1982' ye bakılabilir.

[180] Williams, Alan., The Measurement and Valuations Health: A Chronicle, *York University Discussion Papers*, No:136, s.34 ve örnek uygulama için bakınız ss.35-6.

[181] Wandesleft, Lennard, 1993, s.149.

mükemmel sağlık içinde geçirilen bir yıla göre daha az değerlidir. Bir cerrahın riskli operasyonunu kabul etmek, hastalığın tedavisi ve acıların azalması anlamına gelebilir. Qaly aynı zamanda ekonometrisyenler ve araştırmacılar için sakatlığın farklı durumlar için, bir yılın değerini ölçmek için de kullanılmaktadır. Bunun için de çeşitli Qaly oranları belirlenmektedir, 0.0-ölüm- ve 1.00-mükemmel sağlık gibi. Referans durum olarak ölüm ve mükemmel sağlığa alındığı bir örnekte, hastanede verilen tüberküloz tedavisinin belirlenen 0.00 ile 1.00 arasında belirlenmiş oran olan 0.60 ile üç ayın çarpımı(0.60x3)= 1.8'dir. Bu düzenli bir zaman diliminde tedavinin değerini göstermektedir.[182]

Tablo 12. Rosser ve Kind'e göre sağlık durumunu belirleyen matrisler

	Acı ve üzüntü(fiziksel ve mental anlamda)			
Sakatlık/yetersizlik	Acı ve üzüntü yok	Yumuşak(en alt)	Orta(ılımlı)	Sert(en yüksek)
1	1	2	3	4
2	5	6	7	8
3	9	10	11	12
4	13	14	15	16
5	17	18	19	20
6	21	22	23	24
7	25	26	27	28
8	29	30	31	32

Rosser, R. and P. Kind "*A scale of valuation of states of illness: Is there a social consensus*"?, **International Journal of Epidemiology**, Volume 7, No:4, 1978, ss.347-358.

1 = Sakatlık ve yetersizlik yok,

2 = Küçük oranda bir sosyal yetersizlik,

3 = Sert bir sosyal yetersizlik ve iş yaşamında küçük bir oranda zayıflık. Çok ağır görevler hariç bütün ev işlerini yapabilme yeteneği,

4 = İş tercihi ya da işteki performans çok sınırlıdır. Ev kadınları ve yaşlı insanlar alışverişe gitmeksizin hafif işlerini yapabilme yeteneğine sahiptirler,

---

[182] Bu örnek için; D.L. Sacket and G.W. Torrance, "*The Utility of Different Health States as Perceived by the General Public*", **Journal of Chronic Diseases**, Volume 31, 1978, ss.697-704.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

5= Herhangi bir finansal kaynak olmadan yapamamak. Eğitim sürecini devam ettirememek. Yaşlı insanlar kısa gezintiler ve yürüyüşler hariç eve hapsedilmiştir. Ev kadınları yalnızca basit ev işlerini yapabilme yeteneğine sahiptirler,

6= Sandalye veya tekerlekli sandalyeye mahkum olma ve bu yüzden evin bir tarafından diğer tarafına hareket edebilmek için yardıma ihtiyaç duyma,

7= Yatağa mahkum olma ve sürekli yatakta yaşama zorunluluğu,

8= Bilinçsiz ve şuursuz bir yaşam(hiçbir yetenek yok).

Bu yapıdaki matrisin sağlık ve hastalık (rahatsızlık) ile ilgili düşünülebilecek bütün durumları kapsaması gerekmektedir. Örneğin, akciğer enfeksiyonu, kalp hastalığı, pankreas kanseri veya şizofreni gibi hastalıkları kapsaması gerekir. Bu hastalıkların herhangi bir türü bu matrisin hücrelerinde yer almalıdır. Aynı zamanda matrisin genel çerçevesi ortaya çıkabilecek muhtemel durumları da kapsamalıdır. Uygulamada kesin ve doğrudan bir hastalık durumunun özel bir hücrede verilmesi oldukça zor olmaktadır. Matris farklı durumları organize etmekte, ancak bunları emredici olmamaktadır.

Yukarıdaki tabloyu yorumladığımızda birinci hücrenin ifade ettiği durumun, hücre 5 ya da 9 ifade edilen durumlardan oldukça iyi olduğu açıktır. Bu matriste açık olmayan bir konu 10 ile 13 veya 15 ile 18 arasındaki ilişkidir. Bununla beraber bu matris farklı durumların yerine getirilmesi ile ilgili ana bir şey söylemektedir.

Rosser'in ortaya koyduğu bu yöntemi başarıya ulaştırmak ve eksikliklerini gidermek için York Üniversitesi ekonomistlerinden Paul Kind'in uyguladığı psikometrik test, belirli sayıdaki farklı hücreler için kesin özellikleri ortaya koymakla ilgili bir çalışma niteliğindedir. Bu testin yapılış şekli aşağıdaki gibidir;

Öncelikli olarak Belirli sayıdaki insana seçilmiş altı hücreden kendi durumlarını belirlemeye yönelik sorular sorulmaktadır. Aynı zamanda X hücresindeki bir kişinin, Y hücresindeki kişiye göre kaç kere

hasta olduğu ile ilgili sorular sorulmaktadır. Bu sorulara karşı yapılan beyanlar aynı yaştaki kişiler, aynı durumlar ve benzer tahminler varsayılarak yerine getirilmektedir. İlk altı durumun sıralanması oluşturulduktan sonra test yapılan kişiye geri kalan 23 alternatifi sıralaması için sorular yöneltilmektedir. Sonuçta kadın ya da erkek ölüm durumu ve kendi bulundukları durumu sıralama konusunda soruları muhatap olmaktadırlar.

Kind ve Rosser (1978) yayınladıkları bir çalışmada yaklaşık 70 insanın bu prosedüre tabii tutularak değerlendirildiklerini açıklamışlardır. Kind ve Rosser'in bu araştırmasına matematiksel bir hesaplamada dahil edildiğinde; ***bir kişinin hayatının değeri; tam bir sağlık (sağlıklı olma) durumu olarak verilen 1 ile ölüm durumu olarak verilen 0 arasında değişmektedir.***

Tablo 13. Sağlık durumlarının çeşitli yararlarının sıralanması(Kind, Rosser ve Williams 1982)

Acı ve üzüntü(fiziksel ve mental anlamda)				
Sakatlık/yetersizlik	Acı ve üzüntü yok	Yumuşak(en alt)	Orta(ılımlı)	Sert(en yüksek)
1	1.000	0.995	0.990	0.967
2	0.990	0.986	0.973	0.932
3	0.980	0.972	0.956	0.912
4	0.964	0.956	0.942	0.870
5	0.946	0.935	0.900	0.700
6	0.875	0.845	0.680	0.000
7	0.677	0.564	0.000	-1.486
8	-1.028	-	-	-

Kind, P., R. Rosser and Alan Williams; "*Valuation of Quality of Life : Some Psychometric Evidence*", İn M.W. Jones Lee (edited), The Value of Life and Safety, North Holland, 1982.

Bu araştırmanın dikkate değer bir sonucu teste tabi tutulan kişiler için ölüme göre daha kötü olan iki durumun dikkate alındığıdır, bunlar; yatakta yaşamaya mahkum çok ciddi acı içinde olmak ile bilinçsiz ve şuursuz olmaktır.

Bu şekilde bu yöntem kullanıldığında 29 hücre başlıca ve önem sırasına göre sıralanmaktadır. Tablo 2 de verilen sayılar bir Quality Adjusted Life Year'ın (QALY) ünite veya birimlerinin yorumlanabilmesi için temel oluşturmaktadır. Bu birim ise basit olarak şöyle tanımlanabilir, bir Qaly Rosser indeksine göre kişinin hasta olarak geçirdiği yılların sayısı ile belirli bir hastalığa atfedilebilecek sayıdaki durumların ürünüdür. Bir kişi bir yıl içinde tam bir sağlık durumunda ise eğer bunun anlamı bir Qaly demektir. Bununla birlikte iki yıl içinde tam bir sağlık durumundan söz ediliyorsa, bu durumda Qaly'nin değeri 0.5 olacaktır. Bunun anlamı kabaca, yatağa düşme durumu ile küçük oranda bir özürlünün varlığıdır.

Willams'ın öncülük ettiği Qaly grubunun çalışmaları içinde farklı tıbbi ölçütlerin kabul edilebilir olarak hesaplanmasıda vardır. Qaly grubunun bu konuda yaptıkları çalışmalarda Qaly grubu bir kalp nakli ameliyatının 4.5 Qaly ortalamaya, böbreklerin dialize sokulmasının 5 Qaly'ye ve kalça çıkığı ameliyatının ise 4.5 Qaly değerine sahip olduğunu ortaya koymuştur[183].

Elde edilen Qaly'ye göre kalça çıkığı ameliyatı diğerleri ile kıyaslandığında göreli olarak daha ucuzdur bundan dolayı sağlık ekonomistleri var olan ekonomik kaynakların bu şekildeki tıbbi tedavi türlerine ayrılması konusunda bir yönlendirme yapma konusunda güçlü bir konuma sahip olmaktadırlar. İşte burada sağlık ekonomisinin tanımında da vurgulamaya çalıştığımız, kıt kaynakların sağlık hizmetleri ve sektörü içinde en uygun olan yer tahsis edilmesi konusundaki görev bu şekilde yerine getirilmektedir.

Bir Qaly projesi için ortaya çıkan sorunlar oldukça çeşitli ve fazla olabilir, özellikle de farklı seviyeler için bu sorunlar artma eğilimindedir. Bu konuda Loomes ve McKenzie(1989) da bu sorunların aşmalarını ele almaktadırlar.

---

183 Williams, A., "*Economics of Coronary Artery Bypass Grafting*", **British Medical Journal**, volume 291, 1985, ss.326-329.

Qaly'nin sağlığın ölçülmesi alanındaki düşünceler için bir çerçeve oluşturduğu iddiası da ileri sürülebilir. Yukarıda açıkladığımız kapsamda belki bu mümkün olabilir. Williams'ın ileri sürdüğü sağlıkla ilgili olmayan ve kanıtlar tek başına değildir ve nüfus toplamının yalnızca % 70 i tarafından buna yanıt verildiği belirtilmektedir.

Qaly ile ilgili analizler yapıldığında aşağıdaki hususlar önem kazanmaktadır;

1. Qaly teorisi Rosser'in belirttiği temellere dayandığında Kajandi ve Aggernaes tarafından ileri sürülen görüşlerin aksine sağlığın bir ölçüsü olarak ele alınmakta, hayatın kalitesi konusu ve ölçülmesi Kajandi ve Aggernaes'in aksine ikincil planda yer almaktadır.

2. Qaly temel olarak psikometrik bir yönteme daynamaktadır. Bu yöntemi de daha çok Rosser ve Kind ileri sürmüş ve uygulamışlardır.

3. Qaly diğer yaklaşımlardakinden farklı olarak zaman faktörünü de doğrudan dikkate almaktadır. Sözgelimi; bir qaly sağlık değeri ile yaşanan yılların sayısının bir ürünüdür. 50 yıllık tam bir sağlık durumu 50 qaly, 20 yıl 2 qaly. Bu durumda 50 yıllık sağlığın değeri 0.1 ve 5 yıllık tam bir sağlık 5 qaly' yi içerir.

4. Qaly uygulanırken gelecekle ilgili ortaya çıkacak indirim oranını(iskonto oranı) ele almak gerekir.

Qaly yöntemi sağlık ekonomisinin amaçlarına en çok uyan yöntemin amacı kaynakların tahsisi edilmesinde temel oluşturmaktır. Bunun amacı ekonomik literatürde sıkça kullandığımız kaynakların en çok fayda sağladığı alana tahsis edilmesidir. Tabii Qaly uygulanırken genel sağlık bakım hizmetleri ile klinik çalışmalarına uygulanması da yaygın olarak kabul edilmektedir.

Sağlık sonucu kazanılan hayat kalitesini ölçen yukarıdaki yöntemlerle birlikte literatürde yaygın olmamamakla birlikte birtakım yöntemler de bulunmaktadır. Bunlar; Jones-Lee yaklaşımı[184], Disabiliy

---

[184] Michael W., Jones-Lee, The Economics of Safety and Physical Risk, Oxford, Basil and Blackwell, 1989, s.67. Burada hayatın kalitesi bir anlamda insanın hayvana

Adjusted Life Years-Daly- (sakatlık ve bu halde geçen yılların ölçülmesi)[85], Healty Years Equivalent-HYE-(sağlıklı geçirilen yılların eşitliği)[86] ve daha önce de değindiğimiz gibi ve McGill Pain Questionnarie yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar birtakım farklılıklara rağmen sağlık hizmetleri ile ilgili olarak hayatın kalitesini ölçmeye çalışan ve bununla ilgili yorumlar getiren görüşlerdir.

değerinin ölçülmesi gibi ele alınmaktadır. İnsan hayatının değeri = zamanın değeri x kazanılmış saatler / saat başına kazanılmış ölüm riski

[85] Feldstein, Jeffrey S., *"Prices and Protocols in Public Health Care"*, The World Bank, Economic Review, Volume 11, No:3, September 1997, s.411. Bu yaklaşım esasen Dünya Bankası tarafından geliştirilmiştir.

[86] Loomes, Graham, *"The Myth of the HYE"*, Journal of Health Economics, Elsevier, Volume 14, 1995, ss.1-7 ile birlikte Han Bleichrodt, *"QALYs and HYEs: Under What Conditions Are They Equivalent"*, Journal of Health Economics, Elsevier, Volume 14, 1995, ss.17-37 ve Ken Buckingham, *"Economics, Health and Health Economics: HYEs Versus QALYs"*, Journal of Health Economics, Elsevier, Volume 14, 1995, ss.397-8

ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

6. BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARI GELİŞİMİ

Bu bölümde sağlık ekonomisinin temel bölümlerinden biri olan sağlık harcamaları ele alınmaktadır. Sağlık harcamalarının bilinmesi ülkelerin sağlık sektörüne tahsis ettikleri kaynakların bilinmesi açısından önem taşıdığı gibi, ülkeler arası karşılaştırmalar ve sektörler arası karşılaştırmalar yapabilme açısından da önemlidir.

Sağlık harcamalarının yapılması sonucu ortaya çıkan çıktı olarak ifade edilen sağlık statülerinin belirlenmesi de ülkeler açısından gelişme veya gelişmiş olma ölçütü olarak ele alınmaktadır.

Bu bölümde öncelikli olarak sağlık harcamalarının belirlenmesinin önemi, harcamaların dayandığı esaslar ve sınıflandırılması ele alınmıştır. Konuyu daha geniş analiz edebilmek için sağlık harcamaları ve artış nedenleri de ele alındıktan sonra sağlık hizmetlerinin/ harcamalarının değerlendirilmesi düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler ele alınarak ve ayrıca örneklendirilerek incelenmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda bulunabilen verilerle de bu ülkelerdeki sağlık statüsü ile ilgili bilgiler verilmiştir. Bu ülkelerin sağlık sistemleri ile ilgili bilgilerle konu zenginleştirilmeye çalışılmıştır. Daha sonra da ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar ülkelere göre ele alınmıştır.

6.1. SAĞLIK HARCAMALARININ ÖNEMİ VE İÇERİĞİ

Son dönemlerde sağlık sektörüne tahsis edilen mali kaynakların sınırlı oluşu ülkelerin bu alana daha fazla kaynak ayırmaları konusunda bir baskı yaratmaktadır. Bu durum, aynı zamanda var olan kaynakların etkin kullanımı yanında, alternatif tahsis seçeneklerinin de ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Bu tür analizler yapılırken de ilk olarak, sağlık harcamalarının elde edilmesindeki sınırlamalar ve bu konuda var olan bilgilerin sağlık sektöründeki kaynakların yönetimi, planlanması ve geliştirilmesi konusunda yeterli olmasıdır.

Mevcut sağlık harcamalarının temel kaynakları uluslar arası kuruluşlar tarafından (World Bank, WHO, UNICEF ve OECD gibi organizasyonlar) ele alınmaktadır[187]. Özellikle gelişme sürecini yaşayan veya az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları ile ilgili yeterli bilgilerin olmaması bu kuruluşların raporlarını önemli kılmaktadır. Sağlık harcamaları ile ilgili yapılan özel çalışmalar bu kuruluşların yaptığı incelemelere göre çoğunlukla ikincil düzeyde kalmaktadır. Sağlık harcamalarının güvenli bir bilançosunun olması ve bu şekilde bir sistemin olması ilgili ülkeye yarar sağladığı gibi, diğer ülkelerle karşılaştırmaların yapılabilmesi ve gelişme düzeyinin ölçülmesi bakımından da önem arz etmektedir.[188]

Sağlık harcamaları ile ilgili ilk kapsamlı çalışma Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından 1959 yılında ABD için sosyal sigorta programları kapsamında yapılan(zorunlu) tıbbi ödemelerin ve gönüllü ödemelerin karşılaştırılması için yapılmıştır[189]. Sağlık harcamaları ile ilgili harcamaların sınıflandırılması, harcamaları finanse eden kaynakların sınıflandırılması, sağlık hizmetlerini oluşturan bileşenlerin ortaya konması ve bunların çeşitli endüstrileşmiş ülkeler açısından incelenmesini ise ilk olarak Abel-Smith yapmıştır.[190]

Daha sonraki dönemlerde ***OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development)***' nin bu alanda yaptığı çalışmalardan söz edilebilir.[191] Yine bu dönemde ***WHO, PAHO, USAID ve Sandoz Institute for Health and Socio Economics Studies*** de sağlık harcamalarının sınıflandırılması ve belirlenmesi için çalışmalar yapmışlardır.

---

[187] World Health Organization, *Global Strategy for Health All by the year 2000*, Health for all series, No:3, WHO, Ceneva, 1981.

[188] World Health Organization, *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the year 2000*, 3rd Report on the World Health Situation, Global Review, Volume 1, WHO, Ceneva, 1993.

[189] International Labour Organization, *The Cost of Medical Care*, Ceneva, 1959 yılındaki çalışma.

[190] B. Abel-Smith, Paying for Health Services, WHO, *Public Health Papers Series* No:17, Ceneva, 1963. Yine Abel-Smith, B., An International Study of Health Expenditure, WHO, *Public Health Papers Series* No:32, Ceneva, 1967, de de bu konuyu incelemiştir.

[191] OECD, *HealthCare Expenditure and Other Data, An International Compendium from the OECD, Health care Financing Review*, Annual Supplement, Paris, 1989, s.111-194. Bu çalışma da kapsamlı çalışmalardan biridir

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Özel araştırmalara bakıldığında ise; NewHouse kişi başına düşen sağlık harcamaları açısından ülkeler arasında bir karşılaştırma yapmıştır[192], araştırmaların önemli bir bölümünde, ödeme yöntemlerinin yeniden düzenlenmesi, kurumsal farklılıklar, hastane yatak ve hastane dışı hizmetlerin irdelenmesi yoluyla sağlık harcamalarını bileşimi ve ülkeler arası farklılıkların ortaya konduğu görülür[193]. Bunlar yanında sağlık harcamalarını[194] kişi başına düşen gelirler açısından karşılaştıran araştırmacılar da vardır. Bu bağlamda sağlık harcamalarının gelir elastikiyetini hesaplayan çalışmalarda yapılmıştır. Sağlık harcamalarını kamu ve özel kesim açısından ele alan çalışmalar da vardır[195]

Sağlık alanına ayrılan kaynakların yetersiz olması bir çok gelişmekte olan ülke için temel bir sorun niteliğindedir. Kaynaklarla yapılması gereken harcamalar arasında, ihtiyaçların artmasından dolayı sürekli artan bir açık varken, diğer yandan artan nüfusla birlikte sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin sağlanması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık ekonomisi ile ilgili konularda çalışan kurumların da bu alana olan ilgileri giderek büyümektedir. Bu alanda ilk adım olarak, sağlık sektörü ile ilgili olan ve olması gereken kaynak tahsisi ile ilgili analizlerin yapılması ve planlamanın sağlanması amaçlanmaktadır. Bu tür kurumların çalışmalarında bir ülkenin sağlık hizmetlerine nasıl daha fazla kaynak ayırabileceği, sağlık hizmetlerine

---

[192] J.P. New House, *"Medical Care Expenditure, : A Cross National Survey"*, Journal of Human Resources, No:12, 1977, s.115-25.

[193] L. White, *"International Comparisons of Medical Care"*, Scientific American (Journal), Volume 233, No:8, 1975, s.17-25. Bir diğer çalışma; U.G.Gerdtham ve diğerleri, **Econometric Analysis of Health Care Expenditures: A Cross Section Study of OECD Countries**, Center for Medical Tecnology University of Linkoping, Linkoping, 1992. Diğer bir çalışma; J.P. Poullier, *"Health Data File; Overview and Meathodology"*, **Health Care Financing Review**, Annual spuplement, 1989, s.11-18. , ve bunun gibi birçok örnek verilebilir.

[194] R.J. Vogel, **Financing Health Care in Sub-Saharan Africa; A Policy Study**, University of Arizone Press, Phoenix, 1992 ile P. Gertler and Van Deer Gaag *J.*, **The Willingness to pay for Medical Care : Evidence From Two Developing Countries**, World Bank, Baltimore, 1990. D.Parkin, *"Aggregate Health Care Expenditures and National Income"*, **Journal of Health Economics**, No:6, 1987, s.109-27. Türkiye için bkz. Işık, a.g.e., 151. **World Health Organization**, *Progress Towards Health for all: Statistics of Member States*, Document WHO/HST/GST/ No: 94 / 1, WHO, Ceneva, 1994

[195] Musgrove, P., *"Family Health Spending, in Latin America"*, **Journal of Health Economics**, No:2, 1983, ss.2245-57.

temel, koruyucu ya da rehabilite edici anlamda nasıl öncelik verileceği gibi konuları ele almaktadır. Bu analizler yapıldığında aslında ortaya çıkan en önemli sonuç, kaynaklar ve ihtiyaçlar arasındaki açığın belirlenebilmesidir. Bu açığın belirlenmesinden sonra var olan kaynakların tahsis edilmesi ve bunların daha verimli ve etkin kullanılması ve bu bağlamda finansman seçeneklerinin ortaya konması gelir. Ancak bunların yapılabilmesi için bir ülkenin sağlık sisteminin iyi bir şekilde değerlendirilebilmesi ve sağlık harcamaları ile bilgilerin güvenilir olması gerekmektedir.

Sağlık harcamaları açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki mevcut durumun incelenmesi açısından önemli farklar vardır. Örneğin, gelişmiş ülkeler açısından sağlık sektörüne ilişkin istatistiklere ulaşmak kolaydır Gelişmekte olan ülkelerde ise bu konuda büyük sınırlamalar vardır.

Sağlık harcamalarına ilişkin istatistikler konusunda IMF ve OECD'nin de ayrıntılı çalışmaları vardır. Örneğin IMF sağlık harcamalarını aşağıdaki şekilde bir ayrıma tabii tutmaktadır.

1. Merkezi idarenin toplam sağlık harcamaları,

2. Hastaneler ve harcamaları,

3. Klinik, poliklinik, tıp, diş hekimliği ve pratisyenlerin harcamaları

4. İlaç, protez, tıbbi ekipman, ile sağlık ürünleri ile ilgili olarak yapılan harcamalar,

5. Kamu sağlığı harcamaları, araştırma harcamaları ve diğer harcamalar[196]

OECD nin hazırlamış olduğu raporlarda sağlık harcamaları kapsamında yer alan unsurlar aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır[197]. Görüldüğü gibi OECD nin bu sınıflandırılması sağlık kavramı ile ilgili

[196] IMF, *Government Finance Statistical Yearbook*, 1990-1996.
[197] OECD' nin adı geçen raporlarından derlenmiştir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bütün harcamaları kapsamaktadır. Yalnız burada dikkati çeken aşılama ve temiz su sağlanması gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yer verilmemiş olmasıdır.

Tablo 14. OECD verilerinde sağlık harcamalarının bileşenleri

Sağlık hizmetleri ile ilgili temel harcamalar A) Sağlık hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar -Mevcut sağlık hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar Kişisel sağlık harcamaları Endüstriyel sağlık hizmetleri ilgili Harcamalar -Toplam biyomedikal araştırma ve geliştirme harcamaları -Sağlık yönetimi ile ilgili toplam harcamalar -Toplam yatırımlar: sağlık hizmetleri B)Sağlık hizmetleri üzerine yapılan kamu harcamaları -Sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut kamu sağlık harcamaları Kamusal fonlu kişisel sağlık harcamaları Silahlı kuvvetlerin sağlık hizmetleri ile ilgili Harcamaları Okullarda ki sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık harcamaları Hapishanelerdeki sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık harcamaları Kamu kesiminin biyomedikal alandaki araştırma ve geliştirme harcamaları Sağlık sektörünün yönetimi ile ilgili kamu kesimi tarafından yapılan harcamalar Hane halkına sağlık amaçlı yapılan transferler Tıbbi üreticilere yapılan sübvansiyonlar Genel idarenin harcamaları -Sağlık sektörü ile ilgili kamu kesimi yatırımları	**Sosyal koruma harcamaları** Toplam tıbbi tüketim harcamaları Gezici sağlık hizmetleri tüketini harcamaları İlaç tüketim harcamaları Hastanede yatma hizmetlerinin tüketini ile ilgili harcamalar Terapi edici alet ve ekipmanların tüketini ile ilgili harcamalar
Sağlık hizmetlerinin fonları ile ilgili harcamalar Genel gelirler ile ilgili harcamalar Katkılar ve ücret vergileri için yapılan	**Hastaneler: hizmetler ve personel ilgili harcamalar** Yatma hizmetleri için yatak harcamaları Belirli hizmetler için hastane yatak

ANKARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Harcamalar Vergi harcamaları Özel sağlık sigortalarının geliri için yapılan harcamalar	harcamaları Psikiyatrik hastalar için hastane yatak harcamaları Bakım ve hemşire evlerindeki yatak harcamaları Yatak başına düşen personel harcamaları(psikiyatri hariç) Fiziksel tedavi edici hastanelerdeki hemşire ve bakıcı harcamaları
Hastane hizmetleri ile ilgili harcamalar Hastanede yatan hasta hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar Hastane hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar Psikiyatrik hastane hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar Hemşire ve bakım evleri ile ilgili toplam harcamalar Hastanede yatan hastalarla ilgili kamu kesimi harcamaları Hastane hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Psikiyatrik hastane hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Hemşire ve bakım evleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları	Hastane çıktı harcamaları Hastanede yatma harcamaları -Belirli hastane hizmetleri: yatak tedavisi ve yataklı hasta kabul etme harcamaları -Belirli hastane hizmetleri ve giriş harcamaları Fiziksel tedavi sağlayan hastanelerdeki dönüş oranı veya sermaye devir harcamaları
Mobil sağlık hizmetleri ilgili yapılan harcamalar Mobil hizmetlerle ilgili yapılan toplam harcamalar Mobil doktor hizmetleri ile ilgili yapılan toplam harcamalar Mobil dişçilik hizmetleri ile ilgili yapılan toplam harcamalar Mobil anlamda biyoloji ve patoloji gibi testler için yapılan toplam harcamalar Mobil sağlık hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Mobil doktor hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Mobil dişçilik hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Mobil anlamda biyolojik ve patolojik gibi testler için kamu kesiminin yaptığı harcamalar	Sağlık profesyonelleri ve istihdam harcamaları Sağlık sektörünün toplam istihdam harcamaları Aktif çalışan pratisyen doktorların harcamaları Aktif çalışan pratisyen dişçilerin harcamaları Aktif çalışan pratisyen eczacıların harcamaları Nitelikli hemşire ve bakıcı harcamaları
Tıbbi mallar üzerine yapılan harcamalar Toplam ilaç harcamaları Terapi edici alet ve ekipmanlarla ilgili toplam harcamalar	Sağlık profesyonelleri ve kazançları ile ilgili harcamalar Sağlık çalışanları ile ilgili harcamalar Kendi başına iş yapanların harcamaları

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Kamu kesimi ilaç harcamaları Kamu kesiminin terapi edici alet ve ekipmanlarla ilgili yaptığı harcamalar	Doktor harcamaları Dişçi harcamaları Kendi kendine iş yaratan eczacıların harcamaları İlaç toptancılarının istihdam harcamaları İlaç perekendecilerinin (eczane ve mağazalardaki) istihdam harcamaları Hemşirelerin ve bakıcıların ücret harcamaları

Kaynak: OECD, *Measuring Health Care*, 1960-1983, Paris, 1983. İle, OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1987. İle aynı zamanda, OECD, *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris 1990' dan derlenmiştir

WHO ise yayınlamış olduğu ülkelerin durumunu ortaya koyabilmek ve karşılaştırmalar yapabilmek için çoğunlukla kendisinin geliştirmiş olduğu 12 göstergeyi kullanmakta[198] ve bunların yaklaşık 4 tanesi harcamalarla ilgili finansal göstergeleri oluşturmaktadır, bunlar;

1. Toplam sağlık harcamaları(GSMH nın en az % 5 i sağlık hizmetleri için harcanmalıdır).

2. Yerel sağlık harcamaları(ulusal sağlık harcamalarının kabul edilebilir makul bir oranı yerel sağlık harcamalarına ayrılmalıdır).

3. Sağlık kaynaklarının dağılımı(kaynaklar sağlık sektörü içinde etkin ve adaletli dağıtılmalıdır).

4. Sağlık için dış destekler(sağlık hizmetleri ile ilgili olarak ortaya çıkan ulusal ihtiyaçlar için gelişmiş ülkelerden istenecek dış desteklerin belirlenmesi).

Dünya Bankasının raporlarında ise(World Development Report) gelişmekte olan ülkelerle ilgili sağlık harcamalarını bulmak mümkündür. Bu raporlar çoğunlukla farklı iki yıldaki merkezi idarenin yapmış olduğu sağlık harcamalarının yüzdesini vermektedir. Örneğin, 1993 teki raporda, 1900- ve 1991 yılları ele alınmıştır. Ülkeler arasındaki farklılıklar yine bu raporda görülebilir. Çeşitli ülkelerdeki toplam harcamalar içinde, merkezi idarenin yapmış olduğu harcamalar (127 ülkenin 54 ünde % 42.5 olarak çıkmaktadır.). Özel Sağlık Harcamaların dayandığı temele bakıldığında

[198] WHO nun yukarıda verilen raporlarından derlenmiştir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

% 33 düşük gelir, % 38 orta düzeydeki gelir ile % 77 yüksek gelir gruplarında gerçekleştiği açıklanmaktadır.

Sağlık harcamalarının yukarıda farklı kuruluşlar tarafından yapılan sınıflandırmaları ile aşağıdaki amaçların gerçekleşmesi beklenmektedir[199]

1. Standart bir methodoloji ve araçların oluşturulması,

2. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için ulusal sağlık harcaması hesaplarının standardize edilmesi,

3. Planlama ve yönetim açısından sağlık harcamalarının belirlenmesi, yerel ve merkezi anlamda ülkenin imkanlarının sınırlabilmesi için gerekli olan analizlerin yapılması.

Yukarıda verdiğimiz açıklamalar ışığında ülkeler için sağlık harcamalarının ele alınması ve incelenmesine, sağlık harcamalarının artış nedenlerinden başlayarak devam edeceğiz.

4.2. SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ

Son yirmi beş yıllık dönemde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin GSMH içindeki payı giderek artmaktadır. Özellikle gelişmiş olan ülkelerde bu artış hızlı bir şekilde gerçekleşmiştir. Gelişmekte olan ve gelişmiş olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenleri küçük farklılıklara rağmen genelde aynıdır. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyeti ulusal gelirden daha hızlı bir şekilde yükselmektedir. Bu genel olarak, sağlık hizmeti kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerinin artması ve teknolojik gelişmeler gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Görünen gerçek, sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde yükseldiği şeklindedir. Refah düzeyi yükselen bir toplumun diğer bütün mal ve hizmetlere karşı olan isteği artmaktadır. Sağlık hizmetleri ise taşıdığı önem nedeniyle

---

[199] Ulf Gunnar Newbrander, Guy Carrin and Daniel Le Touze; *"Developing Countries' Health Expenditure Information: What Exists and What is Needed"*, Health and Policy Planing, Volume 9, No:4, 1994, s.407.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

gittikçe daha fazla talep edilmektedir. Teknolojik değişiklikler modern tıbba hizmet ederek bu talebin artmasına yardımcı olmaktadır. Sigortaların kapsadığı maliyetlerin artması ve artırılma çabaları da sağlık harcamalarının artmasına neden olabilir. Ancak, ana başlıklar halinde sağlık harcamalarının artma nedenleri, kişi başına düşen gelirlerin artması, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesi olarak verilebilir. Daha detaylı bir çerçevede sağlık harcamalarının artma nedenleri aşağıdaki başlıklar halinde sıralanabilir.[200]

6.2.1. KİŞİ BAŞINA DÜŞEN GELİRİN ARTMASI

Ülkelerin üretimleri ve dolayısıyla gelirleri artıkça bireyler özellikle daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetleri talep etmeye başlamaktadırlar. Temel hizmetlerin devlet ya da diğer kurumlar tarafından garanti altına alınması, insanların temel gereksinimler dışındaki mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır.[201] Daha uzun ve rahat yaşama, hayattan daha çok zevk alma ise kişinin sağlıklı ve eğitimli olmasına bağlıdır. Dolayısıyla kişilerin geliri arttığında daha iyi yaşam koşulları için sağlık hizmetleri taleplerini artırmaları beklenen bir gelişmedir.

Günümüzde, sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün kamu kesimince yerine getirildiği ve kamu hizmetlerinin bir çoğunun gelir esnekliğinin birden yüksek olduğu düşünüldüğünde[202], kişisel gelirde bir birim artış olduğu zaman, talep edilen kamu hizmetlerinde daha fazla bir artışa yol açmaktadır.[203] Bu durum sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün kamu kesimince yerine getirildiği ülkelerde ve dönemlerde kişisel gelirin artmasının kamu

---

[200] David K. Whynes, *Health Care Expenditure*(edited by Norman Gemmel), The Growth of the Public Sector, Theories and International Evidence, Edward Elgar Publishing Limited UK, 1993, s.172.

[201] Sağlık hizmeti normalde temel bir hizmettir, ancak gelişmekte ve az gelişmiş olan ülkelerde bu hizmetten önce yeterli düzeyde beslenme ve barınma sorunu söz konusudur. Bu ihtiyaçlar giderildikçe sağlık önem kazanmaya başlamaktadır

[202] Sevim Görgün, Sevim, **Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**, SBF Yayınları, İstanbul, 1993, s.74.

[203] Norman Gemmel, The Growing of Public Sector, Edvard Elgar Publishing, 1994, s.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

harcamaları, dolayısıyla da sağlık harcamaları talebinin artacağı sonucunu doğurmaktadır. Diğer taraftan, özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetleri de yine kişisel gelir artışı nedeniyle daha fazla talep edilebilmektedir. Bunun nedenleri olarak da, kişilerin bağlı oldukları kurumdan (zorunlu veya genel sağlık sigortası gibi) yeterli hizmeti alamayacakları ve daha iyi koşullarda (sözgelimi bekleme listelerine kaydolmadan doğrudan sağlık hizmeti almak için) sağlık hizmetini talep etmeleri ve yeni teknolojilerden yararlanmak istemeleri olarak verilebilir. Ayrıca zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortalarının sağlıkla ilgili bazı harcamaları, sözgelimi; estetik yaptırma, saç ekme, vb. gibi hizmetlerin sigorta kapsamı dışında bırakması da kişisel gelir artışı durumunda bu hizmetlere olan talebi artırmakta ve sağlık harcamalarını artıran bir neden olmaktadır.

Sonuçta, milli gelirin artması ve buna paralel olarak kişisel gelirin artması, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi ve dolayısıyla sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Öte yandan milli gelirin artması, özellikle hükümetlerin yapacakları sağlık hizmetleri için gerekli olan fonlara daha kolay sahip olmalarına neden olmakta, bu da hükümetlerin sağlık hizmetleri için yapacakları harcamaları artırmasını kolaylaştırmaktadır.

4.2.2. SOSYAL DEĞER YARGILARININ DEĞİŞMESİ

Günümüzde genel kabul gören sosyal değer yargıları çok hızlı değişmekte buna paralel olarak ihtiyaçlar da değişmektedir. Otomotiv sektöründen, dayanıklı tüketim malları sektörüne, eğitim alanından tatil ve seyahat alışkanlıklarına ve sağlığa kadar bir değişim yaşanmaktadır. Çarpıcı bir örnek, otomobil sektörü ile ilgili olarak verilebilir. 1960'lara kadar genel anlamda otomobil lüks bir mal iken bugün çoğu ülkede temel mal kategorisi içerisinde ele alınmaktadır. Bu durum genel anlamda sağlık, eğitim ve diğer harcamaları içinde geçerlidir.[204]

[204] Alper Kamalmış, Sağlık Ekonomisi, Yayınlanmamış Çalışma, 1997, İstanbul, s.23-34.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Konuya sağlık hizmetleri yönü ile bakıldığında ortalama hayat beklentilerinin artması, modernleşmenin getirdiği hastalıklar ve problemler nedeniyle kişilerin sosyal güvenlik hizmetlerini daha çok talep eder duruma gelmeleri sağlık harcamalarını arturan bir unsurdur. Geçmişte, gelecekle ile ilgili kaygı duymayan ve bu bilinçte olmayan insanlar günümüzde, nüfusun artması, hastalık ve sakat kalma korkusuyla sağlık hizmetleri daha fazla tüketme eğilimine girmişlerdir. Bu durum, özellikle gelişmiş ülkeler için geçerli bir olgudur. Gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin yeterince verilememesi, yetersiz bilinç ve bu alandaki kurumların gelişmemiş olması da gelecek kaygısının karşılanmasını engellemektedir. Aile yapılarının değişmesi sonucu da sağlık harcamaları yükselmektedir. Sözgelimi geçmiş dönemlerle karşılaştırıldığında gençlerin ailelerinin yanında yaşamak yerine kendi istekleri doğrultusunda yaşamak istemeleri ve bunun sonucu ortaya çıkan yaşam biçimi sağlık harcamalarını artıran etkenlerdir. Örneğin, gençlerin ABD' ve İngiltere'de de evlilik dışı ilişkileri sonucu istenmeyen doğumların önlenmesi nedeniyle yapılan harcamalar ortaya büyük rakamların çıkmasına neden olmaktadır. Diğer bir örnek ise, uyuşturucu ile mücadele nedeniyle yapılan harcamalar olarak verilebilir.[205] Sosyal değer yargılarının değişmesi ve her alanda hızlı değişmelerin yaşanması, insanları var olan her türlü (zararsız-zararlı) ürünleri kullanmaya itmesi ayrı bir neden olarak ileri sürülebilir. Uyuşturucunun kullanılması durumunda bununla ilgili hastanelerin ve altyapının kurulması, personelin yetiştirilmesi ve insanların eğitiminin sağlanması nedeniyle sağlık harcamaları yükselmektedir. Bunun yanında ayrıca, aile yapısının değişmesi nedeniyle yaşlıların aile içinde bakılmayıp huzurevlerine yatırılması, bakımı gereken geniş bir yaşlılar topluluğu oluşturmaktadır. Yaşlıların hastalıklarının çoğunluklu uzun tedaviyi gerektirmesi ve ciddi olması, yaşlılar için yapılan sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Bütün bunlar sağlık harcamalarını yükselten ve sosyal yapı ile ilgili olan unsurlardır.

---

[205] Michael R. Edgman.; Ronald L. Moomaw and Kent W. Olson, Economics and Contemporary Issues, The Dryden Press, Orlando USA, 1996, s.166.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4.2.3 KENTLEŞME

İktisadi gelişme ve hızlı sanayileşmenin getirdiği diğer bir olgu kentleşmedir. Tarıma dayalı toplumlarda bireylerin dağınık ve küçük birimlerde yaşamasının gerektirdiği koşullarla şehirleşmenin yoğun olduğu yerlerdeki koşullar oldukça farklıdır. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının daha fazla olması, gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunmasına karşılık, kırsal bölgelerde sağlık koşulları oldukça zayıftır. Kırsal bölgelerde kimi zaman temiz ve sağlıklı içme suyunun sağlanması bile ciddi bir sorun teşkil etmektedir.

Gelişmekte olan dünyada gelişmeler ne ölçüde olursa olsun kırsal bölgeler ve şehirler arasındaki dengesizlik her alanda varlığını sürdürmekte, özellikle bölgeler ve ülkelerarası gelir ve gelişme farklılıkları, gelişmemiş ve kırsal bölgelerden, şehirleşmenin olduğu gelişmiş bölgelere sürekli bir göçü meydana getirmektedir. Şehirleşme ve yerleşik hayatın diğer avantajları ise göç olgusunu kuvvetlendiren unsurlardır. Bu göç bir ülke içinde olabileceği gibi, ülkeler arası da olabilir. Böyle bir durumda, özellikle sağlık hizmetleri kapasitesi sınırlı olduğu için yeni gelen insanların da sağlık hizmetlerinden yararlanması için altyapı, uzman personel, teknoloji, alet-ekipman yönünden ek bir kapasiteye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

4.2.4. EĞİTİM DÜZEYİNİN YÜKSELMESİ

Sağlık bilincinin yükselmesi ve buna bağlı olarak insan sağlığına verilen önemin artması, bireylerde ve toplumlarda sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Gelişmişlik düzeyine paralel olarak hayat standartlarının yükselmesi ve iletişim olanaklarının artması bireyleri sağlık konusunda daha duyarlı bir hale getirmekte, sağlık kuruluşlarından daha yaygın ve kaliteli hizmet beklentisi oluşturmaktadır. Bu koşullarda, sağlık endüstrisi, gelişmiş ülkelerde, sürekli büyüyen bir sektör olmaktadır. Aynı zamanda, bireylerin

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

sağlık statüleri ve hayat tarzları arasında önemli bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Bu incelemelerde bireylerin hayat tarzlarının sağlık statülerini etkilediği gözlenmektedir.[206] Çünkü artan tıbbi kaynaklar insan sağlığını tıbbi hizmet tüketiminin artması yolu ile etkiler.[207] Aynı zamanda, eğitim düzeyinin giderek artması, sağlıklı bir hayatın öneminin de daha iyi anlaşılmasına katkı yapan bir unsur olmaktadır. Diğer yandan, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin hijyen kurallarına uyması ile sağlık talebinin olumsuz etkileneceği yönünde görüşler de vardır.

6.2.5. YAŞAM SÜRESİNİN UZAMASI

Dünya nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlandığı ve bu trendin devam edeceği görülmektedir.[208] Dünyanın gelişmiş bölgelerinde 1950 yılında % 11.4, 1970 yılında % 16.1, 1990'da % 17.1 olarak belirlenmiş olan 60 yaş ve üstündeki insanların toplam nüfus içindeki oranının 2000 yılında %18.7'ye, 2025 yılında ise % 25.3 olacağı beklenmektedir. Bu tür bir gelişmenin yaşlılar için yapılan harcamaların ve ulusal sağlık harcamalarının hızla artmasına yol açan bir etken olacağı belirtilmektedir. Ortalama hayat beklentisinin sürekli olarak yükselmesi yaşlılık döneminde karşılaşılabilecek, sağlık, sağlıkla ilişkili diğer konular, iş görmezlik gibi sorunlarla ilgili harcamaları yükseltmektedir. Yaşlıların gerekli olan süreden fazla olarak sağlık kurumlarında kalmaları sağlık harcamalarının artıran diğer bir nedendir.[209] Bu anlamdaki harcamaların düşürülmesi için ülkeler çeşitli önlemler alma yoluna gitmektedirler.

---

[206] Kurtulmuş, a.g. yayınlanmamış çalışma, s.25-40.

[207] Joseph P. Newhouse, The Economics of Medical Care: A Policy Perspective, Reading, MA, Addison-Wesley Co., 1978, s.83 ve Ö.F.Bamrel, Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı konusunda Yeni Yaklaşımlar, İ.Ü.İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, Prof.Dr.Memduh Yaşa'ya Armağan, 34.Seri, İstanbul, 1993.

[208] M. Anthony Warnes, " *Socio-Economic Change and the Health of Elderly People, Future Prospects for the Developing World* " (edited by David R. Phillips and Yok Verhasselt), **Health and Development** Routledge, London and New York, 1995, s.151.

[209] Fujino, Shiro, "*Health Economics in Japan: Prospects for the Future*", (edited by Geoge T.Smith.), **Health Economics: Prospects for the Future**, London, Croom Helm, 1987, ss.90-91.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

6.2.6. TEKNOLOJİK GELİŞMELER

İleri teknoloji doğal kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasına imkan tanır. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı ve alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanarak elde edilebilmektedir. Ayrıca sağlık problemlerinin çözümü için gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması, maliyetleri, dolayısıyla, harcamaları yükselten bir nedendir. Her iki neden birlikte değerlendirildiğinde teknolojik gelişmelerin sağlık sektöründe harcamaların büyümesine neden olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlardır.[210]

6.2.7. DEMOKRATİK DÜZENİN YAYGINLAŞMASI VE YENİ KAZANIMLAR

Demokratik sistemin giderek yaygınlaşması toplumu oluşturan bireylere, isteklerini ve ihtiyaçlarını daha rahat ve yüksek sesle dile getirme imkanı sağlamıştır. Özellikle demokratik oylama yöntemleri ve baskı grupları aracılığı ile siyasal sistem içinde etkinliklerini artıran çoğunluklar yeni haklar elde etmişlerdir.

Demokratik düzenin yaygınlaşması basit ortanca seçmeni özellikle kamu harcamalarındaki büyüme oranının temel belirleyeni haline getirmiştir.[211] Taleplerini açıklama olanağına sahip olan geniş kesimler bu sayede siyasal organları etkileme imkanı bulmuşlardır. Bu da kamu hizmetlerinde bir artış meydana getirmiş, özellikle, gelişmekte olan ülkelerde kamu hizmetlerinin çeşitlenmesi ve artması

---

[210] World Health Organization, *Health Dimensions of Economic Reform*, Geneva, 1992, s.vii.

[211] Alan Hamlin, "*Public Expenditure and Political Process*" (edited by Norman Gemmell, The Growth of the Public Sector Edward Elgar Publishing Limited, 1993, s.8).

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

söz konusu olmuştur. Bu bağlamda sağlık hizmetleri de artış göstermiştir. Bunun anlamı da sağlık harcamalarının yükselmesidir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra refah devleti eksenli devlet örgütlenmesi kavramının ağırlık kazanması ve bu süreçte sendika vb örgütlenmelerin oluşması da sağlık harcamalarını artıran bir etkendir. Kapitalist ekonomik sistemde herkesin sahip olduğu üretim gücünü satarak bir gelir elde ettiği kabul edildiğinde, emeğini satarak gelir elde eden geniş halk yığınlarının gelirlerini artırabilmeleri ve bunu devamlı kılabilmeleri sağlık ve eğitim harcamalarının yapılması ile mümkündür. Çünkü emeğe nitelik kazandıran harcamalar sağlık ve eğitim harcamalarıdır. Bu bağlamda, geniş halk kesimleri kurabildikleri örgütlenmeler yoluyla bu anlamda kazanımlar elde etmişlerdir. Eğer bir ülkede demokratik bir düzen, yaygın ve işliyorsa bu kazanımlar daha kolay elde edilmektedir. Sonuçta bu kazanımların elde edilmesi de sağlık harcamalarının yükselmesinin nedenleri arasındadır.

6.3. SAĞLIK HARCAMALARI PİYASASININ BÜYÜKLÜĞÜ

İçinde bulunduğumuz 2002 yılında dünya'da 200'ün üzerindeki ülkede 6 milyarın üzerinde olduğu tahmin edilen bir nüfus yaşamaktadır. Bu insanlar için yapılan Sağlık harcamalarının toplam tutarı yaklaşık 2 trilyon dolar civarındadır. Sağlık hizmetlerini sunan kurumlara kâr maksimizasyon amaçlı piyasanın bir bölümü ile bakılacak olursa bir ülkenin sağlık açısından değerlendirilmesi sadece nüfus, hastalıkların tedavisi ya da karşılanan ve karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ile değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri için harcanan para ile yapılmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında ABD, yaklaşık 260 milyon nüfusu ile, dünya nüfusunun 1/5'ini oluştururken, dünyadaki toplam sağlık harcamalarının %40'ını gerçekleştirmektedir. Dünyada en kalabalık nüfusa sahip olan ülke olan Çin (yaklaşık 1.5 milyar) ise toplam sağlık harcamalarının sadece ‰8'ine sahiptir. Düşük gelir grubunda yer alan ülkelerin tamamı 3.2 milyar insanı bünyelerinde barındırmakta, ancak bu ülkelerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları dünyadaki bütün sağlık harcamalarının %3'ünden daha azını teşkil etmektedir[212]

---

[212] Getzen, a.g.e., s.54-63 ile Goodman ve diğerleri, a.g.e., s.279.

Sağlık kaynakları ile ilgili olarak ortaya çıkan bu eşitsizlikler sadece sağlık harcamaları ile ilgili değildir. Sözkonusu ülkelerde sağlık sanitasi, gelir ve ücret düzeyinin de düşük olması nedeniyle büyük farklar vardır.

Azgelişmiş ülkelerde kamu ve özel yatırım ve tasarrufları sınırlıdır bunların yanında kişi başına düşen milli gelir 200$ dan daha azdır ve artan nüfus nedeniyle bu ülke insanları açlık tehlikesi ile yüz yüzedirler. Bu ülkelerde doğan çocukların yarısı 5 yaşına ulaşmadan yaşamlarını kaybetmektedirler, ortalama ömür(yaşam beklentisi) doğumdan itibaren 40 yıldan daha azdır. Diğer extrem uçta yer alan gelişmiş ülke örneklerinden İsviçre ve İsveç için aynı rakamlara bakıldığında şehirleşmenin fazla olduğu ve bu ülkedeki kişi başına düşen milli gelirlerinin 30.000 $'dan daha fazla olduğu, ölümlerin çoğunun 75 yaş üstü gerçekleştiği ve ortalama yaşam süresi ya da beklentisinin 78 yaşına yükseldiği görülür. Bu karşılaştırmalar yapılırken sağlık ekonomistleri diğer alanlarda olduğu gibi ülkeleri, yüksek gelirli, orta gelirli ve düşük gelirli olmak üzere üç grupta ele almaktadırlar. Dünya nüfusunun yarıdan fazlası, kırsal-tarıma bağlı ve düşük gelirli ülkeler grubundadır. Afrika kıtasının günümüzde yer alan ülkelerin önemli bir bölümü bu gruptadır. Bu grupta ağırlıklı olarak yar alan ve gelişmekte olan ülke olan Çin ve Hindistan da sırasıyla 1.5 milyar ve 900 milyon insan yaşamaktadır. Bu rakamlara Çin ekonomisinin son yirmi yılda geçirdiği transformasyon eklenirse bu koşullar daha hızlı değişiklik göstermektedir. Orta gelir grubunda(kişi başına düşen gelir 1.000$ ile 7.500 $ arasında), çoğu Latin Amerika'nın ülkeleri, Rusya ve Doğu Avrupa'nın diğer ülkeleri, Güney Afrika, Suudi Arabistan, Orta Doğunun petrol zengini diğer ülkeleri, yeni gelişen Asya ekonomileri, Kore gibi bu kapsamda ele alınır ve ortalama 1.5 milyar insanı kapsar. Yüksek gelirli olan ülkeler grubunda ise(bu ülkelerde kişi başına düşen gelir 10.000.$ ın üstündedir) Avrupa, ABD, Kanada, Japonya, Avustralya ve Yeni Zelanda yer alır ve bu ülkelerde yaşayan 850 milyon kişiyi kapsar.

Bir ülkenin sağlık hizmetlerine ayıracağı miktar genelde o ülkenin gelirinin artmasıyla ilişkilidir. Yüksek gelir gruplarının sağlık harcamalarına ayırdıkları pay, 1990- 1993 için kişi başına ortalama 1.860$, bin kişilik nüfusa düşen doktor sayısı 2.5 ve hastane yatak sayısı 8.3 tür(bu rakamlar aşağıdaki tabloda görülmektedir). Bu ülkelerde

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ortalama yaşam süresi 76 dır ve ölümlerin yarısından fazlası bu yaştan sonra gerçekleşmektedir. Doğum öncesi meydana gelen bebek ölüm oranları binde 9 iken, tüberküloz enfeksiyonu oranı ise binde 2' dir. Buna karşın, yakın Afrika'nın düşük gelirli ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcaması yalnızca 12 dolardır ve bin kişilik nüfusa düşen doktor sayısı 0.1 ve yatak sayısı 1.4 tür. 1990-1993 yılı rakamlarına bakıldığında ortalama yaşam süresi 52 dir, doğum öncesi meydana gelen bebek ölümlerinin oranı binde 68, çocuklarla ilgili meydana gelen ölümlerin yarısı 6 yaşın altındadır ve tüberküloz enfeksiyonunun oranı ise 1000 kişilik nüfus için 2.20 dir.

