



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK
ANALİZİ VE OECD ÜLKELERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Selda YILMAZ
0430202207**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mevlüt KARABIÇAK**

ISPARTA, 2012



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.


Selda YILMAZ
12.04.2012



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Tez Savunması 1

Tarih:24/2012

Enstitü Yönetim Kurulunun 28/3/2012 tarih ve 537/14 sayılı kararıyla oluşturulan jürimiz İktisat Anabilim Dalı İktisat Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS öğrencisi Selda YILMAZ'ın "Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması" başlıklı tezini incelemek ve değerlendirmek üzere 24/2012 tarihinde saat 9.00'da toplanmış ve aday tez savunmasına almıştır.

Lisansüstü Yönetmeliği Madde 25 uyarınca adaya 45 dakika süreyle teziyle ilgili Ek'te sunulan sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tezinin aşağıda belirtilen sebeplerle,

Tezin kabul edilmesine
(Öğrenci, varsa jüri tarafından gerekli görülen düzeltmeleri yaparak, tezinin onaylı son şeklini bir (1) ay içinde Enstitü'ye teslim etmelidir.)

Tezde düzeltme verilmesine
(Öğrenci, tezde gerekli görülen düzeltmeleri yaptıktan sonra üç (3) ay içinde savunmasını yineleyecektir.)

Tezin reddedilmesine
(Öğrenci, yeni tez konusu belirlemelidir.)

*Tez adı değişikliği yapıldı/yapılmadı.
oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.
Gereği için arz olunur.

Jüri

Adı Soyadı

İmza

Danışman :Yrd. Doç. Mevlüt KARABIÇAK

Üye :Doç. Dr. Bekir GÖVDERE

Üye :Doç. Dr. Ramazan ERDEM

Ek : Herbir jüriye ait tez değerlendirme jüri raporları

Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	Tarih:	Karar No:
Bu form danışman tarafından düzenlenerek 3 gün içerisinde ilgili Anabilim Dalı aracılığı ile Enstitüye teslim edilir.		

ÖNSÖZ

“Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması” isimli bu araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı’nda *“Yüksek Lisans Tezi”* olarak hazırlanmıştır. Bu çalışma ile Türkiye’nin sağlık harcamaları irdelenmiş ve bazı OECD ülkeleriyle karşılaştırılıp durum tespit analizine yer verilmiştir.

Yüksek lisans eğitiminin başlangıcından tez çalışmasının sonuçlandırılmasına kadar olan bu uzun süreçte beni yönlendiren, hoşgörüsüyle beni umutlandıran, çalışmalarına en az benim kadar inanan, değerli bilgilerini esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiren, benim sadece bir öğrenci değil, aynı zamanda bir anne olduğumu unutmayan, tavsiyelerini, bilgisini ve zamanını benimle paylaşan danışmanım, değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mevlüt KARABIÇAK’a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Kaynak seçiminde ve yorumlarıyla bana yol gösteren kıymetli hocam Doç Dr. Ramazan ERDEM’e, yazım aşamasında benden desteğini, vaktini esirgemeyen öğretim görevlisi arkadaşlarım Mehmet ORAL ve Osman Kürşat ONAT’a, destekleri için sevgili arkadaşım Ezgi BASAT ve eşi Dr. Çağdaş BASAT’a, en umutsuz anlarımda hırsıyla bana tekrar çalışma azmi kazandıran, tüm kalbiyle, beyniyle ve hayalleriyle yanımda, kalbimde olan hayat arkadaşım Dr. Ozan YILMAZ’a, aileme ve bana annelik şerefini yaşatan, hayatımın anlamları, yaşam sevinçlerim, değerli evlatlarım İpek, Ece ve Emre’ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

(YILMAZ, Selda, *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi ve OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012)

Günümüzde sağlık sektöründeki göstergelere bakılarak o ülkenin gelişmişliğini nispeten ölçmek mümkün hale gelmiştir. Bir ülkenin bebek ölüm hızı, genel ölüm hızı, anne ölüm hızı ve hastalanma oranları ne kadar düşükse, bununla birlikte kişi başına düşen hekim sayısı, doğumda yaşam beklentisi, sağlık sektörü istihdam oranları ne kadar yüksekse o ülkenin gelişmişliği de o kadar yüksektir. Toplumların sağlık harcamalarını arttırmaları da bir gelişmişlik ölçütüdür.

Gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde sağlık alanında en başta gelen sorun, sektöre ayrılmış kaynakların en etkin ve verimli şekilde nasıl kullanılacağı, ayrılan kaynaklarla sağlanan hizmetlerin en ulaşılabilir hale nasıl getirileceği ve üretilen hizmetlerin en iyi şekilde nasıl paylaşılacağıdır.

Hazırlanan bu çalışmada öncelikli olarak sağlık ve sağlık ekonomisine ait teorik bilgiler verilmiş ardından toplumların sağlık hizmetlerini değerlendirmede kullandıkları birtakım parametreler açıklanıp değerlendirilmiştir. İkinci bölümden itibaren Türkiye’deki sağlık harcamaları incelenmiş, üçüncü bölümde, 2011 OECD verilerinden yararlanılarak Türkiye’nin diğer ülkelerle karşılaştırması yapılmış ve tüm OECD ortalamasındaki mevcut durumu değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuç göstermektedir ki, Türkiye’deki sağlık göstergeleri OECD ülkelerinin altındadır. Bunun yanında Türkiye tüm sağlık göstergelerinde belirli bir iyileşme kaydetmiştir. Bebek ölüm hızında anlamlı bir düşüş kaydetmiştir. Kişi başına sağlık harcamaları 2004-2008 yılları arasında 310 USD’den 624 USD’ye yükselmiştir.

Son yıllarda tüm verilerde görülen düzelmeler olumlu bir bakış kazandırmakla birlikte, elde edilen iyileşmenin Türkiye’nin bulunduğu grubun diğer üyeleriyle uyumlu bir şekilde gelişerek daha çok ivme kazanması gerekmektedir. Sonuç olarak, Türkiye gelişmekte olan bir ülkedir ve sağlık harcamaları da bu paralelde bir artış göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Sağlık Hizmetleri, Türkiye, Sağlık ekonomisi, OECD, Sağlık Harcamaları, Sağlık Göstergeleri.*

ABSTRACT

(YILMAZ, Selda, *Economical Analysis of the Health Expenditures of Turkey and Comparison with OECD Countries*, Master Thesis, Isparta)

Today it is possible to relatively evaluate the development of that country by looking at the indicators of the health sector. If infant mortality rate, total mortality rate, maternal mortality rate and disease incidence rates of a country are low the development of that country can be called as low, however if number of medical doctors per capita, life expectancy at birth, employment in the health sectors are high in a country the development of that country can be called as high. Increase of health expenditures of the populations is a high development indicator

The prominent problems of the health sector in all developed and developing countries are; how to use the sources most effectively and efficiently which are allocated to the sector, how to make services most accessible which are provided by allocated sources and how to allot the produced services most effectively.

In this study firstly theoretical information about health and health economics mentioned, then some parameters, which are used by populations to evaluate health services, were explained and evaluated. In the second part, health expenditures in Turkey were investigated, in the third part according to the OECD 2011 report, the comparison of Turkey with other countries was performed and the current status of Turkey in OECD countries was evaluated. The obtained result shows that the health indicators of Turkey are under the OECD countries' indicators. However a certain improvement on all health indicators in Turkey is determined in the last years. Although improvement on all data brings an optimistic glance, the obtained improvement must gain acceleration. Turkey is a developing country and health expenditures are increasing correspondingly. The index of health in Turkey is below the OECD countries. Turkey also has made a definite progress in all the index of health. It has registered a significant decrease in the baby death rate. The per capita health expenses have risen from 310 USD to 624 USD in the years of 2004 and 2008.

Not only do the improvements in all outputs in the recent years give a positive view, but also this current improvement needs to accelerate itself more by means of Turkey's development in harmony with the other members of the group. As a conclusion, Turkey is a developing country so the health expenses have risen in accordance with it.

Keywords: *Health Services, Turkey, Health Economics, OECD, Health Expenditures, Health Indicators*

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	İİİ
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XI
TABLOLAR DİZİNİ.....	XII
KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı.....	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması	5
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	12
1.2.3.1. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	13
1.3. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Genel Özellikleri.....	13
1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	17
1.5. Sağlık Ekonomisinin Tanımı	25
1.5.1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı.....	27
1.5.2. Sağlık Ekonomisinin Gelişme Nedenleri.....	32
1.6. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisinin Gelişimi	35
1.7. Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetleri Piyasası	38

1.8. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Etkinlik.....	41
1.9. Sağlık Hizmetlerinde Esneklik, Arz ve Talep İlişkileri	42
1.9.1. Sağlık Hizmetleri Arzı	44
1.9.2. Sağlık Hizmetleri Talebi	48
1.10. Sağlık Hizmetleri Değerlendirmesinde Kullanılan Ekonomik Analiz	
Teknikleri	50
1.10.1. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet/ Etkililik Analizi	52
1.10.2. Maliyet/ Minimizasyon Analizi	53
1.10.3. Maliyet/ Fayda Analizi	54
1.10.4. Maliyet/ Yararlanım Analizi	56
1.11. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	56
1.11.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri.....	59
1.12. Sağlık Sektöründe Devletin Rolü	60
1.12.1. Sağlık ve Devlet.....	60
1.12.2. Sağlık Alanına Devletin Müdahale Sebepleri.....	63

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ MEVCUT DURUMU

2.1. Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin İlişkilendirilmesi	67
2.1.1. Sağlık Düzeyinin Ölçülmesinde Kullanılan Sağlık Göstergeleri.....	67
2.1.1.1. Ölüm Oranları	68
2.1.1.2. Bebek Ölüm Hızı	69
2.1.1.3. 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı.....	71
2.1.1.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı	73
2.1.1.5. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması	73
2.1.1.6. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	74
2.1.1.7. 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi	75
2.2. Sağlık Harcamaları Kavramı Hakkında Genel Bilgiler	76
2.2.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı	77

2.2.2.	Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.....	78
2.2.2.1.	Kişi başına Gelirin Yükselmesi	80
2.2.2.2.	Sağlık Bilincinin Oluşması	80
2.2.2.3.	Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi.....	81
2.2.2.4.	Şehirleşme	81
2.2.2.5.	Tıbbi Teknolojinin Gelişmesi.....	82
2.2.2.6.	Hayat Süresinin Uzaması	82
2.3.	Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler.....	83
2.3.1.	Türkiye'de Kaynak İtibarıyla Toplam Sağlık Harcamaları	84
2.4.	Kişi Başına GSYH	86
2.5.	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı.....	87
2.5.1.	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	87
2.6.	Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamaları	88
2.7.	Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı.....	89
2.8.	Hane halkı Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	90

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

3.1.	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD).....	91
3.2.	Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması.....	92
3.3.	Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması	94
3.4.	Kişi Başına Sağlık Harcaması	97
3.5.	İşlevlerine Göre Sağlık Harcamaları.....	99

3.6. Çocuk Ölümleri (İnfant Mortalitesi).....	101
3.7. 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi.....	104
3.8. OECD Ülkeleri Arasında Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı....	105
3.9. Satın Alma Gücü Paritesiyle (SGP) Kişi Başı Sağlık Harcamaları	108
3.10. OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	110
3.11. Sağlık Sektöründe İstihdamın OECD Ülkelerinde Karşılaştırılması .	111
3.12. OECD Ülkelerinde 1.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı	114
SONUÇ	116
KAYNAKÇA.....	121
ÖZ GEÇMİŞ	127

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	10
Şekil 1.2. Etkin Bir Sağlık Hizmetinin Genel Özellikleri.....	15
Şekil 1.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	16
Şekil 1.4. Sağlık Ekonomisindeki Denge Oluşumu	27
Şekil 1.5. Sağlık Ekonomisinin Temel Öğelerinin Şematik Gösterimi	30
Şekil 1.6. Sistem Yapısı	39
Şekil 1.7. Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi	42
Şekil 1.8. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler	47
Şekil 1.9. Maliyet/ Minimizasyon Analizi	54
Şekil 1.10. Maliyet/ Fayda Analizi	56
Şekil 1.11. Sağlık Hizmetlerinde Devletin Başlıca Görev ve Fonksiyonları	63
Şekil 2.1. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı	71
Şekil 2.2. Türkiye'de Yıllara göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2010).....	75
Şekil 2.3. Toplam Sağlık Harcamaları	85
Şekil 2.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	88
Şekil 3.1. Bazı OECD Ülkelerinin 1970-2009 Yılları Arasındaki Çocuk Ölüm Oranlarında Yıllık Ortalama Azalma	103
Şekil 3.2. Türkiye'de 65 yaşında beklenen yaşam süresi.....	105
Şekil 3.3. Sağlık Harcamalarının GSYH' ye Oranı	107
Şekil 3.4. OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	111
Şekil 3.5. 1995- 2009 Yılları Sağlık Sektörlerindeki Ortalama İstihdamın Toplam Sivil İstihdama Oranı	113
Şekil 3.6. 1995-2009'daki Sağlık ve Sosyal Sektörlerdeki İstihdamın Büyüme Oranının Ekonominin Tüm Sektörleri İle Kıyaslanması	114
Şekil 3.7. OECD Ülkelerinde 1.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı	115

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Sağlık Arzına Yönelik Göstergelerde Gelişmeler	48
Tablo 1.2. Maliyet / Etkililik Analizi	53
Tablo 2.1. Türkiye-Avrupa Birliği Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri	68
Tablo 2.2. Türkiye’de Kaba Ölüm Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı.....	69
Tablo 2.3. Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	70
Tablo 2.4. 10.000 Kişiye Düşen Toplam Hastane Yatağı Sayısı	72
Tablo 2.5. 1.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı.....	73
Tablo 2.6. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH’ye Oranı.....	73
Tablo 2.7. Kişi başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması.....	74
Tablo 2.8. 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi	76
Tablo 2.9. Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler	84
Tablo 2.10. Kişi Başına GSYH (TL.)	86
Tablo 2.11. Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları.....	89
Tablo 2.12. Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı ..	89
Tablo 2.13. Hane halkı Sağlık Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	90
Tablo 3.1. OECD Verilerinde Sağlık Harcamaları Bileşenleri	95
Tablo 3.2. OECD Verilerinde Sağlık Harcamaları Bileşenleri(devam).....	96
Tablo 3.3. OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcaması (2009), (USD)	99
Tablo 3.4. Satın Alma Gücü Paritesiyle (SGP) Kişi Başı Sağlık Harcamaları	110

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AÇS-AP:	Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezleri
AİFD:	Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
GSYH:	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
IMF:	International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu) İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik
QALY:	Quality-Adjusted Life Years (Kaliteli Yaşam Yılı)
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHS:	Sağlık Hesapları Sistemi
TTB :	Türk Tabipleri Birliği
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
USD:	Amerikan Doları
Vb :	Ve Benzeri
WB:	World Bank (Dünya Bankası)
WHO:	World Health Organization

GİRİŞ

Sağlık, bütün toplumların insan için kutsal hak gördüğü çok önemli ve popüler bir alandır. Teknolojinin hızla geliştiği, çok kısa sürede eskidiği ve yerine pahalı ilaç ve tedavi yöntemlerinin sunulduğu sağlık alanı, günümüzde abartılı teknoloji kullanan alanların başında gelmektedir. Örneğin 1975’li yıllarda ABD’de tüm sağlık harcamaları için kullanılan para 25 milyar USD seviyesinde iken bu miktar günümüzde 1 trilyon USD’nin üzerine çıkmıştır. Sözü edilen bu maliyet insan ömrünü uzatmış, toplum refahını ve verimliliğini artırmıştır. Bu nedenle sağlık ekonomisi son yıllarda hızlı bir gelişme sürecine girmiştir.

En temel insan haklarından biri sağlık hizmetleridir ve devlet tarafından herkese eşit olarak verilmesi gereken zorunlu bir hizmettir. Ancak bu haktan vatandaşların ne ölçüde yararlanabildiği ve devletin sağlık hizmetlerini ne ölçüde sunabildiği tartışmalı bir konudur. Birey ve toplumun yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden birisi olan sağlık sektörü, ülkelerin gelişmişliklerine paralel olarak milli gelir içerisinde önemli yer tutmaktadır. Ekonomik kalkınma ve artan refah düzeyine paralel olarak, toplumların sağlık hizmetlerine yapmış oldukları harcamalar giderek artmaktadır. Artan sağlık harcamalarıyla çocuk ölüm oranlarında azalma, çalışma koşullarında iyileşme ve daha iyi beslenme koşullarına ulaşma sağlanmaktadır. Söz konusu bu gelişmelerin sonucunda, insanların hayatta kalma süreleri de uzamakta ve tüm bunlar için ciddi iktisadi kaynaklar harcanmaktadır. Diğer yandan ise, daha sağlıklı, daha uzun, daha anlamlı bir hayat için daha fazla kaynak ayrılmaktadır.

Dünyada değişen ekonomik politikalarla birlikte, devletlerin sağlık hizmetlerinde aldığı rol ve sorumlulukların da değiştiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin artırılması amaçlanarak, birçok düzenleme yapılmıştır. 24 Ocak 1980 kararları ile birlikte, Türkiye’de yeni liberal ekonomiye geçiş süreci başlamıştır. Bu dönemde, devletin iktisadi hayattaki girişimci rolü azalmış ve serbest piyasa lehine yapısal dönüşümler gerçekleşmiştir. Bu bağlamda, 1980 sonrasında iktidara gelen hükümetlerin çalışmaları; devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesini sağlamak ve özel sektörü boşalan bu alana enjekte etmek için teşvikler vermek biçimindedir. Özellikle yaşanan ekonomik krizlerden çıkabilmenin yolunun kamu harcamalarının kısılmasında görülmesi, eğitim, sosyal güvenlik, sağlık gibi kamusal alanlarda yeniden

yapılanmayı, diğer adıyla reform çalışmalarını doğurmuştur. Tüm bu yaşananlar ülkemizde hayata geçirilen SDP'nin temellerini oluşturmuştur.

Türkiye'de sağlık sektörünün çok önemli sorunları olduğu ve bu sorunların çözümlenebilmesi için köklü reformların yapılması gerektiği genel kabul görmekte ancak, değişikliklerin nasıl ve ne yönde olması gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar gözlemlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında Türkiye'deki sağlık hizmetlerindeki sorunların temelinde, sağlığa ayrılan kaynakların yetersizliği ve bu kaynakların etkin kullanılmayışı yatmaktadır. Bu yüzden sağlık ekonomisinin dünyada ve ülkemizde önemi her geçen gün artmaktadır. Çalışmada Türkiye'deki sağlık hizmeti sorunlarının nedenlerine de kısmen değinilecek, sorunların kökeninde “kaynakların yetersizliği mi yoksa yeterli kaynakların optimum kullanılmayışı mı yatmaktadır?” soruları cevaplanacaktır.

Genel olarak sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin teori, kavram ve yöntem biliminin sağlık hizmeti ile ilgili tüm faaliyetlere ve kurumlara uygulanması olarak tanımlanabilir. Bu yüzden sağlık hizmeti üretimi ile ilgili her türlü faaliyetin gerçekleştiği alanda kaynakların dağılımı ve yönetilmesi, sağlık hizmeti sunan kurumların organizasyonu, sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, birey ve toplum sağlığını ilgilendiren düzenlemelerin iktisadi sonuçları, sağlık politikalarının oluşturulması ile sonuçlarının değerlendirilmesinin sağlık ekonomisinin başlıca ilgi alanlarını oluşturduğu söylenebilir. Sağlık ekonomisinin ilgi alanının yukarıda belirtildiği gibi sağlık hizmeti olması sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı, fiyatlandırılması ve son yıllarda giderek artan bir şekilde niteliği ile ilgili konuların önemini arttırmıştır.¹

Bu çalışmada üç bölüme yer verilmiştir. Birinci bölümde sağlık hizmetlerine ilişkin ekonomik çerçeveye değinilirken sağlığın tanımı, tarihsel gelişimi üzerinde durulmuş, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması incelenmiştir. Sağlık ekonomisi kavramı tanımlanıp açıklanırken, sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılan sağlık göstergelerine de yer verilmiştir.

¹ Zafer Çalışkan., “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, H.U. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2008, Cilt 26, Sayı 2, ss. 29-50.

İkinci bölümde sağlık harcamaları ve bu harcamaları etkileyen faktörler incelenip, Türkiye'deki mevcut durum hakkında istatistikler yardımıyla bilgiler verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise Türkiye ve bazı OECD ülkeleri arasında karşılaştırmalar yapılmış ve durum analizine yer verilmiştir.

Yine bu çalışmada sağlık harcamaları konusundaki literatür taranmış olup, OECD, WHO, TÜİK, TTB, AİFD, Sağlık Bakanlığı verilerinden ve bu konuya ilişkin yurtiçi ve yurtdışı makalelerden yararlanılmaya çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı

“Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.”² Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık, sadece bedensel değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal olarak da iyi olmayı ifade eder. Diğer bir deyişle, sağlıklı kişi, fiziksel ve toplumsal çevre ile ilgili olarak vücut ve kafası düzenli bir biçimde çalışan kişidir. “Sağlık, ferdin hastalık ve ölüme karşı koyabilmesi yeteneğidir.”³ Kısacası sağlık, hastalıklardan uzak olma ve sağlıksız olmama durumunu ifade eder.

Sağlık; doğumda beklenen yaşam süresi, çalışma kapasitesi, tıbbi bakım ihtiyacı ya da birçok kişisel ya da sosyal görevleri yerine getirebilme gibi kriterlere göre de tanımlanabilir.⁴

Sağlık konusunda üç görüş mevcuttur. Bunlardan birincisi olan biyomedikal görüşe göre tamamen tıbbi olan kanser, yüksek tansiyon, şizofreni gibi çeşitli hastalıklar sağlıksızlık olarak görülmektedir. İkinci görüş olan fonksiyonel yaklaşımda ise fertlerin duygu, düşünce ve yeteneklerinin normalden farklılık arz etmesi ve fonksiyonlarını yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilir. Sonuncu yaklaşım olan kültürel yaklaşımda da fonksiyonel yaklaşıma benzer şekilde, kişinin toplum içindeki yerini, sorumluluğunu ve ödevlerini yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilmektedir. Diğer bir deyişle sonuncu yaklaşıma göre ferdin değer yargılarıyla toplumun değer yargılarının birbirini tutmaması sağlıksızlıktır.⁵

²http://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=24:saik-hmetler-sosyallemeshakinda-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28 (01.01.2012).

³ Kerem Karabulut, “Türkiye’de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları üzerine Bir Uygulama” (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Erzurum, 1998, s.4.

⁴ Yusuf Çelik, Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011, s.25.

⁵ Kerem Karabulut, “Türkiye’de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları üzerine Bir Uygulama” (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Erzurum, 1998, s.5.

Sağlık, ekonomilerde gizli bir risk faktörüdür. Sağlıksız işgücünün sebep olacağı tedavi maliyetinin yanında, boşa geçen iş zamanı maliyeti devlet ve özel sektörün sırtında bir kambur oluşturmaktadır. Bu nedenle, sağlık ekonomisiyle yakından ilişkilidir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Sınıflandırılması

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.⁶ Sağlık hizmetleri bireyler için hayati öneme sahiptir. Devletler bu önemin farkındadır ki, sağlık hizmetlerini yürütmek ve denetimini sağlamak için hep bir uğraşı içinde olmuşlardır.

Sağlık hizmetleri, fertlerin olduğu kadar, bir bütün olarak toplum hayatında da birinci derecede önem taşıyan bir olgudur. Bu nedenle, sağlık hizmetleri, neredeyse tüm ülkelerde devlet tarafından desteklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde bile, sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu kesimi tarafından yapılmaktadır. Fakat Türkiye’de sağlık harcamalarının bütçeden aldığı payın çok düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Türkiye’de eğitim ve sağlık harcamalarının destekli bütçe harcamalarına oranları ele alındığında, bu değerler gelişmekte olan ülkelerin ortalama değerleri ile paralellik göstermektedir. Ancak aynı oranlar gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında, bütçeden ayrılan payların düşük olduğu anlaşılmaktadır.⁷

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir.⁸

⁶ Filiz Ersöz, Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi, İstatistikçiler Dergisi, S.2, 2008, s. 95, www.istatistikciler.org (01.04.2012).

⁷ Kerem Karabulut-Serap Bedir, “İç Borçların Gelir Dağılımı Üzerine Etkileri”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, (2011) Cilt: 25, S.1, s.26.

⁸ Zafer Öztekin, “Sağlıkta Kavramlar”, Yeni Türkiye Dergisi, (2001), Sağlık Özel Sayısı, S.39, s.295.

Ayrıca sağlık hizmetleri, 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da şu şekilde tanımlanmaktadır: “Sağlık Hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”⁹

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri kişilerin “sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılmaktadır.
- Sağlık hizmetleri hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur. Bu konuda geliştirilmiş bir gruplandırma aşağıda gösterilmiştir.
- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim sürecinin kâr amacı taşıması ya da taşınamaması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sektöründe kâr amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kâr amacı gütmeyen sağlık kuruluşları da yer almaktadır.¹⁰

Sağlık hizmetinin başlıca hedefleri; sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, toplumun her yerine ve tüm bireyelerine eşit, adil, etkili ve kaliteli hizmet sunmak, hasta

⁹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Sayısı:224, R.G. Tarihi: 12.01.1961, R.G. Sayısı: 10705.

¹⁰ Dilaver Tengilimoğlu, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınevi, 2009, s.38-39.

memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır.¹¹

Kısaca, sağlık bireyin en temel ve vazgeçilmez hakkıdır. Sağlık hizmetleri de bu hakla ilgili tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Aynı zamanda, sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri ile ilgili hükümler, Anayasa'nın 56. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddeye göre: "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla GSS kurulabilir."¹²

Herkesin bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı yaşamasını sağlamak ve iktisadi kalkınmanın ana unsuru olan sağlıklı işgücü yetiştirmek için gerekli tedbirleri almak, devletin anayasal bir görevidir. Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar.

Sağlık hizmetlerinin amacı,¹³

- Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,
- Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını-adaptasyonlarını sağlamaktır.

Sağlık sektörünün ekonomik sistemi; arz - talep, optimal fiyat ve finansmandan oluşmuş olup ekonomik özelliklerini aşağıdaki başlıklar altında toplayabiliriz.¹⁴

¹¹ Yasemin Özkara, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama", Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, 2006, s.1.

¹² T.C. Anayasası, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.html> .

¹³ Gülsün Taşkırın Mohammad, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama" Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2007, s.50.

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır.
- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler.
- Hasta almış olduğu sağlık hizmetinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir.
- Sağlık hizmetleri çoğu kez kâr amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.

Bir başka ayırmda sağlık bakımının ekonomik açıdan ayırıcı özellikleri altı başlıkta sıralanmıştır:¹⁵

- Belirsizliğin varlığı ve boyutu
- Sigortanın önemi
- Bilgi problemi
- Kâr amacı gütmeyen firmaların geniş rolü
- Eşitliğin rolü ve ihtiyaç kavramı (Herkes eşit verilmeli anlayışının yaygınlığı)
- Devlet subvansiyonları ve kamusal tedarik.

Ayrıca sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden dört temel özellik ayırır. Bunlar; hizmetlerin soyut olması, hizmetlerin saklanıp sonra kullanılamaması, hizmet kalitesinin değişkenliği ve hizmetlerin kaynağından ayrılamaz oluşudur.

Bir toplumun sağlık düzeyi ile gelişmişlik arasında önemli bir bağ bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini tamamlamış birçok ülkede sağlığa büyük paylar ayrılırken, bunun yanında sağlıkta da iyileşmeler sonucu ekonomiye katkılar sağlanmaktadır. Sağlık ve ekonomi arasında bir nedensellik söz konusudur.¹⁶

Sektör düzeyinde ele alındığında sağlık hizmetleri; koruyucu hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirme hizmetleri olmak üzere dört farklı biçimde sunulmaktadır. Özellikle tedavi hizmetleri diğerlerine göre daha pahalı hizmetlerdir. Üstelik tedavi hizmetlerinin sunumunda alternatif müdahalelerin varlığı

¹⁴ Mehmet Tokat, Sağlık Ekonomisi, Erişim www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf (13.03.2012)

¹⁵ Ferhat Sayım, Sağlık Piyasası ve Etik, MKM Yayınları, 2011, s. 21

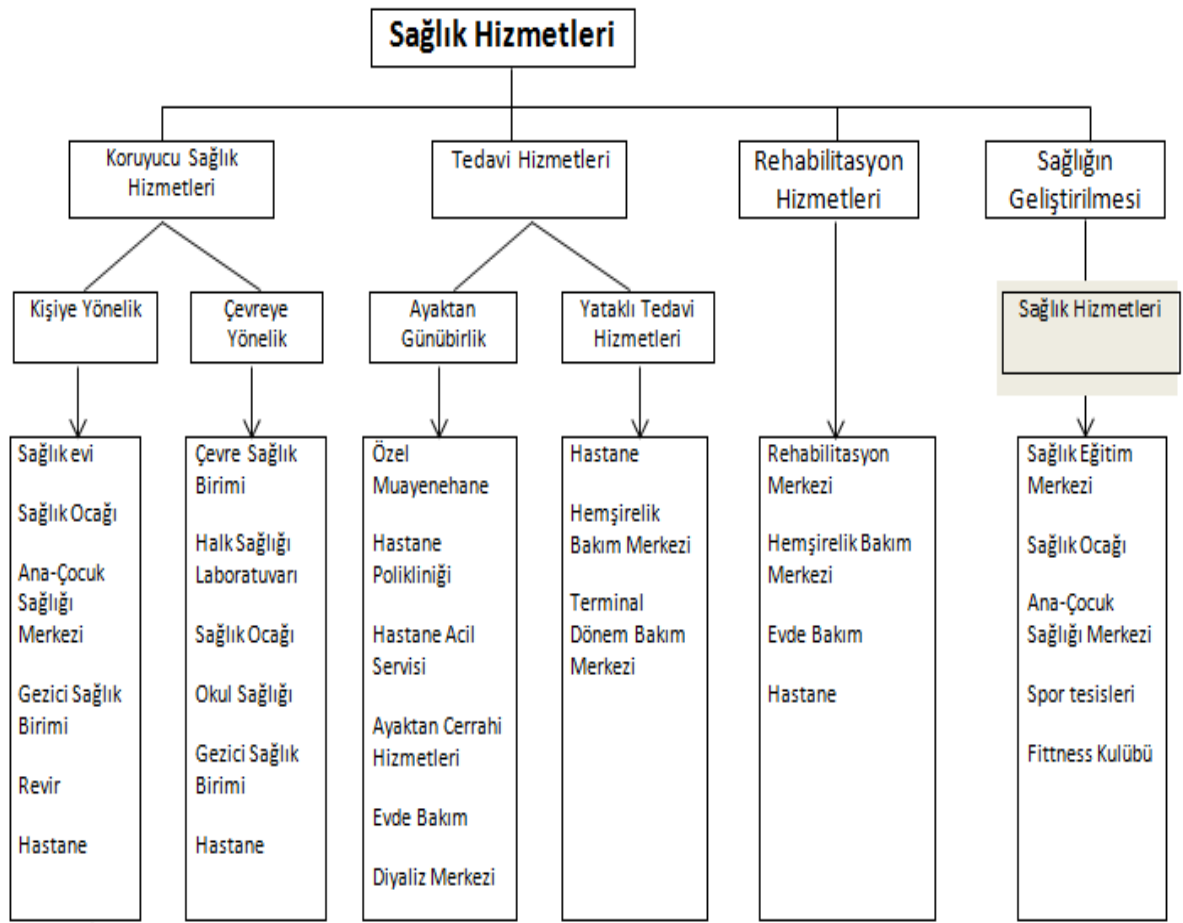
¹⁶ Mesut Cemil Gülcan, “Kamu Harcamaları içinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması” Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kırıkkale, 2008, s.9.

(cerrahi müdahale, ilaçla tedavi vb.) kaçınılmaz olarak hem farklı hizmet sunum biçimlerinin, hem de farklı maliyetlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Her ne kadar emek yoğun üretim biçimi olarak değerlendirilse de teknoloji kullanımının son yıllarda giderek arttığı sağlık sektöründe bu iki temel girdi ile birlikte diğer sağlık personeli ve ilaçlar arasındaki ikâme olanaklarının da varlığı göz önünde bulundurulduğunda sağlık sektöründe hizmet arzı ve maliyetler daha da önem kazanmaktadır.¹⁷

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı, planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin gördürülmesinden de sorumludur.

Sağlık hizmetlerinin, koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere dört amacı vardır;

¹⁷Çalışkan, a.g.m., s. 36.



Şekil 1.1. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar

Kaynak: Tengilimoğlu, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 2009, s.45.

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısı doğrultusunda sağlık önceliklerinin belirlenerek, koruyucu, önleyici ve sağlık düzeyini arttırıcı yönde yapılan çalışmaları içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini kişiyeye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere iki farklı grupta değerlendirmek mümkündür; kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; aile planlaması, kişisel hijyen, bağışıklama (bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama), sağlık eğitimi, yeterli beslenme, ilaçla koruma ve erken tanı olarak sayılabilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensupları tarafından yerine getirilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; bulaşıcı hastalıklara yol açan taşıyıcı canlıların denetimi, besin denetimi, çevre sağlığı, temiz içme ve kullanma suyu temini,

katı ve sıvı atık denetimi gibi konulardan oluşur. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülür.¹⁸

Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir. Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem-sıtma- trahom-frenge-cüzzam denetimi, erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleridir.¹⁹

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin hasta olmasını engelleyerek yaşam kalitesini artırılmasında ve olası maliyetlerin önlenmesinde önem arz etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamaları, kamu tarafından yapılan toplam sağlık harcamalarının sadece % 3,5'ini oluşturmaktadır.²⁰

Bu hizmetler topluma götürülmediği takdirde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlardan tüm toplum etkilenir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydası en çok olan sağlık hizmetleridir.²¹

Gelişmekte olan ekonomilerde şu anki sosyal öğeler üzerine yapılan kamu harcamalarının daha iyi sosyal sonuçlar oluşturduğu görülmüştür. Özellikle kamu sağlık harcamaları çocuk ölüm hızını, koruyucu sağlık harcamaları mortaliteyi azaltmış ve daha yüksek eğitim seviyesine ulaşmayı kolaylaştırmıştır. Bu arada gelişmekte olan ekonomilerde kamu eğitim harcamalarının eğitim ile ilgili sonuçlarına bir etkisinin

¹⁸ Nusret Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, 1985, Yayını No:2, Ankara, s.1.

¹⁹ Savaş Yıldırım, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT, Yayın No: 2350, 2004, s.12.

²⁰ 2006 Yılı Programı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2006.pdf>

²¹ Sevinç Tokalaş, “ Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2006, s.22.

olmadığı ve sağlık ile ilgili sonuçlara sağlık harcamalarının katkısının gelişmekte olan ekonomilerde gelir düzeyi yüksek ekonomilere göre daha az olduğu görülmektedir.²²

Koruyucu sağlık hizmetleri, Türkiye gibi hekim sayısının yetersiz olduğu ülkelerde genellikle tedavi hizmetleri ile birlikte uygulanmaktadır. Aile hekimi, kişiyi hastalıklara karşı korurken, hastalık durumunda da tedavi edebilmektedir. Son dönemde Türkiye’de, aile hekimliği sayesinde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik artmıştır.

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, uygulanan tedavinin yöntemine ve uygulama yerine göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak üç grupta ele alınır. Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastanın ilk başvurduğu sağlık personeli tarafından evde veya yataksız sağlık kurumlarında (sağlık ocakları, dispanserler vb.) ayakta uygulanan tedavidir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, ayakta tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda hastane ortamında yatarak uygulanan tedavidir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise, gelişmiş tıp teknolojisinin kullanıldığı tıp merkezlerinde ve özel ihtisas hastanelerinde uygulanan tedavidir.²³

1.2.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu hizmetin bireyi koruyamaması, tedavi edici hizmetin de bireyi sağlığına dönme yolunda tam bir sonuç vermemesi durumunda, bu tür hizmetler üçüncü bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.²⁴

Rehabilitasyon hizmetleri, yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde rehabilitasyon merkezleri “organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve

²² Fabrizio “Carmignani, The Impact of Fiscal Policy on Private Consumption and Social Outcomes in Europe and the CIS”, Journal of Macroeconomics, 2008, S.30, s.598.

²³ Gamze Dağlı, “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı” Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2006, Ankara, s.19.

²⁴ Dağlı, a.g.t., s.22.

yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum ve servisler” olarak tanımlanmaktadır.²⁵

1.2.3.1. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry E. Sigerist’in sağlığın temel dört görevini tanımlaması sırasında kullanılmıştır. Bu görevler;

- Sağlığın geliştirilmesi
- Hastalıkların önlenmesi
- Hastanın iyileştirilmesi
- Rehabilitasyondur.

Sigerist, iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlence anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardı suretiyle sağlığın geliştirileceğini ifade etmektedir.²⁶

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık eğitimi, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıktan korunma, sağlık sistemi ve işlevleri, sağlık sistemini kullanma ve sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ise birey ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır.²⁷

1.3. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Genel Özellikleri

Etkili sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır;²⁸

Kolay Kullanılabilirlik: Hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sunanlar açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay

²⁵ Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010, s.45.

²⁶ Tengilimoğlu, a.g.e, s.49.

²⁷ Kavuncubaşı, a.g.e., s.46.

²⁸ Kavuncubaşı, a.g.e. s.64.

kullanılabilirlik, “bireylerinin gereksinim duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve gereksinim duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilir”. Hizmeti sunanlar bakımından ise kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin (sağlık profesyonelleri), gereksinim duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve öteki sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir. Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlamak için aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir.

Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için aşağıdaki konular önem taşımaktadır.

- Mesleki yeterlilik

-Kişisel kabul edilebilirlik; hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Hizmetler, yeterliliği bulunan personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsa da, yeterli bilgilendirilmeme, personelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilirler.

- Kalitenin uygunluğu; verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite örgütleri tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır.