Tablo 15. Sağlık göstergeleri ve harcamalarının ülkelere göre karşılaştırılması

	Nüfus	Büyüme oranı(%)	Yaş % <15	Yaş % >65	Şehirleşme %	Kadın okuma yazma oranı	GSYÜİH/ tanmaya $ olarak	Büyüme oranı %	Yaş %
Dünya	5.263	1.7	.33	.06	.51	.53	4.010	1.3	.00
Kenya	24	3.8	.49	.02	.24	.58	340	0.1	.31
Nijerya	96	3.0	.47	.02	.36	.39	340	-2.3	.31
Hindistan	850	2.1	.36	.04	.27	.34	330	3.2	.31
Çin	1.134	1.5	.27	.06	.60	.62	330	7.8	.31
Meksika	86	2.0	.38	.02	.75	.85	3.030	-0.5	.09
Türkiye	56	2.3	.35	.05	.63	.71	1.780	2.9	.16
Japonya	124	0.5	.18	.12	.77	.99	26.930	3.4	.00
Almanya	79	0.1	.16	.16	.85	.99	23.850	2.2	.00
İngiltere	57	0.2	.19	.16	.89	.99	16.550	2.4	.02
ABD	250	0.9	.22	.13	.75	.99	22.540	1.1	.02

Benin payı	Sağlık/ter aziye $	GSYİH payı	Kamu payı	Doktor/1000	Hastane/1000	TB/1000	Bebek ölümleri	Ortalama ölüm	Yaşam beklentisi
	323	8.0	.61	1.34	3.6	1.4	5.3	53	55
.58	16	4.3	.63	0.14	1.7	1.4	6.7	13	49
.48	9	2.7	.44	0.15	1.4	2.3	8.5	7	51
.52	21	6.0	.52	0.41	0.7	2.2	9.0	31	64
.61	11	3.5	.60	1.37	2.6	1.7	5.8	64	66
.55	132	5.2	.50	0.54	2.3	1.1	5.6	60	67
.40	76	4.0	.38	0.74	2.1	0.6	5.8	52	70
.19	1.558	6.5	.74	1.64	15.9	0.4	0.5	78	76
.12	1.511	8.0	.73	2.73	8.7	0.2	0.7	78	76
.12	1.039	6.1	.85	1.40	6.3	0.1	0.7	78	76
.10	2.783	12.7	.44	2.38	3.5	0.1	0.9	76	76

KAYNAK: The World Bank, *World Development Report 1993, Investing in Health*' den alınmıştır.

Öte yandan sağlık sektörünün bazı alanlarında düşük gelirli ve yüksek gelirli ülke grupları arasında büyük farklar görülürken, bazı mal ve hizmetlerin – ilaç ve ilaç hammaddeleri gibi – üretim ve ticareti uluslararası ticari kuruluşlar tarafından yapıldığı için fiyatlar genelde ülkeden ülkeye fazla değişiklik göstermez ve bir ülkede sağlık

harcamalarının azalması, ilaç gibi bu tür sağlık mallarının kullanımının aynı oranda azalmasına yol açar. Uluslararası ticarete konu olan bu tür maddeler düşük gelirli ülkelerin sağlık hizmetleri bütçesinin önemli bir bölümünün (%25-50 arası) bu alana ayrılmasına neden olmaktadır. Yüksek gelir grubundaki ülkeler için bu oran %5-15 arasında değişmektedir.

Her ne kadar refah düzeyi yüksek ülkeler sağlığa daha fazla kaynak ayırıyorlarsa da daha fazla sağlık harcaması yapmanın, daha iyi bir sağlığa yol açacağı anlamı çıkarılmamalıdır. Harcamalar yanında sağlığı geliştirecek olan, eğitim, beslenme ve koruyucu sağlık önlemleri gibi faktörlerin de sağlık statüsünün geliştirilmesi üzerinde etkisi vardır. Bunun dışında gelişmekte olan ülkelerdeki son yirmi yıldaki gelişmeler değerlendirildiğinde; ortalama yaşam süresinin yükseldiği, buna karşın doktorlara ulaşılabilirlik ve kişi başına gayri safi yurtiçi hasılanın düştüğü görülmektedir. Her bir faktörün sağlık statüsüne nispi olarak katkısını belirlemek mümkün değildir. Ancak ekonomik büyüme, halk sağlığının geliştirilmesi ve tıbbi araştırmalarda sağlanan ilerlemeler ile bunların sağlık hizmetleri alanında kullanılmasının sağlık statüsünü etkileme derecesi kaba olarak ortaya konabilir. Bununla beraber, bu faktörlerin birbiriyle karşılıklı etkileşim içinde bulunduğunu belirtmekte yarar vardır. İktisadi, refah, eğitim, çevre koşulları ve üretim gibi faktörlerin tümü bir ülkenin sağlık statüsünü belirlemektedir.[213]

Dünya bankasının yayınladığı raporda[214] 1960 ile 1990 yılları arasında, gelir düzeyi ve yaşam standartlarında bir gelişme olmamasına karşın, Afrika kıtasında ortalama yaşam süresinin 43 ten 52' ye yükseldiği görülmektedir. Bilgi düzeyinin sağlık statüsü üzerinde olan etkisine bir diğer kanıt, ABD' 1900 yıllarda çocukluk döneminde ortaya çıkan ölümler üzerine yapılan incelemelerden elde edilebilir.[215]

---

[213] Gezen, a.g.e., s. 420.

[214] World Bank, Development Report, 1993, s.34.

[215] H. Samuel, Preston, Fatal Years; Child Mortality in Late Nineteenth-Century America, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991 adlı çalışmasında; Bu dönemde, zenginlerin ve yoksulların çocuklarının etkili olmayan sağlık hizmetlerinden dolayı beş yaşına gelmeden öldükleri gözlenmekteydi. Halbuki hali vakti yerinde olanlarla, kötü koşullarda yaşayan işçi çocuklarının aynı durumda olmaması gerekirdi. Beslenme ve doktorlarla irtibatlarının önemini ortaya çıkarmasında olduğu gibi, doktorların ailelere daha iyi bir eğitimin ve beslenmenin avantajlarını anlatmaya başlamaları zenginlerin sağlık hizmetleri açısından avantajlarını artırmış ve bunun sonucunda, yüksek gelir grubundaki

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Yoksul ülkeler için sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde, günümüzde bu ülkelerde, koruyucu önlemler, çocuklar için temel beslenme hizmetleri ve destekleri ile bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesi gibi hizmetler hala öncelikli hizmetler olma özelliğini korumaktadır. Bu koşullarda yapılan incelemelerde, annelerin eğitilmesi ve okuma yazma bilmesinin, çocukluk dönemindeki hastalık ve ölümlerin önlenmesinden elde edilen kazançlara göre daha büyük faydalar sağladığı gözlemlenmektedir.

Yaşam standartları ve koşulları ile sağlık hizmetlerinden yararlanmanın etkisinin ayrı ayrı belirlenmesi zordur. Çünkü, genelde ikisi birlikte ya düşer ya da yükselir. Japonya'da II. dünya savaşından sonra ortalama yaşam süresi yaklaşık 25 yıl yükselmiştir. Bu süreç değerlendirildiğinde, hızlı ekonomik büyüme ve sağlık hizmetlerinin yayılması, kullanım ve planlamasının bu gelişme üzerinde ne kadar ve nasıl etki yaptığını belirlemek kolay değildir.

Bazı orta ve düşük gelirli ülkelerde nispi olarak elde edilen yüksek yaşam süreleri(Malezya 71, Sri Lanka 72 ve Şili 73 gibi) de karşımıza çıkabilir. Bu ülkelerde sofistike tedavi yöntemlerinin kullanımının nispi olarak düşük olması sağlık hizmetlerinin etkilerinin artmasına ılımlı bir örnek olarak gösterilebilir. Ülkelerarası analiz yapıldığında belirli bir gelir düzeyinin, bir çok durumda gelir dağılımı kadar önemli olmadığı görülebilir. Bir başka deyişle gelir dağılımının düzgün olduğu bir ülkede ortalama sağlık düzeyinin de yüksek olacağı ifade edilebilir. Ancak Gelir ve sağlık arasındaki ilişki her zaman doğrusal değildir. Gelirdeki % 20 lik bir düşmenin anlamı, orta ve en üstteki dağılımın alt düzeye göre çok az etkileneceğidir. Gelir dağılımındaki eşitsizliğin büyük olmasının anlamı, beslenme ve hayatı kolaylaştıran bazı imkanların olması sonucu, örneğin; çocuklarla ilgili ortaya çıkan ishal, tüberküloz, ve diğer önlenebilir, tedavi edilebilir hastalıkların neden olduğu ölümlerin önlenememesini ifade etmektedir.[216]

çocuk ölüm oranları düşük gelir grubundaki işçi çocuklarının ölüm oranlarına göre daha hızlı düşmeye başlamıştır.

[216] Getzen, a.g.k., ss.417-20.

6.4. SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERİN GELİŞMİŞLİK DÜZEYİNE GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI

Bu konu ele alınırken Getzen ve Phelps'in kullandığı sınıflandırma ışığında ülkeler gelir düzeylerine göre ele alınacaktır.[217]

6.4.1. DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKELER; KENYA ÖRNEĞİ

Düşük gelirli ülkelerin sağlık koşullarına bakıldığında, endüstrileşmiş ya da gelişmiş ülke ve ülke gruplarına göre çok farklı sağlık sorunları ile karşı karşıya oldukları görülür. Bu tür ülkelerde nüfusun önemli bir bölümü kırsal kesimde yaşar. Çocukların çoğu enfeksiyonel hastalıkların pençesindedir ve yetersiz ve kötü beslenme koşullarından dolayı, doğan çocukların önemli bir bölümünün fiziksel gelişimi yeterli değildir. Sağlık hizmetleri içinde kamu kesiminin payı genellikle fazladır ve toplam nüfusun önemli bir bölümü kırsal kesimde yaşamaktadır. Şehir nüfusu ve kırsal nüfus arasındaki kamu kesiminin yaptığı sağlık harcamaları açısından belirgin farklılıklar vardır. Bu durum aşağıdaki tablo yardımıyla özetlenebilir[218].

Tablo 16. Az gelişmiş beş ülkede toplam nüfusun dağılımı ve kamu kesiminin yaptığı sağlık harcamalarının dağılımı

Ülkeler	Kamu kesimi sağlık harcamalarının payı(%)		Toplam nüfusun şehir ve kırsal bölgelere göre dağılımı(%)	
	Kırsal bölgeler	Şehirler	Kırsal Bölgeler	Şehirler
Çin	29	71	79	21
Kolombiya	19	81	38	62
Endonezya	77	23	83	17
Malezya	57	43	60	40
Senegal	57	43	81	19

Kaynak: Jimenez, E., *"The Public Subsidisation of Education and Health in Developing Countries: A Review of Equity and Efficiency"*, **World Bank Research Observer**, 1, s.120, 1986, Tablo 9.

---

[217] Getzen, a.g.k., ss.417-20 ile Phelps, a.g.k., ss.120-74.

[218] Jimenez, E., *"The Public Subsidisation of Education and Health in Developing Countries: A Review of Equity and Efficiency"*, **World Bank Research Observer**, No:1, s.120, 1986, Tablo 9.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Düşük gelirli ülkelerde altyapının zayıf olması da sağlık sektörüne ayrılan kaynakların uygun olan yerlere tahsis edilmesini önlemektedir. Sözgelimi bu ülkelerde doktor ve hemşire açığının ciddi boyutta olması, aşılanmamış çok sayıda çocuğun varlığı ve önlenebilir epidemik hastalıklar varken, tıbbi araştırmalar için kurulacak bir modern araştırma hastanesine kaynak ayrılması kötü bir kaynak tahsisi ifade etmektedir. Bu ülkelerin sağlık bütçesinin tamamına bakıldığında, önemli bir bölümün ekipman ve personel harcaması olduğu görülür. Bu durum hastaneler bazında da kolay gözlemlenebilir. Başkentlerde yer alan hastanelerin toplam sağlık bütçesinden aldıkları pay her zaman daha büyük orandadır. Yoksul ülkelerin hükümet, doktor ve yöneticileri, prestij ve uluslararası üne sahip olma gibi nedenlerden dolayı, daha düşük teknoloji ve harcama gerektiren temel sağlık hizmetleri yerine, modern araştırma hastaneleri kurmayı yeğledikleri görülmektedir.

Gelişmiş olan ülkelerdeki doktorlar en iyi sağlık eğitimini aldıkları gibi, tedavi ve araştırma konularında da geniş imkanlara sahiptirler. Ancak az gelişmiş ülkelerde doktorlar çalışma zamanlarının önemli bir bölümünü sözgelimi ishalin tedavisi ile ilgili harcamakta, tıbbi yeteneğini geliştirecek operasyon ve fırsatlardan mahrum kalmakta, bunun dışında tıbbi alanda meydana gelen gelişme ve ilerlemeleri de izleyememektedirler. Modern teknoloji ve araştırma yeteneklerinin yanında kırsal alandaki klinik ve bakım evlerine daha fazla kaynak ayrılması, örneğin; bebek ölümlerini azaltacak ve ortalama yaşam beklentisini yükseltecek bir etmendir.

Dünya bankası tarafından yapılan incelemelere bakıldığında, düşük gelirli ülkelerde sağlığı belirleyen temel bir etken olarak kadının statüsünün ele alındığı görülmektedir. Bu konuda ilk olarak bilgiye erişebilme, bir faktör olarak, ele alınmaktadır. Bu ülkelerde kadınların önemli bir bölümü okuma yazma bilmemekte ve okullaşma oranı oldukça düşük kalmaktadır. Kadınların, suların sterilize edilmesi, uygun beslenme, çocukluk döneminde ki hastalık ve enfeksiyonların tedavisi ve bakımı gibi konularla ilgili bilgileri öğrenmelerinin başka bir yolu da bulunmamaktadır. Kadınların, aynı zamanda erkeklere nazaran aile

sağlığını öncelikle ele aldıklarını belirtmekte de yarar vardır.[219] Bunun yanında kadınların ücret karşılığı bir işte çalışması ve geleneksel olarak aileyi geçindiren temel kişi olması kadınlara harcamalar üzerinde bir kontrol sağlamakta ve bu durum alkol ve sigara-tütün tüketimine daha az, beslenme harcamalarına daha fazla kaynak ayrılmasını sağlamaktadır.[220]

Ancak açlık sorunu düşük gelirli ülkelerin önemli bir bölümünün en önemli sorunu olarak kalmaya devam etmektedir. Nijerya da 2 ile 6 yaş arasındaki çocukların % 43 ü fiziksel gelişimini tamamlamamıştır (düşük kilo, kısa boy gibi); bu rakam Kenya da % 32, Hindistan da % 65 civarındadır. Karşılaştırma yapabilmek için, bu oran Meksika % 22, Japonya % 4, İngiltere ve ABD için bu % 2'dir. Düşük gelirli ülkelerde besin üretimi ve arzı çok fazla olmadığı gibi, yapılan üretim de bireyler arasında uygun ve adil bir şekilde dağıtılamamaktadır.

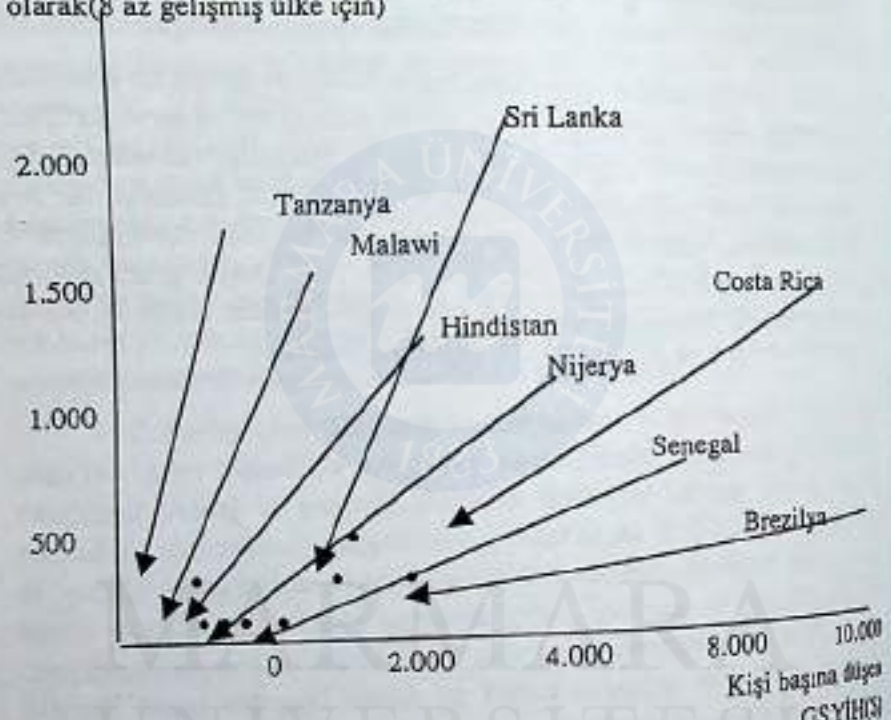
MARMARA ÜNİVERSİTESİ

...Getaze, a.g.k., s.417-20., ile Jiminez, E., *"The Public Subsidisation of Education and Health in Developing Countries: A Review of Equity and Efficiency"*, World Bank Research Observer, 1, s.120.

...Sağlığın Derdinmak, Yönetimler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi. (Çev.: Şirsel Taş), ...Bankası, Washington D.C., 1999, ss.13-15

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 5 Az gelişmiş olan ülkelerde kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen GSYİH
(satın alma gücü paritesine göre düzenlenmiş, ABD doları cinsinden)

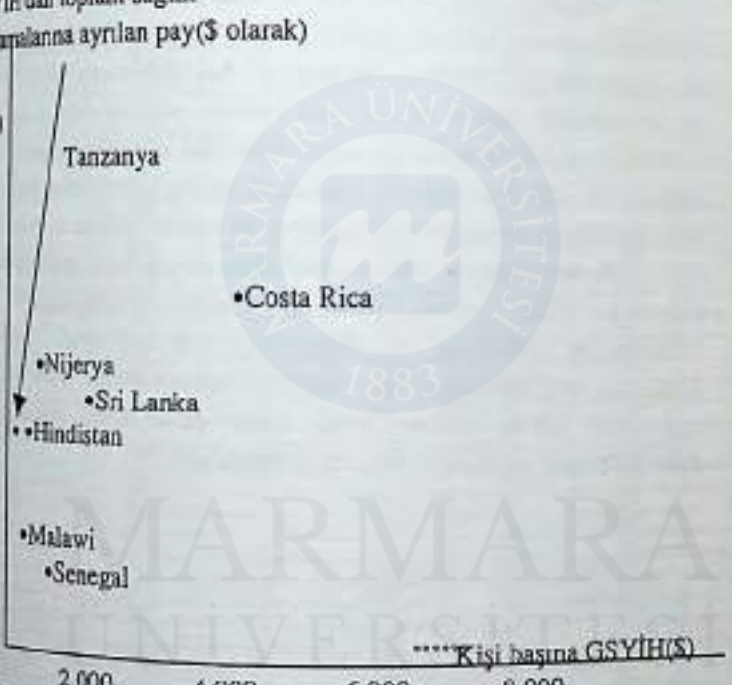


KAYNAK: OECD, *Health Data Version*, 1.01, CREDOC/OECD, Paris, United Nations Developments Programme, 1991, Oxford University press, Oxford, Tablo 4,8 ve 29., Aynı zamanda, Alastair Gray (Charles Webster edited), Caring for Health: History and Diversity, Open University Press, Health and Disease Seris, Book 6, s.173.

Grafikten de izleneceği üzere az gelişmiş olan ülkelerde GSYİH düşük olduğu gibi, kişi başına düşen sağlık harcamaları da oldukça düşüktür. Aynı şekilde kişi başına düşen GSYİH ile GSYİH dan toplam sağlık harcamalarının aldığı pay da aşağıdaki Şekil 6'da gösterilebilir. Görüldüğü gibi az gelişmiş ülkelerden ele aldığımız ülke örneklerinde GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarına ayrılan pay oldukça düşüktür. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinde gelişme elde edilebilmesinin koşulu yurt içi hasılanın artırılması gereğidir. Bu sayede sağlık sektörüne

daha fazla kaynak ayrılabileceği gibi, sağlık statüsünü belirleyen göstergelerde de iyileşme elde edilebilir.

Şekil 6. Az gelişmiş olan ülkelerde kişi başına düşen GSYİH ile GSYİH nın içinde toplam sağlık harcamalarına ayrılan pay (8 az gelişmiş ülke örneği).



OECD, *Health Data Version, 1.01*, CREDOC/OECD, Paris, United Nations Developments Programme, 1991, Oxford University press, Oxford, Tablo 4 ve 8 ve 25. Aynı zamanda, Alastair Gray (Charles Webster edited), Caring for Health: History and Diversity, Open University Press, Health and Disease Seris, Book 6, s.173 de gelişmiş ülkelere de yer verilmek suretiyle bu tabloya yer verilmektedir.

Yoksulluk az gelişmiş ülkelerdeki kötü sağlık koşullarının nedenidir. Bugün dünyada yaklaşık 1 milyar kişilik bir nüfus yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır(yıllık kişi başına tüketim 275 doların altındadır). Bu ülkelerin çoğunluğu coğrafi olarak Güney ve Doğu Asya ile Afrika kıtasında yer almaktadır, günümüzde bu ülkelerin kendi

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

içlerindeki gelir dağılımları adaletsiz olduğu kadar, ülkeler arası gelir dağılımı açısından büyük uçurumlar meydana gelmiştir. Afrika ve Güney Asya da açlığı önleme programlarına rağmen kronik gıda sorunu çözülememiştir. Bu sorunun çözülememesinden dolayı açlık ve buna bağlı hastalık ve enfeksiyonlardaki yükselme devam etmektedir.

Yoksulluk olgusu tek başına bile kötü bir sağlık statüsüne yol açmaktadır, bunun yanında, kötü barınma koşulları, çevre kirliliği, temiz su sağlanamaması, kontrol edilemeyen hastalık taşıyıcıları işsizlik ve düşük istihdam, düşük bir eğitim düzeyi, yüksek ölüm ve hastalık oranları ile sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin oldukça düşük olması gibi nedenler de sağlık düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Düşük gelirli olan ülkelerdeki birtakım değişkenler de sağlık statüsü üzerinde dolaylı etkide bulunmaktadırlar. Bunlar, sağlık ve sosyo-ekonomik açıdan içinde bulunulan iyilik durumu, hızlı nüfus artışı, düşük üretim, politik istikrarsızlık nedeniyle kaynakların sosyal hizmetler içinde uygun tahsisinin yapılamaması ve altyapı yatırımlarının yetersizliği gibi nedenlerdir. Bu nedenlerden dolayı ortaya çıkan düşük sağlık statüsü ile ilgili göstergeler aşağıdaki tabloda verilmektedir[221].

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

[221] Phillips, David R. And Yola Verhasselt, Health and Development, Routledge, London and New York, 1996, s.203.

Tablo 17. Düşük gelirli ülkelerde seçilmiş yıllara göre, kişi başına düşen milli gelir(1989), bebek ölüm oranları (beş yaşın altında 1969 ve 1989) ve ortalama yaşam süresi (1989)

Ülkeler	Beş yaşın altında ölüm oranları		Bebek ölüm oranları		Milli gelir dağılımı ve	
	1989	1960 dan itibaren düşme(%)	1989	1960dan itibaren meydana gelen düşme(%)	Kişi başına düşen Milli Gelir(ABD $ olarak)	Ortalama Yaşam süresi(yıl olarak)
Mozambik	297	10	173	17	80	47
Afganistan	296	22	169	21	280	42
Angola	292	15	173	17	610	45
Mali	287	22	166	21	270	45
Sierra Leone	261	32	151	31	220	42
Malawi	258	30	147	29	180	48
Çad	241	28	142	30	430	43
Burkino Faso	232	36	135	34	320	48
Etiyopya	226	23	133	24	120	45
Sudan	225	30	132	31	290	45
Afrika Cumhuriyeti	219	29	129	30	390	49
Mali	219	33	129	34	190	46
Somali	218	26	129	26	170	46
Nikaragua	217	32	124	35	900	47
Liberya	209	33	137	26	450	53
Ruanda	201	19	119	18	320	49
Nepal	193	35	125	33	180	52
Yemen	193	35	125	33	180	52
Yemen	192	48	116	46	650	51
Senegal	189	48	85	51	650	51
Bangladeş	184	30	116	26	180	51
Afganistan	179	51	117	47	230	54
Togo	175	40	105	38	480	50
Tanzanya	173	51	103	50	130	54
Zambiya	171	55	103	50	1030	57
Kenya	170	42	102	46	250	51
Gana	167	42	100	42	2990	52
Uganda	167	25	100	23	250	52
Moritya	165	41	105	37	680	54
Pakistan	162	41	106	32	180	49
Fas	156	33	106	35	370	57
Bolivya	150	52	89	52	380	47
Gabon	150	45	92	44	1000	53
Hindistan	150	51	92	49	390	54
Haiti	145	49	96	42	340	59
Beş yaşın altında ölüm oranları nüfusun en yüksek seviyeleri	143	36	87	34	390	55
Beş yaşın altında ölüm oranları nüfusun en yüksek seviyeleri	193	33	118	36	-	49
Beş yaşın altında ölüm oranları nüfusun en yüksek seviyeleri	94	59	67	53	-	61
Beş yaşın altında ölüm oranları nüfusun en yüksek seviyeleri	36	70	27	69	-	70

Phillips, and Yola Verhasselt, **Health and Development**, Routledge, London and New York, 1996, s.203

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

KENYA

Kenya Afrika kıtasında yer alan bir ülkedir ve ekonomisi büyük ölçüde tarım kesimine dayalıdır. İhraç ettiği, çay, kahve, pamuk ve mineraller en büyük döviz kaynaklarıdır. 24 milyon nüfusa sahip Kenya da kişi başına düşen yıllık gelir 1990-1994 yılları için ortalama 340 ile 450$ arasında değişmektedir. Ancak ekonomisi tarıma dayalı olan bu ülkede bu gelir kavramını ölçü olarak ele almak zordur, bunun yanında birtakım göstergelerin de ele alınması daha uygundur. Bu ülkenin nüfusu günümüz de de hala hızlı bir şekilde artmaktadır.(yıllık % 3.8) ve nüfusun yarısı 15 yaşın altındadır. İlk okulda kayıtlı olan çocukların oranı % 88'dir ve yetişkinlerin yarıdan fazlası okur yazardır. Toplam nüfusun yalnızca % 25'i şehirlerde yaşamaktadır. 1963 yılından beri Tek parti tarafından yönetilmekte, bu tür fakir ülkelerde bu şekildeki uzun dönemli bir yönetim istikrar kabul edilmektedir. Ortalama yaşam süresi 59 dur ve bu Sahra Afrika' sın da neredeyse en yüksek oranıdır. [22]

Bu ülkede çocuklarla ilgili ölümlerin yarısı 15 yaşın altında gerçekleşmekte, yetişkinlerle ilgili meydana gelen ölüm oranları aynı yılda ABD için verilen oranların üç katı bir rakama ulaşmaktadır.

Sağlık harcamaları incelendiğinde kamu ve özel kesimin paylarının ortalama olarak eşit olduğu görülür. Bu aşağıdaki tabloda ifade edilebilir.

[22] Getzen, a.g.k., ss.425-8

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 18. Kenya da sağlık harcamaları(tahmini 1990-1993)

Sektör	Milyon dolar	Yüzde
Kamu Kesimi		
Sağlık Bakanlığı	204	% 42
Yerel yönetimler-belediyeler	27	% 6
Diğer kamu kurumları	6	% 1
Özel Sektör		
Gönüllü organizasyonlar	6	% 1
Dinsel organizasyonlar	28	% 6
Şirket klinikleri	2	*
Hane halkı harcamaları		
Eczane	45	%9
Doktorlar-dişhekimleri	36	%7
İlaç	114	%24
Diğer	16	%3
Toplam	484	Kişi başına ortalama % 20

Kaynak: **The World Bank Development Report**,1993, ve Bloom, a.g.ç.

Sağlık bakanlığı 80 hastane, illerde bölgesel 41 sağlık merkezi ve kırsal bölgelerde 178 sağlık merkezi ile 1200 e yakın alt merkez ve dispanser işletmektedir. Bölgesel tıp merkezlerindeki memurlar genellikle doktorlardır ve bunlar bir ya da birden fazla hemşire tarafından asiste edilmekte ayrıca bunlara bir hastane sekreteri eşlik etmektedir. Bölgesel düzeyde faaliyetlerin çoğu yardımcı profesyoneller tarafından yerine getirilirken, dispanserlerde kamu çalışanları ya da eğitimsiz yardımcılar tarafından yerine getirilmektedir. Kırsal bölgelerin gelişmesi sürecinde özel sağlık hizmetlerinin öneminin vurgulanmasına rağmen, ulusal sağlık bütçesinin % 35 lik kısmı başkent Nairobi de bulunan Kenya ulusal hastanesine harcanmaktadır. Bazı kamu kurumları, ulaştırma bakanlığı ve *Coffee Comission* (kahve kurulu gibi) kendi çalışanlarına yönelik sınırlı sağlık hizmetlerini yerine getirmektedirler.

Dinsel organizasyonların Kenya sağlık sistemi ve harcamaları içinde önemli bir payı vardır. Bu organizasyonlar 40 hastane, 84 sağlık merkezi ve 173 klinik çalıştırmaktadırlar. Bu faaliyetlerin finansman kaynaklarına bakıldığında, elde edilen gelirlerin % 60'ının hasta ücretlerinden, % 25' lik kısmının kamu kesiminin sübvansiyonlarından ve geri kalan % 15' lik kısmının da bağışlardan geldiği görülür. Bu yüzden

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bu kesimin yaptığı harcamaların özel kesim harcamaları içinde ele alınması doğaldır.

Kenya da ayrıca % 22 lik bir sağlık harcaması da dışarıdan yapılan bağış ve yardımlardan oluşmaktadır.

Kenya hükümeti aktif bir şekilde özel kesimi, sunulacak sağlık hizmetleri ve harcamaları konusunda teşvik etmektedir. Özel hastaneler tamamıyla alınan ücretler tarafından finanse edilmekte, popülaritesi artmakta ve buna paralel olarak sayı, miktar ve kalite de hızla yükselmektedir. Kamu kesimi Ulusal hastane sigortasını işletmekte, ve yüksek düzeyde gelir elde eden çalışanlardan yaklaşık % 2 lik oranda ücretler üzerinden zorunlu olarak alınan bir gelir vergisi uygulamaktadır buna karşın işverenlerden her hangi kesinti yapılmamaktadır. Alınan bu paralarla özel ya da dinsel organizasyonlara bağlı hastanelerde, kamu kesimine ait hastanelerin özel odalarında yatma maliyetleri karşılanmaktadır. Ancak bu planla sadece nüfusun % 12 sine ulaşılmaktadır. Görüldüğü gibi bu oranın düşük olması bu planın başarısını engellemektedir. Hastane primlerinin yalnızca % 60 lık bir kısmı genel giderler ve sigorta için kullanılmaktadır geri kalan % 25 lik kısma ise idareye ait olmaktadır.

Doktorların çoğu (%70) özel kesimde tam gün çalışmaktadır. Devlet için çalışanların (% 30) bir bölümü klinikteki çalışma saatlerinden sonra özel muayenehanede çalışmayı yeğlemektedir. Pratik olarak Kenya da çalışan 2000'e yakın doktor olduğu tahmin edilmekte ve bunların yarısı Nairobi de çalışmaktadır. Halbuki Nairobi de ki insanların sayısı toplam nüfusun yalnızca % 7 si dir. Buna karşılık üfürükçülerle birlikte bitkiler ve otlarla geleneksel tedavi yapan kişilerin sayısı 19.000. civarındadır ve bunların önemli bir bölümü kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Doktorlar tıp hizmetini yerine getirmeye çalışan bu kişilerden 3 kat kadar daha fazla para elde etmektedirler.

Nüfusun küçük bir bölümünü oluşturan (% 2-3 gibi) üst gelir grubu büyük şehirlerde yaşamlarını sürdürmekte ve bunların yaptığı sağlık harcamaları, özel sağlık harcamalarının yarıdan fazlasına tekabül

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

mektedir. Nüfusun yüzde % 10 luk kısmını oluşturan ve şehirlerde yaşayan orta düzeyde gelir elde eden ailelerin harcamaları da özel sağlık harcamalarının üçte birini oluşturmaktadır. Yoksul kesim ise genelde topluluklar halinde yaşar ve bunların harcamalarının özel sağlık harcamaları içindeki payı %2 den azdır, bu kişiler kırsal alanlarda yaşarlar ve toplam nüfus içindeki oranı % 75 civarındadır.

Kenya'nın sağlık harcamaları değerlendirildiğinde üst sınıf ve alt sınıf arasında büyük eşitsizlikler olduğu görülür, bir yandan şehirlerde yaşayan ve üst gelir grubunda yer alanlar, diğer yandan geçimi tarıma dayalı ve kırsal bölgelerde yaşayan çoğunluk, bunun sonucunda bu iki kesimin sağlık göstergelerine bakıldığında ölüm ve hastalık oranlarında büyük farklılıklar vardır ve bu durum Kenya nın karşı karşıya olduğu en büyük problemlerden biridir.

4.2 ORTA GELİRLİ ÜLKELER; MEKSİKA ÖRNEĞİ

Türkiye, Meksika ve Tayland gibi ülkeler endüstrileşme sürecini yaşayan ve orta gelir düzeyinde ele alınabilecek ülke örneklerdir. Bu ülkelerin çoğunda genel olarak tarıma dayalı üretim söz konusudur ve özellikle de kırsal bölgelerde kişi başına düşen gelir düzeyi oldukça düşüktür. Bu yüzden de nüfusun önemli bir bölümü şehirlere göç etmekte ve ücretli çalışma imkanları araştırmaktadır. Yoğun bir şekilde yaşanan göç olgusu nedeniyle özellikle göçlerin gerçekleştiği şehir ve bölgelerde; ekonomi, sosyal yapı, eğitim ve sağlık gibi sektörlerde ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Kırsal bölgelerden şehirlere doğru yaşanan bu göç nedeniyle karşımıza çeşitli organizasyon problemleri çıkmaktadır. Sözgelimi nüfusun tamamını kapsayacak ve bireylere yüksek düzeyde bir sağlık düzeyi sağlayacak bir sağlık sigortasının nasıl geliştirileceği gibi. Orta gelir düzeyindeki ülkelerin ekonomilerinde hızlı bir iktisadi büyümeden söz edilebilir, bu iktisadi büyüme bazı hizmetlerin genişlemesine neden olduğu gibi, yeni birtakım hizmetlerin kamu kesimi tarafından sunulmasına öncülük edebilir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Güçlü bir endüstriyel paternalizm ilkesinden söz edilebilen Güney Kore örneği incelendiğinde bu ilkenin aynı zamanda özel sağlık sigortalarının kurulmasına öncülük ettiği, ve bu sigortaların istihdamdan elde edilen yararlar üzerine oturduğunu söylemek mümkündür. Orta gelir düzeyinde ve gelişmekte olan bir ülkenin sağlık sistemi ile sağlık sigortası siteminin, tıpkı ülke ekonomisinde olduğu gibi bir geçiş sürecinde oldukları ileri sürülebilir, bu önerme neredeyse bu gruptaki bütün ülkeler için söz konusudur.[223]

Bu tür ülkelerde sağlık sigortaları incelendiğinde bu sigortalara katılım, işveren ve işçi için, kanunlarda bir zorunluluk olarak bulunmasına karşın, uygulamada bu katılımın tam sağlanabildiği ileri sürülememektedir(Türkiye de buna benzer uygulamaları yaygın bir şekilde görmek mümkündür, sözgelimi, işverenlerin sigortasız işçi çalıştırmaları bunun bir örneğidir).

Orta düzeydeki ülkelerin varoşlarında ve yoksul köylerine bakıldığında sağlık önlemlerinin temel ve koruyucu anlamda, ciddi düzeyde yetersiz olduğu görülür. Bu koşullar bu yerlerde yaşamlarını sürdürmek durumunda olan insanların sağlık statülerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu ülkelerdeki sağlık sigortaları ile ilgili eksiklikler ve sınırlamalar bireylerin coğrafi açıdan sağlık hizmetlerine ulaşmasında hiçbir engel olmaması halinde bile, söz konusu hizmetleri elde etmelerini engellemektedir. İstatistiklere bakıldığında bu bölgelerde yaşayanlarla şehirde yaşayanlar arasındaki hastalık ve ölüm oranları açısından istatistiklere büyük farklar görülmektedir.[224]

Söz konusu ülkelerde, gelir düzeyinin yükselmesi ile birlikte nüfusun bir bölümü için yaşam tarzı değişmekte ve zengin ülkelere özgü birtakım hastalıklar gündeme gelmektedir bunlara örnek olarak da kalp hastalıkları ve akciğer kanseri verilebilir. 21. yy. da sigara piyasasının en çok büyüme gösterdiği ülkeler Çin, Hindistan ve diğer Asya ülkeleridir, bu bakımdan Amerika ve Avrupa oldukça geride kalmıştır. Büyüyen bu

---

[223] Getzen, a.g. k., s. 448.

[224] **World Bank,** *World Development Report*, çeşitli sayılar, 1990-1996.

ekonomiler gelişmiş ülkelerin bu tarz zararlı ürünleri için iyi bir pazar olmasına karşın, sağlık açısından yukarıda sözünü ettiğimiz kalp hastalıklarının, solunum ve sindirim yolu hastalıkları ile akciğer kanserinin yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda bu tür ürünlere yönelik yapılacak vergisel ve diğer sınırlamalar hastalıkların azaltılmasına yardımcı olabileceği gibi, bu hastalıkların tedavi edilebilmesi için gerekli fonların sağlanmasına da katkıda bulunacaktır.[225]

Orta düzeyde gelir elde eden ülkeler sonuç olarak, sağlık sektörü ile ilgili kaynaklarını iyi tahsis etmek ve bu alana daha fazla kaynak ayırmak zorundadırlar. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerine benzer bir yapıyı kurmanın ilk yolu da bu şekilde daha fazla ve etkin kaynak tahsisinin sağlanmasıdır. Bu ülkelerde sağlık ocakları ve sağlık kliniği gibi kurumlar yanında araştırma yapabilecek düzeyde, geniş ve bölgesel düzeyde hastaneler kurulabilir. Bu türü kurumlarda daha fazla uzman doktor yetiştirilebildiği gibi, temel sağlık hizmetleri yaygınlaştırılarak bu alandaki uzman sayısının çoğaltılması sağlanabilir.

MEKSİKA

Latin Amerika kıtasında yer alan Meksika ekonomik ve sosyal göstergeleri açısından orta gelir düzeyinde bir ülke olarak kabul edilmektedir. 1991-1993 yılları arasındaki kişi başına düşen ortalama milli gelir yaklaşık olarak 3000-3600$ dır. 86 milyonluk nüfusu için ortalama yaşam beklentisi veya süresi 70'tir. Nüfusun % 38 lik bölümü 15 yaşın altındadır, yani oldukça genç bir nüfusa sahiptir. Meksika'nın yıllık ekonomik büyüme hızı da % 2 civarındadır. Bu özellikler itibarıyla Meksika' nın özellikleri geçiş sürecindeki diğer ekonomilerden pek farklı değildir.[226]

Bu ülkede kırsal alandaki, özellikle çiftliklerde çalışanlar, yoğun bir şekilde şehirlere, endüstri kollarında ve hizmet sektöründe iş bulmak amacıyla göç etmektedirler. Meksika ekonomisinin en önemli gelir kaynağı çeşitli hammaddelerin ihracından elde edilen dövizdir. Sosyal

[225] Bkz. Dünya Bankası, a.g.y., ss.15-30.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

göstergelere bakıldığında özellikle kırsal bölgelerde okuma yazma oranının oldukça düşük olduğu görülür

Meksika hükümeti 1942' de kapsayıcı bir sosyal güvenlik sistemi olan IMSS'yi hayata geçirmiştir. Bu durum değerlendirildiğinde geçiş sürecindeki bir ülke için aslında erken bir girişim sayılabilir, ancak bu sistem sadece endüstriyel alanda çalışanlar ve onların ilgili oldukları kişileri kapsamaktaydı. Bu süreçte sağlık merkezleri, poliklinik ve hastaneler inşa edilmiştir. Buradaki sağlık sistemi ve harcamalarını değerlendirebilmek için özel sağlık kurumlarını, doktorları ve hastaneleri de aynı zamanda hesaba katmak gerekmektedir.

1960 yılında yapılan bir değişiklikle hükümet bünyesinde çalışan görevlileri kapsamı içine alan ISSSTE kurulmuş, çalışanlardan bu sistem aracılığı ile toplanan fonlar sayesinde daha modern ve sofistike hastane ve klinikler kurulabilmiştir. ISSSTE ve IMSS nüfusun yarısına yakınını kapsamaktadır. Tarım işçileri, geçici işçiler ve işsizler ise özel sağlık hizmetlerini(bunlara yerel dilde curanderos denmekte ve bunların büyük bir çoğunluğu bitkilerle tedavi hizmeti sağlayan yerli doktorlardan oluşmaktadır) ve halk kliniklerini kullanmaktadırlar. Kamu kesiminin sunmuş olduğu sağlık hizmetleri yeniden organize edilmekte, kurulan bu sosyal güvenlik sistemine SSA denmekte ve nüfusun önemli bir bölümünü bu sistem içine almayı amaçlamaktadır. Ayrıca SSA ile ulaşılmak istenen bir diğer amaç acil durumlarda sigorta sistemine bağlı olmayan kişilerin de sağlık hizmetine erişilebilirliğinin sağlanmasıdır. Uygulamaya bakıldığında hizmetlere erişilebilirlik, hizmetlerin kalitesindeki zayıflık nedeniyle ihtiyaçların karşılanmasında yetersiz kalmaktadır.[227]

[226] Getzen, a.g.k., ss.430-34.
[227] Roemer, a.g.e., s.349.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 19. Meksika da sağlık sigortalarının kapsamı

Kurum	Oran
Meksika sosyal güvenlik kurumu(IMSS)	% 39
Hükümet çalışanları için sigorta kurumu(ISSSTE)	% 8
Diğer federal kurumların sağlık planları	% 2
Sağlık ve Refah Sekreterliği(SSA)	% 21
Marjinal aile programları	% 13
Özel sağlık hizmetleri	% 5
Koruma altında olmayan/bir programa bağlı olmayan	%12

Kaynak: Milton Roomer, "National Health System Throughout the World", Annual Review Public Health Volume 14, 1993, s.337-9.

SSA kliniklerinde görev alan doktorlar tıp eğitimlerinden sonra otalama bir yıllık süre ile hükümetin sosyal servislerinde çalışmaktadırlar. Bununla birlikte SSA nın sunmuş olduğu servislerin hızlı olduğu ancak pek rağbet görmediği de ifade edilebilir. SSA hastanelerinin şu anda yarısından biraz fazla bir kapasitesi kullanılmaktadır, çünkü bu hastaneler yoksullara vaat ettiği hizmetlerin önemli bir bölümünü yerine getirememektedir.

Meksika da özel sağlık hizmetleri toplumun üst ve alt gelir düzeylerine hitap edebilecek şekildedir, gelir dağılımı açısından en alt düzeyde bulunan kişilere yönelik daha yetersiz olarak nitelendirebileceğimiz hizmetler bulunduğu gibi, gelir dağılımı açısından üst düzeyde bulunanlar için iyi bir sağlık statüsü sağlayacak modern teknik ve aletlerle donatılan hizmetler vardır.

ISSSTE, IMSS ve SSA da çalışan doktorların önemli bir bölümü ücretlidir ve bu ücretleri bu programların toplam harcamaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Yüz bin kişi başına düşen doktor sayısı oldukça düşüktür; sözgelimi, ABD deki sayısının _ oranındadır. Bu ülkede büyük bir oranda işsiz doktor vardır(doktorların % 25-30 luk kısmı). Doktorların bir bölümü hükümetin ücret politikasını cazip

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bulmadıkları gibi, özel bürolarında çalışmayı yeğlemektedirler bu durumdaki doktorlar kayıtlı olmadıkları için doktorların işsizlik oranı yüksek çıkmaktadır.[228]

Geçiş sürecini yaşayan diğer ekonomilerde olduğu gibi Meksika hükümetinin sağlık harcamalarına ayırdığı pay ve sağlık sisteminin göreli olarak iyi olduğu söylenebilir. Devlet katılımının her seviyede artırılarak koordinasyon ve etkinliğin artırılması ve yeniden organizasyonun yapılması verimliliği artıracak önlemlerdir.

6.4.3. YÜKSEK GELİRLİ ÜLKELER; JAPONYA ÖRNEĞİ

Yüksek gelire sahip ülkelerin sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde sağlık hizmetleri girdilerinin, farklı oranlarda oluştuğu söylenebilir. Bin kişilik nüfus başına düşen doktor sayısı 1.4 ile en yüksek 4.3 arasında değişmekte, yine aynı nüfusa düşen hastane yatak sayısı 3.9 dan başlayıp 16.1'e kadar yükselebilmektedir. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların önemli bir bölümü vergi mükelleflerinin ödediği vergilere dayanmakta, hasta başına maliyetler 383$ dan başlayıp 2.763$ a kadar çıkabilmektedir. Bu rakamlara karşın, bu ülkelerde sağlık hizmetleri sonucu elde edilen sağlık statüleri arasında ciddi farklar yoktur.

Sağlık statüsünü belirleyen göstergeler,sözgelimi; ortalama yaşam süresi yirmi iki yüksek gelirli ülke açısından ele alındığında 74 yaş ile 79 yaş arasında, bebek ölüm oranları da binde beş ile binde dokuz arasında değişiklik göstermektedir. Bu ülkeler arasında istatistikler açısından bir takım farklılıklara karşın, ülkelerin kendi içindeki bölgeler açısından da farklılıkların olduğunu belirtmek de yarar vardır. Örneğin bir ülkenin çeşitli bölgeleri birbirinden daha zengin ya da daha yoksul olabilir ve benzer nedenlerden dolayı sağlık istatistikleri de farklı olabilir. Yine bu farklılıkları ele alarak bir ülkenin sağlık sisteminin iyi ya da kötü veya sağlık harcamalarının yetersiz olduğunu ileri sürmek sağlıklı olmayabilir. Bununla birlikte bu ülkelerin sağlık sorunları ile ilgili ortak

---

[228] Roomer, Milton. a.g.e., s. 349.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

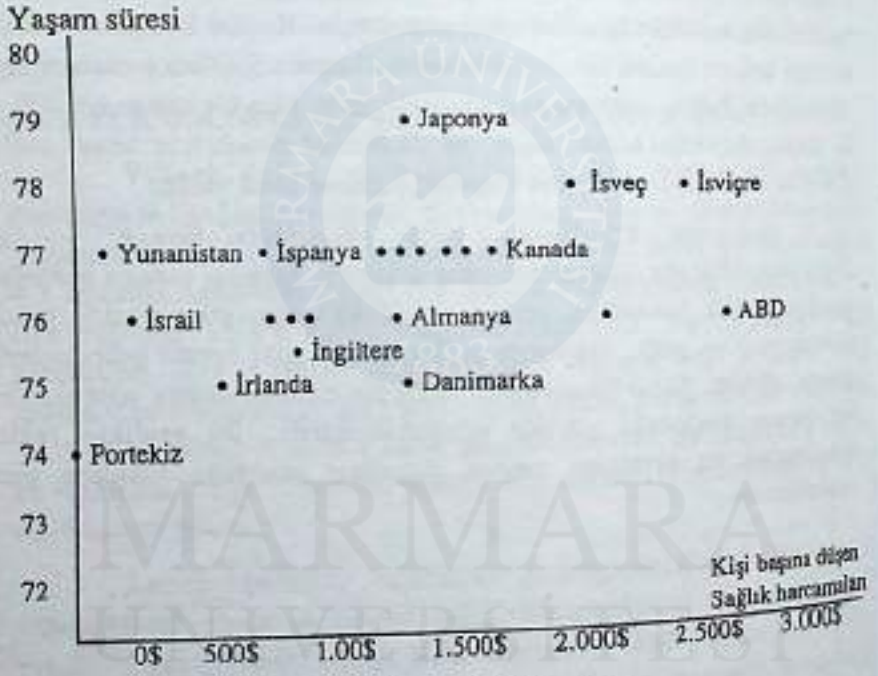
sıkta genellikle çeşitli azınlıkların almış oldukları sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler ile aşırı yoksul bölgelerin de varlığıdır.

Yüksek gelirli ülkelerde gelişmiş tedavileri sağlayan, elektronik teşhis aletleri ve uzun dönemli rehabilitasyon hizmetleri için yeterli miktarda kaynak vardır. Buna karşın halen her çocuk için aşılama hizmetlerini sağlayan ve bunu garanti eden yeterli bir temel sağlık hizmetinden her ülke için söz edilememektedir. Hamile kadınların alması gereken doğum öncesi bakım ve beslenme koşullarının ise yeterli olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti gereksinimi içinde olan bir kimse istediği ya da ihtiyaç duyduğu anda öneri ya da hizmet almak için temel sağlık hizmetleri ile ilgili bir doktorla bağlantıya geçme şansı vardır.

Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri birçok yönden değerlendirildiğinde, gelişmekte olan ülkelerin yaşamış olduğu sorunlar, örneğin; sağlık hizmetleri yerine getirilirken kaynakların etkin tahsis edilememesi ve adil dağılımın sağlanamayışı gibi benzer problemlerin olduğu görülür. Tabii bu sorunlar farklı seviyelerde ortaya çıkmaktadır. Bu durum aşağıdaki şekilde gösterilmektedir. Bu grafikte sağlık harcamaları ve ortalama yaşam süresinin uzunluğu ülkelere göre verilmektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 7. Sağlık harcamaları ve ortalama yaşam süresi[228]



Kaynak: The World Bank Development Report, 1993.

Gelişmiş olan ya da bu kategoride ele alınan ülkelerde erkekler için ortalama yaşam süresi ile kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla ve kişi başına yapılan sağlık harcamaları açısından mevcut durum aşağıdaki şekilde ifade edilebilir.[230]

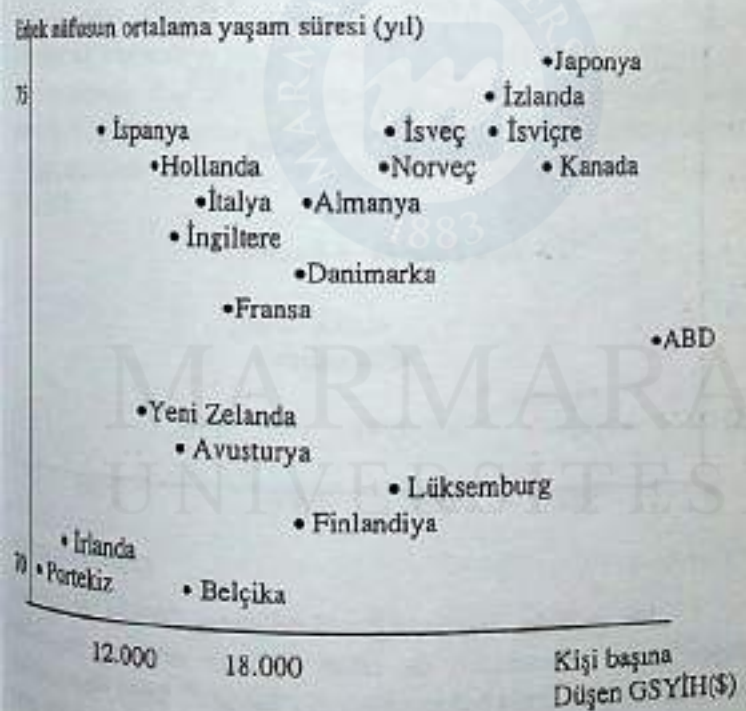
---

[228] Dünya Bankasının belirtilen yayının yanında bu örnek, Charles E. Phelps, Health Economics, Harper Collins Publisher, 1994, s.497 den de elde edilebilir.

[230] Eldeki kaynaklardan tablo oluşturmaya çalıştığımızda erkekler için elimizde yeterli veri bulunduğundan dolayı çoğunlukla erkek nüfusu ele alabildik

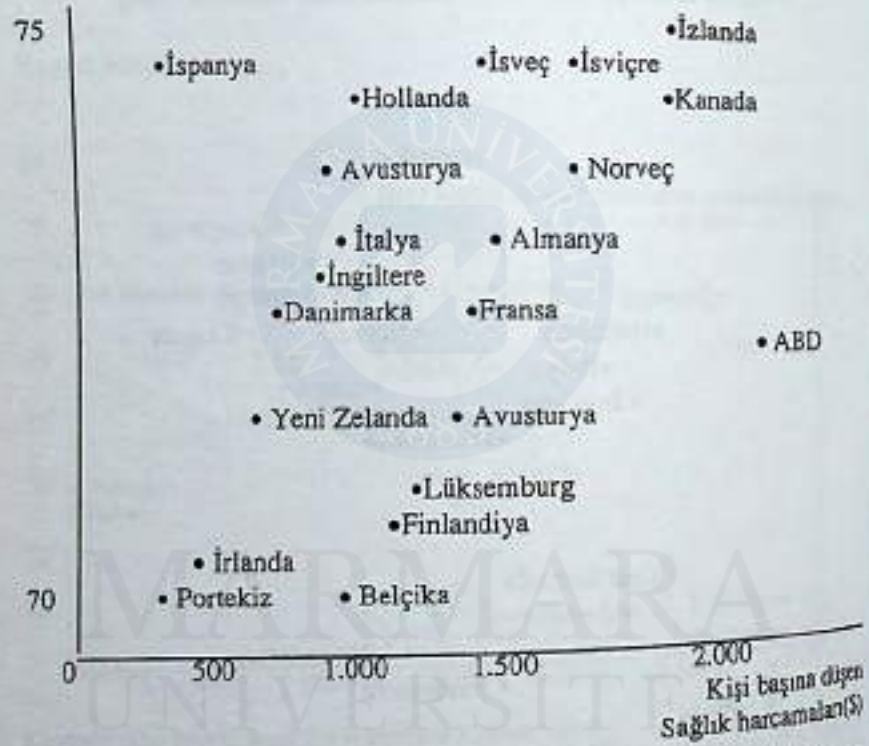
MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 1. Erkek nüfus için ortalama yaşam süresi ve kişi başına düşen GSYİH arasındaki ilişki



MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 9. Ülkelere göre erkek nüfusun ortalama yaşam süresi ve kişi başına düşen sağlık harcaması



Bu grafikler incelendiğinde ülkelerin GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamaları ile erkek nüfusun ortalama yaşam süresi arasında hangi noktada bulundukları görülebilir.[231] Buna dayanarak ABD'nin kişi başına en yüksek sağlık harcaması ve GSYİH ya sahip olduğu, buna karşın erkek nüfus için en yüksek yaşam süresine sahip olan ülkenin Japonya ve ardından İzlanda olduğu görülür. Portekiz ve İrlanda gibi

[231] Phelps, a.g.e., s.502.

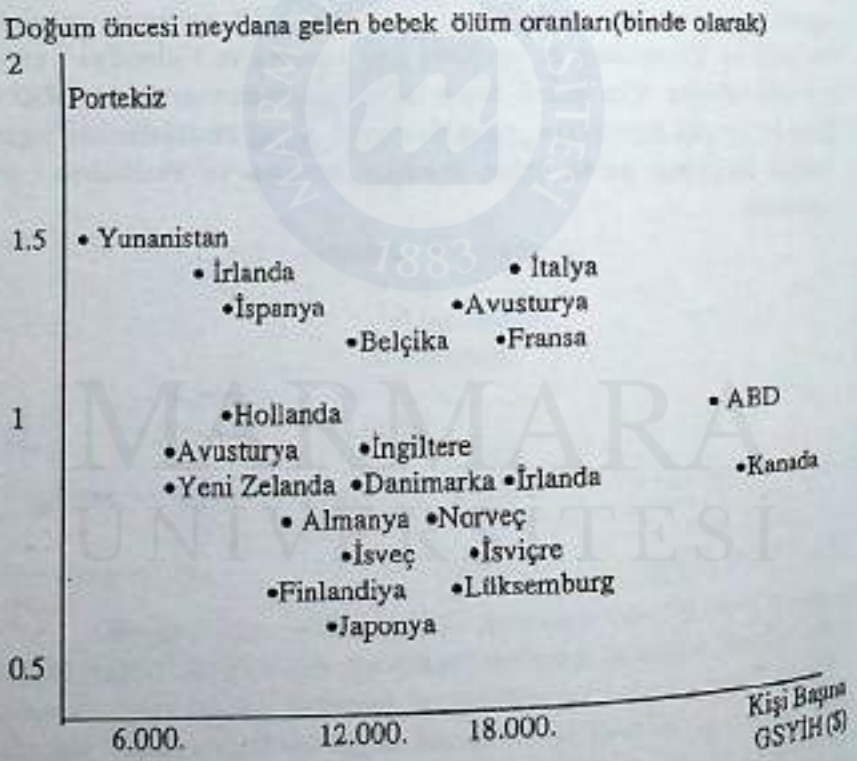
ülkeler hem ortalama yaşam süresi hem de GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamaları bakımından aşağıda yer almaktadırlar.

Buna karşın doğum öncesi meydana gelen ölümler ile kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcamaları bakımından da ülkelerin durumu aşağıdaki grafiklerde ifade edilebilir.[232] Bu grafiklerden anlaşılacağı üzere Doğum öncesi ölümlerin en çok olduğu ülkenin Portekiz(kişi başına düşen GSYİH en az), Japonya nın ise en düşük orana sahip olduğu söylenebilir. Yine en çok kişi başına düşen GSYİH ya sahip ABD ve Kanada da bu oran Japonya nın çok altındadır. Doğum öncesi meydana gelen ölümler ve kişi başına düşen sağlık harcaması açısından Portekiz ve Yunanistan alt sıralarda iken Japonya ve Finlandiya en iyi oranlara sahiptir. Kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından ABD ve Kanada en çok harcamayı yapan ülkelerdir. Ancak bu ülkelerdeki doğum öncesi meydana gelen ölüm oranları Japonya ve Finlandiya nın altındadır.

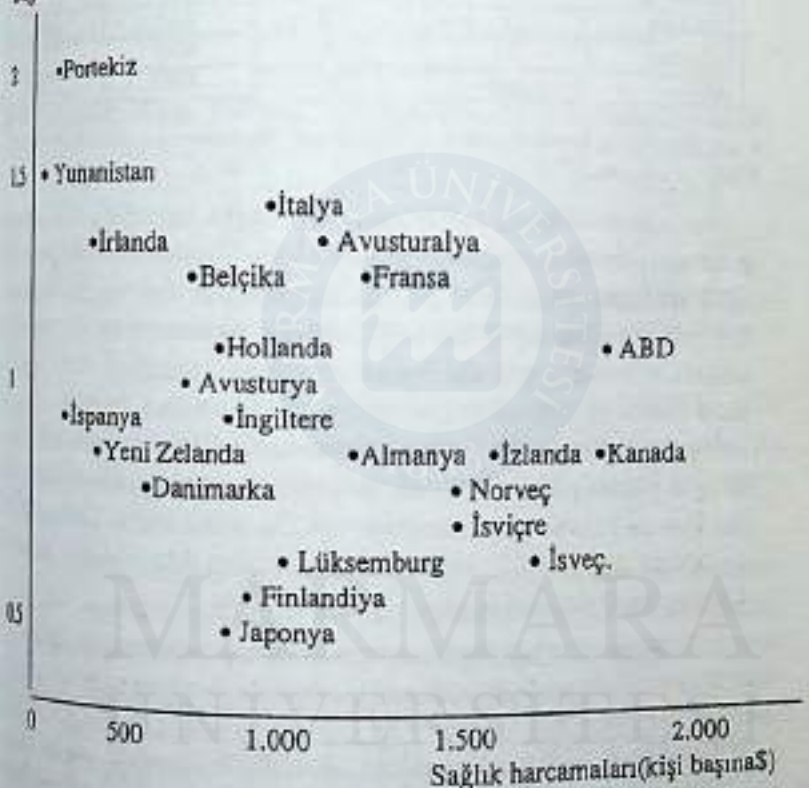
[232] Phelps, a.g.e., s.503.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 10. Doğum öncesi bebek ölüm oranları ve GSYİH açısından ülkelerin durumu



Şekil 11. Doğum öncesi ölüm oranları ve kişi başına düşen sağlık harcamaları



Gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamaları onar yıllık dilimlere göre incelendiğinde aşağıdaki şekilde olduğu görülür.[231] Tablodan da izleneceği gibi kişi başına harcamanın en yüksek olduğu ülke ABD iken, en düşük harcama İngiltere de gerçekleşmiştir. Diğer ülkeler ise gerçekleşen rakamlar açısından(1990 yılı için) 751$ İngiltere ve 2050 $ ABD arasında yer almaktadır.

[231] Bu rakamlar bulunurken ülke paraları Yazarı tarafından OECD nin satın alma gücü paritesine göre ABD dolarına çevrilmiştir

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 20. Gelişmiş ülke gruplarında kişi başına düşen sağlık harcamaları($)

Ülkeler	1960	1970	1980	1990[234]
Kanada	117	282	819	1515
Almanya	84	189	704	1073
Japonya	26	128	521	1282
Ingiltere	77	149	455	751
ABD	148	365	1089	2050

Kaynak: Poullier, J.P., *"Health Data File; Overview and Methodology"*, Health Care Financing Review, 1989-1990, Annual Supplement, s.11-118, ile Getzen ve Phelps, a.g.k., ss.502-4.

Bu ülkelerdeki kişi başına düşen sağlık harcamalarında meydara gelen artış oranları aşağıdaki gibidir. Artış oranları incelendiğinde onar yıllık dönemler itibarıyla en yüksek artış oranının Japonya da(ortalama % 15), ve ardından ABD de(%14) olduğu görülmektedir. . Yukarıdaki tabloda belirtildiği gibi kişi başına en yüksek harcamayı ABD yaparken, buna karşın en yüksek doğum öncesi ölüm oranları da ABD dedir. Bu sonuç oldukça ilginçtir. Bu artış oranlarını deflate edilmesi(enflasyon ya da fiyat yükselişlerinin etkisinin giderilmesi) yoluyla bulunan rakamlarda da Yine en yüksek orana Japonya(%9.25), ikinci olarak Kanada(%5.12) ve üçüncü olarak ABD de(%5.25) olmaktadır. Almanya için bu oran(% 4.94) ve en düşük oran İngiltere için(% 4.05) dir.[235]

Tablo 21. Çeşitli gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcamalarının yıllık artış oranları (% olarak)

Ülkeler	1960	1970	1980	1990	2000
Kanada	9.2	11.2	9.2	9.95	13
Almanya	8.4	14.1	6.2	9.89	10
Japonya	17.3	15.1	13.7	15.55	15
Ingiltere	6.8	11.8	7.4	8.80	10
ABD	9.4	11.6	9.4	10.22	14

Kaynak: Poullier, J.P., *"Health Data File; Overview and Methodology"*, Health Care Financing Review, 1989-1990, Annual Supplement, s.11-118, ile Getzen ve Phelps, a.g.k., ss.502-4.

[234] Bu oranlar 1990-2000 döneminde elde edilebilen sağlık harcamalarındaki tahmini artış oranı olarak bulunmuştur. Yıllık ortalama düşmeler göz önüne alınarak tahmin yapılmıştır.

[235] Phelps a.g.e., s.507.

Yine aynı ülkeler için belirtilen dönemlerle ilgili doğum öncesi meydana gelen ölüm oranları aşağıda verilen tabloda görülebilir. Gerçekleşen ve tahmini doğum oranları açısından en düşük oran Japonya'dır

Tablo 22. Seçilmiş gelişmiş ülkelerde doğum öncesi meydana gelen bebek ölüm oranları

Ülkeler	1960	1970	1980	1990
Kanada	2.84 %	2.18 %	1.09 %	0.82 %
Almanya	3.58 %	2.64 %	1.16 %	0.73 %
Japonya	3.73 %	2.03 %	1.11 %	0.66 %
İngiltere	3.36 %	2.38 %	1.34 %	0.88 %
ABD	2.86 %	2.30 %	1.32 %	1.00 %

Kaynak: Poullier, J.P., *"Health Data File; Overview and Methodology"*, Health Care Financing Review, 1989-1990, Annual Supplement, s.11-118'ile Getzen ve Poullier, a.g.k., ss.502-4.

Gelişmiş olan ülkelerle ilgili bir diğer konu, özellikle 1970 yıllardan itibaren teknolojik gelişmeler, sağlık ihtiyacının artması vb. gibi nedenlerden kaynaklanan maliyet artışları yaşanan ile finansal zorlukların yaşanmasıdır..

Sağlık hizmetlerinin miktarının yükselmesi, doktor ve hastaneler ile sağlık sigorta kapsamlarındaki genişlemeden dolayı da maliyet artışı yaşanmaktadır. Ancak maliyetlerin yükselmesi belirtilen bu faktörlerden sadece birisine mal edilememekte, toplam maliyetler üzerindeki etkileri tüzük bazında ölçülememektedir. Hizmetlerin miktarının azaltılması maliyetlerin kontrol edilebilmesi bakımından yeterli değildir. Sağlık hizmetlerinin organize edilmesi ile maliyetlerin düşürülmesi arasındaki ilişkinin başarılı olduğuna ilişkin bulguya rastlanmamıştır.[226] Bu incelemede görülen bir diğer nokta Japonya ve Avrupa da sağlık maliyetlerinin ABD' ye göre daha düşük kaldığıdır. Hastanın tatmin düzeyi korunarak ve daha iyi bir sağlık hizmeti sunma bağlamında ABD de maliyetlerin bireysel ve kurumsal bazda düşürülmesi yönünde çalışmalar yapılmaktadır.

[226] B. Abel-Smith, "The Reform of Health Care System: A Review of Seventeen OECD Countries, Paris, OECD, 1994, s.9.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bireysel bazda ödeme ve kesintilerin talebi düzenlemek için yeniden ele alınmasına rağmen, sağlık hizmetlerini finanse etmek için toplanan fonların-sigortaların varlığı hastaları veya bireyleri toplam maliyet artışlarının etkilerinden korumaktadır. Bu şekilde ortaya çıkan tüketici tercihi, başka birisinin parasıyla harcamaya neden olduğu için düşük harcamaların gerçekleşmesinin önüne geçmektedir.

Avrupa ülkelerindeki uygulamalara bakıldığında maliyetlerin düşürülmesi önlemlerinin ABD deki bireysel talebin düzenlenmesi önleminden farklı olarak, arz yönlü olduğu görülür. Yine Avrupa da sağlık hizmetleri, çalışanlarının sayısı ve ücretleri ile sınırlıdır, ve bu durum ülke çapında bunların yüklerini kontrol etme imkanını beraberinde getirmektedir. Aşağıdaki tabloda da açıklayacağımız gibi yeni ve pahalı teşhis (teknikleri ve yolları) ile terapi teknolojilerini kullanmak sınırlıdır.[237]

Ödeme sistemleri değerlendirildiğinde ise, idarelerin kontrol açısından birtakım bürokratik kusurları(yenilikleri sınırlama ve tüketicinin bu konuda doğrudan sorumluluk taşımaması, sigorta piyasalarında, maliyetlerin kontrol edilmesinin yetersizliği ve kapsama bakımından ortaya çıkan açıklar) gibi nedenlerle kamu ve özel kesimin birlikte ve sözleşmeye dayanan bir modelde birleşmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır (ABD de Managed Care[238] sistemi buna iyi bir örnektir).[239] İdare burada kuralları düzenlemekte ve harcama limitinin üzerindeki tutarları kontrol etmektedir. Bu süreçte herkesin kapsama alanı içinde olup olmadığından emin olunması yanında rekabetçi piyasa koşulları altında belirli bir kalite ve tipte hizmetlerin sunulmasının yerel anlamda kontrolü de sağlanmaktadır.[240]

---

[237] Dale, A. Rubblee, "*Medical Technology in Canada, Germany and the United States: An Update*", **Health Affairs**, Vol. 13(4), 1994, s.113-17.

[238] *Managed Care(MC)*: Yerine getirilen sağlık hizmetlerini ifade eder. *Health Maintenance Organization(HMO)* vb. gibi kurumlar tarafından yerine getirilir. Sağlık finansmanı konusu anlatılırken ABD örneğinde buna kısaca değinilmektedir.

[239] Jeremy, Hurst, . *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD, 1992, s.140-41. Aynı zamanda, Alan Maynard ve Kares Bloor, "*Introducing a Market to the UK's National Health Service*", **New England Journal of Medicine**, Vol. 334, 1996, s.604-608.

[240] Hurst, a.g.e., s.605.

Tablo 23. Seçilmiş üç ülkede, kişi başına düşen tıbbi teknoloji,1992-1994.

Örneğin adı	Kanada		Almanya		ABD	
	Sayı	Milyon kişi başına	Sayı	Milyon kişi başına	Sayı	Milyon kişi başına
Açık kalp ameliyatı	36	1.3	61	0.8	945	3.7
Kardiyak cerrahi	78	2.8	277	3.4	1.631	6.4
Organ nakli	34	1.2	39	0.5	612	2.4
Böbrek diyalizi	132	4.8	373	4.6	2.637	10.3
Tüm kan ameliyatı	13	0.5	117	1.4	480	1.9
MRI	30	1.1	296	3.7	2.900	11.2

Kaynak: A. Rubblee, Dale, "*Medical Technology in Canada, Germany and the United States: An Update*", **Health Affairs**, Vol. 13, No:4, 1994, s.113-17, ile Fuchs, a.g.k., s.445, ve Phelps, a.g.k., s,505

Japonya da Sağlık Hizmetleri

Japonya dünyadaki tüm ülkeler arasında en yüksek ortalama yaş ömrüne sahip olan ülkedir. Oysa Japonya Gayri safi yurt içi hasılasının sadece % 7.3 ünü sağlık hizmetlerine ayırmaktadır. Halbuki ABD 'de bu oran neredeyse iki katıdır ve 1997 yılı için kişi başına harcama miktarı 1000 $'ın üstündedir. ABD ve Japonya sağlık sistemleri karşılaştırıldığında her iki ülkede kullanılan teknoloji birbirine çok yakındır. Buna karşın, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, fonların akım şekli ve bundan dolayı da hizmetlerin kalitesi ve yoğunluğu oldukça farklıdır.[30]

Japon sağlık sistemine bakıldığında bütün vatandaşların çeşitli sigorta şemaları tarafından kapsam altına alındığı, ve bu programların vatandaşlara istediği doktor ve hastaneye gidebilme imkanı tanıdığını söyleyebiliriz. Bu koşullardaki vatandaşlar günlük normal doktor ziyaretinden daha fazla bir ödemeyle de karşılaşmazlar. Doktorlar temel

[30] Naoki Ikegami, and John Campbell, "*Medical Care in Japan*", New England Journal of Medicine, Vol. 333 No:19, 1995, s.1295-99. Bu konuda detaylı bilgiler için ayrıca Amanda Margaret Powell and Masakira Anesaki, **Health care in Japan**, New York, Routledge, 1990, Aynca, Kyoichi Sonoda, **Health and Illness in Changing Japanese Society**, Tokyo, University of Tokyo Press, 1988' e bakılabilir.

Sakarya Üniversitesi
Dokümantasyon

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

olarak iki gruba ayrılırlar.[242] Bu doktorların gelirleri hastalardan alınan ücretler[243] ve laboratuar testlerinden oluşmaktadır. Özel pratisyenler hastane hizmeti alması gerekenleri kabul etmemekte ve hastane doktorlarının da özel pratisyenler gibi bu tür bir hizmet sağlamalarına izin verilmemektedir.[244]

Hastaneler de çeşitli gruplara ayrılmaktadır. Özel bir pratisyen doktorun çalıştığı hastane daha küçük çapta sağlık hizmetlerini yerine getirmekte, bu hastanelerin sofistike tedavi ve teşhisleri sunma olanakları bulunmamaktadır. Diğer hastaneler ise geniş kamu hastaneleri ve büyük çaplı üniversite hastaneleri olarak çalışmakta, bunlar her türlü tedavi, araştırma v.b. konularında faaliyette bulunmaktadır. Ancak bu hastanelerin hastaların ayakta tedavi edilmesini sağlayan temel sağlık ünitelerinin de bulunduğu belirtilmelidir. Kar amaçlı hastaneler kurmak ve işletmek ise Japonya da yasaklanmıştır.[245]

Ulusal sağlık sigortası sayısı çok fazla olan fonlar tarafından finanse edilmektedir. Bu fonlar arasındaki bütün bağlantıları Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir. Japonya nın sağlık sistemi ana hatları ile aşağıdaki şekilde şematize edilebilir. Toplum Sağlık sigortası(SMHI) büyük şirketlerin çalışanlarını kapsar ve SMHI nın gelirinin, % 6 ile 10 arasında değişen tutarı ücret üzerinden alınmakta ve bu yarı yarıya işçi ve işveren tarafından paylaşılmaktadır. Büyük şirketlerin elamanları çoğunlukla en iyi ücreti almakta ve bu da en iyi sağlık statüsü sonucunu doğurmakta ve artı bir değer sağlamaktadır. SMHI nın diğer gelirleri yaşlıları kapsaması nedeniyle verilen hükümet sübvansiyonlarından oluşmaktadır. Orta ve küçük ölçekli işletmeler (700 çalışandan daha az kişiye sahip olan şirketler) ve hükümet çalışanları ise

---

[242] İlk grupta yer alanlar genel pratisyen doktorlar olarak kabul edilebilirler ve gesellâk temel ve ikincil düzeyde sağlık hizmetlerini sunarlar ve bu tür bir hizmeti küçük işletmelerde yerine getirilir. Diğer grup olarak ele alabileceğimiz uzman doktorlar ise hastanelerde çalışmaktadır.

[243] Bazı durumlarda hastalara yazılan reçete veya ilacın niteliğine göre belirli oranda bir pay almaktadırlar.

[244] Ücretli hastane doktorları ulusal sağlık sistemlerinin çoğunda özel pratik yapma yoluyla da para kazanmaktadırlar, örneğin, İngiltere, İsveç ve Norveç' te bu uygulama görülebilir.

[245] Getzen, a.g.e., s.429.

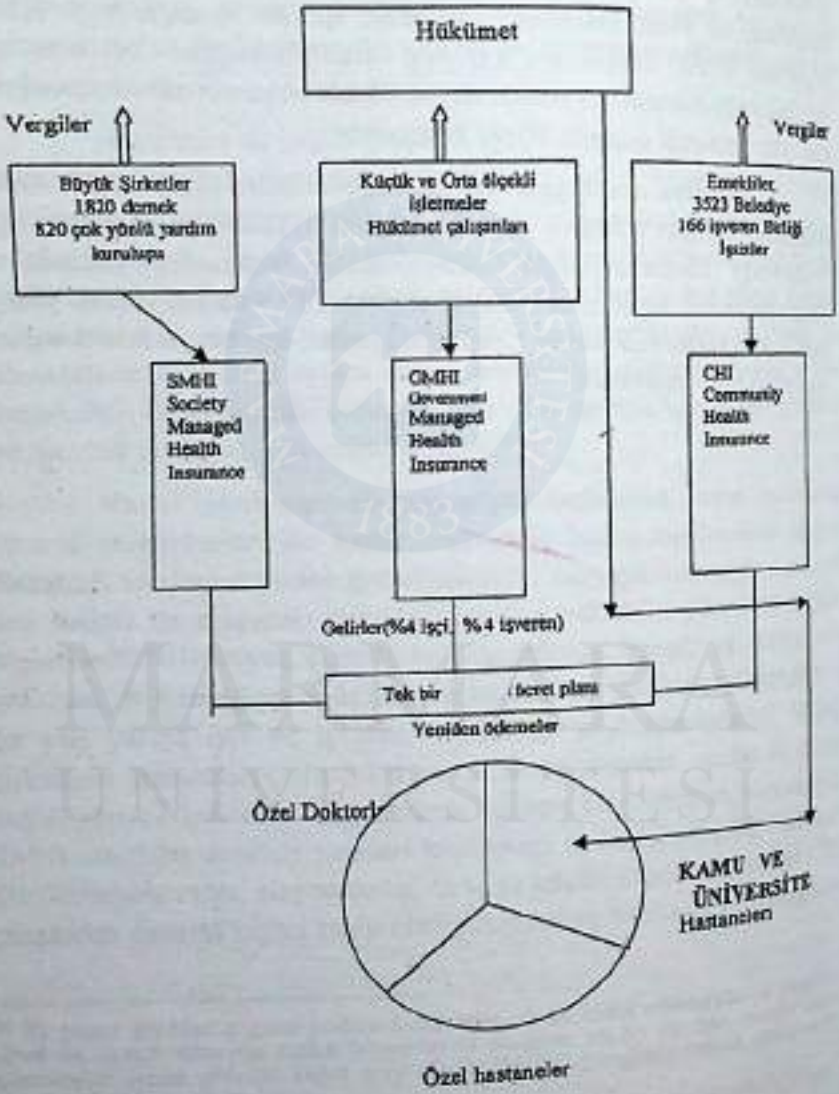
sağlık sigortasından (GMHI) yararlanmakta, Sağlık Bakanlığı bu programı % 14 oranında sübvanse etmektedir. Serbest çalışanlar, memurlar ve yerel idarelerde çalışanlar, işsizler ve diğer halk (kamu) sigortası (CHI) tarafından koruma altına alınmıştır. CHI bireylerin karşılaşacağı ödemeler yanında büyük ölçüde hükümet sübvansiyonlarına bağlıdır ve bunun oranı % 50 nin üzerindedir.

Japonya nın sağlık sistemi değerlendirildiğinde büyük ölçüde işletmeye çalışan fonların ve programların uygulandığı görülür. Sağlık Bakanlığı bunlarla ilgili düzenlemeler yapmanın yanında bu programlardan bazılarına sosyal sigorta gibi, destek olmak yoluyla sağlık hizmetlerinin bütün bireyler açısından eşit bir şekilde sunulması için çaba göstermektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 24. Japonya Sağlık sistemi, işleyişi ve fonların durumu



MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

6.5. SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ VE GENEL BİR DEĞERLENDİRME

Gelişen dünyada her alanda olduğu gibi, sağlık hizmetlerine kamu ve özel kesimce ayrılan maddi kaynaklar gün geçtikçe önemli miktarlarda artmaktadır. Sağlık harcamalarının çeşitli ülkelerdeki gelişim seyrine bakıldığında 1950-1980 yılları arasında sık konusu harcamaların önemli ölçüde yükseldiği görülmektedir. Sağlık alanına aktarılan kaynaklar 1950'li yıllarla kıyaslandığında önemli ölçüde artma göstermiştir. Tablo 25'de bazı ülkelerde toplam sağlık harcamaları tutarı ve GSMH'ya oranı kamu ve özel kesim olarak ayrı ayrı ele alınmak suretiyle gösterilmektedir. Tablodaki bilgiler ışığında, toplam sağlık harcamaları içinde kamu kesiminin ağırlığı göze çarpmaktadır. Kamu kesiminin ağırlığı % 22 ile % 90 oranları arasında değişmekte iken, toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı % 2 ile % 12.7 arasında sıralanmaktadır. WHO'nun bu oran konusunda belirlediği minimum oran ise daha önce de belirttiğimiz gibi % 5'tir.

Aynı şekilde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranını bölgelere göre dağılımı incelendiğinde dünya ortalamasının % 8 olduğu, bunun içinde kamu kesiminin payının ortalama değeri % 4.9 iken, özel kesimin ortalama payı % 3.2 düzeyinde olduğu görülür. Tablo.25'de görüldüğü gibi kamu kesiminin ortalama payı % 61'dir. 1992-1997 Döneminde Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 66'sı kamu kesimi tarafından, % 34'lük bölümü de özel kesim tarafından gerçekleştirilmiştir.[246]

Sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı dünyanın çeşitli bölgelerine göre incelendiğinde, Afrika ülkelerinin sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ortalama % 4.5 düzeyindedir. Bu oran, Latin Amerika ve Karayipler için % 4, Ortadoğu ülkeleri için % 4.1, Doğu Avrupa ülkeleri için % 3.6, Gelişmiş ülkeler için % 5.6, Asya ve Okyanusya için % 4.5, Çin için % 3.51 ve Hindistan için % 6 olarak verilmektedir. Aynı verilerde kamu kesiminin toplam sağlık harcamaları içindeki payını belirleyen oranlar için hesaplanan dünya

[246] T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993-1997, s.57.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ortalaması % 61' dir ve yapılan toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki paylarının dünya ortalaması ise % 8'dir.[247] Aynı zamanda, birey başına düşen sağlık harcamalarının dünya ortalaması ise 320 dolar olarak hesaplanmıştır.[248]

Tablo 25. Bazı Ülkelerde Sağlık Harcamaları(1991)

Ülkeler	Nüfus (milyon)	Kişi Başına Sağlık Harcaması	Toplam Sağlık Harcaması	Kişi Başına Sağlık Harcaması	Sağlık Harcamaları / GSMH (%)			Kamu / Toplam Harcama
Sırasıyla	Dolar	Milyon Dolar	Milyon Dolar	Dolar	Toplam	Kamu	Özel	Oran
ABD	252.7	32140	713716	5654.3	13.7	5.6	7.1	0.41
Almanya	80.1	33650	131349	1893.0	8.0	5.8	2.2	0.73
Arjantin	32.7	3790	3832	117.2	4.2	2.5	1.7	0.60
Avusturya	7.8	29140	13939	1871.6	8.3	5.5	2.8	0.66
Bangladeş	110.6	220	779	7.0	3.5	1.4	1.8	0.44
Brezilya	151.4	3940	18695	123.5	4.5	2.8	1.4	0.67
Cezayir	23.7	1980	3562	138.6	7.0	3.4	1.6	0.77
Çin	1149.5	370	14886	13.0	3.5	2.1	1.4	0.60
Danimarka	5.2	26700	7364	1403.1	6.5	5.3	1.2	0.84
Endonezya	181.3	610	2212	12.2	2.0	0.7	1.3	0.33
Ekvator	10.8	120	241	4.6	3.8	2.3	1.5	0.61
Filipinler	62.9	720	918	14.6	2.0	0.7	1.3	0.35
Fransa	57.0	30180	985388	1813.8	8.9	6.6	2.3	0.74
G.Kore	43.2	6330	18099	417.8	6.6	2.7	3.9	0.41
Hindistan	866.5	350	17137	19.8	6.0	1.3	4.7	0.22
Hollanda	15.1	18780	22405	1483.0	7.9	5.7	2.2	0.72
İngiltere	57.6	16350	58130	1009.6	6.1	5.2	0.9	0.85
İran	57.7	2170	3253	56.4	2.6	1.5	1.1	0.58
İrlanda	3.5	11330	3783	989.5	7.1	5.8	1.3	0.82
İspanya	39.1	12450	32046	821.7	6.6	5.2	1.4	0.79
İsveç	8.6	25110	19908	2309.7	8.8	7.9	0.9	0.90
İsviçre	6.8	33410	17141	2520.5	7.5	6.1	0.4	0.68
İtalya	57.8	17650	72911	1278.8	8.5	5.8	2.7	0.77
Japonya	123.9	26930	316881	1780.1	6.5	4.8	1.7	0.74
Kanada	27.3	20440	30779	1860.0	9.1	6.8	2.3	0.75
Kenya	23.3	240	366	14.8	4.3	2.7	1.6	0.63
Kolombiya	32.8	1360	1653	50.4	4.0	1.8	2.2	0.45
Mısır	53.6	610	850	15.9	3.6	1.0	1.6	0.28
Nijerya	99.0	340	909	9.2	2.7	1.2	1.5	0.44
Pakistan	113.8	400	1573	13.8	3.4	1.8	1.6	0.53
Polonya	38.3	1790	3487	91.3	5.1	4.1	1.0	0.80
Portekiz	9.9	2820	4209	413.1	9.0	4.5	2.7	0.50
Romanya	23.0	1390	1247	54.2	3.9	2.4	1.5	0.62
Rusya	148.7	3520	14366	96.6	3.0	2.0	1.0	0.67
Sudan	25.8	400	341	13.2	3.3	0.5	2.8	0.15
Tayland	57.5	1570	4490	78.1	3.8	1.1	2.7	0.29
Tunus	8.2	1560	603	73.5	4.8	3.5	1.4	0.67
Türkiye	57.5	1780	3339	58.9	4.8	3.0	1.8	0.63
Venezuela	19.3	6340	3592	348.7	3.3	4.3	1.0	0.79

Kaynak: Savaş Yıldırım, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayın No: 2350, Ankara, 1994, s.184 ve World Bank, World Development Report, 1993, ss.38-40'dan yararlanarak hazırlanmıştır.

1980'e kadar olan dönemde sağlık harcamalarında büyük artışlar sağlanmasına karşın, bazı ülkelerde 1980'den sonra bu artış

---

[247] Savaş Yıldırım, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayın No: 2350, Ankara, 1994, s.185 ve World Bank, *World Development Report*, 1993, s.34., ve 1994, s.40.

[248] C.J.L. Murray, Govindraj, R. And Musgrove, P.," *National Health Expenditure: A Global Analysis*", Bulletin of the World Health Organization, Reprint No: 5510, 1994, Vol. 72, No:4, s. 629.

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

daha yüksek oranlarda gerçekleşmiştir. Bu durum, Tablo 26'da OECD ülkeleri için hesaplanan tutarlar incelendiğinde daha iyi anlaşılmaktadır.

OECD Ülkelerine bakıldığında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranları en düşük % 4.1 (Türkiye) ve en yüksek % 13.6 (ABD) arasında sıralanmaktadır. 2000 yılları Türkiyesi için bu oran yaklaşık % 2 civarındadır. Son otuz yılda, hem OECD ülkelerinde hem de endüstrileşmiş batı ekonomilerinde sağlığın ulusal gelirden aldığı pay yükselme eğilimi göstermiştir. Bu durum aynı zamanda, sağlık harcamaları içindeki kamu payının artması ile ilişkilendirilmektedir.[249] Bu bağlamda, 1960-1990 döneminde OECD ülkelerinde yapılan toplam sağlık harcamaları içinde kamu kesiminin payı % 61'den, % 72'ye kadar yükselmiştir.[250]

Sağlık harcamalarının gelişimi ve artışı konusunda İskandinav ülkeleri incelendiğinde 1960-1990 döneminde yükselme eğiliminin devam ettiği, GSYİH içindeki oranlar yönüyle en yüksek oranın İsveç'te % 8.7 ve en düşük oranın Danimarka'da % 6.2 ile olduğu görülmektedir.[251] Görüldüğü gibi İskandinav ülkeleri için verilen en düşük oran bile Dünya Sağlık Örgütünün belirlediği minimum hedeflerin üzerindedir.

---

[249] Leonard, Norman, 1995, a.g.e., s.170.

[250] K.J. Schieber, and Poullier, J.P., *"Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures"*, in OECD, **Health Care Systems in Transition**, Paris: OECD, 1991, s.12, ve aynı zamanda, David M. Cutler, *"The Cost and Financing of Health Care"*, The Economics of **Health and Health Care**, Volume 85, No:2, May 1995, s.12.

[251] Ole O. Gerdtham, and Bengt Jönsön, *"Health Care Expenditure in the Nordic Countries"*, **Health Policy**, Elsevier Scientific Publishers Ireland, 1994, No:26, s.209.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 26. OECD ülkelerinde GSYİH'nin yüzdesi olarak Toplam Sağlık Harcamaları

(1980-92 yılları için)

Ülkeler	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Büyüme Oranları % 1980-92	1991-92
ABD	9.3	10.8	10.9	11.1	11.5	11.9	12.6	13.2	13.6	3.2	3.0
Almanya	8.4	8.7	8.6	8.7	8.8	8.3	8.3	8.4	8.7	0.3	3.6
Avustralya	7.3	7.7	8.0	7.8	7.7	7.8	8.2	8.5	8.8	1.6	3.5
Avusturya	7.9	8.1	8.3	8.4	8.4	8.5	8.4	8.6	8.8	0.9	2.3
Belçika	6.6	7.4	7.6	7.7	7.7	7.6	7.6	8.1	8.2	1.8	1.2
Danimarka	6.8	6.3	6.0	6.3	6.5	6.5	6.3	6.6	6.5	-0.4	-1.5
Finlandiya	6.5	7.3	7.4	7.5	7.3	7.4	8.0	9.1	9.4	3.1	3.3
Fransa	7.6	8.5	8.5	8.5	8.6	8.7	8.9	9.1	9.4	1.8	3.3
Hollanda	8.0	8.0	8.1	8.3	8.2	8.1	8.2	8.4	8.6	0.6	2.4
İngiltere	5.8	6.0	6.1	6.1	6.1	6.0	6.2	6.6	7.1	1.7	7.6
İrlanda	9.2	8.2	8.1	7.7	7.3	6.9	7.0	7.4	7.1	-2.1	-4.1
İspanya	5.6	5.7	5.6	5.7	6.0	6.3	6.6	6.5	7.0	1.9	7.7
İsveç	9.4	8.9	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6	8.5	7.9	-1.4	-7.1
İsviçre	7.3	8.1	8.1	8.3	8.4	8.4	8.4	9.0	9.3	2.0	3.3
İtalya	6.9	7.0	6.9	7.4	7.6	7.6	8.1	8.4	8.5	1.8	1.1
İzlanda	6.4	7.0	7.8	7.9	8.5	8.5	8.2	8.4	8.5	2.4	1.2
Japonya	6.6	6.5	6.6	7.0	6.8	6.7	6.6	6.7	6.9	0.4	3.0
Kanada	7.4	8.5	8.8	8.9	8.8	9.0	9.4	10.0	10.3	2.8	3.0
Lüksemburg	6.8	6.8	6.7	7.3	7.2	6.9	7.2	7.3	7.4	0.7	1.4
Norveç	6.6	6.4	7.1	7.4	7.7	7.4	7.5	8.0	8.3	1.9	3.8
Portekiz	5.9	7.0	5.9	5.6	6.3	5.4	5.4	5.9	6.0	0.1	1.7
Türkiye	4.0	2.8	3.5	3.6	3.8	3.9	4.0	4.7	4.1	0.2	-12.8
Yeni Zelanda	7.2	6.5	6.7	7.0	7.1	7.2	7.3	7.7	7.7	0.6	0.0
Yunanistan	4.3	4.9	5.4	5.2	5.0	5.1	5.3	5.3	5.4	1.9	1.9
OECD Ortalaması	%7.0	%7.2	%7.3	%7.4	%7.5	%7.4	%7.6	%7.9	%8.1	%1.2	%1.4

Kaynak: George J.Schieber, Jean Pierre Poullier, Leslie M., "Health System Performance in OECD Countries, 1980-1992" Health Affairs 1994, s.101 ve OECD Health Data File 1994.

Tablo 27. OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamaları ($, 1980-1992)

Ülkeler	Yıllar									Büyüme oranı %	
	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	980-92	191-92
Avustralya	600	998	1079	1.113	1.190	1.234	1.314	1.393	1.451	6.7	4.2
Avusturya	680	884	1.046	1.109	1.191	1.318	1.401	1.492	1.576	7.2	5.6
Belçika	571	879	931	992	1.082	1.156	1.246	1.380	1.485	8.3	7.6
Kanada	797	1.207	1.332	1.409	1.500	1.599	1.720	1.861	1.949	8.6	4.7
Danimarka	580	807	838	890	978	1.018	1.051	1.154	1.163	5.9	0.8
Finlandiya	511	850	911	979	1.043	1.150	1.292	1.415	1.363	8.4	-3.7
Fransa	681	1.083	1.135	1.193	1.299	1.422	1.539	1.651	1.745	7.9	5.7
Almanya	811	1.175	1.235	1.287	1.402	1.432	1.519	1.658	1.775	6.7	7.1
Yunanistan	184	282	323	331	336	371	391	415	452	7.8	8.9
İzlanda	581	889	1.073	1.220	1.331	1.375	1.372	1.457	1.456	8.0	8.9
İrlanda	448	572	580	597	622	653	749	847	879	5.8	3.8
İtalya	570	814	849	915	1.064	1.153	1.300	1.419	1.497	8.4	5.5
Japonya	517	792	860	954	1.025	1.099	1.190	1.274	1.376	8.5	8.0
Lüksemburg	652	930	978	1.135	1.222	1.270	1.392	1.476	1.550	7.8	5.0
Hollanda	696	913	950	1.046	1.101	1.176	1.283	1.359	1.449	6.3	6.6
Yeni Zelanda	592	747	806	871	889	948	995	1.053	1.079	5.6	2.5
Norveç	549	846	1.006	1.043	1.114	1.129	1.283	1.342	1.468	8.5	9.4
Portekiz	238	387	350	361	440	489	447	544	585	7.8	7.5
İspanya	325	452	472	532	600	683	774	826	895	8.8	8.4
İsveç	859	1.157	1.179	1.248	1.310	1.391	1.463	1.425	1.317	3.7	-7.6
İsviçre	839	1.291	1355	1.443	1.558	1.693	1.780	1.956	2.068	7.8	5.7
Türkiye	64	66	89	100	110	118	133	166	156	7.7	-6.0
İngiltere	458	685	739	795	862	908	977	1.053	1.151	8.0	11.4
ABD	1.068	1.761	1.873	2.013	2.214	2.433	2.686	2.880	3.094	8.3	7.4
OECD ort.	577	838	917	983	1.061	1.138	1.217	1.312	1.374	7.5	4.8

Kaynak: Bu tablo OECD istatistikleri esas alınmak suretiyle Schieber, G.J. and Poullier, J.P., *"Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures"*, in OECD, Health Care Systems in Transition, Paris: OECD, 1990, s.102. de hesaplanmıştır bu konu aynı zamanda aynı zamanda, David M. Cutler, "The Cost and Financing of Health Care", The Economics of Health and Health Care, Volume 81, No2, May 1991, s.32. de bulunmaktadır.

Yukarıdaki tablo dolar cinsinden 1980-1992 dönemi için OECD ülkelerinin satın alma gücü paritesine(GSYİH temel alınarak) göre düzeltilmiş kişi başına sağlık harcamalarını göstermektedir. 1992 yılı değerlendirildiğinde kişi başına düşen sağlık harcamasının OECD ülkeleri içindeki en düşük oranın 156 $ ile Türkiye de olduğu, - ki bu rakam bugün daha düşüktür - en yüksek oranın yaklaşık 3.000.$ la ABD de olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının OECD ortalaması 1991-92 dönemi için % 4.5 oranında yükselme göstermiştir. OECD nin altı büyük ülkesinde; İngiltere en büyük genişlemeyi elde etmiş(% 11.4), ardından Japonya (% 8.0), ABD(%7.4), Almanya(7.1), Fransa(5.7) ve Kanada da(% 4.7) olarak sıralanmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 28. OECD Ülkelerinde Hastane Hizmetleri (1990-1992 dönemi için)

ÜLKELER	Yatak sayısı(bin kişi için)	Kişi başına hastanın gün	Doluluk oranları(toplamın yüzdesi olarak	Ortalama kalma süresi(gün olarak)
Avustralya	9.8	2.8	23.0	12.7
Avusturya	9.9	2.9	25.6	11.5
Belçika	9.8	2.5	19.1	13.0
Kanada	6.3	2.0	14.1	13.9
Danimarka	5.4	1.6	21.1	7.8
Finlandiya	11.2	4.3	22.8	19.0
Fransa	9.7	2.8	23.3	12.1
Almanya	10.3	3.3	21.1	16.1
Yunanistan	5.0	1.3	13.1	9.9
İrlanda	16.7	5.0	27.5	19.0
İrlanda	5.6	2.8	15.0	7.8
İtalya	6.7	1.8	15.0	11.6
Japonya	15.8	4.0	8.3	49.3
Lüksemburg	11.5	3.7	19.9	17.6
Hollanda	11.4	3.7	10.9	33.8
Yeni Zelanda	7.6	1.6	13.9	11.7
Norveç	14.5	5.0	16.7	9.1
Portekiz	4.5	1.1	10.9	10.5
İspanya	4.2	1.2	9.9	11.9
İsveç	11.9	3.4	19.9	16.8
İsviçre	-	-	-	-
Türkiye	2.4	0.4	5.5	6.8
İngiltere	5.9	2.0	19.3	14.0
ABD	4.7	1.2	13.7	9.1
OECD ort.	8.4	2.5	% 16.2	14.4

Kaynak: Bu tablo OECD istatistikleri esas alınmak suretiyle Schieber, G.J. and Fouillier, J.P., *"Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures"*, *in OECD*, Health Care Systems in Transition, Paris: OECD, 1990, s.102. de hesaplanmıştır bu konu aynı zamanda aynı zamanda, David M. Cutler, "The Cost and Financing of Health Care", The Economics of Health and Health Care, Volume 85, No:2. May 1995, s.32. de bulunmaktadır. Aynı zamanda, Getzen, a.g.k., ss.440-50 ile Phelps, a.g.k, ss.517-25' te de benzer veriler bulunmaktadır.

Tablo 28 ve 29 incelenecek olursa, OECD ülkeleri içinde ABD hastane yatak sayısı ve hastanede kalış süresi için ortalama olarak en düşük orana sahiptir. ABD Avustralya dan sonra çalışanlar için ikinci en yüksek yatak oranına sahiptir ve bu oran % 75 ile OECD ortalamasının üstündedir.

Tablo 29. OECD ülkelerinde hastane hizmetleri (devam)

ÜLKELER	Yatak doluluk oranı (% olarak))	Çalışan başına yatak sayısı	Bin kişilik nüfus için doktor sayısı	Kişi başına doktorla bağlanan karma oranı
[illegible]	82.4	3.9	2.2	8.8
[illegible]	81.0	0.8	2.2	5.9
[illegible]	86.0	1.5	3.2	7.9
[illegible]	84.9	2.4	2.2	6.9
[illegible]	83.5	2.8	2.8	4.4
[illegible]	80.8	2.0	2.5	3.3
[illegible]	79.3	1.1	2.7	8.0
[illegible]	86.7	1.3	3.2	11.5
[illegible]	71	1.4	3.7	5.3
[illegible]	85.8	-	2.8	4.2
[illegible]	80.1	1.8	1.5	6.6
[illegible]	70.0	1.6	1.7	11.0
[illegible]	83.6	0.8	1.6	12.9
[illegible]	81.0	-	2.0	-
[illegible]	88.6	2.2	2.5	5.4
[illegible]	57.3	2.0	1.9	3.8
[illegible]	84.5	2.8	3.1	3.8
[illegible]	69.4	2.0	2.9	3.1
[illegible]	76.7	2.2	3.9	6.2
[illegible]	84.7	1.9	2.9	2.8
[illegible]	-	-	3.0	6.0
[illegible]	53.8	1.5	0.9	1.0
[illegible]	80.6	2.6	1.4	5.7
[illegible]	69.0	3.5	2.2	5.6
[illegible]	75.0	2.0	2.5	6.1

Kaynak: Kaynak: Bu tablo OECD istatistikleri esas alınmak suretiyle Schieber, G.J. and Poullier, J.P., "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures", in OECD, Health Care Systems in Transition, Paris: OECD, 1990, s.102. de hesaplanmıştır bu konu aynı zamanda aynı zamanda, Reinhardt, Uwe E. "The Cost and Financing of Health Care", The Economics of Health and Health Care, Volume 8, No2, May 1995, s.32. de bulunmaktadır. Aynı zamanda, Getzen, a.g.k., ss.440-50 ile Phelps, a.g.k., s.311-15" in de benzer veriler bulunmaktadır.

Aşağıdaki tabloda da yine OECD ülkelerindeki sağlık göstergeleri ele alınmaktadır. Bebek ölüm oranları açısından en yüksek oranlar sırasıyla Türkiye(% 56.5), Portekiz(% 10.8) ve Yunanistan(% 10) da dır. Bu konuda en az bebek ölüm oranına sahip olan ülkeler İsveç(%5.3) ile Finlandiya(5.8) dır. Meydana gelen doğumlarda düşük ölüde doğum oranı bakımından ABD nin liderliği söz konusudur(%7.1). Türkiye ile ilgili bu yıllarda veri elde edilememiştir. Ortalama yaşam süresi açısından erkeklerde en yüksek orana sahip Japonya (76.1 yıl) iken, en düşük yaşam süresi erkekler bakımından Türkiye de dir(64.1 yıl).

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Aynı konuya kadınlar açısından bakıldığında en yüksek ortalama yaşam süresi Japonya da (82.2 yıl), en düşük yine Türkiye de dir(68.4 yıl). Diğer ülkelerle ilgili verilerde aşağıda verilmiştir.

TABLO 30. OECD ülkelerinde sağlık statüsünü belirleyen göstergeler

Ülkeler	Bebek ölümleri(Bin doğumda meydana gelen)	Toplam doğumlarda meydana gelen düşük ölüm doğumlar	Ortalama yaşam süresi(erkekler için, yıl)	Ortalama yaşam süresi(kadınlar için, yıl)	Ortalama yaşam süresi, 80 yaşında(erkekler için yıl)	Ortalama yaşam süresi, 80 yaşında(kadınlar için yıl)
Avustralya	7.1	5.5	74.4	80.4	7.0	8.8
Avusturya	7.4	5.4	72.6	79.2	6.6	7.7
Belçika	8.4	6.2	72.8	79.5	6.1	7.9
Kanada	6.8	5.4	73.8	80.4	7.1	9.3
Danimarka	7.3	5.4	72.2	77.7	6.4	8.0
Finlandiya	5.8	4.0	71.4	79.3	6.3	7.7
Fransa	7.3	5.3	73.0	81:1	6.8	8.6
Almanya	6.7	5.8	72.9	79.3	6.2	7.8
Yunanistan	9.0	6.1	74.0	79.4	-	-
İrlanda	5.5	3.3	75.1	80.8	7.2	9.1
İtalya	8.2	4.2	72.2	77.7	-	-
Japonya	8.3	5.6	73.6	80 3	6.4	8.0
Lüksemburg	4.4	6.5	76.1	82.1	6.9	8.8
Hollanda	9.2	5.5	72.0	79.1	-	-
Yeni Zelanda	6.5	4.9	74.1	80.2	6.2	8.1
Norveç	8.3	5.9	72.9	78.7	6.6	8.4
Portekiz	6.4	4.6	74.0	80.1	6.4	8.1
İspanya	10.8	5.6	69.8	77.3	5.6	6.7
İsveç	7.2	5.0	73.4	80.5	6.9	8.2
İsviçre	6.1	4.5	74.9	80.5	6.6	8.4
Türkiye	6.2	5.2	74.1	80.9	6.8	8.6
İngiltere	56.5	-	64.1	68.4	5.2	5.9
ABD	7.4	6.4	73.2	78.8	6.3	8.3
OECD ort	8.9	7.1	72.0	78.9	7.2	9.1
	9.4	% 5.4	72.9	79.2	5.9	7.4

Kaynak: Kaynak: Bu tablo OECD istatistikleri esas al nmak suretiyle Schieber, G.J. and Poullier, J.P., *Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures*, *in OECD*, Health Care Systems in Transition, Paris: OECD, 1990, s.102. de hesaplanm ş r bu konu ayn zamanda ayn zamanda, David M. Cutler, The Cost and Financing of Health Care, The Economics of Health and Health Care, Volume 85, No:2, May 1995, s.32. de bulunmaktad r. Ayn zamanda, Getzen, a.g.k., ss.440-50 ile Phelps, a.g.k., ss.517-25 te de benzer veriler bulunmaktad r.

Sonuç olarak sağlık harcamalarn yükselme nedenlerine bakıldığında, diğer mal ve hizmetlerdeki etkili olan arz ve talep faktörlerinin yanında, temel olarak büyüme nedenleri üç grupta

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...ebilir. Bunlar, sırasıyla gelirlerin yükselmesi, ihtiyaçların artması ...aliyetlerin yükselmesidir.[252] Gerçekte bu faktörler daha önce ...ilmiş nedenlerin bir özetidir.

Sonuç olarak, sağlık harcamaları artmaktadır. Çünkü, ...tandaşların sağlık harcaması talebi artmaktadır. Sağlık harcamaları ...ının iki yönü vardır: birincisi, sağlık harcamalarına ayrılacak ...kların, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, özellikle kamu kesimi ...ından bir bütçe sınırlaması olduğudur. Bu durum sağlık hizmetlerinin ...tar ve kalitesindeki yetersizliği kaçınılmaz kılmaktadır. İkinci olarak ...birinci açıklamanın da ışığında, piyasanın rolünün geliştirilme ...ihtiyacı vardır. Bunun anlamı, bireylein sağlık harcamalarınla daha ...lı katılmaları ve aynı zamanda arz edenler konusunda bir tercih ...kkına sahip olmalarıdır.[253] Bu konuda ödeme yöntemleri, kâr amaçlı ...an ve olmayan sağlık organizasyonları, Sağlık hizmetlerinden ...malarına koşulları ve nüfusun yaş grupları gibi faktörleri dikkate alarak ...ygun sağlık politikaları oluşturmak ve böylece sağlık harcamalarında ...ğunun sağlanmasına çalışmak önem taşımaktadır.