Süreklilik: Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için aşağıda verilen konular önem taşımaktadır.²⁹

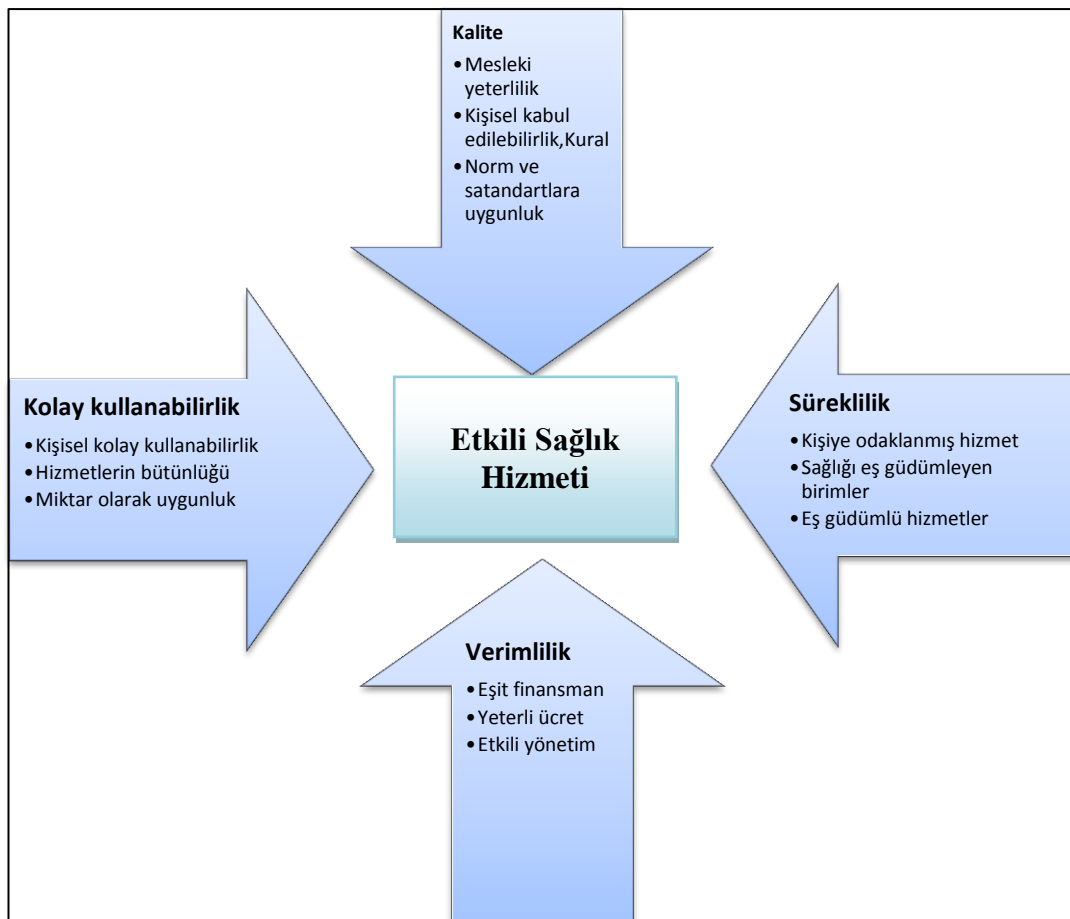
- Kişiyi odaklanmış bakım; amaç, kişinin sadece hastalığı ile ilgilenmek değil, onun sağlığını yükseltmek ve korumaktır. Bu nedenle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre edilmelidir.

²⁹ Kavuncubaşı, a.g.e., s.66-67.

- Eşgüdümleyici birimler; birey ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için, hizmet sunan örgütler arasında eşgüdümü, uyumlu çalışmayı sağlayan birimler oluşturulmalıdır.

- Eşgüdümlemiş hizmetler; sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak için sağlık örgütleri arasında eşgüdümün sağlanması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde eşgüdümü sağlamak için, bölgesel ve ulusal boyutta sağlık hizmetleri planlamasına ve organizasyonuna gereksinim duyulur.

Verimlilik: Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ussal kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır.³⁰

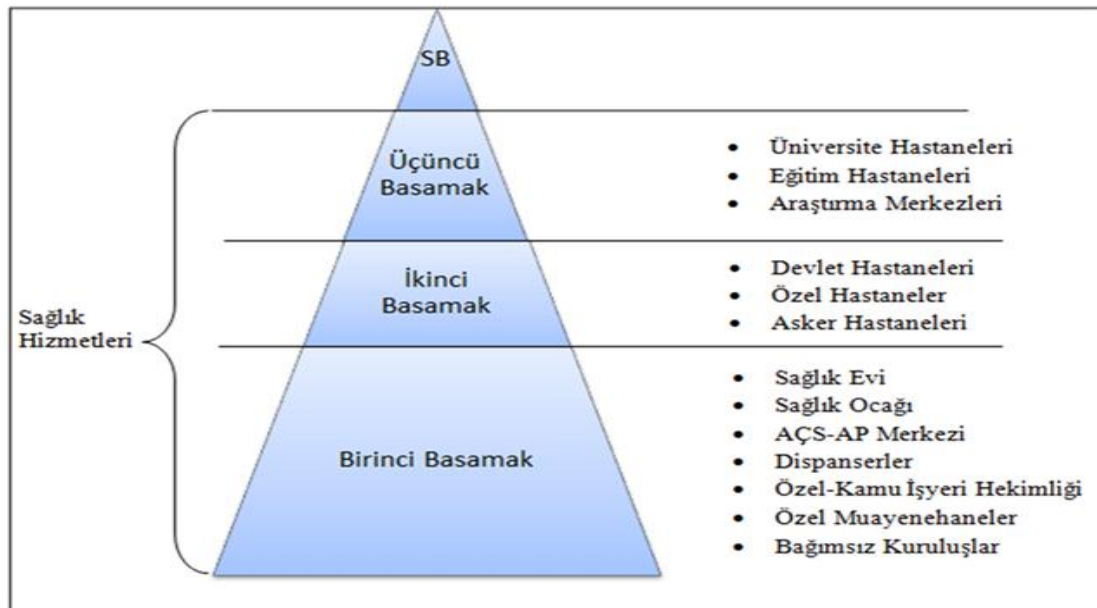


Şekil 1.2. Etkin Bir Sağlık Hizmetinin Genel Özellikleri

Kaynak: Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi s:65

³⁰ Kavuncubaşı, a.g.e., s.67.

Şekil 1.2. etkin sağlık hizmetlerinin genel özelliklerinin şematik bir gösterimidir. Adı geçen tüm özelliklerin bir arada olmasıyla sağlık hizmetlerinin etkinliği mevcut hâle gelebilir.



Şekil 1.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004, s.10

Piramidin birinci basamağındaki sağlık hizmetlerinin arzında görev alan sağlık üniteleri; sağlık evi/sağlık ocağı, AÇS-AP merkezi (ana-çocuk sağlığı), dispanserler, özel/kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlar bulunmaktadır. Bu sağlık birimlerinin görevleri temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleridir. İkinci basamak temel sağlık hizmetleri kapsamında, koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversite, belediye ve özel sektör kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bazı kurumlarda (askeriye gibi) kendi personeline yönelik sağlık hizmeti verilebilmektedir. Üçüncü basamakta, sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri için eğitim, araştırma yapan ve bilimsel araştırmalara göre hizmet arz eden kurumlar tarafından verilmektedir. Eğitim, araştırma ya da üniversite hastaneleri bu kurumlara örnek gösterilebilir. Üçüncü basamakta maliyetler diğer basamaklara göre daha yüksektir çünkü bu basamakta hizmet arz edenler yoğun

teknoloji ve yetişmiş sağlık elemanı kullandıklarında fon ihtiyacının en çok olduğu sağlık hizmetini üretmektedirler.³¹

1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimini, cumhuriyet öncesi dönem, cumhuriyet dönemi altında incelenebilir. Osmanlı döneminde sağlık örgütlenmesi, esas olarak başkentte (İstanbul’da) ve çevresinde yoğunlaşmıştır. Bu dönemde herkese ulaşabilen yaygın bir sağlık örgütünün bulunmaması temel sorundur. Savaşın hüküm sürdüğü dönemde, koruyucu hekimlik çalışmalarındaki eksikliğin doğal sonucu olarak salgın hastalıklar hızla yayılmış ve toplum hayatını tehdit edici boyutlar kazanmıştır. Osmanlı devletinde, tedavi hizmetleri esas olarak gönüllü kuruluşlar dışında, yerel yönetimlerce yerine getirilmekteydi ve devletin, ülkenin her alanına tedavi hizmeti götürecek geniş boyutlu altyapısı ve parasal olanakları yoktu.³²

Kurtuluş Savaşı yıllarında, dönemin en önemli sağlık sorunu olan, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için büyük çabalar harcanmıştır. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri ön plandadır. Tedavi hizmetleri ise, daha çok yerel yönetimlerce yerine getirilmektedir. Merkezi idarenin savaş ve yapılanma sorunlarına öncelik vermesi nedeniyle sağlık hizmetleri ikinci planda kalmıştır. Yoksul hastaların ücretsiz muayene ve tedavileri hükümet tabiplikleri eliyle yapılmaya çalışılmaktaydı.³³

Sınırlı ekonomik imkânlarla rağmen 1923-1950 döneminde, gerek tedavi edici gerekse koruyucu hekimlik alanında küçümsenemeyecek işler başarılmıştır. Birçok il ve ilçe merkezinde “numune hastaneleri”, “doğum ve çocuk bakımevleri” ve dispanserler açılmıştır. Kuduz, frengi, lepra, sıtma, verem, çiçek vb. bulaşıcı hastalıklarla zamanın koşulları oranında etkili bir mücadele yürütülmüştür. 1923-1925 arasında Anadolu’nun bazı bölgelerinde %70’e varan sıtma oranı 1940’larda %10-11’lere kadar

³¹ Muharrem Mecit GÜRBÜZ, “Sağlık - Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisi için Ekonometrik Bir Analiz”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli, 2010, s.27.

³² Gamze Dağlı, “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı” Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) 2006, Ankara, s.52.

³³ Dağlı, a.g.t., s.53.

düşürülmüştür. Büyük sayıda çocuk ölümlerine neden olan çiçek, etkili bir aşı kampanyasıyla, büyük oranda denetim altına alınmıştır.³⁴

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır.³⁵

1961 yılında, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) kabul edilmiştir. Bu kanun, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu kanunda, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’nin oluşturulmasına öncülük etmiştir. Bu kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz ya da kısmen ücretsiz sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir. Finansman, sağlık hizmeti için yapılan sigorta ödemelerinden ve hükümet bütçesinden yapılan tahsislerle sağlanmıştır. (Burada amaç, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerini genişletebilecek bir altyapının geliştirilmesini üstlenmek ve herkesin bu altyapıya kolayca erişmesini sağlamaktır). Sağlık ocakları – önceki dönemde kurulan – kavramı, köy düzeyindeki sağlık ocakları ile birlikte bölge hastanelerini de kapsayacak şekilde daha da genişletilmiştir. Ancak, bu tür bir genişlemenin gerektirdiği büyük miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır. Kaynakların çoğu personel giderlerine tahsis edilmiş ve hizmet vermek için gerekli olan altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar geri planda kalmıştır. 1963 yılında, ilk kez, beş yıllık kalkınma planında sağlığa yer verilmiştir. Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şunlardır:

- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması,
- Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması,
- Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi

³⁴ Karabulut, a.g.t., s.11.

³⁵ Recep Akdağ, “İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Ankara, 2008, s.13.

- GSS'nin kurulması,
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması.³⁶

Daha sonraki yıllarda çok tartışılacak olan GSS'den ilk kez bu tarihlerde bahsedilmiştir. 1967 yılında GSS Kanununa ait bir tasarı hazırlanmış ancak Hükümete sunulmamıştır. 1969'daki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında GSS yine öngörülmüş, 1971 yılında ise, bir GSS tasarısı Parlamente'ye sunulmuş ancak reddedilmiştir. 1974 yılında Parlamente'ye yeniden sevk edilmiş ancak görüşülememiştir.³⁷

Zamanla değişen ekonomik politikalara bağlı olarak, devletlerin sağlık hizmetlerinde aldığı rol ve sorumlulukların da değiştiği görülmektedir. Sosyalist sistemin uygulandığı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ağırlıklı olarak devletin sorumluluğundayken, kapitalist sistemin uygulandığı ülkelerde ise devletin bu hizmetlerin sunumu finansmanındaki rolü dönemsel olarak farklılıklar görülmektedir. Kapitalist ülkelerde, özellikle II. Dünya Savaşı sonrası "refah devleti" döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devletlerin ağırlıklı olarak rol almaya başladıkları görülmektedir. Farklı dönemlerde ortaya çıkan ekonomik bunalımlar, liberalizme karşı bir güvensizliğin doğmasına sebep olmuş ve bu güvensizlik sonucu ortaya çıkan yeni arayışlar refah devletini doğurmuştur. Kendisi kapitalist olan ancak sosyal reformizmin öncüleri arasında sayılan Keynes, önerdiği politikalarla kapitalizmin sosyal reformunu sağlamış ve refah devletinin doğuşuna öncülük etmiştir. 1945'li yıllardan itibaren dünyada uygulanmaya başlanan Keynesyen politikalarla birlikte, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere, hemen hemen her ülkede sosyal güvenlik ve sağlık harcamaları sürekli artış göstermiştir.³⁸

Sağlıkta global reform hareketinin temel unsurlarına geçmeden önce reform kavramının tanımlanması gerekmektedir. Reform, en genel anlamıyla, sağlık sisteminin performansını geliştirmek için yapılan anlamlı ve amaçlı değişiklikler olarak tanımlanabilir. Bir ülkenin sağlık politikalarını ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik

³⁶ OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, TÜRKİYE, ss.32-33
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> (17.03.2012)

³⁷ Yusuf Çelik-Yuanli Liu, Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları, <http://suvak.org.tr/kitap-1-turkce.pdf> (13.03.2012), s.9.

³⁸ İbrahim Sevim, "1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi" Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2006 s.1.

faaliyetlerin tümü sağlıkta reform kapsamına girer. Sağlık reformu; önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve politikaların uygulanacağı kurumlarda reform yapılmasını kapsar. Reformun temel özellikleri ise, sürdürülebilir olması, belirli bir amaca yönelik olması ve temel değişiklikleri içermesidir. Sürdürülebilir olması, bir defalık ve geçici politikaları içermemesini, amaçlı olmasını, planlı rasyonel ve kanıta dayalı bir süreçten geçmesini; temel değişiklikleri içermesi ise sağlık sisteminin önemli ve stratejik boyutlarını içermesini gerektirmektedir. Sağlık sektöründe reform arayışının temel nedenleri şu şekilde sıralanabilir.³⁹

- **Artan Maliyetler:** Dünyanın her yerinde sağlık hizmeti sunmanın maliyeti hızla artmaktadır. Bunun nedenleri arasında nüfusun hızla yaşlanması, kronik hastalıkların artması, yaşam tarzı olumsuzlukları ve hızla gelişen yeni teknoloji sayılabilir.
- **Artan Beklentiler:** Sağlıkta teknolojinin hızla gelişmesi, daha yeni, ileri teknoloji gerektiren pahalı hizmetleri kullanma eğilimi her ülkenin deneyimleri arasında yer almıştır. Haberleşme olanakları, yeni ve pahalı teknolojinin tüm dünyaya hızla yayılmasını sağlamıştır. Demokrasinin değişen derecelerde bir çok ülkede gelişmesi, daha aktif, talep eden ve zorlayan vatandaşları da harekete geçirmiş ve bu teknolojinin dünyanın her ülkesinde çok kısa sürede kabulünü ve kullanımını zorunlu kılmıştır.
- **Politik Baskılar:** Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ekonomik krizler sağlık harcaması kapasitesini sınırlamıştır. IMF ve WB, aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alındığı üzere, sağlık politikaları üzerinde önemli rol oynamaya başlamıştır. Bu dönemde, Sovyetler Birliği'nin dağılması ile birlikte ortaya çıkan yeni devletlerin sağlık sektörlerini global reform hareketiyle uyumlaştırma çabaları ve devletin ekonomi içindeki rolünü sorgulayan ideolojik değişim politik baskıların temelini oluşturmuştur.

Özetle; sağlık harcamalarının her ülkede hızla artması, teknoloji ve bilginin gelişmesi ile birlikte sağlık sektöründen artan beklentiler, WB'nın özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan rolü ve dünyada yaşanan ideolojik değişim çerçevesinde özel sektörün sağlık sektöründeki rolünün yeniden tanımlanması, sağlık sektörü ile ilgili olarak yapılan düzenlemelerin altındaki temel nedeni oluşturmuştur. Her ülkenin sağlık sisteminin özelliklerine göre, ayrıntıda farklılaşmakla birlikte, reformların ortak temaları aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

³⁹ Mehtap Tatar, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri", Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2007, Ankara, S.1, s.156-158.

- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması,
- Özel sektörün sağlıkta rolünün artırılması,
- Sağlık sigortasının kapsamının genişletilmesi,
- Politika önceliklerinin belirlenmesi ve kaynak tahsisi sürecinde maliyet etkililik analizinin kullanımı,
- Desantralizasyon,
- Sağlık sektöründe rekabet olanaklarının genişletilmesidir.⁴⁰

1990'lı yıllardaki bu gelişmelerin başlangıç noktası ya da gelişmelere yön veren en önemli girişim, WB'nın 1993 yılında yayınladığı Dünya Kalkınma Raporu olmuştur. (World Bank, 1993)

WB raporunda özellikle gelişmekte olan ülkelere sağlık sistemlerinde iyileştirme yapabilmeleri için aşağıdaki üç yaklaşımı benimsemelerini önermiştir:

- i. Yoksulları hedef alan politikaları benimseyerek ve maliyet-etkili sağlık harcamalarına yönelerek sağlığı geliştirecek bir çevre yaratmak,
- ii. Kaynak tahsisinde verimliliği ve teknik verimliliği geliştirerek devletin sağlık harcamalarını iyileştirmek,
- iii. Verimliliği artırmak için, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devleti rolünü azaltarak piyasa mekanizmasının işleyişine daha fazla dayanmak ve rekabeti teşvik etmek.

WB 1990'lı yılların başında, IMF ile birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık reformlarının gündeme gelmesinde baş aktör olmuştur. Bunun temel nedeni, bu dönemde gelişmekte olan ülkelerde devletlerin artan borçlarını kontrol altına alabilmek için IMF'nin önerdiği yapısal uyum programlarının uygulamaya konmasıdır. Yapısal uyum programlarının ana teması, kamu harcamalarının kısılması olmuş, bu da dikkatlerin bu tür harcamaların en yaygın olduğu sosyal sektörlere çevrilmesine neden olmuştur. Sağlıkta reform hareketi sadece gelişmekte olan ülkelerle sınırlı kalmamış benzer temalarla gelişmiş ülkelerle de gerçekleşmiştir. Avrupa'daki birçok ülke hasta tercihini artırma amacıyla, rekabet ve özel hizmet sunucularını geliştirmeye yönelik

⁴⁰ Mehtap Tatar, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri", Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2007, Ankara, S.1, ss.156-158

piyasa ağırlıklı reformları kendi sağlık sistemleri içinde geliştirmeye başlamışlardır. Ancak 1990'ların ortalarına gelindiğinde sağlıkta piyasa mekanizmasının işleyişinde karşılaşılan sorunlar İngiltere, İsviçre ve Hollanda gibi ülkelerde reformların yeniden gözden geçirilmesi ve yeni kontrol mekanizmalarının uyarlanmasıyla sonuçlanmıştır.⁴¹

Beşeri sermaye, bir ülkenin kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve dolayısıyla ekonomisinin sürdürülebilir bir büyüme içinde olması ve kalkınması için zorunludur. Beşeri sermayenin en temel unsurlarından biri sağlıktır. Her insanın kanunlarla garanti alınan temel hakkı olmasının yanı sıra verimli işgücünün üretimi ile ekonomik büyümeye katkıda bulunan “sağlık”, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gündeminde ön sırayı almaktadır. Ülkemizde de, sağlığın korunmasını ve iyileştirilmesini amaçlayan sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl gerçekleşeceğine yön veren sağlık politikaları büyük bir öneme sahiptir. 2002 yılında ilan edilen Acil Eylem Planı'nda “Herkesin Sağlık” başlığıyla, sağlık alanında yıllardır hazırlıkları yapılan fakat uygulamaya konulamayan reformların temel prensipleri belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, SDP'yi uygulamaya başlamıştır.⁴²

Türkiye’de 2003 yılı öncesinde sağlıkla ilgili temel problemler aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- Diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında özellikle bebekler ve çocuklarla ilgili sağlık göstergeleri oldukça düşüktür.
- Bölgeler arasında sağlık göstergeleri açısından önemli eşitsizlikler söz konusudur. Bu eşitsizlikler kırsal kentsel alanlar arasında ve sosyoekonomik düzeyler arasında da bulunmaktadır.
- Nüfusun önemli bir bölümünün sosyal güvenlik kapsamı dışında kalması ve kapsam dışında kalanların aynı zamanda sosyoekonomik düzeylerinin ve sağlık statülerinin düşük olması önemli bir problemdir.
- Hizmet sunumunun ve finansmanının parçalanmış yapısı verimsizliklere ve gereksiz tekrarlara neden olmaktadır.

⁴¹ Mehtap Tatar, a.g.e., s.156.

⁴² Seher Nur SÜLKÜ, “Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunum, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları” Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011, Yayın No:2011/414, Ankara, s.3.

- Hem makro hem de mikro düzeyde yönetim kapasitesindeki eksiklikler, hem Sağlık Bakanlığında hem de sağlık kurumlarında yaşanan yönetsel verimsizlikler, hastane yönetimi, sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı gibi alanlarda yetişmiş eleman kapasitesinin artırılmasını gerekli kılmaktadır.
- Kamu ve özel sektör arasında kaynakların ve hastaların düzensiz akışı, kamu kaynaklarının özel sektör amaçları için harcanmasına neden olmaktadır. Ayrıca, özellikle toplumun yoksul kesimlerinde sağlık hizmetlerine erişim için önemli ölçüde informal ödeme yapılmaktadır.
- Sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili önemli problemler bulunmaktadır, nüfusun önemli bir bölümü sağlık güvencesinden yoksundur. Ancak bundan da önemlisi erişim ile ilgili problemler, sağlık güvencesine sahip nüfus için bile sağlık hizmetlerinde tam bir kapsama sağlayamamakta, eksik sigortalılık olgusunu ortaya çıkarmaktadır.
- Kamu sağlık sistemi içerisinde sevk sisteminin iyi işlememesi özellikle hastane hizmetlerinin gereksiz kullanımına neden olmakta, hastane poliklinikleri, üniversite hastaneleri de dâhil olmak üzere çok basit hastalıklar için bile birinci basamak sağlık düzeyi olarak hizmet vermektedir.
- Sağlık insan kaynaklarının bölgeler arasında dengesiz dağılımı, özellikle hekimlerin kentsel alanlarda yoğunlaşması, hizmetlere erişimi olumsuz yönde etkilemektedir.⁴³

2002 yılı genel seçimleri ardından iş başına gelen 58. Hükümet 3 Ocak 2003 tarihinde “Acil Eylem Planı” adı altında öncelikli yapacaklarını açıkladı. Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59. Hükümet Programı’nda bu acil eylem planına sadık kalınarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde aşağıdaki ana başlıklar sayılmaktadır.

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,

⁴³ Mehtap Tatar, a.g.e., s.156.

- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve ocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının zendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada ncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında da e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi yer almaktadır.⁴⁴

Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerine de bakılırsa;

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan GSS,
- Yaygın, erişilebilir sağlık hizmeti,
- Gclendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
- Etkili, kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip “sağlık işletmeleri”,
- Motivasyonu yüksek sağlık personeli,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme kullanımı,
- Sağlık bilgi sistemi⁴⁵ olarak sıralanabilir.

2012 yılında dokuz senelik sürece kısaca göz atılırsa; birçok sorunun zme kavuştuğunu, hl devam eden aksaklıklarla birlikte sürecin tamamlanmadığı söylenbilir.

⁴⁴ Sedat Bostan, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri zerindeki Değişim Etkisi” Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Trabzon, 2009, s.25.

⁴⁵ Bülent Gümüşel, Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf> (08.02.2012)

1.5. Sağlık Ekonomisinin Tanımı

Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi, bir başka deyişle sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizidir. Bu sektöre bakışımız iki farklı yaklaşıma dayanabilir: Birincisi pozitif yaklaşımdır. Bu yaklaşım anlamaya, aydınlatmaya yöneliktir, neden-sonuç ilişkilerini araştırır. Değer yargılarından olabildiğince bağımsızdır. İkincisi ise normatif yaklaşımdır, değer yargılarına, hakkaniyet anlayışına, politik bakışa bağlıdır, tercih ortaya koyar. Sağlık politikasını belirlerken her iki yaklaşımdan yararlanılacağı açıktır. Sağlık ekonomisi pozitif yaklaşıma dayanır. Öncelikle şu gibi sorulara yanıt arar: Bir toplumda sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılıyor ve neden? Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar farklı sağlık hizmetleri arasında nasıl dağılıyor ve neden? Sağlık hizmetlerinden kimler yararlanıyor? Sağlık hizmetleri nasıl üretiliyor? Sağlık hizmetleri nasıl finanse ediliyor? (Maliyet nasıl karşılanıyor?) Sağlık hizmetlerinin üretiminde kaynaklar etkin kullanılıyor mu? Etkinlik nedir ve nasıl ölçülür? Sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyine etkisi nedir? Öncelikler nasıl belirleniyor? Pozitif yaklaşımla yukarıdaki sorulara bulacağımız yanıtlardan yararlanarak sosyal, politik, kültürel normlarımıza, değerlerimize uygun düşen tercihlere ulaşabiliriz. Sağlık politikasının belirlenişi hem pozitif, hem normatif yaklaşıma dayanacaktır. Ancak, burada pozitif yaklaşımın rolü önceliklidir, çünkü neden-sonuç ilişkilerinin ve değerlendirme ölçütlerinin yeterince aydınlatılmadığı durumlarda normatif yaklaşımın temelsiz kalması, hatta öngördüğü hedeflerle çelişen öneriler getirmesi kaçınılmazdır.⁴⁶

Sağlık ekonomisi genç bir bilim dalıdır. Amacı sağlıkla ilgili konuları ekonomik bir bakış açısıyla ele almaktır. Bu bağlamda sağlık piyasaları arz ve talep yapısı, finansman, ilaç, sigorta, teknoloji, hastane, organ ve personel piyasalarını inceler ve bu piyasalarda en iyi çıktının elde edilmesi yollarını araştırır. Belirtilen piyasalar içinde meydana gelen faaliyetlerin boyutunun genişlemesi, sağlık harcamalarının hızla yükselmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri sahip olduğu dışsallık ve kamusalılık

⁴⁶ Emine Kılıç, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz”, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Niğde, 2008, s.11.

gibi özellikleri yanında, beşeri sermaye yatırımlarının bir unsuru olması nedeniyle de kamu kesiminde varlığını korumaktadır.⁴⁷

Sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesinin arkasındaki en önemli nedenlerden biri de sağlık sektörünün her toplumda kaynaklar üzerindeki baskısının artması ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların göz ardı edilemeyecek bir bölümünün bu sektörde kullanılmasıdır. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve sürekli artış 1980'lerden sonra her toplumun önemli bir problemi olmuş, bu nedenle kaynakların kullanım alanlarının önceliklendirilmesi ve bu kaynakların kullanım şekillerinin ve sonuçlarının analiz edilmesi önem kazanmıştır. Sağlık ekonomisi genel olarak, karar vericilere tercihlerini yaparken yol göstermeyi amaçlamakta ve kıt kaynakların kullanımının önceliklendirilmesinde kanıta dayalı bilimsel veriler sunmayı hedeflemektedir.⁴⁸

Her sağlık hizmeti programı, kullanılan kaynaklar bileşimi (maliyet) sonucu, insan sağlığının gelişimini (kazanım) amaçlar. Sağlık ekonomisi araştırmaları bu iki etmen, yani maliyet ve kazanım arasındaki dengeyi hesaplamaya çalışır.

Maliyet üç biçimde oluşur:

1. Yatırım, işletme, hastanın harcaması gibi giderlerle oluşan doğrudan,
2. Üretim kaybı ile ortaya çıkan dolaylı,
3. Duyulan bedensel rahatsızlıkla ilgili somut olmayan maliyet

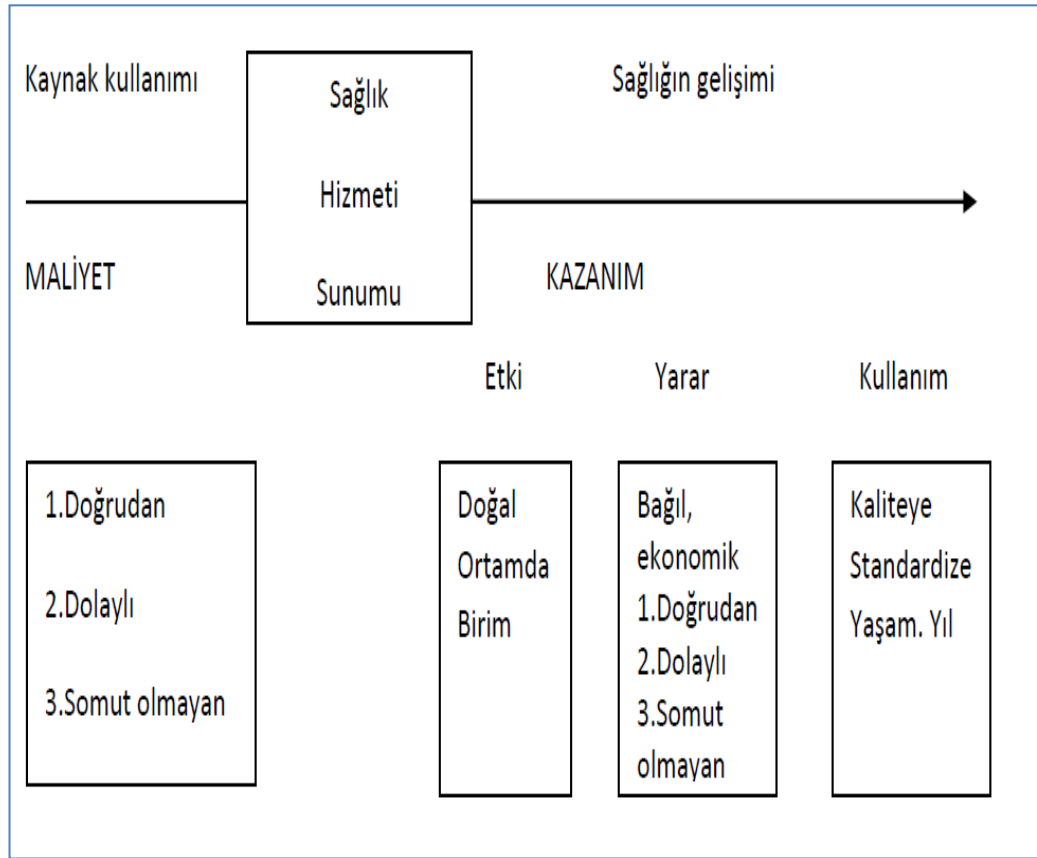
Kazanım da üç temel biçimde ortaya çıkar:

1. Etki: Doğal ortamdaki birim değişimi ile ölçülür. Kan basıncındaki düşme gibi.
2. Yarar: Uygulanan yöntem bağıl ekonomik yararlıdır ve üç biçimde oluşur:
 - Birey ve toplumdaki doğrudan sağlık gelişimi,
 - Üretim artışı sonucu dolaylı gelişme
 - Somut olmayan gelişimler.

⁴⁷ Abdülkadir Işık, "Sağlık Ekonomisi Nedir?", İktisat İşletme ve Finans Dergisi Sayı 170, Ankara, 2001 s.76.

⁴⁸ Mehtap Tatar, Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel bir Değerlendirme <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59>, s:2, (09.01.2012).

3. Kullanım: Sağlık hizmetiyle oluşan "değer" leri ve kaliteyi içerir. Genellikle kaliteye standardize yaşam yılı biçiminde oluşur.⁴⁹



Şekil 1.4. Sağlık Ekonomisindeki Denge Oluşumu

Kaynak: Kalkan, O., Sağlık Ekonomisi Araştırmaları

<http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014#04> (28.03.2012)

1.5.1. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

Ekonomi bilimi, sınırlı kaynaklarla sınırsız insan ihtiyaçlarını en etkin ve eşitlikçi bir şekilde karşılamayı hedeflemektedir. Bu nedenle ekonomik modellemelerin değere bağlı bir sistem kurmada yeri kaçınılmazdır. Zaten teknik bir konu olan ekonomi bilimi, sağlık gibi kompleks bir konuyla birleşince, analizlerin derinliği daha da artmaktadır. Sağlık ekonomisinin bugün ayrı bir dal olarak okutulması ve son zamanlarda matematiksel ekonomistlerin gözdesi olmasının olası nedeni de budur.

⁴⁹Orhun Kalkan, Sağlık Ekonomisi Araştırmaları,
<http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014#04> (09.01.2012).

Herkes için paha biçilmez bir değer olan “sağlık” için bir değer biçmek ve bu değere dayanan bir sistem kurmak, en başta ABD olmak üzere tüm ülkelerin güncel problemi olarak gözükmektedir.⁵⁰

Sağlık ekonomisi neden ayrı bir disiplin olarak gelişmiştir? Bu sorunun cevabı, genel olarak sağlığın bir kavram olarak kendine özgü özellikleri ve sağlık hizmeti sunanlarla hizmeti alanların davranışlarının diğer sektörlerde görülmeyen özellikleri ile yakından ilişkilidir. Tam rekabet koşullarının işleyebildiği piyasalarda mal ve/veya hizmeti sunanlarla satın alanların karşılaştığı ve iki tarafın da memnun olduğu noktada mal ve/veya hizmetin fiyatı belirlenir. Ancak bu etkileşimin gerçekleşebilmesi için olmazsa olmaz bazı şartlar bulunmaktadır. Sağlık sektöründe bu şartlar her zaman oluşmadığı için bu sürece müdahale etmek gerekmektedir. Aksi takdirde hem bireysel hem de toplumsal gereksinimleri en iyi şekilde kullanmak, öncelik kararlarını doğru vermek ve kaynakları en iyi şekilde kullanmak mümkün olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin bu özellikleri; risk ve belirsizlik, dışsallıklar, kamu malı olma özelliği, pazara girişte kurallar ve ölçek ekonomisinin varlığı olarak özetlenebilir. Tüm bu özellikler içinde sağlığı diğer sektörlerin genelinden ayıran en önemli özellik arzın talep yaratabilmesi özelliğidir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki çoğu sektörde benzeri olmayan bir şekilde işlemekte ve sağlık piyasasında arz kendi hizmeti için talep yaratabilmektedir. Bu durumun temel nedeni ise doktor ile hastası arasındaki bilgi asimetrisidir. Hastaların tıbbi bakımın etkililiği, kalitesi ya da tedavi almanın veya almamanın etkileri üzerindeki bilgilerinin sınırlı olması, sağlıkları ile ilgili tüm kararları doktora devretmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bir başka ifade ile arz, talebin yerine kendi hizmetleri için karar verme yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmaktadır (aracı-vekil ilişkisi).⁵¹

Artan yaşam süresi beklentisi, ilaca erişimin yaygınlaşması ihtiyacı, yeni ve gelişmiş tedavi yöntemlerinin maliyetlerindeki artış sağlık ekonomisinin karar alma süreçlerinde değerlendirilmeye alınmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık ekonomisi

⁵⁰ Onur BAŞER, Değere Bağlı Sağlık Sistemi, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-2/64-degere-bagli-saglik-sistemi>, (23.11.2011).

⁵¹ Mehtap Tatar, Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel bir Değerlendirme, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59> (03.01.2012).

biliminin karar alma sürecinde daha etkin biçimde kullanılması şeffaflığı artıracak, efektif kararların alınması optimum faydayı sağlayacaktır.

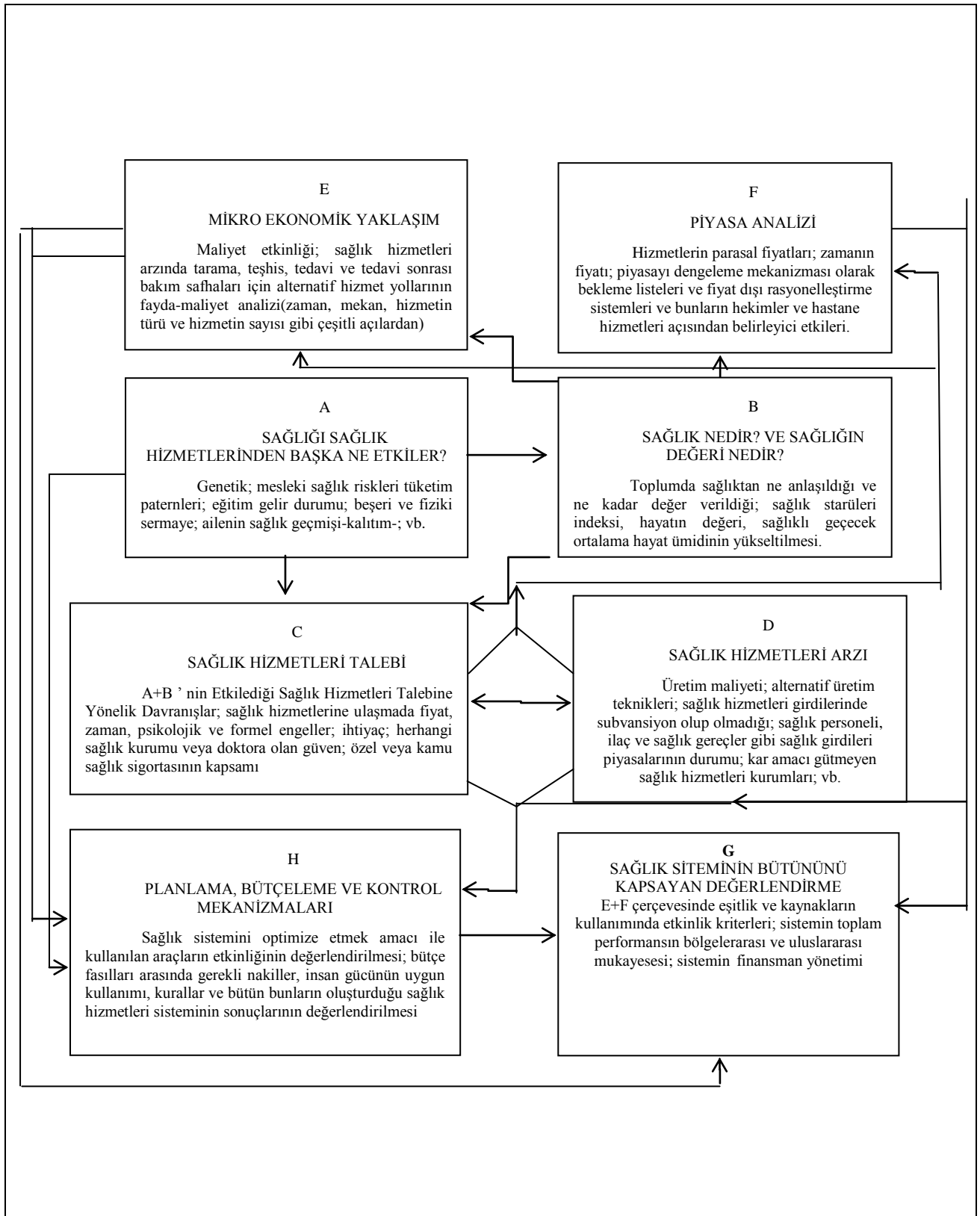
Üretilen ürün ve hizmetlerin bir kısmı insanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olmasını sağlarken bir diğer kısmı sakatlık ve hastalık halinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır. Diğer bir bakış açısı ile değerlendirilecek olursa; insan, üretilen ürün ve hizmetlerin ya doğrudan tüketicisi ya da tüketilmesi için aracı konumundadır. Sağlıklı yapısı bozulduğunda bu ürün ve hizmetlerin bir kısmının tüketimi azalacaktır. Bu tamamen, iktisadi açıdan insanın ve dolayısı ile insan sağlığının önemi anlamına gelmektedir.⁵²

Sağlık ekonomisinin kapsadığı çok geniş alandaki faaliyetleri sistematik bir şekilde ele almak bu konuda çalışan bilim adamlarının öncelikli olarak üzerinde durduğu teorik konuların başında gelmektedir. Culyer, Williams, Maynard⁵³ bu alanın en önde gelen isimlerindendir ve sağlık ekonomisinin temel elemanlarını aşağıdaki şekilde sistematik olarak göstermişlerdir. Şekil 1.5, sağlık ekonomisinin temel elemanlarını içermekte ve ekonomi bilimine ait terminolojinin sağlık hizmetlerinde nasıl kullanıldığını göstermektedir. Şekil sadece sağlık ekonomisinin temel konularını göstermekle kalmamakta, aynı zamanda aralarındaki ilişkiye de değinmektedir.⁵⁴

⁵² Hasan AYYILDIZ- Kürşat ÖZKAN, “Türkiye İlaç Endüstrisi Satış Tahmini Araştırması”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 2011, c.6 S.1, s.71-102.