Bu konuda sonuç olarak, sağlık harcamaları büyümektedir. ...Çünkü, bireyler sağlık malını talep etmiş ve bu talepleri devam ...decekler. Sağlık harcamaları gelecekte var olmaya devam ederek ...büyümesini sürdürecektir. Bu konu iki yolla olabilir. Birincisi, sağlık ...harcamalarının tavanı sınırlıdır, bu durum sağlık hizmetlerinin kalite ve ...miktarındaki yetersizliği kaçınılmaz kılmaktadır. İkinci olarak, özel ...kesimin yükselmiş olan rolü geliştirilmelidir, bunun anlamı bireylerin ...sağlıkları için gerekli olan ödentiyi yapmaya devam edecekleri ...bilgisi, ve arz edenler arasından bir tercih hakkı bırakılması ...gerçekdir.[254] Bu alanda çeşitli sağlık politikaları, ödeme yöntemleri, ...kâr amaçlı olan ve olmayan sağlık organizasyonları, sağlık ...hizmetlerinden yararlanma koşulları ve nüfusun yaşı gibi faktörler

---

...Gemmel, a.g.e., s.172.
...Gemmel, a.g.e., s.183.
...Gemmel, Norman, 1995, a..g.e., s.183.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

sağlık harcamalarında optimum sağlanması açısından önem taşımaktadır.[255]

6.6. ÜLKELER ARASINDA SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRMASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Ülkelerarası sağlık sistemleri karşılaştırılırken, ortalama ekonomik verilerin ve sağlık göstergelerinin alınması gerçekçi bir değerlendirme açısından birtakım sakıncalar taşımaktadır. Şimdi sırasıyla bunları ele alalım.

Ülkeler karşılaştırılırken ele alınan kişi başına düşen gelir kavramı toplumlar arasındaki gelir dağılımını tam olarak yansıtmayabilir. Toplumda adaletli bir gelir dağılımının olmadığı bir durumda kişi başına düşen gelir kavramı, toplumun çeşitli kesimlerinin milli gelirden aldıkları payın gerçek ifadesi değildir. Örneğin, kişi başına düşen milli gelirin on bin dolar olduğu bir ülkede toplumu oluşturan kesimlerin %20'lik gruplar halinde ne aldığı önemlidir. Kişi başına düşen milli gelir yüksek olmasın karşın, en alt kesimlerin payı düşük kalıyor ise, burada bir gelir adaletsizliği söz konusudur ve bu durum yüksek görünen kişi başına mili gelirin sağlıklı ve gerçekçi bir olmadığını göstermektedir. Kişisel milli geliri daha düşük ancak, toplumu oluşturan grupların daha makul bir pay aldığı diğer bir ülke ile karşılaştırma yapıldığında yine gerçekçi bir sonuç alınamaz. Bu yüzden grupların ya da sınıfların milli gelirden aldıkları pay -özellikle grupların nüfusun en altından başlayıp en tepeye kadar ne aldıkları-, kişi başına düşen milli gelir kriteri ile bir arada ele alınmalıdır.[256]

Uluslararası karşılaştırmalar yapılırken diğer bir kriter de sağlık harcamalarının GSMH içinden aldığı paydır. Ancak bu kriterin de bir takım sakıncaları vardır. Bir ülkenin sağlığa daha fazla kaynak

---

[255] Gail Wilensky, , *"Future Directions in Health Economics Research in the USA"* (edited by George Telling Smith). **Health Economics: Prospects for the Future** Croom Helm, Ltd. 1987, s.141.

[256] Bülent Kılıç ve Gazanfer Aksakoğlu," *Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar*", **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Vakfı Yayını, Özel sayı, Kasım1994 - Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s.10.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ayırıyor olması, o ülkenin sağlık alanında iyi olduğu anlamına gelmez. Bu bakımdan, yalnızca, sağlık harcamalarının GSMH içindeki payını almak yanıltıcı olabilir. Örneğin, ABD, Fransa ve Kanada'nın (GSYİH'dan sağlığa ayırdıkları payın Japonya, Norveç ve İngiltere'den fazla olması[257], ABD, Fransa ve Kanada'nın sağlık hizmetlerinde daha fazla ilerlediği ya da sağlık alanındaki problemlerini daha çok azalttığı anlamına gelmemektedir. Bu durum aynı zamanda sağlık harcamalarının kimler tarafından sunulduğu önemlidir. Yukarıda verilen örnekte ABD'nin sağlığa % 12 ile en çok pay ayıran bir ülke olmasına karşın, sağlık hizmeti bakımından en iyi ülke değildir. Bu da sağlık harcamaları içinde kamu payının düşük olması ile ilişkilendirilmektedir.[258] Sağlık harcamaları içinde kamu payının düşük olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine ulaştırılamaması, bireysel harcamaların önemini artırmaktadır. Hindistan ve Lesoto[259] gibi ülkelerde sağlığa ayrılan payın çok olduğu ancak kamu payının ise düşük kaldığı görülmektedir. Bu ülkelerdeki sağlık hizmetleri de oldukça yetersizdir. Bu koşullarda sağlık harcamalarının milli gelir içinde ayrılan pay yoluyla değerlendirme yapmak yeterli değildir.

Karşılaştırmalarda kullanılan göstergelerle ilgili büyüme hızları için belli zaman aralıklarındaki ilerlemeler (başlangıç ve bitiş noktaları ya da yılları) dikkate alınmalıdır. Bu yüzden, karşılaştırmalarda ele alınan dönemlerin aynı olması önemlidir. Örneğin, başlangıç ve bitiş dönemleri 1950-1990 yılları olabilir.

Ülkelerarası karşılaştırmalarda o ülkenin dinsel, siyasal yapısı-tarihi, sendikal hareketler ve kazanımlar gibi unsurlar da dikkate alınmalıdır. Sözgelimi, sosyalist ve kapitalist iktidarlar ya da dinsel eğilimli İran bu özellikleriyle ele alınmalıdır.

---

[257] Schieber ve diğerleri, a.g.e., s.101.
[258] World Bank, "*World Development Report 1993: Investing in Health*", Oxford University Press, New York, s. 110.
[259] Afrika kıtasında bir ülke

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Karşılaştırmaya konu ülkelerin mümkün olduğunca, aynı doğal kaynaklara, nüfusa ve coğrafyaya sahip olmaları da önemlidir.

Ülkelerarası karşılaştırmalar yapılırken aynı zamanda birden çok sonuç bir arada değerlendirilmelidir. Bunlar bebek ölüm oranı, doğumda yaşam beklentisi, beş yaşından küçüklerde ölüm oranı ve çeşitli indekslerdir. Ancak bunlarla ilgili olarak da önemli ölçüde veri probleminin olduğunu belirtmekte yarar vardır.

Bu konudaki sakıncaları en aza indirmek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu konuda gelişmiş ülkeleri üç özelliğe ayrılarak yapılan çalışma örnek verilebilir. Bu incelemede ülkeler, ilk olarak, birincil sağlık hizmetleri açısından, ikinci olarak, sağlık düzeyi skoru ve son olarak da memnuniyet/maliyet indeksleri açısından değerlendirilmektedir.[260] İlk başlıkta ülkeler için sağlık hizmetleri skoru belirlenirken, sistemin devamlılığı, kapsayıcılığı, doktorlar ve dağılımı, uzmanlık dalları gibi karakterlere ayrı ayrı puan verilmek suretiyle elde edilen sonuçlar kullanılmaktadır. İkinci olarak, doğumda yaşam beklentisi ölüm hızları gibi yaklaşık 12 karaktere göre puan verilerek sınıflandırma yapılmaktadır. Sonuçta her ülkenin bir skoru ya da puanı belirlenmektedir. Son olarak da memnuniyet ve maliyet indeksleri kullanılmaktadır. Bunu elde etme için de anketler yoluyla elde edilen hoşnutluk oranı, o ülkede yapılan kişi başına sağlık harcamasına bölünerek elde edilen skor ya da sonuç puanıdır. Bu yöntemin uygulanmasında alına puanlara göre, Hollanda, İsveç, Kanada ve Avustralya ilk dördü oluşturmaktadır. Birincil sağlık hizmeti skoru ve memnuniyet/maliyet indekslerinde ABD en son sırada yer almıştır, bunu Almanya izlemiştir. İngiltere birincil sağlık hizmeti skorunda en iyi puanı almasına karşın, diğer skorlarda alt sıralarda yer almıştır.

Uygulamada çoğunlukla kamuoyunun sağlık sisteminden memnun olup olmadığını ve sitemin eksikliğini belirleme açısından diğer ülkelerle bir karşılaştırma yapabilmek için doğrudan bireylerle

---

[260] B. Starfield, "*Primary Care on Health: A Cross-National Comparison*", Journal of Academic Medicine Assocation, Volume 266, No:16, 1991, s.s. 2268-70.

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

çok yapma yöntemi de sık sık kullanılmaktadır.[261] Anket uygulamalarında yapılan harcamanın tutarının rakamsal olarak büyük olmasının memnuniyeti fazla kılacağı anlamına gelmediği görülmektedir.[262] Bu çalışmaların birisinde, sağlık sitemlerinin bir bütün olarak en çok tatmin sağladığı ülke olarak Kanada belirlenmiştir (memnuniyet oranı %56). Bu çalışmada Kanada'yı Hollanda (%47) ve Almanya (%41) izlemiştir. Sağlık siteminde iyi yönler olduğu buna karşın bazı temel değişikliklerle sistemin daha iyi olacağı sorusunda ise en yüksek cevabı ABD'liler (%60) vermiş, onları İsveç (%58) ve İngiltere (%52) izlemiştir. Sistemin kötü olduğu ve yeniden inşası gerekli mi? diye sorulduğunda ise, en yüksek oran İtalya'da (%40) çıkmıştır. İtalya'yı, ABD (%29) ve aynı oranlarla Avustralya (%17) ve İngiltere (%17) izlemiştir.[263]

Bu alandaki diğer bir çalışmada ise, beklenen değerlerle gözlenen değerler arasındaki farklılıkların yani sapmanın dikkate alınarak bir değerlendirme yapılması yöntemi kullanılmaktadır.[264] Bunun örneğini ise Dünya Bankası vermiştir. Burada ülkeler önce sahip oldukları ulusal gelir ve okullaşma oranlarına göre sahip olmaları gereken doğumda yaşam beklentisi ve ulusal gelirden sağlığa ayırması gereken payları hesaplamaktadır. Sonra bulunan bu tahmini değerlerle gerçek değerler arasındaki sapmalar bulunmaktadır.[265] Bu yöntem çeşitli ülkeler için uygulandığında ise, örnek olarak, Çin, Sri Lanka, Yunanistan v.b. gibi ülkelerin beklenenden daha az bir harcama yaparak doğumda beklenen yaşam süresi açısından ülkelerden daha iyi sonuçlar aldıkları, ABD, Malavi, Uganda, Mozambik ve Fransa v.b. gibi ülkelerin ise, beklenenden daha fazla

---

[261] Uwe Reinhardt, "*The Health System of the United States:Lessons for Other Countries*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martias) An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, The World Bank Washington, 1996, ss.139-40

[262] Robert Blendon "*Three Sytems : A Comparative Analysis*", Health Management Quarterly, Volume 11 (first quarterly), 1989, ss.2-10.

[263] Robert Blendon, Leitman, Robert; Morison, Ian and Karen Donalen, "*Satisfaction With Health System in Ten Nations*" Health Affairs, Volume 9(Summer), 1990, ss.185-

[264] World Bank, "World Develpoment Report 1993: Investing in Health", Oxford University Press, New York, s.54.

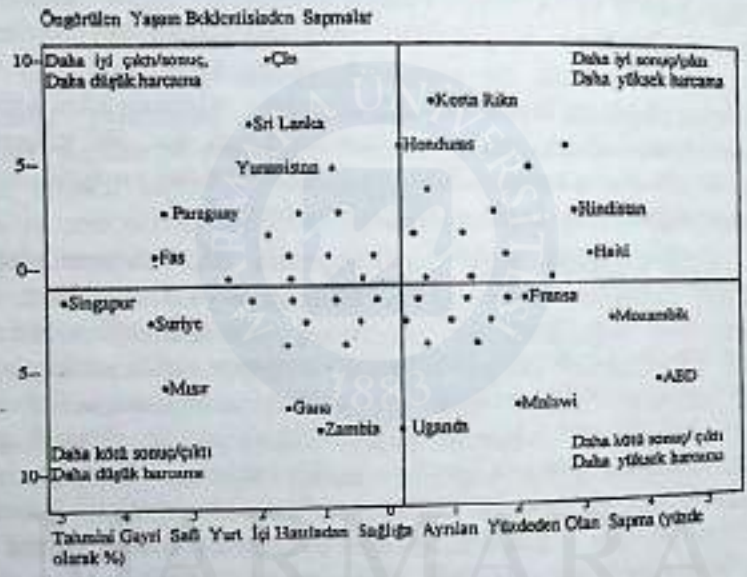
[265] Jamison, Dean T., "*Investing in Health*", Finance and Development, IMF and World Bank Publication, Volume 30, No:3, September 1993, s.4.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

para harcamalarına karşın tahminlerden daha kötü sonuçlar aldıkları belirlenmiştir.[266] Bu sonuçlar yardımı ile de aşağıdaki şekil incelenebilir.

Şekil 12. Seçilmiş Bazı Ülkelerde Tahmini Sağlık Harcamaları ve Tahmin Edilen

Yaşam Beklentisindeki Sapmalar



[266] Jamison, Dean T., 1993, a.g.m., s.4. ve aynı zamanda World Bank, "World Development Report 1993: Investing in Health", Oxford University Press, New York, s.54.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE BAŞLICA FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık sektörünün sürekli büyümesi, sektörün kaynak ihtiyacını artırmakta, bu durum yeni finansman kaynaklarına başvurma gereğini ortaya çıkarmaktadır

Sağlık hizmetlerinin ve bunların gerektirdiği harcamaların finanse edilmesi sağlık ekonomisi literatüründe geniş bir şekilde ele alındığı gibi, uluslar arası kuruluşların (Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler gibi) özellikle üçüncü dünya ülkelerine yönelik olarak yaptığı çalışmalarda da ağırlıklı bir şekilde ele alınmaktadır.

Yaşadığımız yüzyılda sağlık hizmetlerininin nasıl finanse edileceği, bunların organizasyonun nasıl yapılacağı ve ülkelere göre ortaya çıkan finansman tipleri konusunda büyüyen bir ilgi gözlenmektedir. Bu alanda yapılan çalışmaların önemli bir bölümünde sağlık finansman sistemlerinin farklılıkları ve farklılıkların gerekçeleri üzerinde durulmaktadır.[267]

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan başlıca yöntemler ele alınmaktadır. Bu yöntemler ışığında çeşitli ülke örnekleri incelenerek, sağlık finansman yöntemleri karşılaş-tırılmakta ve çeşitli öneriler üzerinde durulmaktadır.

7.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI VE TEORİK ÇERÇEVE

Sağlık hizmetlerinin önemli konularından biri finansman yöntemleridir. Sağlık sistemleri sınıflandırılırken finansman konusunda ülkelerin yaklaşımların farklılığı sınıflamalar arasındaki farkın temel

[267] Donaldson, C. and K.Gerard, The Visible Hand: The Economics of Health Care Financing, McMillan: London, 1992, ss.1-18.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

nedenini oluşturmaktadır.[268] Sağlık sistemlerinin sınıflamasında finansman yapısı bazen temel belirleyici unsur olabilmektedir. Bu noktada, sağlık sistemleri konusundaki temel yaklaşımları belirtmekte yarar vardır. Sağlık sistemleri oluşurken ülkenin iktisadi ve sosyal yapısının yanında, sendikal haklar ve sendikal gelenekler, insan haklarına verilen önem, dinsel yönelimler, gibi faktörler de son derece önemlidir. Sağlık sistemleri yukarıda belirtilen etmenler tarafından şekillenmekte ve her ülkenin kendine özgü bir sağlık sisteminin oluşmasında etkili olmaktadır.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin ilk kuramsal yaklaşım 1978 yılında Milton Terris tarafından geliştirilmiştir. Terris sınıflandırmasını başta ödeme biçimi olmak üzere, hizmetin kapsamı ve özelliği olmak üzere, gelişmekte olan ülkeler, sanayileşmiş ve sosyalist ülkeler olmak üzere üç grupta toplamıştır.[269] Terris'in ortaya koyduğu sağlık sistemlerinin sınıflandırılması aşağıdaki tablo yardımıyla ifade edilebilir.[270]

Tablo 31. Sağlık Hizmetlerinin Terris'e Göre Sınıflanması

Modelin adı	Hizmetin kapsamı	Ödeme Biçimi	Hizmetin Özelliği	Ülke Örneği	Dünya Nüfusunun Payı
Kamuya Dayalı sistemler	Herkesi kapsamamaktadır	Bütçeden yetersiz bir oranda	-Sağlanan -Koruyucu hizmetler azdır	Gelişmekte olan ülkeler;Çili, Meksika, Türkiye, Ceazyir, Endonezya	%49
Sigorta sistemine dayalı sistemler	-Çoğunluğu kapsayacak şekildedir	-Sigorta primi+ vergiler den oluşur	-Sağlanan/ koruyucu hizmetler (değişen oranlarda)	Sanayileşmiş ülkeler; ABD, Kanada, Japonya, Almanya	%18
Ulusal sağlık sistemi	Herkesi kapsar	-Bütçeden yeterli oranda	-Sağlığa tümekci yaklaşım	Sosyalist ülkeler; Eski SSCB, Küba, Çin, D.Almanya	%33

[268] World Bank, "World Develpoment Report 1993: Investing in Health", Oxford University Press, New York, ss.326-7.

[269] M. Terris, "*The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects*", World Health Forum, Volume 1, No:1-2, 1980, ss.78-76.

[270] Terris'in a.g. makalesinde böyle bir tablo yoktur, bu tabloyu, Bülent Kılıç ve Gazaefer Aksakoğlu, Toplum ve Ekim Dergisi Özel Sayı, Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65 ss.6-9 sayfalarında ayrıca hazırlamışlardır

Sınıflandırmayla ilgili ele alınabilecek ikinci çalışma Mark Field'in yaptığı "Tipoloji" adlı çalışmadır. Field'de yaptığı bu çalışmada, sağlık sistemlerini piyasa eksenli ve merkezi planlama eksenli olmak üzere iki bölümde ele almış ve sınıflamasını, ödeme veya finansman biçimi ağırlıklı olarak, hekimin konumu, meslek örgütü ve devletin rolü konusundaki farklılıklara dayandırmıştır.[271] Field'in bu çalışmasını Kılıç ve Aksakoğlu aşağıdaki şekilde tablo haline getirmişlerdir.[272]

Tablo 32. Field'e Göre Sağlık Sistemleri Sınıflandırılması

Tipi	Tip 1 Az gelişmiş olan ülkeler	Tip 2.Serbest piyasa tipi	Tip 3.Sigorta ve sosyal güvenlik	Tip 4.Ulusal sağlık hizmeti	Tip 5.Sosyalist sistem
Temel tanım	Sağlık hizmetleri ramarıyla bir hizmet tüketimidir	Sağlık hizmeti genellikle bir hizmet tüketimidir	Sağlık hizmeti sigorta ile güvence altına alınmış bir hizmet tüketimidir	Sağlık hizmeti devletin güvencesi altındaki bir hizmet tüketimidir	Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir
Hekimin konumu	Tek başına ve özel çalışır	Tek veya grup içinde/ özel	Tek veya grup içinde/ özel	Tek veya grup içinde/ özel	Devlet memuru
Meslek örgütü	Etkili	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça güçlü	Zayıf
Hizmetler	Özel	Özel/kamu	Özel/kamu	Çoğunlukla kamu	Kamu
Ödeme	Doğrudan	Doğrudan/ dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Türüyle dolaylı
Finansman tabanı	Az	Dolaylı/zayıf	Dolaylı/güçlü	Doğrudan/güçlü	Türüyle
Örnek ülke	Yazar burada örnek ülke vermemiştir.	ABD, İsviçre	Kanada, Fransa, Japonya, İspanya	İngiltere	Eski SSCB

Milton Roemer'in 1969[273] ve 1983 yılında ortaya attığı daha sonra 1994 yılında yeniden yorumlayarak basitleştirdiği sınıflamasında ise, ülkeleri ekonomik gelişmişlik düzeyine göre bir ayrıma tabi tutmak sadece gelir düzeylerine göre sınıflandırma yapmıştır.[274] Bu sınıflama aşağıdaki şekilde ifade edilebilir.[275]

---

[271] M. Field, Success and Crisis in National Health Systems, Routledge, New York and London, 1989, s.7.

[272] Aksakoğlu, Bülent Kılıç ve Gazanfer Aksakoğlu, Toplum ve Hekim Dergisi, Özel Sayı, Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65 ss. 6-9 sayfalarında ayrıca hazırlamışlardır

[273] Adrian Gelfrinas, and Michael Mills " *Health Sector Financing and Expenditure Survey*", edited by Lee, Kenneth and Anne Mills), Health Economics of Health in Developing Countries, Oxford University Press Oxford, 1980, s.25.

[274] M. Roemer, "*National Health Systems Throughout the World*", Annual Review Public Health, Volume 14, 1993, ss. 337-9. ve başlangıç için; M.I. Roemer, The

Tablo 33. Roemer'in Sınıflandırması

Sistemin adı	Ülke örnekleri
Girişimci	ABD(Sanayileşmiş), Filipinler(gelişmekte olan) Kenya(yoksul)
Sosyal Yönelimli	Kanada, Japonya, Almanya(sanayileşmiş), Peru(gelişmekte olan), Hindistan(yoksul)
Bütüncül	İngiltere, İsveç(sanayileşmiş,), Kosta-Rika(Gelişmekte olan), Sri Lanka(Yoksul)
Sosyalist	Rusya(snayileşmiş), Küba(gelişmekte olan), Çin(Yoksul)

Ray Elling'in yaptığı sınıflamada da ülkelerin sosyal, dinsel ve ideoloijk yapıları dikkate alınarak bu farklılıklar çerçevesinde sistemler kategorize edilmiştir.[276] Elling'in yaptığı sınıflama yine aşağıdaki şekilde tablolanabilir.[277]

Tablo 34. Ellingin Sınıflandırması

Sistem	Ülke örnekleri
Tümüyle kapitalist ülkeler	ABD, İsviçre, Almanya
Sosyal yönelimli kapitalist olan ülkeler	Kanada, Japonya, İngiltere, İsveç ve diğer İskandinav ülkeleri
Sanayileşmiş sosyalist ülkeler	Eski SSCB, Eski D Almanya, Eski Doğu bloku ülkeleri
Kapitalizme bağlı olan ülkeler	Brezilya, Hindistan, Guatemala, Haiti, Filipinler, Endonezya
Dünya sistemlerinden yarı bağımsız sosyalist ülkeler	Çin, Küba,Nikaragua, Tanzanya

Ayrıca sağlık sitemlerinin sınflandırılması ile ilgili olarak Gordon'un yaptığı sınıflama[278] da aşağıdaki gibidir. Gordon'un bu sınıflaması sağlık ekonomisi literatüründe modern sınıflama olarak da adlandırılmaktadır.

1. **Geleneksel hastalık sigortası grubu**; temel olarak özel sigorta piyasalarını içermektedir, ayrıca kamu kesimi sübvansiyonları söz

---

Organization of Medical Services Under Social Security, International Labour Office, Geneva, 1969.

[275] Bu tabloyu, Bülent Kılıç ve Gazanfer Aksakoğlu, **Toplum ve Hekim Dergisi, Özel Sayı**, Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65 ss.6-9 sayfalarında ayrıca hazırlamışlardır

[276] R.H. Elling, *"Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems"*, **International Journal of Health Services**, Volume 24, No:2, 1994, s.285.77

[277] Bu tabloya, Bülent Kılıç ve Gazanfer Aksakoğlu, **Toplum ve Ekim Dergisi Özel Sayı**, Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65 ss.6-9 sayfalarında ayrıca hazırlamışlardır

[278] Margaret S. Gordon, **Social Security Policies in Industrial Countries**, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, s.25.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yönetimdir. Kapsama alanı içinde çoğunlukla çalışanlar bulunmaktadır. Almanya orjinli olarak adlandırılmaktadır.

2. **Ulusal sağlık sigortası grubu**; Kamu kesimi tarafından ulusal kapsamda ve belirli düzeydeki sağlık sigortası sistemi. Kanada bu örneğin en belirgin ülkesidir.

3. **Ulusal sağlık hizmetleri grubu**; devlet sağlık hizmetlerini sağlar. İngiltere bu tipin en belirgin örneğidir.

4. **Karışık sistemler grubu**; ülkeler yukarıda ifade edilen sistemleri karışık bir şekilde kullanırlar. Birçok ülke bu grupta olduğu gibi ABD de bu grupta ele alınmaktadır.

Sınıflamalar konusunda Dünya Bankasının örgütlenme ve finansman mekanizmasına göre yaptığı sınıflama daha kapsayıcı ve ilk niteliktedir. Ayrıca kişi başına düşen gelire göre de bir sınıflama Dünya Bankası tarafından yapılmıştır. Bu sınıflamada ise GSMH içindeki sağlık harcamalarının oranı ve kişi başına yapılan sağlık harcamaları temel alınmak yöntemiyle bir ayrıma gidilmiştir. Dünya Bankası'nın örgütlenme ve finansman yaklaşımlarına göre sınıflaması ise aşağıdaki gibidir.[279]

Tablo 35. Dünya Bankasının Finansman Yaklaşımı

Örgütlenme Biçimi	Finansman Biçimi
Kamu	Genel Vergilerle (Bütçe Finansmanı) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcamalar
Özel (Kâr Amaçlı)	Genel Vergiler (Bütçe Finansmanı) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcamalar
Özel (Kâr amacı gütmeyen)	Genel Vergilerle (Bütçe Finansmanı) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Harcamalar

[279] World Bank, "World Develpoment Report 1993: Investing in Health", Oxford University Press, New York, s.109.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili olarak Kılıç ve Bumin'in bütün bu sınıflamaları kapsyan çalışmasına da bakılabilir.[280]

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ile ilgili İngiliz sağlık ekonomistleri Culyer, Maynard ve Williams ise iki temel yaklaşım olduğunu ileri sürmüşlerdir.[281] Bu yaklaşımlar sırasıyla aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

1. Yaklaşım: "Tamamen tüketici egemenliğini esas alan yaklaşım ve bu yaklaşımda merkeziyetçi yapıdan uzak bir piyasa ekonomisi vardır, sağlık hizmetleri elde edilirken ya da girişte ödeme gücü isteğine göre bir eleme yapılmaktadır. Tüketici egemenliği kavramı özel sigortalar aracılığı ile sağlanmaktadır. Bu durumda sigortalanmış olan sağlık hizmetleri tüketim ihtiyacı ortaya çıktığında, tam ya da kısmi olarak bedava karşılanmaktadır. Üretimde özel kişilerin sahipliği söz konusudur ve bunun anlamı devletin bu alandaki bütçe ve kaynakların dağılımı üzerindeki etkisini minimum düzeye indirmektedir. Üreticilerin bu alandaki faaliyetleri karşılığı elde edebilecekleri kazançlar da piyasa tarafından belirlenmektedir".

2. Yaklaşım: "Bu yaklaşımın ilk amacı nüfusun önemli bir bölümü için sağlığın geliştirilmesi prensibine dayanır. Bu sistemde sağlık koşullarının geliştirilmesinde sağlık hizmetlerinin etkinliğine göre seçmeli olarak sağlık hizmetlerine girişe öncelik verilir. Bu yaklaşım,da bu işlev vergi-bütçe finansmanı yoluyla sağlanır. Üretimde devletin söz sahibi olması demek bütçe üzerinde merkezi bir kontrolü, diğer yandan kaynakların yönünün kaynakların tahsis edilmesinde etkinliği sağlayacak şekilde fiziksel ayarlanabilirliğini ve karşılayıcı olan monopol gücünün üreticinin kazancı üzerinde etkili olduğunu ifade etmektedir".

---

[280] B. Kılıç, ve Ç.Bumin, "*Sağlık Sistemleri*", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Sayı 53, 1993, ss.41-7.

[281] A.J. Culyer, A. Maynard and A.Williams, "*Alternative systems of health care provision: an essay on motes and beams*" in **A New Approach to the Economics of Health Care**, Edited by, M.Olson, *American Enterprise Institute*: Washington and London, 1981, s.1874.

© ANKARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu yaklaşımlara, Donabedian[282] aşağıdaki önerilerinde bulunabileceğini belirtmiştir.

İki yaklaşım arasında rakip olarak etik değerler esas alınarak kesin bir şekilde ayrımın yapılabilmesi için sistemin her birinin sağlık hizmetleri ile ilgili yaptıkları düzenlemeler ve planları ile ilgili yönlerini dikkate almak gerekir. İlk dikkate alınması gereken sağlık hizmetlerine girişin ve elde edilebilirliğin tıpkı diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi(yeme,içme, barınma,eğlence gibi) benzer şekilde olması gerçeğidir. İkinci dikkate alınması gereken de sağlık hizmetine giriş ve elde edilebilirliğin bir vatandaş hakkı olmasıyla ilgilidir, tıpkı seçim sandığında oy kullanılması veya mahkemelerde adalet arama gibi. Bilindiği gibi bu hizmetlerden yararlanmak herhangi bir şekilde kişisel zenginlik ve refah düzeyine bağlı olmamalıdır".

Donabedian bu yüzden sağlık hizmetlerine giriş ve elde edilebilirlik te herhangi bir sınırlamaya tabii olmaksızın herkesin vatandaşlık hakkı nedeniyle yararlanması gerektiğini ileri sürmektedir. Donabedian'ın bu yaklaşımının WHO'nun Alma Ata Deklarasyonunda da yer aldığını söyleyebiliriz (WHO'nun 'Health for all by the year 2000' çalışmasında ortaya konulan hedeflerle birlikte sağlık hakkı kavramından söz edilmektedir).

Aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarında gözlenen artışın GSMH artışından fazla olması sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki hızlı artışı ortaya koymaktadır. Bu artış özellikle gelişmekte olan ülkeleri sağlık hizmetlerini veya sağlıkla ilişkilendirilebilen diğer sağlık faaliyetlerinin yeniden ele alınmasını gündeme getirmektedir. Bunların gerçekleştirilebilmesinin önünde ise finansmanla ilgili baskılar vardır ve bu baskıların giderilmesi sağlık sistemlerinde kaydedilebilecek gelişmeleri artıracaktır.

Bu hususlar sağlık hizmetlerinin planlaması ve uyarılması ile ilgili önemli konulardır. Özellikle de temel hizmetlerin finansmanı ile

[282] A. Donabedian, *"Social Responsibility for Personel Health Services: An Examination of Basic Values"*, Inquiry Review, Volume 8, 1971.

ilgili olarak finansmanı sağlayanlar, hizmetleri sağlayanlar ile tüketiciler arasında uygun bir anlaşma sağlanabilmesi; sağlık konularının ve önceliklerinin belirlenmesi; kaynakların yaratılması, bulunması ve etkin bir şekilde tahsis edilmesi; hizmetlerin üretilmesinin etkinlik ve verimlilik çerçevesinde yapılması konusundaki çabalara önemli katkılarda bulunmaktadır. Bunların anlamı aslında, kaynaklara etkin tahsis edilerek ekonomik etkinliğe öncelik vermektir. Bunun sonucunda kıt kaynakların finansman mekanizması aracılığı ile planlanarak en az maliyetli üretim teknikleri yardımıyla gerekli düzeydeki sağlık statüsünü geliştirecek şekilde sağlık hizmetlerinin üretimini ve vatandaşlara ulaşmasını sağlamaktadır.[283]

Bu amaçların gerçekeştirilebilmesi ancak uygun finansman ve ödeme mekanizmaları ile mümkün olabilir. Diğer yandan bunlar gerçekleşmediği takdirde sağlık hizmetlerini elde etmede birtakım bariyerlerin konması ve bunun sonucunda, maliyetlerin toplumsal yükü artacağı gibi, kaynakların sağlanması ve kullanımında da birtakım sapmalar(distorsions) olacaktır.

Sağlık sistemlerinin finansman yapılarının farklı olması maliyetler ve faydaların dağılımın planlanmasının farklı olmasına neden olmaktadır. Toplumun değer yargıları ne olursa olsun değişik kaynak tahsisi seçenekleri ile birikte işlemsel etkinlik te bu dağılım yapılırken dikkate alınmalıdır. Toplum faydasının maksimize edilebilmesi için bu alana ayrılan gelir kaynaklarının arttırılması ve harcamaların tahsisinin uygun bir şekilde yapılması gerekir ve bu uygulama aşağıdaki konuları içerir:

Sağlık sistemlerinin finansal performansı, sosyal ve politik kabul edilebilirliği, güvenirliği, esnekliği, yeni gelişmeler ve bunların sağlık üzerinde ve hasta davranışı üzerinde meydana getirdiği etkileri, sağlık hizmetlerinin sağlanması ve bu hizmetlerin işletilmesi üzerindeki etkileri ve son olarak ekonomi üzerindeki etkilerinin bilinmesi sağlık sektörüne

---

[283]Donabedian, a.g.e.

ayrılan toplam kaynakları belirlemede yardımcı olduğu gibi, toplam harcamalar içinde bu alana ayrılan kaynakları ve bunları karşılaştırma imkanlarını da vermektedir. Diğer yandan özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanına ayrılan kaynakların belirli (yüzde) olması bu alandaki yöneticilere kontrol ettikleri finansal güçle ilgili bir denetim imkanı sağlamaktadır. Bunların kapsamı içinde, sosyal güvenlik kurumları, çeşitli acentalar, özel sigorta kurumları, yardımlar, bağışlar, dış yardımlar ve bu alanda ki endüstri yer almaktadır.

Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda, uluslar arası organizasyonlarda, WHO, World Bank, American Public Health Organization, The Institute for Health and Socio Economic Studies gibi, çeşitli akedemik kurumlarda sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ile ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalar, Health Sector Financing and Expenditure Surveys (HSFE) olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde temel olarak iki sorunun yanıtının arandığı görülmektedir;

1. Sağlık sektörüne ayrılan toplam kaynaklar(harcamalar) ne kadardır,

2. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakları hangi kişi ve kurumlar sağlamaktadır, ve tutarları nedir?

Bu konudaki çalışmaların birincisini 1963 yılında WHO için Abel Smith gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada yukarıdaki sorular Sri Lanka ve Şili ile birlikte alt ülke için ele alınmıştır. Daha sonra 29 ülkeyi kapsayan daha kapsamlı bir çalışma yine Abel Smith tarafından 1967 yılında yapılmıştır. Daha sonra ülkeler arası finansman yapılarının ve farklılıklarının incelenmesi ve bu bağlamda sağlık sistemlerinin ele alınması konusunda; Simanis 1973; Poullier 1977; Abel Smith ve Maynard 1978; Bar ve Richan 1979; Hauser ve Koch 1980; Maxvell 1981 gibi araştırmacılar çeşitli çalışmalar yapmışlardır.

Bunlar yanında sağlık hizmetlerinin finansmanını doğrudan değil de sosyal güvenlik ile ilişkilendirilebilecek şekilde ele alan; söz gelimi sosyal sigorta kurumu başlığı altında inceleyen Roemer(1969) ile,

sosyal güvenlik ve kişisel sağlık hizmetleri (ILO ve WHO 1971), Filipinler için kişisel analizler (Sen 1975), Ruanda için Nshimiyimana (1971), ve Güney Kore içinde Park (1977) yılında benzer çalışmalar yapmışlardır.

Mooney'e[284] sağlık sistemleri karşılaştırılırken,

1. Teknolojik yenilikler,
2. Coğrafi açıdan ve sosyal gruplar açısından eşitlik koşulları,
3. Etkenlik,
4. Etkinlik,
5. Profesyonel durum ya da statü,
6. Hasta hakları ve tercihleri,
7. Sağlık çalışanlarının(poliklinikçiler, doktorlar, yardımcı personel gibi) hakları,
8. Toplumun tercihleri,
9. Tıbbi etik ve klinik özgürlük gibi kavramların ele alınabileceğini ifade etmiştir.

Ancak sözü edilen konular ile sağlık hizmetlerinin gruplar, sınıflar arasındaki dağılımı belirlenmesi ile, etkinlik ve etkenliği karşılaştırılabilir. Dolayısıyla Mooney'in yaklaşımı uygulamada özellikle finansman açısından uygun değildir.

Diğer yandan Calum'un sağlık sistemleri ile yaptığı sınıflama biçimi büyük ölçüde finansman temeline dayanmaktadır. Calum bu sınıflamasında sağlık sistemlerini finansman temelinde ele alıp aşağıdaki şekilde sıralamıştır;[285]

- Bireyler tarafından sağlık hizmetlerinin piyasadan satın alınması.
- Bireylerin özel sigortalar yardımıyla sağlık hizmetlerinden yararlanması.
- Kamu sigortaları yoluyla vatandaşlara sağlık hizmetlerinin sağlanması.
- Toplum finansmanı yoluyla sağlık hizmetlerinin sağlanması.
- Kazançlar üzerinden sağlık vergisi almak suretiyle finansmanın sağlanması.

---

[284] Mooney, a.g.e., s.124.
[285] Calum, Paton, **Health Policy and Management**, Chapman and Hall London UK. First Edition, 1996, s.22.

HSFE'lerde sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ilgili aşağıdaki standart tablo kullanılmaktadır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 36. Sağlık hizmetleri finansmanının temel kaynakları

I. Merkezi İdare kaynakları[365] i) ____ Bakanlığı •Sağlık •Sosyal Güvenlik •Yerel Yönetimler •Ulaştırma ve iletişim •Tarım •Kırsal gelişme •Endüstri, ticaret ve istihdam •Madencilik •Su kaynakları •Kamu işleri •Eğitim •İçişleri •Adalet ve güvenlik •Savunma ii) Yerel Yönetimler •Bölgeler •Belediyeler •Mahalleler •Köy konseyleri iii) Diğer kamu kurumları •Kamusal yarar sağlayan hizmetlerin yerine getirilmesi, temiz su ve özleyici sağlık hizmetleri •Milli endüstriler •Zorunlu sağlık sigortası
II. Özel organizasyonlar ve ülke içindeki yardım ve bağış kuruluşları i) Özel organizasyonlar/görevliler ii) Ülke içindeki yardım ve bağış kuruluşları ve gönüllü organizasyonlar
I. Özel kaynaklar i) Özel kesim ii) Doğrudan ödemeler •Kamu ve özel hastanelerde ayakta ya da yatarak tedavi, klinikler, sağlık istasyonları ve bunun hizmetleri için yapılan ödemeler de dahil olmak üzere) •Özel pratisyenler •Yurt dışı hizmetler •Özel diş hizmetleri •Özel göz hizmetleri • Diğer özel sağlık hizmetleri, psikoterapi ve hemşirelik gibi •Tıbbi alandaki lisans haklarının özel alımı ve ilk yardım malzemelerinin üretilmesi ve arzı •Ülke içi su kaynakları •Sağlık hizmetlerinin kullanımı için gerekli olan ulaşım koşulları
I. Dış kaynaklar i)Dış yardımlar ve teknik işbirliği[367] •Ülke orjin ve gruplarına göre iki yanlı idare yardımları veya borçları •Kurumlara göre çok yönlü idare yardımları veya borçları •Kaynaklarına göre özel yardımlar veya borçlar

Kaynak:1991-1994 dönemindeki çeşitli Health Sector Financing and Expenditure Surveys(HSFE)'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Sağlık sistemleri ve örgütlenmesi üzerinde önemli etkisi olan sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ülkelere göre değişiklik göstermekte, hatta aynı ülke içinde de farklı finansman kaynakları kullanılabilmektedir. Sağlık sistemin ve örgütlenme biçimini etkileyen sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi aynı zamanda, gelirin yeniden

---

[365] Bu gruplamalar, özellikle idari örgütlenmeler için ülkelere göre farklılıklar gösterebilir.
[367] Dış yardımların kapsamında her türlü borç, yardım, sübvansiyonlar, sağlanan bedava personel yardımları, sağlık ekipmanları için hammadde ve teknoloji, ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlanması ifade edilmektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

dağıtımı, kaynakların dağılımı ve genel ekonomik büyüme üzerinde de etkili olmaktadır.[288] Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları alt gruplarla ifade edilebilmesine karşın[289], finansman kaynakları çoğunlukla kaynakların özel ya da kamu oluşuna göre bir sınıflandırmaya tabii tutulmaktadır.[290] Diğer bir sınıflandırmada ise, özel ve kamu kaynaklarının yanısıra dış kaynaklardan sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak belirtilmektedir (üçlü bir sınıflandırma).[291] Ancak genel olarak, özel ödemeler diyebileceğimiz cepten ödemeler doğrudan ödemeler, diğer ödemeler ise dolaylı ödemeler olarak sınıflandırma yapılabilir. Burada, finansman yöntemleri sınıflandırılması yapılırken kapsayıcı olması açısından bu yöntem kullanılacaktır.

7.2. FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

7.2.1. DOĞRUDAN FİNANSMAN YÖNTEMİ

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, arzı gerçekleştiren kamu, özel kurum ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Doğrudan finansman yönteminde, tüketiciler nasıl ki diğer piyasalarda diğer mal ve hizmetleri bedelini ödeyererek satın alabiliyorlarsa, bu sistemde de aynı şekilde doğrudan üretim biriminden (kurum-kişi) talep ettikleri hizmeti almaktadırlar.[292]

Dolaysız finansman yönteminde arada üçüncü parti ödeyiciler olarak adlandırılan ödeme gruplarının yer almadığı bir

---

[288] OECD, **Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries**, Paris 1987, s.25.

[289] William Newbrander,Carrin, Guy and Daniel Le Touze, *"Developing Countries' Health Expenditure Information: What Exists and What is Needed?"*, Health Policy and Planning, Oxford University Press, Volume 9, No:4, 1994, s.398.

[290] Alastair Gray, ," *International Patterns of Health Care, 1960 to 1990s* " (edited by Charles Webster), **Caring for Health:History and Diversity** Open University Press. Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995,s.182.

[291] E.P. Mach, and B Abel Smith, "**Planning the Finance of the Health Sector**", World Health Organization, Geneva, 1983, s.19.

[292] Paton, a.g.e., s.22.

...biçimi dolaysız fiansman biçimi olarak adlandırılabilir. Bu ...ödeme olabileceği gibi, sosyal güvenlik örgütünün hizmeti ...durumunda da arada başka bir kişi ve kurum olmayacağından ...finansman yöntemi olarak değerlendirilebilir. Sağlık ...nin dolaysız finanse edilmesi, özellikle kişisel ödemeler, ...güvenlik örgüt ve politikalarının gelişmediği dönemlerde ...olarak yer almıştır.[293] Ancak, günümüzde sigorta ...gelişmesi ve refah devleti örgütlenmesinin topluma ...amaçladığı hizmetlerin kapsamı içinde sağlık hizmetlerinin ...bir yer alması üçüncü grup ödeyicilerinin önemini artırmakta ve ...finansman yönteminin önemini azaltmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanının tarihsel gelişimi incelenirken ...gibi, özellikle veri bulunabilen ABD için geçmiş ...doğrudan finansmanın önemi büyük iken günümüzde bu ...önemini yavaş yavaş yitirdiği görülmektedir.[294]

...13. Sağlık Hizmetlerinde Doğrudan Finansman Yönteminin (ikili-basit yöntem) İşleyişi[295]



Doğrudan finansman mekanizmasının işleyişine bakıldığında, ...ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek ...tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol

...1997, a.g.e., s.7.
...1997), a.g.e., s.7.
...William C." Hsiao, *A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the ...Health Insurance*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An ...Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing ..., The World Bank Washington DC USA, 1996, s.17'den yararlanılarak ...

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

açtığı mali yükü tüketici kendisi karşılamakta olup, tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Hastalık riskinin derecesi harcamanın yüksek ya da düşük olup olmayacağını belirlemektedir.[296]

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi aynı zamanda, sağlık hizmetleri tüketimine olan talep üzerinde etkili olmaktadır. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu durumlarda talep katsayısının düşük olduğu gözlenirken, aracı mali kurumların bulunduğu dolaylı finansman sisteminde tüketicinin hizmeti talep etme katsayısı yükselmektedir.[297] Kişilerin doğrudan ödeme yaptığı sistemlerde özellikle yüksek hastalık riski altında bulunan alt gelir gruplarının hizmet talebi düşük kalmakta var olan sağlık ihtiyacı tam bir talebe (fiili talep) dönüşememektedir. Kamu ve özel sigortaların, yani mali aracı ve organizasyonların yer aldığı sistemlerde ise, ihtiyaç olmadığı halde talep ortaya çıkabilmektedir. Sağlık bilincinin yeterince gelişmediği, personel ve altyapının eksik olduğu toplumlarda rastgele ilaç tüketimi, gelişmiş ülkelerde sağlıklı olma kaygısıyla vitaminlerin büyük oranda tüketilmesi ve periyodik kontroller finansman yöntemiyle yakından ilişkilidir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin finansman yönteminin, bütün bireyler için eşitlik ve adalet kavramlarını olumlu veya olumsuz etkileyebileceğinin bir kanıtıdır.

Günümüzde, yüksek teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli vb. gibi yüksek maliyetli işlemlerin direk olarak bireyler tarafından finanse edilmesi kolay olmamaktadır. Bu olgu, hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülke grupları için geçerlidir. Söz konusu hizmetlerin yapılabilmesi yüksek düzeyde altyapı ve işlem maliyetleri gerektirdiğinden bunu kişilerin doğrudan karşılaması mümkün değildir. Bu harcamalar ancak büyük fonlarla karşılanabileceğinden genel veya özel sigortalarla yapılabilir. Bugün dünyada ortalama

---

[296] D.De. Ferranti, **Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview**, *World Bank Staff Working Paper*, No:721, The World Bank, Washington, DC USA, 1985, s.14

[297] Yıldırım, Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Yayınları, No:2350, Temmuz 1994, Ankara, s.43.

ancak her ülkede ancak, gelir düzeyi çok iyi olan insanlar sağlık hizmetlerini kendileri doğrudan finanse etme yolunu seçmektedirler. Ancak gözlenen olgu gelecek dönemlerde doğrudan finansmanın düzeyinin azalacağı, buna karşın üçüncü grup ödeyicilerinin dolaysıyla, dolaylı finansman yönteminin ağırlık kazanacağı yönündedir.[298] Uygulamada görülen dolaysız ödeme biçimi çoğunlukla cepten(out of pocket) ödemelerdir.[299]

7.2.2. DOLAYLI FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü bir unsur olan ödeme kurumu üçüncü taraf ödeyici(third party payer) yer almaktadır. Bu yöntemde, sağlık hizmetlerini arz ve talep edenler arasındaki para ilişkisi kısmen veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal aracılar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebileceği harcamalar sadece tüketici tarafından ödenilmemekte, buna karşın, aracı olan mali kuruma (ortak fon) katılmış bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Tüketici hizmetten yararlanırken ortak fona yaptığı katkılar dikkate alınmazken, belirli bir hizmet düzeyinin üstündeki talebini karşılamak için de bir katkı ödenebilir.

Doğrudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler, diğer tarafta ise kamu veya özel kesim sunucuları yer almakta ve sistem oldukça basit bir yapı göstermekte iken, buna karşın, dolaylı finansman yönteminde ise, sistem daha karmaşık olup üreticiler ve tüketiciler, aracılar (devlet ya da özel) arasında çoklu bir ilişki söz konusu olmaktadır. Bu ilişki aşağıdaki şekilde şematize edilebilir.

Aşağıdaki şekilden de anlaşılacağı gibi, hükümet ile finansal organizasyon ve aracı mali kurumlar arasında, sağlık üretim birimleri

---

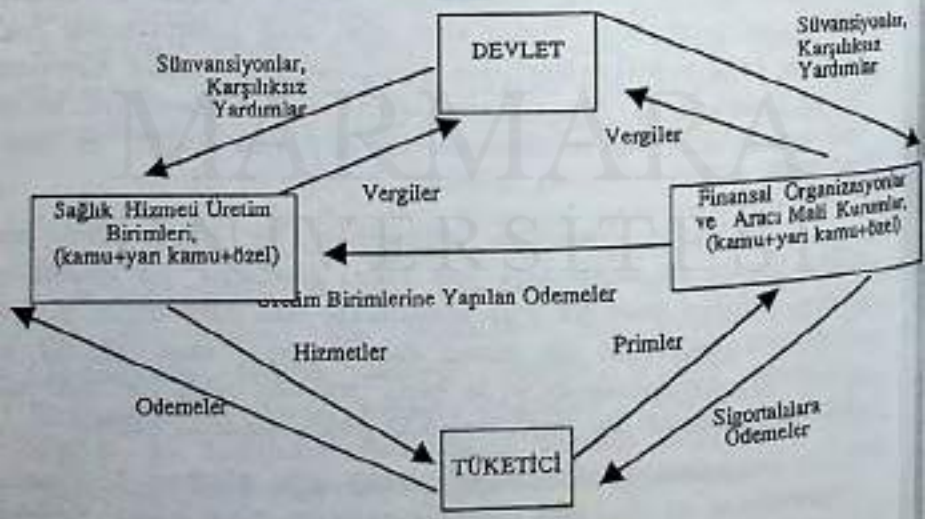
[298] Thomas P. Getzen, 1997, a.g.e., , s.8.

[299] Gray, Alastair ," *International Patterns of Health Care, 1960 to 1990s* ", Edited by, Charles Webster, **Caring for Health:History and Diversity**, Open University Press, Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995, s.182.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ve tüketiciler arasında, üretim birimleri ve hükümet arasında, finansal organizasyonlar ve aracı mali kurumlar ile üretim birimleri arasında karmaşık bir kaynak ve hizmet akışı vardır.[300] Gelişmekte olan ülkelerde daha basit bir yapı söz konusudur. Çünkü, az sayıda ve yeterince gelişmemiş mali aracılar ve sınırlı ölçüde özel kesim üretim birimleri söz konusudur. Ülkelerin tamamı bu şekilde karmaşık bir yapıya sahip olmayabilir. Gelişme düzeyine paralel olarak finansman yapısı daha karmaşık bir hal alabilmektedir.[301] Dolaylı finansman yönteminde kullanılan finansman mekanizmaları, merkezi ve yerel hükümet kaynakları, zorunlu sigorta, özel sigorta, mesleki sigorta, bağışlar ve dış yardımlardan(WHO ve UNESCO'nun yaptığı yardımlar gibi). Ancak, uygulamada dolaylı finansman yöntemleri aşağıdaki şekilde ele alınmaktadır. Geri kalan yöntemler de diğer finansman öntemleri başlığı altında incelenmektedir.

Şekil 14. Sağlık Hizmetlerinde Dolaylı Finansman Yönteminin (çoklu-karmaşık yöntem) İşleyişi[302]



[300] Yıldırım, 1994, a.g.ç, s.41.
[301] Ferranti, 1985, a.g.ç. s.15.
[302] Hsiao, *a.g.e.*, s.17. ve aynı zamanda, D.De Ferranti, 1985, a.g.ç., s.14'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Dolaylı finansman yöntemine genel olarak bakıldığında, sağlık sistemi genel primler ve tüketici katkıları (sigorta) ve bağışlarla finanse edilebilir. Bunları şimdi üçlü bir grup halinde sistematik bir şekilde ele alalım.

12.1.1. ÇALIŞANLARIN FİNANSMANA KATILMASI

Sağlık hizmetleri yerine getirilirken kuşkusuz çalışan bireyler veya sınıflar, bu hizmetin önemli bir tüketicisi durumdadır. Dolaylı finansman söz konusu olduğunda, çalışanların bu amaçla kurulmuş olan finansal ve mali aracılara sigortalı olarak ödemiş oldukları sigorta primleri yöntemi ile finansman biçimi ilk başta ele alınabilir.

Çalışanların söz konusu aracı mali kurumlara üye olmadığı durumda talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekir. Çalışanlar bu sistemde belirli bir dönemde almış oldukları ücretin belli bir bölümünü bir kesinti halinde (bu genellikle, aylık veya haftalık ücretin belli bir bölümünden kesilmek kaydıyla olmakta, ancak bazı ülkelerde saat başı alınan ücretten de bir kesinti yapılabilmektedir) ödemektedirler. Böylece bir fonda toplanan paralarla, ortaya çıkan sağlık harcamaları finanse edilmektedir. Fona katkıda bulunmayan, yani prim ödemeyenlerin sistemden yararlanması düşünülemez.

Prim oranları aracı kurumlar tarafından belirlenebileceği gibi (özel sigorta), devlet tarafından da belirlenebilir (kamu yada zorunlu sigorta uygulaması gibi). Çalışanların bu şekilde finansmana katılması çoğunlukla kanuni bir zorunluluktan kaynaklanmaktadır.[xn]

Çalışan bireyler bu primlerini gerek özel gerekse kamu sosyal güvenlik kurumlarına doğrudan ödeyebilecekleri gibi, işverenler işçilere ödeyecekleri ücretten düşülmek kaydıyla işçiler adına bu primi kesip aracı kuruma ödeyebilirler.

[xn] Yılmaz Çakır, Sosyal Ekonomi, Ankara Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını, 1985, s.356.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.2.2.2. İŞVERENLERİN FİNANSMANA KATILMASI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında bütün ülkelerde yaygın bir uygulama da işverenlerin finansmana katılmasıdır. Bu sistemde işverenler işçinin ödediği prime ek olarak bir prim ödeyebilirler. İşçilerden alınan primlerin yetersiz kalması, iyi sağlık koşullarından dolayı işverenlerin bir yarar sağlayacağı düşüncesi işverenlerden bir katkı payı alınmasının gerekçesini oluşturur. Bunun yanında, çeşitli iş kollarında işverenin işinden dolayı ortaya çıkabilecek kısa ve uzun dönemli hastalıkların mevcudiyeti de işverenlerden belli bir pay alınmasının diğer bir gerekçesidir.

İşverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılması maliyetleri yükseltmekte, işverenlerde bunu ileriye doğru yansıttık-larında fiyat yükselişleri ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanının sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olması nedeniyle diğer ödeme yükleri de dahil edildiğinde (iş kazaları, meslek hastalıkları sigortası) bu etkinin sınırı genişlemektedir.

Uygulamada işverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılmasının oranı ve biçimi ülkelere göre farklılık göstermektedir.[304]

7.2.2.3. DEVLETİN FİNANSMANA KATILMASI

Refah devleti eksenli örgütlenmenin ağırlık kazandığı günümüzde sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi idareler için bir görev haline gelmektedir. Sağlık hizmetleri yerine getirilirken kamu payı ve idarenin rolünün artması gerektiği görüşü kabul edildiğinde[305], bu rolün gerektirdiği maliyetlerin finansmanının da idare tarafından karşılanması gündeme gelmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke gruplarının her ikisi içinde sağlık hizmetlerinde idarenin katkısının olması doğaldır. Devletin finansmana katılması

---

[304] Gray (Bkz., Tablo 9.3).

[305] Robert Hecht, and Philip Mosgrove, *" Rethinking the Government's Role in Health"*, **Finance and Development**, IMF and World Bank Publication, Volume 30, No:3, September 1993, s.4. ve aynı zamanda World Bank, **World Develpoment Report 1993: Investing in Health**, Oxford University Press, New York'dan bkz. Tablo 9)

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...gü zamanında vergilerle finansman olarak adlandırılmaktadır. Bunun ...deki, devletin finanse etme biçim ve amacı ne olursa olsun ...sında genel bütçe vergi gelirlerini kullanmasıdır.

İdareler bu finansmanı sağlarken sahip oldukları kaynakları ...lanmaktadırlar. Bunlar, konunun başında da belirtildiği gibi bütçe ...ğer kaynaklarından verilmektedir. İdareler bunu doğrudan kendileri ...pabildikleri gibi, zorunlu bir sigorta fonu kurarak ve kendi ...ları ile ya da Tıbbi Bakım ile Tıbbi Yardım(medicare ve ...caid gibi) ve yerel idareler aracılığı ile yapabilirler.

Kamu sigortası ile (çoğunlukla zorunlu), genel bütçe gelirleri ...finansman, yerel idarelerin sağladığı finansman bu bağlamda ...lendirilebilir.[306] Buna dış ülkeler ve uluslararası kuruluşlardan ...O, UN,UNESCO v.b. gibi) sağlanan finansman da kamu ...aklan olarak devletin yaptığı finansman çerçeve-sinde ele ...lir.[307]

Devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi de çeşitli şekillerde ...ktadır. Devlet sosyal güvenlik kurumlarını kurmanın ve ...sinin yanında bütçeden bir pay ayırabileceği gibi, bu ...ların açıklarını kapamayı da üstlenebilir. Bu kurumlara sağlanan ...kolaylıkları da bir tür finansman sağlama biçimidir. Devlet ...olduğu kamu sigortası ile de tıpkı özel kesimdeki sigorta ...ni de üstlenebilir.

Bununla birlikte devletin sağlık hizmetlerinin finanse ...indeki en önemli kaynak genel bütçe gelirleridir. Kaynak ve ...ması gereken hizmetler arasındaki dengenin hizmetler lehine ...açık vermesi, bir anlamda devletin finansmana katkısını ...sız kılmaktadır.

Sağlık ekonomisi faaliyetleri içinde idarenin rolü üretici, ...ı dağıtıcı ve düzenleyici şekilde gerçekleşmektedir. Bunun ...özel piyasanın oluşturduğu piyasa başarısızlıklarını telafi

...Pekin, a.g.e., ss.24-5.
...Tekin, 1994, a.g.e., s.59.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

etmeye de yönelen idarenin bu süreçte en büyük aracı ödeme, yani finansman mekanizmasıdır.[308]

Yukarıda yaptığımız sınıflandırma dışında sağlık ekonomisi literatüründe aşağıdaki şekilde birtakım alt tasnifler ve işleyişleri de vardır. Şimdi Bunları kısaca ele almaya çalışalım.

7.2.3. UYGULAMADA KARŞILAŞILAN DİĞER FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde hizmetler ve finansman koşulları arasındaki ilişkinin beş aktörü vardır.[309] Bunlar;

1. Tüketiciler/ hastalar

2. Birincil düzeydeki hizmet sağlayıcıları, *General Practionner (GP, İngiliz sağlık sisteminde genel pratisyenleri ve sundukları hizmetleri ifade etmek için kullanılır)* gibi, bu yaklaşımda hastalara doğrudan yaklaşılmaktadır

3. İkincil düzeydeki hizmet sağlayıcıları, hastanelerdeki yatarak tedavi sağlayan bölümleri bu kategoride değerlendirilebilir, bu bölümlerden yararlanma ancak doktor kontrolü ile mümkün olabilir

4. Üçüncül düzeydeki fon grupları, sigorta hizmetini sağlayanlar ya da kamu kesiminin finanse ettiği alıcılar; ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı doğrudan sağlanır

5. Devlet ya da kamu kesimi sistemin düzenleyicisi olarak yer alır.

Bu aktörlerin yer aldığı sağlık finansmanıyla ilgili diğer yöntemler de aşağıdaki şekilde ele alınmaktadır.

---

[308] Folland, Sherman; Goodman, Allen C. and Miron Stano, 1997, a.g.e., s.467.
[309] Hurst, Jeremy, *"NHS reforms in an International context"*, Edited, A.J. Culyer and Adam Wagstaf, Reforming Health Care Systems, Edward Elgar, 1996, ss.17-25.

2.3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DOĞRUDAN VE ÖZEL OLARAK SATIN ALINMASI

Sağlık hizmetlerinin satın alınması için tarihsel açıdan piyasa yapıları içinde ortaya çıkan ilişki aşağıdaki tabloda ifade edilmektedir. Bu tabloda görüldüğü gibi bir tarafta tüketiciler yani hastalar diğer tarafta birincil ve ikincil düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcıları yer almaktadır. Ayrıca bunlar arasında bir rekabet olduğu unutulmamalıdır.

Şekil 15. Sağlık hizmetleri için gönüllü ve cepten yapılan ödemeler



Kaynak: Hsiao, William C., "*A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the role of Health Insurance*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, The World Bank Washington, 1996, 13'den hazırlanmıştır. Hurst, Jeremy, "*NHS reforms in an International context*", Edited, A.J. Culyer ve Adam Wagstaf, Reforming Health Care Systems, Edward Elgar, 1996, ss.17-25' den yararlanılarak hazırlanmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu tür bir piyasanın iki şekilde düzenlendiği varsayıl-maktadır. Birincisi, hizmeti sağlayan çalışanların yaptığı düzenleme, ikincisi idare tarafından yapılan genel piyasa düzenlemeleridir. Bütün OECD ülkeleri bu temel mekanizma üzerine yapılan birtakım eklemeler ve uzantılarla sağlık hizmetlerini yerine getirmektedirler.

7.2.3.2. HARCAMALARIN ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI TARAFINDAN FİNANSMANI

Bu sistemde sağlık piyasalarında rekabet koşulları işlemeye başlamaktadır. Burada sigorta hizmeti sağlayıcıları sağlık hizmetleri ile ilgili faturaların tamamını ya da bir bölümünü ödemektedirler. Bu sistemde dikkat edilmesi gereken nokta sigorta sağlayıcıları ile hizmeti verenler arasında herhangi bir anlaşma söz konusu değildir. Faturalar hasta yani tüketici tarafından ödenmektedir.

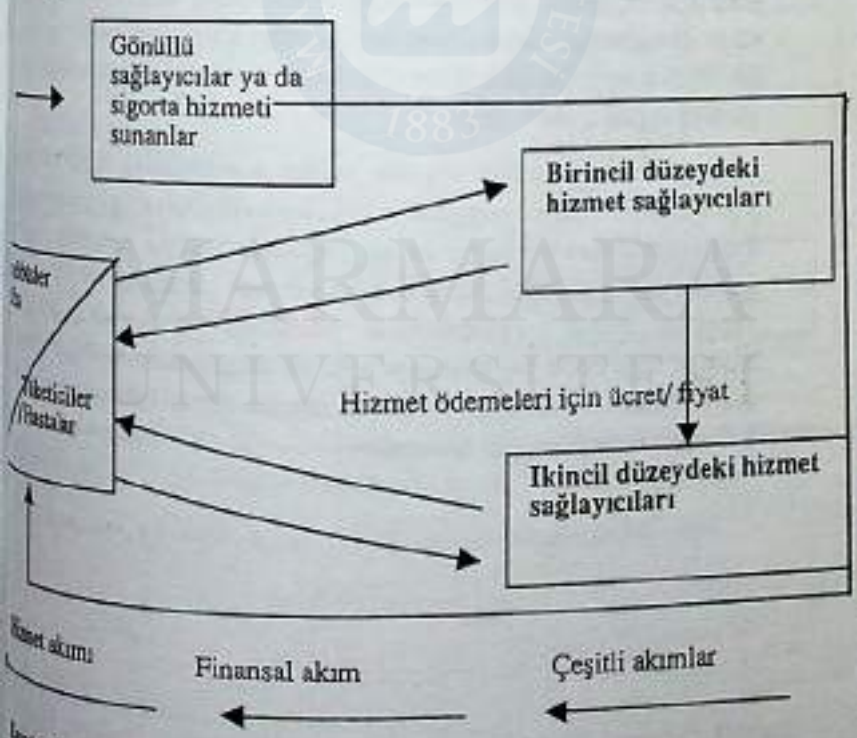
Bu tür bir sistem yine OECD ülkelerinin çoğunda vardır. ABD ve İngiltere de halen ağırlıklı olarak bu şekilde bir sistem vardır.

Sağlık hizmetleri piyasasına basit olarak özel sigortalar dahil edildiğinde bu durumda riskin yayılması sağlanmaktadır. Refah düzeyi yüksek olan bireyler bu şekilde sigorta yaptırdıklarında ciddi bir rahatsızlıkla karşılaştıklarında kaygı duymalarına gerek kalmaz. Ancak yoksul ve kronik hastalığı olanlar için sistem bu şekilde işlemeyecektir. Çünkü kronik hastalığın gerektirdiği sigorta primlerini karşılayamayacaklardır.

Sağlık piyasalarında bu şekilde yapılan harcamaların karşılanması yani ödenmesi etkinliği azaltacak bir etmendir. Üçüncü parti ödeyiciler ödeme sorumluluğunu kısmen veya tamamen kendi üzerlerine alacaklardır. Bütün sağlık hizmetlerinde hem doktor hem de hasta bu durumda tedavi ile ilgili güdülerinde ekonomiyi ihmal edeceklerdir. Yani hizmetin maliyeti ve fiyatını minimize etmeyeceklerdir. Hizmet sağlayıcıları bu durumda hizmetleri yerine getirirken savurgan davranacağı gibi tüketici konumundaki hasta da bu konuyla pek fazla ilgilenmeyecektir.

Yapılan harcamaların ödenmesi sisteminde üreticiler maliyetleri ...ilmine etme ancak, üreticiler arasındaki fiyat rekabeti de dikkate ...ınak suretiyle ve hizmetin kalitesini düşürmemek kaydıyla ...ışabilirler.

...kil 16. Gönüllü sigortalar yardımıyla yapılan harcamaların hastalara ödenmesi



...ynak: Hsiao, a.g.k., s.17 ile Hurst, a.g.k., s.17-25'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.2.3.3. ZORUNLU KAMU SİGORTASI YÖNTEMİYLE YAPILAN FİNANSMAN

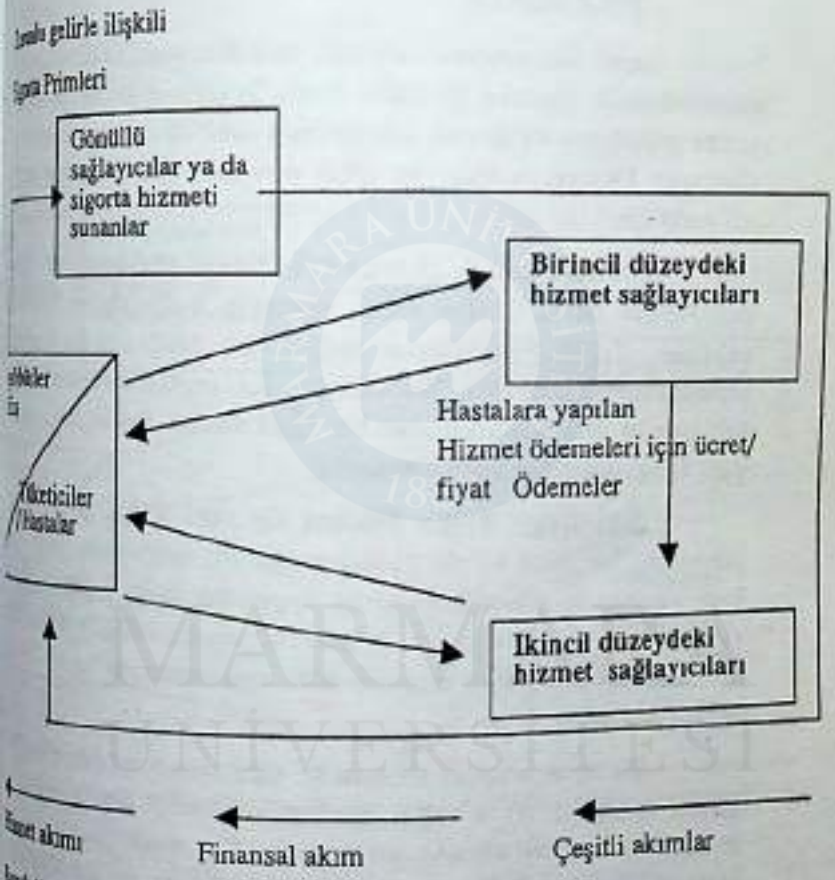
Yaşadığımız yüzyılın başlarından itibaren özellikle Avrupa kıtasında uygulanmaya başlanan bu sistemde çalışanlar ve onların yakınları için ömür boyu kazançları korumak bakımından ve hastalık ile diğer tehditleri önlemek için etkili bir sistemdir.

Oluşturulacak bir havuzda herkesin ödeme gücüne göre vereceği ya da alınabilecek tutarda primler alınır daha sonra bu havuzdan yetkililerin öngördüğü tutarda ödeme yapılır. Bu tür bir sistem 1950 li yıllarda Fransa'da uygulanmaya başlamıştır.Bu sistemin yani sağlık hizmetleri ile ilgili faturaların kamu sağlık sigortası aracılığı ile ödenmesi yeterlilik ve eşitlik açısından önemlidir. Ancak makro ekonomik açıdan etkin olmayabilir. Özel olarak harcamaları karşılama modeli ne hasta ne de doktor için sağlık hizmetlerinin ekonomize edilmesinde gerekli güdüyü sağlayabilir.

Bu koşullarda toplam sağlık harcamaları hızlı bir şekilde yükselebilir. Bunun yanında sağlık hizmetlerindeki genişleme ücretler üzerinden alınan bir vergi ya da vergilerle finanse edilebilir. Ancak bu şekilde harcamaların yükselmesi istihdam üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Sağlık harcamalarının büyümesi ortaya çıkan maliyetlerin hastalar tarafından paylaşılması yolu ile dizginlenebilir. Diğer yandan bu maliyetlerin hastalar için yüksek bir oranda olması halinde ise hizmetlerin kullanımı önemli ölçüde azalacaktır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 17. Zorunlu sigorta ile yapılan harcamaların hastalara ödenmesi[310]



...Hsiao, a.g.k., s.17 ile Hurst, a.g.k., s.17-25'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

[310] Hurst, Jeremy, *"NHS reforms in an International context"*, Edited, A.J. Culyer and Adam Wagstaf, **Reforming Health Care Systems**, Edward Elgar, 1996, ss.17-25.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.2.3.4. KAMU KESİMİ TARAFINDAN TAMAMLAMA (ENTEGRE) YÖNTEMİYLE YAPILAN FİNANSMAN

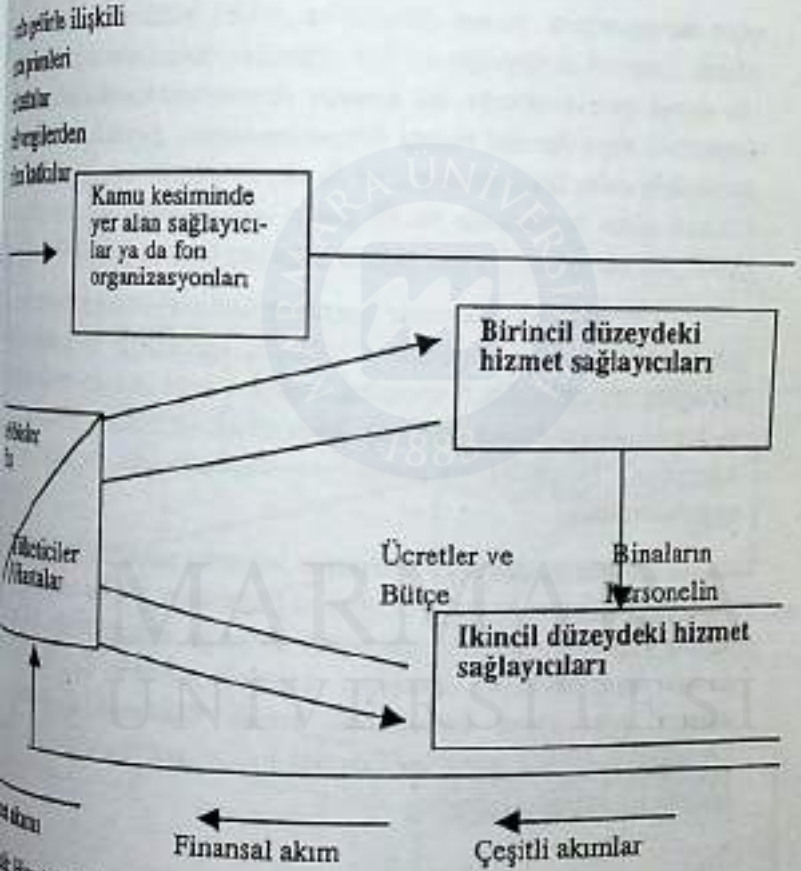
Sağlık hizmetlerinin etkinlik ve adalet sınırları içerisinde yerine getirilmesinde yaşanan sıkıntılar kamu kesiminin sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ve finanse edilmesinde aktif bir rol oynamasına neden olmuştur. Doktor, eczacı ve diğer personel ücretli olarak istihdam edilmektedir.

Bunun yanında hastaneler kamu kesimine ait olabilir, kendilerine tahsis edilen yıllık bütçeyle maliyetlerini karşılamaya çalışırlar. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda bu ücretsiz bir şekilde hastalara sunulur. Bu sistemde fon organizasyonları ile hizmeti sağlayanlar arasında doğrudan bir ilişki vardır. Sağlık harcamaları ile ilgili kararı doğrudan idare almaktadır.

Eski Doğu Bloku ülkeleri ile eski SSCB de komünizmin yıkılmasından önce bu tür düzenlemeler söz konusuydu. Diğer yandan bazı İskandinav ülkelerinde de bu uygulama vardı. İngiltere için 1991 yılında yapılan reformdan önceki dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hastane hizmetlerinin sağlanmasında bu tür bir sistem bulunmaktaydı.

Bu tür finansman sisteminde eğer sistem iyi çalışıyorsa herkese yeterli ve eşit düzeyde sağlık hizmeti verilebilir. Ancak bunlar siyasal sistemin kontrolü altında gerçekleşir. Bu modelde önleyici sağlık hizmetlerine yer verilmek suretiyle kamusallık ve dışsallık sağlayan amaçlar da gerçekleştirilebilir. Mikro ekonomik etkinlik düştüğünde bu sistemde tüketicinin tatmin düzeyi azalır. Bu sistem aşağıdaki şekilde şematize edilebilir.

Şekil 18. Sigorta hizmetini sağlayanlar ve üreticiler arasındaki entegrasyon ve zorunlu sigorta



...Hurst, a.g.k., s.17-25.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.2.3.5. KAMUNUN SÖZLEŞMEYE DAYALI YÖNTEMİYLE YAPILAN FİNANSMAN

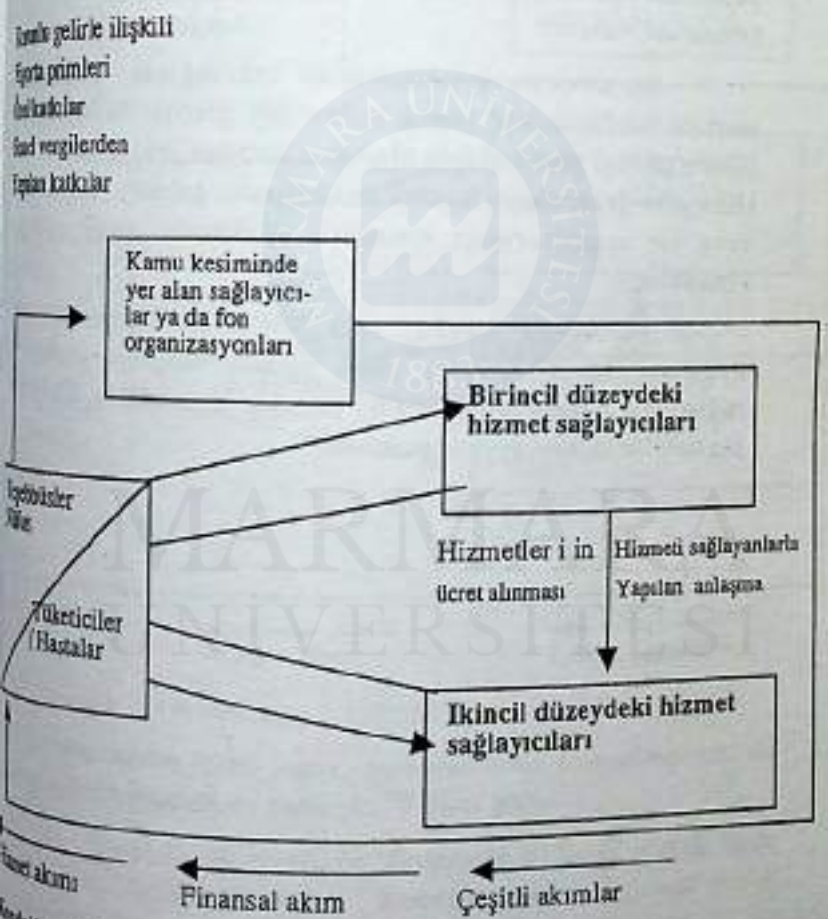
Bir önceki kamusal entegre modelindeki finansal güdülerin ters olan durumlarının ortaya çıkması bu modeli kilitlemektedir. Bir çözüm olarak hizmeti sağlayanlar ile fon organizasyonları arasındaki farklılıkları ele almak gerekmektedir. Bu konuda hizmetlerin karşılanması için ücret ödenmesi veya hizmet başına ödeme(*capitation payment*), diğer yandan üreticilere daha fazla otonomi ve hastaya birincil veya ikincil düzeydeki hizmeti alma konusunda tercih hakkı tanımaktadır. Bu tür bir sistem bürokratik bir sistemden çok piyasa koşulları benzeri çalışabilir.

Bu modelde hizmetler hastalara ücretsiz sunulmaktadır. Kamusal fon organizasyonlarının hizmeti sağlayan kurumların bütçeleri üzerinde zorlayıcı bir etkisi söz konusudur. İngiltere'deki GP(general practionner) ve NHS(national health service) buna örnek verilebilir. Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, Kanada ve Japonya da benzer modeller uygulanmaktadır.

Hasta ve doktorların tercihte bulunma hakkının bulunması, bütçe üzerinde sağlanan kontrol, hizmet sağlayıcılara perfor-manslarına göre ödeme yapılması bu modelde mikro etkinliği artırmaktadır. Bu modelin de her zman sorunsuz olduğunu söylemek mümkün değildir. Hasta ve doktor için fiyat konusunda tercih hakkının bulunması fon organizasyonlarını pasif bir ödeyici haline getirmektedir. Bu modelin işleyişi ise aşağıdaki gibidir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Şekil 19. Sigorta hizmetini sağlayanlar ve hizmeti sağlayanlar birlikte zorunlu sigorta uygulaması



Kaynak: Hsiao, a.g.k., s.17 ile Hurst, a.g.k., s.17-25'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

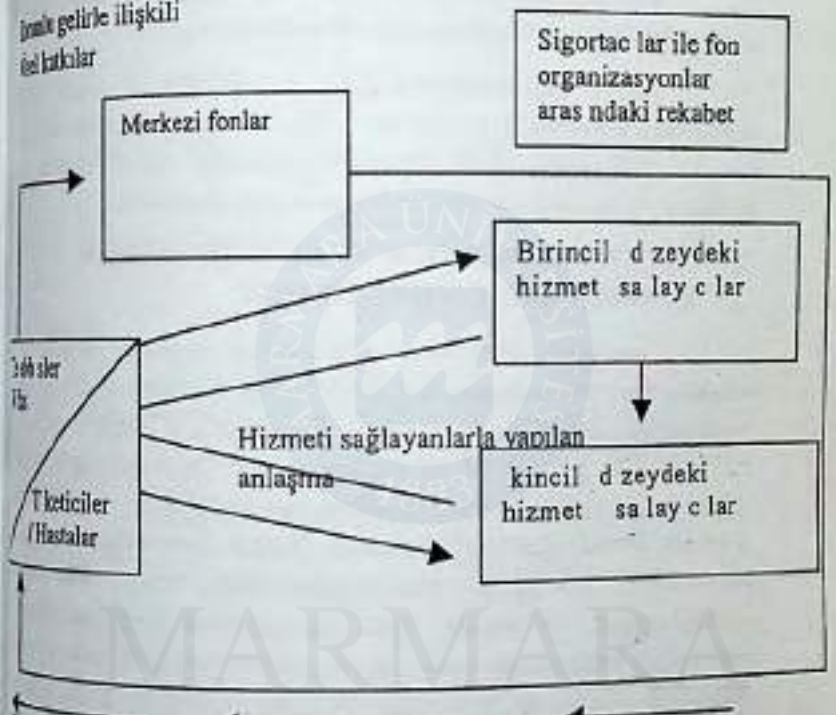
Şimdiye kadar ele alınan modellerde tüketicilere sigortacılar ve fon organizasyonları için bir tercih hakkı bırakmamaktaydı. Bu alanda çalışan uzmanlar ve yöneticiler "double contract" adlı bir model geliştirmek suretiyle bu tüketicinin fon organizasyonları arasında tercih yapabilme hakkını getirmişlerdir. Fon organizasyonları ise kamu ve özel kesime ait olabilir.

Bu modelin uygulanmasına bakıldığında öncelikli olarak merkezi bir fonun araç olarak kullanıldığı görülür. Bu fon aracılığı ile, ödeme gücüne göre toplumu oluşturan nüfustan, ödeme gücü ve taşınılan riske göre prim alınır. Sigorta mekanizması çalıştığı zaman sigortacı veya fon organizasyonu arasında tüketicinin tercih yapması söz konusudur.

Bu model İsviçre, eski SSCB ile kısmen Hollanda da uygulanmıştır. Clinton'un 1993 yılında kongreye sunduğu ancak reddedilen reform taslağında da yer alan bir modeldir. GP bünyesinde İngiltere'de kısmen uygulanmaktadır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Şekil 20. Sigortacılar ve hizmeti sağlayanlar arasındaki rekabet ve zorunlu sigorta[311]



Kaynak: Hsiao, a.g.k., s.17 ile Hurst, a.g.k., s.17-25'den yararlanılarak hazırlanmıştır

Diğer yandan Hsiao sağlık hizmetlerininin finanse edilmesi ile ilgili aşağıdaki sınıflandırmayı yapmıştır.[312] Buna göre;

1. Genel olarak vergilerle finansman ki bu şu şekilde ifade edilir, merkezi idarenin hizmetleri kamusal anlamda doğrusal olarak sağlaması veya özel kesimle birlikte sağlaması.

---

[311] Hurst, Jeremy, *"NHS reforms in an International context"*, Edited, A.J. Culyer and Adam Wagstaf, **Reforming Health Care Systems**, Edward Elgar, 1996, ss.17-25.

[312] Hsiao, a.g.e., s.15.

2. Bölgesel idarelerin sağlık hizmetlerini doğrudan ya da dolaylı karşılaması yoluyla finanse etme yöntemi,

3. Mahalli idarelerin hizmetleri doğrudan sağlaması yoluyla yapılan finansman şeklinde ele almaktadır.

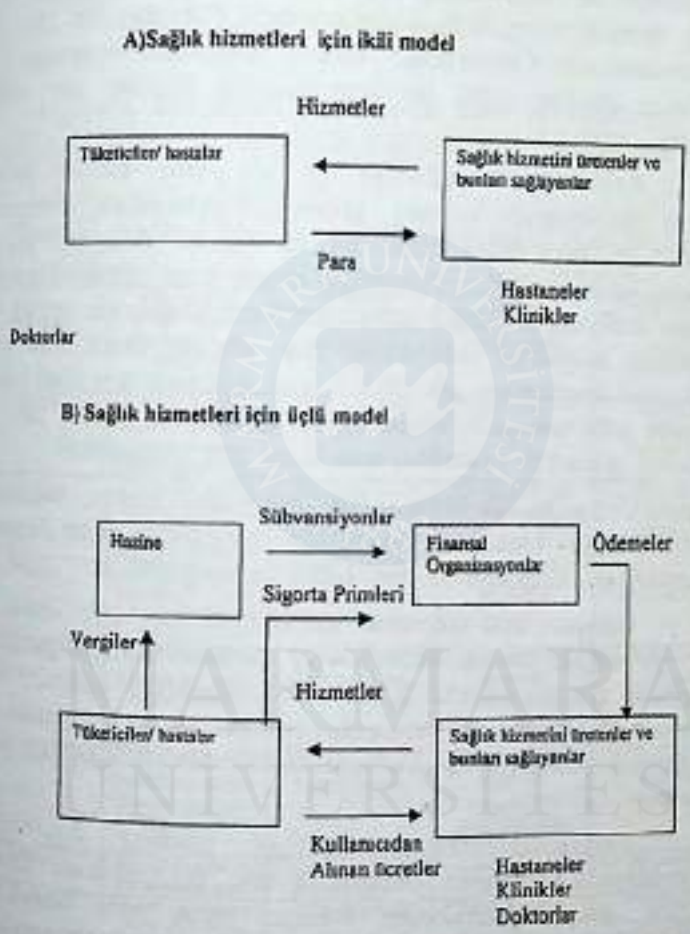
Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ile ilgili yukarıda verdiğimiz temel ilkeler ışığında sağlık ekonomisi literatüründe yapılan birçok tasnife rastlanabilir. Bunlar incelenecek olursa yukarıda verilen açıklamaların bir anlamda bunları karşıladığını görebiliriz.

7.3. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Aralarında finansman yöntemleri arasında birtakım farklar olmakla beraber, gelişmiş ülkelerde ortak birtakım özellikler bulmak mümkündür. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde etkili olan birden çok faktör söz konusudur. Daha çok özgür bir tercihe dayalı sistem ve bunun yanında tüketiciler(hastalar) ve hizmet sağlayanlar arasında bir değişim ilişkisi vardır. Burada aynı zamanda tüketiciler hizmetlerden tam ve doğrudan yararlanırken, ortaya çıkan finansman gereeksinimleri ve riskleri ortak bir havuzdan karşılanır. Bu şekilde oluşturulan bu havuzdan sağlık hizmetlerinin bedeli bu hizmeti üretenlere ödenir. Bu yüzden ilk başta tüketici(hasta) ile üretici(hizmeti sağlayanlar) arasındaki ikili işleyen ilişki finansal kurumların ya da fon organizasyonlarının devreye girmesiyle üçlü bir ilişki halini alır.

Üçlü model ele alındığında finansal organziasyonların rolleri, fonların mobilitesinin sağlanması(toplanması gibi) ve fonların hizmeti sağlayanlara ve üretenlere ödenmesi biçiminde rolleri vardır. Bu şekildeki fonların gelir kaynakları arasında vergiler yer aldığı gibi sigorta yapurmış çok sayıda bireyden alınan sigorta primleri de yer almaktadır. Bu yöntemle sağlık sorunlarından dolayı ortaya çıkacak sağlık hizmetlerinin maliyet yükü de karşılanmış olmaktadır. Bu uygulamada primlerin ödenmesi sağlık hizmetlerine erişilebilme ve kaynakların tahsis edilmesinde koşul olarak ileri sürülen bir faktördür. Bu uygulama ile yapılan toplam harcamalar kontrol altında tutulmaktadır.

Şekil 21. Gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonu: İki model



Kaynak: Hsiao, a.g.e., 1996, s.17.

Gelişmiş ülkelerde özellikle üçüncü taraf ödeyiciler veya üreticiler olarak adlandırılan finansman kurumları ağırlıklı olarak yer almaktadır. Bunun böyle olması doğrudan cepten yapılan ödemelerin önemini azaltmaktadır. Bu grup içinde kamu kesiminin kurmuş

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

olduğu sigorta kurumları yer aldığı gibi özel sektörün kurmuş olduğu kar amaçlı olan sigorta kurumları da vardır. Gelişmiş ülkelerdeki bu yapılanma nedeniyle sağlık hizmetleri tüketicisi ve sağlık üretim birimi veya kişisi arasında doğrudan bir para ilişkisi bulunmamaktadır. Ödemelerde tüketici katkısının ne olduğu yönüyle farklılıklar olabilir. Tabii bu yapı ve oran ülkelere göre değişiklik göstermektedir.

Kamunun kurduğu ya da işleyişine katkıda bulunduğu sigorta kurumlarına ödenen primler belirlenirken, bireylerin risk durumu ve geçmişteki hizmetten yararlanma düzeyleri göz önüne alınmaz. İster işveren, ister çalışanlar tarafından olsun ödenen primler gerçek maliyetleri yansıtmamaktadır. Buna karşın, kar amaçlı sigorta kurumları primlerini belirlerken, risk grupları farklı olan bireylere farklı prim uygulaması getirdikleri gibi maliyetlerden aşağı toplam ve bireysel prim tutarını belirleyemezler. Çünkü bu onların zarar etmesi anlamına gelmekte ve kuruluş amaçlarına ters düşmektedir.

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetini üreten; bağımsız bir şekilde çalışan hastane ve kliniklerin yanında, hizmeti finanse etme konumundaki bir kamu ve özel sektör kurumu olabilir.

Gelişmiş olan ülkelerde kamu kesimine bağlı olarak çalışan çok iyi sağlık üretim birimleri ve personel bulunduğu gibi, özel sektörde aynı özellikteki kurum ve uzmanlara sahiptir. Bu aynı zamanda bu kurumlar arasında rekabeti de yaratabilmektedir. Bu durum tüketicinin faydasının maksimize edilmesi açısından yararlı bir olgudur.

Doğrudan finansman (out of pocket) dışındaki, kamu kaynaklarıyla karşılanan finansman tipi gelişmiş olan ülkelerde üç şekilde ortaya çıkmaktadır Bunlar; kamu geri ödemesi (public reimbursement, Fransa ve Belçika gibi), kamu sözleşmesi modeli (public contract model, Almanya, Hollanda, Kanada ve İngiltere gibi), karışık entegre edilmiş modeldir (The public or voluntary integrated model, üretici ve finanse edici birlikte, İspanya, İngiltere, İrlanda gibi).

Gelişmiş olan veya refah düzeyi yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyonları aşağıdaki tablo yardımıyla daha detaylı incelenebilir.

Tüketici ile hizmeti üreten arasındaki ilişki belli süreleri kapsayabilir. Tüketici varolan organizasyonlardan herhangi birini tercih edebilir. Bu kurum bazında hastane ve klinikler olabileceği gibi, kişisel bazda başka bir doktorun tercih edilmesi şeklinde gerçekleşebilir.

Gelişmiş ülkelerde artan toplum istek ve baskısına rağmen tüketici katkılarının artma eğiliminde olduğunu belirmekte de yarar vardır.

Tablo 37. Seçilmiş bazı gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyon yapıları

Ülke	Finansman	Sahiplik	Ödeme	Organizasyon
Kanada	Genel vergiler, merkezi ya da bölgesel yönetimler	Kamu ve özel karışık/karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Fransa	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel karışık/karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Almanya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel karışık/karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Japonya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel karışık/karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmuştur
Kore Cumhuriyeti	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel karışık/karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur	Hizmetler entegre olmamıştır
Singapur	Kamu hastaneleri: pluralistik, ulusal ölçeyde sağlama ile özel sigortalar	Kamu ve özel karışık/karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur	Hizmetler entegre olmamıştır
İspanya	Sosyal sigorta ve idare planlaması	Kamu ve özel karışık/karma	Global bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
İsveç	Genel vergiler ve yerel yönetimler	Kamu kesimi	Global bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
İngiltere	Genel vergiler	Kamu kesimi	Global bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
ABD	Pluralistik, serbest tercih hakkı ve rekabet	Kamu ve özel karışık/ karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur	Hizmetler entegre olmamıştır

Kaynak: *OECD Publications*, The Reform of Health Care; A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris, 1994, ss.19-27.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7.4. GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN ORTAK YÖNLERİ

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörü ile ilgili ortaya çıkan üç temel sorun söz konusudur; ilki yeterli düzeydeki kaynakların sağlık hizmetlerine mobilitesi nasıl gerçekleştirilecektir? İkincisi, bu kaynaklar veya fonlar nüfüsun büyük bir bölümünün fayda sağlayacağı biçimde sağlık ve sağlık hizmetleri üretimi ve oragnziasyonu için nasıl tahsisi edilecektir? ve sonuncu olarak ortaya çıkan maliyetlerin kontrolü nasıl sağlanacaktır?[313]

Kamu kesiminin elinde bulunan fonların sınırlı olması, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların diğer alanlara ayrılan kaynaklarla bir rekabet içerisine girmesini gerektirir. Söz gelimi eğitim, ekonomik gelişme, ulaşım ve iletişim alanları gibi. Sağlık hzimetlerine daha fazla kaynak ayrılması bütçe sınırlaması altında diğer sektörlere daha az kaynak ayrılmasına neden olmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerin önemli bir bölümünde gerçek fiyatlarla sağlık sektörüne ayrılan kaynakların özellikle 1980 yılından sonra azaldığını söylemek mümkündür. Bunun anlamı gelişmekte olan ülkelerin hastanelere, diğer sağlık kurumlarına temel sağlık hizmetleri ile önleyici sağlık hizmetlerine yeterli düzeydeki kaynağın aktarılamaması demektir. Diğer yandan sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili talebin ve beklentilerin giderek artması kamu kesimi kaynakları ve özellikle kamu bütçesi üzerinde sınırlandırıcı bir etki yaratmaktadır.

Yukarıda ifade ettiğimiz konular gelişmekte olan ülkelerde bu alanda kısa dönemde ve hemen ortaya çıkabilecek problemlerdir. Bunların yanında uzun dönemli birtakım problemler de ortaya çıkmaktadır. Çünkü uzun dönemde ortaya çıkan hızlı tıbbi erici düzeyde etkiler yapar, şehir nüfusunun kronik hastalıklarla mücadele ettiği bir ortamda bunların yaratacağı olumsuz yük te doğrudan artacakur. İdareler şehirleşme ve kırsal bölgeler arasında bir kaynak tahisisi yapma zorunda

---

[313] Hsiao, a.g.e., s.15.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

lacaktır. Kırsal kesime daha fazla kaynak ayrılması şehir nufusunun ekti çektiği kronik hastalıklara daha az kaynak ayrılmasına neden acağı gibi, şehirlere daha fazla kaynak ayrılması durumunda bu kez de ral nufusun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine yeterli kaynak rılamayacktır.

Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği ve bunun için nasıl bir yapı oluşturulacağı önemli bir sundur. Gelişmekte olan ülkeler sağlık finansman yöntemlerini ştururken ya da yeniden dizayn ve reform yaparken bireysel görüşler, nomik gerçekler ile sosyal ve kültürel şartlar göz önüne alınmak retiyle yapılmalıdır.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finanse ilmesi aşağıda verilen özellikleri göstermektedir. Bu ülkelerin ğında kamu kaynaklı finansman söz konusu olduğu için bu ileri tek tek incelemenin sağlayacağı bir yarar bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ve finanse ilmesinden çoğunlukla kamu kurumları sorumludur (Sağlık Bakanlığı bi). Bu ülkelerde kamu kaynaklarının sınırlı olması finansman şından problemler doğurmaktadır. Uygulamada kamu finansmanlı ştirler, kamu sözleşmesi modeli ve karışık model geçerlidir.

Altyapı yetersizdir. Bu alana ayrılabilecek kaynaklar rlıdır. Var olan kaynakların önemli bir bölümü cari harcamalar ğide daha çok personel harcamalarına ayrılmaktadır. Personelin ştirilmesi ve sistemi yönüyle problemler vardır. Örneğin, büyük ğide uzman ihtiyacı olduğu ve bu uzmanların yetiştirilmesi uzun süre ğı için gereken eğitim düzeyinin yakalanması zordur.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde uluslararası yardımlar ynal ve teknoloji) ve bilgilendirme (özellikle WHO'nun) desteği nemli bir rol oynamaktadır.

Alt gelir grubundaki vatandaşların önemli bir bölümü ğlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamaz.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu ülkelerde ilaç harcamaları önemli bir yer tutmaktadır ve bu durum tahsis edilen finansman kaynaklarının bu alanda yapılan harcamalar için kullanıldığını göstermektedir.

Bu ülkelerde önemli ölçüde finansman devlet tarafından karşılanmaktadır. Özel sektörün bu alandaki faaliyetleri ve kaynakları sınırlıdır. Üçüncü grup ödeyiciler gelişmemiştir. Gelişmiş ülkelerde özellikle sigorta kurumlarının gelişmesi ve halkın bu bilinçte olmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde sigorta kurumları gelişmemiştir ve bununla ilgili yeterli sağlık bilinci oluşmamıştır.

7.5. ÇEŞİTLİ ÜLKELERİN SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde başta sağlık hizmetlerine en çok harcamayı (toplam ve kişi başına) yapan A.B.D. ve gelişmiş ülkeler olmak üzere çeşitli ülkelerin sağlık hizmetlerini nasıl finanse ettikleri üzerinde durulacaktır. Bu inceleme yapılırken dünyadaki bütün ülkeler incelenmemektedir. Çünkü, ülkelerin önemli bir bölümünde oranlar farklı olmasına rağmen finansman yöntemleri aynıdır. Eski sosyalist devletler (eski Sovyetler Birliği gibi) ve Çin gibi ülkelerde finansman yöntemleri çoğunlukla kamu finansman kaynaklıdır. Günümüzde başta Çin olmak üzere diğer sosyalist ülkelerde tüketici katkıları ve özel sigortaların gelişmesi yönünde adımlar atılmaktadır.[314] Çin'in bu konudaki reformları finansman ve örgütlenme ağırlıklıdır. Bir çok ülke benzer finansman yöntemini kullanmasına rağmen, sağlık sistemi içinde hizmet veren kurumlar farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri incelenirken ağırlıklı olarak gelişmiş olan ülkeler incelenecektir. Bu arada İsrail, Kore ve Türkiye örnekleri de konunun anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

7.5.1. A.B.D.

A.B.D.'de Sağlık hizmetlerinin finansmanını gerçekleştiren gruplar dört bölümde incelenebilir. Sağlık hizmetleri finansmanında

---

[314] T. Yang, and J. Lawson, "*Health Policy Reform in the People's Republic of China*", International Journal of Health, Volume 21, No:3, 1991, s.278.

merkezi hükümet ve eyaletlere ait gelirlerin kullanılmasının yanında Tıbbi Bakım (Medicare) ve Tıbbi Yardım (Medicaid) için yapılan genel yardımlar ve merkezi idare ile eyaletlerin bazı hastaneleri finanse etmeleri[315], özel sigortaların sağladıkları finansman ve cepten ödemeler finansman kaynaklarını oluşturmaktadır.[316] Gerçekte, ABD'de kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir finansman sistemi mevcuttur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı anlatılırken belirtilmiş olan doğrudan - cepten ödemelerin- finansmanın yanında ele alınabilecek bu dört grup finansman örgütlenmesi şöyle sıralanabilir.

a) Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

Özel sigorta şirketlerinin önemli bir bölümünü kar amaçlı özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Bu sigortadan çoğunlukla bir işyerine bağlı çalışanlar yararlanmakta ve çalışanlar prim ödemek suretiyle finansmana katılmaktadırlar. Uygulama çoğu kez işyerlerine yönelik grup sigortalarının yapılması şeklinde gerçekleşir. Ancak piyasadaki büyük şirketler bu yöntemi, küçük sigorta kurumları daha çok bireylere yönelik sigortaya ağırlık vermektedirler. Grup sigortalarının avantajlı yönü bütün grup üyelerini eşit olarak ele almasıdır. Günümüzde bazı şirketlerin bunu uygulama dışına çıkardıkları görülse de hastalık riski ne olursa olsun grup üyelerinin aynı şartlarda -prim ve yararlanma- ele alınması daha ağırlıktadır. Bireysel sigortalar ise, hastaya masrafları için daha düşük bir ödeme yapıkları için daha az tercih edilmektedir. Büyük şirketlerde devamlı ve yüksek ücretle istihdam edilenler geniş kapsamlı sigortadan yararlanırken, küçük şirketlerde, devamsız ve düşük ücretle çalışanların sigortaları ise daha dar kapsamlı olmaktadır.

---

[315] Rudolf Klein, Andrew Walland John Appleby, **The Reorganized National Health Service**, (6th edition), Chapman and Hall UK, 1996, s. 279.

[316] E. Van Doorslaer, A. Wagstaff and F. Rutten (eds), **Equity in the Finance and Delivery of health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993, s.18

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Özel sigortaların ödemelerle ilgili birtakım özel uygulamaları bulunabilir. Sözgelimi sigortaların bir yıl içinde yaptıkları harcamaların bir bölümünü karşılamaları istenebilir. Buna en iyi örnek kesinti uygulamasıdır. Burada yapılan ilk 200 dolarlık harcamayı hastanın kendisi finanse etmesi gerekirken, bundan sonraki harcamalar sigorta tarafından karşılanmaktadır.[317]

b) Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması(Blue Cross and Blue Shield)

A.B.D.' de modern sağlık sigortlarının tarihi gelişiminde önemli bir yeri olan ve Dallas Texas'da 1929'lu yıllarda bir grup okul öğretmeni tarafından kurulan Baylor Hastanesi ile önceden belirlenen aylık masraflara karşılık oda ve tadavi hizmetleri almayı sağlayan ve daha sonra Blue Cross adını alan finansman örgütlenmesidir.[318] Daha sonra bunu doktorlar tarafından başlatılmış olan Blue Shield planı izlemiştir. Günümüzde ise kar amacıyla çalışmayan sigorta şirketleri bu grupta ele alınmaktadır. Diğer özel sigorta şirketlerinden farkları birbiriyle rekabet etmeden çalışmalarıdır.

Günümüzde Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield ise doktor harcamalarını sigorta etmektedir. Ancak uygulamada doktor ücretlerinin yüksek olması Blue Shield'i mali açıdan zor durumda bırakmaktadır. Her iki grup mavi her eyalette faaliyet göstermektedir ve 73 ayrı sigorta planları vardır. İsteyen grup poliçe yapabildiği gibi bireysel poliçe de yapabilir. Bu tür bir sigortanın tedaviyi kendi hastanelerinde yapma imkanı bulunduğu gibi, diğer hastanelerle anlaşarak da bunu yerine getirebilir. Bu durum da hizmetin maliyeti ucuzlatmaktadır.[319]

---

[317] Raffel, M.W. and M.W. Raffel, **The US Health System: Orgins and Functions**, Third Edition, Delmar Publishers, New York USA, s.218 (aynı zamanda eserin bu sayfasında özel sigorta kurumlarının yapuğı harcamalar ve topladıkları primler görülebilir)

[318] Source Book of Health Insurance, Data 1994, Health Association of America, Washington DC No: 20036,-3998, 1994.

[319] Atak, Filiz, "*ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları*", **Hazine Dergisi**, Temmuz 1996, Sayı 3, s.3

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

c) Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları

Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organizations, HMO), Tercihli Hizmet Organizasyonları (Prefferred Provider Organizations, PPO), Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu (Independent Practice Associations, IPA) gibi organizasyonların yürüttükleri sigorta bu grupta ele alınabilir.[320] Bu sigortalar da kar amacı gütmeyen sağlık sigortaları kapsamındadır. Topladıkları primlerle çalışırlar. Bağımsız sigorta şirketlerinin yanında, maviler ve diğer kar amaçlı sağlık sigorta şirketleri bu organizasyonların talepte bulunmaları halinde gerekli finansmanı sağlayabilirler.

HMO' çoğunlukla hizmet başına ödeme yerine, kişi başına ödeme sistemine dayanmaktadır. HMO'dan yararlanmak isteğe bağlıdır ve bundan yararlanmak isteyen belirli aylık bir prim ödemek zorundadır. Bu primleri HMO alabilidiği gibi, özel sigortalıların kuruluşlarına da hizmet verebilir. PPO' da ise hastaların iki seçeneği vardır. PPO'ya dahil doktordan hizmet alındığında para PPO tarafından karşılanırken başka bir doktor tercih edildiğinde ise ücretin belli bir bölümü(% 10-20 gibi) hasta tarafından karşılanmak zorundadır. IPA ise üyelerini bu konuda serbest bırakmaktadır.

d) Kamu Sigortası(Medicare and Mecicaid):

A.B.D.' de kamu sigortası kapsamında günümüzde uygulanan sigorta türleri aşağıdaki şekilde incelenmektedir

1) Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası)

1965 Yılında kabul edilen, The Medicare Act sosyal güvenlik sistemi içinde bütün yaşlılara getirilen sağlık sigortasıdır. Harcamaları Sosyal Güvenlik İdaresi'nin finansmanı ile karşılanır. ABD'de 65 yaşının üstündeki herkes ve malüller gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın bu program kapsamına alınır. Günümüzde bu sigorta belirtilen yaş grubunun üzerindeki bireylerin faturalarının önemli bir bölümünü ödemektedir. Yaşlıların hastane faturalarının

[320] Bergman, K. Moomaw and Olson, 1996, a.g.e., s.151.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yine önemli bir bölümü karşılanır ve bu sosyal sigortalar vergisinden ayrılan payla finanse edilir. Geri kalan harcamalar ise federal fonlardan ve Medicare programından yararlananlardan kesilen primlerden karşılanır.[321]

Medicare iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Medicare'nin birinci ödeme planında hastane masrafları karşılanırken, ikinci ödeme planında doktor ve hemşirelik bakımları, ayakta tedavi ve laboratuvar giderleri karşılanır. Bu sigortanın en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır ve bu karşılama oranının her geçen gün düşmesi bu sigortanın önemli bir problem kaynağı olmaktadır. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pahalı hizmetler Medicare tarafından verilmez. Bu da ikinci bir sigortaya olan ihtiyacı artırır.

2) Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı)

Medicare bir sigorta programı olduğu halde, aynı kanunla yürülüğe konan Medicaid federe devlet yardım programlarını destekleyen bir programdır. Finansmanı ise merkezi ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır. Her eyalet kendisinin belirlemiş olduğu çerçeve içinde, bir sağlık yardım programına sahiptir. Medicaid Sosyal Sigorta Kanunun 19. maddesi ile düzenlenmiştir. Medicaid yardımından sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri (supplementary security income, SSI) programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır. SSI yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır.[322]

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır. Toplumun yaklaşık % 10'u bu uygulamanın kapsamı içindedir. Medicaid ödemeleride Medicare'de

---

[321] Uwe E.Reinhardt, "*The Health System of the United States:Lessons for Other countries*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (The World Bank Washington, 1996, s.124.

[322] Reinhardt, 1996, a.g.e., s.127.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT

olduğu gibi kısıtlama ve kesintilerle doludur. Bu da hastaların alacakları hizmet yelpazesini daraltmaktadır.