⁵³ Alan Williams, Culyer, A.J., Maynard. vd., Being reasonable about the economics of health., 1997.

⁵⁴ Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri, İstanbul, 1998, a.g.e., s.24.



Şekil 1.5. Sağlık Ekonomisinin Temel Öğelerinin Şematik Gösterimi

Kaynak: Alan Williams, Culyer, A.J., Maynard. Vd., Being reasonable about the economics of health., 1997, s.46, aktaran: Kurtulmuş, a.g.e., s. 25.

Şekil 1.5. sağlık ekonomisinin temel kavramlarını, ekonomi terimlerinin sağlık hizmetlerine uyarlanışını gösterir. Konuların önemlilik derecesine göre ok yön almaktadır. Merkezdeki ilk dört kutucuk (A, B, C, D) sağlık ekonomisinin temel işleyiş prensiplerini ve tetikleyicilerini incelerken periferdeki son dört kutucuk ise (E, F, G, H) ilk dört kutucuğu önemli hale getiren uygulama alanlarını göstermektedir. Ayrıca ilk dört kutucuk daha öznel, subjektif verilere ağırlık vermiş periferdeki son dört kutucuk ise (E, F, G, H) standartlara dayalı, nesnel konuları kapsamaktadır. Her kutucuk birbiriyle bağlantılı yani ilişkilidir. Sağlık hizmetleri sağlık arzı ve talebiyle başlar. İncelemek gerekirse D kutucuğunda sağlık hizmetleri, arz etkinliği konu alınıp sağlık hizmetleriyle ilgili çeşitli savlara değinilmiştir. Bunların bazıları sağlık hizmetlerinde maliyetler, sağlık hizmetleri işgücü, ilaç piyasası, sağlık kuruluşlarıdır. Ayrıca sağlık ekonomisinin karmaşık yapıdaki ilişkilerine değinilmiştir. Sağlık hizmetlerinin arzını diğer mal ve hizmet arzlarıyla karşılaştırdığımızda en büyük farkın piyasaya giriş amacı olduğu görülecektir.

Sağlık hizmetlerinin arzı ile ilgili bütün bu hususlar göz önüne alınırsa, diğer mal ve hizmet üretimlerinden oldukça farklı, karmaşık bir piyasanın ortaya çıktığı görülecektir. Örnek olarak diğer piyasalarda mal ve hizmetlerini piyasaya arz edenlerin tamamı maksimum kâr elde etmek amacıyla piyasaya girerken, sağlık alanında devlet veya üçüncü sektör olarak vakıflar, dini cemaatler, yerel yönetimler, çeşitli dernekler gibi hükümet dışı kuruluşlar (non-governmental organizations) hiçbir kâr amacı gütmeksizin aynı piyasalara hizmetlerini arz etmektedir. Tüm bu karmaşık yapısına rağmen karşımıza diğer piyasalardan farklı bir “sağlık endüstrisi” çıkmaktadır. Sağlık endüstrisi; sadece özel ve resmi hastaneler ve klinikler gibi belirli kuruluşların değil, aynı zamanda sosyal hizmetler, yaşlıların ve çocukların korunması gibi alanlarda faaliyet gösteren diğer kurumların (İngiltere gibi bazı ülkelerde olduğu gibi belirli bir anlaşma ile çalışan bağımsız acentalar da dâhil olmak üzere) temel ilaçları ve tıbbi gereçleri üreten firmaların olduğu karmaşık bir mal ve hizmet arzı ağıdır.⁵⁵

⁵⁵ Alan Williams, Culyer, A.J., Maynard. vd., Being reasonable about the economics of health., 1997, s.46, aktaran: Kurtulmuş, a.g.e., s. 25.

Sağlık hizmetlerinde talep konusuna C kutucuğunda değinilmiş ve diğer piyasalarda talebin belirlenmesinde rol oynayan sahip olma isteği ve fiyatı ödeyebilme isteğinin yerine sağlık hizmetleri piyasasında talebin şekillenmesinde ihtiyacın rol oynadığına değinilmiştir.

1.5.2. Sağlık Ekonomisinin Gelişme Nedenleri

Ekonominin temel gelişme nedenlerinden en önemlisi, kıt kaynakların sınırsız insan ihtiyaçlarına göre dengelenmesidir. Buna paralel olarak, sağlık ekonomisinin gelişme nedenlerinin temeli de her geçen gün artan önlenemez sağlık harcamalarının verimli bir şekilde bütçeye uyarlanmasıdır. Ayrıca sağlık ve sağlık hizmetlerinin kendilerine özgü bir takım özelliklerinin olması temel ekonomik kuramların sağlık hizmetlerinin tümü için geliştirilemeyeceğini ortaya koymaktadır.

Sağlık ekonomisinin ayrı bir branş olarak gelişmesine neden olan faktörler şöyle sıralanabilir:

- a. GSYH'den Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Payın Sürekli Artması:** Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artması, GSYH'den ayrılan payın da artmasına neden olmuştur. Bu durum da sağlık ekonomisinin ayrı bir bölüm olarak gelişip araştırılmasında rol oynayan en önemli faktörlerden biridir.
- b. Sağlık Arzının ve Talebinin Belirsizliği:** Sağlık hizmetlerinde talebin ne zaman ve ne ölçüde ortaya çıkacağı bilinemez. Aynı şekilde arzda da bir belirsizlik söz konusudur.
- c. Asimetrik Bilginin Varlığı:** Hizmet talebinde bulunanlar kendilerine arz edilen hizmeti karşılaştırma yetisine ve bilgisine sahip değillerdir. Tamamen hizmet arz edene güven duyulması zorunluluğu vardır.
- d. Kâr Amacı Gütmeyen Kurumların Varlığı:** Yatırımcılar kârlarını maksimize edecek projelere kaynaklarını aktarırken sağlık sektöründe temel amacı kâr olmayan kuruluşlar da mevcuttur.
- e. Sağlık Piyasalarında Dışsal Faktörler Mevcuttur:** Dışsal bir faktör, ferdin ya da firmanın diğerleri üzerinde ilave maliyetler getirici ya da mevcut faydalarını azaltıcı faaliyetlerde bulunduğu ve bu ilave maliyetleri veya faydanın azalmasını direkt

olarak telafi edecek uygun bir yöntemin bulunmaması halinde ortaya çıkmasıdır. Sağlık hizmetlerini etkileyen dışsal faktörlerin varlığı kendi fayda ve kârını maksimize etme çabası içinde olan bireylerin ve firmaların sosyal optimumu sağlayacak kararlar verememesine neden olmaktadır. Etrafa duman yayan bir fabrikanın diğer insanlar üzerinde oluşturduğu hava kirliliğinin maliyetleri ya da bulaşıcı bir hastalığa karşı aşı veya tedavi olmaya karar veren bir ferdin topluma sağladığı fayda sağlık piyasası ile ilgili dışsal faktörlere tipik örnekler olarak gösterilebilir.⁵⁶

- f. Sağlık Hizmetleri İkame Edilemez ve Geciktirilemez:** Ekonomik piyasalarda ikame mal ve hizmetler diye isimlendirilen, tüketicinin talebini büyük ölçüde benzer şekilde karşılayan mal ve hizmetler bulunmaktadır. Sağlık piyasasında ikame hizmetler söz konusu değildir. Örneğin sağlık çalışanı hastasına kalça protezi yüksek maliyetli diye bu hizmetin yerine daha düşük maliyetli olan alçı uygulaması yapamaz. Bu durum sağlık hizmetlerinin ikame edilemez olduğunun bir örneğidir.
- g. Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyon Zayıftır:** Ekonomik olarak kabul edilen yaygın bir yaklaşıma göre, ideal bir rekabet piyasasında fiyatlar üretimin marjinal sosyal maliyetlerini yansıtmaktadır. Yani, tüketiciler marjinal değerini marjinal üretim maliyetini aşması halinde söz konusu ürünü satın alırlar. Ancak sağlık piyasasında fiyatların oluşması ile marjinal sosyal maliyetler arasında çoğu zaman herhangi bir korelasyon söz konusu değildir.⁵⁷
- h. Sağlık Harcamalarının Yatırım Özelliği:** Sermaye, her üretim işleminde, diğer üretim faktörleriyle birlikte önemli rol oynar. Yatırım ise sermaye malına ilaveleri ifade eder. Bu ilavelerin gelecekte sağlayacağı hizmet akımı üretimi arttırma gücü taşır. Bu açıdan bakıldığında, sağlık harcamalarının yatırım niteliği taşıdığı üzerinde kolaylıkla anlaşılabilir. Üretimde aktif rol üstlenen bireyler, elde ettikleri sağlık hizmeti sonunda üretim sürecine daha verimli olarak katılacaklarından yapılan sağlık harcamaları üretim potansiyelini yükseltme açısından örneğin fizik sermayeye yapılan ilavelere çok benzer etki yapar. Ancak, sağlık harcamalarının bazı durumlarda tüketime özgü nitelikler taşıdığı da söylenebilir. Örneğin, güzelliğini

⁵⁶ Kurtulmuş, Ag.e., s.54-55.

⁵⁷ Kurtulmuş A.g.e., s.58.

korumak için plastik ve/veya estetik amaçlı cerrahi müdahale geçiren bir kadının yaptığı harcamalar, bu ameliyat bir ekonomik faaliyetle ilişkili değilse, tamamen tüketim özelliği taşır. Buna karşılık, böyle bir ameliyatı, iş hayatındaki etkinliğini devam ettirmek isteyen bir manken geçirirse, yapılan harcama yatırım özelliği taşır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin kısmen yatırım kısmen de tüketim özellikleri taşıdığı ve ikisini ayırmanın bazı durumlarda hayli güç olduğu söylenebilir.⁵⁸

Sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesinin arkasındaki en önemli nedenlerden biri de sağlık sektörünün her toplumda kaynaklar üzerindeki baskısının artması ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların göz ardı edilemeyecek bir bölümünün bu sektörde kullanılmasıdır. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve sürekli artış 1980'lerden sonra her toplumun önemli bir problemi olmuş, bu nedenle kaynakların kullanım alanlarının önceliklendirilmesi ve bu kaynakların kullanım şekillerinin ve sonuçlarının analiz edilmesi önem kazanmıştır. Sağlık ekonomisi genel olarak, karar vericilere tercihlerini yaparken yol göstermeyi amaçlamakta ve kıt kaynakların kullanımının önceliklendirilmesinde kanıta dayalı bilimsel veriler sunmayı hedeflemektedir. Bu çerçevede sağlık ekonomisinin temel alanları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:⁵⁹

- **Sağlık hizmetlerinin sunumu için kullanılan kaynak miktarı:** Yukarıda da belirtildiği üzere sağlık harcamaları her toplumda önemli boyutlara ulaşmış ve bu harcamaların miktarı, sağlık programları, sağlık kurumları ve nüfusun çeşitli kesimlerine dağılımı sağlık ekonomisinin en önemli uğraş alanlarından biri haline gelmiştir. Kaynakların kullanımı ile ilgili değerlendirmeler yapabilmek için öncelikli olarak bu kaynakların toplam miktarını ve sağlık hizmeti sunucuları ile fonksiyonları arasındaki dağılımını incelemek gereklidir.
- **Kaynakların verimli kullanımı:** Sağlık için kullanılan kaynakların kaynak tahsisinde verimlilik ve teknik verimlilik açısından değerlendirilmesi, bu sektöre

⁵⁸ Dağlı, a.g.t., s.27.

⁵⁹ Mehtap Tatar, Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel bir Değerlendirme, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59> (07.01.2012).

ayrılan kaynakların toplumsal faydayı maksimize edecek şekilde kullanılması açısından önemlidir.

- ***Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bireyler ve toplum üzerindeki etkisi:*** Sağlık için kullanılan kaynakların ve bu kaynakların yönlendiği hizmetlerin bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi bu alana girmektedir.
- ***Sağlık hizmetleri arz ve talebinin analizi:*** Alternatif hizmet sunum ve finansman şekillerine arz ve talebin tepkisi ve bu tepkinin hem hizmetlerin sunumu hem de sağlık sonuçları üzerindeki etkisi sağlık ekonomisinin önemli alanlarından birini oluşturmaktadır.
- ***Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının eşitlik ve adalet açısından değerlendirilmesi:*** Bu kapsamda, hizmetlerin sunum ve finansmanında geliştirilen politikaların çeşitli nüfus gruplarının hizmete erişimi ve bu grupların sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi ele alınır.
- ***Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı:*** Son yıllarda hızla gelişen bir alan olan ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımındaki amaç, gelişen ve halen kullanılmakta olan sağlık teknolojilerinin fayda ve maliyetlerini değerlendirerek kıt kaynakları toplumsal faydanın en çok olacağı yere aktarmayı sağlamaktır.
- ***Sağlığın ölçülmesi:*** Ekonomik değerlendirme tekniklerinin kullanımı ile de bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerinin yarattığı bireysel ve toplumsal faydaların ölçülmesi sağlık ekonomisinin en güncel ve en karmaşık alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.⁶⁰

1.6. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Sağlık ekonomisinin gelişimini incelerken öncelikle nedenlerine bakmak gerekmektedir. Ekonominin temel amacıyla örtüşen, sınırsız insan ihtiyaçlarının kıt kaynaklarla karşılanmaya çalışılması amacı yer almaktadır.

⁶⁰ Mehtap Tatar, Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel bir Değerlendirme, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59> (07.01.2012).

Sınırlı kaynakların nasıl dağıtılması tartışmalarında iki önemli yaklaşımın bilinmesinde fayda vardır. Çünkü sağlık personelinin kendilerine verilen kaynakları kullanırken nasıl davrandıklarının ve niye öyle davrandıklarının anlaşılmasında bu yaklaşımları bilmek ayrı bir öneme sahiptir. Bunlar *romantik* ve *monoteknik* yaklaşımlardır. Bunlardan romantik yaklaşım, sınırsız insan ihtiyaçlarını karşılamada kaynakların sınırlı olduğu gerçeğini pek göz önünde bulundurmaz. Bu yaklaşım çoğu zaman yönetim veya ekonomik sistemi (kapitalizm, komünizm gibi), reklamı, sendikaları veya birlikleri veya bazen politikacıları günah keçisi olarak görme eğiliminde olurlar. Karşılanmayan insan ihtiyaçlarının sorumlusu ve nedeni olarak çoğu zaman bunları gösterirler. Daha fazla üretim veya daha fazla insan ihtiyaçlarının karşılanması sürecinde karşılaşılan bazı engeller insan veya sistem unsurundan kaynaklanan ve çözülebilir engeller olduğu için, bu yaklaşım kaçınılmaz bir gerçek olan “sınırlı kaynak” gerçeğini anlamak istemez. Bazen, bu yaklaşımı benimseyen veya eğilimli olan sistemler ihtiyacın ne olduğu veya ne olması gerektiği konusunda otoriter bir yönetim tarzını benimseyebilirler. Bazı ihtiyaçları gereksiz veya uygun olarak tanımlayarak kaynakların sınırlı olduğu gerçeğini örtbas ederler.⁶¹

Monoteknik yaklaşım ise belirli bir teknolojiyi uygulama konusunda eğitilen hekim, mühendis ve benzer meslek grupları arasında yaygındır. Bu yaklaşımın temel sınırlılığı ise insan ihtiyaçlarının çok yönlü olduğunu ve bireysel tercihlerin farklı olabileceğini göz ardı etmesidir. Bir mühendisin en iyi köprüyü inşa etmesi veya bir hekimin en iyi şekilde donatılmış bir hastanede çalışmak istemesi anlaşılabilir. Fakat bu yaklaşım birbiriyle rekabet halinde olan ihtiyaçların olduğu veya önceliğin insandan insana değişebileceği gerçeğini pek göz önünde bulundurmaz. Bunun için bu yaklaşım iyi ve yerinde sosyal politikaların geliştirilmesi için pek uygun değildir.⁶²

1929-1936 yılları arasında Milton Friedman sağlık alanında faaliyet gösteren çeşitli mesleklerin gelir eşitsizliklerini incelemiştir. Ancak gerçekte sağlık ekonomisinin gelişmeye başlaması Selma Mushkin’in 1958 yılında yazdığı ve sağlık ekonomisi alanını tanımlamaya çalıştığı makale ile başlamaktadır. Mushkin bu makalesinde hızlı gelişen tıbbi teknolojiye ve bunun getirdiği maliyet konusuna özellikle dikkat çekmiş ve

⁶¹ Çelik, a.g.e., s.49.

⁶² Çelik, a.g.e., s.50.

sağlıkta piyasa, fiyat gibi konulara değinerek sağlık ekonomisi konusunu ilk kez sistematik olarak ele almıştır. Mushkin, 1962 yılında yazdığı bir başka makalede ise ilk kez sağlığı bir yatırım olarak gören görüşleri ortaya atmış ve bu çalışma daha sonra sağlık ekonomisinin en önemli yapıtlarından biri olarak kabul edilen Grossman'ın 1972 yılında yayınladığı çalışmasına temel teşkil etmiştir. Ancak sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası, 1963 yılında Kenneth Arrow tarafından yazılan makale olarak kabul edilmektedir. Arrow bu makalede, sağlık sektörünün en önemli özelliklerinden biri olan belirsizlik konusunu incelemiş ve serbest piyasa ekonomisinin kurallarının sağlık sektöründe işlemeyiş nedenlerini tartışmıştır.⁶³

1960'lı yıllarda İngiliz İktisatçı Dennis Lees ve arkadaşlarının çalışmaları ile Avrupa'da gündeme gelen sağlık ekonomisi, 1970'lere kadar üzerinde yeterince çalışılmamış ve o tarihlerde gerçekleştirilen çalışmaların özellikle ABD'de yoğunlaştığı ekonomi biliminin nispeten yeni bir alt disiplindir. Ancak bir yandan kaynakların kıtlığı nedeni ile yüksek teknolojinin de devreye girdiği sağlık hizmetlerinin daha etkin hale getirilmesi zorunluluğu, diğer yanda sağlık hizmetlerinin daha geniş kitlelere ulaştırılması mecburiyeti sağlık ekonomisini günümüzde hızla gelişen bir disiplin haline getirmektedir.⁶⁴

Türkiye'de sağlık ekonomisi ile ilişkili kavramların ilk olarak gündeme girmeye başlaması 1989 yılında Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan Master Plan Etüdü ile gerçekleşmiştir. Bu plan ile ilk kez sağlık hizmetlerinde verimlilik, kalite, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması ve dâhili piyasa gibi kavramlar gündeme gelmiştir. Bu plandan sonra sağlık hizmetlerinde reform, değişen ağırlıkta ve yoğunlukta olmak üzere sürekli Türkiye'nin gündeminde olmuştur. İlk olarak 1993 yılında Türkiye'nin en kapsamlı ilk sağlık politikası dokümanı yayınlanmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayıran, tüm nüfusu GSS ile güvence altına alan, hastanelerin dâhili bir piyasada birbirleri ile rekabet edecek özerkliğe sahip olduğu, birinci basamakta aile hekimliğine dayalı bir reform paketi ayrıntılı olarak ele alınmıştır. 1996-1998 yılları arasında ilk kez kapsamlı sağlık harcamaları araştırmaları yapılmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların

⁶³Tatar, a.g.k., (14.02.2012)

⁶⁴ Kurtulmuş, a.g.e., s.31.

büyüklüğü ve bu kaynakların geldiği yere ve fonksiyonlara göre nasıl dağıldığı ortaya konmuştur.⁶⁵

Bu çalışmalar, Türkiye’de sağlık harcamalarının ilk kez ayrıntılı olarak ele alınmasını sağlamış ve önemli bir ufuk kazandırmıştır. Yöntem ve dolayısıyla sonuçları açısından OECD ile karşılaştırılabilir çalışmalar ise 2000’li yıllarda bu çalışmaları izlemiştir. Türkiye’de sağlık ekonomisinin gelişimine katkıda bulunan ve uluslararası karşılaştırılabilirliği olan iki önemli çalışma 2003 yılında tamamlanmıştır. Bunlardan birincisi OECD Sağlık Hesapları Sistemi ile uyumlu Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, ikincisi ise Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasıdır. Her iki çalışmanın sonuçları da, sağlıkta reform hareketinin yeniden ivme kazandığı ve önerilerin somut olarak hayata geçtiği bir dönemde, sağlık politikasını belirleyenlere önemli veriler sağlamıştır. Örneğin Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Türkiye’nin sağlık için ayırdığı kaynakların, gelişmişlik düzeyi ile karşılaştırıldığında önceden bilinenden daha yüksek düzeylerde olduğuna, bu nedenle mevcut kaynakların daha etkili ve verimli kullanımının öncelikli politika olması gerektiğine işaret etmiştir.⁶⁶

1.7. Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetleri Piyasası

Bir olgu veya olayı incelemede kullanılacak çeşitli taslak ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu taslak ve yaklaşımlardan birisi de sistem yaklaşımıdır. Sistem yaklaşımı, bir olgu ve olayı olduğu çevre ve onu oluşturan öğeleri bütüncül olarak ele alan bilimsel bir yaklaşım olarak kabul edilebilir. Sağlık sistemini incelemeden önce, sistem yaklaşımı hakkında özel bilgilerin verilmesi yararlı olacaktır. Sistem kavramı, “ortak amaca yönelmiş birbirleriyle ilişkili parçalar (alt sistemler) bütünü” olarak tanımlanabilir. Şekil 1.6’da basit bir sistem yapısı sunulmuştur.⁶⁷

Sağlık sektörü, bireylerin hastalıklardan korunmasını sağlayan aşılama, koruma hizmetlerinden, hastalıkların iyileştirilmesini sağlayan tedavi hizmetlerine, tedavi sonrasında hareket kabiliyetini yitirmiş olan bireylerin uyum sağlamasını amaçlayan rehabilitasyon hizmetlerine kadar bir çok hizmeti kapsar. Böylesine geniş bir yelpazeye

⁶⁵ Tatar, a.g.k., (14.02.2012)

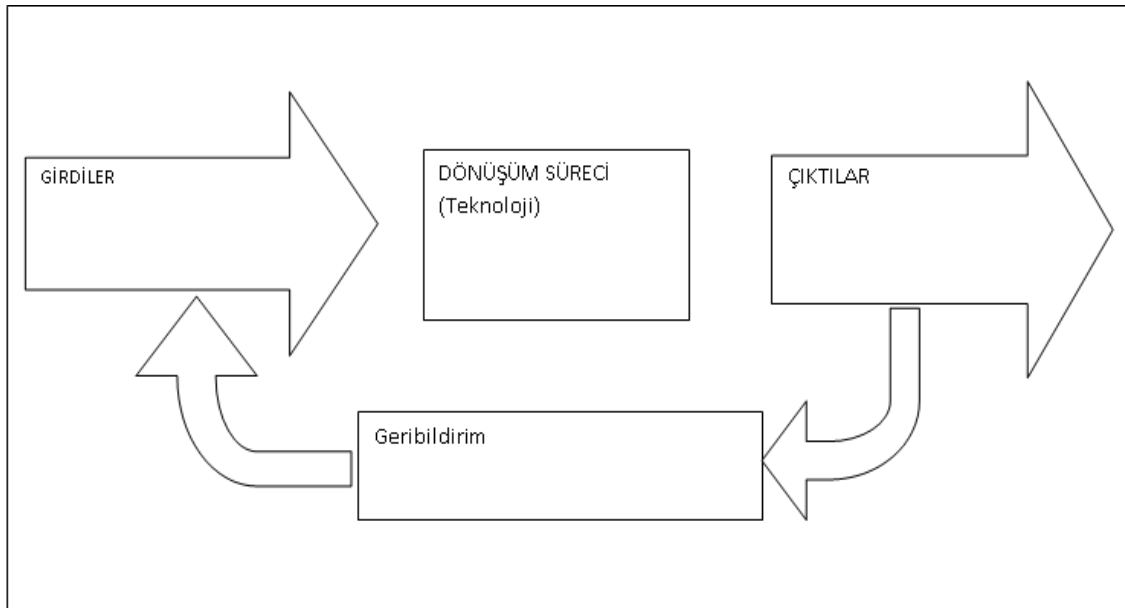
⁶⁶ Tatar, a.g.k., (14.02.2012)

⁶⁷ Kavuncubaşı, a.g.e., s.26.

sahip sağlık sektöründeki faaliyetlerin, bir sistem bütünlüğü içinde ele alınması gerekmektedir.

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, hizmetin kapsamı, bireylerin sağlık konusunda eğitimi, sağlık mevzuatı, sağlık politikalarının belirlenmesi gibi konularda ülkede var olan organizasyon bütününe ifade etmektedir. Bir başka tanımla, sağlık sistemi, konuyla ilgili personel ve kurumları; ekonomik kaynakları; araştırma çalışmalarını; devlet veya toplumun, hastalıkların, erken ölümlerin, sakatlıkların önlenmesine ve diğer sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin çabalarını kapsayan bir deyimdir.⁶⁸

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanmasından da sorumludur.



Şekil 1.6. Sistem Yapısı

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

Şekilde verildiği gibi bir sistem, içinde bulunduğu çevreden girdiler almakta, bu girdileri üretim sürecinden geçirerek çıktıya dönüştürmekte ve aynı çevreye vermektedir. Bir sistemin üç temel ögesi bulunmaktadır: Birinci öge, sistemin üretim

⁶⁸ Gümüsel, a.g.k., (09.02.2012).

faaliyeti için gereksinim duyduğu kaynaklar (girdiler)'dir. Çevreleriyle sürekli etkileşim halinde olan açık sistemler, bu çevreden çeşitli girdiler almaktadır. Dönüşüm süreci, bir sistemin ikinci ana ögesiştir. Sistem çevreden aldığı bu girdileri, dönüşüm sürecinden (üretim süreci) geçirmekte, ürün ve hizmetlere dönüştürmektedir. Açık sistemlerin üçüncü ögesi, çıktılardır. Açık sistemler dönüşüm sürecinde elde edileni ürün ve hizmetleri çevreye sunmaktadır. Her sistemin ayrıca bir geribildirim mekanizması bulunmaktadır: bu mekanizma aracılığıyla sistem kendisi ve çıktıkları ile ilgili olarak çevrenin değerlendirmelerini öğrenmekte, buna göre kendi davranışlarını biçimlendirmektedir.⁶⁹

Genel olarak sağlık sistemi; bir toplumun sağlık hizmetleri üretimi, tüketimi ve dağıtımını konusunda ilgili tercihleri yaptığı ve kararlarını verdiği örgütsel düzenlemeleri ve süreçleri içerir şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlı oluşturan alt unsurlar dikkatli incelendiği zaman ekonomi biliminin temellerini oluşturan üretim, tüketim ve dağıtım kavramlarının sağlık sistemi içinde önemli olabileceği görülebilecektir. Ancak bu tanımlı oluşturan önemli bir başka unsur ise örgütsel düzenlemeler ve süreçlerdir. Böyle bir süreçte “değer” dağıtımını söz konusudur. Değer ise genellikle belirli ihtiyaçları karşılama potansiyeli olan faydalı mal ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. İşte değer tahsisinin gerçekleştiği böyle bir süreçte; ne, nasıl ve kim için gibi temel bazı tercihlerin nasıl yapılandırıldığını bilmek önemlidir.⁷⁰

Sağlık sistemleri tarihsel, kültürel, ekonomik, coğrafik ve siyasal farklılıklardan dolayı ülkeden ülkeye değişiklik gösterir. Çeşitli kriterler baz alınarak sağlık sistemlerine ilişkin çok sayıda sınıflandırma yapılmıştır; fakat bunların herhangi bir ülkede tek bir sistem olarak benimsendiğini görmek zordur. Çünkü yaygın olan uygulama, farklı sistemlerin özelliklerini taşıyan karma bir sistemin uygulanmasıdır. Aynı ülke içinde birden fazla sağlık örgütlenmesi ve farklı finansman yöntemleri bulunabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı ülkeleri, sağlık sistemleri açısından kesin kategorilere yerleştirmek mümkün olmamaktadır.⁷¹

⁶⁹ Kavuncubaşı a.g.e., s.26.

⁷⁰ Çelik, ag.e. s.132.

⁷¹ Özge Orhan, “Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2006, s.65.

Sağlık hizmetleri piyasasının yapısı, iyi işleyen rekabete dayalı piyasa yapılarından oldukça farklıdır. Diğer deyişle, sağlık hizmetleri piyasası standart piyasa koşullarını yerine getirmekten uzaktır. Sağlık hizmetleri piyasasının yapısından kaynaklanan ve genel olarak “piyasa aksaklıkları” olarak bilinenlerden farklı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası yapısı, gereği “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” özelliklerini taşır. Standart rekabetçi piyasalarda, çok satıcı, maksimum kâra odaklanmış firmalar, iyi bilgilenmiş alıcılar, tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri gibi nitelikler söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasası ise bu standart niteliklerden farklı bir şekilde şu özellikleri barındırır:

- Büyük kentler dışında sınırlı sayıda hastane,
- Çok büyük kârlara odaklanamayan firmalar,
- Çoğu zaman eksik ve kötü bilgilenmiş alıcı,
- Tüketici ya da kullanıcıların çoğunlukla sahip oldukları sigorta vb. nedeniyle maliyetlerin tamamına katlanmaması.⁷²

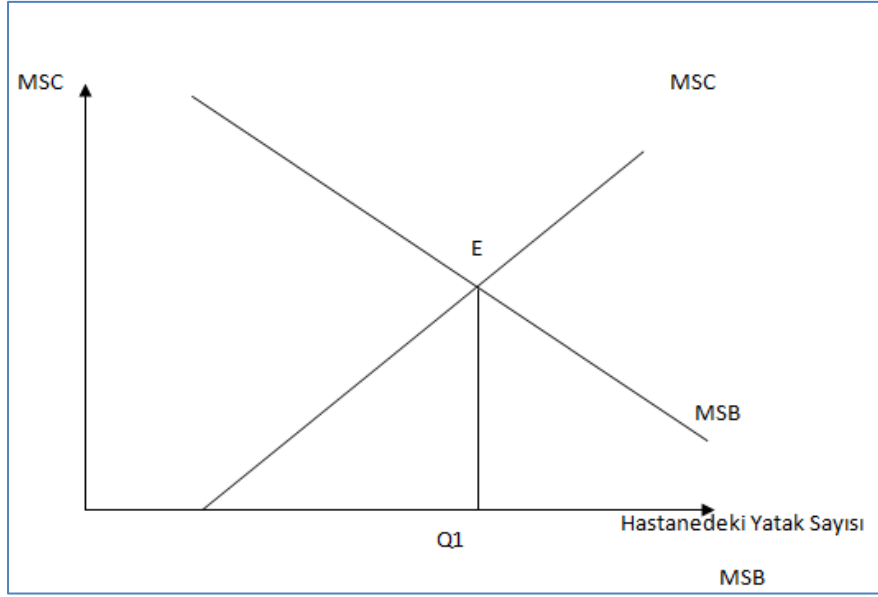
Sağlık hizmetleri piyasasının bir diğer özelliği ise, “heterojen” özellikler taşıyan mal ve hizmet piyasaları olmalarıdır. Sunulan malın heterojen olması, malın piyasası hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına neden olacaktır. Bu durumda birey için sağlık hizmetlerinin tüketimi konusundaki tercihlerin rasyonelliği tehlikeye düşebilecektir. Oysa rekabetçi piyasa yapısında bireyin tercihlerini yaparken rasyonel olduğu kabul edilir. Sağlık hizmetleri piyasasında ise bireyler tam ve iyi bilgilendirilemedikleri için, düşük fiyatın daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir malın göstergesi olduğundan emin olamazlar.⁷³

1.8. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Etkinlik

Ekonomide sağlık hizmetlerinin amacı; hizmetlerin sunulmasında ekonomik etkinliğin sağlanması ve hizmetlerin dağıtımında adaletin gözetilmesidir.

⁷²Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S.64, ss.37-38.

⁷³ Altay, a.g.m., s.38.



Şekil 1.7. Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi

Kaynak: Aslan, M. H., “Hizmet Ekonomisi”, Alfa Yayınları, 1998

Şeklin yatay ekseninde hastane yatak sayısı, dikey ekseninde ise marjinal fayda ve maliyet ölçülmektedir. Yatak sayısına paralel olarak marjinal maliyet yükselirken, marjinal fayda azalmaktadır. Başlangıçta her ilave 1000 yatağın marjinal faydası marjinal maliyetten büyüktür ($MSB > MSC$). Bu eşitsizlik, yatak sayısının artırılmasının toplam sosyal faydayı arttıracaklarını ifade eder. Bu durum Q1 yatak sayısı kadar devam etmektedir. Q1 noktasında kesişen MSC ve MSB eğrileri, 1000 yatağın marjinal sosyal faydasının marjinal sosyal maliyetine eşit olduğunu ifade eder. Q1 sağında ise $MSC > MSB$ olmaktadır. Yani yatak sayısı optimalin üzerindedir.⁷⁴

1.9. Sağlık Hizmetlerinde Esneklik, Arz ve Talep İlişkileri

Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen çok çeşitli faktörler vardır. Bunların bir kısmı sağlık hizmetleri sisteminden, bir kısmı da hizmeti alacak olan toplumun ve bireylerin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Belirli bir toplumda mevcut olan hizmetlerin türü ve miktarı ile ihtiyaç duyulan hizmetlerin türü ve miktarı aynı olsa bile ihtiyacı olanlar gerekli bakıma ulaşamayabilirler. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin

⁷⁴ Filiz Tutar- Nurcan Kılınc, “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, (2007) C.9, s.1.

sunumunda önemli bir konudur. Kullanım (utilization) sadece hizmeti sunanın özellikleri ile alıcının özellikleri uyduğu zaman ortaya çıkar.⁷⁵

Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yani nerede, ne zaman ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenmemektedir. Bu alandaki istemin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi belirlenmesi zordur. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu sistemi sınırlayan bir etken olabilir. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülmecek niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamamaktadır. Örneğin, gıda maddeleri gereksinimi yeterli gelire karşılanabilir. Buna karşın, sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak tek başına belirleyici bir etken değildir. Çok iyi gelire sahip olan birey potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir.⁷⁶

Esneklik, arz ve talebi etkileyen faktörlerden fiyat ve gelirdeki değişikliklere arz ve talebin verdiği cevabın ölçüsüdür. Örneğin “sağlık çalışanlarına döner sermaye dağıtımındaki yapılacak bir artış polikliniğe hasta başvurularını etkiler mi? Kesilen katkı payları arttırılırsa reçete potansiyelinde bir azalma meydana gelir mi? gibi sorulara verilen cevaplar esneklikle ilgili hesaplamalarla bulunabilir. En çok tercih edilen ölçü talebin fiyat esnekliğidir. Talebin fiyat esnekliği, talep edilen miktardaki orantısal değişikliğin fiyattaki orantısal değişikliğe oranıdır.⁷⁷

Miktardaki yüzde değişimin talepteki yüzde değişimden büyük olması durumunda talep esnekliği birden büyük olur. Bu durumda talebin esnek olduğunu ya da yumuşak olduğu söylenebilir. Yani talep fiyat değişimlerinden fazlaca etkilenir.⁷⁸ Örneğin; yağ aldırma (liposuction) uygulaması yaptıracak bir tüketicinin talebi esnektir çünkü hastanın talebinin doğuşu uygulamanın fiyatıyla doğru orantılıdır.

⁷⁵ Çelik, a.g.e., s.119.

⁷⁶ Coşkun Can Aktan-Abdulkadir Işık, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, (13.03.2012)

⁷⁷ Aktan- Işık, a.g.m., s.1.

⁷⁸ Ersan BOCUTOĞLU-Metin BERBER-Kenan Çelik, “İktisada Giriş”, Akademi Yayınevi, 2000, s.68-69.

Miktardaki yüzde değişimin fiyattaki yüzde değişmeden küçük olması durumunda talep esnekliği birden küçük olur. Bu durumda ise talebin sert olduğu söylenebilir. Yani talep fiyat değişmelerinden pek fazla etkilenmez. Fiyattaki belli bir yüzde değişime rağmen talep edilen miktarda herhangi bir değişiklik olmaması durumunda talep esnekliği sıfır olur. Bu durumda talebin hiç esnek olmadığı söylenebilir. Yani talep fiyat değişmelerinden hiç etkilenmez.⁷⁹

Fiyat esnekliğini açıklamak için şu örnek verilebilir; tatile çıkmak üzere hazırlanmakta olan bir kişinin çok şiddetli bir mide ağrısı yaşamaya başladığını varsayalım. Bu kişi hem tatilinin tehlikeye girmesinden hem de dayanılmaz mide ağrısı yüzünden hemen bu sorununa çözüm bulmak için elinden geleni yapacaktır. Bu durumda da cebindeki toplam paranın miktarından, her zaman başvurduğu dâhiliye uzmanından veya herhangi bir hastanedeki doktor seçme hakkından etkilenmeden kolayca ulaşabileceği bir sağlık hizmetini talep eder. Eğer mal veya hizmetin esneklik hesaplamasının sonucu 0 (sıfır) ise, bu fiyat inelastiktir.

1.9.1. Sağlık Hizmetleri Arzı

Arz, belirli bir zamanda üreticilerin değişik fiyatlardan satmak amacıyla piyasaya sunduğu mal veya hizmetlerin miktarıdır. Herhangi bir mal veya hizmetin üretimi için gerekli olan kaynaklar üretim faktörleri olarak adlandırılır ve bunlar genel olarak toprak, emek ve sermaye olarak sınıflandırılabilir.