Günümüzde, ABD'de yapılan toplam sağlık harcamalarının %31.8'i kar amaçlı özel sigortalar, % 41.'i kamu sigortaları tarafından, % 23.6'sı tüketici-hasta ödentilerinden, geri kalan % 3.6'da çeşitli finansman kurumları (hayır kurumları ve dernekler) tarafından finanse edilmektedir.[323] Günümüzde ABD'de, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde karşılaşılan problemlerin çözümü ve bu alandaki yükün hafifletilmesi hükümetlerin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır[324]

7.5.2. İNGİLTERE (BEVERİDGE MODELİ)

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde temeli 1911'le re dayanan ve (1946 yılında Kanunu çıkartılan) 5 Temmuz 1948'de uygulamaya konulan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, NHS) rolü büyüktür. NHS ilk kurulduğunda sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, ihtiyacın olduğu her zaman ve yerde, hiçbir kriter aranmaksızın herkese sunulması amaçlanmaktaydı. Bugün sağlık hizmetleri yerine getirilirken merkezi hükümetin topladığı genel vergiler temel kaynağı oluştururken, genel sosyal sigorta fonları da NHS'nin finansmanında kullanılmaktadır. Bunun yanında, bazı hizmetler için diş ve gözlük harcamalarında olduğu gibi, cepten ödemelerle, doğrudan hasta tarafından finanse edilmektedir.[325]

Günümüzde NHS halen yürürlüktedir ve İngiltere'de herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeksizin yararlanmak mümkündür. En ünlü hastanelerde yapılan tetkikler ve işlemler için herhangi bir ücret istenmemektedir. Yapılan tüm harcamalar genel

---

[323] M.W. Raffel, and M.W. Raffel, **The US Health System: Origins and Functions**, Third Edition, Delmar Publishers, New York USA, s.210

[324] **Economic Report of the President**, Transmitted to the Congress February 1995, United States Government Printing Office, Washington DC, 1995, s.42.

[325] Lewis, Ruth; Wall, Andrew and John Appleby, **The Reorganized National Health Service** (6 th edition), Chapman and Hall UK, 1996, s. 279. Aynı zamanda, Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A. F. Rutten (Eds), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993, s.279.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bütçeden, yani toplanan vergilerle sağlanmaktadır. Genel sigorta kurmak ve prim toplamak yoluyla toplum ve bireyler ikinci defa vergilendirilmezler. Bu yüzden bu sistemin sosyal yönelimli bir sistem olduğu da belirtilmektedir. Genel Pratisyen (GP) ya da hastanenin belirlediği her tür operasyon ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir. Tetkik, ameliyat, protez, evde bakım gibi her türlü işlem bu kapsamdadır. Ancak, ilaçta ise farklı bir uygulama vardır: gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişilerin ağırlıklı olarak ilaç maliyetine katlanmaları gerekir.

NHS'nin sağlık hizmetlerini ücretsiz sağlaması İngiltere'nin sağlık hizmetlerini yerine getirirken zorlanmasına neden olmaktadır. 1979' da başlayan özelleştirme çalışmaları[326] özel sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve halkı bunlara yöneltmeyi amaçlamışsa da, bugün bunların oranı toplam içinde ancak % 8-10 gibi bir rakama yükseltilebilmiştir.

Özel sigorta hizmetlerinden yararlanmak için prim ödeyenler NHS'dan dışlanmamaktadırlar. Kişiler tercihleri doğrultu-sunda, prim ödedikleri özel doktor ve hastanelerden, ya da ödemiş oldukları gelir vergisiyle doğal üyesi sayıldıkları NHS'dan yararlanabilmektedirler.[327]

Bugün İngiltere 'de sağlık hizmetleri tümüyle genel vergilerden finanse edilmektedir. Toplam harcamaların yaklaşık % 10'u özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. 1991 yılında başlayan reform hareketi ile rekabetin ve etkinliğin artırılması hedeflenmiştir.[328] Ancak yine de NHS'nın temel kaynağı vergilerdir[329] ve toplam sağlık harcamalarının % 92'si kamu kaynaklarından finanse

---

[326] Abel-Smith, Brian, "*Assesing the Experience of Health Financing in the United Kingdom* " (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing The World Bank Washington, 1996, s.159.

[327] Mills, Anne, "The Finance and Insurance Perspective"(edited by A.J. Culyer and Anne Mills), Perspective on the Future of Health Care in Europe Dicussion Papers No:129, University of York UK, May 1989, s.120.

[328] Belek, İlker, 1994, a.g.e., s.108.

[329] Kılıç, Bülent ve Çiğdem Bumin, "*İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi*", Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayını, Sayı 56, Ağustos 1993, s.36.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

ilmektedir. Merkezi hükümetin payı ise ortalama olarak % 85 düzeyindedir. Ancak devletin dolayısıyla kamunun rolünün ne olması gerektiği ve kaynakların etkin kullanımı açısından tartışmalar devam etmektedir.[330] Halkın bu alandaki beklentileri ve sistemin aksayan yönleri karar vericiler için önemli bir problem teşkil etmektedir.

153. JAPONYA

Asya kıtasında sağlık sigortası yasası yürürlüğe ilk 1922 yılında Japonya'da girmiştir. Başlangıçta belirli grupları kapsayan sağlık sigortası 1961 yılından itibaren tüm toplumu kapsamaya başlamıştır. Bunun içinde büyük küçük ayrımı olmaksızın her yönetim birimi kendi bölgelerine sağlık hizmeti sunmak ve bunun içinde özel bir vergi toplamakla yükümlü kılınmıştır. Toplanan bu vergilerden bilan bir kar olursa bu da hazineye bırakılmıştır.

Bütün dünyada olduğu gibi Japonya'da da sağlık hizmetlerinin maliyetleri hızla yükselmekte[331] bu durum kaynak sıkışıklarını beraberinde getirmektedir. Bugün, Japonya'da ayaktan tedavi hizmetlerinin yaklaşık % 90 yatarak tedavi hizmetlerinin ise % 67'si kamu fonları dolayısıyla genel bütçe vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Sigorta zorunludur, sigorta primleri gelirlere göre farklılık gösterir dolayısıyla sistem aktüaryel[332] bir prim sisteminden daha çok bir vergi niteliğindedir.[333] Sigorta zorunlu ve isteğe bağlı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Zorunlu olan sağlık sigortası, sağlık masraflarının % 70 ile % 100'ünü karşılamaktadır. Ödeme işlemi üçüncü parti ödeyiciler tarafından gerçekleştirildiği için hasta ile sağlık üretim birimi ve kurumu-kişisi arasında doğrudan parasal bir ilişki bulunmamaktadır. Sigorta şemaları önceden düzenlenmekte

---

[330] Kleinsmith, Brian, 1996, a.g.e., ss.158-62.

[331] Shiro, Fujino, "*Health Economics in Japan: Prospects for the Future*" (edited by George Telling Smith.), **Health Economics: Prospects for the Future**, Croom Helm Ltd, London New York, 1987, s.89.

[332] Aktüaryel prim sistemi, diğer şartlar farklı olsa bile (gelir düzeyi gibi) herkesin eşit oranda prim ödediği bir sistemi ifade eder.

[333] Tsuchiya, Tanaka, " Japan in ": **Advances in Health Economics and Health Services Research**, Supplement 1, Comparative Health Sytems, JAI Pres Inc., 1990, ss.169-

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

dolayısıyla kişiler istedikleri sigortayı seçememektedirler. Çeşitli sigortaların hizmet kapsamı ise aynıdır. Bu sigorta kuruluşları kar amaçlı değildirler. Sağlık hizmetlerinin maliyeti büyük ölçüde kamu sigortasınca karşılanır. Hastalanan kişiler ek sigorta payı ödedikleri için, sağlıklı ve hasta olanlar arasında adalet sağlanmaya çalışılır. Sigortalar devlet tarafından yönetilir ve ortaya çıkan yönetim harcamaları devlet tarafından karşılanır. Sigorta sistemi; İşçi Sağlık Sigortası, serbest çalışanlar ve emeklileri kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası ve Sağlık ve Tıbbi Bakım Sigortası olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır.[334]

Japonya'da bugün sağlık hizmetlerinin maliyetinin % 30'u maliye bakanlığınca, % 3'ü yerel yönetimlerce, % 24'ü işverenlerce, % 31'i sigortalarca karşılanmakta geri kalan % 12 ise doğrudan hastalardan alınmaktadır.[335]

Japonya'da ayrıca sağlık hizmetlerini aldıkları kişi ya da kuruma yaptıkları hediyeler ve bağışlarda önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bunların kesin tutarının belirlenmesi ise çok güçtür.

7.5.4. KANADA

Sigorta uygulaması Kanada'da 1945-46 döneminde Saskatchewan eyaletinde hastane sigortacılığı olarak başlamış benzer program British Columbia ve daha sonra 1957 yılında Newfoundland ve Alberta eyaletinde uygulanmıştır.[336] Bu uygulamalardan sonra 1956 yılında federal hükümet Hastane sigortası ve Teşhis (tanı) Hizmetler Yasasını (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act) çıkarmıştır. 1966'da yine Saskatchewan eksenli bir tıbbi bakım sigorta planı yapılarak yasalaştırılmıştır. 1966'da ise bütün bireyleri kapsayacak

---

[334] T.Hideyasu Tsuda and A. Froom, "*Primary Health Care in Japan and the United States*" in: **Social Science and Medicine**, Volume 38, No:4, February 1994, ss.489-94.

[335] Naoki Ikegami, and Toshihiko Hasegawa, "*The Japanese Health Care System: A Stepwise to Universal Coverage*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), **An International Assesment of Health Care Financing. Lessons for Developing Countries**, The World Bank Washington, 1996, s.46.

[336] Evans, and Maureen a.g.e., s.83.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

şekilde ulusal sağlık sigortasının temelleri Ulusal Sağlık Bakım sigortası Programı ile atılmıştır. Ancak bu bazı eyaletler tarafından, Ontario ve Quebec gibi kabul edilmemiştir. 1977 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanını düzenleyen program yapılmıştır. Son olarak 1984 yılında çıkarılan Kanada Sağlık Yasasının kabul edilmesiyle sistem son şeklini almıştır.

Kanada'da sağlık hizmetleri kamu kesiminin yönetimin-dedir. Kanada'da sağlık hizmetinin finansmanı ve yönetimi eyaletler düzeyinde organize edilmiştir. Kanada on eyaletten oluşmaktadır ve bir eyalet kendi finansman kanallarını oluştururlar ve ayrıca federal hükümetten de destek alırlar. Bu eyaletler kişileri, özel kurumları organizedirme, bütçelerini gerekli gördükleri gibi harcama ve sağlık programlarını yapma / yönlendirme / yürütme konusunda çok geniş özerkliğe sahiptir. Ülke genelinde var olan ve tek elden ödenen (single payer system) sağlık sigortası, sağlık hizmeti tüketicileri tarafından ödenmektedir. Bu sigorta yaş, sağlık ve gelir durumu gözetilmeksizin tüm bireyleri kapsamaktadır. Tıbbi açıdan gerekli tüm hastane ve doktor hizmetleri bu kapsam içindedir. Federal hükümet, eyaletlerin sağlık planlarına toplam kamu sağlık harcamalarının % 50' si oranında katkıda bulunur. Ancak bu katkı için federal hükümet eyaletlerden birtakım kurallara uymalarını ister ve eyaletin sağlık planları buna uymak zorundadır. Mali destek alabilme koşulları ise, aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır;

- tüm bireylerin kapsama alınması,
- tüm zorunlu tıbbi hizmetleri kapsaması,
- sigortalanmış hizmetlere, ek bir ödeme olmaksızın, herkese eşit biçimde ulaştırılması,
- iş veya mekanın değişmesi durumunda etkilenmemesi ve eyaletler arasında uyumluluk yasaları,
- kâr amacı taşımayan bir yönetime sahip olması gereği gibi maddelerdir.

Eyaletler federal kurallar çerçevesinde, sağlığa ne kadar harcama yapacakları, sigortaların kapsamının ne olacağı ve eyalet

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

payının nasıl finanse edileceğine karar verirler. Doktor ve hastanelerin tüm ödemeleri eyalet sağlık bakanlığı tarafından yapılır. Tüketiciden alınan primler, vergiler federal hükümet ve eyaletlerin yönetimlerinde toplanmaktadır. Federal devlet eyalet planlarını onayladıktan sonra federal devlet kaynakları ve eyalet kaynakları eyalet sağlık bakanlığının elinde birleştirilip harcamalar tek elden yapılmaktadır.[337]

Herhangi bir eyalette oturan tüm Kanada vatandaşları sağlık planına katılmakla yükümlüdür. Bireyler ya doğrudan ya da işverenden alınan vergilerle finansmana katılmaktadırlar. Prim ödeme gücü olmayan bireyler ve aileler tam ya da kısmi yardım alarak sigorta kapsamına girerler. 65 yaşın üstündeki bireyler ise karşılıksız olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Sağlık hizmetleri; primler (bazı eyaletlerde), genel vergiler (tüm eyaletlerde), işverenlerden alınan vergiler (Manitoba ve Quebec eyaletlerinde), doktorlar için yapılan ekstra ödemeler (British Columbia ve Quebec dışındaki eyaletlerin tamamında), günlük hizmetler için alınan tüketici ödentileri (bazı eyaletlerde) şeklinde finanse edilmektedir.

7.5.5. İSVEÇ

Sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemi İngiltere'ye oldukça benzeyen İsveç'te tek farklılık, finansmanın merkezi idarenin genel bütçe vergi gelirleri ile değil de, bölge düzeyinde toplanan vergilerden gelmektedir. İsveç'te toplam 26 bölge bulunmaktadır. Bunun yanında hastalara verilen ayakta tedavi edici hizmetler için düşük bir düzeyde de olsa hasta katkısı istenmektedir.[338]

Tarihsel gelişimde, bölge konsülleri, yatakh tedavi, merkezi hükümet, mental bakım ve kırsal bölgedeki ayaktan tedavi edici hizmetleri özel doktorlar ve sigorta kurumları kentlerdeki tedavi hizmetlerini yerine getirmişlerdir. Günümüzde bu hizmetlerdeki tek

---

[337] Alp, Ergür, "*Kanada Sağlık Sistemi*", **Toplum ve Hekim Dergisi**, TTB Vakfı Yayını, Özel sayı, Kasım1994 - Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s.39.
[338] E. Van Doorslaer; A. Wagstaff and F. Rutten, 1993, a.g.e., s.279.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...ğlık unsur, mental bakım hizmetlerinin bölge konsüllerine ...ılmasıdır.

İskandinav ülkeleri için tipik bir örnek olarak ele ...abilecek İsveç' te hastane ve sağlık hizmeti tamamıyla kamu ...sinince finanse edilmektedir. Finansman genel vergilerden ...şlanırken, hizmet arzı ise, hükümet organlarınca yapılmaktadır.[339]

İsveç'te sağlık harcamaları aşağıda belirtilen kaynaklardan ...anse edilmektedir;

- kişisel gelirler üzerinden alınan yerel vergiler
- ulusal Sağlık Sigortası Sistemi, dolayısıyla merkezi ...ümün katkısı
- devletin hastaneler ve eğitim-araştırma için yaptığı katkılar
- tüketici ödentileri-katkıları

Uygulamada ise merkezi ve yerel vergiler sağlık ...metlerinin finanse edilmesinde temel kaynağı oluştururken, bu ...erler toplam harcamaların _'ünü finanse etmektedir. % 18' lik bir ...lün sosyal sigorta programları çerçevesinde işadamlarından alınan ...lerden, geri kalan % 8-9'luk bir kısım ise cepten ödemelerle ...şılanmaktadır.[340]

1.5.6. ALMANYA (Bismarck Modeli)

1883 yılında hastalık sigortası uygulaması ile diğer ülkelere ...e bu alandaki uygulamalara erken başlayan Almanya'da sağlık ...metleri finanse edilirken, hastalık fonu şeklinde fonlar kurulmuş, ...k dönemlerde işçiler ve belirli işlere uygulanmış ve bazı tıp ...metlerile sınırlı tutulmuştur. Başlangıçta hastalık fonu şeklinde olan

---

[339] Savaş'a göre, İsveç'te *sağlık hizmetlerinin finansmanı için dört yöntemden yararlanılır*. Birincisi, ...kisel gelir üzerinden alınan yerel vergilerle, ikincisi, ulusal sağlık sigortası sistemi ...ümüyle(evde ve eyakta doktor muayeneleri için özellikle kullanılır), Üçüncüsü, devletin ...ğlık/üniversite hastanelerindeki eğitim ve araştırma faaliyetlerinin desteklenmesi, ...ğer anlamdaki sağlık hizmetleri dengesizliğini gidermek için hizmetin yetersiz olduğu ...lgelerde bunu teşvik ve sübvanse etmek), ve sonuncusu hizmetlerden yararlananlardan ...nan ücretlerdir(çok az olup poliklinikte doktor muayenesi, hastanede yatış ve bazı ...metler için alınır).
...Savaş, 1995, a.g.e., s.183.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

uygulamaların, daha sonra daha fazla nüfusu içine alan sigortaların yaygınlaşması yüzünden, sayıları giderek azalmıştır. 1883-1889 yılları arasında Hastalık, Kaza, Yaşlılık ve Sakatlık Sigorta Yasaları çıkarılmıştır. Bu yasalar 1911 yılında birleştirilmiştir.

Almanya'da sağlık finansmanı açısından tamamen karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları (hastalık kasası da denir) tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar, denizcilerin fonları, madencilerin fonu, zanaatkarlar fonu gibi birtakım fonlar vardır. Bu fonların yaklaşık % 25'lik bir kısmı yerel hastalık fonlarıdır ve bunlar zorunlu sigortalıların yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Endüstriyel fonlar ise tüm fonların % 62'sini oluşturmakta ve nüfusun yaklaşık % 10'luk bir dilimini kapsamaktadır. Bugün Almanya'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır[341]

Hastaların doktor ücretlerini Ulusal Doktorlar Birliği ve yukarıda verilen hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastalık fonları ücret belirleme görüşmelerini yapma hakkına sahipken, hükümet çıkardığı yasalarla bu tür sigorta hizmetlerinin genel çerçevesini belirlemektedir. Ödemeler bu iki organizasyon tarafından karşılanır. Hastanelerin finansmanı ise, değişik şekillerde olmaktadır. Hastanelerin her türlü altyapı ve yatırım harcamaları merkezi hükümetin gelirleri ile finanse edilirken, cari ve diğer harcamalar hastalık fonları ve hastaneler arasındaki görüşmelerle belirlenir.

Almanya'da sağlık sistemi dışında sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde daha küçük çapta organizasyonlar da vardır. Bunlar yerel düzeyde sunulan ve yine finansmanı yerel kaynaklarla yapılan hizmetler, diğeri ise, büyük işletmelerde işveren tarafından

---

[341] Uwe E. Reinhardt, "*Germany's Health Care and Health Insurance System*", An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W.Dunlop and M.Martins), The World Bank, Washington, 1996, ss.165-9 A.Saltık, M.S.Erdoğan, "Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sosyal Güvenlik Sistemi," Toplum ve Hekim, 11, 1996.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...rgütüne edilen işverenenin finanse ettiği ve doktora dayalı tıbbi ...sunan hizmetleridir.[342]

Hastalık fonlarına giden fonların yarısını sigortalılar, geri ...ları da işverenler prim şeklinde ödemektedirler. Günümüzde ...lmanya'da (Batı Almanya için), genel vergilerle finanse edilen ...ğlık hizmetleri % 15'ler düzeyinde, hastalık fonlarının finansman ...ı % 65'lerde, özel sigortaların payı % 70'lerde ve geri kalan ...sında doğrudan cepten ödemelerle finanse edilmektedir. Bu model ...ğın Avusturya, Hollanda, İsviçre, Lüksemburg gibi ülkelerde farklı ...ülkede uygulanmaktadır.[343]

137. FRANSA

Fransa 1930'da zorunlu sigortası uygulamasını başlatan bir ...ktir. Daha sonra bu yapılanma 1945 yılında Sosyal Sigorta ...ramı'na verilmiştir. Bu kurumun yönetiminde işçi temsilcileri, ...verenler ve hükümet temsilcileri yer alırlar.

Nüfusun yaklaşık % 98'ini kapsayan zorunlu sağlık sigortası ...ulaması üç tür programdan oluşmaktadır. Genel Fon en büyüğü ...duk üzere, diğer ikisi tarım sektörü ve kendi işinde çalışanlar ...ndür. Genel fon nüfusun önemli bir bölümünü kapsar ve ailelerin ...e çalışanların tıbbi masraflarını karşılar. Bu fonun finansmanı ...şanlar, işverenler ve devlet tarafından karşılanır.

Fransa'da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde merkezi ...ümet genel bütçe vergi gelirlerinin yanında, ayrıca ulaşım ...larının sigorta tutarları üzerinden belli bir pay alınarak sosyal ...rta programının açıklarını finanse etmektedir.[344]

Günümüzde Fransa'da sağlık hizmetlerinin finanse ...lmesinde, ilk olarak devletin finansmana katılması, sosyal sigorta ...nlığı ile yapılan finansman (işçi ve işveren primleri) ve son olarak ...k doğrudan cepten ödemeler gelmektedir. Bugün Fransa'da Sosyal

---

...Sekk, 1994, a.g.e., s.113.
...Grey, 1993, a.g.e., s.183.
...Van Doorslaer, Wagstaff and Rutten, 1993, a.g.e., s.279

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Sigorta Kurumu en büyük finansör durumundadır. Uygulamada sigorta sistemi hizmetin kulanılması anında yapılan ödemelere dayanır. Sigorta sistemi daha sonra geri ödemeyi yapar. İlaç ve temel sağlık hizmetleri nedeniyle ortaya çıkan doktor ve hastane bakım harcamalarının ilk dönemlerinde tüketici katkıları yüksek orandadır(% 40-70 gibi). Daha sonra süre ilerledikçe bu katkı oranları azalmaktadır. Ayakta verilen tıbbi bakım hizmetlerinde ise sigortanın anlaşmalı olduğu doktor ve kurumlar bu hizmeti yerine getirmektedirler. Bu konuda iki uygulama vardır. Birincisinde öncelikle hastalar ödemeyi doğrudan cepten yaparlar ve bunu sigortadan geri alırlar. İkinci uygulamada doktor ücretini kendisi belirler hasta bu doktora gittiğinde sigortanın belirlemiş olduğu tutardan fazla olan kısmını kendisi cepten karşılar. Genel Pratisyenlerde (kısaca, GP) verilen hizmetler için tüketici katkı oranı masrafların % 25'i düzeyindedir. İlaçta tüketici katkı oranı % 30 dolaylarındadır.

Sağlık finansman kaynaklarına göre bakıldığında ise merkezi hükümetin genel vergilerle yaptığı finansmanın oranı % 8, zorunlu sosyal sigortanın baskın olduğu ve oranın % 66'lar düzeyinde olduğu görülmektedir. Özel sigortanın payının % 5-6 dolaylarında gerçekleştiği, geri kalan miktarının ise cepten ödemeler ve hayır kurumları ile dernekler (%1) tarafından karşılanmaktadır.[345]

7.5.8. İTALYA

İtalya'da sağlık sigortası uygulaması 1928 yılında başlamıştır. 1939 ve 1942 döneminde çalışanların ve işverenlerin de finansmana katkısını sağlayan sigorta fonuna dönüşmüştür. Bu alandaki değişik çalışmalar 1978 yılında ulusal sağlık sisteminin kurulması ile son şeklini almıştır.[346]

---

[345] Gray, 1995, a.g..e., s.183.

[346] Fausto, D., " Italy " (edited by R.M. Scheffler and L.F. Rossiter), Advances in Health Economics and Health Services Research, Comparative Health Systems: The Future of National Health care Systems and Economic Analysis L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplemet 1, 1990, s.213.

İtalya'da sağlık sisteminin finansman kaynakları çalışanlardan alınan primler, çalışanlardan alınan primler, genel bütçeden yapılan finansman ve tüketici ödentilerinden oluşmaktadır. Genel bütçe vergi gelirlerinden sağlanan gelirler Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (NHS) finansmanında ve açıklarının kapatılmasında kullanılmaktadır. Zorunlu sosyal sigortaya hem işçiler hem de işverenler prim ödemektedirler. Kişilerin özel ayrıca bir sigortaları olsa ilaçlara katkı payı ödemektedirler. Bu katkıdan sakat insanlar muaf tutulmaktadır.

İtalya'da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde günümüzde zorunlu sosyal sigortanın payı en yüksek iken, bunu genel vergi gelirleri ile finansman, özel sigorta ve doğrudan ödemeler izlemektedir.[349]

3.3. İSRAİL

İsrail'de sağlık hizmetlerinin finansmanının tarihsel gelişiminde, 1918'den başlayıp 1948'lere kadar devam eden İngiliz hâkimiyetinin önemli etkisi vardır. İsrail'de bu dönemde sigortaların temeli atıldığı gibi tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin yapılmasında önemli ilerlemeler sağlanmıştır

Bir ortadoğu ülkesi olmasına karşın sağlık hizmetleri ve başarısı açısından batılı ülkelerin seviyesine ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda iki tür sınıflama söz konusudur. Birincisi, kişilerin cebinden herhangi bir harcama yapmadıkları, hükümetin ve kar amacı gütmeyen kuruluşların sundukları sağlık hizmetlerinin (% 75 oranında) önemli bir yer tuttuğu, kişilerin bedelini ödeyerek, ticari sağlık kuruluşlarından satın aldıkları sağlık hizmetleri (% 25 oranında) olarak sınıflandırılmaktadır.

İsrail'de devlet veya kar amacı olmayan kuruluşlar birçok durumda ücretsiz veya indirimli fiyatlarla tüketicilere sunarlar.

---

[349] Gray, 1995, a.g.e., s.183.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Devlet her iki finansman grubuna da önemli ölçüde karşılıksız destek ve sübvansiyonlar sağlamaktadır.

İsrail'de sağlık hizmetleri anlayışı bütün bireyleri sağlık sigortası kapsamına almayı hedeflemektedir. Nüfusun, % 95'i bir sigorta kapsamındadır. İsrail'de tüm koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri tamamen ücretsizdir.

Günümüzde merkezi ve yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri finansmanındaki doğrudan payı % 22 iken, yine devletin ve kar amaçlı olmayan organizasyonların dolaylı olarak destekledikleri hastalık fonlarının oranı % 43'tür. Ücretsiz sağlık hizmeti veren kurumların payı ise % 13'tür.[348] Bu şekilde ücretsiz hizmet veren kurumların ağırlığı gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında yüksek bir oran olduğu görülmektedir.

7.5.10. KORE

Kore'de 1970'li yılların ortalarında sağlık sisteminde eşitlik ve etkinliği artırma amacıyla zorunlu sağlık sigortası uygulamaya konulmuştur. Ancak kapsamlı olarak 1977 Haziranında ilk kez kapsamlı bir sigorta uygulanmasına başlanmıştır.[349] Geçmiş dönemlerde diğer ülkelerdeki uygulamalara paralel olarak sağlık hizmetleri büyük ölçüde tüketicilerin doğrudan cepten ödemeleri ile finanse edilmekteydi.[350]

Günümüzde, Kore hükümetinin amacı, ülkedeki bütün bireyleri bir sigorta kapsamına alabilmektir. Bugün nüfusun % 90'ı bir sigorta programına kayıtlı iken, geri kalan % 10'luk yoksulluk sınırının altındaki kesimlerde kamu yardımları programları altında

---

[348] **Israil Information Center.** *Selected Publications About Israil's Health Services, Central Bureau of Statistics*, Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Welfare, Jarusalem, Israel, 1991, ss.91-8.

[349] Adrian Griffiths, and Michael Mills " *Health Sector Financing and Expenditure Survey*"(edited by Kenneth Lee and Anne Mills), **Health Economics of Health in Developing Countries**, Oxford University Press Oxford, 1980, s.25.

[350] Yang, Bong-min, " *Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** the World Bank Washiagten, 1996, s.65.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

...ulaşlar yapmaktadır. Sigortalı olan birey prim ödemek zorundadır. ...sigorta iki grubu kapsar. Birinci grup, şirketlerde çalışanlar ve ...rlardan oluşur. Bu uygulamada prim nominal ücretlerin belli ...ir oranıdır. Eskiden çalışanların ödediği prim oranı (%3.6) ise, yeni ...şanların ödediği prim oranına (%4.6) göre daha düşüktür. Diğer ...up kırsal ve şehirsel programlar başlığı altında ele alınmaktadır. Bu ...lerde yaşayan bireyler ve aileler aylık olarak kazandıkları ve ...klarından dolayı sahip bulundukları sosyal sınıf için belirlenen ...n üzerinden bir prim öderler.

Kore'de 313 tane bağımsız, kar amaçlı olmayan organizasyon ...e bölgesel sigorta grupları vardır. Her bir sigorta grubu kendi ...etim yapısını kurmakta, üyelerinin sağlık hizmetlerinin ...finansmanını yüklenmektedir. Ancak bu gruplar merkezi idarenin ...ymuş olduğu kurallar ve çerçeve yüzünden yönetimde tam olarak ...ı sahibi değildirler. Bu gruplar arasında rekabet ise yok denecek ...zeydedir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde bugün Kore'de ...rkezi idarenin genel bütçe vergi gelirleri ile yaptığı finansman ile ...şirket, işçiler ve işverenlerden kesilen primlerden sağlanmaktadır. ...nun yanında, doğrudan cepten ödemeler de diğer bir finansman ...rdir. Uygulamada sigortalı olanların bütün masraflarını ise zorunlu ...ğlık sigortası finanse etmemektedir. Örneğin, sağlık hizmeti ...ticileri klinik hizmetlerinde % 30'luk bir katkı yapmak ...mundadırlar.

1.5.11. DİĞER ÜLKELER

Dünyadaki diğer başlıca ülkeler, ***Portekiz, Hollanda, Danimarka, İrlanda, İskoçya, Avustralya, Avusturya, Norveç, Singapur, Meksika*** vb, finansman yöntemi büyük ölçüde yukarıda ...erilen sınıflandırma biçimine uygundur.[351] Eski ***sosyalist devletler***

...Cassas Isabel, and Curto de Cassas, "*Health Care in Latin America*" (edited by ...avid R. Phillips and Yola Verhasselt),. **Health and Development** Routledge, London ...New York, 1994, s.240.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

(yıkılan Sovyetler Birliği ve bu birliğe üye olan ülkeler gibi) ve Çin'de tamamıyla devlet tarafından yapılan finansman yeni reformlarla birlikte, -oranları ve çapları küçük de olsa tüketici katkıları ve özel sigorta şeklinde- gelişmeler başlamış ve bu bağlamda diğer finansman tiplerinin de gelişme trendine girdiği söylenebilir. Finansman sistemleri açısından yukarıda anlatılan mekanizmalardan çok farklı olmayan diğer ülkeler ise aşağıda kısaca değerlendirelim:

İspanya'da 1986 yılında yeni bir sağlık sistemi reformu yapılmıştır. Bu ülkede toplam milli gelirin % 6.3 ü sğlık harcamalarına yöneliktir. Üç alt sisteme sahip olan *INSALUD* sisteminden söz edilebilir. Yani genel sağlık sigortası, halk sağlığı hizmetleri ve özel hastaneler, klinikleri içeren poliklinikler. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde INSALUD yanında, sosyal güvenlik gelirlerinin % 70-75 kadarı işverenden, % 20 –25 lik oranı da işçi tarafından karşılanmaktadır. Kamu kesiminin 1975 ten itibaren katkısı % 8 in altına düşmemiştir ve şu anda bu oran % 20 lerin üstündedir. İspanya da tüketici ödentileri(diş hizmetlerinde özellikle yüksek), sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı ödemeler ve devletin yaptığı katkılar şeklinde bir finansman mekanizması vardır.[332]

İsviçre' de sağlık hizmetleri üç yolla finanse edilmektedir. İlki bireylerin yaptığı ödemelerdir. Toplam ödemelrin yaklaşık % 30'una karşılık gelmektedir. Bunun önemli bir bölümü diş hekimlerine yapılan ödemelerdir. Hastanelere yapılan ödemeler sigortacılar tarafından geri ödenmektedir. İkinci yöntemde kişilerin ödedikleri primler yoluyla finansmandır. Bu iki yöntem uygulanmakta kalan tutar da devlet tarafından finanse edilmektedir.

Arjantin'de milli gelirin yaklaşık % 8 ve 9 luk bir kısmı sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Bunun % 25 ini kamu kesimi, % 40'ını sosyal güvenlik sektörü geri kalan tutarı de özel sektör kullanmaktadır. Kamu kesimi çok sayıda hastaya sağlık hizmeti sunmaktadır ve bunlar

---

[332] P.J. Saturno, Spain: In: The International Handbook of Health Care Systems' edited by R.B. Saltman), Greenwood Streets, New York, 1988, ss.267-284.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ KÜTÜPHANESİ

...ından vergilerle karşılanmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları ...lerine sundukları sağlık hizmeti için Ulusal sosyal güvenlik enstitüsü ...ından belirlenen harcamaları ve doktor ücretleri ödemektedir. Özel ...ktör, sosyal güvenlik kapsamındaki hastalar ve gönüllü sigorta ...ırmış olanlar için sağlık hizmeti sunmaktadır. Emekliler ulusal ...stitüsü ise 65 yaşın üstünde olan vatandaşlar için sağlık hizmetleri ...maktadır.[353] Dolayısıyla görüldüğü gibi Arjantin de de devlet katkısı, ...osyal güvenlik kurumları(alınan primlerle) ve tüketici katkıları ...şeklinde finansman yöntemleri mevcuttur.

5. ALTERNATİF FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yukarıda çeşitli ülkeler için açıklanan finansman kaynakları ...ılarak yapılan ödemeler aşağıdaki şekilde tasnif edilmektedir.[354]

1. **Global bütçeleme yoluyla (global budgeting)**; bütçeden belli bir ...ğram için doğrudan ödenek ayrılmasıdır(özellikle sağlık üretim birimleri ...in).

2. **Ücretle ödeme (salary)**; iş yükü ve hizmet maliyetinden ...ğımsız olarak yukarıda verilen finansman kaynaklarından sabit olarak ...ıcılara ödemedir.

3. **Kişi başına ödeme (capitation)**; her bir kişi başına belirlenerek ...pılan ödeme biçimidir. Bu ödeme tutarı sabittir ve genellikle belli bir ...reyi kapsar(bir ay ya da bir yıl).

4. **Sabit fiyat ödemesi (flat rate)**; sağlanan paket hizmetler için ...şından belirlenen bedelin ödenmesidir.

5. **Günlük fiyat (daily charge)**; tüketilen belirli hizmetler için ...ılık bir bedelin tayin edilerek, günlük tutar üzerinden ödeme yapılması

6. **Vaka başına ödeme (case payment)**; belirlenen bir hizmet ...reti için tutarın belirlenmesi ve buna göre bedelin ödenmesidir(bir kalp ...ği ameliyatının toplam tutarı gibi).

---

[353] A.A. Santas, and A. Sonis Argentina: In: The International Handbook of Health Care ...ystems(edited by R.B. Saltman), Greenwood Stress, New York, 1988, ss.7-17.

[354] WHO, Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, ...echnical Report Series, Geneva,1993, s.37.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

7. **Hizmet başına yapılan ödeme(fee-for service)**; tüketilen hizmetlerin ayrı ayrı aşamalara göre belirlenen tutarlarına göre ödeme yapılmasıdır(teşhis, tedavi, ilaç gibi aşamalar için farklı ödemelerin yapılması).

Bu ödeme biçimleri birbirinden çok farklı finansman kaynaklarından karşılanır ve farklı özelliklere sahiptir.[355]

Tablo 38. Alternatif Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Genel vergilerle finansman			Progresif			
1. Doğrudan merkezi idarenin sağlaması İngiltere NHS örneği.	Herkesi kapsıyor	Yüksek	Eşitsizliği giderici	arz-güçlü	orta-ılımlı	Düşük
2. Bölgesel idareler, dolaylı sağlama Kanada Örneği.	Herkesi kapsıyor	Yüksek	Eşitsizliği giderici	arz-güçlü	yüksek	Yüksek
3. Yerel idareler, dolaylı sağlama İsveç örneği	Herkesi kapsıyor	Orta-ılımlı	Eşitsizliği giderici	arz-güçlü	yüksek	orta-ılımlı
Sosyal Sigorta Yoluyla Finansman			Regresif			
1. İdarenin doğrudan sağlaması İspanya örneği	Herkesi kapsıyor	Yüksek	orta-ılımlı eşitsizliği artırıcı	arz - güçlü	orta-ılımlı	Düşük
2. Global bütçe vesayeti altında sağlama Almanya ve Japonya	Herkesi kapsıyor	Orta-yüksek	eşitsizliği artırıcı	arz-güçlü	orta-ılımlı	Yüksek
3. Global bütçe olmadan sağlama Kore örneği	Herkesi kapsıyor	Orta-ılımlı	eşitsizliği artırıcı	talep-zayıf	düşük	Yüksek
Pluralistic-Korporatik Gerektirmeyen						
1. Kamu sağlık finansman birimlerinin özel sigorta için sağlaması Avusturalya ve Singapur örneği	Herkesi kapsıyor	Orta-ılımlı	orta-ılımlı eşitsizliği giderici	talep-zayıf	düşük	Yüksek
2. Tercihlerde özgürlük ve piyasa rekabeti ABD örneği.	Herkesi kapsamıyor	Düşük	eşitsizliği artırıcı	talep-zayıf	düşük	Yüksek

Hsiao, William C., " A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the role of Health Insurance", **An International Assesment of Health Care Financing-Lessons for Developing Countries** (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington DC USA, 1996 s.18 ve Gray, Alastair ," International Patterns of Health Care, 1960 to 1990s", **Caring for Health:History and Diversity** (edited by Charles Webster), Open University Press, Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995 ve Miller, Dean F., **Dimensions fo Community Health** (Third edition), Wmc. C. Brown Publisher USA, 1993 ve Paton, Calum, **Health Policy and Management**, Chapman and Hall London UK,1996, s.332 .

[355] Belek, a.g.e., s.77.

Tablo 38 incelendiğinde, ilk sütunda yer alan merkezi idarelerin genel bütçe vergi gelirleri ile finanse ettiği sağlık hizmetlerinin herkesi kapsadığı görülmektedir. Büyük ölçüde giriş eşitliğinin sağlandığı bu ülkelerde, arz yönünden maliyetlerin kontrolünün daha kolay olduğu kaynakların etkin kullanılma olanağının daha fazla olduğu görülür.

Sağlık hizmetleri sosyal sigorta sistemi ile finanse edildiğinde, sistemin de kapsamının geniş olduğu görülmektedir. Giriş eşitliğinin orta düzeyde olduğu, finansmanda eşitlik ilkesi açısından değerlendirildiğinde ise, eşitsizliği artırıcı olduğu söylenebilir. Sosyal sigorta sistemi ile finansmanın maliyet kontrolünün güçlü olduğu, kaynak kullanımında etkinliğin ise zayıf olduğu, buna karşılık tüketici tercihlerinin yüksek düzeyde gerçekleştiği görülmektedir.

Karışık sistemlerde – yani bütünlük gerektirmeyen sistemlerde ve kapsayıcılık – serbest piyas aşartlarının uygulanması durumunda – giriş eşitliği genelde düşüktür. Finansman yöntemi, özellikle rekabetçi piyasalarda eşitsizliği artırıcıdır. Kaynakların etkin kullanım oranı düşük, tüketici tercihi yüksektir.

Sağlık hizmetlerininin sistem açısından performansının değerlendirildiği sözkonusu tabloda, ülkelerin sağlık sistemleri değerlendirilirken veya düzenlenirken kapsam, eşit giriş ve elde etme, harcamaların kontrolü, kaynakların etkin kullanımı, finansmanda eşitlik ve tüketici tercihleri göz önüne alınan faktörlerdir. Bu faktörlerin aslında büyük ölçüde sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği veya finanse etme yöntemi ile ilgili olduğu da unutulmamalıdır. Şimdi bu faktörler üzerinde biraz durmaya çalışalım.

Gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetleri sisteminin ilk ve temel amacı ülkedeki her vatandaşa kapsam altına almak ya da temel sağlık hizmetlerini bütün vatandaşlara sunabilmektir. ABD ve diğer gelişmiş bazı ülkelerin bir bölümünde serbest piyasa ekonomisinin tek başına universal kapsayıcılığı sağlanmasının mümkün olmadığı görülmektedir. Sigorta piyasalarında fiyat açısından bir rekabetin söz konusu olması sigorta firmalarının yanlızca geliri olan insanları sigortalamaları ve

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

bunların sağlık koşullarının daha iyi olması şeklinde bir sonuç doğurmaktadır. Sigorta piyasalarında fiyat rekabetinin bu şekilde söz konusu olması yaşlı, sakat ve hasta insanların önemli bir bölümünün kapsam altına alınamaması sonucunu doğurmaktadır.

Diğer yandan genç insanlar ve sağlıklı insanlar sigorta hizmetini almak istemeyebilirler. Bunlar, kendilerinin ayrı bir risk grubunda ele alınarak en düşük sigorta primini ödemeleri gerektiğini ifade edilebilir. Yoksullar ise düşük olarak belirlenen primleri dahi ödemekte zorlanabilirler. Bütün bunların bir sonucu olarak nüfusun önemli bir bölümü sigortalanmamış olur.

Gelişmiş ve refah düzeyi yüksek olan ülkelerde vatandaşların tamamının kapsam altına alınması ancak zorunlu sigorta uygulamaları ile mümkün olabilir. Bu ülkelerde hükümetler bu uygulamayı genel vergilerle finanse ettikleri gibi sosyal güvenlik programlarını doğrudan kendileri de kurup yönetebilirler. Ayrıca bütün vatandaşları kapsayan özel ve kamu sağlık sigortaları da kamu kesimi tarafından yapılan sübvansiyonlarla desteklenerek, yüksek risk grubunda yer alan kimseler ile yaşlı, sakat ve hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanır.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve elde edilebilirliğin bütün vatandaşlara eşit olarak sunulması ise bir diğer kriterdir. Ulusal kapsamın uygulanıyor olması bütün vatandaşların bu hizmetlerden eşit yararlandığı anlamına gelmez. Eşit koşulların sunulabilmesi için bölgeler arasında sağlık personeli ve sağlık hizmetleri açısından dengeli koşulların sağlanmış olmasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin varlığı iki faktöre bağlıdır, bunlar; sermaye yatırımları ve personel-doktor hizmetleridir. Bunlar için hali hazırdaki maliyetleri karşılayacak ödeme mekanizmasıdır.

Piyasada rekabet söz konusu ise, kaynaklar, daha fazla ödemeyi yapanlara doğru yönelmektedir. Gelir dağılımının adil olmadığı bir toplumda, arz ve üretim de adil olmamaktadır. Bu durumdaki bazı ülkelere bakıldığında bu kez karşımıza farklı tablolar çıkmaktadır. Ödemeyi hastanın doğrudan yaptığı sistemler ve çoğulcu sistemlerle

...ğer sistemler karşılaştırıldığında, 100.000 kişi başına düşen yatak ve ...ktor bakımından zengin ve yoksul toplumlar arasında dört ve beş ...una varan uçurumların oluştuğu gözlenmektedir.[356]

Bununla beraber uygulamada genel vergilerle veya sosyal ...venlik programlarının finanse edilmesi ile ilgili yetkilerin kamu ...inin elinde olması ve bunun politik süreç yardımıyla kullanılacak ...ası sermaye yatırımlarının bölgeler arasında daha adil bir şekilde ...lmasına yardımcı olmaktadır.

Sağlık personelinin dağılımı ve sermaye yatırımlarını etkileyen ...r diğer faktör de yukarıda ifade edilen ödeme politikaları ve ...anizmalarıdır. Doktorların tıp fakülteleri ve merkezlerinin ve sağlık ...metleri ile ilgili altyapının iyi olduğu şehirlere yönelmelerii yaygın bir ...gulamadır. Kırsal bölgelere doktorların gönderilebilmesi için ödeme ...anizmalarında ve sistemlerinde doktorlara ve sağlık personeline ...ılık ödeme oranlarında artışa gitmek gerekir. Eğer bu uygulama ...ileşmiş bölgelere yönelik yapılırsa bu bölgelerde hastane, doktor, ...ç vb gibi sağlık hizmetlerinde yoğunlaşma artacaktır.

Sağlık harcamalarının kontrol edilmesi de sağlık sistemlerinin ...formansını etkileyen bir faktördür. Son otuz yılda sağlık harcamaları, ...ılı artışından daha fazla olmuştur. Kamu kesimi, özel kesim ve ...leşlerin sağlık harcamaları gelirlerinin için de önemli bir pay almaya ...ladığı içinde, maliyetlerdeki bu yükselmeyi kontrol etme eğilimi ...aya çıkmıştır.

Arz yönüyle bunu sınırlayan faktörler vardır. İngiltere ve İsveç ...ldığı gibi genel vergilerle finansman yöntemini kullanmak suretiyle ...metlerin doğrudan sağlanması, bütçe süreci ve enflasyon oranı ...ndan sınırlandırıldığı gibi, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar ...er sektörlere ayrılan kaynaklarla rekabet içerisine girmektedir, örneğin; ...ğım, savunma, ulaşım, iletişim gibi. Arz yönüyle ilgili bir diğer ...laşım, hizmetlerin dolaylı yoldan sağlandığı durumlarda ödeme

...ıkan, a.g.e., s. 25

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yöntemlerinin ılımlı bir bir enflasyona neden olacağı yönündedir.[357] Gelişmiş olan ülkeler bu durumda etkinlik için iki ölçüt geliştirmişlerdir: Tahminlere dayalı global bir bütçe süreci ve teşvik sistemi. Ödeme sistemlerinde global bir bütçe olmadığı zaman sistem tek kanallı olarak tanımlanmakta ve finansman sistemi sağlayıcılara fiyatlar üzerinde tam bir kontrol ve hacmini ayarlama imkanı vermektedir.

Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan enflasyonu sınırlandırmak için talep yönlü stratejiler de uygulanmaktadır. ABD, Kore ve Singapur da bu tür bir yaklaşımın gözlemlenmesi mümkündür. Kore bu konuda hastalar tarafından en yüksek oranlı maliyet paylaşımı(cost sharing) sistemini kurmuştur.[358] ABD de ise rekabete dayalı daha sophistike bir sistem kurmuştur,[359] Bu mekanizma sayesinde tüketiciler rekabet altındaki sigorta programları ve Health Maintenance Organiziation(HMOs) arasında bir seçimde bulunabilmektedirler. Bu durumda tüketiciler arasındaki maliyelerin paylaşılması yükselmektedir. Singapurda ki program ise Medisave plan olarak adlandırılmakta ve her bir işveren ve çalışanlarının yapacağı katkılara dayanan bir stratejiden oluşmaktadır ve sağlık hizmetleri için ödenmesi gereken tutar buradan ödenmektedir. Ancak uygulamada talep yönlü bu stratejilerin harcamalar üzerindeki kontrol etkinliğinin zayıf olduğu ileri sürülmektedir. Bu da harcamaların yükselişini önleyemediği anlamına gelmektedir.

Kaynakların etkin kullanılması da sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında kullanılan bir diğer kriterdir. Uygulamada kaynakların etkin kullanılmasını belirleyen üç faktör söz konusudur, bunlar; kaynakların tahsisi, teknolojik yayınım ve yönetim etkinliğidir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bu sektördeki kaynakların, önleyici, temel bakım ve tedavi edici özelliği bulunan hizmetler

---

[357] W. Hsiao, William C., a.g.e., s. 25.

[358] Bu konuda ayrıntı için, De Geynt, W., Managing Health Expeadltures under National Health Insurance-The case of Korea, World Bank Technical Paper No: 156, Asia Technical Department Series, W.shington, D:C ye bakılabilir

[359] W. Hsiao, a.g.e., s. 25

...ındaki tahsisini ifade etmektedir. Bu hizmetler arasındaki etkinlik ...laştırmalarında daha önceki bölümlerde (sağlık hizmetlerinde ...omik analiz tekniklerini açıklarken) değindiğimiz maliyet fayda ...izleri yapılması yoluyla karar verilmektedir. Tüketiciler tedavi edici ...metlere göre önleyici ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili güçlü bir ...eme isteğinde değildirler. Bunun nedeni tedavi edici sağlık ...metlerinin kişiyi acıdan, hastlıktan ve üzüntüden hemen kurtarması ...liğine dayanmasıdır, bu yüzden kişi tedavi edici hizmetlerin bedelini ...ksek bir düzeyde ödeme isteğindedir. Çünkü direk ve hemen bir fayda ...de etmektedir. Buna karşılık önleyici ve temel sağlık hizmetlerinde kişi ...men ve doğrudan özel fayda elde etmediği için bu hizmetlerle ilgili ...ak daha az bir ödeme isteğinde olmaktadır.

Teknolojik alanda elde edilen hızlı değişim ve gelişmelerden ...lık sektörü de payını almaktadır. Hastaneler bu teknolojiyi elde ...tiklerinde hastalar daha iyi koşullarda ve verimli hizmet ...abilmektedirler. Hem doktorlar hem de hastaneler için yeni teknolojik ...şmelerin elde edilmesi ve kullanılması bir kazanç unsuru olduğu gibi, ...a zamanda bir prestij unsurudur. Elde edilen teknolojik gelişmelerin ...rimliliği artırmasının yanında bir maliyet unsuru olarak da ortaya ...tığını belirtmek gerekir. Bu da finansman mekanzimalarıyla yakından ...ilidir.

Yönetim etkinliğine gelince çoğulcu ve serbest tercihlerin olduğu ...r yerde diğer finansman stretajilerine göre daha yüksek düzeyde ...önetim maliyetleri ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili ...ramlar, hastaneler ve doktorlar farklı yönetim maliyetlerini içeren ...şma planlarını uygulayabilirler. Bürokratik anlamda ortaya çıkan ...önetim maliyetleri ile politik süreç nedeniyle ortaya çıkan verimsizlikler ...yönetim maliyetlerini yükseltmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde eşitlik prensibinin ...neli progresivliğe (eşitsizliği giderici) dayanmaktadır. Zorunlu sosyal ...şma uygulamalarında vergiler kişilerin ödeme güçlerine göre ...lanmaktadır. Gelir vergilerinde genellikle gelir düzeyi yükseldiğinde ...gi oranları da artırılmak suretiyle vergilendirme yapılır, bu şekilde

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

genel vergiler yardımıyla eşitsizlik giderilmeye çalışılır. Sosyal sigortaların finanse edilmesinde çoğunlukla ücretler üzerinden alınan vergi kullanılır. Bu uygulamanın da orta düzeyde eşitsizliği artırıcı etkisinin olduğu ileri sürülmektedir.

Finansmanla ilgili bir diğer konu ise oluşturulan risk havuzu ile ilgilidir. Burada sağlıklı insanların hasta insanları sübvanse ettiği sonucu çıkmaktadır. Ancak genel vergilerle yapılan finansman ve zorunlu sosyal güvenlik programlarının uygulanması bu riski bölgeler ve gruplar arasında dağıtmaktadır.

Tüketiciler sağlık hizmetlerini alırken üç çeşit sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında karar vermektedir. Bunlar; temel sağlık hizmetini sağlayan doktorlar, tıbbi uzmanlar ve hastanelerdir. Ülkelerin önemli bir bölümünde temel hizmetleri sağlayan doktorlar gitme konusunda bir sınırlama yokken uzmanlara ve doktorlara gitme konusunda birtakım sınırlandırmalar uygulanmaktadır. İngiltere ve İsveç bu uygulamayı yapan ülkelerdendir.

Finansman yöntemleri tüketicilere doktorlar ve hastaneler arasında bir tercih yapma hakkını vermektedir. Kanada, Almanya, Japonya ve Kore buna örnek olarak verilebilir. Tüketici tercihlerinde tamamen serbest olduğu zaman bu tercihini doktorlar, hastaneler ve uzmanlar arasında gelir düzeyi ve bağlı bulunduğu sigortanın kapsamına göre seçecektir.

Sonuç değerlendirmesinde, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri tarihsel gelişim içinde sürekli değişen bir yapıya sahip olmuştur. Kaynakların sınırlı olması, buna karşın harcamaların gün geçtikçe artması ve çeşitlenmesi finansmanın önemini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında, hem arz, hem talep yönüyle sağlık hizmetinin sahip olduğu özellikler piyasa mekanizmasının ekonomik etkinlik ve eşitlik açısından başarılı olamadığını göstermekte, ortaya çıkan piyasa başarısızlığı idarelerin sağlık hizmetleri piyasasındaki rolünü arttırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde dikkatler üç konu üzerinde yoğunlaşmaktadır. Birincisi, eşitlik ve etkinlik, ikincisi tüketici tercihleri ve serbest fiyat düzenlemeleri, üçüncüsü de bütçe sınırlamalarıdır. Bu üç amacın bir arada çelişki olmaksızın gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ancak uygulamada bu amaçlar arasında bir çelişki vardır. Birinci başlıkta yer alan etkinlik ve eşitlik konusu diğer iki konu tarafından sınırlandırılmaktadır. Amaçlar arasındaki uyumun ölçüsü finansman yönteminin başarısını belirleyecektir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi vergi ile finansmandan, hizmet alanlara ödentilerine kadar giden bir yelpaze içinde sınıflandırılmaktadır. Kamu ve özel kesimin birlikte finansman yaptığı karışık sistemler olduğu gibi, sadece kamu finansmanının olduğu sistemlerde vardır. Finansman sisteminin ne olduğu ve nasıl uygulandığı, maliyetler, tüketici tercihleri, hizmeti verenlerin gelir kaynakları, gelir düzeyi düşük bireylerin sistemden yararlanmaları, kaynak geliştirme harcamaları ve yeni teknoloji gibi unsurlar üzerinde etkili olmaktadır.[360]

---

[360] Julio M. Martins, and David W. Dunlop, "*Lessons Learned*" (edited by David W.Dunlop and Julio M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries The World Bank, Washington DC USA, 1996, s.96-7).

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

8. BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesinde "Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için, beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı" olarak ifade edilen sağlık hakkı, T.C. Anayasasının 56. maddesinde "herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesi" ve "sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşaması" şeklinde ifadelerle yerini almış ve devlete "bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirme" ve "sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurma" görevini vermiştir.

Ancak, Türkiye'de sağlık sistemi, giderek yoğunlaşan sorunlarla karşı karşıyadır. Dünya Sağlık Örtgü'nün GSMH içinde sağlık harcaması payı olarak minimum rakam olarak belirlediği %5 oranı Türkiye için %1'in altındadır. Bu bölümde, temel hedefi sağlıklı bir toplum oluşturmak olan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin analiz edilmesi, sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı ve sağlık finansmanı açılarından incelenecektir.

8.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHİ GELİŞİMİ

8.1.1. 1923-1960 DÖNEMİ

Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra dönemin ilk Sağlık Bakanı Olan Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermiştir. 1928 yılında kurulan "Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü" bu dönemin en önemli icraatı olmuştur.[361] 1930 yılında 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun ile Sağlık Bakanlığı'nın

[361] 6 mayıs 1930 tarih ve 1489 Sayılı Resmi Gazete.

leri tanımlanmış ve özellikle Yerel Yönetimlere örnek teşkil edecek ğlık kurumları açılması öngörülmüştür.

1937 yılına kadar Sağlık Bakanlığı yapmış olan Refik Saydam'ın önemde izlediği politikalar koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı uştur. Kamu sağlık hizmetlerinin, il düzeyinde Sağlık Müdürlükleri, düzeyinde hükümet tabiblikleri şeklinde örgütlenmesi sağlanmış, ması dikey örgütlenme anlayışına uygun olarak başlıca sağlık ınlarına yönelik örgütler kurulmuştur (Frengi-Lepra, Trahom, Sıtma ıma Örgütleri). Tedavi edici hizmetler daha çok yerel yönetimlere ılmış, örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve ıtabalar'da birer "Numune Hastanesi" açılması sağlanmıştır.

1923-1937 döneminde sağlık hizmetleri ile ilgili politikalar ğıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Koruyucu Hizmetlere Ağırlık Vermek
2. Önemli Hastalıklarla Mücadele Etmek (Verem, lepra, Trahom vb.).

Bu amaçla, oluşturulan Personel ve Örgütlenme politikaları ise ğıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Personel politikaları

Tıp eğitimini özendirmek ve niteilkil sağlık personeli yetiştirmek macıyla teşvikler sağlanmış, tıp fakültesi öğrencilerinin okuma, barınma iyime giderleri karşılanmıştır. Bu sayede, 1923 yılında 554 olan doktor yısı, 1930'da 1182'ye, 1940 yılında ise 2384'ye ulaşmıştır. Ebe ve mşire gibi yardımcı personel sayıları da aynı ölçüde artırılmıştır.[36]

Koruyucu hizmetleri geliştirmek amacıyla, özellikle kırsal ında yardımcı sağlık personelini artırmak amacıyla "Sağlık Memurluğu" sınıfı kurulmuştur.

---

[36] Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Şubat 1992, ss.12-13.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Doktorların serbest çalışmaları yasaklanmış, koruyucu hizmetlerde çalışanlara, tedavi edici hizmetlerde çalışanlardan daha yüksek ücret ödenmesi politikası izlenmiştir.

Tüm personelin atama-yükseltme işlemlerinde Sağlık Bakanlığı yetkili kılınmıştır.

2. Örgütlenme Politikaları

"Dikey Örgütlenme" ilkesi gereği, her hastalık için bir örgüt kurulmuştur.

İlde valilerin sorumluluğunda İl Müdürleri, ilçelerde kaymakamın sorumluluğunda hükümet tabibleri sağlık işlerini yürütmekle görevlendirilmişlerdir.

Bu dönemde ayrıca;

— 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmış,

— 1947 yılında yapılan bir düzenleme ile, "Verem Savaşı" için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur.

— 1945 yılında, 1964'de Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacak olan bir sosyal güvenlik kurumu kurulmuştur.[363] 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun finansmanının yanısıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır.

— İkcni Dünya Savaşı'ndan sonra, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi görüşü ağırlık kazanmış, bu amaçla, yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet verecek "Sağlık Merkezleri" kurulmasına karar verilmiş, ancak bu plan tam olarak uygulamaya konulamamıştır.

— Dr.Refik Saydam tarafından yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler resmen Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personel hastanelere kaymış ve koruyucu

[363] 9 Temmuz 1945 tarih ve 4792 sayılı kanun.

hizmetlerde gerileme başlamıştır. Yeterli yardımcı sağlık personeli olmadığı için tedavi hizmetleri de istenilen düzeye çıkarılamamıştır.

— 1952 yılında "Ana Çocuk Sağlığı Teşkilatı" kurulmuş, merkez, şube ve istasyonları açılmıştır.[364]

1.1.2. 1960 SONRASI DÖNEM

Bu dönem planlı kalkınma dönemidir. Planlı Kalkınma dönemi ile sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiştir. Bunlardan birincisi "1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakındaki Kanun"[365]

224 Sayılı Kanun ile, eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, bölgeli hizmet, ekip hizmeti, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, nüfusa göre hizmet, denetlenen hizmet, uygun hizmet gibi ilkeler benimsenmiştir.[366]

Bu ilkelere uygun olarak tasarlanan örgütlenme modeli ise şöyledir:

— Sağlık hizmetlerinin temel birimi sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır.

— Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden Devlet Hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır

224 Sayılı Kanun'la sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesinin yanısıra özel sağlık kuruluşları da serbest bırakılmıştır. Sağlık personeline, kamu sektöründen maaş veya ücret almamak, maddi yarar sağlamamak koşuluyla, özel sağlık kurumu ve eczane açabilme izni verilmiştir.

---

[364] Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, s.13.
[365] 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı kanun. 10 Nisan 1965 tarih ve 11976 sayılı kanun. Bu kanun 27 Mayıs 1983 ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakında Kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır.
[366] Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, s.14.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

"Sosyalizasyon" programını uygulamaya koyan 224 Sayılı Kanunun getirdiği model, kırsal bölgelerde başarılı olmasına rağmen, uygulama alanı genişledikçe başarısı azalmış, sosyoekonomik ve politik faktörler, mali kaynak yetersizliği ve insangücü yetersizliği gibi nedenlerle özellikle kentsel kesimde etkin hale getirilmiştir.

Programın başarısızlığı nedeniyle, yeni önlemler olmaması gereği ortaya çıkmış, 1978 yılında "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu" yürürlüğe girmiştir.[367] Bu kanun çerçevesinde, sağlık personelinin geri kalmış bölgelerde çalışmasını teşvik edecek düzenlemeler yapılmıştır. Yine bu kanun ile il, ilçe, bucak ve köyler 16 Mahrumiyet bölgesine ayrılmıştır. Tam gün çalışan sağlık personeline ek ödenekler verilmesini sağlayan bu yasa 1980 yılında kaldırılmış,[368] 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. Bu kanun kapsamına bütün kamu kurum ve kuruluşları (Milli Savunma Bakanlığı dışında) ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri girmektedir.[369]

8.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olarak gruplanan sağlık hizmetlerinin arzı Türkiye'de çok sayıda kurumsal yapı tarafından gerçekleştirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme modelleri, genellikle finansman yöntemlerinin etkisi altındadır. Daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi, genelde üç ayrı sistem ve örgütlenme modeli söz konusudur:

1. Harcamaları Kamu Bütçseinden Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi

Halk devletin sağlık kuruluşlarından ücret ödemeden veya belirli bir ücret karşılığı yararlanır. Fakirlere sunulan sağlık hizmetleri kamu bütçesinden karşılanır.

---

[367] 9 Temmuz 1978 tarih ve 16341 Sayılı Kanun.

[368] Fazıl Tekin *"Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı"* Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1, Haziran 1987, s.268.

[369] 15 Mayıs 1987 tarih ve 19461 sayılı kanun.

İşçi ve memurlar için ücretsiz sunulan bazı hizmetler vardır. Ödeme gücü olanlar ve isteyenler piyasada sunulan özel sağlık hizmetlerinden faydalanırlar. Bazı gruplar kendi hastanelerini kurabilirler (Sigorta hasteneleri, esnaf hasteneleri, PTT hasteneleri, Polis hastaneleri gibi. Bazı Asya, Avrupa ve Güney Amerika Ülkelerinde ve Türkiye'de uygulanan bu model daha çok gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaktadır.

2. Ulusal Sağlık Hizmetleri

Daha önceki bölümlerde İngiltere örneğinde açıklandığı gibi, bu örgütlenme modelinde ulusal sağlık sistemi toplumun tamamını kapsamakta ve sağlık hizmeti ücretsiz sunulmaktadır. Bu sistemde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirinin tamamlayıcısı durumundadır.

3. Sağlık Sigortaları Şeklinde Örgütlenme

Bu sistem iktisadi gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde uygulanmaktadır. Sisteme prim veya vergi yoluyla katılan kişiler, istediği sağlık kuruluşuna başvurup tedavi olmakta, harcamaları sigorta tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri, merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağladığı finansman, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri hizmetlerin karşılığı olarak doğrudan kendilerinin ödeme yaparak satın aldığı hizmetler şeklinde örgütlenmiştir. Bazı merkezlerde ücretsiz, diğerlerinde ise belli bir ücret karşılığı devlet ve üniversite hastanelerinin sunduğu hizmetlerden yararlanılmaktadır.

Bu durum, sağlık finansman sistemini karmaşık bir hale getirmektedir.

Bir diğer örgütlenme modeli, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri örgütlenmesi olarak tanımlanabilir:

1. **Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme:** Gelişmekte olan ülkeler, önemli ve hemen denetim altına alınması gereken hastalıkları önlemek için tek amaca yönelik örgütler kurmaktadırlar.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Verem Savaş Örgütü, Sıtma Savaş Örgütü gibi. Ancak bu tür örgütlenmenin maliyeti yüksektir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde hem bu yöntemin maliyetlerinin yüksek olması, hem de insangücü israfına yolaçtığı için dar bölgelerde çok yönlü hizmet veren bir örgütlenmeye yönelmişlerdir.[370]

Türkiye bugün çok yönlü hizmet birimlerini kurmuş ve hizmetini sunan bir ülke düzeyindedir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun'un Sağlık Ocaklarını temel hizmet birimi olarak kurması bunu sağlamıştır.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme: Bu konuda da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük farklar vardır. Gelişmekrte olan ülkelerde tedavi edici sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, kötü, beşeri sermaye yapısı yetersiz, ülke içindeki sağlık hizmetleri dağılımı ise dengesizdir. Sağlık merkezleri belli gölgelerde toplanmıştır.

Hastane ve diğer sağlık kurumlarının optimum büyüklüğü sağlayamadığı gözlemlenmektedir. Bunun dışında hastanelerin ihtiyacını karşıladığı nüfus ve coğrafi bölgenin de optimal büyüklükte olmadığı görülmektedir. Bu nedenle tedavi maliyetleri yüksektir.[371]

8.2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İDARİ ÖRGÜTLENMESİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri sistemi, gerek hizmet arzı, gerek hizmet talebi, gerekse finansman açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Tüm sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet talebinde bulunanlar da sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmakta, kapsam içinde olanlar ise erek hizmet alımı, gerekse inanısman yönüyle farklı rejimlere tabi bulunmaktadırlar.[372]

---

[370] Rahmi Dinçan, Nazan Bilgel, Halk Sağlığı, 2.Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa 1993, s.509.
[371] Kenan Bulutoğlu, Kamu Ekonomisine Giriş, İstanbul, 1971, s.174-175.
[372] Mehmet Tokat, Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansman, 1998, s.14.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Türkiye'de sağlık hizmetleri esas olarak Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar ve Özel hekimler ve eczacılar tarafından sunulmaktadır. Diğer bakanlıklar, kamu kuruluşları (PTT, TCDD) ve diğer Kit'lerin hastaneleri ile kâr amaçlı bir çok özel sektör hastaneleri, dini grupların ve azınlıklarla bazı yabancı uyrukluların vakıf ve hastaneleri de mevcuttur.

Tablo 39'da Türkiye'de Sağlık Sektörü'nün örgütlenişi ve Tablo 40'da İl'deki Başlıca sağlık Kuruluşları verilmiştir.

Tablo 39. Türkiye Sağlık Sektörü

Düzey	Devlet Sektörü		Hükümet dışı kuruluşlar
	Sağlık Bakanlığı	Diğer	
Merkez	*Genel Müdürlükler* - Temel Sağlık Hizmetleri - Tedavi Hizmetleri - AÇS ve AP - İlaç ve Eczacılık - Sağlık Eğitimi - Personel *Destek Birimleri* APK Kurulu Teftiş Kurulu İdari ve Mali İşler Dış İlişkiler Hudut ve Sahiller AT ile İlişkiler Verem Savaş Kanser Savaş Sıtma Savaş Hıfzıssıhha Enstitüsü	*Diğer Bakanlıklar* - Milli Savunma Bk. - Milli Eğitim Bk. - Maliye Bk. - Bayındırlık Bk. - Ulaştırma Bk. - Çevre ve diğer Devlet İstatistik Enstitüsü Devlet Planlama Teşkilatı *Sigorta Kuruluşları* SSK Bağ-Kur Emekli Sandığı	Kızılay Dünya Bankası UNICEF UNFPA UNDP
İL	*İl Sağlık Müdürlüğü* Şubeler: • Eğitim • Sağlık Ocakları • AÇSAP • Tedavi Hizmetleri • Bulaşıcı Hast. • Personel • İstatistik • dari ve Mali İşler • Akıl ve ruh sağlığı • Eczacılık • Çevre Sağlığı • Acil yardım ve kurtarma • Ağız ve diş sağlığı		
İLÇE	*Sağlık Grup Başkanlığı* Hastaneler Semt Polikliniikleri Sağlık Ocakları Sağlık Evleri AÇS ve AP Merkezleri Verem Savaş Dispanserleri Halk Sağlığı Lab.	SSK Hastaneleri SSK Dispanserleri Diğer Bakanlık Hastaneleri Belediye Hastaneleri	Üniversite Hast. Özel ve Yabancı Hast. Özel Muayenehane ve Polikliniikler Özel Laboratuvarlar

Kaynak: Sağlık Bilgi Koordinasyon Sistemi Planlama Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayını, 1.Basım, Ankara 1983.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 40. İldeki Başlıca Sağlık Kuruluşları

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları
- Sağlık evi
- Köy tipi sağlık ocağı
- İlçe tipi asğlık ocağı
- İl tipi sağlık ocağı
- Verem Savaş Dispanseri
- AÇS-AP merkezi
- Ruh Sağlığı Dispanseri
- Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanseri
- Cüzzam Savaş Dispanseri
- Hudut-sahil hava limanı denetleme merkezi

İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları
- Sağlık merkezi
- Devlet hastanesi
- Eğitim hastanesi

Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları
- Doğum ve çocuk bakımevi
- Çocuk hastanesi
- Göğüs hastalıkları hastanesi
- Göğüs-kalp ve damar cerrahisi merkezi
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi
- Kemik hastalıkları hastanesi
- Onkoloji hastanesi
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
- Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
- Lepra hastanesi
- Diş hastanesi

Laboratuarlar
- Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü
- Halk Sağlığı Laboratuarı
- Sıtma Enstitüsü
- Sıtma Laboratuarı
- Sıtma Kontrol Laboratuarı

Örgün Eğitim Kuruluşları
- Sağlık Meslek Lisesi
- Sağlık Eğitim Enstitüsü

Yardımcı Birimler
- Bölge ana depo ve tamirhane müdürlüğü
- İl tamirhane müdürlüğü

Kaynak: Z.Öztek, N.Eren, Sağlık Ocağı Yönetimi, 7.Basım, Palme Yayınları, Ankara, 1996.

13. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

Türkiye'de sağlık harcamalarının gelişimi kamu ve özel sektör ...ak üzere değerlendirilecektir.

13.1. KAMU KESİMİ TARAFINDAN SUNULAN SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye'de sağlık sektörü bütçe kaynakları ve bütçe dışı ...ynaklardan yararlanarak hizmet sunmaktadır. Konsolide bütçe ...ynakları içinde Sağlık Bakanlığı ve Hudut ve Sahiller Sağlık ...Müdürlüğü dışında Üniversitelerin ve Milli SavunmaBakanlığı ...tanelerinin sağlık harcamaları sayılabilir. Kamu kesim sağlık ...arcamalarına ilişkin bütçe dışı kaynaklar ise, bağımsız bütçeli ...uluşların, belediyelerin, KİT'lerin harcamaları, Sosyal Yardımlaşma ...Dayanışma Fonu ile Geliştirme ve Destekleme Fonundan sağlığa ...ılan paylar ile, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik ...uluşlarının yaptıkları harcamaları sayabiliriz.

Tablo 41 ve 42'de Türkiye'de konsolide bütçe içindeki sağlık ...arcamaları ve GSMH'nın yüzdesi olarak sağlık harcamaları verilmiştir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Tablo 41. Toplam Konsolide Bütçe Harcamalarının Yüzdesi Olarak Sağlık Harcamaları

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

	Toplam Harcama			Toplam Harcama	
Yıllar	BÖ	KH	Yıllar	BÖ	KH
1963	4.08	3.80	1982	2.78	2.54
1964	3.93	3.50	1983	2.89	2.40
1965	3.89	3.50	1984	3.05	2.35
1966	3.76	3.60	1985	2.48	2.30
1967	3.90	3.40	1986	2.67	2.62
1968	3.79	3.40	1987	2.75	2.86
1969	3.42	3.20	1988	2.71	2.95
1970	2.97	3.00	1989	2.73	3.77
1971	1.11	3.30	1990	4.09	4.67
1972	4.15	3.30	1991	4.04	3.92
1973	4.04	3.90	1992	4.72	5.05
1974	4.06	3.80	1993	4.53	4.81
1975	3.48	3.80	1994	3.70	3.85
1976	3.40	3.20	1995	3.64	4.30
1977	2.71	3.00	1996	2.76	3.34
1978	2.82	4.00	1997	3.22	3.20
1979	4.12	4.00	1998	2.61	3.00
1980	4.05	3.58	1999	2.47	2.90
1981	3.56	2.36	2000	2.12	2.00

Kaynak: Ataç/Ataç, s.30; T.C.Maliye Bakanlığı, 1993 Mali Yılı Bütçe Gerekçesi, Ankara 1994, ss.42-45; T.C.Maliye Bakanlığı, 2001 Mali Yılı Bütçe Gerekçesi, ankara 1998, yararlanılarak tarafımızdan hazırlanmıştır.

Tablo 42. Gayrisafi Milli Hasılanın Yüzdesi Olarak Sağlık Harcamaları

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

	Toplam Harcama			Toplam Harcama	
Yıllar	BÖ	KH	Yıllar	BÖ	KH
1963	0.77	0.71	1982	0.57	0.51
1964	0.77	0.70	1983	0.65	0.61
1965	0.77	0.71	1984	0.54	0.55
1966	0.73	0.71	1985	0.49	0.54
1967	0.76	0.72	1986	0.49	0.42
1968	0.76	0.70	1987	0.52	0.42
1969	0.73	0.68	1988	0.56	0.49
1970	0.60	0.71	1989	0.53	0.86
1971	0.22	0.83	1990	0.90	0.80
1972	0.90	0.74	1991	0.90	1.10
1973	0.81	0.85	1992	1.29	1.15
1974	0.79	0.73	1993	1.29	0.99
1975	0.70	0.84	1994	0.78	0.81
1976	0.78	0.78	1995	0.62	0.73
1977	0.70	0.86	1996	0.64	0.78
1978	0.58	1.12	1997	0.68	0.73
1979	0.76	1.14	1998	0.73	0.83
1980	0.70	0.93	1999	0.68	0.81
1981	0.85	0.59	2000	0.61	0.68

Kaynak: Ataç/Ataç, s.30; T.C.Maliye Bakanlığı, 1995 Mali Yılı Bütçe Gerekçesi, Ankara 1994, ss.42-45; T.C.Maliye Bakanlığı, 2001 Mali Yılı Bütçe Gerekçesi, Ankara 2001, yararlanılarak tarafımızdan hazırlanmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu oranlar Türkiye Bütçesi içinde sağlık harcamalarının ne kadar yetersiz olduğunu göstermektedir. Her ne kadar konsolide bütçe içindeki sağlık harcamaları ülkedeki tüm sağlık harcamalarını ifade etmiyorsa da Dünya Sağlık Örgütünün kriterlerinin altındadır. Bilindiği gibi Dünya Sağlık Örgütü GSMH içindeki sağlık harcamalarının en az %5 olması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye'de ise kamu sektörünce gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 3,42'dir. Bunun %1'e yakın kısmı konsolide bütçe tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel sağlık harcamalarının payının toplam %1.34 düzeyinde gerçekleştiği düşünülecek olursa, kamu + özel sağlık harcamalarının GSMH payı yine WHO'nun rakamlarının altında kalmaktadır.[373]

Türkiye'de sağlık sektöründe hizmet veren harcamalarının dağılımı ise Tablo 43'de verilmektedir. Buna göre kamu kesiminde sağlık harcamasına en büyük kaynak ayıran üç kurum Sağlık Bakanlığı SSK ve Üniversitelerdir. Bu kurumlar Toplam Sağlık Harcamaları %62'sini gerçekleştirmektedirler. Bunlar içinde Sağlık Bakanlığının harcamaları ise %30 ile yaklaşık kamu sağlık harcamalarının 1/3'ünü teşkil etmektedir.

Tablo 43. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı ve İlaç Harcaması Payları

Kurumlar	Toplam Sağlık Harcaması Payı (%)	Toplam Harcamalar İçinde İlaç Harcaması Payı (%)
Sağlık Bakanlığı	30	8
SSK	18	25
Üniversiteler	14	9
Diğer Bakanlıklar	8	14
MSB ve TSK	6	4
Emekli Sandığı	9	16
BAĞ-KUR	9	18
KİT	3	4
Belediyeler	1	1
Fon	3	

Kaynak: Tokat, 1998, s.25 ve s.28'den derlenmiştir.

[373] Tokat, a.g.e., s.25 ve s.43'den çıkarılmıştır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Türkiye'de kamu sektörünün sağlık harcamalarının %1'i koruyucu sağlık hizmetlerini, %57'si ayakta tedavi hizmetlerini, %35'i yatarak tedavi ve %8'i de diğe tedavi hizmetleri için kullanılmaktadır.

Türkiye'de kamu sektöründeki kurumlar içinde en yüksek ilaç harcamasını ise %25'lik pay ile Sosyal Sigortalar Kurumu gerçekleştirmektedir. SSK'yı %16 ile Emekli Sandığı, %18 ile BAĞ-KUR izlemektedir. En yüksek toplam harcama payına sahip olan Sağlık Bakanlığının ilaç harcama payı ise, %8 civarındadır. Bu durum, Sosyal Güvenlik Kurumlarının ilaç harcamalarında israf olduğu izlenimini vermektedir.

Tablo 44'de Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamalarının Sınıflandırılması yer almaktadır.

Tablo 44. Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamalarının Sınıflandırılması (1998)

Harcama Sınıfları	1992	1993	1994	1995	1996	1998
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7	6	4	3	3	3
Ayakta Tedavi Hizmetleri	24	27	26	21	22	20
Hastane Harcamaları	51	54	61	61	62	64
Genel Bütçe	38	43	43	37	37	35
Döner Sermaye	13	12	18	23	25	28
Diğer Harcamalar (Yönetim, Eğitim vb.)	17	13	11	16	13	13
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: Mehmet Tokat, a.g.e., s.9. ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 1992-1996, s.19

Bu dağılım, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine, sadece kamu kesimi tarafından verildiği de düşünülürse, ne kadar az kaynak ayrılmakta olduğunu göstermektedir. Bu durum tedavi edici hizmetlerin maliyetlerini de artırmaktadır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Genel Bütçe ve Fon kaynaklı harcamaların ekonomik ayrım ise, cari harcama ağırlıklı olarak (%94) gerçekleşmektedir. Cari harcamalar için de en büyük pay ise personel harcamalarıdır.

Tablo 45. Genel Bütçe ve Fon Kaynaklı Harcamaların Ekonomik Ayrımı

	1992	1993	1994	1995	1996	1998	2000
Cari Harc.	83	91	95	93	94	94	90
Personel H.	75	79	81	79	81	76	76
İlaç H.	1	4	4	4	3	4	
Diğer Cari H.	7	8	9	10	10	13	14
Yatırım Harcamaları	11	6	4	5	4	5	3
Transfer Harcamaları	6	2	1	2	2	1	3

8.3.2. ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye'de Toplam sağlık harcamalarının %72'si kamu sektörü, %28'I ise Özel Sağlık Kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel sektör harcamaları, özel hastane harcamaları, doktor harcamaları, diş hekimi harcamaları, özel ilaç harcamaları ve kamuya yapılan cepten ödemelerden oluşmaktadır. Bunlar içinde doktor harcamaları %38 ile en büyük paya sahipken, bunu %26 ile özel ilaç harcamaları takip etmektedir. Diğerlerinin payları %10-14 arasındadır.

Özel Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki payı ise, %1.34 olarak gerçekleşmektedir.[374]

8.4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi idarenin genel bütçe gelirleri ile sağladığı finansman, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri hizmetlerin karşılığı olarak doğrudan cepten

[374] Tokat, a.g.e., s.43.

ilkelerden oluşmaktadır. Bu durum sağlık finansman sistemini karmaşık bir hale getirmektedir.

Türkiye'de günümüzde sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını değerlendirirsek, toplam sağlık harcamalarının %40'ı vergiler, %31'i sigorta primleri (işçi ve işverenlerin primler),1.5'i fonlar (yeşil kart uygulaması gibi) olmak üzere %72.5'luk bölüm kamu kaynaklarıyla finanse edilmektedir. Geri kalan %27.5 ise özel sigortalar ve doğrudan cepten ödemelerle finanse edilmektedir.[375]

Sağlık sigortası kapsamında birtakım sigorta fonları vardır; (SSK'nın işçilerii kapsaması, Bağ-Kur'un; serbest meslek ve esnaf kesimini kapsaması gibi) ve bu fonlar büyük ölçüde işverenler ve çalışanlar tarafından ödenen primlerle finanse edilmektedir. Diğer bir sigorta fonu olan Emekli Sandığı (emekliler ve aktif devlet memurlarını kapsayan), örneğinde olduğu gibi devletçe finanse edilmektedir. Sağlık sigortası kapsamı dışında olan nüfusun önemli bir bölümü doğrudan cepten ödemelerle sağlık harcamalarının finanse ederken, ödeme gücü olmayanların giderleri belli ölçüde çeşitli fon gelirlerinden yine devlet tarafından finanse edilmektedir. Bu fonlara bağlı olan sigortalılar ürettikleri sağlık hizmetlerinin belli bir bölümünü (ilaç, gözlük, dişçilik hizmetleri gibi % 20) tüketici katkısı olarak ödemek zorundadırlar. Para karşın sağlık üretim birimlerindeki ilk bakım ve teşhis gibi hizmetler sigorta kapsamındaki bireyler için ücretsizdir.

Türkiye'de son yıllarda yapılmaya çalışılan sağlık reformu içinde finansman konusu ile ilgili olarak bir takım tedbirler öngörülmektedir. Bu reform taslaklarında, öncelikle sağlık hizmeti ve finansmanın birbirinden ayrılması, iki faaliyetin birbirinden bağımsız yönetilmeleri önerilmektedir. Temeli sağlık sosyal sigortacılığına dayanan ***Sağlık Finansman Kurumu Modelinin*** temel özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;[376]

---

[375] Tekat, s.42.
[376] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, ss.16-18.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Türkiye'de Toplam (Kamu + Özel) sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı %3-4.5 arasında seyretmektedir. Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay ise %2-3 arasında gerçekleşmektedir. Toplam sağlık harcamalarından bahsedildiğinde, buna Sağlık Bakanlığı harcamalarının yanında, sosyal güvenlik kuruluşları (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), üniversite hastaneleri, KİT hastaneleri, aktif devlet memurları için yapılan sağlık harcamaları, vakıf sandıkları, özel sağlık sigortaları ve kişilerin yapmış oldukları özel sağlık harcamaları da dahil edilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmet sunumu ve finansmanı ya da her ikisini yürüten kurum ve kuruluşların çokluğundan dolayı, sağlık finansman sistemi bir karmaşanın içine sürüklenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo 46. Sağlık Hizmetleri Arzı ve Finansmanı

Hizmet Sunumu	Finansman Kaynakları
Kamu Sağlık Bakanlığı **SSK** Üniversite Hastaneleri Belediye Hastaneleri KİT Hastaneleri Savunma Bakanlığı Diğer Kamu	**Genel Bütçe** Sağlık Bakanlığı **Yüksek Öğrenim Kurumu** Savunma Bakanlığı Diğer Kamu Kuruluşları **Zorunlu Sigorta** Sosyal Sigortalar Kurumu Bağ-Kur Emekli Sandığı
Özel Yerli, Yabancı Azınlık Hastaneleri **Özel Sandıklar ve Özel Sigortalar** Özel hekimler **Direkt Özel Ödemeler** Özel Eczaneler Özel Hastaneler	

Kaynak: Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.5.

Toplam kamu finansmanın ortalama olarak üçte biri vergiler yoluyla devlet bütçesinden, yaklaşık %17'si sosyal sigorta fonlarından, geri kalan kısmı, ki bu toplam finansmanın %50'sidir, kişilerin direkt ödemelerinden yapılmaktadır.[377]

Tablo 47. Toplam Sağlık Finansman Kaynakları ve Harcamaları (1994 Fiyatlarıyla, Trilyon TL)

	Harcamalar					
İşaretler	Kamu	%	Özel	%	Toplam	%
[illegible] Bütçesi	69.0	66	0.5	0.86	69.5	42.63
[illegible]	31.0	30	4.5	7.76	35.5	21.77
[illegible] Özel Ödemeler	5.0	4	53.0	91.38	58.0	35.60
[illegible]	105.0	100	58.0	100	163.0	100

Kaynak: Sağlık Sistemi Reformu

4.1. SAĞLIK BAKANLIĞI

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana geniş kapsamlı sağlık hizmeti üreten kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, birinci basamak hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmını yürüten (toplam hasta yatağının %50'sini işletmek ve toplam sağlık insan gücünün %57'sini istihdam etmek suretiyle) Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcamalarının önemli bir kısmını yapmaktadır.[378]

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin temel finansman kaynağı genel bütçe ödenekleridir. Bunun yanında, hastanelerin döner sermayelerine kişilerce yapılan direkt ödemeler de devlet hastaneleri için ikinci bir finansman kaynağıdır. 1988 yılından itibaren bu kaynaklara ek olarak , akaryakıt, sigara ve otomobil gibi ürünlerin satışları üzerinden sağlık amaçlı ek vergiler konulmak suretiyle, yeni finansman kaynakları oluşturulmuştur.[379] Verilen sağlık hizmetleri için

[377] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.5.
[378] Savaş Yıldırım, a.g.e., s.54.
[379] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, ss.2-3.

Sakarya Üniversitesi

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

tahsil edilecek ücretlerin tarifesi, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın temsilcileri tarafından oluşturulan bir komisyonca hizmetlerin gerçek maliyetleri göz önüne alınmaksızın düzenlenir.

Sağlık Bakanlığı'nın finansman kaynakları ile ilgili veriler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 48. Sağlık Bakanlığı Finansman Kaynakları, 1990-1994

	1990 (%)	1991 (%)	1992 (%)	1993 (%)	1994 (%)	1998 (%)
Genel Bütçe	83.4	82.8	79.6	80.3	83.0	69.3
Döner Sermaye	10.0	12.0	12.7	11.0	12	28.3
Özel Fonlar	6.6	5.2	7.7	8.7	5	2.4
TOOPLAM	100	100	100	100	100	100

Kaynak: Türkiye Sağlık Sistemi Reformu ve Tokat, a.g.e., s.5.

Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü içinde en büyük kuruluş ünvanına sahip olmasına rağmen, konsolide bütçeden aldığı pay hiçbir zaman %5'in üzerine çıkamamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın finansman kaynaklarının önemli bir bölümünü oluşturan Konsolide Devlet Bütçesinden tahsis edilen kaynak, 1992 yılından oransal olarak sürekli azalmış, 1992 yılındaki %4.71'lik orandan 1996 yılında %2.76'ya gerilemiştir. 2002 yılında %2'lere gerilemiştir.

8.4.2. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU (SSK)

1945 yılında 4792 sayılı kanunla "İşçi Sigortaları Kurumu" adıyla kurulmuş olan SSK, 1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve tüzel kişiliği bulunan bir devlet kurumudur.[380]

SSK, tüm özel sektör çalışanlarına ve kamu çalışanlarına sağlık alanında hem uzun vadeli sigortacılık, hem de sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluşudur. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na

[380] Şakar, a.g.e., s.54.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...sigortalılara sürekli iş göremezlik geliri, malüllük veya yaşlılık ...ığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana ve babalarına, dul ve ...erine sağlık yardımları yapılmaktadır. Bunun yanı sıra, ikili ...şmalar gereğince dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye'deki ...ş ve çocukları ile kendilerinin Türkiye'de bulunmaları sırasında ...talanmaları halinde tedavileri SSK tarafından sağlanmaktadır. SSK, ...ke nüfusunun yaklaşık %45'ine sağlık hizmeti vermektedir. Bu, ...daşık 34 milyon kişidir.

SSK üyeleri genelde SSK tesislerini kullanmakla beraber, ...ektiğinde devlet, üniversite ve özel sağlık tesislerine de ...ebilmektedirler. Sosyal Sigortalar Kurumu, koruyucu sağlık ...metleri alanında faaliyet göstermemekte olup, sağlık sigortasının ...arsmanı işçi ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden ...lanmaktadır. Sağlık ve emeklilik primleri aynı mekanizma içinde ...lanıyor olsa da, prim gelirleri hesapları bağımsız yapılmaktadır.

SSK'nda primler dışında iki ayrı gelir kaynağı ...lanmaktadır. Bunlardan birincisi, gelir olma özelliği dışında ayakta ...lan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan ...ak bedelidir (prim ödeyen aktif üyelerde ilaç bedelinin %20'si, ...eklilerde %10'u). İkincisi ise, Sosyal Sigortalar Kurumu ...tanelerinde döner sermaye benzeri uygulamalarla elde edilen ...rlerdir.[381]

SSK'da farklı sigorta kolları her ne kadar ayrı finanse ...lmeye çalışılıyorsa da fazla veren sağlık sigortası fonları, diğer ...orta kollarına, örneğin, emekli aylıklarına transfer edilebilmektedir. ...ak son yıllarda sağlık sigortası fon fazlalığı azalmakta ve hatta ...camalar gelir düzeyinin üzerine çıkabilmektedir.[382]

SSK 2000 yılı içinde çeşitli kaynaklardan toplamı 5.875.287.303 ...lyon TLgelir elde etmiştir. Bunun 4.808.361.236 milyon TL'sı prim

[381] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, ss.5-6.
[382] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.6.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

gelirlerinlden değerleri kira, tahvil, faiz, iştirak kârları gibi yerlerden elde edilmiştir. Buna karşılık 4.468.181.056 milyon TL gider yapılmıştır.

2000 yılında işverenlerden prim tahsilat oranı %84.37 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 49. SSKGelir ve Gider Dağılımı[383]

GELİRLER		
Gelir Türü	Miktarı	Tüm Gelirlere Oranı
1. Prim Geliri	4.808.361.236	%81.85
2. Genel Bütçeden Yardım	400.000.000	%6.81
3. Faizler	73.175.348	%1.24
4. Çeşitli Gelirler (Tahvil, kira, tazminat)	593.750.719	%10.10
Toplam	5.875.287.303	%100
GİDERLER		
Gelir Türü	Miktarı	Oranı
1. Sosyal Sigorta Giderleri	3.92.199.223	%76.74
2. Sağlık Tesisi Giderleri	872.956.237	%16.78
3. Genel Yönetim Gideri	110.843.699	%2.13
4. Diğer Giderler	226.259.299	%4.35
Toplam	5.202.258.458	%100

SSK'nun hizmet sunduğu nüfus grubundaki artışa paralel olarak sağlık alt yapısında da aynı ölçüde genişleme sağlanamamış olması sağlık hizmetlerinde darboğaza yol açmaktadır. Sigortalıların taleplerini karşılayacak ölçüde arz kapasitesinin arttırılamaması sebebiyle, anlaşmalı hekim ve kurumlardan alınan hizmetler için yapılan ödemeler sürekli artmıştır. Kurumun kendi dışındaki kamu ve özel sağlık hizmetlerinden uygun şartlarda yararlanması alternatifinin gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesi gereği vardır. SSK'nun ürettiği ve dışarıdan satın aldığı hizmetlerin maliyet-fayda analizinin yapılması ve buna dayanarak stratejik kararların alınması gerekmektedir. Hatta bunun bir ileri safhası olarak, SSK'nun ürettiği hizmetlerin de piyasa şartlarında kullandırılması (yani değişik hizmet sunucularından hizmet satın alınması ve üretilen hizmetin talep eden

[383] SSK, İstatistik Yıllığı, 2000.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...gün kesimlere satılması) hususu gündeme getirilebilir. SSK hastanelerinin döner sermayeli özerk sağlık işletmeleri haline dönüştürülerek piyasaya hizmet üreten kuruluşlar haline getirilmesiyle, bunların hem kuruma olan mali yükü ortadan kalkacak hem de hizmetin kalitesi açısından avantajlı duruma gelebilecektir.[384]

14.3. ESNAF VE SANATKARLAR VE DİĞER BAĞIMSIZ ÇALIŞANLAR SOSYAL SİGORTALAR KURUMU (BAĞ-KUR)

Bağ-Kur, 1479 sayılı kanun ile kurulmuş, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu tüzel kişiliğidir. 1972 yılında, bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini teminat altına almak amacıyla kurulmuş bir sosyal sigorta kuruluşudur.

Bağ-Kur'un kendisine ait sağlık tesisleri bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlanmaktadır. Sigortalılara bu hizmetler ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık kurumlarında sunulur. Teşhis ve tedavi için gerektiğinde klinik ve laboratuvar tetkikleri yapılır. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. SSK'da olduğu gibi ilaç iştirak bedeli vardır.

Bağ-Kur'un sağlık sigortası yardımlarından; 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; yaşlılık ve malûllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar (1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu Ek md.11/1). Sağlık sigortasına tabi sigortalıların sağlık yardımlarından faydalanmaları, en az sekiz ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları, sağlık ve sigorta primi borcu bulunmaması şartına bağlıdır (Ek md.12). Sağlık yardımlarından

[384] Yıldırım, a.g.e., s.74.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yararlanacaklara bir yıl süreyle geçerli "sağlık karnesi" verilir (Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yön. Md.12).[385]

Bağ-Kur'un içinde bulunduğu temel problem, üyelerinin prim yükümlülüklerini yerine getirmeyip, sağlık sigortası kapsamı dışında kalmalarıdır. Bağ-Kur'un üye sayısı on iki milyon olmasına rağmen sadece dört milyon üyenin sağlık karnesi bulunmaktadır.[386]

1992 yılında sağlık prim gelirleri 1.572.530 milyon TL, sağlık giderleri 524.221 milyon TL olmuştur. 1995 yılına kadar gelir fazlası bulunan Kurum, bu yıldan sonra finansman açığı vermeye başlamıştır. Nitekim, Kurum'un gider fazlası, 1995 yılında 375.302 milyon TL, 1996 yılında ise 3.248.950 milyon olarak gerçekleşmiştir. Bağ-Kur'un finansman sorununu bir an önce çözmesi gerekmektedir.

8.4.4. TC. EMEKLİ SANDIĞI

T.C. Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuş olup, devlet memurlarının emekliliklerinde ihtiyaç duyacakları sosyal güvenlik yardımlarını yapmak amacıyla faaliyet göstermektedir. T.C. Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı'na bağlı bir kurumdur ve sadece emekli, malül, dul ve yetimler ile bağımlılarına sağlık hizmeti sunar.

Emekli Sandığı'nın kendine ait sağlık tesisleri ve personeli yoktur. Bu hizmeti, mensupları için resmi ve özel sağlık kuruluşlarından satın alır. Sağlık yardımlarında ayaktan tedavide kullanılan ilaçlardan alınan %10'luk iştirak bedeli dışında üyelerden herhangi bir maddi katılım beklenmez. Üyeler, ayakta ve yataklı tedavi tesislerde teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanırlar. Sağlık harcamaları, içinde ağırlıklı olarak genel bütçe transferlerinin bulunduğu Kurum'un genel gelirlerinden karşılanmaktadır. Kurum, üye nüfusunun kullanmış olduğu sağlık hizmeti bedellerini fatura karşılığı direkt ilgili kuruma ödemektedir. Kurum içinde hizmet maliyetleri ya da hizmet kullanım sıklıkları konularında hiçbir teknik analiz yapılmamakta, sadece sağlık

[385] Şakar, a.g.e., s.65.
[386] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.7.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

kuruluşlarından gönderilen faturalar ödenmektedir. Bu durum, Emekli Sandığı için dezavantaj yaratmaktadır.[387]

4.5. ÜNİVERSİTE HASTANELERİ

Üniversite bünyesinde bulunan tıp fakültelerinin, kamu adına araştırma, üst düzey sağlık insan gücü eğitimi ve sağlık hizmetleri sunmak gibi önemli fonksiyonları vardır.

Tıp fakültelerinin asıl görevleri, eğitim ve bilimsel araştırma işlevleri olmasına rağmen genel sağlık hizmetlerine ağırlık vermek zorunda kalmışlardır. Yüksek kalitede eğitim kuruluşları olmaları dolayısıyla teknolojiyi yakından takip etmeleri ve ilaç, malzeme bakımından daha çok kaynağa sahip olmaları, bu kurumlara olan hizmet talebini yükseltmiştir. Üniversiteler tıp fakülteleri dışında mediko-sosyal merkezleri aracılığı ile de ayrıca sağlık hizmetleri sunmaktadırlar.[388]

Üniversite hastanelerinin finansmanı, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve döner sermayeleri olmak üzere iki ana kaynaktan sağlanmaktadır. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanıldıkları gibi, cari harcamalar da bu kaynaktan yapılabilmektedir. Döner sermayelerden personel ücretleri, işletme giderlerine yapılan ilaveler ve özel teçhizat alımları karşılanır. Döner sermaye gelirleri, rasyonel fiyatlandırma politikalarıyla devlet hastanelerinden farklı olarak oldukça güçlendirilmiştir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında Devlet Planlama Teşkilatı'nın döner sermaye kaynaklı harcamalarında ise, Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadır.[389]

4.6. AKTİF DEVLET MEMURLARI

Aktif devlet memurları ile eşleri, çocukları, ana ve babalarının, hastalık veya analık durumlarında oluşan sağlık harcamaları bağlı bulundukları kurum veya kurumlarca karşılanmaktadır. Sağlık

---

[387] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.7.
[388] Tekin, a.g.m., s.6.3
[389] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.6.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

harcaması için her kurum ve kuruluş, bütçelerine ödenek koymak suretiyle sağlık harcamalarını finanse etmektedirler. Bütçe ödeneklerinin yeterli olmaması durumunda yeni ödenek tahsis edilir.[390]

Sağlık yardımlarına; muayene ve labaratuvar tahlilleri, tedavi süresince ilaç ve tıbbi malzeme, hastanın yapması gereken yolculuk masrafları, diş tedavisi, protezler, gözlük ve işitme cihazlarının sağlanması gibi yardımlar dahildir.

8.4.7. ÖZEL SOSYAL GÜVENLİK SANDIKLARI VE ÖZEL SİGORTALAR

Ülkemizde, SSK kapsamı dışında bırakılmış ve Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20.maddesine istinaden kurulmuş olan vakıf statüsünde "özel sosyal güvenlik sandıkları" bulunmaktadır. Bu sandıklar, sigorta ve reasürans şirketleri, bankalar ile ticaret ve sanayi odaları personeline yöneliktir. Bu personelin iş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malüllük, yaşlılık ve ölüm ile eş ve çocuklarının hastalık hallerinde en az Sosyal Sigorta Kanunu'nda öngörülen düzeyde ve özerk bir yapıda üyelerine hizmet temin etmektedirler. Özel sandıklarda, kişilerce yapılan giderlerin geri ödenmesi sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır.[391] Bugün sayıları 22 olan ve bağımlılarıyla birlikte 308 bin kişiyi kapsayan özel sosyal güvenlik sandıklarıyla genel nüfusun %0.5'ine sosyal güvenlik sağlanmaktadır. Bu sandıkların bazıları (Türkiye İş Bankası Emekli Sandığı gibi) mensuplarına, SSK'nun sağladıklarının çok üzerinde sosyal güvenlik ve sağlık hizmeti temin ederken, sigorta sayıları az ve mali açıdan güçsüz olan bazı sandıklar ise geçmişte zor duruma düşmüşler, (İstanbul Bankası Emekli Sandığı gibi) bazıları da ödemelerini yapamadıklarından SSK'na devredilmek durumunda kalmıştır.[392]

Ülkemizde halen otuzu aşkın özel sektör kuruluşu sağlık sigortacılığı yapmaktadır. Özel sigorta yaptırmış kişiler, hem kanunla

[390] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.7.
[391] Tekin, a.g.e., s.77.
[392] Yiğit, a.g.e., s.80.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

dil olmak zorunda kaldıkları sigortaya prim ödemekle hem de daha iyi hizmet almak üzere üye oldukları özel sigortalara prim ödemek durumunda kalmaktadırlar. Özel sağlık sigortacılığı ülkemizin hızlı gelişen sigortacılık kolu olma özelliğine sahip bulunmaktadır.

15. TÜRKİYE'DE SAĞLIK FİNANSMANI SORUNLARI

Ülkelerin gelişme göstergelerinden birisi de, sağlık hizmetlerinin optimal ölçülerde yerine getirilmesidir. Sağlık hizmetleri gelişmekte olan ülkelerin veya ekonomilerin en çok aksayan sektörlerinden birisidir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında, Türkiye'nin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Diğer ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması oldukça düşüktür. Örneğin; 1996 yılı itibariyle kişi başına sağlık harcaması ABD'de 4210 dolar, Fransa'da 2550 dolar, Avusturya'da 2225 dolar, Yunanistan'da ise 693 dolar iken, Türkiye'de bu rakam 198 dolar olarak gerçekleşmiştir.[393]

Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içersinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata ilişkin sorunlar söz konusudur.

Sağlık kurumları arasındaki işbölümü, koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat yetersizliği, istihdam politikalarındaki yanlışlıklar kaynak kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır. Birinci basamak hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır. Etkin bir sevk sistemi olmaması nedeniyle hizmet sunumu verimsiz olmakta, hastanelerde aşırı bürokrasi hizmetin hızlı ve kaliteli sunumunu kolemektedir. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine ulaşımda zorluklar vardır. Nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği, sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre fonksiyonel dağılımının ihtiyaca uygun olmaması, sağlık çalışanlarının istihdam,

[393] Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, s.79.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ücret ve haklar gibi konulardaki sorunları ve sağlık mevzuatının günün koşullarına ve değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar eski ve ayrıntılı olması da diğer sorunlar arasındadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan pay oldukça düşüktür ve bu durum sağlık sorunlarının ana kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı direkt özel ödemelerdir ve bu ödemeler de özel hekimlik ve ilaçlara harcanmaktadır. Mevcut kaynaklar koruyucu hizmetlere harcanmayarak verimsizlik yaratılmaktadır. Kaynak dağılımındaki bu verimsizliğin yanı sıra kurumlar bazında da maliyet/etkililik prensipleri doğrultusunda çalışılmadığından kaynak israfı büyük boyutları bulmaktadır.[394]

Maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı, sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılamamaktadır. Sunulan hizmetlerin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetler yeterince dikkate alınmamakta ve hizmetin bedelin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı bulunduğu sigorta kurumundan alınmaktadır. Sübvanse edilmiş olan hizmetlerden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Kurumlara sağlanan ve seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan sübvansiyon sağlanamamaktadır.[395] Devlet hastanelerinin toplam harcamalarının %75'inden fazlası Devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Devlet hastanelerinin cari giderlerinin %80'i personel giderlerinden oluşmakta, ayakta tedavi giderleri hastanelerin toplam giderlerin yalnız %30'unu oluşturmaktadır.[396]

Ülke nüfusunun takriben yarısının sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu tahmin edilmekle birlikte, bu oran kesin olarak bilinmemektedir. Sosyal güvenlik kapsamında olduğu halde

---

[394] Ulusal Sağlık Politikası, s.57.
[395] DPT, *VII.Beş Yıllık (1996-2000) Kalkınma Planı*, Ankara 18.07.1995, ss.42-3.
[396] Türkiye Sağlık sistemi Reformu, s.12.

kendisine sağlanan hizmetleri kullanmayarak, özel hizmet alan veya özel sağlık sigortası yaptıran kesimler de mevcuttur. Sosyal güvenlik kuruluşlarının üyelerine temin ettiği hizmetlerde ve prim toplama yöntemlerinde üniformite yoktur. Toplanan primlerin sağlık dışında başlara yönelik olarak kullanılması özellikle SSK'da darboğazlar ortaya getirmektedir.[397]

Finansman ve hizmet sunumunun aynı elde toplandığı uygulamalarda (Sağlık Bakanlığı, SSK gibi), hizmetin planlanması ve gerçekleştirilmesinde sorunlar çıkmakta, denetim mekanizmaları işletilememektedir.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU VE FİNANSMAN HEDEFLERİ

Türkiye'de mevcut sağlık sisteminde yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak özellikle 1990 yılından itibaren önemli çalışmalar yapılmıştır. Bunun için öncelikle, uzun vadeli ve istikrarlı bir Ulusal Sağlık Politikası gerekli görülmüş ve T.C. Sağlık Bakanlığı önderliğinde ilgili kurumlar, sektörler, üniversiteler, mesleki kuruluşlar ve basından oluşan 34 çalışma grubuyla 1992 yılında I. Ulusal Sağlık Kongresi başlamıştır. Kongre sonrasında Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı hazırlanmış, nihai doküman 1993 yılında II. Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmuştur. Bu çalışmalardan sonra, çeşitli araştırmaların neticesinde, ülkenin genel reform ve gelişim planlarının bir parçası olan ve yukarıda ifade edilen Sağlık Reform Modeli oluşturulmuştur.[398]

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planına göre, Sağlık Reformu'nun amacı şudur. "Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, hizmette hakkaniyet, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatminin arttırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden

---

397 Ulusal Sağlık Politikası, s.57.
398 Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, ss.11-12.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yapılandırılması. Sağlık politikalarına süreklilik kazandırılması, yasaların kararlılıkla uygulanması"[399]

Sağlık reform programı; "Sağlık Finansmanı Reformu", "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Programı", "Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu", "Organizasyon ve Yönetim Programı", "İnsan Kaynakları Reformu", "Sağlık Enformasyon Sistemi Reformu" nu içermektedir.

Sağlık reform modelinin oluşturulmasına yönelik yapılan ön araştırma ve incelemeler arasında yer alan sağlık finansmanı politika seçenekleri araştırması sonuçları şunlardır; Mevcut finansman sisteminde değişiklik olmazsa, sağlık hizmetlerinde kamu finansmanı önümüzdeki on yıl içinde büyüyecektir. Mevcut sistemde Devlet sübvansiyonu, yüksek gelirli sigortalı kesime gitmektedir. Analizi yapılan politika seçenekleri arasında, kendini finanse eden, aktüaryel prensiplere göre ve toplam maliyetleri tahsil eden bir ortamda çalışan bir sosyal sigorta sistemi, Türkiye için bu aşamada en iyi seçenek olarak görülmektedir. Genel sağlık sigortası uygulamasına geçildiği zaman toplam sağlık harcamaları %12 artacak, sağlık hizmetleri için kamu harcamaları %47'den %32'ye düşecek, sigorta finansmanı on yıl içinde %19'dan %45'e çıkarılacaktır.[400]

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için önerilen sistem, Genel Sağlık Sigortası ve bunu yürütmesi düşünülen kurumsal yapı da Sağlık Finansmanı Kurumudur. Sistem, sağlık sigortası kapsamını toplumun tamamına yaymayı hedeflemektedir.