Arz üreticinin belirli bir zaman süresi içinde elinde bulundurduğu mal ve hizmetlerden belirli bir fiyattan değişik şartlarda satmaya razı olduğu miktardır.⁸⁰

Sağlık sektörü, arz cephesinden değerlendirildiğinde Türkiye'deki bazı müesseselerin hem hizmet sunucusu hem de finansman kaynağı sağlayan kuruluşlar (Sağlık Bakanlığı, MSB, Üniversite Hastaneleri) oldukları görülmektedir. Bazıları da (Bağ-Kur, T.C. Emekli Sandığı gibi çalışmakta olan memurlar, özel sigorta fonları gibi) sadece kaynak sağlayıcı konumunda olup, hizmeti hem kamu hem de özel kesimden

⁷⁹ Bocutoğlu-Berber-Çelik, a.g.e., s.68-69.

⁸⁰ Kurtulmuş, a.g.e., s.183.

satın almaktadırlar. Geri kalan; özel hastaneler, serbest çalışan doktorlar, diş hekimleri, eczaneler ise sadece hizmet sunucusu konumundadırlar.⁸¹

Sağlık hizmetini arz eden üretici ve satıcılar için sağlık hizmetleri arzını belirleyen en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel, vb. ve sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Bu üretim girdileri için yapılan harcamalar sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri arzında fiyatlarda görülen değişme de etkilidir. Ancak sağlık hizmetleri arzında kamu kesimi için fiyatların etkisi düşük iken özel kesim için yüksektir. Özel kesim, fiyatlar yüksek ise sağlık yatırımı yapmaktan vazgeçebilmektedir. Sağlık hizmetleri arzını belirleyen bir diğer unsur da, hekim sayısı, teknoloji, hastane, araç-gerecin uyumlu artışıdır. Hekim sayısı artmadığı sürece, hastane, sağlık ocağı sayısının artması sağlık hizmetleri arzında gelişme olduğunu göstermez. Sağlık hizmetleri arzının artışında, teşhis ve tedavi araçlarında, ilaç endüstrisinde ileri teknolojiye sahip olmak sağlık kurumlarını finansman yönüyle zorlamaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzında kamu denetimi nedeniyle özel firmaların piyasaya girişi kolay olmamaktadır.⁸²

Sağlık hizmetleri arzını etkileyen unsurlar üç başlık altında incelenebilir:⁸³

1. Teknoloji: Teknolojik yatırımlar, bir yandan sağlık hizmetleri arzını artırırken, diğer yandan da sağlık hizmetleri kalitesini yükseltir. Yeni teknolojiler, sağlık hizmetleri arzını kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki yönlü artırır. Ancak yeni ve kompleks teknolojilerin kullanılması sağlık hizmetleri maliyetini yükseltir. Tıbbi teknolojilerin geliştirilmesi, araştırma-geliştirme faaliyetlerine aktarılan kaynakların büyüklüğü ile yakından ilişkilidir.

2. Ücretler ve Diğer Girdi Fiyatları: Gerek sağlık sektöründe çalışan personelin uzman eleman olması ve gerekse diğer girdilerin yüksek maliyetli olması, sağlık hizmetleri arzının artan maliyet koşulları altında yapılmasına neden olmaktadır.

⁸¹ Sevil Dursun Tuna, “İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yeri: Türkiye İle Diğer OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması”, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kayseri, 2006, s.61.

⁸² Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası” Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006, c.y. S.1, s.3.

⁸³ Tokalaş, a.g.t, s.4.

Ancak sağlık hizmetlerinde yu'ksek u'cret ve pahalı girdilerin, hizmet kalitesini yu'kselteceği varsayılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri arz eđrиси, fiyat artışına paralel olarak yu'kselen, normal bir arz eğrisidir.

3. Sağlık Sektu'ru Yatırımları: Yeni hastanelerin inşa edilmesi, mevcut sağlık birimlerinin hizmet kapasitelerinin artırılması ve yeni teğhizatların alınması şeklindeki yatırımlar, sağlık hizmetleri arzını artırır. Artan sağlık hizmetleri arzı, sağlık hizmetleri alanında mevcut talebi karşılayacak yatırımların yapılmasını ka'çınılmaz kılmaktadır.

Sağlık mal ve hizmetlerinde ulusal veya uluslararası monopoller vardır ve arz sınırlıdır. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek i'cin belirli o'zellikleri taşımak (diploma sahibi olmak gibi), belirli kuruluşlardan izin almak (ila'ç ruhsatı almak gibi) ve yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aynı konuda bir'çok farklılıklar olabilir. Aynı konuda verilen sağlık hizmetlerinde; başta doktor olmak u'zere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik yu'ntemlerin vb. gibi faktu'rlerin etkisi ile o'nemli farklılıklar ortaya 'ıkmaktadır. Sağlık sektu'ründe arzın arttırılması ancak var olan kapasitenin arttırılması ya da yeni yatırımların yapılması ile mu'mu'n olabilmektedir.⁸⁴

şekil 1.8. sağlık hizmetleri arzını etkileyen faktu'rleri g'u'stermektedir. U'retilecek mal ya da hizmetin fiyatı, u'retim faktu'rlerinin bulunabilirliği, teknolojideki değişimler, devlet politikaları, piyasanın o'zellikleri, ulusal ve uluslararası sağlık kurumlarının bilin'lendirme politikaları, fiyatın talep u'zerindeki etkisi gibi faktu'rlar arz du'zeyini belirler.

⁸⁴ Tokalaş, a.g.t., s.4.



Şekil 1.8. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler

Kaynak: Ferhat Sayım, Sağlık Piyasası ve Etik MKM Yayınları, s:108

Sağlık hizmetlerinin fiyatındaki değişmelere bağlı olarak ortaya çıkan kârlılık, hizmeti arz eden doktor, hemşire vb. ihtisas eğitim kurumlarına olan talebi de etkileyecektir. Bu eğitim kurumlarının sayısının artması ya da azalması sağlık hizmetleri arzını yakından etkileyecektir.⁸⁵

Üretim faktörleri olarak adlandırılan işgücü, sermaye, hammadde ve girişimcilik piyasadaki bulunabilme durumlarıyla ters orantılıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin arzını belki de en önemli etkileyen faktörlerden biri de teknolojidir. Hastalara yeni tedavi olanağı teknoloji sayesinde sunulabilmektedir. Geleceğe olan beklenti ve devletin sağlık sektörüne müdahalesi, ulusal ve uluslararası sağlık kurumları sağlığın arzını etkileyen diğer faktörlerdir.

⁸⁵ Sayım, a.g.e., s.108.

Tablo 1.1. Sağlık Arzına Yönelik Göstergelerde Gelişmeler

Fiziki Mekân Göstergeleri	Yıllar	
	2002	2010
Hastane Sayısı	1.156	1.439
Yatak Sayısı	159.771	199.950
Yatak Doluluk Oranı (%)	61,3	63,9
Sağlık % İnsan Gücü Göstergeleri		
Hekim Sayısı	57.406	123.447
1.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	1,44	1,67
Hemşire Sayısı	57.360	114.772
1.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	1,14	1,56

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr TÜİK verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Sağlık arzındaki gelişmeler incelenirse; 2002 yılında stratejik personel olan hekim sayısı 57.406 iken, 2010 yılında 123.447'ye yükselmiştir. Hastane sayılarında küçük bir artış meydana gelmiş gibi görünse de ülkemizde hastane ulaşılabilirliği çok yüksektir. Artık her ilçede bir sağlık kurumuna ulaşılabilir. Stratejik personel dağılımı çok efektif olmasa da her bölgede ulaşılabilir bir sağlık kurumu mevcut hale gelmiştir. Yardımcı sağlık personeli olan hemşire sayılarına bakarsak, 2002 yılında 57.360 olan sayı 2010 yılında 114.772'ye yükselmiştir. Sağlık personeli sayısındaki bu büyük yükseliş bize ülkemizin eğitim alanında da geliştiğini, kalifiye personel yetiştirilmesi konusunda da büyük bir başarı kaydettiğimizi göstermektedir.

1.9.2. Sağlık Hizmetleri Talebi

Belirli bir malın piyasasında, belirli bir dönemde, öteki faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan tüketicilerin söz konusu maldan satın almak istedikleri miktarlara talep denir. Bir ekonomide bütün tüketicilerin belirli bir zaman içinde satın almayı planladıkları mal veya hizmet miktarına talep edilen miktar denir. Talep kanunu, diğer etkenler sabit kalmak üzere, fiyatla talep edilen miktar arasında ters yönlü bir ilişki vardır yani bir malın fiyatı arttıkça talep edilen miktarı azalır, fiyat azaldıkça talep edilen miktarı artar.⁸⁶

Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörlerinin başında diğer hizmet piyasalarından farklı olarak ihtiyaç gelmektedir. İhtiyaç kaynaklı olduğu için düşük maliyetli olması beklenen sağlık hizmetleri her ülkede belli bir nominal fiyata

⁸⁶ Kılıç, a.g.t., s.17.

bağlanmıştır. Ülkelerdeki sağlık sistemleri ve sağlık politikaları farklılık gösterse de birçok ülkede ihtiyaç sahibiyle sağlık hizmetlerinin arasına sağlık hizmetlerinin fiyat unsuru girer. Fiyatın dışında sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen diğer faktörleri, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, zaman ve ihtiyaca bağlı önceliğin belirlenmesi olarak sıralanabilir. Bireyler en kısa zamanda tedavilerini olabilecekleri ve en çabuk ulaşabilecekleri ve ihtiyaçlarını en doğru karşılayacak sağlık hizmetlerini talep ederler.

Talebi etkileyen fiyat dışı faktörlerden birisi de Williams'ın "agency relationship" olarak tanımladığı psikolojik etkilerdir. Buna göre; bireyler başka bir sağlık kuruluşunda daha ucuz ve/veya daha etkin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek fırsatına sahip olsalar dahi tanıdıkları/alıştıkları hekim ve sağlık kuruluşundan (örneğin aile doktorlarından) gerekli hizmeti talep etme eğilimindedirler. Diğer piyasalarda maliyet ve etkinlik talebi belirleyen esas unsurlar iken, sağlık sektöründe diğerlerinden farklı olarak hekime güven duygusu gibi bazı psikolojik faktörler de önemlidir.⁸⁷

Sağlık piyasalarında yeterli gelirleri olmadığı için sağlık ocakları ve kamu kurumlarından başka yere gitmeyen tüketicilerin sağlık ocaklarındaki ve diğer kamu kurumlarındaki muayene ücretlerinin düşürülmesiyle tedavi imkânlarının artması sonrasında bir kısım tüketicilerin zamanla kamu sağlık kurumlarına olan taleplerini azaltıp özel sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri akla gelmektedir. Ancak böyle bir yönelimde elbette özel sağlık kurumlarının sigorta kapsamına alınması vb. diğer düzenlemelerin etkisinin büyük olacağı düşünülmeli ayrıca kamu sağlık kurumlarına olan talebin toplamında meydana gelen değişimin de değerlendirilmesi gerekmektedir.⁸⁸

Ayrıca rakip mallardaki fiyat artışları incelenen malın talebini olumlu etkilerken, ülkelerin gelir seviyesinin yükselmesi de sağlığa olan talebin artmasına neden olmaktadır. Örneğin gelir seviyesi yükselmiş bir ülkenin vatandaşı daha çok kendi zevklerine bütçe ayıracak, isteğe bağlı estetik cerrahiler talebinde bulunabilecektir. Tüketici yaşam süresini uzatmak için koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok talep edebilecektir. Ulusal ve uluslararası sağlık kurumları, WHO gibi kurumların yayınları, oluşturdukları kampanyalar ve bilinçlendirme çalışmaları sağlık hizmeti talebini arttıran faktörlerden biridir. Son olarak piyasadaki bilgi asimetrisi yüzünden tüketici sağlık

⁸⁷ Kurtulmuş, a.g.e., s. 27.

⁸⁸ Sayım, a.g.e., s. 270.

hizmeti arz edenin hizmetine güvenmek zorundadır. Stratejik sağlık personeli talebi kendisi yaratmaktadır.

Sağlık hizmetine olan talebin gerçekte sağlığa bir talep olduğu ve sağlığın alternatifi mal ve hizmetlerin çok az ve bazı durumlarda da sağlık hizmetinin hiç alternatifinin olmadığı akılda tutulmalıdır. Tüm bunlara ek olarak yukarıda da özetlendiği gibi sağlığa ve sağlık bakımına olan talep, sağlıklı olmanın ve hizmetin fiyatı ve talep edenin geliriyle bağlantılıdır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bazı sağlık hizmetlerinin fiyatı arttıkça bu hizmeti kullananların sayısı azalmaktadır.⁸⁹

1.10. Sağlık Hizmetleri Değerlendirmesinde Kullanılan Ekonomik Analiz Teknikleri

İnsanların daha iyi bir sağlık düzeyinde ve/veya daha uzun yaşamak istemelerine karşın sağlık alanındaki kısıtlılıklar giderek daha belirgin hale gelmektedir. Buna karşılık sağlık harcamaları ise sürekli bir artış eğilimi göstermektedir. Bu gelişmenin bir sonucu olarak sağlık alanına önemli tutarda kaynak tahsis edilmekte, kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda en iyi çıktının elde edilmesi ise ekonomi bilimi ve teknikleri ile mümkün olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Sağlık harcamalarının artması ve buna paralel olarak sağlık sisteminin etkinliğinin aynı oranda artıp artmaması gibi meseleler karşında, fayda maliyet analizlerinin yapılması gerekir. Spesifik bir tedavi ya da bakım metodunun giderleri ile ilişkili ekonomik verileri değerlendirmek üzere fayda ve maliyet çalışmaları geliştirilmiştir. Örneğin bir kişinin sağlık durumu veya bazı morbidite koşulları ile sağlık, tedavi ya da ölümü geciktirmek bakımından, bunların tedavi maliyetleri ile nasıl kıyaslanabileceğine imkân tanır.⁹⁰

Ekonomik değerlendirme alternatiflerin maliyet ve sonuçları açısından karşılaştırmalı analizi yoluyla karar verme sürecine destek olmayı amaçlar.

Sağlık hizmetlerinde ekonomik yönden değerlendirme, uygulanan veya uygulanacak alternatif faaliyetlerin hem maliyetleri (girdileri) hem de sonuçları

⁸⁹ Taşkiran a.g.t., s.50.

⁹⁰ Tokalaş, a.g.t., s.4.

(çıktılar) bazında karşılaştırması, fayda ve maliyet unsurlarının belirlenerek optimum noktanın bulunması amacı ile yapılır. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve verilen hizmetlerin yararlılığını karşılaştırmak amacı kullanılırlar. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde maliyetler sistemin girdilerini oluşturur. Sağlık hizmetleri sonucu elde edilen faydalar ise sistemin çıktılarını oluşturur.⁹¹

Bütün sağlık sistemlerinin asıl amacının bireyin ve toplumun sağlık düzeyini korumak ve yükseltmek olduğu düşünülürse, hangi faaliyetlerin ya da müdahalelerin öncelik taşıması gerektiği ve yapılmaya değer olup olmadığı önem taşımaktadır. Bu da sağlık hizmetleri ile ilgili müdahalelerin hedeflenen sağlık kazancı ile katlanılan maliyetlerin bir arada hesaplanıp incelenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu sebeple; sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden değerlendirilmesinde değişik yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler şöyle sıralanabilir;

- Maliyet Etkililik Analizi (Cost-effectiveness analysis)
- Maliyet Minimizasyonu Analizi (Cost-minimization analysis)
- Maliyet Fayda Analizi (Cost-benefit analysis)
- Maliyet Yararlanım Analizi (Cost-utility analysis)

Analiz yürütülürken yöntem değişikliği ile farklı bir analize geçilebilir. Örneğin maliyet-etkinlik analizi yapılırken her iki seçenekte ortaya çıkacak sonucun aynı olacağı anlaşılırsa, analiz maliyet düşürmeye dönüştürülebilir. Bazı araştırmalarda iki yöntem birden kullanılabilir, örneğin bir analizde hem maliyet-yarar, hem maliyet-kullanım incelenebilir. Kuramsal olarak sağlık ekonomisi araştırmaları birbirinin tamamlayıcısı kabul edilmelidir. Yani biri diğerini izler, dolayısıyla da her biri bir öncekini içerir. Maliyet-yarar ve maliyet-kullanım analizleri kazanım değerini ölçtüğü için sağlık ekonomisinde daha geçerli kabul edilmelidir.⁹²

Özetlemek gerekirse, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemleri, günümüzde sağlık sistemlerinde etkin kaynak dağıtımı ve önceliklendirme süreçlerinde kullanılabilir bilimsel bir çerçeve sunmaktadır. Özellikle Türkiye gibi kaynakların oldukça kısıtlı olduğu ülkelerde, bu sınırlı kaynakların en etkin şekilde kullanılması

⁹¹ Tokalaş, a.g.t., s.34.

⁹² Orhun Kalkan, "Sağlık Ekonomisi Araştırmaları"
<http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014> (20.03.2012)

yaşamsal önem taşımaktadır. Yaşam kalitesinin ölçülüp yorumlanmasındaki bazı yöntemsel ve uygulama zorluklarının devam etmesine rağmen, sağlık ekonomisi bilimi son on yıl boyunca önemli gelişmeler kaydetmiştir ve halen de sürekli bir gelişim ve yenilenme sürecindedir. Bununla beraber, ekonomik değerlendirme yöntemlerini sağlık sistemlerindeki karar alıcı mekanizmaların yerine geçecek bir “altın standart” yöntem olarak görmekten çok, var olan mekanizmalara bilimsel yöntemler dâhilinde, ek bilgi ve destek sağlayacak araçlar olarak görmek daha yapıcı ve gerçekçi bir yaklaşım olacaktır. Her ülkenin sağlık öncelikleri ve bireylerinin sağlık seçimleri farklıdır.⁹³

1.10.1. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet/ Etkililik Analizi

WHO'nun sağlık sistemi performans değerlendirme çerçevesi sağlık ve finansmanın adiliyeti arasındaki sistemin duyarlılığı kavramına temel bir çıktı olarak yer vermektedir. Sistemlerin sadece bu tür çıktıların ortalama seviyesini arttırmak değil aynı zamanda gözlemlenen eşitsizlikleri de azaltmayı hedeflemeleri gerektiğini ifade etmektedirler. Sağlık ekonomistleri, sağlıktaki eşitsizlikleri, sağlık hizmetine ulaşmadaki, sağlık sistemlerindeki yardım karşılaştırmalarına olan bakımların eşitsizliklerini ölçmek için büyük çaba göstermişlerdir.⁹⁴

Bu yöntemde de maliyet-fayda analizinde (MFA) olduğu gibi maliyetler parasal olarak ifade edilirken sonuçlar çoğunlukla her alternatif için etkililik birimi başına maliyet olarak ifade edilmektedir. Örneğin bir kanser tarama programı uygulamasında olduğu gibi maliyet-etkililik analizi bu program dâhilinde yer alan bütün alternatifler için yalnızca teşhis edilen vaka başına maliyetleri değil, aynı zamanda kurtarılan yaşam ya da yaşam süresinin uzatılmasının sağlanması nedeniyle (etkililik) bütün alternatif programların daha tutarlı karşılaştırılmalarına olanak sağlamaktadır. Sonuçta etkililik birimi başına en düşük maliyete sahip olan sağlık programı/teknolojisi (yüksek etkililiğe sahip ve en az maliyetli) tercih edilmektedir. Ancak, Drummond vd.'ne⁹⁵ göre maliyet-

⁹³ Doğan Fidan, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1> (20.03.2012)

⁹⁴ Andrew M., Jones, et al., “Inequality and Polarisation in Health Systems’ Responsiveness: A cross-country Analysis”, *Journal of Health Economics*, (2011), C.30, s.624.

⁹⁵ Drummond, M. F. vd., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, New York, Oxford Medical Publications, 2005, 104.’ten aktaran: Çalışkan, a.g.m., s.311-332.

etkililik analizi özellikle yaşam kalitesi ile ilgili çıktıları açıkça dikkate almadığından bu gibi durumlarda çoğu zaman maliyet-fayda analizi daha fazla tercih edilmektedir.⁹⁶

Tablo 1.2., maliyet etkililik analizini maliyetler ve çıktılar olarak gruplandırmıştır. Tedavi maliyetlerini maliyet bölümü başlığı altında toplarken tedavi sonundaki etkililiği ölçmeyi sağlayan çıktıları da çıktılar başlığı altında toplamıştır.

Tablo 1.2. Maliyet / Etkililik Analizi

MALİYETLER	ÇIKTILAR
<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetlerinin organizasyonu işletme maliyetleri • Sağlık personelinin zamanı ve ücretleri • Tıbbi ve diğer sarf malzemeleri (ilaç, yemek, temizlik, alet, malzeme, enerji, amortisman v.s.) • Hasta ve ailesinin sebep olduğu harcamalar • Hasta ailesinin ekonomik harcamaları • Kaybedilen işgücü maliyeti • Psikolojik maliyetler • Sağlık sektörü dışındaki kayıplar 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın fiziki ve sosyal işlevlerindeki değişimler • Kaynak kullanımında değişimler (Parasal avantajlar) • Sağlık hizmetleri organizasyonu ve işletmesiyle ilgili olarak • Asıl hastalık için • Bu hastalığa bağlı diğer hastalıklar için • Hasta ve ailesinin faaliyetlerine bağlı avantajlar • Harcamalarda tasarruf ve kayıp işgününden tasarruf • Hastanın ve ailesinin hayat kalitesindeki iyileşmeler

Kaynak: Mehmet Tokat, Sağlık Ekonomisi,

<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf> (27.03.2012)

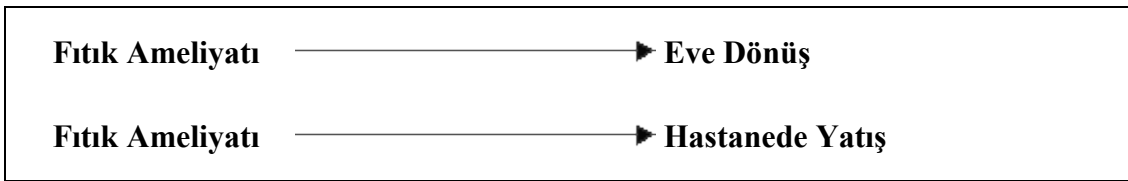
1.10.2. Maliyet/ Minimizasyon Analizi

Karşılaştırma yapılacak sağlık programlarının sonuçlarının eşit olması durumunda kullanılan bu yöntemde alternatif sağlık programlarının maliyetleri incelenip en düşük maliyetli alternatif tercih edilir.

Aynı kazanımın elde edilmesi için kullanılan iki ayrı yöntemin maliyet kıyaslamasıdır. Örneğin; fitik ameliyatından sonra hastanın evine dönmesi ya da bir gece serviste yatırılması vb. Hangi yöntem uygulanırsa uygulansın sonuçta bireyin fitik

⁹⁶ Zafer Çalışkan, “Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet Etkililik Analizi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2009, C.14, S.2, s.322.

onarımı yapılmıştır, yani sonuç aynıdır. Analiz bu iki uygulamadan daha ucuz olanını belirler ve önerir. Kısaca, en düşük maliyetin aranması olarak tanımlanabilir.⁹⁷



Şekil 1.9. Maliyet/ Minimizasyon Analizi

Kaynak: Orhun Kalkan, “Sağlık Ekonomisi Araştırmaları”
<http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014> (15.02.2012)

1.10.3. Maliyet/ Fayda Analizi

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme aracı olarak kullanılan bir diğer yöntem ise maliyet-fayda analizidir. Bu yöntemde maliyetler parasal değerlerle ölçülürken çıktıların ölçülmesinde diğer yöntemlerden farklılaşmaktadır.

Maliyet-fayda analizinin bazı durumlarda tercih edilmesine neden olan en önemli farklılık herhangi bir sağlık programının uygulanması/teknolojinin seçimi sonucunda bireyin yaşam kalitesinde meydana gelen değişikliklerin de çıktı ölçütü olarak ele alınmasıdır. Bu yüzden yaşam kalitesinin en önemli çıktı olarak kabul edildiği durumlarda maliyet-fayda analizi kullanılmaktadır. Örneğin, kronik böbrek yetmezliği ile ilgili bir tedavi yöntemi bireyin yaşam süresini uzatması nedeniyle bu durumda yaşam süresi önem kazanırken, bir tür romatizmal hastalık olan artrit tedavisi sonucunda bireyin fiziksel ya da sosyal fonksiyonlarını yerine getirebilmesi hatta psikolojik durumu bile iyileşme sürecine dâhil edilmektedir. Yine düşük ağırlıklı doğan bebekler için verilen yeni doğan bakım hizmetlerinde bebeklerin yalnızca hayatta kalmaları değil, aynı zamanda bu süreci enfeksiyonlardan uzak geçirmeleri yani yaşam kalitesi önemlidir. Yeni bir kanser ilacı hastanın yaşam süresinin uzamasına neden olurken yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara da neden olabilmektedir. Kısacası bu gibi durumlarda yaşam kalitesi ön plandadır. Bununla birlikte maliyet-fayda analizi aynı zamanda farklı programların sonuçlarının karşılaştırılmasında da kullanılabilir. Örneğin sağlık alanında kaynakların öncelikle yoğun bakım hizmet birimlerinin kurulmasına mı, yüksek tansiyon tedavisine yönelik bir programın uygulanmasına mı ya

⁹⁷ Orhun Kalkan, Sağlık Ekonomisi Araştırmaları,
<http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014> (15.02.2012)

da aşılama programlarının uygulanmasına mı ayrılması gerektiği sorularına yanıt aramada maliyet-fayda analizinden yararlanılmaktadır. Maliyet-fayda analizinde en yaygın çıktı ölçütü ise kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılıdır (Quality-adjusted life years- QALY).⁹⁸

QALY sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin bir ölçüğüdür. Bu terim, İngilizce 'Kaliteye Endekli Yaşam Yılı' anlamına gelen sözcüklerin kısaltmasından oluşmuştur. (*Quality adjusted life years - QALY*). "Mükemmel" sağlık durumunda geçirilmiş bir yıl olarak ifade edilir. Bir yıl '1 QALY' olarak ifade edilir. En kötü sağlık durumu olarak kabul edilen ölüm ise 0 ile ifade edilir. "Mükemmel" ile "en kötü" sağlık durumları arasında geçirilen bir yıl ise sağlık durumunun ciddiyetine göre 0 ile 1 arasındaki değerler olarak ifade edilir. Örneğin tekerlekli sandalyede geçirilen bir yıl **0,5 QALY** olarak ifade edilebilir. QALY sağlık programlarından elde edilen kazanımların, hem yaşam beklentisine (kazanılan yaşam yılı), hem de yaşam kalitesine etkisini aynı anda ölçebilir. QALY değerlendirmelerinde en sık kullanılan jenerik kompozit ölçeklerden biri EQ5D ya da EuroQoL'dır. Bu ölçek sağlık durumunu, 'hareket edebilme', 'kendi kendine bakabilme', 'olağan işleri yapabilme', 'ağrı/rahatsızlık' ve 'endişe/moral bozukluğu' olmak üzere 5 başlık altında değerlendirir. Her başlık için bireylere üç basit seçenek sunulur (1=sorun yok, 2=bir miktar sorun var, 3=ciddi sorun var). Kullanımı ve yorumlanması kolay, ulusal ve uluslararası farklı çalışmalardan elde edilecek sonuçların karşılaştırılmasına olanak sağlayacak kısa ve basit bir ölçek olarak tasarlanan EQ5D, 243 farklı sağlık durumunu değerlendirebilir. EQ5D Türkçeye çevrilmiştir. Ancak skorların hesaplanmaları için gerekli olan skorlama sistemi Türk toplumu için adapte edilmediğinden QALY hesaplanması ancak yabancı ülkeler için var olan skorlama sistemleri ile yapılabilir. Bu da Türk toplumunun yargı, öncelik ve seçimlerini birebir yansıtmadığından sorunludur.⁹⁹

⁹⁸ Çalışkan, a.g.m., s.320-321.

⁹⁹ Kavram Köşesi, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/kavram-kosesi/56-quality-adjusted-life-years-qaly> (14.01.2012).

<u>AVANTAJ</u>	<u>DEZAVANTAJ</u>
Kaliteyi göz önüne alır. Farklı programlar için kullanılabilir ve daha kapsamlıdır.	QALY tartışmalı Maliyet –Etkililikten daha pahalı

Şekil 1.10. Maliyet/ Fayda Analizi

Kaynak: <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/MTatar%20Sunum-2.pdf> (27.03.2012)

1.10.4. Maliyet/ Yararlanım Analizi

Maliyet/Yararlanım analizi bir şeyin tüketiminden sağlanan tatminin ortak bir ölçümünü sağlamaya çalışan bir kavramdır.

Bu yöntem çıktılarının da parasal birimlerle ifade edilebilmesine olanak tanınması nedeniyle diğer yöntemlere göre oldukça geniş bir kullanım alanına sahiptir. Özellikle kamu yatırımlarına karar verme sürecinde ve verimliliklerinin değerlendirilmesinde kullanıma elverişli bir yöntemdir. Bireysel yararın (yaşam süresinin ve/veya kalitesinin artması vb.) öneminin ortaya çıktığı bu yöntemde öncelikler belirlenirken alternatif uygulamalar net yararlarına göre sıralanmakta ve en yüksek net yarar içeren uygulama seçilmektedir. Ancak maliyet-yarar analizinde en tartışmalı konu Hurley'in¹⁰⁰ belirttiği gibi hangi yararların analize dâhil edileceği ve daha da önemlisi nasıl ölçüleceği ile ilgilidir.¹⁰¹

1.11. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, sosyal devlet yaklaşımını rehber edinmiş ve yurttaşların sağlığını koruma ve geliştirmeyi devlet sorumluluğu olarak belirlemiştir. GSS kurmak için de hükümetlere yetki vermiştir. 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Yasası Türkiye'de ilk kez sosyal sigortaların kurulmasını öngörmüş ve sosyal güvenliğin bugün de geçerli kimi temel ilkelerini belirlemiştir. Bu yasaya dayanılarak 16.07.1945 tarihinde çıkarılan İşçi Sigortaları Kurumu Yasası ile İşçi Sigortaları Kurumu doğmuştur. İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasından sonra diğer sosyal riskleri de

¹⁰⁰Hurley, J., An Overview of the Normative Economics of the Health Sector, Culyer, A. J. ve Newhouse, J. P., Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam, 2000, s. 55-110., aktaran:Çalışkan, a.g.m., ss.319-331.

¹⁰¹ Çalışkan, a.g.m., s.319-331.

güvence altına alan birtakım yasalar çıkarılmış, hastalık sigortası 04.01.1950 tarih ve 5502 sayılı yasayla analık sigorta ile birlikte düzenlenmiştir. Ancak 5502 sayılı yasayla hastalık sigortası yalnız bağımlı çalışanlar için yürürlüğe girmiş, dahası bağımlı çalışanların büyük bir kesimi kapsam dışı bırakılmıştır. 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı yasayla Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve bugüne kadar değişik tarihlerde kurulan, dağınık bir görünüm sunan sosyal sigorta kolları, kapsamaları genişletilerek tek bir çatı altında toplanmıştır.¹⁰²

Sağlık hizmetlerinin etkin ve rasyonel biçimde sunulması, büyük ölçüde finansal kaynaklara bağlıdır. Gelişmiş ülkelerde sağlığa verilen önemin artmasıyla birlikte sağlık harcamalarında sürekli bir artış meydana gelmiştir. Artan sağlık harcamaları karşısında ülkeler, sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunu öncelikle makro düzeyde ele almış ve yapılacak harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ilişkin ilke ve esasları belirlemişlerdir. Mikro düzeyde ise işletme niteliğindeki sağlık kuruluşları, cari ve yatırım harcamalarını karşılayacak gelir sağlamaya ve fonların akışını düzenleyerek finansman kaynaklarını optimum biçimde kullanmaya çalışmışlardır.¹⁰³

WHO'nun sağlık sistemi performans değerlendirme çerçevesi sağlık ve finansmanın adiliyeti arasındaki sistemin duyarlılığı kavramına temel bir çıktı olarak yer vermektedir. Sistemlerin sadece bu tür çıktıların ortalama seviyesini arttırmak değil aynı zamanda gözlemlenen eşitsizlikleri de azaltmayı hedeflemeleri gerektiğini ifade etmektedirler. Sağlık ekonomistleri, sağlıktaki eşitsizlikleri, sağlık hizmetine ulaşmadaki, sağlık sistemlerindeki yardım karşılaştırmalarına olan bakımların eşitsizliklerini ölçmek için büyük çaba göstermişlerdir.¹⁰⁴

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı hemen her ülkede farklı durumdadır. Bu yüzden genel bir Dünya durumu özeti yazmak olanaksızdır. Bununla birlikte, sosyo-ekonomik gelir seviyesi yüksek ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseldiği açıkça görülmektedir. Ekonomistler açısından bakıldığında, kişi başına düşen gelir ve genel ekonomik parametreleri yükselmemiş bir toplumda etkili sağlık hizmeti vermeye

¹⁰² Yusuf Çelik, Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, s.207.

¹⁰³ Sevim, a.g.t., s.15.

¹⁰⁴ Andrew M. Jones, a.g.m., s.624.

çalışmak olanaksızdır ve bu durum ülkenin daha da fakirleşmesine yol açabilmektedir. Buna karşın, sosyalist görüş, kaynak belirtmeksizin sağlığın her insan için bir hak olduğunu ve devletin bunu eşit ve karşılıksız olarak dağıtması gerektiğini ileri sürer. Bu nedenle, her ülkedeki, üretim gücü, ulusal zenginlik, fikir sistemi, akılcılık, popülizm ve siyasi rejim bu ülkedeki sağlık yönetiminin genel bir özetini vermektedir. Sağlık hizmet kalitesinin yüksek olduğu birkaç farklı örneğe baktığımızda ise bunlar arasında en iyi ve dengeli durumda olan ülkenin Almanya olduğu ortaya çıkmaktadır. Almanya’da sağlık tümüyle devletin görevi olan bir hizmet olarak görülmez; kişilerin ve toplumun da her türlü sorumluluğu taşıdığı kolektif bir çaba gözüyle bakılır. Alman devletinin sağlıktaki rolü daha çok yol gösterici niteliktedir. Her türden sağlık hizmeti yerel idarelerce sağlanır. Sağlık Bakanlığının pek çok idari ve adli yönetimini sivil meslek kuruluşları yüklenmiştir. Almanya’da genel bir sosyal sağlık sigortacılığı sistemi mevcuttur. Ancak, bu sigortaya sağlık hizmetini kullanan herkesin yüksek miktarda reel para akışı yapması zorunluluğu vardır. Prim ödememe durumunda kişilere ciddi sorumluluk altına sokan yaptırımlar devreye girer. Sosyal sigortanın gelir ve gider dengesi tam anlamıyla kurulmuştur. Toplum sağlık için ne ödüyorsa, ancak onu geri alır. (...) İngiltere’de ve Fransa’da ise daha devletçi bir yaklaşım söz konusudur. Prim esaslı uygulanmakla birlikte; prim ödemeyen geniş bir kesime devlet kaynak aktarır. Genelde primlerin ödendiği ve yüksek bir ulusal gelire sahip bu ülkelerde buna rağmen sistem finansal açıdan tıkanmıştır ve İngiliz Hükümeti tüm sistemi yeniden yapılandırmak için çare aramaktadır. ABD’de ise teknolojik açıdan üstün merkezler bulunmaktadır. Fakat bu hizmetlerden ancak sigorta primini aksatmadan ödeyenler yararlanabilir. Hem sigorta primleri, hem de sağlık hizmeti son derece pahalıdır. Sağlık güvencesi olmayan büyük bir kesimin ise kaliteli sağlık hizmeti talep hakkı yoktur. Ayrıca, sigorta priminin miktarı ve derecesi farklı kategorilerde farklı seviyede sağlık hizmetine ulaşım hakkı verir; az prim ödeyen daha az hizmet alabilir.¹⁰⁵

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanına bakıldığında, merkezi idarenin genel bütçe vergi gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin doğrudan cepten yaptıkları ödemelerle karşılaşılır. Ortalama olarak toplam finansmanın üçte biri genel vergilerle, %20’lik bir oran sigorta fonları ile ve geri kalan tutar yaklaşık olarak otuzun

¹⁰⁵ Teknoloji Öngörü Projesi, Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu, 2003, http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf (13.12.2011).

üzerindeki sigorta kuruluşları ve kişilerin doğrudan yaptıkları ödemelerden oluşmaktadır.¹⁰⁶

1.11.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri

Sağlık sektörünün finansman yöntemleri, sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli etkenlerden birisi olarak ortaya çıkmakta, bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin yapısını ve niteliğini genel olarak genel olarak o ülkenin ekonomi politiği, özel anlamda ise, sağlık sisteminin finansman yöntemleri belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ise yeniden gelir dağılımına, kaynakların kullanım ve dağılımına, genel ekonomik büyümeye şu ya da bu şekilde etki eder.¹⁰⁷

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemi olarak iki yöntem vardır.

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerine ödenmesi anlamına gelir. Kamu ve özel sektör tarafından üretilen hizmet, bedeli ödemek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır.

Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmet sunumu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü parti ödeyici yer almaktadır. Bu finansman yönteminde sağlık sistemi, genel vergilerle, özel vergilerle, tüketici katkıları ve bağışlarla finanse edilmektedir. Sağlık sektöründe yaşanan en önemli sorunların başında finansman sorunu yer almaktadır. Bu sorun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmakta ancak ekonomik yansımaları her ülkede farklı olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamaları artış hızı milli gelir artış hızını aşarken, düşük gelirli ülkelerde ise sağlık kaynakları açısından önemli yetersizlikler yaşanmaktadır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık gereksinimlerinin daha etkili şekilde karşılanması hedeflenmekte ancak ekonomik yetersizlikler bu hedefin gerektiği ölçüde gerçekleştirilmesine engel olmaktadır.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Dağlı, a.g.t., s.40.

¹⁰⁷ Kurtulmuş, a.g.e., s.101.

¹⁰⁸ Tutar- Kılınç, a.g.m., s.43.

Genel bütçe, esas itibariyle vergi gelirleriyle finanse edilmekte olup kamu tarafından verilen sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır. Tek başına Türkiye'deki en büyük sağlık hizmetleri sunucusu olan Sağlık Bakanlığı, büyük oranda genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri bütçelerinin sadece %35'ini karşılamakta ve aradaki fark döner sermaye yoluyla finanse edilmektedir. 1988 yılından itibaren yakıt, sigara, alkol ve yeni araç satışlarından özel bir tasarruf fon vergisi kesilmek suretiyle Sağlık Bakanlığı'na ilave vergi geliri kaynağı tahsis edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın üçüncü önemli gelir kaynağı döner sermayeler olup sigortalılar ve bireyler bu fona ödeme yapmaktadırlar. Döner sermaye yıllar itibariyle giderek daha önemli bir finansman kaynağı haline gelmiş ve devlet hastanelerinin toplam gelirinin üçte ikisi kadar yüksek bir meblağa ulaşmıştır.¹⁰⁹

1.12. Sağlık Sektöründe Devletin Rolü

Sağlık hizmetlerinin bazıları tamamen özel sektör tarafından verilmektedir. Bu hizmetlerin verilmesinin standartlarının belirlenmesi ve bunlara uyulup uyulmadığının kontrolü ve fiyat düzenlemelerinin yapılmasında kamunun müdahalesi gerekir. Dolayısıyla pazara hizmet arz etmek için giren bir satıcıya devlet müdahale ederek hangi hizmetleri nasıl satabileceği konusunda yönlendirmeler yapmaktadır.