Sistemin temel öğesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve iki faaliyetin birbirlerinden bağımsız yönetilmeleridir. Bu faaliyet ayrımı sigortacılık açısından maliyet bilinci ve harcamaların kontrolü konularında verimlilik getireceği gibi, hizmet sunumunda da yaratılacak rekabet sayesinde kalite güvencesini sağlamış olacaktır.

---

[399] DPT, VII.Beş Yıllık (196-2000) Kalkınma Planı, s.45.
[400] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.12.

Genel Sağlık Sigortası uygulamalarına geçiş niteliği taşıyan Yeşil Kart uygulaması, kazançları belli bir gelir düzeyinin altında olan kişilere yönelik ve sağlık hizmetlerinde devlet sübvansiyonunun dışında içindeki kişilere eşit şekilde ulaşmasını amaçlayan bir uygulamadır. Uygulamanın başladığı tarihten itibaren, 1995 yılı sonu itibariyle 4.8 milyon vatandaşa Yeşil Kart verilmiştir. Bu kişilerin tedavi masrafları için yine 1995 yılı sonu itibariyle 130 milyon dolar harcama yapılmıştır.[401]

D. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan sıkıntılar alternatif modelleri ve araçları da kaçınılmaz kılmaktadır. Gerçekte finansman probleminin tek çözüm kaynağı kaynakların artırılmasıdır. Bu iki şekilde olabilir, idarelerin elinde bulunan vergileme yetkilerini bu amaç için kullanmaları, ikincisi de kamu kesimi ve özel sektör tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların artırılmasıdır. Bu durum yerel veya bölgesel idareler için de geçerlidir. Sağlık hizmetinin sosyal bir hizmet niteliğinde olması ve sahip olduğu kamusallık ve dışsallık özellikleri nedeniyle, bütün bireylerin eşit şekilde, ödeme güçleri ile bağlantılı olmaksızın bu hizmetlerden yararlandırılması sonucunu doğurmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde finansman problemini azaltmak için aynı zamanda maliyet sınırlamaları için, mikro ve makro anlamda yönetim stratejileri de geliştirilmelidir. Bu alternatif maliyet sınırlama stratejileri aşağıdaki şekilde şematize edilebilir. Bu şema ülkelerin koşullarına göre farklı olarak düzenlenebilir ve geliştirilebilir.[402]

---

401 Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, s.17.

402 Uwe E. Reinhardt, " *The Health System of the United States: Lessons for Other Countries*" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries The World Bank, Washington DC USA, 1996, s.130

Tablo 50. Mikro ve Makro Maliyet Sınırlama Stratejileri

Amaç	Mikro-yönetim	Makro-yönetim
Arz yönlü stratejiler	1.Ekonomik teşvikler ile birlikte sağlık hizmetleri üretiminde etkinliğin ve verimliliğin teşvik edilmesi 2.Sağlık üretim birimlerinin sahipleri veya kontrol edenleri üzerinde yasal zorlamalar ve düzenlemeler	1.Sağlık sisteminin fiziksel ve altyapı kapasitesi altında bölgesel planlamanın yapılarak, bunun sonucu yerine getirilen sağlık hizmetlerinin bölgeler ve çeşitli sosyal gruplar arasında arzu edilen ya da hedeflenen dağılımının gerçekleştirilmesi
Talep yönlü stratejiler	1.Hastalar ve tüketiciler arasında bir ayrım yapılması ve maliyet paylaşımının değişimi ve düzenlenmesi 2.Doktorların ve hastalar üzerinde verdikleri kararların ve sonuçların denetlenmesi ve bunların bir düzene bağlanması	1.Sağlık üretim birimleri ve doktorların harcama sınırları için öncedea belirlenmiş global bütçeleme yönteminin kullanılması
Amaçlanan strateji ve bir bütün olarak piyasa		1.Fiyat kontrolleri 2.Çeşitli idare müdaheleleri

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksekliği bu hizmetlerin doğrudan cepten yapılacak finansman ile karşılanmasını güçleştiren bir olgudur. Bu durum idarenin finansman konusunuda daha geniş bir rol oynaması gereğini ileri sürenlerin en büyük kozlarından biridir. Ancak, bu rolün ne olacağı, optimal düzeyinin belirlenmesi ve etkinliğin arttırılması konusunda ise tartışmalar devam etmektedir.[493]

Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kamu ve özel kaynakların arttırılması ve maliyet sınırlama stratejileri yanında, günümüzde finansman açısından ileri sürülen temel yaklaşımlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.[494]

[493] Nicholas, Barr, *"People in Transition: Reforming Education and Health Care"*, Finance and Development, A Quarterly Publication of the IMF and World Bank, September, 1996, s.27.
[494] Paton, a.g.e., ss.25-30

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

4.1.1. MALİYET PAYLAŞIMI (COST SHARING) VE MALİYET SINIRLAMASI (COST RECOVERY)

Bu yöntemde ileri sürülen görüş hizmeti kullanan tüketicilerin tamamının hizmetin maliyetine katılmalarının sağlanmasıdır. Bu sağlık hizmetlerinin tamamı için ya da belli bir aşaması için uygulanabilir. Örneğin tüketcilerden sadece tedavi hizmetlerinin maliyetinin tamamana ya da bir bölümüne katılmaları istenebilir. Bu uygulamanın ek kaynak yaratması yanında, dikkatli bir kullanımla hizmeti aşırı tüketme eğilimlerini ortadan kaldıracağı ileri sürülmektedir. Ancak gelir düzeyi belirlenen bu maliyetlere katlanmaya yetmeyecek olanların durumunun ise varolan eşitsizliği artıracağı unutulmamalıdır. Ancak gelir düzeyi yüksek ve yükselme eğiliminde olan topluluklar için ek kaynak oluşturulması açısındanda bir çözüm yolu olabilir.

Maliyet paylaşımı yaklaşımı uygulaması için aşağıdaki programlar kullanılmaktadır, bunlar;

1. Hizmetin kullanımı için doğrudan yapılan ödemeler
2. Genel vergiler
3. Para politikası
4. Sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan finansman ihtiyacını karşılamak için salınan ve sadece sağlık sektöründe kullanılacak ek vergiler
5. Sosyal sigorta ve güvenlik kurumları uygulamalarıdır.[405]

Maliyet paylaşımı programlarının uygulanmasında hizmetin kalitesinde bir artış meydana gelmediği takdirde, tüketilerin yani hastaların maliyetleri yükseleceği için hizmet kullanımında bir azalma gözlenebilir. Tüketicilerin maliyet yükselmelerinden etkilenip, hizmet tüketimlerini azaltmamaları için hizmetin kalitesinin de iyileştirilmesi gerekir.

Etkili bir maliyet paylaşımı uygulaması sağlık sektörüne ayrılan kaynakların yeterli bir düzeye yükseltilmesine yardımcı olmaktadır. Diğer

[405] Belek, a.g.k., s.154.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

yandan, cari harcamalr için yeterli düzeyde kaynak tahsisi edilirken, kaynakların kullanım etkinliği de yükseltilmiş olur.

Maliyet paylaşımı yaklaşımı uygulamasında hizmet için doğrudan ödemeler kullanıldığı için, sigorta kapsamı dışında olan veya gelir düzeyi düşük olan bireylerin söz konusu hizmet tüketimleri azalabilir.[406]

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde karşılaşılan kaynak sıkıntısı konusunda ileri sürülen bir diğer görüş maliyetlerin sınırlandırılması yaklaşımıdır. Maliyetlerin sınırlandırılması sağlık sektöründe arz ve talep yönlü olabilir.

8.7.2. TÜKETİCİ KATKILARI

Tüketici katkıları, hizmetin kullanılması anında tüketicilerin doğrudan yaptığı ödemelerdir. Kaynakların sınırlı olması finansmanda tüketici katkılarının oluşturulması veya artırılması konusundaki eğilimleri kuvvetlendirmektedir. Günümüzde sosyalist ülkelerde dahil olmak üzere bütün ülkeler oranları ve biçimi farklı olsa da tüketicilerden belli bir katkıyı almaktadırlar.

Uygulamada tüketici katkıları; sağlık üretim birimine yaptıkları ödeme, sigorta kurumuna yaptıkları ödeme, ilaç ödemeleri, sistemin işleyişi dışında ekstra hizmet almak isteyenlerin yaptıkları ödemeler şeklinde gerçekleşmektedir. Diğer bir uygulama şekli ise, tüketiciye yapılan geri ödeme tutarının azaltılmasıdır. Ek kaynak yaratması, gereksiz talebi sınırlandıracağı, maliyet bilincini oluşturacağı düşüncesi bu yöntemin yararları iken, eşitsizliği artırması, tüketici tercihlerini etkilemesi ve yönetsel maliyetleri artırması gibi olumsuzluklar bu yöntemin sakıncaları arasında yer almaktadır.[407]

Kullanıcı ödentileri uygulaması en kolay olan ek finansman yaratma yöntemlerinden biridir. Düşük gelirli olan ülkelerde bu yöntemin uygulanması yönündeki eğilimler giderek artmaktadır. Bu konuda Dünya Bankası'nın "Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı"[408] konulu rapor ile yine Dünya Bankası tarafından hazırlanmış olan "Özel

---

[406] Belek, 1994, a.g.e, s.154.
[407] Belek, İlker, 1994, a.g.e., s.162.
[408] World Bank, Financing Health Services in Developing Countries, 1987

ANKARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

...sektör Aracılığı ile Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin ...lendirilmesi"[409] başlıklı rapor önem taşımaktadır.

Dünya Bankası bu raporlarda sağlık finansman sorunlarının ...ümü için dört temel reform girişimi önermektedir. a) Kullanıcı ...ntileri, b) Sağlık sigortası, c) Hükümet dışı kaynakların mobilize ...nesi, d) Desantralizasyon.

Yukarıdaki reform önerileri içinde; a) kullanıcı ödentileri, b) ...ükümet dışı kaynakların mobilizasyonu ve c) sigortacılık çerçevesinde ...özel sigortacılık, özelleştirme yönelimleri içinde sıralanabilir.

Kullanıcı ödentileri bugün Dünya'nın bütün ülkelerinde yaygın ...ırak kullanılmakta ve hizmeti kullanım anında, aslında sosyal güvenlik ...ogramının güvencesi altında olan tüketici tarafından yapılan ödemeleri ...le getirmektedir. Temel amacı: a) tüketicide "maliyet bilinci"nin ...iştirilmesi ve b) sağlık sektörüne ek kaynak yaratılmasıdır. Bunlardan ...ki, daha çok, harcamaların zaten çok yüksek düzeylerde olduğu gelişmiş ...apitalist ülkeler için; ikincisi ise kaynak kıtlığının önemli sorun olduğu ...ağımlı ülkeler için geçerlidir.

Hükümet dışı kaynakların mobilizasyonunda, dini misyoner-...erden, kâr amacı taşımayan çeşitli kruluşlardan, ökel hekim ve ...ıracıların olanaklarından, geleneksel ebelerden, vb. Yararlanılması ...anlanmaktadır. Böylece hükümetin üzerindeki yükün azaltılabileceği ve ...eni kaynak yaratılabileceği varsayılmaktadır.

Dünya Bankasının ikinci raporu, gelişen ülkelerdeki sağlık ...izmetlerinin sorun ve reform girişimlerini daha çok özelleştirme ...erçevesinde ele almaktadır.

Sigorta kurumlarının yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde ...ük tüketici ödentilerinin giderek yaygınlaştığı görülmektedir.[410]

---

[409] World Bank, "Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector, 1990.

[410] Bu durumu ayrıntılı görmek için bakınız, *Belek, a.g.e., s. 163.* Belek burada bir tablo ...apmak suretiyle çeşitli Avrupa ülkelerinde, ilaç tıbbi malzeme, hekim ücretleri ve ...astane masrafları içinde tüketiciler tarafından yapılan doğrudan ödemelerin oranın ...östermektedir.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

8.7.3. TOPLUM FİNANSMANI (COMMUNITY BASED FINANCING)

Bu yöntemde, toplumun sahip olduğu ancak kullanılmayan, atıl duran kaynakların, ya da kullanılan kaynakların sağlık hizmetlerini ve finansmanının destekleyecek şekilde yeniden yapılandırılması söz konusudur. Geniş bir çerçevede toplumun bütün kaynaklarının daha iyi bir sağlık amacına yöneltilmesidir. Burada, kişilerin ve toplumun parasal bir katkı yapmaların yanında, emek, ürün ve diğer faktörleri de sağlık alanına tahsis etmeleri anlaşılmaktadır. Bu yeniden bir organizasyonu gerektirebildiği gibi var olan sistemin eksikliklerinin giderilmesi şeklinde uygulamaya konabilir.

Gerçekte sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman yöntemlerinin tamamı toplum finsnansmanından oluşmaktadır. Bunu anlamı, sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan gelir kaynakları, yöntemi ne olursa olsun(pirm, vergi,cepten ödeme gibi) tüketicilerden yani toplumdan elde edilmektedir.

Toplum finansmanı yönteminin, kaynakların mikro ve yerel bazda daha etkin kullanılmasına imkan verdiği, hizmetin planlanmasını kolaylaştırdığı ve finansmana katılan toplumun maliyetler üzerinde bir denetim yapma isteğini kuvvetlendirdiği şeklinde avantajlarıolduğu ileri sürülmektedir.[411]

Türkiye açısından değerlendirdiğimizde, öncelikle devlet bütçesinden ayrılan payın artırılması, Sağlık ve sosyal güvenlik reformlarının gerçekleştirilmesi mali kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması, altyapı oluşturan hastane, personel ve teknolojik ekipmanın, verimli ve etkin olacak şekilde, nüfus ve bölgeler arasında dengeli dağılımının sağlanması gerekmektedir. Öncelikli olan finansman sorununun çözümüdür. Bütçe kısıtlamaları da dikkate alınacak olursa, yukarıda açıkladığımız finansman yaratma yöntemlerinin Türkiye açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

---

[411] Bu konuda, *Belek, a.g.e, s.160'ta* verilen toplum finansmanı seçeneklerinin toplu değerlendirilmesi başlıklı tabloya bakılabilir. Belek bu tabloda toplum finansmanı yöntemlerini ortaya koyarak her birinin, güçlü ve zayıf yanlarını, kullanımını ve sorunlarını ortaya koymaktadır.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

YARARLANILAN KAYNAKLAR

KİTAPLAR

ABEL-SMITH, B., An International Study of Health Expenditure, WHO, *Public Health Papers Series* No:32, Ceneva, 1967

ABEL-SMITH, B., Paying for Health Services, WHO, *Public Health Papers Series* No:7, Geneva, 1963.

ABEL-SMITH, Brian : " Assesing the Experience of Health Financing in the United Kingdom " An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries(edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996.

ABEL-SMITH, Brian, *The Reform of Health Care System: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris, OECD, 1994.

AGERNAES, A. *Livskvalitet, Foreningen af danske laegestuderendes forlag*, Copenhagen, 1989.

AKALIN, Güneri : Kamu Ekonomisi, A.Ü. SBF Yayınları, Yayın No:486, A.Ü. Basımevi, Ankara 1981.

AKALIN, Güneri, Kit Ekonomisi, Yeniçağ Basım ve Yayınevi, Ankara, 1990

AKPARGUN, Oktay, Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye 'de Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlenmesi, İzmir, 1981.

ANDERSON, Asa: Health Administration, Michigan Univerity Press, USA, 1990, ile birlikte, Committee on the costs of medical care, Medical care for American People, Chicago University Press, Chicago, 1932 bu kitapta ek olarak verilmektedir.

ARROW, Kenneth J. : " Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review, Volume 53, No:5, 1963.

AYAK, Filiz : "ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları", Hazine Dergisi, Temmuz 1996.

BAER, Nicholas : " People in Transition: Reforming Education and Health Care", Finance and Development, A Quarterly Publication of the IMF and World Bank, September, 1996.

BAYINDIR, Ömer Faruk : " Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yaklaşımlar", Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 34 . Seri. 1990/91, İstanbul, 1991.

BAYINDIR, Ömer Faruk, "Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası", M.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 1,Sayı 3, Yıl 1986

BLAYS, Carson W., "*The Determinants of Hospital Size: A Survivor Analysis*" Applied Economics, Volume 18, 1986.

BOAG, David ve diğerleri : Economics, 4th Edition, McGraw Hill, 1995.

BEHRMAN, Jere R. and Anil B. DEOLALİKAR: "The Impact of Economic Adjustment Programs on Health and Nutrition and Seasonality" (edited by David E. Sahn and Micahael A. Reich), Health, Nutrition and Economic Crisis: Approaches to Policy in the Third World, Dover Massacusheits, Auburn House, 1988.

BİLEN, İlker, Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği, Sorun yayınları.

BİLEN, İlker: Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği, Sorun Yayınları,

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

İstanbul, 1994.

BERGNER, M. ; R. BOBBIT ; W.B. CARTER and B.S. GILSON " The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure", Medical Care, Volume XIX, No:8, 1981.

BERKSOY, Turgay; Abdülkadir IŞIK ve Mustafa ÇELEN ; " Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi", ODTÜ 1. Uluslararası İktisat Kongresi, METU, Economic Reserarch Center, Ankara, 1997.

BİROL, Leman: Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Planlı Yaklaşım, Lotus Yazı Evi, 2. Baskı, Ankara, 1990

BLEICHRODT, Han: "QALYs and HYEs: Under What Conditions are they Equivalent", Journal of Health Economics, Elsevier, Volume 14, 1995.

BLENDON , Robert J.: "Three Sytems : A Comparative Analysis", Health Management Quarterly, Volume 11 (first quarterly), 1989.

BLENDON, Robert J. ; Robert LETIMAN; Ian MORISON and Karen DONALEN : " Satisfaction with the Health Sytem in Ten Nations" Health Affairs, Volume 9 (Summer), 1990.

BOORSE, C., *Health as a Theoretical Concept*, Philosophy of Science, Volume 44, 1977.

BROAD, C.D., *Emotion and Sentiment*, Journal of Aesthetics and Art Critisim, Volume 12, 1954.

BROWING, Edgar K. and Jacquelene M.BROWNİNG : Microeconomic Theory and Applications, Scott, Foresman and Company USA, 1994.

BROWN, R.G.S. : The Changing National Health Service, Routledge, London and Boston, 1973.

BUCKINGHAM Ken : " Economics, Health and Health Economics: HYEs versus QALYs " , Journal of Health Economics, Elsevier, Volume 14, 1995.

BULUTOĞLU, Kenan : Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitapevi, İstanbul, 1988.

BUXTON, Martin : "Developments in the Teaching of Health Economics Education, Training and Evangelism"; George Telling Smith(edt.), Health Economics: Prospects for the Future, Croom Helm Ltd., London and New York, 1987.

CALDWELL, John C.: " Routes to Low Mortality in Poor Countries", Population and Development Review, Volume 12, No:2, June 1986.

CARRIN, Guy : Economic Evaluation of Health Care in Develeoping Countries, Theory and Applications, Croom Helm Ltd., UK, 1987.

COHEN, David R. and John B. HENDERSON: Health, Prevention and Economy, Oxford University Press, Oxford, London UK. 1988.

COLEMAN, James S. : Foundations of Social Theory, Cambridge and Massachussett, Harvard University Press, 1990.

CULLIS, John and Philip JONES : Public Finance and Public Choice: analytical perspectives, McGraw-Hill Book Company, and Berkshire UK, 1992.

CULLIS, John G. and Peter A. WEST : The Economics of Health: An Introduction, Martin and Robertson Company Ltd, Oxford UK, 1979.

CULYER, A.J. , A. Maynard and A.Williams, *"Alternative systems of health care provisions: an essay on motes and beams"* in A New Approach to the Economics of Health Care, Edited by. M.Olson, *American Enterprise Institute*: Washington and London. 1981.

OLTER, A.J. : " Cost Containment in Europa in: OECD", Health Care System in Transition, OECD, Paris, 1990.

OLTER, A.J.; Van Der GAAG and M. PERLMAN : Health, Economics and Health Economics, North Holland Amsterdam, 1981.

OPER, George : "Economic Development, Health Services, and Health", (edited by Donald Lee and Anne Mills), The Economics of Health in Developing Countries, Oxford University Press, 1980

TLER, M. David, "The Cost and Financing of Health Care", The Economics of Public and Health Care, Volume 85, No:2, May 1995

EGEYN, W., Managing Health Expenditures under National Health Insurance-The ce of Korea, World Bank Technical Paper No: 156, Asia Technical Department Series, Washington, D.C

ZOYABEDIAN, A.. *"Social Responsibility for Personel Health Services: An Examination Basic Values"*, Inquiry Review, Volume 8, 1971.

INALD, Rutherford : Dictionary of Economics, Routledge, London and New York, 989.

INALDSON, C. and K.Gerard, The Visible Hand: The Economics of Health Care Financing, McMillan: London, 1992

UMMOND, Michael, The Economic Evaluation of Health Services, Oxford University ess, Oxford UK, 1989.

ONCAN, Neuhauser and Ann LEWICKI, *"What do We Gain From the Sixth Stool Guaiac?"*, New England Journal of Medicine, Vol.293, ss.226-228, 1975.

UNLOP, David W. and Jo.M. MARTİNS : " Introduction " (edited by, David W. Dunlop and Jo.M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries, The World Bank Washington D.C., EDI Seminar Series,1995.

EGMAN, Michael R ; Ronald L. MOOMAW and Kent W. OLSON : Economics and and Contemporary Issues , The Dryden Press, Orlando USA, 1996.

ELING, R.H. : " Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems", International Journal of Health Services, Volume 24, No:2, 1994.

EREN, Nevzat : Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara, 1985.

ĞOĞ, Alp : " Kanada Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, TTB Vakfı Yayını, Özel yı, Kasım1994 - Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65.

EVANS, Robert G. and Maureen M.LAW : " The Canadian Health Care System: Where Are We and How Did We Get Here", An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries(edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996.

FAUSTO, D. : " Italy ", Advances in Health Economics and Health Services Research, Comparative Health Systems: The Future of National Health care Systems and Economic Analysis (edited by R.F.Scheffler and L.F. Rossiter), L.F. JAI Prest Inc. , Connecticut, Supplemet I, 1990.

EIN, R.: "Social and Economic Attitudes Shaping American Health Policy", Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin (Health and Society), Volume 58, 1980.

EINSTEIN, A.R., Clinical Judgement, Robert E. Krieger Publishing Comapany, Huntington, New York, 1967.

OLDSTEIN, Paul J. : Health Care Economics, Delmar Publisher Inc. Albany New York, 1993.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

FERRANTI, D.De. : **Paying for Health Services in Developing Countries: An Overwiev, World Bank Staff Working Paper, No:721, The World Bank, Washington DC USA, 1985.**

FIELD, M. : **Success and Crisis in National Health Systems**, Routledge , New York and London, 1989.

FİŞEK, Nusret : **Sağlık Yönünden İnsan ve Çevresi**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1969.

FOLAND, Sherman : Allen C. GOODMAN and and Miron STANO : **The Economics of Health and Health Care**, Prentice Hall Upper Saddle River, USA, 1997.

FOWLER, John : " ABD'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu", **Toplum ve Hekim**, Özel Sayı, Cilt 9, Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995.

FOX, D. M. : " From Reform to Relativism: A History of Economists and Health Care" , **Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin**, Volume 57, 1979.

FRANK, Richard and David S. Salkever, *" Nonprofit Organizations in the Health sector"*, **Journal of Economic Perspectives**, Volume 8, 1994.

FRECH, H.E., III, *" The Property Rights Theory of The Firm: Some Evidence from the US; Nursing Home Industry"*, **Zeitschihrift fur Staatswissenchaft**, Volume 141, 1985.

FUCHS, Victor R. : **The Health Economy**, Harvard University Press, Cambridge Massachussetts and London , USA , 1986.

FUCHS, Victor; *" The Health Sector's Share of the Gross National Product"*, **Science Review**, Vol .2, February, 1990

FUJINO, Shiro: "Health Economics in Japan: Prospects for the Future "; (edited by Geoge T.Smith), **Health Economics: Prospects for the Future**, London, Croom Helm, 1987.

GAVIN, Mooney, **Economics, Medicine and Haelth Care**, Second Edition, Harvester and Wheatsheaf, UK, 1994.

GEMMEL, Norman : **The Growth of the Public Sector, Theories and International Evidence**, Edward Elgar Publishing, UK, 1995.

GERDTHAM, U.E., ve diğerleri, **Econometric Analysis of Health Care Expenditures: A Cross Section Study of OECD Countries**, Center for Medical Tecnology University of Linkoping, Linkoping, 1994.

GERDTHAM, Ulf G. and Bengt JÖNSÖN : " Health Care Expenditure in the Nordic Countries", **Health Policy**, and Elsevier Scientific Publishers Ireland, 1994, No:26.

GERTLER, Paul and Jacques Van Der GAAG : **The Willingnes to Pay for Medical Care: Evidence from two Deveolping Countries**, Published for the World Bank The John Hopkins University Press, Baltimore and London, Maryland, 1990.

GETZEN, Thomas P. : **Health Economics: fundementals and flow of funds**, Temple University Press and John Wiley and Sons Inc., New York, 1997.

GILLIS, Malcolm; Duright H.PARKINS; Michael ROEMER and Donald SNODGRASS: **Economics of Developmeat**, Third Edition, Norton and Company Ltd. New York and London, 1993.

GILSON, B.S. et all, *"The Sickness Impact Profile"*, **American Journal of Public Health**, Volume 65, No: 12, 1975.

GORDON, Margaret S., **Social Security Policies in Industrial Countries**, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

GORGÜN, Sevim : **Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**, SBF Yayınları, İstanbul, 1993.

GRAY, Alastair : " International patterns of health care, 1960 to 1990s", **Caring for**

Health:History and Diversity (edited by Charles Webster), Open University Press, Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995.

KAINFIELD, Harry I., **Medical Care in the United States: an Economic Work up.** *This Paper Delivered at Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science*, Cleveland, Ohio, December 26, 1963.

GRIFFITHS, Adrian and Michael MILLS: " Health Sector Financing and Expenditure Survey", (edited by Kenneth Lee and Anne Mills), **Health Economics of Health in Developing Countries**, Oxford University Press Oxford, 1980.

GROSSMAN, Michael : " The Demand For Health: A Theoretical and Empirical Investigation", New York, **Columbia for the National Bureau of Economic Research**, 1972.

GUJARATI, Damodar N. : **Basic Econometrics** (second edition), McGraw-Hill Book Company Economic Series, 1988.

HAMLIN, Alan : " Public Expenditure and Political Process", **The Growth of the Public Sector** (edited by Norman Gemmel), Edward Elgar Publishing Limited, 1993.

HAMMER, Jeffrey S. : "Prices and Protocols in Public Health Care", **The World Bank, Economic Review**, Volume 11, No:3, September 1997.

HANSEN, Paul and Alan KING : " The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach", **Journal of Health Economics**, Volume 15, 1997.

HARRIS, Jeffrey E., *"The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications"*, **Bell Journal of Economics**, Volume 8, 1977.

HECHT, Robert and Philip MOSGROVE : " Rethinking the Government's Role in Health", **Finance and Development**, IMF and World Bank Publication, Volume 30, No:3, September 1993.

HICKS, N. : **Economic Growth and Human Resources**, World Bank Staff Paper No:408, World Bank, Washington D.C., 1980.

HITRIS, T. And J. POSNETT : "The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries", **Journal of Health Economics**, Volume 11, 1992.

HSIAO, William C. : " A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance", **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries**(Edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington DC USA, 1996.

HUNT, S.M., *Subjective Health Indicators and Health Promotion*, *Health Promotion*, Volume 3, No:1, 1988.

HUNT, Sonia and. WIKLUND : "Cross-Cultural Variation in the Weighting of Health Statements: A Comparison of English and Swedish Valuations", **Health Policy**, Volume 8, 1987.

HURST, Jeremy, *"NHS reforms in an International context"*, Edited, A.J. Culyer and Johan Wagstaf, **Reforming Health Care Systems**, Edward Elgar, 1996.

HURST, Jeremy, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD, 1992.

IKEGAMI, Naoki and John Campbell, " *Medical Care in Japan*", **New England Journal of Medicine**, Vol. 333 No:19, 1995.

IKEGAMI, Naoki and Toshihiko HASEGAWA : "The Japanese Health Care System: A Response to Universal Coverage ", **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** (edited by David W.Dunlop and Jo. M.

Martins), The World Bank Washington, 1996.

ILLICH, Ivan : Sağlığın Gaspı (Çeviren Süha Sertabiboğlu), Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1995.

ISABEL, Susana and Curto de Cassas, "*Health Care in Latin America*" (edited by David R. Phillips and Yola Verhasselt),, Health and Development Routledge, London and New York, 1994.

ISABEL, Susana and Curto de CASSAS : "Health Care in Latin America", Health and Development (edited by David R. Phillips and Yola Verhasselt), Routledge London and New York, 1994.

İŞGÜDEN, Tamer : Kamu Yatırım Projelerinin Değerlendirilmesinde Fayda-Maliyet Analizi (Doçentlik Tezi), İ.İ.T.İ.A. Nihad Sayar Vakfı Yayınları No:219/552, Sermet Matbaası, İstanbul, 1980.

IŞIK, Abdulkadir, Hayatın Kalitesinin Temellerinin Klasik iki Teorisi : Aristo ve Bentham'ın Görüşleri, yayınlanmamış çalışma, Sakarya, 2000.

IŞIK, Abdülkadir: Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1997.

JAMISON, Dean T. : " Investing in Health", Finance and Development, IMF and World Bank Publication, Volume 30, No:3, September 1993.

JİMİNEZ, E., "*The Public Subsidization of Education and Health in Developing Countries: A Review of Equity and Efficiency*", World Bank Research Observer, No:1, s.120, 1986.

JONES-LEE, Michael W. : The Economics of Safety and Physical Risk, Oxford, Basell and Blackwell, 1989.

KAPLAN, G.A., and T. Camacho, *Perceived Health and Mortality: a Nine Year Follow up of the Human Population Laboratory Cohort*, American Journal of Epidemiology, Volume 117, 1983.

KENNY, A., Action, Emotion and Will, Routledge and Kegan Paul, London, 1963.

KILIÇ, Bülent ve Çiğdem BUMİN : " İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Sayı 56, Ağustos 1993.

KILIÇ, Bülent ve Gazanfer Aksakoğlu : " Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar", Toplum ve Hekim, TTB Vakfı Yayını, Özel sayı, Kasım1994 –Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65.

KILIÇBAY, Ahmet : Ekonometrinin Temelleri, İ.Ü.İktisat Fakültesi Yayını, No:512, 1989.

KIND, P.; R. ROSSER and Alan WILLIAMS : " The Valuation of Quality of Life: Some Psyhometric Evidence "(edited by M.W. Jones Lee), The Value of life and Safety, North Holland, 1982.

KLARMAN, E. Herbert: The Economics of Health, Columbia University Press New York and London, 1965.

KLARMAN, H.E. : "Health Economics and Health Economics Rresearch", Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin, Volume 57, 1979.

KLECZKOWSKİ, B.M. : "Technolocigal Imperatives and Economic Efficiency in Health Care, In Economics and Health Policy " (edited by A.Griffiths), The council for International Organizations of Medical Scieeces (CIOMS) and Sandoz Institute, Geneva, 1980.

KONG-KYUN, RO : Health Care Economics: An Overview, Economics in Health Care, (edited by Levis E.Weeks and Hovard J. Berman), 1971.

GURTULMUŞ, Sevgi, Sağlık Ekonomisi, Yayınlanmamış Çalışma, 1997, İstanbul.

KYOICHI, Sonoda, Health and İllness in Changing Japanese Society, Tokyo, University of Tokyo Press, 1988.

LAZENBY, Helen C., and Suzanne W. LETSCH, " *National Health Expenditures*", Health Care Financing Review, Winter 1990, Volume 12, No:2, ss.1-26

LEE, K., and A. MILLS : "The Contribution of Economics to Health Service Planing", Health Social Service Journal (centre 8 papers), Volume 4627, C.35-40, 1979.

LEE, Kenneth and Anne MILLS : "Developing Countries, Health and Health Economics", (edited by Lee, ve Mills), The Economics of Health in Developing Countries, Oxford University Press, Oxford UK, 1983.

LEWIT, Ruth; Andrew WALL and John APPLEBY : The Reorganized National Health Service, (6. edition), Chapman and Hall UK, 1996.

LIPSEY, Richard; Peter O. STEINER; Douglas D. PURVIS and Paul N. COURANT: Economics, Harper and Row Publishers, New York London, 1993.

LOOMES, Graham : " The Myth of the HYE", Journal of Health Economics, Elsevier, Volume 14, 1995.

MACH, E.P. and B Abel SMITH: "Planning the Finance of the Health Sector", World Health Organization, Geneva, 1983.

MARINKER, J.H., "*Why Make People Patients*", Journal of Medical Ethics, Volume I, 1975.

MARTINS, Jo M. and David W. DUNLOP : " Lessons Learned", An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington DC USA, 1996.

MASLOW, Abraham, Motivation and Personality, Irwin Book, USA, 1954 ile aynı yazarın Toward of Psychology of Being, Delmar USA, 1968.

MAYNARD, Alan ve Karen Bloor, "*Introducing a Market to the UK's National Health Service*", New England Journal of Medicine, Vol. 334, 1996.

MAYNARD, Alan: "Health Economics Research in the UK", Health Economics: Prospects for the future (edited by George T. Smith), New York, 1987.

MC DOWELLI, I. and C. Newell, Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Oxford University Press, Oxford, 1987.

MC-EVERS, N.C.: " Health and the Assault on Poverty in Low Income Countries", Social Science and Medicine, Volume 14 C, 1980.

MC-KENNA, S.P.; s.M.Hunt; J. McEwen, "*Weighting the Seriousness of Perceived Health Problems Using Thurstone's Method of Paired Comaprisons*", International Journal of Epidemiology, Volume 10, No:1, 1981.

MILLER, Dean F. : Dimensions fo Community Health (third edition), Wmc. C. Brown Publisher USA, 1993.

MILLS, Anne : "The Finance and Insurance Perspective", Perspective on the Future of Health Care in Europe, (edited by A.J. Culyer and Anne Mills), Discussion Papers No:129, University of York UK, May 1989.

MOONEY, Gavin : Economics, Medicine and Health Care, Harvester Wheatsheaf UK, 1992.

MURRAY, C.J.L. and P. MUSGRROVE : " National Health Expenditure: A Global Analysis", Bulletin of he World Health Organization, (edited by Govindraj, Reprint No:

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

510, Vol. 72, No:4.,1994.

MUSGRAVE, Richard A. and Peggy B MUSGRAVE : Public Finance in Theory and Practice, McGraw-Hill Book Company, International Editions, 1989.

MUTLU, Ayşegül, Dışsallıklar ve Çevre Kirlenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

MUTLU, Ayşegül: Clubs and Club Goods, The Journal of Contemporary Management, No.7, August 1994, ss.175-185, 198.

MUTLU, Ayşegül: Küreselleşme ve Uluslararası Mallar Çerçevesinde Eğitim, Sağlık ve Çevre Sorunları, Yayınlanmamış Çalışma, İstanbul, 2002.

MUTLU, Ayşegül: Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Refah Üzerindeki etkileri", Prof.Dr.Adnan Tezel'e Armağan, Marmara Üniversitesi, Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yay.No.13, İstanbul 2000, ss.387-396.

NAES, Sirri, Livskvalitet: *Om a ha det godt i byen og pa landet*, INAS Report, Volume 2, Oslo, 1979.

NAESS, S., *Quality ofLife Research: Concepts, Methods and Applications*, Institute of Applied Social Research, Oslo, 1987.

NAESS, Siri : "Quality of Life Research: Concepts, Methods and Applications", Institute of Applied Social Reserach, Oslo, 1987.

NAVRES, Baykan; Celal SUNGUR ve Yaşar BİLGİN: Toplum Hekimliği, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, Yayın No:379, Ankara, 1979.

NEW HOUSE, J.P.,"*Medical Care Expenditure, : A Cross National Survey*", Journal of Human Resources, No:12, 1977.

NEW HOUSE, Joseph P. : " Frontier Estimation: How Useful a Tool for Health Economics", Journal of Health Economics, Volume 13, 1994.

NEW HOUSE, Joseph P., " *Toward a Theory of Non Profit Institutions: An Economic Model for Hospital*", American Economic Review, Volume 60, 1970.

NEW HOUSE, Joseph P.: "Health Economics and Econometrics", American Economic Review, May 1987.

NEWBRANDER , William ; Guy CARRIN and Daniel le TOUZE : "Developing Countries' Health Expenditure information: What exists and what is Needed? ", Health Policy and Planning, Oxford University Press, Volume 9, No:4, 1994.

NEW HOUSE, Joseph P. : The Economics of Medical Care: A Policy Perspective, Reading, MA, Addison- Wesley Co., 1978.

NORDENFELT Lennard : Quality of Life: Health and Happiness, Avebury Ashgate Publishing Limited, Hants UK, 1993.

NOZICK, R., Anarchy, State and Utopia, Basill and Blackwell, Oxford, UK, 1974.

ORTH-GOMER, K., et. Al. *Quality of care in an Outpatient Department: The Patient's View*, Social Science and Medicine, Volume 13, 1979.

PARET. H. : L'economie des soins medicaux, Paris, 1978.

PARKER, D., *The Use of Indicators of Financial Resources in the Health Sector*, World Health Istatistics, No : 37, 1994.

PARKIN, D.A.; A. McGUIRE and B. YULE : " Aggregate Health Expenditures and National Incomes: Is Health Care a Luxury Good", Journal of Health Economics, Volume 6, 1987.

PATON, Calum : **Health Policy and Management**, First Edition , Chapman and Hall London UK, 1996.

PAULY, Mark V. : " Nonprofit Firms in Medical Markets", **American Economic Review**, May 1987.

PEACOCK, Alan: "Cost Benefit Analysis and the Political Control of Public Investment", **Cost Benefit and Cost Effectivennes Studies and Analysis** (edited by J. N. Wolfe), George Allen-Unwin Ltd, 1973.

PELLING, Margaret and Mark HARRISON: "Pre-Industrial health care, 1500 to 1750", **Caring for Health:History and Diversity** edited by Charles Webster), Open University Press, Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995.

PETERS, G.H. : **Cost Benefit Analysis and Public Expenditure**, Published By The Institute of Economic Affairs, 1973.

PHELPS E., Charles : " Perspectives in Health Economics", **Health Economics**, John Wiley and Sons. Ltd., Volume:4, 1995.

PHELPS, E. Charles, "*Perspectives in Health Economics*", **Health Economics**, John Wiley and Sons. Ltd., Volume:4, 1995

PHILIPS, David R. And Yola VERHASSELT: "Introduction: Health and Development", (edited by, David R. Philips and Yola Verhasselt), **Health and Development**, Routledge, London and New York, 1994.

POULLIER, J.P., "*Health Data File: Overview and Medhodology*", **Health Care Financing Review**, Annual Supplement, 1989.

POWELL, Margeret and Masahira Anesaki, **Health care in Japan**, New York, Routledge, 1990.

PÖRN, I. : " An Equilibrium Model of Health" , **Health Disease and Casual Explanations in Medicine** (Edited, Nordenfelt N. and Lindahl B.I.B., D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1984.

PÖRN, I., *On the Nature of Emotions, In Nedeldham* P., and Odelstad(edited): **Cahnaging Positions: Essays Dedicated to Lars Lindahl**, Philosophical Studies, University of Uppsala, Uppsala, 1986

PRESCOTT, N. M. : " **The Economics of Malaria, Filariasis and Human Trypanosomiasis** (document) ", No: TDR/SER(SC-1) / 80.4., World Health Organization, Geneva, 1979.

PRESTON, H. Samuel, **Fatal Years; Child Mortality in Late Nineteenth-Century America**, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991.

RAFFEL, M.W. and M.W. RAFFEL : **The US Health System: Origins and Functions**, Third Edition, Delmar Publishers, New York USA, 1994.

RAHMİ DİRİKAN, NAZAN BİLGEL, **2.Baskı, Halk Sağlığı**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa 1993.

REINHARDT, Uwe E. : " The Health System of the United States:Lessons for Other Countries", **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** (Edited by, David

REINHARDT, Uwe E.: "Germany's Health Care and Health Insurance System", **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996.

RESCHER, N., **Welfare, The Social Issues in Philosophical Perspective**, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1972

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

ROEMER, M. : " National Health Systems Throughout the World", Annual Review of Public Health, Volume 14, 1993.

ROEMER, M.I.: The Organization of Medical Services Under Social Security, International Labour Office, Geneva, 1969.

ROEMER, Milton, "National Health System Throughout the World", Annual Review Public Health, Volume 14, 1993, s.337-9.

ROSENTHAL, G. : "Of Economists and Economics , Ceteris Paribus", Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin, Volume 57, 1979.

ROSSER, Rachel; "A Scale of Valuations of States of Illness: Is There a Social", International Journal of Epidemiology, Volume 7, No:4, 1978.

RUBBLEE, A. Dale, *"Medical Technology in Canada, Germany and the United States: An Update"*, Health Affairs, Vol. 13(4), 1994.

RUSSEL, P.F. and Menon M.K. : "A Malaria-Economic Survey In Rural South India", Indian Medical Gazette, 1942, Volume 77.

SACKET, D.L. and G.W. Torrance : " The Utility of Different Health States as Perceived by the General Public", Journal of Chronic Diseases, Volume 31, 1978.

SALTIK, Ahmet : "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1995, Cilt 10, Sayı 68.

SALTIK, Ahmet : Sağlık Ekonomisi (yayınlanmamış ders notları), Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, 1995.

SANDEQE, P. and K.KAPPEL, *Changing Preferences: Conceptual Problems in Comapring Health Related Quality of Life in Nordenfelt L.*(Edited), Quality of Life:Oncepts and Measurement, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, 1994.

SANTAS, A.A. and A. Sonis Argentina: In: The International Handbook of Health Care systems(edited by R.B. Saltman), Greenwood Stress, New York, 1988

SANTERRE, Rexford E., and Stephen P. NEUN, Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies, The Irwin Series in Economics, Chicago USA, 1998

SATURNO, P.J., Spain: In: The International Handbook of Health Care Systems(edited by R.B. Saltman), Greenwood Stress, New York, 1988.

SAVAŞ, Yıldırım : Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayın No: 2350, Ankara, 1994.

SCHIEBER, G.J. and J.P. POULLIER : "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures", in OECD, Health Care Systems in Transition, Paris, OECD, 1990.

SCHIEBER, George J. ; Jean-Pierre POULLIER and Greenwald LESLIE M.: Health System Performance in OECD Countries, 1980-1992 ", Health Affairs, Datawatch , Fall 1994.

SCHILLER, Bradley R. : The Macro Economy Today, Random House Business Division and McGraw-Hill Book Company, United States of America, 1990.

SEÇİM, Hikmet : Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:130, Eskişehir, 1985.

SINTON, J.A.: "What is Malaria Costs India, Nationally, Socially, Economically", Rec. Malaria Survey, India Volume 6, 1935-1936.

SLOAN, Frank A., *"Proeperty Rights in the Hospital Industry"*, in H.E. Frech Third Edition, Health Care in America , San Fransisco: Pasific Research Institute for Public Policy, 1988.

SMITH, George T. : " Prospects for the Future: an Introductory Overview", Health

Economics: Prospects for the Future (edited by, George T. Smith), New York, 1987.

ŞÖNMEZ, Sinan ; **Kamu Ekonomisi Teorisi, Kamu Harcamalarında Etkinlik Arayışı**, Birinci Baskı, Teori Yayınları Verso A.Ş., Ankara, Mayıs 1987.

STARFIELD, B. : "Primary Care an Health: A Cross-National Comparison", Journal of Academic Medicine Assocation, Volume 266, No:16, 1991.

STIGLITZ, Joseph E.: **Kamu Kesimi Ekonomisi** (Çeviren; Ömer Faruk Batırel), Marmara Üniversitesi Yayınları Yayın No:549, İİBF Yayın No:396, İstanbul, 1994.

STURT, A.C.: **The Scale and Scope of Economics**, Churinga Publishing, Surrey UK, 1995.

TALAS, Cahit : **Sosyal Ekonomi**, AÜ SBF Yayını, Ankara, 1985.

TANAKA, S.: " Japan in " : **Advances in Health Economics and Health Services** Research, Supplement 1, Comparative Health Sytems, JAI Pres Inc., 1990.

TATARKİEWİCZ, W., **Analysis of Happiness**, Martinus, Nijhoff, The Hague, 1976.

TENGİLİMLİOĞLU, Dilaver : " **Sağlık Hizmetleri Piyasa Araştırması**", **Toplum ve Hekim**, TTB Yayını, Sayı 56, Ağustos 1993.

TERRIS, M. : " The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects", World Health Forum, Volume 1, No:1-2, 1980.

THE MOSBY Medical Encyclopedia, New York, 1992

TOKAT, Mehmet : **Sağlık Ekonomisi**, A.Ü. Açıköğretim Fakültesi yayınları Yayın No:403, Eskişehir, 1994.

TOKAT, Mehmet : **Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı**, Ankara, 1998.

TOKGÖZ, Erdinç : " **Sosyal Gelişmede Sağlık**", **II. Türkiye İktisat Kongresi**, DPT Yayınları, C.III. İzmir, 1981.

TOPRAK, İsmet : **Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası**, Doçentlik Tezi, Erzurum, 1982.

TSUDA, T.Hideyasu and A. FROOM : " Primary Health care in Japan and the United States " in : **Social Science and Medicine**, Volume 38, No:4, February 1994.

TWADDLE, A.C.: "The Concept of Health Status", **Social Science and Medicine**, Volume 8, 1974

ÜNSAL, Erdal, **Mikro İktisadi Analiz**, Ankara, 1999.

VAN DINE, D.L.: " The Relation of Malaria to Crop Production", **Science Monitor**, New York, November 1916.

VAN DOORSLAER, E. ; A.F. Wagstaff RUTTEN (eds.), **Equity in the finance and Delivery of health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993.

VASILIOU, L. and Mehmet TOKAT : **Issues and Options in Health Financing in Turkey**, Washington, Document of the World and Bank Report No: 8042, 1990.

VEENHOVEN, R., **Conditions of Happiness**, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1984.

VOGEL, R.J., **Financing Health Care in Sub-Saharan Africa; A Policy Study**, University of Arizona Press, Phoenix, 1992.

W.DUNLOP and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996.

WARNES, Anthony M. : " Socio-Economic Change and the Health of Elderly People, Future Prospects for the Developing World ", **Health and Development** (edited by David R. Phillips and Yale Verhasselt), Routledge, London and New York, 1995.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

WEISBROOD, Burton A., *"Toward a Theory of the Voluntary Non- Profit Sector in a Three Sector Economy"*in Edmund S. Phelps(edited), Altruism, Morality, and Economic Theory, New York; Russel Sage Foundation, 1975

WEISBROOD, Burton A., The Nonprofit Economy, Cambridge, MA, Harvard, 1988

WHITE, K.L., *"International Comparisons, of Medical Care"*, Scientific American (Journal), Volume 233, No:8, 1975.

WHYNESS, David K. : " Health Care Expenditure", The Growth of the Public Sector, Theories and International Evidence (edited by Norman Gemmel), Edward Elgar Publishing Limited UK.

WILENSKY, Gail : " Future Directions in Health Economics Research in the USA", Health Economics: Prospects for the Future(edited by George Telling Smith), Croom Helm Ltd.,1987.

WILENSKY, Gail R. : " Government and the Financing of Health Care", American Economic Review, Mayıs 1992.

WILLIAMS, A., *"Economics of Coronary Artery Bypass Grafting"*, British Medical Journal, Volume 291, 1985.

WILLIAMS, Alan : "Introduction", Health and Economics (edited by, A.Williams.), London UK, MacMillan., 1987.

WILLIAMS, Alan : The Measurement and Valuations Health: A Chronicle, York University Discussion Papers No:136, Sussex University Library No:1030258, 1995.

WILLIAMS, Alan and Giardina EMILIO : Efficiency in the Public Sector, The Theory and Practise ofCost Benefit Analysis, Edward Elgar Publishing Co., UK, 1995.

YANG T. and J. LAWSON : " Health Policy Reform in the People's Republic of China", International Journal of Health, Volume 21, No:3, 1991.

YANG, Bong-min : " Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea", An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996.

YILDIZ, Zühra : " Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri", Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, Sayı 4, 1996.

YILDIZ, Zehra : Kamu Kesimi Açısından Sağlık Harcamaları, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1992.

ZÖLLNER, Herbert : "A European Health Policy 1980s and 1990s"; (edited by George Telling Smith,) Health Economics: Prospects for the Future, Croom Helm Ltd., London New York, 1987.

ZWEIFEL, Peter and Friedrich BREYER, Health Economics, Oxford University Press, Oxford UK, 1997.

RESMİ RAPORLAR / İSTATİSTİKLER

D.P.T., Kabul Gören Rasyoların Işığında Türkiye'de Sağlık Personeli İle Yardımcı Sağlık Personeli Arasındaki Uyum ve Uyumsuzluğun İstatistiki Test Edilmesi, Ankara, 1990.

D.P.T., Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Ankara, 1989.

Economic Report of the President, Transmitted to the Congress February 1995, United States Government Printing Office, Washington DC, 1995.

ILO, Introduction to Social Security, Geneva, Second Impression, 1989.

Israil Information Center, Selected Publications About Israil's Health Services, Central Bureau of Statistics , Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Welfare, Jerusalem, Israel, 1991

IMF, *Governmet Finance Statistical Yearbok*, 1990-1996.

OECD, Economic Survey, 87/88 Ülke Raporları.

OECD, Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries, Paris 1987

OECD, *Measuring Health Care*, 1960-1983, Paris, 1983

OECD, *Financing and Delivering Health Care*, Paris, 1987.

OECD, *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris 1990.

OECD, Health Data File 1994.

OECD, *Health Data Version, 1.01*, CREDOC/OECD, Paris, United Nations Developments Programme, 1991, Oxford University Press, Oxford.

OECD, *HealthCare Expenditure and Other Data, An International Compendum from the OECD, Health care Financing Review*, Annual Supplement, Paris, 1989

OECD Publications, The Reform of Health Care; A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris, 1994.

O.M.S., " L'Economie Sanitarie", Rapport Sur Un Seminarie Moscou, 25 Juin-5 Juillet, Copenhague, 1968.

Resmi Gazete, T.12.1.1961

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, Ankara,1996.

TOBB, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No.17, Ankara 1993.

Source Book of Health Insurance. Data 1994. Health Association of America. Washington DC No: 20036.-3998, 1994.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993-1997.

Türkiye Ticaret Sanayi, Deniz Ticaret Odaları ve Ticaret Borsaları Birliği, Türkiye ve AT Ülkelerinin Sosyo-Ekonomik Verilerle Karşılaştırılması, Ankara, 1989.

US, "Health Care Financing Administration", Health Care Financing Review, Winter 1992.

WHO, Achats et Financement Das Medicaments Essentiels, Madrid, DAP /84-5, 1984.

WHO, Cout Et Financement, Statistiques Sanitaries, Geneva, 1984.

WHO, Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Technical Report Series, Geneva,1993

World Health Organization, Our Planet, Our Health: Report of the WHO Comission on health and Environment, Geneva WHO, 1992.

World Health Organization, *Global Strategy for Health All by the year 2000*, Health for all series, No:3, WHO, Ceneva, 1981.

World Health Organization, *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the year 2000*, 8th Report on the World Health Situation, Global Review, Volume 1, WHO, Ceneva, 1993.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

World Health Organization, *Progress Towards Health for all: Statistics of Member States*, Document WHO/HST/GST/ No: 94 / 1, WHO, Ceneva, 1994.

World Bank, World Development Report, Çeşitli Yıllar.

World Bank, "World Development Report 1993: Investing in Health", Oxford University Press, New York.

World Health Organization, Health Dimensions of Economic Reform, Geneva, 1992.

21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik (Çeviren: Yusuf Alper), yayınlanmamış rapor, Bursa, 1988.

Salgını Durdurmak, Yönetimler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi (Çev.: Şiirsel Taş), Dünya Bankası, Washington D.C., 1999, ss.13-15.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Sakarya Üniversitesi
Kütüphane ve Dokümantasyon
Dairesi Başkanlığı

SAÜ [A] Merkez Kütüphanesi
039854
255.07.02.01.06.00/07.0039854
338.4732(1.0)92

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

ISBN 975-400-211-8