1.12.1. Sağlık ve Devlet

Devlet, sağlık sistemi içinde, sadece ilgili yasal düzenlemeleri yapmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda denetleyici olarak da sistemde aktif rol oynamaktadır. Devletin denetleyiciliği, sağlık sisteminin etkin bir şekilde çalışması açısından çok önemlidir. Ayrıca sağlık sisteminde devletin belirleyiciliği, ülkeden ülkeye çok değişebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin esas olarak özel sektör eliyle yürütüldüğü ABD'de, devletin ağırlığı çok sınırlı iken, devletçi bir anlayışla oluşturulmuş ulusal sağlık sisteminin yürürlükte olduğu İngiltere'de devletin önemli belirleyiciliği vardır. Türkiye gibi bu iki uç arasında yer alan sosyal yönelimli ülkelerde ise, devlet, bir yandan doğrudan sağlık hizmeti sunan birimleri kurmakta, işletmekte ve önemli sayıda sağlık personeli istihdam etmekte, diğer yandan da özel sektörce sağlanan hizmetler üzerinde

¹⁰⁹Çelik-Liu, a.g.e., s.19.

denetim gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Bu arada, sağlık hizmetlerini esas olarak özel sektör eline bırakmış olan sağlık sistemlerinde de, en azından koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet kurumları kanalıyla yürütüldüğünü, bu bakımdan tümüyle devlet müdahaleleri dışında düzenlenmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerin yaygın olmadığına işaret etmek gerekir.¹¹⁰

Devletin vatandaşlarına iyi, kaliteli bir sağlık hizmeti ulaştırabilmesi asli görevlerinin başında gelir. Sağlık hizmetlerinin bireylere aralıksız ve uygun ücretler karşılığında verilmesi hayati bir önem taşır.

Şüphesiz sağlık söz konusu olunca, hizmetlerin sadece bu hizmetleri satın alabilecek maddi güce sahip olanlara değil, aynı zamanda toplumun ihtiyaç içinde bulunan yoksul kesimlerine de götürülmesi herkesin kabul ettiği genel bir kanaati yansıtmaktadır. Bu açıdan, fakir ve ihtiyaç sahibi fertlerin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması fikri sağlık alanında uyguladıkları sistemleri ne olursa olsun hemen hemen tüm toplumlarca benimsenmekte ve bu amaçla çeşitli sağlık hizmetleri programları oluşturulmaktadır. İster bir kamu görevi olarak hükümet kurumları kanalı ile, ister yarı kamu hizmeti niteliğindeki programlarla bu ihtiyaç karşılansın, isterse de üçüncü sektör (kâr amacı gütmeyen vakıf, dernek, dini kuruluşlar vb.) kuruluşları bu fonksiyonu üstlensin birçok ülkede fakirlerin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, toplumsal gelişme ve barışın temini bakımından en önemli sosyal politikalarından biri olarak görülmek zorundadır.¹¹¹

Devletin sağlık piyasalarıyla ilgili geleneksel görevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;¹¹²

- Tam kamusal (temel sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi) ve yarı kamusal (tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri gibi) malları üretmek,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireylerin taleplerini karşılamak amacıyla üretim ve düzenleme yapmak, (gönüllü aşılama ve sosyal hizmetler, temiz su sağlanması, temiz çevre koşulları sağlanması, sağlık mal ve hizmetlerinin fiyatlama sürecine taban ve tavanların belirlenmesi yoluyla müdahale edilmesi vs.)

¹¹⁰ Dağlı, a.g.t., s.16.

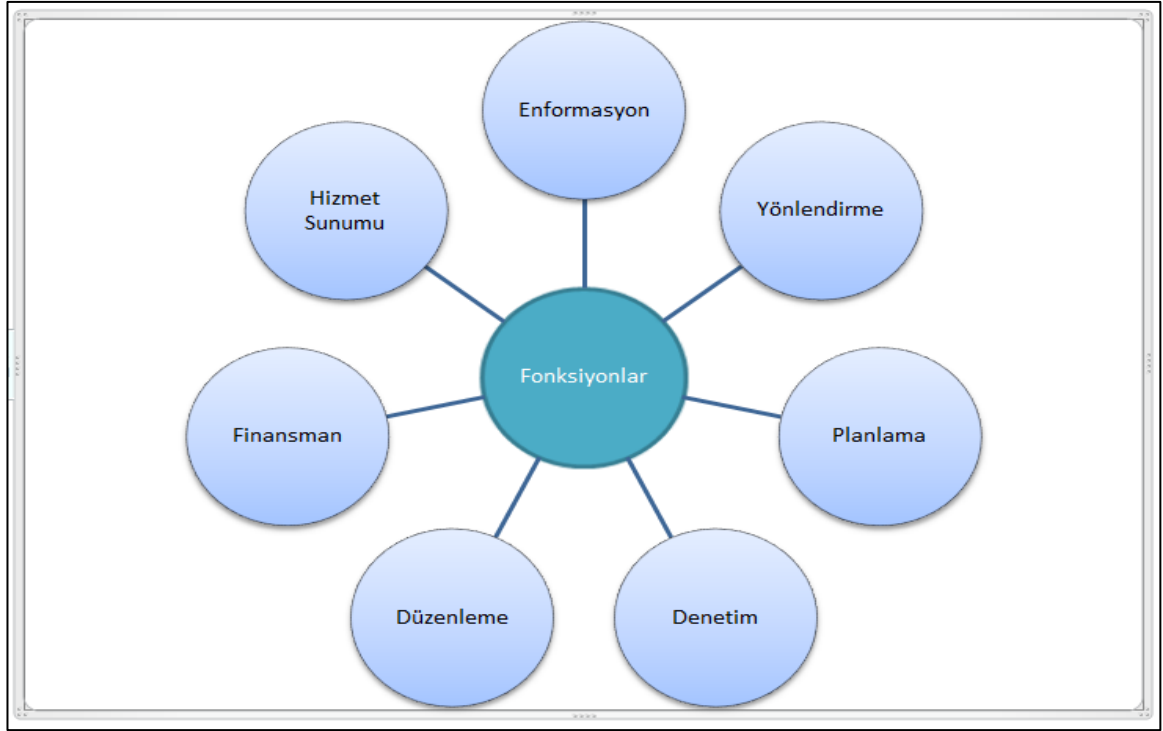
¹¹¹ Kurtulmuş, a.g.e., s.135.

¹¹² Coşkun Can Aktan- Ulvi Saran, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Yayınları, s.6.

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi için sağlanan kaynakları verimli kullanmak,
- Sağlık göstergelerini (ortalama yaşam beklentisi süresi, doğumda ölüm oranı vb. gibi) gözlemek ve bu yolla toplumun ekonomik, sosyal ve sağlık göstergelerinin düzeyini belirlemek, izlemek, geliştirmek ve korumak,
- Piyasa başarısızlıklarının giderilmesine yönelik olarak denetim işlevini yerine getirmek
- Sağlık hizmet tüketicileriyle üreticileri arasında ortaya çıkan asimetrik bilgilenmenin varlığı durumunda eksik bilgilenme ortamının kaldırılmasına yardımcı olmak,
- Sağlık mal ve hizmetlerinin kişi, grup ve bölgeler arasında etkinlik ve adalet sınırları içinde sunulmasını sağlamak, örneğin, bölgelerarası sağlık personeli eşitsizliğinin giderilmesi ve sağlık harcamalarının dağılımı bakımından eşitliğin sağlanması
- Sağlık mal ve hizmetleri piyasaları içinde rol oynayan kişi ve gruplarla ilgili faaliyetlerin düzenlenmesi yoluyla piyasadaki beşeri sermaye miktar ve kalitesinin yükseltilmesine çalışmak,
- Toplumun sahip olduğu sınırlı kaynakların toplumun öncelikli ihtiyacı olduğu alanlara kanalize edilmesini sağlamak, (örneğin, sağlık personeli ve sağlık kurumlarının ülke içinde adaletsiz dağılımı durumunda yasal düzenlemelerle sağlık hizmeti üreten kişilerin belli bir bölgede toplanmasının önlenmesi),
- Sağlık harcamalarının kısmen ya da tamamen finansmanını sağlamak.

Anlaşıldığı üzere, sağlık mal ve hizmetleri piyasasında devlet; sağlık hizmeti üreterek, sağlık hizmetleri satın alarak, sağlık göstergelerini kontrol ederek ve izleyerek, sağlık alanında araştırma ve geliştirme yaparak, sağlık sektöründe teknolojik gelişmeyi izleyerek, sağlık piyasalarını düzenleyerek, sağlık hizmetleriyle ilgili tüm bilgilenmeyi sağlayarak, sağlık işgücünü geliştirerek, herkesin erişebileceği düzey ve yaygınlıkta hizmeti sunarak muhtelif görev ve fonksiyonlar üstlenmektedir.¹¹³

¹¹³ Aktan- Saran, a.g.e., s.6.



Şekil 1.11. Sağlık Hizmetlerinde Devletin Başlıca Görev ve Fonksiyonları

Kaynak: Coşkun Can Aktan- Ulvi Saran, a.g.e., s.6.

1.12.2. Sağlık Alanına Devletin Müdahale Sebepleri

Sağlık hizmetlerinin üretiminde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenleri şöyle sıralanabilir;

- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi, vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- Özel kesimde firmalar kârlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir.

- Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.¹¹⁴

Devlet, sağlıklı bireylerin gelecek nesillerde de var olması için ve ekonomik kalkınmanın devamlılığı için sağlık hizmetlerinde gelişme iyileştirme çalışmalarını sürekli devam ettirmelidir. Tabii sağlık hizmetlerinin modernizasyonu, devamlılığı da sağlık harcamalarında sürekli bir artış demektir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını devlet, vergilerle karşılamaya çalışsa da bu kaynak yeterli olmamaktadır. Bu nedenle devlet sağlık politikalarında alternatif yollar aramış ve çözümü vatandaşın hizmet sırasında ödediği tedavi ve ilaç katkı paylarını arttırmakta ve özel sağlık sigortalarını cazip hale getirmeye çalışmakta bulmuştur. Yapılan tüm çalışmalara rağmen devletin, sağlık hizmetleri konusunda yaptığı harcamaları karşılamakta zorlandığı ve Sağlıkta Dönüşüm Projesini başlattığı görülmektedir.

Devletlerin sağlık sigortası ve benzeri araçlarla sağlık harcamalarını üstlenme nedenlerine dair literatürde çeşitli kavramlar gelişmiştir. Bu kavramları incelediğimizde devletin sağlık sektöründe olmasının gerekliliğine dair sebepler dört başlık altında sıralanabilmektedir:¹¹⁵

- Yetersiz Bilgi
- Olumsuz Seçim ve Ahlaki Tehlike
- Dışsallıklar
- Paternalizm

Tıpta bilgi eksikliği iki yönlüdür; Bazı hastalıklarda doktor da yeterli bilgiye zamanın da sahip değilken hasta penceresinden de bir bilgi asimetrisinden söz etmek mümkündür. Hasta şifa talep ederek doktora ulaştığında, kendisine uygulanacak tedavi konusunda seçim yapma bilgisine, yetisine sahip değildir. Uygulanacak tedavi kararını hekim verir, hastanın doktorun faaliyeti konusunda yeterli bilgi birikimi yoktur.

Özel sigorta firmalarının farklı risklere maruz bireyler arasında ayırım yapmadığı durumlarda riski az olanların riski fazla olanları finanse ettiği bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durumda riskine göre fazla prim ödeyen az riskli bireylerin diğer bir

¹¹⁴ Orhaner, a.g.m., s.3.

¹¹⁵ Sayım, a.g.e., s.32.

ifadeyle iyi risklerin sigortaya yanaşmaması söz konusudur. İyi risklerin sigorta satın almaması primlerin artmasını gerektirecektir. Sadece kötü risklerin özel sigorta satın aldığı bu sürece, olumsuz seçim adı verilmektedir. Ahlâki tehlike en yaygın örneğiyle sigorta satın alan kişinin satın aldığı sigorta konusu riskten kaçınmaya ilişkin güdüsünü azaltmasıyla ilintili olarak ortaya çıkmaktadır.¹¹⁶

Dışsallık kişi ya da firmanın yaptığı faaliyetlerle ilgili bütün maliyetleri üstlenmediği (negatif dışsallık) ya da bütün faydaları içine almadığı (pozitif dışsallık) durumlarda ortaya çıkan bir fenomen olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı bireylerin kendi yaşam kaliteleri dışında toplum sağlığını fiziksel ve moral olarak da olumlu etkilemeleri, sağlık hizmeti üretiminin yaydığı pozitif dışsallığa örnek olarak gösterilebilecektir. Bireylerin ve toplumun sağlığının korunduğu durumlarda işgücü ve ekonomik aktivitelerin sekteye uğramaması, sayılabilecek bir başka dışsal faydadır.¹¹⁷

Paternalist toplumlarda ast ile üst arasındaki ilişki ebeveyn ve evlat arasındaki ilişkiye benzemektedir. Bu ilişkide üstün görevi astı korumak, yönlendirmek, yol göstermek ve onun iyiliğine olacağına inandığı kararları onun adına vermektir. Bunun karşılığında da asttan beklenen, üstüne kayıtsız şartsız itaat etmesi ve bağlılık göstermesidir. Paternalist özellikler daha çok feodal ve patriarkal düzene sahip aile ve devlet yapılarında görülmektedir. Babacan ve pederşahi gibi nitelikleri kendinde toplayan devlet, halkını himayesi altına alıp, ona bakmakla yükümlüdür.¹¹⁸

Kısaca, devletin halkını onlardan daha çok düşündüğü ama karşılığında da onlardan sınırsız sadakat talep ettiği durumdur. Paternalist görüşün aksine çoğu iktisatçı ve sosyal felsefeci, devletin tüketici tercihlerine saygı göstermesi gerektiğini düşünmektedir.¹¹⁹

Sonuç olarak; günümüzde sağlık hizmetleri sektörü devletin en sık ve baskın şekilde müdahale ettiği alanlardan biridir. Devlet düzenleyici ve denetleyici rolünün yanında, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve özel sağlık kurumlarının hizmet

¹¹⁶ Sayım, a.g.e, s.34.

¹¹⁷ Sayım, a.g.e., s.33.

¹¹⁸ Onur Köksal, "Paternalizm İle Algılanan Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma", C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2011, c: 12, S:2, s.160.

¹¹⁹ Sayım, a.g.e., s.34.

fiyatlandırma politikalarının belirlenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sunumunu tamamen devletin sorumluluğundadır.

Son yıllarda artan sağlık harcamaları bununla birlikte vatandaşların memnuniyetsizlikleri birleşince devletler yeni arayışlara girmişlerdir. Artan harcamaları optimum kullanmak ve hasta memnuniyetini arttırmak esas amaç olmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ MEVCUT DURUMU

2.1. Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin İlişkilendirilmesi

Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için, ekonomik ve sosyal çevreler mutlak surette ilişki içerisinde olmalıdırlar. Bu bağlamda sağlık ekonomisi, teknolojinin gelişmesi, gelişmelerin sağlığa yansması, tanı ve tedavi olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfus artışı, sağlık hizmetleri giderlerinin artması, maliyetin tartışılmaya başlanması, sağlığa ayrılan payın artması, sağlık bütçesine ayrılan payı giderek sınırlama eğilimleri, kronik kaynak sıkıntısı şeklinde olmaktadır.¹²⁰

Bununla beraber sağlık harcamalarındaki değişmelerden bahsetmek için öncelikle ekonomik göstergelerden ve sağlık göstergelerinden bahsedilmelidir.

2.1.1. Sağlık Düzeyinin Ölçülmesinde Kullanılan Sağlık Göstergeleri

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin araştırıldığı birçok çalışmada farklı değişkenler kullanılmaktadır. Toplumun sağlık düzeyi ortaya konarken dünya genelinde kabul görmüş, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranları, çocuk ölüm oranları ile kaba ölüm oranları göstergeleri kullanılırken, toplumun ekonomik durumunu ortaya koymak için ülkenin milli geliri ve tüketim harcamaları kullanılır. Yapılan araştırmalarda göstermiştir ki, gelir ve tüketim harcamaları tek başına bir ülkenin ekonomik durumunu ortaya konmak için yeterli bir ölçüt değildir. Bu nedenle ortaya çıkan farklı gösterge arayışları sonucunda genel sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler birlikte değerlendirilmeye başlamıştır.¹²¹

¹²⁰ Tutar- Kılınç, a.g.m., s.34.

¹²¹ Akın, a.g.t., s.17.

Ülkelerin genel sağlık statüsünü ortaya koyan genel sağlık göstergeleri incelendiğinde, Türkiye'nin sağlık göstergelerinin sahip olduğu ekonomik gelişmişlik düzeyi ile orantılı olmadığı gözlenmektedir. Tablo 2.1'de görüldüğü üzere, özellikle aday ülke konumunda olduğu Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'de sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi konusunda çok önemli adımlar atılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.¹²²

Tablo 2.1. Türkiye-Avrupa Birliği Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri (2006)

Göstergeler	Türkiye	İspanya	Birleşik Krallık	Fransa	Polonya	İtalya
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	29	4.1	5.3	3.9	7.0	4.3
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	37	4.00	6.50	5.50	7.00	6.00
Toplam Fertilite Hızı	2.23	1.24	1.64	1.89	1.25	1.2
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Erkek)	66	77.2	76.2	75.8	70.5	76.9
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Kadın)	71	83.7	80.7	82.9	78.9	82.9
Kaba Doğum Hızı (Binde)	20.9	10.49	11.27	12.76	9.25	9.44
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	7.0	8.87	10.22	9.01	9.4	9.77

Kaynak: Mehtap TATAR, Türkiye'de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri, http://www.tukcev.com/dosya/tuketici_yazilari1.pdf#page=169 (20.03.2012)

Bir toplumun gelişmişliği sağlık göstergelerinin seyrinden de kısmen de olsa anlaşılabilir. Örneğin; Türkiye 2006 yılında üye Avrupa Birliği Ülkeleri'nden çok daha yüksek bebek ölüm hızına sahiptir. Fransa'da bebek ölüm hızı %3,9 iken, Türkiye'de %29'dur. 2010 yılında bu oran %10,1'e düşmüştür. Bu da üye Avrupa Birliği ülkelerinin oranlarından yine de yüksektir. Diğer kriterler açısından bakıldığında, Türkiye ortalamasının altında yer almaktadır.

2.1.1.1. Ölüm Oranları

Ölüm diğer bir adıyla mortalite ve hastalık yani morbidite oranları bir ülkenin sağlık seviyesi hakkında bilgi verir. Ölümlerin istatistiksel olarak yorumlanması mevcut sorunların ortaya çıkarılıp çözüm bulunmasını kolaylaştırır. Bu yüzden ölüm

¹²² Mehtap Tatar, Türkiye'de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri, http://www.tukcev.com/dosya/tuketici_yazilari1.pdf#page=169

istatistikleri sağlık politikalarının belirlenmesinde ve olası bir hastalık riskine karşı daha erken ve doğru kararlar alınmasına yardımcı olur.

Sağlığın ölçümünde, ölüm hızları kullanılırken, mortalitenin en basit ölçümü kaba ölüm hızıdır. (Örneğin, her 1.000 kişi başına düşen ölümler). Ancak, kaba ölümleri hesaplamak için gereken bilgi mevcutsa, kaba ölüm hızı yerine yaşa özgü ve cinsiyete özgü hızlarını hesaplamak daha çok tercih edilir.¹²³

Bir ülkede sadece ölüm oranlarını, bilmek o ülke hakkında doğru bir sağlık bilgisi vermez. Ölümlerin bölgesel dağılımı ve nedenlerini de irdelemek gerekir ama yine de sağlık göstergesi olarak kullanılması için geçerli sebepleri vardır.

Tablo 2.2. Türkiye’de Kaba Ölüm Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Kaba Ölüm Hızı
1990	7,1
2000	6,6
2007	6,4
2008	6,3
2009	6,3
2010	6,3

Kaynak:Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği Verileri <http://www.aifd.org.tr/Sektorel-Bilgiler/Veri-Merkezi.aspx> (20.03.2012)

Türkiye’deki kaba ölüm hızı incelenirse, 1990-2010 yılları arasında bir düşüş gözlenmektedir. 1990 yılında % 7,1 olan kaba ölüm hızı bir düşüş seyri göstermiş, her geçen yıl azalarak 2010 yılında % 6,3’e ulaşmıştır.

2.1.1.2. Bebek Ölüm Hızı

Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı, ulusal sağlık durumunu göstermede temel göstergelerden biri olarak kullanılmaktadır. Ülkeler arası sağlık düzeyinin karşılaştırılmasında en çok kullanılan mortalite göstergelerinden biridir. Sağlık bakım hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri hakkında genel bir fikir verir.¹²⁴

¹²³ Çelik, a.g.e., s.29.

¹²⁴ Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011, s.36. (05.02.2012)

Bir yıl içinde bir bölgede ve/veya bir ülkede bir yaşına girmeden ölen bebeklerin o yılda canlı doğan bebeklere oranlanmasıyla bulunur.¹²⁵ Yorumsal olarak canlı doğan her 1.000 bebekten kaçının bir yaşını doldurmadan yaşamını yitirdiğini gösterir. Toplumların sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğin ve milli gelirin artmasına dolayısı ile ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olup olmayacağına dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık göstergeleri olarak daha çok bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi ile sağlık harcamalarının kullanıldığı çalışmalarda, genel olarak sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik anlamda büyümeyi pozitif yönde etkilediğine ilişkin ampirik bulgulara erişilmiştir.¹²⁶

Tablo 2.3. Türkiye’de 1993-2010 yılları arasındaki bebek ölüm hızını göstermektedir.

Tablo 2.3. Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)

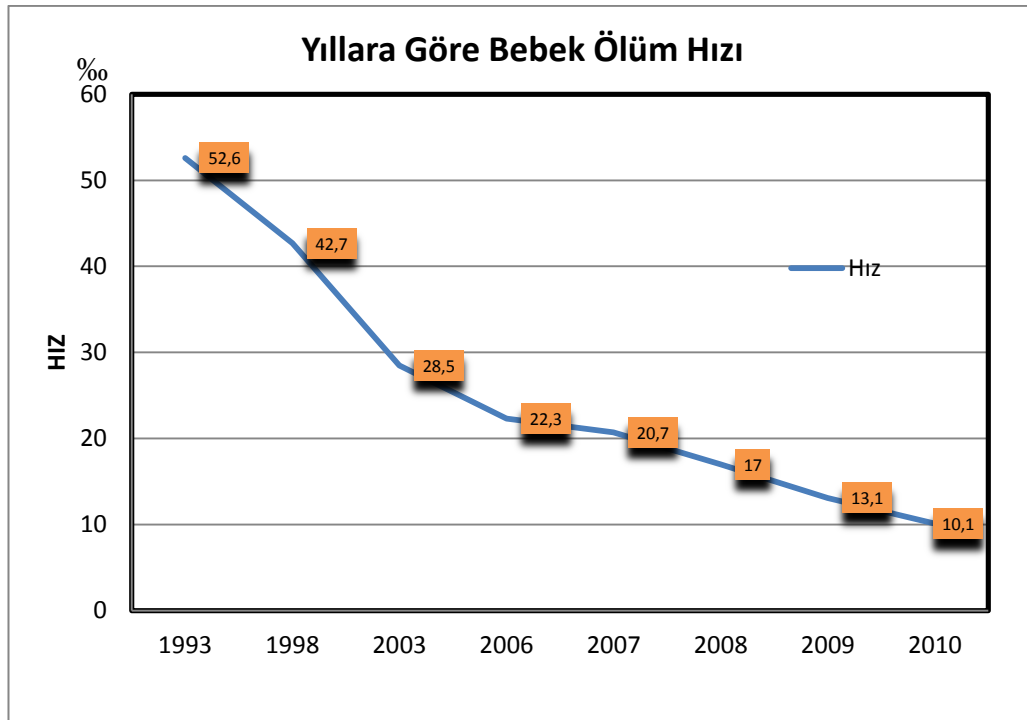
Yıllar	Hız
1993	52,6
1998	42,7
2003	28,5
2006	22,3
2007	20,7
2008	17,0
2009	13,1
2010	10,1

Kaynak:AİFD Verilerinden yararlanılmıştır. <http://www.aifd.org.tr/Sektorel-Bilgiler/Veri-Merkezi.aspx> (20.03.2012)

Türkiye şekil 2.3’de görüldüğü üzere, bebek ölüm hızında ciddi anlamda bir düşüş kaydetmiştir. Bu gelişme sevindirici olmakla birlikte bebek ölüm hızıyla sağlık harcamalarının direkt bir ilişkisi olmadığı yönünde de görüşler mevcuttur.

¹²⁵ Özkara, a.g.t., s.13.

¹²⁶ Akın, a.g.t., s.18.



Şekil 2.1. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html> (20.03.2012)

2.1.1.3. 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı

Sağlık hizmetleri arzı (sağlık bakımına ulaşılabilirlik) için kullanılan temsili değişkenlerden bir diğeri ise 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısıdır. Hastaneler sağlıkla ilgili kaynakların başlıca tüketicileri durumunda oldukları için birçok Avrupa ülkesindeki reform çabalarının merkezinde hastaneler yer almaktadır. Ülkeler hizmet niteliğini yükseltmeye çalışmakla birlikte eldeki kaynakları en iyi biçimde kullanarak mevcut sağlık sorunlarını çözmeye yönelik hizmetleri ön plana almaktadırlar. Ancak genel çerçevede bakıldığında ortalama olarak, başta Doğu Avrupa ülkeleri olmak üzere 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı bütün bölgelerde azalmıştır.¹²⁷

Son yıllarda yürütülen etkili politikalarla sağlık sektöründeki insan gücü ve alt yapı konularında gelişme kaydedilmiş olmakla beraber, henüz ülkenin ihtiyaçlarını karşılar düzeye ulaşılmadığı görülmektedir. Bunun başlıca nedenleri, fiziki alt yapı ve

¹²⁷ Dilek Başar, “Sağlık Düzeyinin Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: OECD Ülkeleri için Sağlık Üretim Fonksiyonuna Dayanan bir Uygulama”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, s.54.

sağlık personelinin bölgeler ile il ve ilçe merkezleri arasındaki dengesiz dağılımı, koruyucu sağlık ve halk sağlığı çalışmalarında yeterli düzeye ulaşamaması, hizmete erişim sorunları, etkili sevk zincirinin oluşturulamaması ve sağlığın finansmanına ilişkin sorunlar olarak sayılabilir.

Türkiye’de yıllara göre gerçekleşen 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı Tablo 2.4.’te verilmiştir.

Tablo 2.4. 10.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hastane Yatağı Sayısı

Yıllar	Yatak Sayısı
2007	26,4
2008	26,3
2009	26,9
2010	27,1

Kaynak: <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Table.aspx?p=676> (20.03.2012)

Tablo 2.4.’te görüldüğü gibi, yıllara göre 10.000 kişiye düşen toplam hastane yatağı sayısı 2007 yılında 26,4 iken 2010 yılında 27,1’e yükselmiştir. Bu durum, sağlığa yapılan yatırımların arttığını göstermektedir.

Sağlık profesyonelleri olarak adlandırılan doktor, hemşire ve sağlık teknisyenlerinden; özellikle doktorlar, toplumun ilişkiye geçtiği sağlık sisteminin ilk unsuru olmasından ötürü büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bir doktorun eğitiminin yardımcı sağlık personelinin eğitiminden sekiz kat daha pahalı olmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerin birçoğu doktor eğitimine önem vermeye devam etmektedir. Ayrıca doktor sayısı, bir ülkedeki sağlık hizmeti arzının önemli bir belirleyicisidir. Bir ülkedeki yetersiz doktor sayısı sağlık hizmetlerine erişim için kuyruğa yol açarak, niteliksel gelişimi engellediği gibi etkinsiz bir sağlık hizmeti uygulamasına da sebep olmaktadır. Dolayısıyla yapılan birçok çalışmada, doktor sayısı değişkeninin sağlık düzeyini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.¹²⁸

Tablo 2.5.’te de görüldüğü gibi, 2008 yılı itibariyle kişi başına düşen hekim sayısı 1,58 olarak belirlenmiştir. Yine 2010 yılı itibariyle bu rakam 1,67’ye yükselmiştir. Hastane hizmetlerinin büyük şehirlerde toplanması, hasta akınına neden olmaktadır. Bu durum aslında sağlık yatırımları, hizmetleri ve personeli bakımından bölgeler arasındaki mevcut dengesizliğe de işaret etmektedir. Yüksek ücretlerle sözleşmeli personel

¹²⁸ Başar, a.g.t., s.54.

çalıştırmaya özendirme, mecburi hizmet zorunluluğu getirme girişimlerine rağmen bölgeler arasındaki farklılıkları giderme konusunda hala pek çok sorun mevcuttur. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediği, tedavi edici hizmetlere öncelik tanındığı da bilinmektedir. Asistan hekim oranlarında bir yükselme olamaması dikkat çekmektedir. Bu durum hekimlerin uzmanlık eğitimini tercih etmediğini göstermektedir ve sorgulanması gereken başka bir faktördür.

Tablo 2.5. 1.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı

	Toplam Hekim	Uzman Hekim	Asistan Hekim	Pratisyen Hekim
2008	1,58	0,80	0,29	0,50
2009	1,64	0,84	0,30	0,49
2010	1,67	0,86	0,29	0,53

Kaynak: AİFD <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Table.aspx?p=651> (20.03.2012)

2.1.1.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı

Bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliği ortaya konurken bakılan diğer bir unsur da yapılan toplam sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payıdır. 2000 yılında %4,9 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2009 yılı itibariyle %6,5'a yükselmiştir.

Tablo 2.6. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı

Yıl	%
2000	4,90
2001	5,20
2002	5,40
2003	5,30
2004	5,40
2005	5,40
2006	5,80
2007	6,0
2008	5,90
2009	6,5

Kaynak: AİFD <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Table.aspx?p=651>

2.1.1.5. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması

Kişi başına düşen sağlık harcamalarının Türkiye'de 2004 yılında gerçekleşen harcama 310 USD iken, 2008 yılında bu miktar iki katından da fazla artarak 624 USD'ye yükselmiştir. Bu durumda 2004-2008 yılları arasında Türkiye'de sağlık için

bireylerin yaptığı harcamalar artmıştır denebilir. Toplumda gelişmişlik arttıkça, ülkelerdeki sağlık harcamaları artar tezinden hareket ederek, 2004 yılında itibaren Türkiye’de olumlu gelişmeler gözlemlendiği söylenebilir.

Tablo 2.7. Kişi başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması

Yıl	USD
2004	310
2005	382
2006	441
2007	553
2008	624

Kaynak: AİFD <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Table.aspx?p=651>

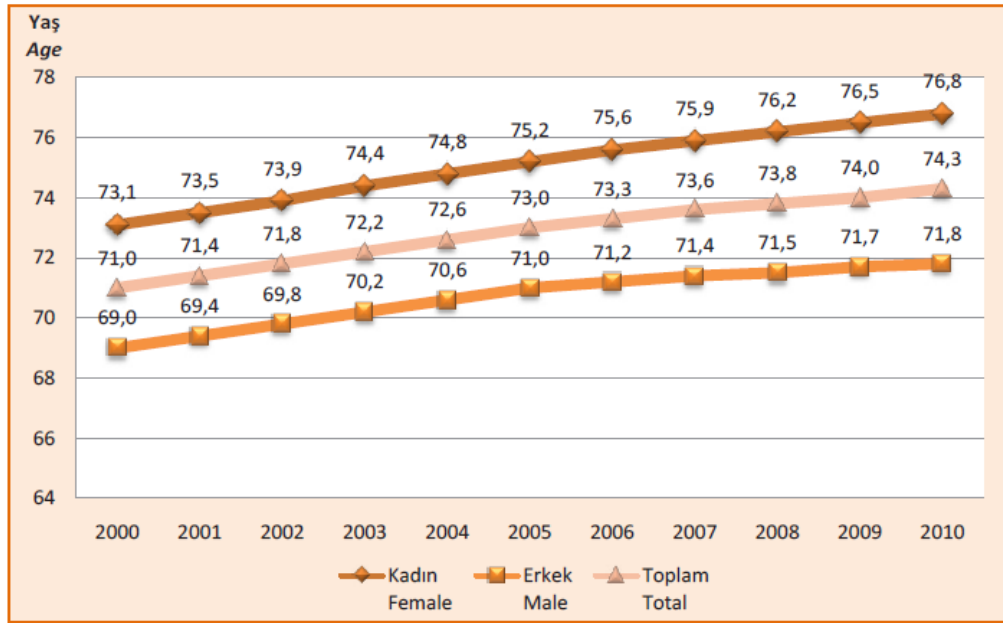
2.1.1.6. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Belirli bir yılda doğan bir kişinin ortalama kaç yıl yaşayacağını gösteren bir ölçü doğumda beklenen yaşam süresidir. Bu ölçüye ait değerler ülkenin ölüm ve nüfus kayıtlarına dayanarak “yaşam tablosu yöntemi” ile hesaplanır. Sağlık düzeyini gösteren ölçütler arasında en önemli olanlardan birisi de doğumda beklenen yaşam süresidir. Yaşam beklentisi, bir bireyin yaşam yıllarının ortalama rakamsal ifadesi olarak yaşam umudunu içine alan bir kavramdır. Bebek ölümlerinin doğumda beklenen yaşam süresine büyük etkisi vardır. Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere nazaran daha uzundur. Bu gösterge ülke ve zaman boyutu arasında karşılaştırılan ölüm olaylarının ölçümünü oldukça önemli bir şekilde özetleyen önemli bir sağlık statüsü göstergesidir.¹²⁹

Türkiye sağlık göstergelerindeki gelişmelerden gurur duyacak başarılarla sahiptir. Türkiye’de 2000 yılında doğan bir bebek, 1960 yılında doğan bir bebeğe nazaran ortalama olarak yaklaşık 20 yıl daha uzun yaşam beklentisine sahiptir. 1960-2000 döneminde, OECD ülkelerinde yaşam beklentisi ortalama dokuz yıl artmıştır. Bu nedenle Türkiye, toplumun yaşam süresini artırma açısından OECD ülkeleri arasında en yüksek başarı sağlayanlar arasında yer almaktadır.¹³⁰

¹²⁹ Çelik, a.g.e., s.32.

¹³⁰ Liu-Çelik-Şahin., a.g.e., s.2.



Şekil 2.2. Türkiye’de Yıllara göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2010)

Kaynak: http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf (01.04.2012)

Şekil 2.2.’de Türkiye’de yıllara göre doğumda beklenen yaşam süreleri gösterilmektedir. 2000 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 71 yıl iken 2010 yılında 74.3 yıla yükselmiş, Türkiye’de yaşayan nüfusun yaşam süresi uzamıştır.

2.1.1.7. 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi

Türkiye’de 1998- 2008 yılları arasında 65 yaşında beklenen yaşam süresi anlamlı oranlarda uzamaktadır. Bu durum bireylerin sağlık alanında gelişmeleri takip ettiklerini, daha fazla sağlık harcaması yaptıklarını ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinde de büyük gelişmeler olduğunu ifade edebilir.

Tablo 2.8. Türkiye’de 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi

Yıl	Erkek	Kadın
1998	13,3	14,9
1999	13,4	15
2000	13,4	15,1
2001	13,5	15,2
2002	13,6	15,3
2003	13,7	15,4
2004	13,8	15,5
2005	13,9	15,6
2006	13,9	15,7
2007	13,9	15,8
2008	14,0	15,8

Kaynak: AİFD <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Table.aspx?p=651> (20.03.2012)

2.2. Sağlık Harcamaları Kavramı Hakkında Genel Bilgiler

Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir.¹³¹

Türkiye için sürdürülebilir ve yüksek hızlı ekonomik büyüme ancak beşeri sermayenin korunması ve geliştirilmesi ile mümkündür. Sağlık sistemi ve harcamaları beşeri sermayenin geliştirilmesinde son derece önemli bir role sahiptir. Ancak, sağlık sistemi ve finansman yapısı eşitlik, erişim ve kalite kadar verimlilik artışını da destekleyecek şekilde yapılandırılmalıdır.

Son yıllarda yürütülen etkili politikalarla sağlık sektöründeki insan gücü ve alt yapı konularında gelişme kaydedilmiş olmakla beraber, henüz ülkenin ihtiyaçlarını karşılar düzeye ulaşılmadığı görülmektedir. Bunun başlıca nedenleri, fiziki alt yapı ve sağlık personelinin bölgeler ile il ve ilçe merkezleri arasındaki dengesiz dağılımı, koruyucu sağlık ve halk sağlığı çalışmalarında yeterli düzeye ulaşamaması, hizmete erişim sorunları, etkili sevk zincirinin oluşturulamaması ve sağlığın finansmanına ilişkin sorunlar olarak sayılabilir.¹³²

Türkiye’deki sağlık durumunun iyileşmesini sağlayan pek çok unsur olmakla birlikte, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve daha etkili olması, bu

¹³¹ TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, s.34, 2011 (www.tuik.gov.tr).

¹³² 2006 Yılı Programı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2006.pdf> (10.12.2011)

iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülebilir. Toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamaları çok aşırı gözükmesine de, diğer OECD ülkelerindeki harcama düzeylerine bakıldığında ve *üst orta gelir* grubu ülkelerle kıyaslandığında, toplam sağlık harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ancak sağlık alanındaki kamu harcamaları, nasıl ölçülürse ölçülsün, diğer ülkelere kıyasla ortalama seviyede veya bu seviyenin üstündedir. 2003 yılında SDP'nin başlatılmasını takip eden ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı olduğu için, karşılanabilir düzeyde kaldığı görülmektedir.¹³³

2.2.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı

Bir ülkenin sağlıklı bir topluma sahip olabilmesi için ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması ve toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir.¹³⁴

Sağlık harcamalarının finansmanı kamu ve özel sektör kaynakları tarafından yapılmaktadır. Kamu sektörünün yapmış olduğu sağlık harcamalarının finansmanı, merkezi ve yerel yönetimler, sosyal güvenlik fonları tarafından karşılanmaktadır. Diğer taraftan özel sağlık harcamaları ise hane halkının kendi bütçesi, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kâr amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır.

Çoğu sağlık iktisatçıları, sağlık planlayıcıları ve sağlık hizmeti sunanlara göre, sağlık sektörünün GSYH içindeki artan payı, tıptaki teknolojik ilerleme nedeniyledir. Aslında teknolojik ilerleme, birçok sektörde daha ucuz ve daha iyi ürünler elde

¹³³ OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> (02.12.2012)

¹³⁴ Akın, ag.e., s.29.

edilmesine neden olurken sağlık sektöründe, genellikle maliyetleri düşürmek yerine artırmaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar kendilerini, tıptaki en son yenilikleri kullanma konusunda hem profesyonel (mesleki açıdan) hem de klinik (hasta memnuniyeti) olarak baskı altında hissetmektedirler. Sağlık hizmetleri piyasasında sağlık sigortasının, hasta ve hekimi teknolojiye yararlanma konusunda, fiyata karşı daha az duyarlı kıldığı bilinmektedir. Bu gerçekten hareketle, tıptaki teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetleri maliyetinde yarattığı artış, kısmen, teknoloji geliştirenlerin sağlık hizmetini finanse eden kesimle olan ilişkisi oldukça önemli olmaktadır. Yüksek maliyetli teknolojilerin yaygın kullanımı ve bunların pazarlanması sürecinde tüketicilerin bu ürünlerin fiyatlarına olan duyarlılıklarının önemli olduğu bir gerçektir. Eğer bireyler fayda sağladıkları ürünlerin fiyatlarına karşı sigortalı olmaktan dolayı daha az duyarlı ise, maliyetlerin artması kaçınılmazdır.¹³⁵

2.2.2. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Son yirmi beş yıllık dönemde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin GSYH 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 ortaktır. 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 vb. 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 gittikçe daha fazla talep edilmektedir. Teknolojik değişimler modern tıbbi hizmet ederek bu talebin artmasına yardımcı olmaktadır. Sigortaların kapsadığı maliyetlerin artması ve arttırılma çabaları da sağlık harcamalarının artmasına neden olabilir. Ancak ana başlıklar halinde sağlık harcamalarının artma nedenleri, kişi başına

¹³⁵ Emine Kılavuz, “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2010, S.29, s.175.

düşen gelirin artması, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesi olarak verilebilir.¹³⁶

Sağlık harcamalarının artış sebepleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir. Sağlıkta bilinçlenme, teknolojik gelişmelerdeki hızlı artış ve nüfusun artması gibi nedenlerden sağlık harcamalarının her yıl artmasına neden olmaktadır. Günümüzde ülkeler kalkınma planları içinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak değerlendirip, yapılan harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığını sorgulamaktadırlar. Ekonominin temeline dayanan kıt kaynakların en etkin şekilde kullanılması sağlık harcamalarının da temelini oluşturmaktadır.

Sağlık harcamalarının düzeyi ve kalitesinin bir sonucu olan sağlık hizmet göstergeleri açısından Türkiye gelişmiş ülkelerin ve birçok gelişmekte olan ülkenin ardında yer almaktadır. Literatür incelemeleri sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.¹³⁷

Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcama ve toplam gelir içinde sağlık harcamaları oranı artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın birçok nedeni bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şöyle sıralanabilir:¹³⁸

- Ortalama yaşam süresinin artması ve buna bağlı kronik hastalıkların ve yetersizliklerin (fiziksel, ruhsal veya duygusal gelişim bozukluğu) artması,
- Sağlıkta yüksek maliyetli ileri teknoloji kullanımı,
- Emek yoğun bir sektör olması,
- Sağlık bilincinin artması,
- Gelir artışı ile birlikte sağlık harcamaları talebinin artması,
- Arzın talep yaratması ve

¹³⁶ Abdulkadir Işık, a.g.e., s.210.

¹³⁷ Filiz., a.g.t., s.24.

¹³⁸ Kılavuz, a.g.t., s.175.

- Asimetrik bilgiye bağılı problemlerin (ters seçim, ahlaki tehlike) neden olduğu maliyetlerdir.

Tıp alanında görülen gelişmeler ve nüfusun artan eğitim ve sağıık bilinci, ortalama yaşam süresini ve dolayısıyla da demografik yapıyı değıştirmiştir. Birçok ülkede nüfus artış hızının azalması ve demografik yapının yaşlı kesim lehine değışmesi, çalışmayan kesimin çalışan kesime bağımlılık oranını yükseltmektedir. İnsan ömrünün uzaması, kronik hastalık ve yetersizlik oranının artmasına neden olmakta ve toplumun sağıık hizmetlerine olan talebini artırmaktadır. Toplumun sağıık hizmetlerine olan talepleri doğal olarak gelirden sağıığa ayrılan payın artma sına neden olmaktadır. Bu durumun sürdürülebilir olmasında; ya sağıık hizmetlerinde verimliliğın artırılması ve yaşlıların bağımlılık oranlarının azaltılması, ya da onlara kamu finansman taahhütlerinin azaltılması, olguları tartışılmaktadır.¹³⁹

2.2.2.1. Kişi başına Gelirin Yükselmesi

İnsanlar gelirlerinin yükselmesiyle kamu kurumlarından özel sektöre doğru yönelerek tedavi kalitesini arttırmaya çalışacaklardır. Bununla birlikte zorunlu tedavilerini karşılayan bireyler tedavi maliyeti yüksek olan estetik harcamalarını artıracak ve kişisel zevkleri oranında sağıık harcamalarını arttıracaklardır. Kısaca gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, kamu kesimi ve özel kesim tarafından verilen sağıık hizmetlerine olan talebi arttırmakta ve sağıık harcamaları da bununla beraber artmaktadır.

2.2.2.2. Sağıık Bilincinin Oluşması

Eğitime yapılan harcamaların artması sonucunda bireylerde oluşan bilinçlenmenin sağıık harcamalarını arttırdığı saptanmıştır. İnsanların eğitim seviyesinin artmasıyla sosyal projelere ilgi artıp yapılan son çalışmalar takip edilmektedir. Yeni gelişmelerden bireylerin haberdar olmasıyla sağıık hizmetine olan talep artacaktır. Bu durum mevcut hükümetlerin sağıık politikalarını da etkilemiştir. Eğitim harcamalarını

¹³⁹ Kılavuz, a.g.t., s.175.

ve sosyal bilinçlenme projelerini arttıran hükümetler bu durumun sonucunu da sağlık harcamalarında bir artış olacak görebilirler.

2.2.2.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Sağlık harcamalarındaki değişimi etkileyen faktörlerden biri olan değer yargıları, yaşadığımız toplum gereği sürekli bir değişim göstermektedir. “Değişmeyen tek şey değişimdir” varsayımından hareketle, bakış açıları değişen toplum üyeleri sağlıkları konusunda daha hassas olmuş ve tedavi maliyeti yüksek de olsa önceden önemsenmeyen sağlık problemlerinin nedenlerini araştırmak için talepte bulunmuşlardır.

Artan beklentiler, hastaların en son ve en iyi hizmeti, en iyi teknolojileri ve en yeni ilaçları istemesine yol açmıştır. Başka yerde bu imkânların bulunduğunu bilen insanlar, kendi yerel sağlık merkezleri veya daha küçük hastanelerdeki hizmet kalitesi konusunda daha şüpheli olmuştur -belki de haklı olarak-. Dolayısıyla, bölgesel merkezler ve akademik tesisleri çoğunlukla tercih etmektedir. Birçok düşük gelirli ülkede, artan kentsel, orta ve üst sınıflar, hükümetler üzerinde, pahalı yüksek teknolojili hizmetler sağlaması –CT tarayıcılarından organ nakillerine kadar- ve ulusal sağlık bütçesinden birkaç elit kuruma daha fazla pay ayırması konusunda baskıda bulunmaktadır.¹⁴⁰

Geçmiş yıllarda doğru kabul edilen uygulamalar ya da çok yüksek tedavi maliyeti nedeniyle uygulanamayan yöntemler de zamanla sağlık harcamaları bölümünde yerini almıştır.

2.2.2.4. Şehirleşme

Şehirleşme sanayileşmenin bir sonucudur ve şehirleşen bölgelerde yeterli sayıda sağlık hizmeti arzı bulundurulup koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmelidir. Şehirlere göçün artmasıyla kalabalıklaşan il nüfusları sağlık hizmetlerine daha kolay

¹⁴⁰ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf> (01.04.2012)

ulaşır hale gelmiştir. Bireyler, şikâyetleri oluştuğunda en yakındaki sağlık hizmeti veren kuruma başvurumaktadırlar.

2.2.2.5. Tıbbi Teknolojinin Gelişmesi

Sağlık hizmetlerinin arzında araştırma- geliştirme projelerine kaynak ayrılması yeni teknolojilerin gelişmesine neden olur. Gelişen tıbbi teknoloji sayesinde bireylerin şifa talepleri artmakta ve sağlık harcamaları yükselmektedir. Yeni ilaçların bulunması da çok yüksek araştırma- geliştirme maliyeti oluşturmakla birlikte hastalıkların tedavisi yolunda da ciddi katkılar sağlamaktadır.

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 artışlara örnek verilebilir.¹⁴¹

2.2.2.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Ortalama hayat süresinin uzaması dolayısıyla, özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması sonucu sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç artmaktadır. Tüm istatistikler gelişmiş ülkelerin genel olarak nüfuslarının giderek yaşlandığını ve gerçekleştirilen projeksiyonlar ise bu trendin devam edeceğini göstermektedir. ‘‘ Dünyanın gelişmiş bölgelerinde 1950 yılında %11,4, 1970 yılında 14,2, 1985’de %16,1, 1990’da ise 17,1 olarak belirlenmiş olan 60 yaş ve üstündeki insanların oranının 2000 yılında 18,7’ye, 2025 yılında ise %25,3’e yükseleceği hesap edilmektedir. Böylesi bir gelişme emekliler için yapılan harcamaların ve ulusal sağlık harcamalarının hızla artmasına yol açacaktır.¹⁴²

¹⁴¹ Işık, a.g.e., s.149.

¹⁴² Kurtulmuş, a.g.e., s.62.

2.3. Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler

Sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyini ölçmede; demografik göstergeler ile bazı hastalıkların ve hizmetlerin sunumunun yanı sıra, özellikle uluslararası karşılaştırmalarda aşağıdaki göstergeler kullanılmaktadır:

- Toplam sağlık harcamaları:

Kamu ve özel sektör sağlık harcamaları ve kurumsal dağılımı,

Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı,

Kişi başına düşen sağlık harcamaları,

- Sağlık hizmetleri arzı:

Sağlık personeli ve kişi başına düşen sağlık personel sayısı,

Hasta yatağı ve kişi başına düşen yatak sayısı,

- Sağlık yatırımları.¹⁴³

Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları olumlu bir gelişme kaydederek artış seyri çizmektedir. Daha önce de değinildiği gibi, ülkelerde sağlığa yapılan harcamalar artıkça gelişmişliğin de arttığı görülmektedir.

Türkiye'de 1999- 2008 yılları arasında gerçekleşen sağlık harcamaları incelenirse; her geçen yıl harcama miktarlarının büyük oranlarda arttığı görülmektedir. 1999 yılında gerçekleşen toplam sağlık harcamasının GSYH' ya oranı 4.8 iken 2008 yılında bu oran 6,1 'e yükselmiştir.

Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarındaki oranının seyrine bakılırsa; 1999 yılında bu oran %61,1 seviyesindeyken 2009 yılında yaklaşık %12'lik bir artış kaydederek %73'e yükselmiştir.

Tablo 2.9'da yer alan tüm veriler ayrı ayrı detaylandırılarak alt başlıklar halinde incelenecektir. Bu yapılmadan önce genel bir çerçeveden bakılırsa; 1999-2008 yılları arasında toplam sağlık harcamaları sürekli bir yükseliş eğilimindedir. Aynı şekilde toplam sağlık harcamalarının GSYH'deki payı da 1999- 2008 yılları arasında artmıştır. Ülkelerin toplam sağlık harcamalarının artma sebeplerinin en başında gelişme

¹⁴³ Büken, a.g.m., s.169

düzeylerinin artması geliyorsa, Türkiye’de 1999- 2008 yılları arasında gelişme düzeyinde bir yükseliş söz konusudur.

Tablo 2.9. Türkiye'deki Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Toplam Sağlık Harcaması Milyon TL.	8.248	12.396	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740
Kişibaşı sağlık harcaması TL.	128	190	284	363	443	516	635	725	812
Toplam sağlık harcamasının, gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6	6,1
Kamu sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı (%)	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73
Hane halkı sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı (%)	27,6	22,8	19,8	18,5	19,2	22,8	22	21,8	17,4

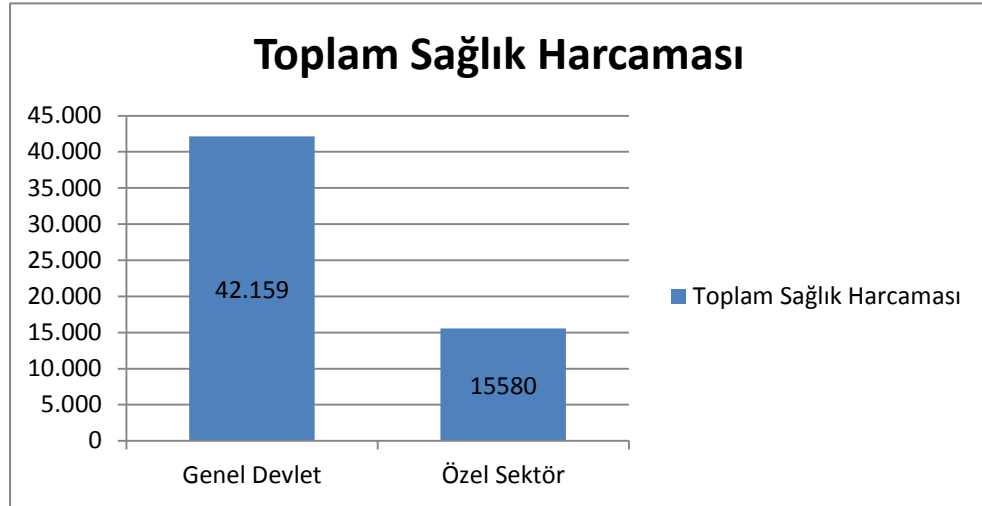
Kaynak: www.tuik.gov.tr (25.03.2012)

2.3.1. Türkiye’de Kaynak İtibarıyla Toplam Sağlık Harcamaları

Türkiye’de 2009 yılında gerçekleşen 57.740 TL. tutarındaki toplam sağlık harcamalarının 42.159 TL.’sini devlet finanse etmiştir. Bu durumda denebilir ki; devlet vatandaşın sağlık hizmetlerini üstlenmiş ve finanse etmiş durumdadır.

Neredeyse her yerde, sağlık hizmetleri maliyetleri kararlı bir şekilde artmaktadır. Dünyanın daha müreffeh ülkelerinde, sağlık harcamaları 1970 yılında ulusal gelirin ortalama % 5’inden, 1997 yılında % 8,1’ine yükselmiştir –kişi başı gelir bile önemli düzeyde artmıştır-. Yoksul ülkelerdeki veriler daha az güvenilir olmakla birlikte, bu ülkelerde de benzer yapılar bulunabilir. Maliyetleri yukarı iten bir faktör de nüfusun yaşlanmasıdır. Örneğin, 65 yaş ve üzerindeki nüfusun yüzdesinin Asya’da 2000 yılı ile 2050 yılı arasında %6’dan % 18’e ve aynı dönemde Latin Amerika’da % 5,5’ten % 18’e

artması beklenmektedir. Bunun nedeni sadece beklenen yaşam süresindeki artış değil, aynı zamanda birçok ülkede doğum oranlarının düşmüş olmasıdır. Dahası, doğum oranlarının yüksek olduğu bazı daha yoksul ülkeler, şu anda ikili bir hastalık yükü ile karşı karşıya kalmaktadır. Daha genç ve daha yaşlı topluluklar büyüdükçe bu ülkelerin çocuk ishal hastalığından giderek artan koroner arter hastalığı oranlarına kadar her şeyle mücadele etmesi gerekmektedir. Belli bir ölçüye kadar, bu gelişmeler sağlık hizmeti sisteminin başarısını yansıtmaktadır. Şu anda daha fazla vatandaş, kronik hastalığı olacak kadar uzun yaşamaktadır. Biz yaşlandıkça, damarlarımız sertleşmekte, eklemlerimiz katılaşmakta, karaciğerimiz ve böbreklerimiz daha az verimli çalışmakta, kalbimiz yorulmakta ve zihinlerimiz bulanıklaşmaktadır. Eğer bu durumlar ortaya çıkmadan önce daha fazla insan ölürse kişi başı sağlık harcaması daha düşük olacaktır. Bu tür “başarı yetersizlikleri” birçok ülkede artan engellilik düzeylerine yansımaktadır. Şurası ironiktir ki, başarılı nüfus stabilizasyon politikaları ve sağlık hizmeti sistemleri olan ülkeler, bu yolda daha hızlı ilerlemektedir. Aslında, sağlık hizmetleri sistemlerinin çocuk mortalite oranını düşürme konusundaki başarısı da söz konusu yaş grubundan hizmet talebini artırmaktadır.¹⁴⁴



Şekil 2.3. Toplam Sağlık Harcamaları

Kaynak: TÜİK www.tuik.gov.tr (25.03.2012)

¹⁴⁴ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf>.

2.4. Kişi Başına GSYH

Türkiye, Meksika ve Tayland gibi ülkeler endüstrileşme sürecini yaşayan ve orta gelir düzeyinde ele alınabilecek ülke örnekleridir. Bu ülkelerin çoğunda genel olarak tarıma dayalı üretim söz konusudur ve özellikle de kırsal bölgelerde kişi başına düşen milli gelir düzeyi oldukça düşüktür. Bu yüzden de nüfusun önemli bir bölümü şehirlere göç etmekte ve ücretli çalışma imkânları 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. Söz gelimi 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 iktisâdi büyüme bazı hizmetlerin genişlemesine neden olduğu gibi yeni birtakım hizmetlerin kamu kesimi tarafından sunulmasına öncülük edebilir.¹⁴⁵

Sağlık harcamalarının artma nedenlerinin en başında, daha önce belirtildiği gibi, kişi başı gelirin artması gelmektedir. Kişi başına GSYH incelenirse, 1998- 2010 yılları arasında bir dalgalanma görülmektedir. Son on iki yıllık bilgileri incelenirse, 1999 yılında kişi başına GSYH %-4,7 seviyelerindeyken 2010 yılında % 7,6'lık bir gelişme hızı kaydedilmiştir.

Tablo 2.10. Kişi Başına GSYH (TL.)

Yıllar	Yıl Ortası Nüfus	Sabit Fiyatlarla	Gelişme Hızı
1998	62.464	1.124	-
1999	63.364	1.071	-4,7
2000	64.252	1.127	5,3
2001	65.133	1.049	-7,0
2002	66.008	1.099	4,8
2003	66.873	1.142	3,9
2004	67.723	1.233	8,0
2005	68.566	1.320	7,1
2006	69.395	1.394	5,6
2007	70.215	1.442	3,4
2008	71.095	1.434	-0,6
2009	72.050	1.346	-6,1
2010	73.003	1.448	7,6

Kaynak: AİFD verilerinden yararlanılmıştır. www.aifd.org.tr

¹⁴⁵ Işık, a.g.e., s.234.

2.5. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı

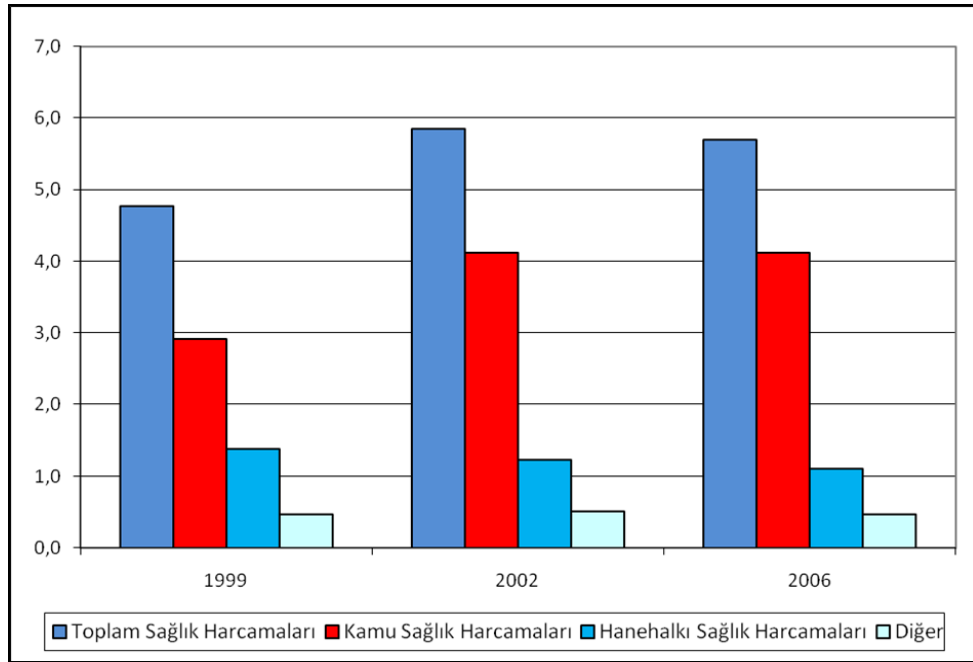
Bir ülkedeki toplam sağlık harcamalarını milli gelir, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında kamu ve özel sektörün rolleri, nüfusun sosyoekonomik dinamikleri, sağlık hizmetlerinin göreceli fiyatı ve sağlık sisteminin kapasitesi (her 1000 hastaya düşen sağlık personeli ve yatak sayısı, sağlık hizmetinde kullanılan teknoloji) gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında gelir, özel bir öneme sahiptir. Literatür, sağlık harcamalarını en çok açıklayan etkenin gelir olduğu hususunda hemfikirdir. Sağlık harcamaları ile milli gelir arasındaki ilişkiyi bilmek, sağlık hizmetlerinin milli gelirdeki değişmelere göreli olarak nasıl tepki vereceğini tahmin etmeyi mümkün kılmaktadır.

Türkiye’de 2000- 2008 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının her geçen yıl arttığını görülmektedir. 2000 yılında %4,9 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı, 2008 yılında %6,1’e yükselmiştir. Her ne kadar diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ayırdığı pay az olsa da yıllar itibariyle bir artış seyri izlemektedir. Meksika’yı incelersek 2000- 2004 yılları arasında hızlı bir artış meydana gelmesine karşın 2005 yılı itibariyle bir düşüş gözlemlenmiş ve belli bir istikrarı sağlayamamıştır. Amerika 2000- 2008 yılları arasındaki dilimde büyüme eğilimini korumuş ve 2008 yılı itibariyle GSYH’nin %16’sını sağlık harcamasına ayırmıştır.

2.5.1. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Türkiye’deki toplam sağlık harcamaları, finansman kaynaklarına göre incelendiğinde, sağlık harcamalarının kompozisyonunda SDP sonrasında önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. 1999’da kamu ve hane halkı sağlık harcamalarının GSYH’deki payları sırasıyla %2,9 ve %1,4 olarak gerçekleşirken, 2006’da kamunun payı %4,1’e çıkmış, hane halkı harcamaları ise %1,1 seviyesine gerilemiştir. Sonuç olarak, SDP ile kamu harcamalarındaki artış, hane halkının sağlık harcamalarındaki

azalma ile dengelenerek, toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı fazla etkilenmemiştir.¹⁴⁶



Şekil 2.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Kaynak: Seher Nur SÜLKÜ, “Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunum, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları” Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011, Yayın No:2011/414, Ankara, s:35

Toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının artışı hükümetin sağlık alanında daha aktif rol oynadığını, finansman bakımından vatandaşının daha fazla yanında olduğunu gösterir.

2.6. Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamaları

Tablo 2.11.’e göre, kamu harcamaları hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Devletin toplam sağlık içindeki payı giderek artmış, sağlık hizmetlerinin finansmanını daha çok üstlenmiştir.

¹⁴⁶Seher Nur SÜLKÜ, “Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunum, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları”, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011, Yayın No:2011/414, Ankara, s.35.

Tablo 2.11. Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamaları

Yıl	Kamu Sağlık Harcamaları
2003	17.642
2004	21.389
2005	23.987
2006	30.116
2007	34.530
2008	42.159
2009	48.442
2010	49.564

Kaynak: AIFD Veri Analiz Merkezi <http://www.aifd.org.tr/sektorel-bilgiler/Veri-Merkezi.aspx> (25.03.2012)

2003 yılında 17.642 milyon TL olan kamu sağlık harcamaları 2010 yılına gelindiğinde 49.564 TL'ye yükselmiştir. Bu yükseliş, devletin yıllar içinde artık daha çok sağlık alanına önem verdiğinin bir kanıtıdır.

2.7. Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Tablo 2.12'de toplam sağlık harcamalarının içinde kamu sağlık harcamalarının dağılımı gösterilmektedir. 1999 yılında, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %39'u özel sektöre, yaklaşık %61'i ise kamu sektöründe gerçekleştirilirken, 2006'da özel sektörün payı azalıp yaklaşık %27'lere gerilerken kamunun payı artarak %72,4'e çıkmıştır. Özel harcamaların payının gerilemesinde hanehalkı sağlık harcamalarının payının düşmesi önemli rol oynamıştır.

Tablo 2.12. Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

	Özel Sektör Harcamaları	Toplam Sağlık Harcamaları	%
1999	1.937	4.985	38,86
2000	3.058	8.248	37,08
2001	3.958	12.396	31,93
2002	5.504	18.774	29,32
2003	6.817	24.279	28,08
2004	8.632	30.021	28,78
2005	11.372	35.359	32,16
2006	13.953	44.069	31,66
2007	16.374	50.904	32,17
2008	15.580	57.740	26,98

Kaynak: www.aifd.org.tr (28.03.2012)

2.8. Hane halkı Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ve özel sektörün payını bilmek kadar, özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların oranını bilmek son derece önemlidir. Bu oranları bilmek hem sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunu ortaya koymada önemli olmakla birlikte, önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmekte de son derece önemlidir. Ayrıca bireylerin fakirliğini arttırmada önemli olduğu tartışılmakta olan cepten yapılan sağlık harcamalarının ne boyutta olduğunu ve kimlerin daha fazla cepten harcama yatığını bilmek de son derece önemli konulardır.

Tablo 2.13. Hane halkı Sağlık Harcamaları ve Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Yıl	Hane Halkı Harcamaları	Toplam Sağlık Harcamaları	%
1999	1.449	4.985	29,07
2000	2.280	8.248	27,64
2001	2.832	12.396	22,85
2002	3.725	18.774	19,84
2003	4.482	24.279	18,46
2004	5.775	30.021	19,24
2005	8.049	35.359	22,76
2006	9.684	44.069	21,97
2007	11.105	50.904	21,82
2008	10.036	57.740	17,38

Kaynak: www.aifd.org.tr (28.03.2012)

Tablo 2.13. 1999-2008 yılları içerisinde hane halkı sağlık harcamalarını ve toplam sağlık harcamaları içindeki payını göstermektedir. Tabloyu incelediğimizde 1999 yılında hane halkı sağlık harcamaları için toplam sağlık harcamalarının %29,07'lik oranını kullanırken bu oran yıllar itibariyle bir azalma göstermiş ve 2008 yılında neredeyse yarıya düşerek toplam sağlık harcamalarının %17,38'ini kullanır hale gelmiştir. Bu durumu kamu harcamalarının artışıyla birlikte değerlendirilirse, devlet sağlık harcamalarında bireyleri koruyucu özelliğini arttırmış ve sağlık hizmeti görevini daha çok üstlenmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYH'den sağlık harcamaları için ayrılan pay miktarı da artmaktadır. Son on yıl içerisinde OECD ülkelerine bakıldığında sağlık harcamalarının ortalama %4,4 artış gösterdiği görülmektedir. Sözü edilen süreçte gelirlerindeki artış dikkate alındığında sağlık harcamaları için ayrılan ödeneklerin rakamsal olarak yüksek miktarlara ulaştığı söylenebilir. Sağlık harcamalarının düzeyini ve kalitesini belirten sağlık hizmet göstergeleri incelendiğinde Türkiye'nin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ardında yer aldığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir.¹⁴⁷

3.1. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)

OECD, otuz demokratik hükümetin; küreselleşmenin etkisiyle ortaya çıkan ekonomik, sosyal ve çevresel zorlukları ele almak üzere birlikte çalıştığı benzeri olmayan bir forumdur. OECD'nin temel amacı hükümetlerin tüzel yönetim, enformasyon ekonomisi ve yaşlanan nüfusun yaşadığı zorluklar gibi gelişme ve endişeleri anlamasına ve bu sorunları çözmesine yardımcı olmaktır. Bunun yanı sıra OECD, hükümetlerin politika tecrübelerini karşılaştırabileceği, yaygın sorunlara çözüm arayabileceği, iyi uygulamaları tespit edebileceği, ulusal ve uluslararası politikaları koordine etmek üzere çalışabileceği bir ortam sağlamaktadır.

OECD, ekonomik büyüme, mali istikrar, ticaret ve yatırım, teknoloji, yenilik, girişimcilik ve kalkınma alanlarında işbirliği yoluyla refahın sağlanması ve yoksullukla mücadele konularında hükümetlere yardımcı olmaktadır. Ekonomik ve sosyal gelişme ile çevrenin korunması arasındaki denge gözetilmekte, herkes için iş imkânı yaratılması

¹⁴⁷ Kılıç, a.g.t., s.85.

ve sosyal eşitlik ile etkin ve sağlıklı bir yönetişimin gerçekleştirilmesi OECD'nin diğer amaçlarını oluşturmaktadır. OECD, yeni gelişim ve sorunları anlamak ve bunlara çözüm üretmek konularında hükümetlere yardımcı olmaya devam etmektedir. Ticari ve yapısal düzenlemeler, internet güvenliği ve gelişmekte olan dünyada yoksullukla mücadelede karşılaşılan güçlükler bu çerçevede anılabilir. OECD elli yıldır dünyanın en geniş ve en güvenilir karşılaştırmalı istatistik, ekonomik ve sosyal veri kaynaklarından biri olmuştur. OECD veri tabanları milli muhasebe, ekonomik göstergeler, ticaret, eğitim, sağlık, enerji, çevre, işgücü, istihdam ve göç gibi birçok farklı alanı kapsamaktadır. OECD, benzer düşünce tarzına sahip ülkelerden oluşan bir gruptur. Çoğulcu demokrasi ve pazar ekonomisi koşullarını sadakatle uygulamak OECD'ye üyeliğin ana koşuludur. 34 ülkeden oluşan OECD'nin ilgi ve faaliyet alanları sadece kendi üyeleriyle sınırlı değildir. Üye olmayan ülkeler de OECD'nin sözleşme ve anlaşmalarına taraf olmaya davet etmekte ve Örgüt, Brezilya, Çin ve Hindistan'dan Afrika'nın az gelişmiş ülkelerine kadar dünyanın 70'ten fazla ülkesiyle müşterek ilgi alanlarında deneyim paylaşmakta ve görüş alışverişinde bulunmaktadır.¹⁴⁸

OECD'ye üye ülkeler şunlardır: Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Kore, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, İngiltere ve ABD, Estonya, İsrail, Slovenya ve Şili. Avrupa Toplulukları Komisyonu da OECD çalışmalarında yer almaktadır.¹⁴⁹

3.2. Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması

Ülkeler, ekonomik gelişim düzeyleri, sosyal koşulları, siyasi değerleri, hastalık yapıları ve kurumsal düzenlemeleri bakımından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Ülkeler, kişi başı gelir bakımından, yılda birkaç yüz dolardan, yirmi bin dolara ve daha fazlasına kadar farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde, canlı doğan çocukların yarısı beş yaşından önce ölürken bazı ülkelerde çocuk ölümü çok nadirdir. Doktorların,

¹⁴⁸ T.C.OECD Daimi Temsilciliği, <http://oecd.pr.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=121251> (01.04.2012)

¹⁴⁹ T.C.OECD Daimi Temsilciliği, <http://oecd.pr.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=121251> (01.04.2012)

10.000 veya 20.000 nüfusa bir doktor düşecek kadar az olduğu birçok ülke olduğu gibi, birkaç yüz nüfus başına bir doktorun düştüğü ülkeler de mevcuttur.¹⁵⁰

Sağlık konusu, elbette, sağlık hizmetlerinden ve sağlık harcamalarından ibaret değildir. Eldeki veriler, gelişmiş ülkelerde, halk sağlığının sadece sağlık hizmetlerinden değil aynı zamanda sosyo-ekonomik ve yaşam tarzına bağlı etmenler tarafından belirlendiğini göstermektedir. İyi tasarlanmış halk sağlığı programları, hastalıkların önlenmesine katkıda bulunup sağlık hizmetleri üzerindeki maliyet baskılarının bir bölümünün hafifletilmesini sağlayabilir. Sağlık konusundaki risk faktörleri de değişmektedir. Örneğin, birçok OECD ülkesinde son on yıl içerisinde sigara tüketiminde ciddi bir azalma olmasına karşın, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve hareketsiz yaşam tarzları nedeniyle obezitede ciddi bir artış gözlenmiştir.¹⁵¹

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin hızla artması karşısında yaşanan temel sorun, artan maliyetlerin sınırlı kaynaklarla nasıl karşılanacağıdır. Bu alanda, ülkeler sağlık hizmetlerine ayıracakları kaynakları önceden belirlemeli ve bu belirlemede WHO ve OECD gibi kuruluşların kriterlerini göz önünde bulundurmalarıdır. WHO'ya göre, gelişmekte olan ülkeler temel sağlık hizmetlerini ülke bireylerine asgari düzeyde sunmalı ve GSYH'nin en az %5'ini sağlık hizmetlerine ayırmalarıdır. Sanayileşmiş ülkelerde milli gelirin ortalama %5,8'i sağlık hizmetlerine ayrılırken, bu oran gelişmekte olan ülkelere ortalama %5 oranında kalmaktadır. Özellikle 1950'li yılların başlarında gelişmiş ülkelere sağlık harcamalarının payı GSYH'nin ancak %4'ü civarında iken, 1980'li yıllarda birçok ülkede bu oranın %10 civarına yükseldiği görülmektedir. Buna göre, gelişmiş ülkelere toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı, 1950 yılından sonra sürekli artış göstermiştir. Özetlemek gerekirse; gelişmekte olan birçok ülkede tüm sektörlerdeki kamu harcamaları, 1950'lerden 1980'lere kadar hızlı bir şekilde artmış ancak 1980'lerdeki düşük ekonomik büyüme ve bütçe açıkları

¹⁵⁰ Sağlık Bakanlığı Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf> (01.04.2012).

¹⁵¹ Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/810517ve5.pdf?expires=1329829827&id=id&accname=guest&checksum=ED3BB680E6B0C01D5E673CE9B10E5FBE> (01.04.2012).

kamu harcamalarının azaltılmasını zorunlu kılmıştır. Sağlıkla ilgili kamu harcamaları ise 1980’den beri düşük oranda da olsa artmıştır.¹⁵²

3.3. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Türkiye’de veri toplamada farklı zamanlarda farklı yöntemler kullanılmıştır. Bu nedenle zaman içinde yapılan sağlık harcamalarının diğer ülkelerle karşılaştırılması kolay değildir. İlk Ulusal Sağlık Hesapları çalışması 1999 ve 2000 yılları için yapılmıştır. Bu çalışma diğer OECD üyesi ülkeler tarafından da kullanılan Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) metodolojisini kullanmıştır. WB tarafından Türkiye’nin 2001 yılındaki sağlık harcamaları tahmin edilmiş ancak bu çalışmada yeni veri kullanılmamıştır. 2001 sonrasında sağlık harcamaları ile ilgili veriler devlet kurumlarının hesaplamalarından alınmıştır (Örn. DPT).¹⁵³

Sağlık harcamalarına ilişkin istatistikler konusunda IMF ve OECD’nin de ayrıntılı çalışmaları vardır. Örneğin IMF sağlık harcamalarını aşağıda gösterildiği 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, sağlık ürünleri ile ilgili olarak yapılan harcamalar
5. Kamu sağlığı harcamaları, araştırma harcamaları ve diğer harcamalar

OECD’nin hazırlamış olduğu raporlarda sağlık harcamaları kapsamında yer alan unsurlar aşağıdaki tabloda sınıflandırılmaktadır. Görüldüğü gibi OECD’nin bu sınıflandırması sağlık kavramı ile ilgili bütün harcamaları kapsamaktadır. Yalnız burada dikkati çeken aşılama ve temiz su sağlanması gibi koruyucu sağlık hizmetlerine yer vermemiş olmasıdır.¹⁵⁴

¹⁵² Sevim, a.g.t., s.16.

¹⁵³ Çelik- Liu- Şahin, Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, 2005 <http://suvak.org.tr/kitap-1-turkce.pdf> (26.01.2012).

¹⁵⁴ Işık, a.g.e., s.205.

Tablo 3.1. OECD Verilerinde Sağlık Harcamaları Bileşenleri

<p>Sağlık hizmetleri ile ilgili temel harcamalar Sağlık hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar Mevcut sağlık hizmetleri ile ilgili toplam harcamalar Kişisel sağlık harcamaları Endüstriyel sağlık hizmetleriyle ilgili harcamalar Toplam biyomedikal araştırma ve geliştirme harcamaları Sağlık yönetimi ile ilgili toplam harcamalar Toplam yatırımlar: sağlık hizmetleri 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 Okuldaki sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık harcamaları Hapishanelerdeki sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık harcamaları Kamu kesiminin biyomedikal alandaki araştırma ve geliştirme harcamaları Sağlık sektörünün yönetimiyle ilgili kamu kesimi tarafından yapılan harcamalar Hane halkına sağlık amaçlı yapılan transferler Tıbbi üreticilere yapılan subvansiyonlar Genel idarenin harcamaları Sağlık sektörüyle ilgili kamu kesimi yatırımları</p>	<p>Sosyal koruma harcamaları Toplam tıbbi tüketim harcamaları Gezici sağlık hizmetleri tüketimi harcamaları İlaç tüketim harcamaları Hastanede yatma hizmetlerinin tüketimi ile ilgili harcamalar Terapi edici alet ve ekipmanların tüketimi ile ilgili harcamalar</p>
<p>Sağlık hizmetlerinin fonlarıyla ilgili harcamalar Genel giderler ile ilgili harcamalar Katkılar ve ücret vergileri için yapılan harcamalar Vergi harcamaları Özel sağlık sigortalarının gelir için yapılan harcamalar</p>	<p>Hastaneler : hizmetler ve personel ile ilgili harcamalar Yatma hizmetleri için yatak harcamaları Belirli hizmetler için hastane yatak harcamaları Psikiyatrik hastalar için hastane yatak harcamaları Bakım ve hemşire evlerindeki yatak harcamaları Yatak başına düşen personel harcamaları Fiziksel tedavi edici hastanelerdeki hemşire ve bakıcı harcamaları</p>

Tablo 3.2. OECD Verilerinde Sağlık Harcamaları Bileşenleri(devam)

<p>Hastane hizmetleriyle ilgili harcamalar Hastanede yatan hasta hizmetleriyle ilgili toplam harcamalar Hastane hizmetleriyle ilgili toplam harcamalar Psikiyatrik hastane hizmetleriyle ilgili toplam harcamalar Hemşire ve bakım evleriyle ilgili toplam harcamalar Hastanede yatan hastalarla ilgili toplam harcamalar Hastane hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Psikiyatrik hastane hizmetleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları Hemşire ve bakım evleri ile ilgili kamu kesimi harcamaları</p>	<p>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</p>
<p>Mobil sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan harcamalar Mobil hizmetlerle ilgili yapılan toplam harcamalar Mobil doktor hizmetleriyle ilgili yapılan toplam harcamalar Mobil dişçilik hizmetleriyle ilgili yapılan toplam harcamalar Mobil anlamda biyoloji ve patoloji gibi testler için yapılan toplam harcamalar Mobil sağlık hizmetleriyle ilgili kamu kesimi harcamaları Mobil dişçilik hizmetleriyle ilgili kamu kesimi harcamaları Mobil anlamda biyoloji ve patoloji testleri için kamu kesiminin yaptığı harcamalar</p>	<p>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</p>
<p>Tıbbi mallar üzerine yapılan harcamalar Toplam ilaç harcamaları Terapi edici alet ve ekipmanlarla ilgili toplam harcamalar Kamu kesimi ilaç harcamaları Kamu kesiminin terapi edici alet ve ekipmanlarla ilgili yaptığı harcamalar</p>	<p>Sağlık personelleri ve kazançları ile ilgili harcamalar Sağlık çalışanlarıyla ilgili harcamalar Kendi başına iş yapanların harcamaları Doktor harcamaları Dişçi harcamaları Kendi kendine iş yaratan eczacıların harcamaları İlaç toptancılarının istihdam harcamaları İlaç perakendecilerinin istihdam harcamaları Hemşire ve bakıcıların ücret harcamaları</p>

Kaynak: Abdulkadir Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, s.206-208.

3.4. Kişi Başına Sağlık Harcaması

2006 yılı OECD raporuna göre Türkiye sağlık harcamaları bakımından, 30 OECD ülkesi arasında sağlık harcamalarına en az pay ayıran ikinci ülkedir. Sonuç olarak 2002-2006 yılları arasında kamu sağlık harcamaları reel olarak %41 artarken, 2002 yılında 137 USD olan kişi başı kamu sağlık harcaması 2006 yılında yaklaşık iki katına çıkarak 268 USD olmuştur. Diğer taraftan 2002 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %70,4 iken 2006 yılında %82,3 olması beklenmektedir.¹⁵⁵

OECD ülkelerinde kişi başına yapılan sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarındaki değişim oranı bu ülkelerin sağlık sistemlerinin örgütsel yapıları, sosyal etkenler, finansman yöntemleri gibi birçok faktöre bağlı olarak önemli ölçüde farklılık göstermektedirler. Bu durum ülkelerin sağlık sistemlerini örgütsel yapısından sosyal etkenlere ve finansman yöntemlerine kadar önemli ölçüde farklılık göstermektedirler. ABD bütün OECD ülkelerinden kişi başına daha fazla sağlık harcaması yapmaya devam etmektedir. ABD’de 2009’da kişi başına sağlık ürün ve hizmetlerine yapılan harcama 7.960 USD’ye –bu rakam diğer tüm OECD ülke ortalamasının 2,5 katıdır- yükselmiştir. En fazla harcama yapan diğer iki ülke ise Norveç ve İsviçre’dir ki onlar da ABD’nin üçte ikisi kadar harcama yapmış olmalarına rağmen OECD ortalamasının % 50 üstündedirler. Kuzey ve doğu Avrupa ülkelerinin birçoğunda –Kanada ve Avustralya ile birlikte- 3200 ile 4400 USD arasında yapılan harcama OECD ortalamasından %100-130 daha fazladır. OECD ortalamasının altında harcama yapan ülkeler Meksika ve Türkiye’dir. Japonya da OECD ülke ortalamasının altında harcama yapan ülkelerdendir ancak kişi başına gelir ortalamasının üzerindedir. En hızlı gelişen ekonomiler karşılaştırıldığında Çin ve Hindistan sağlığa OECD ortalamasından % 10 ile % 5 daha az harcama yapmaktadırlar.¹⁵⁶

Türkiye’nin sağlık harcamaları diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye kişi başına sağlık harcamasında OECD ülkeleri arasında en az harcamayı yapan ülkedir.

¹⁵⁵ Kılıç, a.g.t., s.85.

¹⁵⁶ Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing., http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011, (14.03.2012).

Ancak Türkiye'nin ortalama gelir düzeyi diğer OECD ülkelerinin büyük bölümünden daha düşük olduğu için bu beklenmeyen bir durum değildir.¹⁵⁷

Genellikle kişi başına yapılan harcamalar toplam harcamalarla karşılaştırılabilmektedir. Halen ABD'deki özel sektör finansmanda baskın rol oynamaktadır, kişi başına yapılan sağlık harcamaları çoğu OECD ülkelerinin ortalamasından daha fazladır (Norveç, Lüksemburg ve Hollanda hariç), çünkü toplamdaki sağlık harcamaları diğer ülkelerden çok daha fazladır. İsveç'te sağlık bakım finansmanının büyük bir kısmı özel kaynaklardan gelmektedir ve sağlıkta yapılan kamu harcamaları diğer ülkelerden önemli ölçüde düşüktür. Danimarka'da tersi bir durum da doğrudur ki sağlık bakımının büyük kısmı kamu tarafından finanse edilmektedir. 2000-2009 arasında kişi başına sağlık harcamalarının OECD ortalamasına göre yıllık olarak % 4 artacağı tahmin edilmektedir. Çoğu ülkede artış oranı 2004'te tepe noktaya ulaşmış ve yakın zamanda yavaşlamıştır.¹⁵⁸

Genellikle, bu dönem içerisinde kişi başına sağlık harcamaları en yüksek seviyeye ulaşan ülkeler dönem başından itibaren göreceli olarak düşük seviyelerdedirler. Kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki artış Slovakya ve Güney Kore'de 2000 yılından itibaren OECD ortalamasının yaklaşık iki katıdır. Bu da, bu ülkelerin OECD ortalamasını yakalamasına neden olmuştur. Bu dönemde İtalya, İsviçre ve Almanya gibi ülkelerde kişi başına sağlık harcamalarının artışı azalmıştır.¹⁵⁹

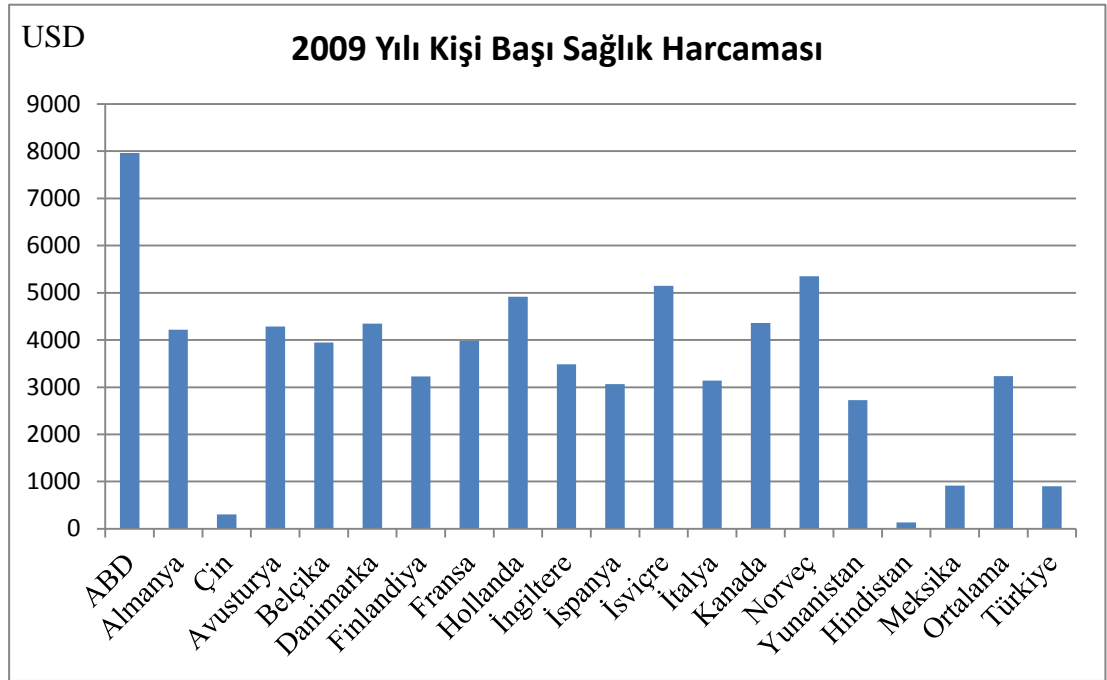
Tablo 3.2. OECD ülkelerindeki kişi başına düşen GSYH ile sağlık harcamalarını göstermektedir. GSYH'si yüksek olan ülkelerde daha fazla sağlık harcaması yapma eğilimi olsa da GSYH sağlık harcamalarını etkileyen tek neden değildir. Bu ilişki düşük GSYH'ye sahip olan ülkelere göre yüksek GSYH'ye sahip olan ülkelere daha fazladır. Almanya ve Finlandiya gibi birbirine yakın tutarda kişi başı GSYH'si olan ülkelerde önemli farklılıklar olmaktadır ki kişi başına sağlık harcamaları Almanya'da % 25 daha fazladır. ABD GSYH seviyesine göre yapılan tahminden daha fazlasını harcamaktadır.¹⁶⁰

¹⁵⁷ Health Expenditure per Capita, a.g.k., s.148, (14.03.2012).

¹⁵⁸ Health Expenditure per Capita, a.g.k., s.148, (14.03.2012).

¹⁵⁹ Health Expenditure per Capita, a.g.k., s.148, (15.12.2012).

¹⁶⁰ Health Expenditure per Capita, a.g.k., s.148, (03.01.2012).

Tablo 3.3. OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcaması (2009), (USD)

Kaynak: Health Expenditure per Capita, a.g.k., s.152.

3.5. İşlevlerine Göre Sağlık Harcamaları

Sağlık ürün ve hizmetlerine yapılan çeşitli türdeki harcamalar hastane yataklarına ulaşım, tıbbi personel ve yeni teknoloji gibi sağlık sistemi kısıtlamaları, sağlık hizmetinin verilmesiyle ilgili finansal ve kurumsal düzenlemeler ve bir ülkedeki hastalıktan ölümler gibi çok çeşitli nedenlerden etkilenmektedir.¹⁶¹

2009 yılında OECD ülkelerinde tedavi edici sağlık harcamaları ve rehabilitasyon harcamaları ortalama toplam sağlık harcamalarının % 60'ından fazlasını oluşturmuştur. Yatan hasta/ayakta tedavi gören hasta oranı ülkelerdeki sağlık bakım sağlayıcıları ve kliniklere göre değişebilir. Örneğin; Fransa ve Avusturya'da en yüksek oranda yatan hasta bulunmakta buna karşın hastane faaliyetleri en yüksek seviyededir. Tersine, Portekiz ve İspanya gibi ülkeler daha az hastane faaliyetine sahiptir ve yatan hastaya kaynakların ¼'ünü ayırmaktadırlar.¹⁶²

¹⁶¹ Health Expenditure by Function, A.g.k., s.152, (03.01.2012).

¹⁶² Employment in Health and Social Sectors, A.g.k., s.152, (13.01.2012).

Uzun dönemli bakımlara yapılan harcamalarda ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Norveç, Danimarka ve Hollanda yaşlı ve engelli bakımına toplam sağlık harcamalarının $\frac{1}{4}$ 'ünü ayıracak bir sistem kurmuşlardır. Tersine, doğu ve güney Avrupa ülkelerinde uzun dönemli bakımlar daha gayri resmi ve aile odaklıdır ki toplam sağlık harcamalarında çok daha küçük bir paya sahiptirler.¹⁶³

Sağlık harcamalarındaki diğer önemli bir kategori ise tıbbi malzemelere yapılan harcamalardır. Ortalamada %19 olan medikal malzeme harcamaları Yeni Zelanda, Danimarka ve Norveç'te %11-12 seviyelerinde olabilmektedir ancak Macaristan ve Slovakya'da tüm sağlık harcamalarının üçte ikisini oluşturmaktadırlar.¹⁶⁴

Sağlığın farklı bileşenlerindeki artış sağlık sistemlerinin gelişimindeki göreceli aşamaları yansıtmaktadır. Yatan hasta bakımı iş gücü yoğun ve maliyetli bir konudur. Bu nedenle gelişmiş ülkeler ameliyat sonrası yatılan gün sayısını azaltarak ayakta veya evde bakıma geçerek maliyeti azaltmaya odaklanmaktadır. ABD'deki kamu harcamaları fiyatların sıkı bir şekilde kontrol edildiği Medicare ve Medicaid aracılığıyla yapılmaktadır. Bundan dolayı hastaneler fiyat konusunda herhangi bir kontrolden geçmeyen ayakta hastaya yönelmektedirler. Ayakta (ambulatory) ameliyat tedavisinin Amerika'da 2003-2006 arasında en fazla artan sağlık bakımı olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan sağlık sistemlerine yatırım ve harcama yapan düşük gelirli OECD ülkeleri ayakta hasta bakımının toplam sağlık harcamalarında en fazla artan alan olduğunu belirlemişlerdir.¹⁶⁵

Ortalama olarak OECD ülkeleri harcamalarının %3'ünü sağlık sistemlerindeki yönetim ve düzenlemelere ayırmaktadırlar. Bu ise aynı zamanda sağlık sigortalarının yönetilmesini de içermektedir. Genellikle bu ülkeler tekil ödeyicili vergiye dayalı sağlık finansmanı sistemini yürütmektedirler ve ABD, Fransa ve Almanya gibi çoklu ödeyicili sistemlere göre daha az kaynağı idare için ayırmaktadırlar.¹⁶⁶

¹⁶³ Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.152, (15.021.2012).

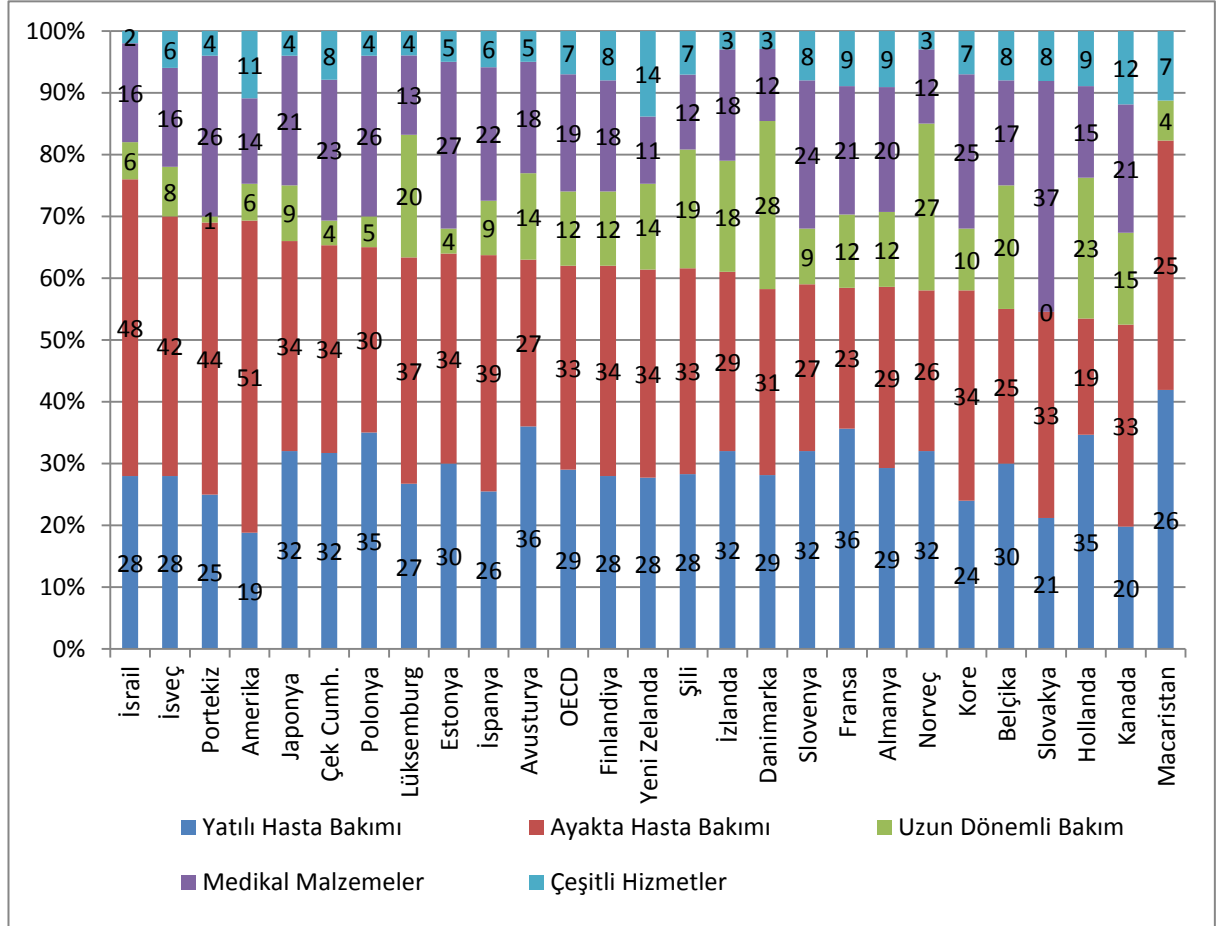
¹⁶⁴ Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.152, (15.01.2012).

¹⁶⁵ Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.152, (15.01.2012).

¹⁶⁶ Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.152, (15.01.2012).

Yaşlı kimselere sunulan sağlık hizmetlerinin uzun vadeli bakım hizmetleri olduğu düşünülürse, sunulan sağlık hizmetleri de süreklilik arz edecektir. Ayakta tedavi için yapılan harcamaların temel unsurunun ilaç olduğunu düşünülmektedir.

Tablo 3.3. İşlevlerine Göre Sağlık Harcamaları



Kaynak: Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (01.04.2012)

3.6. Çocuk Ölümleri (İnfant Mortalitesi)

İnfant mortalitesi, bir yaşından daha küçük bebek ve çocukların ölme oranı, anne ve yeni doğanların sosyoekonomik durumlarını, aynı zamanda sağlık sisteminin etkinliğini yansıtmaktadır. Birçok OECD ülkesinde çocuk ölüm oranları düşüktür ve çok az bir oransal fark vardır. Bununla birlikte küçük bir grup OECD ülkesinde ve yeni gelişmekte olan ülkelerde infant mortalitesi 1000 canlı doğumda 10'dan fazladır. 2009 yılında kuzey ülkelerinde (İzlanda, İsveç, Finlandiya), Japonya'da, Slovenya'da, Lüksemburg'da ve Hırvatistan'da oranlar 1000 canlı doğumda 3'ten daha az olmak

üzere değişmektedir. Bu oran Türkiye ve Meksika’da sırasıyla 13 ve 15’in üzerindedir. Infant mortalite oranları göreceli olarak Şili’de de yüksektir. (1000 canlı doğumda 6 veya daha fazla ölüm).¹⁶⁷

Gelişmekte olan ülkelerde (Hindistan, Güney Afrika, Endonezya ve Brezilya’da) infant mortalitesi 1000 canlı doğumda ‰20’nin üzerindedir. Hindistan’da 20 çocuktan biri birinci doğum gününden önce ölmektedir. Son Birleşmiş Milletler Kadın ve Çocuk Sağlığı Bilgileri ve İzlemleri Heyeti geliştirmekte olan ülkelere, anne ve çocuk ölümlerini ve anne çocuk sağlığını geliştirmek için yapılan sağlık harcamalarını tam olarak değerlendirmek ve monitörize etmek için tekrarlanabilir çaba istemektedir.¹⁶⁸

Dünya çapında, doğumda beklenen yaşam süresi 1960 yılında 50,2 yıldan 1995-2000 döneminde 66,7 yıla çıkmıştır ve dünyanın çoğu kesiminde halen artmaktadır. Azalan mortalite oranları birçok faktöre bağlıdır. Örneğin, iyileşen beslenme ve barınma, genişleyen temiz su tedariki imkânları ve daha iyi kanalizasyon bertaraf sistemleri gibi. Aşılama ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü dâhil olmak üzere temel sağlık hizmetleri de önemli bir rol oynamıştır. Ancak nedeni ne olursa olsun, düşük mortalite, tıbbi hizmete ihtiyacı olan insanların sayısını arttırmaktadır.¹⁶⁹

Yaşamın ilk yılında olan ölümlerin yaklaşık üçte ikisi neonatal ölümlerdir.(ilk dört hafta). Gelişmiş ülkelere gebelik sırasında artan doğum defektleri, prematüre ve diğer durumlar neonatal mortaliteye katkıda bulunan birincil nedenlerdir. Doğum yapmayı erteleyen bayanların sayısının ve fertilitate tedavisi sonucu olan çoklu doğum sayısının artması ile erken doğum sayısı da artma eğilimindedir. Yüksek gelirli ülkelere son bir kaç yılda infant mortalite oran seviyelerini aşağı doğru indirme eğilimindedir. Doğum sonrası ilk ayda gerçekleşen ölümlerin sebepleri daha fazladır. En sık; ani bebek ölümü sendromu, doğum defektleri, enfeksiyon ve kazalar görülmektedir.¹⁷⁰

1970’teki duruma göre tüm OECD ülkeleri kayda değer oranda infant mortalitesi azaltma yönünde ilerleme kaydetmiştir, 1000 canlı doğumda 30 olan ölüm sayısı

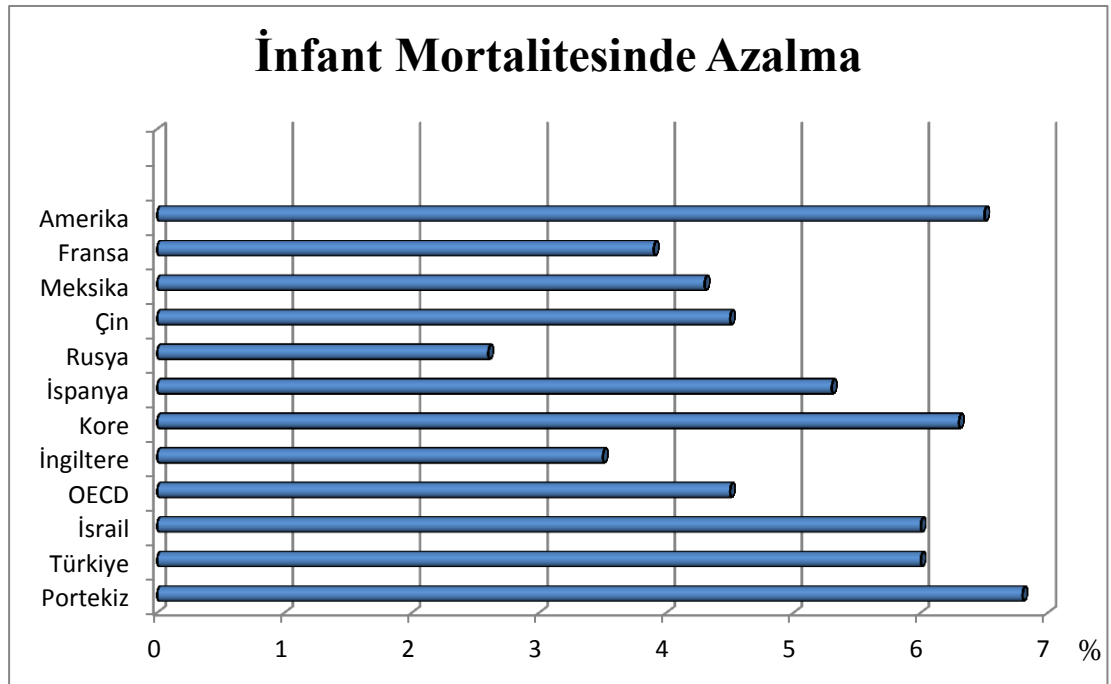
¹⁶⁷ Infant Mortality, a.g.k., s.36, (07.01.2012).

¹⁶⁸ Infant Mortality, a.g.k., s.36, (07.01.2012).

¹⁶⁹ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf>

¹⁷⁰ Infant Mortality, a.g.k., s.36, (01.02.2012).

ortalama %4.4 olmuştur. Portekiz’de 1970 yılından bugüne infant mortalite hızı yıllık %7 oranında azalmıştır ve bu durum Portekiz’i OECD ülkeleri içinde infant mortalitesinin en yüksek olduğu ülke durumundan, 2009 yılında en düşük infant mortalite oranına sahip ülke durumuna getirmiştir. Infant mortalitesinde Kore Türkiye ve İsrail’de de büyük oranlarda bir azalma gözlenmektedir.¹⁷¹



Şekil 3.1. Bazı OECD Ülkelerinin 1970-2009 Yılları Arasındaki Çocuk Ölüm Oranlarında Yıllık Ortalama Azalma

Kaynak: Infant Mortality, a.g.k., s.36.

İnfant mortalitesinde azalma oranları Hollanda ve ABD de daha yavaştır. Bir zamanlar infant mortalite oranları ABD de OECD ortalamasının oldukça aşağısındayken şu anda ortalamanın üstündedir. ABD de etnik gruplar arasındaki fark açıktır. Siyah veya Afrikalı Amerikalı kadınlarında yüksek riskli doğum, düşük doğum ağırlıklı infantlar ve infant mortalite oranları beyaz kadınlara göre 2 kattan daha fazladır.

Birçok çalışma sağlığın medikal veya medikal olmayan değişkenlerinin etkilerindeki çeşitliliklerini saptamak için sağlık harcamalarında infant mortalite oranlarını kullanmaktadır. Buna rağmen birçok analiz infant mortalite oranları ile sağlık

¹⁷¹ Infant Mortality, a.g.k., s.36, (12.02.2012).

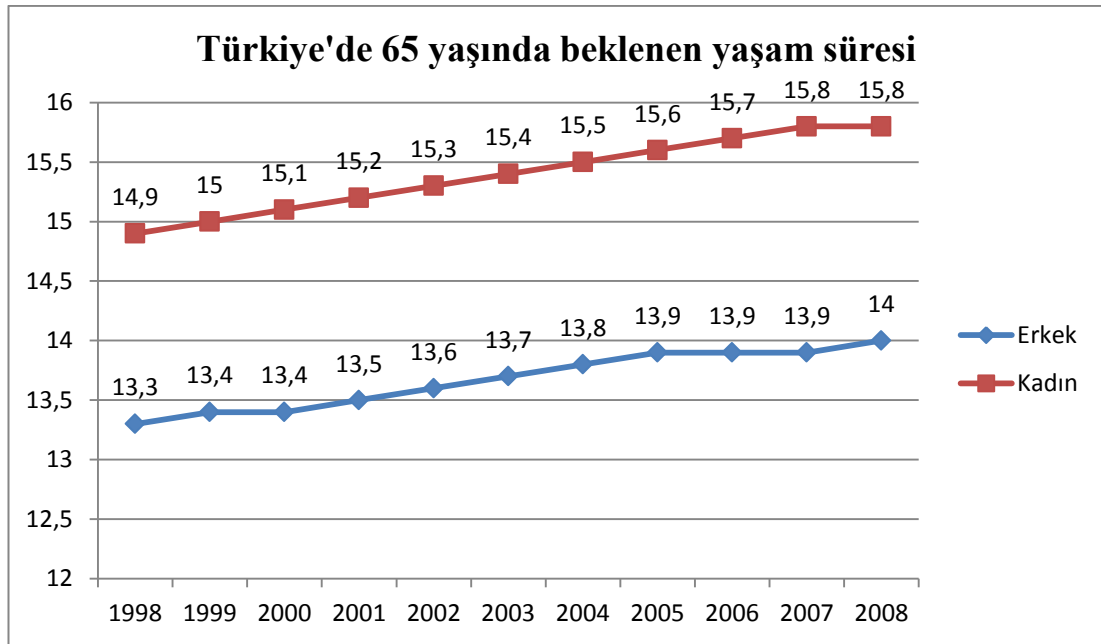
harcamaları arasında tamamen negatif bir ilişki göstermektedir. Bazı ülkelerdeki yüksek sağlık harcamaları düşük infant mortalitesini sağlamamaktadır. Bu durum yüksek sağlık harcamalarının iyi sonuç elde etmek için gerekli olmadığını öne sürmektedir. Bu çalışmalar aynı zamanda infant mortalitesini etkileyen sağlık sisteminin kalitesinin ve etkililiğinin ötesinde birçok faktörün mevcut olduğunu-gelirlerdeki eşitsizlik, sosyal çevre, bireysel yaşam stilleri ve davranışlar- öne sürmektedir.¹⁷²

3.7. 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi

Zaman içerisinde ve ülkeler arasında ortalama insan ömrü üzerinde etkili olabilecek tıbbi ve tıp dışı faktörlerin görece katkısını tahmin etmek pek kolay değildir. OECD ülkelerinde ortalama insan ömrünün yüksek olması genellikle ulusal gelirin yüksek olması ile ilişkilidir, ancak ulusal gelir arttıkça bu ilişki daha az belirginleşmektedir. Ayrıca kişi başına düşen gelirin benzer olduğu OECD ülkeleri arasında ortalama insan ömründe dikkate değer farklılıklar da vardır. Örneğin, Japonya ve İspanya'da sadece kişi başına düşen GSYH verilerine bakılarak öngörülenin üzerinde ortalama insan ömrü rakamlarına sahip oldukları görülürken, ABD'de ve Macaristan'da gelire bağlı olarak öngörülenin altında ortalama insan ömrü rakamlarına sahip oldukları görülür. Son 30 yıl içinde OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü de önemli oranda artmıştır. OECD ülkelerinde 2003 yılında 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrü kadınlarda 19,3 yıl, erkeklerde 15,9 yıl iken bu rakamlar, gerek kadınlar, gerekse erkekler için 1970 yılından beri 3 yıllık bir artış olduğunu göstermektedir. Doğumdan itibaren ortalama insan ömründe olduğu gibi 65 yaşından itibaren ortalama insan ömründe de 2003 yılının en yüksek rakamına Japonya sahiptir. Önümüzdeki yıllarda 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün artmaya devam etmesi beklenmektedir. OECD hesaplarına göre, OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün 2040 yılına gelindiğinde kadınlarda 21,6 yılı, erkeklerde 18,1 yılı bulması öngörülmektedir.¹⁷³

¹⁷² Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.<http://dx.doi.org/101787/health_glance-2011-en>, s.37, (05.01.2012).

¹⁷³ Life expectancy and healthy life expectancy at age 65 http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407.00.html (13.01.2012).



Şekil 3.2. Türkiye'de 65 yaşında beklenen yaşam süresi

Kaynak: Life expectancy and healthy life expectancy at age 65

http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

(01.04.2012).

3.8. OECD Ülkeleri Arasında Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı

GSYH içerisindeki sağlık harcamalarındaki eğilimler GSYH ve sağlık harcamalarındaki eğilimlerin birleşik etkisinin (combined effect) bir sonucudur. Lüksemburg dışındaki diğer ülkelerde sağlık harcamaları 2000 yılından itibaren GSYH'den fazla artmıştır. Bu durum ise OECD ülkelerinin ortalamasından daha fazla bir payın GSYH'den ayrılmasıyla sonuçlanmıştır.¹⁷⁴

2009'da OECD ülkeleri GSYH'lerinin %9,6'lık kısmını sağlık harcamalarına ayırmışlar ve 2008'deki %8,8'lik orana -2008'de çoğu ülkede başlayan ve 2009'da yaygınlaşan durgunluğun ardından- görece keskin bir yükseliş gerçekleşmiştir. GSYH'deki sağlık harcamalarındaki yükseliş küresel durgunluktan dolayı önemli bir kesintiye uğramıştır. İrlanda'da GSYH yüzdesindeki (sağlık harcamalarının) payı 2007'de %7,7'den 2009'da %9,5'e yükselmiştir. Birleşik Krallıkta 2007'de % 8,4'ten

¹⁷⁴Health Expenditure in Relation to GDP

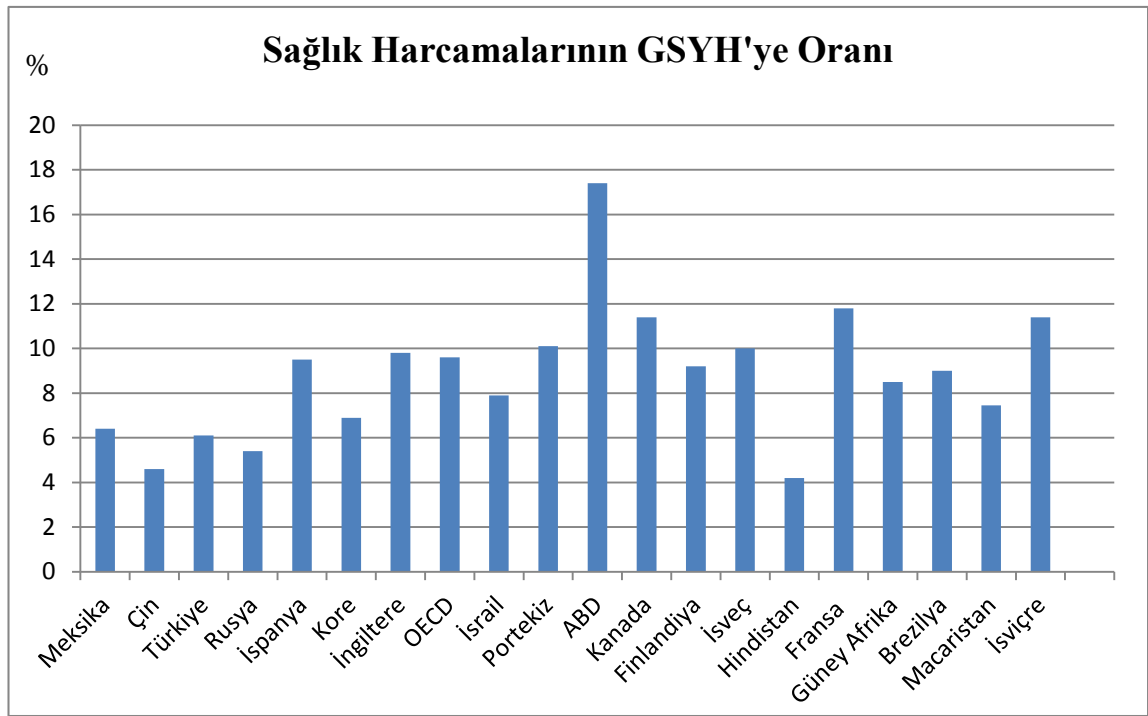
http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html,

(13.01.2012).

2009'da %9,8'e yükselmiştir. 2009'da ABD'de GSYH içindeki sağlık harcamaları % 17,4 olarak gerçekleşmiş ve Fransa ve Hollanda'ya (sırasıyla % 12 ve % 11,8) göre yüzde 5'ten fazla artmıştır. OECD ülkelerinden Meksika ve Türkiye GSYH'den % 6,5'ten daha az bir kısmını sağlık harcamalarına ayırmışlardır. Çin ve Hindistan gibi hızlı gelişmekte olan ülkeler 2009'da sırasıyla %4,6 ve %4,2 oranında GSYH'den pay ayırırken, sırasıyla Güney Afrika ve Brezilya %8,5 ve %9 oranlarında pay ayırmışlardır. GSYH'deki kamu harcamalarının payı Danimarka'da %9,8 gibi yüksek bir oranda gerçekleşirken sırasıyla Kore ve Meksika'da %4 ve %3,1 olarak düşük düzeylerde seyretmektedir. Bu iki ülkede sağlık harcamaları diğer OECD ülkelerine göre kamu ve özel finansman arasında daha fazla yayılmıştır.¹⁷⁵

Türkiye'de ve ABD'de 1993 yılından 2003 yılına kadar GSYH içinde sağlık harcamalarının payı önemli bir yükseliş gösterirken (1993 yılına göre 2003'te sağlık harcamalarındaki artış; ABD'de %11, Türkiye'de ise yaklaşık %100'dür) diğer OECD ülkelerinde bu oranda bir artış olmadığı görülmektedir. Türkiye'deki artış oranı 1995'ten sonra OECD ortalamasının bir hayli üzerine çıkmıştır. GSYH'den sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olması birçok nedene bağlanabilir. Bunların başında o ülkenin gelişmişlik düzeyi ile sağlık harcamalarına ayrılan pay arasındaki pozitif ilişki gelir. İkinci olarak, hastaların sağlık hizmetlerine olan talep bilincinin gelişmesi, ülke yöneticilerinin sağlığa verdiği önem ve ülkedeki özel sağlık sektörünün durumu sıralanabilir. GSYH' den sağlık harcamalarına ayrılan payın yıllar itibariyle artış göstermesi bir gelişmişlik göstergesi olarak değerlendirilirse Türkiye sağlık alanında önemli gelişme kaydetmiştir.

¹⁷⁵ Health Expenditure in Relation to GDP
http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407.00.html,
 (13.01.2012)



Şekil 3.3. Sağlık Harcamalarının GSYH' ye Oranı

Kaynak: http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_33929_16502667_1_1_1_1,00.html (01.04.2012).

Tablo 3.3.'te OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı gösterilmektedir. Sağlık harcamalarıyla ilgili olarak sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı kişi başına sağlık harcamalarıyla birlikte daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilir. Sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı göreceli olarak daha yüksek olan ülkeler kişi başına daha düşük sağlık harcamasına sahiptirler ki tersi de mümkün olabilmektedir. Örneğin; Portekiz ve İsveç GSYH'den birbirlerine yakın oranlarda (%10) sağlık harcaması yaparlarken İsveç'te kişi başına sağlık harcamaları %50'ye yaklaşmaktadır. Bunun nedeni, 2000'den -sağlık harcamalarının GSYH'ye oranındaki erken büyüme döneminden -beri 2009'a kadar göreceli bir durgunluk dönemine girmişlerdir. GSYH'deki ilişkili azalış –ekonomik çöküşe bağlı olarak- GSYH'deki sağlık harcamalarındaki oranlarda artışlara neden olmuştur. Önceki durgunluklardan edinilen tecrübeler –çoğu ülkede- göstermiştir ki; GSYH içindeki sağlık payı harcamaları ekonomik durgunluk dönemlerinde önemli ölçüde yükseliş eğilimi göstermekte ve ekonomik toparlanma dönemlerinde hafif bir azalışa geçmektedir. 1990'lardaki durgunlukları izleyen tecrübelerde Kanada ve Finlandiya gibi bazı ülkeler kamu sağlık harcamaları azaltarak bütçe açıklarını kapatmışlar ve birkaç yıl içerisinde

GSYH'deki sağlık harcamalarında önemli düşüşler gerçekleşmiştir. Fakat sağıktaki kamu harcamalarındaki bu düşüşler kısa ömürlü olmuş ve maliyet kirlenmesi ile sağık hizmetlerine olan arz ve talepteki artışlar sağık harcamalarının GSYH'den fazla artmasına neden olmuştur. 2000 yılından beri kişi başına sağık harcamaları OECD ülkelerinin ekonomik büyüme ortalamalarından daha fazla artmış (%4'e karşı %1,6) ve çoğu ülkedeki ekonomideki sağık harcamalarının payını artırmıştır.¹⁷⁶

OECD ülkelerinde son yıllar içerisinde uzun ömür yolunda çarpıcı kazanımlar elde edilmekle birlikte, zaman içerisinde sağık maliyetleri de artmıştır. Ülkelerin çoğunda sağık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış göstermiştir. 2003 yılında OECD ülkeleri GSYH'nın ortalama %8,8'ini sağık harcamalarına ayırdılar. Bu oran 1990 yılında %7,1, 1970 yılında ise %5'in biraz üzerinde idi. GSYH'da sağık harcamalarına ayrılan pay, ülkeler arasında epeyce farklılık gösteriyor. Bu oran ABD'de %15 iken Slovakya ve Kore'de %6'dan azdır. 2003 yılında GSYH içindeki yüzde olarak en yüksek sağık harcamaları ABD'nin ardından, sırasıyla %11,5 ile İsviçre ve %11,1 ile Almanya gelmiştir.¹⁷⁷

OECD ülkelerinde son yıllar içerisinde uzun ömür yolunda çarpıcı kazanımlar elde edilmekle birlikte, zaman içerisinde sağık maliyetleri de artmıştır. Ülkelerin çoğunda sağık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış göstermiştir.¹⁷⁸

3.9. Satın Alma Gücü Paritesiyle (SGP) Kişi Başı Sağık Harcamaları

Satın Alma Gücü Paritesi (SGP), ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılıklarını ortadan kaldırarak, farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen bir değişim oranıdır. SGP, belirli bir mal ve hizmet sepetinin satın alınabilmesi için gereken ulusal para tutarlarının oranı şeklinde hesaplanmaktadır. Bu oran kullanılarak farklı para

¹⁷⁶ Health Expenditure in Relation to GDP
http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html .
(05.01.2012)

¹⁷⁷Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/810517ve5.pdf?expires=1329829827&id=id&accname=guest&checksum=ED3BB680E6B0C01D5E673CE9B10E5FBE> (05.01.2012).

¹⁷⁸<http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/fulltext/810517ve5.pdf?expires=1329829827&id=id&accname=guest&checksum=ED3BB680E6B0C01D5E673CE9B10E5FBE>. (05.01.2012).

birimlerine dönüştürülen harcamalar, satın alınan mal ve hizmet hacmindeki farklılıkları yansıtarak, ülkeler arasında gerçek anlamda karşılaştırılabilir veriler sağlamaktadır.¹⁷⁹

Satın Alma Gücü Paritesiyle (SGP) kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında, 2000-2007 yıllarında Türkiye'nin 433 USD'den 767 USD'ye doğru önemli bir ilerleme kaydettiği görülmektedir. Bu rakamlar %77'lik bir ilerlemeye tekabül etmektedir. Buna karşın Türkiye OECD içinde kişi başı sağlık harcamalarında son sıradaki yerinden kurtulamamıştır. Aynı dönemde gelişmekte olan ülkelerden Slovakya %188, Kore %119, Polonya %108, İrlanda %115 ilerleme sağlamışlardır. Uzun yıllardır AB üyesi olan ve gelişmiş ülkeler arasında yer alan İspanya'nın sağladığı %89'luk artış da dikkat çekmektedir.¹⁸⁰

¹⁷⁹ TÜİK, Satın Alma Gücü Paritesi, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Yayın No: 3145, 2008, s.1.

¹⁸⁰ Can Buharalı., Türkiye'de Sağlık Ekonomisi ve İlaç Sanayi http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Assets/Documents/turkey_tr_saglik_ilac_130711.pdf (01.04.2012).

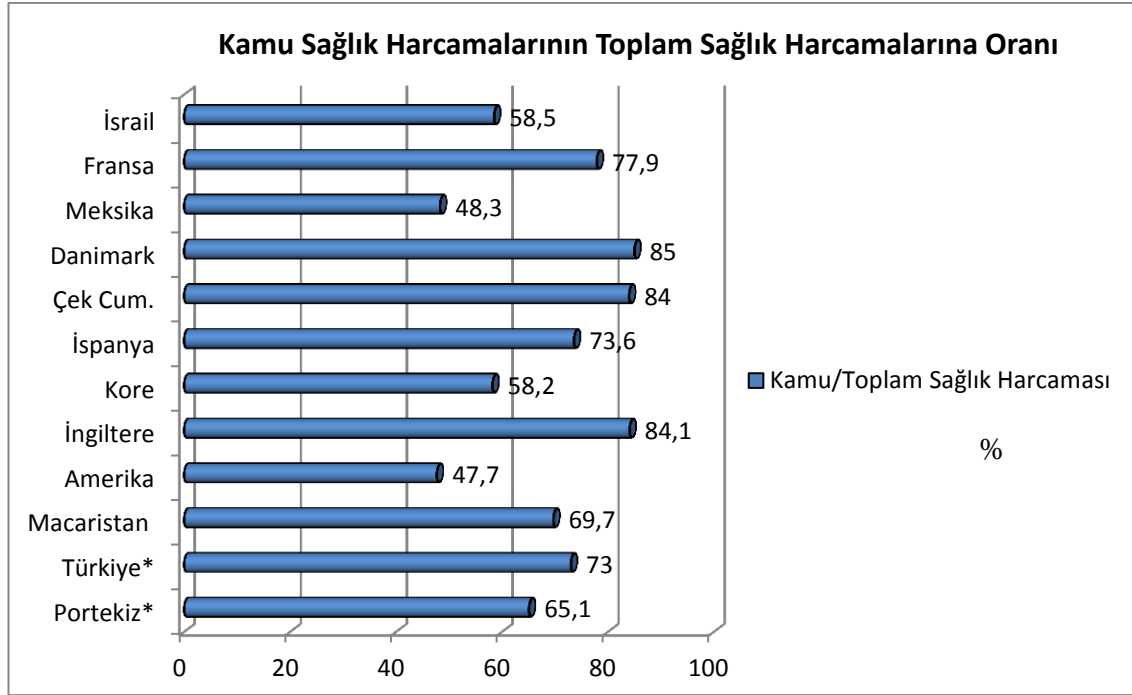
Tablo 3.4. Satın Alma Gücü Paritesiyle (SGP) Kişi Başı Sağlık Harcamaları

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Değişim
Kore	1012	1086	1166	1305	1501	1685	1801		2,19
İspanya	1745	2017	2126	2268	2477	2658	2902		1,89
Meksika	584	629	689	731	761	824	852	877	1,68
Avusturya	3057	3198	3390	3472	3629	3792	3970	-	1,39
Türkiye	433	424	442	447	520	591	690	767	1,77
Norveç	3628	3834	4077	4301	4501	4791	5003		1,61
Almanya	2934	3083	3161	3353	3471	3619	3737		1,40
İngiltere	2192	2324	2548	2701	2884	2990	3129		1,70
Çek Cum.	1195	1338	1387	1475	1520	1621	1781		1,81
İrlanda	2348	2561	2788	2924	3094	3361	3793		2,15
Polonya	733	748	807	857	912	1049	1213		2,08
Slovakya	730	791	1057	1139	1318	1569	1738		2,88
ABD	5453	5852	6196	6563	6931	7285	7538		1,60

Kaynak: Can Buharalı, Türkiye'de Sağlık Ekonomisi ve İlaç Sanayi,
http://www.deloitte.com/assets/DcomTurkey/Local%20Assets/Documents/turkey_tr_saglik_ilac_130711.pdf (11.03.2012)

3.10. OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

OECD ülkelerinin çoğunda kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortasının ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından finanse edilmesinin ağır basması sonucu, ABD, Meksika ve Güney Kore dışındaki bütün ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük bölümünü kamu sektörü üstlenmiştir.



Şekil 3.4. OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Kaynak: <http://www.aifd.org.tr> (11.03.2012)

*Türkiye ve Portekiz 2008 verisi

Şekil 3.4.'te OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı gösterilmektedir. Türkiye %73 ile orta sıralarda yer almaktadır. İngiltere gibi kamu harcamaları sağlık harcamaları yüksek ülkelerin toplam sağlık harcamalarına oranı da yüksektir. Amerika ve Meksika en az kamu sağlık harcaması-toplam sağlık harcaması oranına sahip ülkelerdir. (sırasıyla %47,7- %48,3) Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin daha çok özel sektörün finansörlüğünde olduğu söylenebilir.

3.11. Sağlık Sektöründe İstihdamın OECD Ülkelerinde Karşılaştırılması

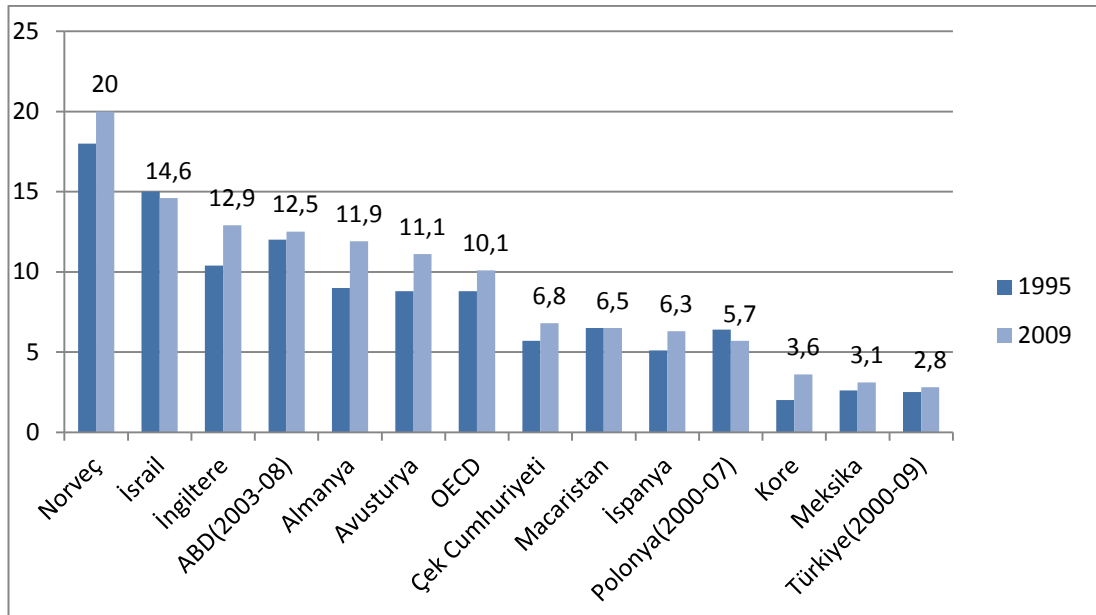
OECD'nin 2010 verilerinde istihdamın sadece sağlık kolu araştırılmamış bununla birlikte sosyal sektörlere de değinilmiştir. Genel işgücü araştırmalarına uzun süreli bakım, çocuk bakımı ve sosyal iş tiplerini de kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili veriler

sadece doğrudan hizmet sunan profesyonelleri değil, bununla birlikte yönetici personel ve yardımcı personeli de kapsamaktadır.¹⁸¹

OECD ülkelerinde sağlık ve sosyal sektörlerdeki ortalama istihdam oranı 1995'te %9'un biraz altındayken 2009 yılında toplam istihdamın %10'unun biraz üstünde saptanmıştır. 2009 yılında sağlık ve sosyal sektörlerde istihdam edilen işgücü oranı en yüksek yaklaşık %15 ile İskandinav Ülkeleri ve Hollanda'da saptanmıştır. Bu oran en düşük %3 ile Türkiye ve Meksika'da ölçülmüştür. 1995-2009 yılları arasında sağlık ve sosyal hizmetlerde istihdam edilen işgücü sayısı hemen hemen tüm OECD ülkelerinde artmıştır. Geçmiş yıllarda Polonya, Slovakya, İsveç ve İzlanda'da toplam istihdamın yanı sıra istisnai olarak sağlık ve sosyal hizmetlerin istihdamı azalmıştır. 1995-2009 yılları arasında sağlık ve sosyal hizmetlerde işgücü istihdamında OECD ülkelerinde yıllık ortalama %2,8 oranında bir artış gözlenmektedir. Bu oran %1,3 olan toplam sivil istihdamın büyüme oranının neredeyse iki katıdır. Kore'deki sağlık ve sosyal hizmetlerde çalışan insan sayısı 1995-2009 yılları arasında yıllık ortalama %8 artmıştır ki Kore'de yıllık toplam sivil istihdamdaki büyüme oranı %1,1'dir. Bununla beraber Kore'deki sağlık ve sosyal hizmetlerdeki istihdam çoğu OECD ülkesine göre daha düşüktür. Japonya, Türkiye, Almanya ve Çek Cumhuriyeti'nde sağlık ve sosyal hizmetlerdeki büyüme hızı toplam istihdamın büyüme hızını büyük bir farkla geçmiştir.¹⁸²

¹⁸¹ Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.60, (25.01.2012).

¹⁸² Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.60, (25.01.2012).

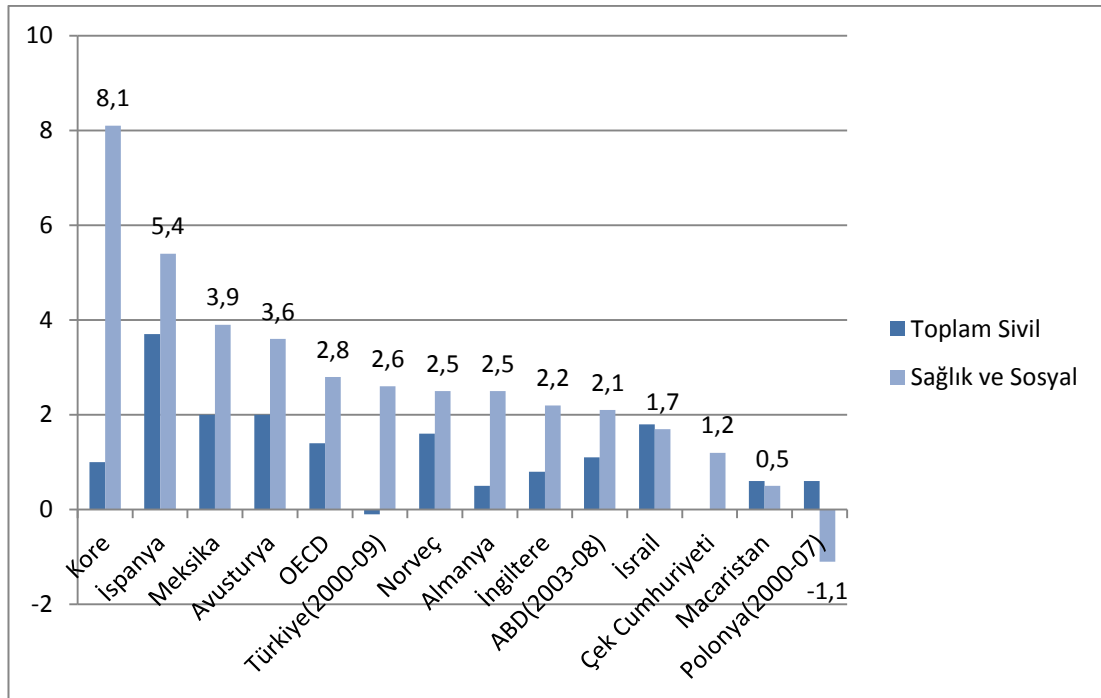


Şekil 3.5. 1995- 2009 Yılları Sağlık Sektörlerindeki Ortalama İstihdamın Toplam Sivil İstihdama Oranı

Kaynak: http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_33929_16502667_1_1_1_1,00.html

2008 -2009 yıllarında gerçekleşen ekonomik krizler ülkelerin total sivil istihdam hızını yavaşlatırken ya da bazı ülkelerde istihdamın yerinde saymasına neden olurken sağlık ve sosyal hizmetler sektöründeki istihdam hızı artmaya devam etmiştir. Örneğin İrlanda'da sağlık ve sosyal hizmetler sektörü istihdam hacmi %3 artarken total sivil istihdamda %8 azalma meydana gelmiştir. Benzer şekilde Japonya'da toplam istihdam % 1,6 azalmış, sağlık ve sosyal hizmetler sektöründe %4 artış gözlenmiştir.¹⁸³

¹⁸³ Employment in Health and Social Sectors, a.g.k., s.60, (25.01.2012).



Şekil 3.6. 1995-2009'daki Sağlık ve Sosyal Sektörlerdeki İstihdamın Büyüme Oranının Ekonominin Tüm Sektörleri İle Kıyaslanması

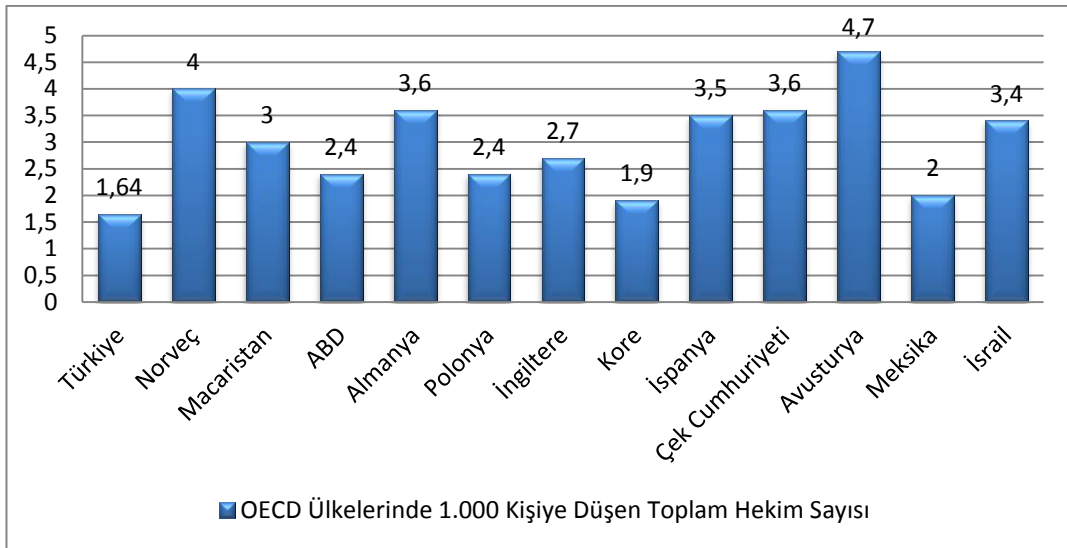
Kaynak: http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_33929_16502667_1_1_1_1,00.html

(11.03.2012)

Şekil 3.6. göstermiştir ki, sağlık ve sosyal alanlardaki istihdam oranı OECD ülkelerinde 1995-2009 yılları arasında toplam istihdamdan daha büyük oranlarda artmıştır. Türkiye'de -0,1'lere kadar düşen toplam istihdamın aksine sağlık ve sosyal alanlardaki ortalama istihdam % 2,6 oranında bir büyüme kaydetmiştir.

3.12. OECD Ülkelerinde 1.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı

Türkiye'de 1,67 olan 1.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı Avusturya'da 4,7 olarak görülmektedir. Türkiye'ye en yakın oran 1,9 ile Güney Kore'dir. Bu durum ülkedeki hekim sayısının yetersizliğini göstermektedir. Uygulanacak sağlık politikalarından biri de sağlık hizmeti veren stratejik personel yetiştirmek için özendirme çalışmalarının geliştirilmesidir. Uygulanan yanlış politikalar yeni nesillerin tercihlerinde önemli rol oynamakla birlikte mevcut hekimlerin de uzmanlaşma yönündeki taleplerinde bir düşüşe neden olmaktadır. Sözleşmeli personel kadrolarının azaltılması, döner sermayeden dağıtılan performans karşılıklarının yüksek kesintilere uğraması da hekimlerin iş performansını olumsuz yönde etkilemektedir.



Şekil 3.7. OECD Ülkelerinde 1.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı

Kaynak: http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_33929_16502667_1_1_1_1,00.html
(11.03.2012)

Doktor eksikliği birçok ülkede önemli bir sorundur. Tıp mesleğine giriş için konan kısıtlamalar, uzmanlık seçenekleri, ücret ve diğer çalışma koşulları, bunun yanı sıra göç gibi bir dizi etken, pratisyen hekimlerin sayısı, dağılımı ve bileşimini etkilemektedir. 2003 yılında OECD ülkelerinde kişi başına düşen doktor sayısında büyük farklılıklar vardır. Bu rakamlar, her 1000 kişiye 4'ten fazla doktor düşen İtalya ve Yunanistan ile her 1000 kişiye 2'den az doktor düşen Türkiye, Meksika ve Güney Kore arasında değişmektedir. Kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı Japonya, Kanada, İngiltere ve Yeni Zelanda'da görece düşüktür. Bu ikinci gruptaki ülkeler geleneksel olarak tıp fakültelerine girişi denetim altında tutmaktadır.¹⁸⁴ Türkiye'de son dönemlerde büyük tartışmalar yaratan ithal doktor getirme politikası bu oranın sonucudur.

¹⁸⁴ Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/810517ve5.pdf?expires=1329829827&id=id&accname=guest&checksum=ED3BB680E6B0C01D5E673CE9B10E5FBE>, (12.02.2012).

SONUÇ

Değişen ekonomik sistemler devletleri, kendilerini ve politikalarını yenileme ve revize etme ihtiyacına itmiştir. Günden güne artan sağlık harcamaları bir taraftan ülkelerin gelişmişlik göstergesi kabul edilirken, diğer taraftan ülke popülasyonu yaşlı ağırlıklı ülkeleri de işaret etmektedir. Türkiye bu perspektiften incelenirse, sağlık harcamalarının OECD ortalamasının altında olmasını sadece sağlığa ayrılan payın az olduğu ya da gelişmişliğinin diğer ülkelere kıyasla daha az olduğunu söylemek zordur. Düşük sağlık harcaması sebeplerinin biri ülke nüfusunun üçte ikisinin gençlerden oluşması olabilmektedir. Genç nüfusun sağlık harcaması talebi de az olacaktır.

Sağlık ekonomisi günümüzün en gözde bilim alanları arasında yer almaktadır. Bu durumun en önemli nedenlerden biri de sağlık sektörünün her toplumda kaynaklar üzerindeki baskısının artması ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kaynakların göz ardı edilemeyecek bir bölümünün bu sektörde kullanılmasıdır.

Bu çalışmada sağlık kavramı üzerinde durularak sağlık ekonomisi hakkında bilgiler verilmiş, sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki, dünyada gelişmişlik göstergesi olarak belirlenmiş sağlık göstergeleri kullanılarak analiz edilmeye çalışılmıştır. Sağlık ekonomisini ekonomi biliminin teori, kavram ve yöntem biliminin sağlık hizmeti ile ilgili tüm faaliyetlere ve kurumlara uygulanması olarak tanımlanırken sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişki incelemiş, sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin ekonomik parametreler üzerine olan etkileri irdelenmiştir. Çalışmanın sonucunda sağlık harcamalarının her geçen gün arttığı saptanmıştır. Bu artışın nedenlerinin başında toplumun sağlığa olan talebinin artışının geldiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte OECD ülkeleri arasındaki Türkiye'nin pozisyonu değerlendirilmiş ve birçok perspektifte kendi grubundaki ülkelere daha düşük oranlara sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sosyo-ekonomik gelir seviyesi yüksek ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseldiği açıkça görülmektedir. Ekonomistler, kişi başına düşen gelir ve genel ekonomik parametreleri yükselmemiş bir toplumda etkili sağlık hizmeti vermeye çalışmanın imkânsız olduğunu, artan sağlık harcamalarının ülkenin daha da fakirleşmesine yol açabileceğini savunmaktadırlar.

Sağlık harcamaları artışının iki yönü vardır: birincisi, sağlık harcamalarına ayrılacak kaynakların, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, özellikle kamu kesimi açısından bir bütçe sınırlaması olduğudur. Bu durum sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesindeki yetersizliği kaçınılmaz kılmaktadır. İlk açıklamanın da ışığında ikinci olarak, piyasanın rolünün geliştirilme zorunluluğu vardır. Bunun anlam; bireylerin sağlık harcamalarına daha fazla katılmaları ve aynı zamanda arz edenler konusunda bir tercih hakkına sahip olmalarıdır. Bu konuda ödeme yöntemleri, kâr amacı olan ve olmayan sağlık organizasyonları, sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları ve nüfusun yaş grupları gibi faktörleri dikkate alarak çeşitli sağlık politikaları oluşturmak ve böylece sağlık harcamalarında optimumun sağlanmasına çalışmak önem taşımaktadır.¹⁸⁵

Bugün birçok ülke, sağlık sektöründe ödeyebilecekleri düzey ve sağlamak istedikleri düzey arasında bir boşlukla karşı karşıyadır. Ekonomiler ilerledikçe beklentileri artmaya devam etmekte, ülkeler daha demokratik hâle gelmekte ve dünya çapında medya temelli imajlar yayılmaktadır. Neredeyse bütün ülkelerde, sağlık hizmetleri maliyetleri, değişen demografik özelliklere, gelişen hastalık yapılarına ve yeni teknolojiye bağlı olarak artmaktadır. Bu değişikliklerin etkileri ile ciddi bütçe açıkları ve sağlık için sınırlı ekonomik kaynakları olan ülkelerde, farklı, açık ve eşitlikçi siyasi ve sosyal süreçlerle mücadele edilmektedir.¹⁸⁶

Sağlık sektöründe tam rekabet koşullarının işlediği piyasalarda olduğu gibi çift taraflı memnuniyetin sağlandığı noktada belirlenecek bir hizmet fiyatı olmadığı için bu sürece müdahale etmek gerekmektedir. Aksi takdirde hem bireysel hem de toplumsal gereksinimleri en iyi şekilde kullanmak, öncelik kararlarını doğru vermek ve kaynakları en iyi şekilde kullanmak mümkün olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin bu özellikleri; risk ve belirsizlik, dışsallıklar, kamu malı olma özelliği, pazara girişte kurallar ve ölçek ekonomisinin varlığı olarak özetlenebilir. Tüm bu özellikler içinde sağlığı diğer sektörlerin genelinden ayıran en önemli özellik arzın talep yaratabilmesi özelliğidir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki çoğu sektörde benzeri olmayan bir şekilde işlemekte ve sağlık piyasasında arz kendi hizmeti için talep yaratabilmektedir. Bu durumun temel nedeni ise doktor ile hastası arasındaki bilgi asimetrisidir. Hastaların tıbbi bakımın

¹⁸⁵ Işık, a.g.e., s.262.

¹⁸⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf> (01.04.2012).

etkililiği, kalitesi ya da tedavi almanın veya almamanın etkileri üzerindeki bilgilerinin sınırlı olması, sağlıkları ile ilgili tüm kararları doktora devretmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bir başka ifade ile arz, talebin yerine kendi hizmetleri için karar verme yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sebeplerden dolayı devletin eli her zaman sağlık hizmetlerinin üzerinde hem denetleyici, hem finansör hem de uygulayıcı olarak yer almaktadır.

Dünya genelinde gelişmişlik göstergesi olarak kabul görmüş sağlık göstergeleri olan bebek ve çocuk ölüm oranları ile doğumda yaşam beklentisinde meydana gelen iyileşmelerin emek arzı üzerinde önemli etkileri vardır. Yapılan ampirik araştırmalar doğrultusunda, bebek ve çocuk ölüm hızlarının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu ve ortalama yaşam süresinin yüksek olduğu toplumlarda insanların genel sağlık durumlarının diğerlerine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Sağlık açısından durumu iyi olan bir toplumda, beşeri sermayenin kullanım süresi daha uzun olmakta, işgücünün verimliliği artmakta ve bunun sonucunda ekonomik büyüme olumlu yönde etkilenmektedir. Çalışan işgücünün ortalama ömrünün uzaması, eğitimin maliyet-getiri ilişkisini pozitif yönde etkilemektedir. Bununla birlikte uzun yaşam beklentisi, insanların yaşamları boyunca yatırımlardan daha uzun süre istifade edeceği beklentisini doğurmakta, bu durum kişilerin özel sermaye birikim kararlarını pozitif yönde etki etmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan tasarrufların yatırıma dönüşmesi gelirden de artışa neden olacaktır. Bu bulgular sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkileme gücüne sahip olmasında neden olmaktadır.¹⁸⁷

Bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliği ortaya konurken bakılan diğer bir unsur da yapılan toplam sağlık harcamaları ve bu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payıdır. 2000 yılında %4,9 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2009 yılı itibarıyla %6,5'a yükselmiştir. Kişi başı sağlık harcamaları da bu çerçevede satın alma gücü paritesi temelinde artmıştır. Başta bebek ölüm oranları gelmek üzere temel sağlık göstergelerinde büyük bir ilerleme sağlanmaktadır. Umut vâdeden bu gelişmelerin yanı sıra Meksika, Kore, Polonya, Slovakya gibi gelişmekte

¹⁸⁷ Akın, a.g.t., s.92.

olan diğer OECD ülkelerinin Türkiye'den hızlı gelişme gösterdikleri fark edilerek bu durum yapılacak eylem planlarında göz önüne alınmalıdır.

Türkiye'nin sağlık harcamaları diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye kişi başına sağlık harcamasında OECD ülkeleri arasında en az harcamayı yapan ülkedir. Ancak Türkiye'nin ortalama gelir düzeyi diğer OECD ülkelerinin büyük bölümünden daha düşük olduğu için bu beklenmeyen bir durum değildir. Türkiye sağlık sektöründe büyük gelişmeler kaydetmekle beraber, üye olduğu topluluğun diğer ülkeleriyle uyumlu bir büyüme göstermelidir. Bununla birlikte kişi başına sağlık harcamalarının artmasıyla birlikte artış oranı da yükseltilmelidir.

Sağlık sistemlerine yatırım ve harcama yapan düşük gelirli OECD ülkelerinde ayaktan hasta bakımının toplam sağlık harcamalarında en fazla artan alan olduğunu belirlemişlerdir. Bununla birlikte birçok analiz infant mortalite oranları ile sağlık harcamaları arasında tamamen negatif bir ilişki gösterir ki, bazı ülkelerde olan yüksek sağlık harcamaları infant mortalitesinde bir düşüş sağlamadığı gözlenmiştir. Bu durum şaşırtıcı bir sonuç elde edilmesini sağlamıştır; bu da yüksek sağlık harcamalarının iyi sonuç elde etmek için yeterli olmadığıdır. Bu sonuç çok çarpıcıdır. Buradan hareketle; ulaşılmak istenen sağlık hedefi için sağlık harcamalarının arttırılması yeterli olmadığı yönünde bir yorum yapılabilir.

OECD ülkelerindeki insanların gelirindeki artış, yaşam kalitelerini yükseltmiş, sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmış ve yeni jenerasyon ilaçların sayesinde hastalıklarla mücadele konusunda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Bütün bunların sonucunda, insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Ülke nüfusun yaşlanması da sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Nüfus yaşı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkide özellikle 65 yaşında beklenen ortalama insan ömrü olgusuna değinmek gerekirse, OECD verilerine dayanarak, önümüzdeki yıllarda OECD ülkelerinde 65 yaşından itibaren ortalama insan ömrünün, 2040 yılında kadınlarda 21,6 yılı, erkeklerde 18,1 yılı bulması öngörülmektedir.

Türkiye toplumun yaşam süresini artırma açısından OECD ülkeleri arasında en yüksek başarı sağlayanlar arasında yer almaktadır. Yapılan sağlık harcamaları OECD ortalamasının altında olmakla birlikte harcamalardaki artış ve sağlık göstergelerindeki olumlu iyileşmeler göz ardı edilmemelidir.

Diğer sektörlerde küçülme yaşansa dâhi Türkiye’de sağlık sektörü istihdamı her dönem bir büyüme göstermiştir. Unutulmaması gereken diğer konu da koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmesi gerektiğidir. Ülkelerdeki koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığı aynı zamanda gelişmişliğini gösteren başka bir unsurdur. Sonuç olarak; Türkiye, İnsani Gelişim Endeksi’ne göre gelişmiş bir ülkedir. Her sektörde olduğu gibi sağlık hizmetleri sektöründe de gelişmektedir. Bununla beraber sağlık hizmetleri sektöründe diğer sektörlerle kıyasla daha büyük sıçramalar kaydedilmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

Aktan, C.-Işık, A., (2007), Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü, İstanbul, Aura Yayınları.

Aktan, C.-Saran, U., (2007), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, İstanbul, Aura Yayınları.

Bocutoğlu, E.-Berber, M.-Çelik, K., (2000), İktisada Giriş, Akademi Yayınevi.

Çelik, Y., (2011), Sağlık Ekonomisi, Ankara, Siyasal Kitabevi.

Işık, A.-Mutlu, A., (2005), Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa, Ekin Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitabevi.

Kurtulmuş, S., (1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları.

Nusret, H. Fişek, (1985), Halk Sağlığına Giriş, Ankara, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.

Roberts, J. Marc, vd., (2010), Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Klavuz, Ankara, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Yayın No:784, Sağlık Bakanlığı.

Sayım, F., (2011), Sağlık Piyasası ve Etik, İstanbul, MKM Yayıncılık.

Sayım, F., (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi, Seçkin Yayıncılık.

Sülkü, S. Nur., (2011), Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunum, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.

Tatar, M., (2007), Türkiye’de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri, Ankara, Tüketici Yazıları I, Hacettepe Üniversitesi Tüketici Pazar Araştırma Danışma Test ve Eğitim Merkezi.

Tengilimoğlu, D., (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, Nobel Yayınevi.

Makaleler:

Altay, A., (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, S.64, ss.33-58.

Ayyıldız, H., Özkan, K., (2011), Türkiye İlaç Endüstrisi Satış Tahmini Araştırması, Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, C.6, S.1, ss.71-102.

Büken, N., Ö., (2007), Türkiye’de Hasta Hakları ve Türk Sağlık Sektöründe Yaşanan Sorunların Hasta Haklarına Yansıyan Görünümleri, Standart Dergisi. ss.167-187

Carmignani, F., (2008), The Impact of Fiscal Policy on Private Consumption and Social Outcomes in Europe and the CIS, Journal of Macroeconomics, ss.572-598.

Çalışkan, Z., (2008), Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, S.2, ss.29-50.

Çalışkan, Z., (2009), Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet Etkililik Analizi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.14, S.2, ss. 310-322.

Ersöz, F., (2008), Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi, İstatistikçiler Dergisi, S.2, ss.95-104.

Jones, A., Rice, N., Robone, S., Dias P., R.,(2011), Inequality and Polarisation in Health System’s Responsiveness: A cross-country Analysis, Journal of Health Economics, S.30, ss.624.

Işık, A., (2001), Sağlık Ekonomisi Nedir?, İktisat, İşletme ve Finans Dergisi, S.170, ss.75-89.

Karabulut, K.-Bedir, S., (2011), İç Borçların Gelir Dağılımı Üzerine Etkileri Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C.25, S.1, ss.13-30.

Kılavuz, E., (2010), Sağlık Harcamalarındaki Artış Ve Temel Bakım Hizmetleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S.29, ss.173-192.

Köksal, O., (2011), Paternalizm İle Algılanan Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C.12, S.2, ss.159-170.

Orhaner, E., (2006), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, S.1, ss.1-22.

Öztek, Z.,(2001), Sağlıkta Kavramları, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı, S.39, ss.295.

Tutar, F., Kılınç, N., (2007), Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi C.9 S.1, ss.31-54.

Tezler:

Akın S., “Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi”, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana 2007.

Başar, D., “Sağlık Düzeyinin Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: OECD Ülkeleri için Sağlık Üretim Fonksiyonuna Dayanan bir Uygulama”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Bostan, S., (2009) “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı İşletme Programı, Doktora Tezi, Trabzon.

Dağlı, H., Gamze, (2006), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Filiz, Y., (2010), Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finansman Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Gülcan, M., Cemil, (2008), Kamu Harcamaları içinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale.

Gürbüz, M., (2010), Sağlık - Büyüme İlişkisi: Türkiye Ekonomisi için Ekonometrik Bir Analiz, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.

Karabulut, K., (1998), Türkiye’de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.

Kılıç, E., (2008), Türkiye’de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde.

Orhan, Ö., (2006), Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Özkara, Y., (2006) “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2006.

Tuna,S., D., (2006) “İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yeri: Türkiye İle Diğer OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması”, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kayseri,

Sevim İ., (2006),1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Taşkıran, M.,Gülsün, (2007), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Tokalaş, S., (2006), Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

İnternet:

Başer, O., Değere Bağlı Sağlık Sistemi, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-2/64-degere-bagli-saglik-sistemi>. (16.02.2012)

Buharalı, C., Türkiye'de Sağlık Ekonomisi ve İlaç Sanayi http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Assets/Documents/turkey_tr_saglik_ilac_130711.pdf .(03.01.2012)

Fidan, D., Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1> . (29.02.2012)

Gümüşel, B., Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf> .(08.02.2012)

Kalkan, O., Sağlık Ekonomisi Araştırmaları <http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014> . (22.02.2012)

Liu Y.-Çelik, Y.-Şahin, B., (2005), Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları, <http://suvak.org.tr/kitap-1turkce.pdf> . (13.03.2012)

OECD ve Dünya Bankası, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> . (15.01.2012)

QALY - Quality Adjusted Life Years, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/kavram-kosesi/56-quality-adjusted-life-years-qaly> (12.02.2012)

T.C. OECD Daimi Temsilciliği, OECD Hakkında Genel Bilgiler, <http://oecd.pr.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=121251> .

Tatar, M., Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel bir Değerlendirme <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59> (07.01.2012).

Tokat, M., Sağlık Ekonomisi, Milli Produktivite Merkezi (ÖzelSayı), Ankara www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf.

Raporlar:

DPT, 2006 Yılı Raporu, DPT, Ankara, 2006.

OECD, Health at a Glance: OECD Indicators 2005, 2005, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8105171e.pdf?expires=1330552645&id=id&acname=guest&checksum=0A7F1FEC8693BFCA659F39327C8036C1>.

OECD, Health at a Glance: OECD Indicators 2011, 2011, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/index.html?contentType=/ns/Book,/ns/StatisticalPublication&itemId=/content/book/health_glance-2011-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=&mimeType=text/html.

Sağlık Bakanlığı, İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008.

Tübitak, Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi, Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu, Ankara, 2003
http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf.

Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2008, Sayı:34, Ankara, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10703>.

Yıldırım S. (2004), Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT, Yayın No: 2350.

Diğer:

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Sayısı:224 R.G. Tarihi: 12.01.1961R.G.Sayı:10705.

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=24:sai-k-hmetler-sosyallemeshakkinda-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28.

T.C. Anayasası, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>.

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı ve Soyadı: Selda YILMAZ

Doğum Yeri ve Yılı: Avusturya, 1980

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

Lise Öğrenimi: Antalya Anadolu Lisesi

Lisans Öğrenimi: Anadolu Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi :

1. İngilizce, orta düzeyde

2 Almanca, az

İş Deneyimi :

1.Sanofi-Aventis İlaç Firması Tıbbi Tanıtım Sorumlusu (2002-2009)

2. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Meslek Yüksek Okulu Kısmi Öğretim Görevlisi (2011-)

Aldığı Özel Eğitimler:

Sunuş Teknikleri ve Beden Dili: Baltaş-Baltaş Yönetim Eğitim

Danışmanlık