

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI

**OECD ÜYESİ AB ÜLKELERİNİN SAĞLIK EKONOMİSİ
YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZERRİN DÜRRÜ

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Cuma BOZKURT

GAZİANTEP
ŞUBAT 2012


T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI

OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması

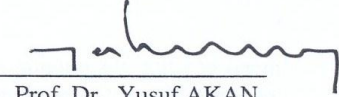
Zerrin DÜRRÜ

Tez Savunma Tarihi: 02/02/2012

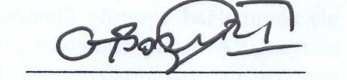
Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı


Yrd. Doç. Dr. Ahmet AĞIR
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları sağladığımı onaylıyorum.


Prof. Dr. Yusuf AKAN
Enstitü ABD Başkanı V.

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Cuma BOZKURT
Tez Danışmanı

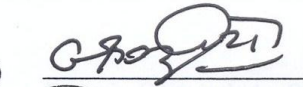
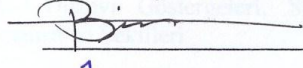
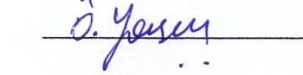
Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:

Yrd. Doç. Dr. Cuma BOZKURT (Tez Danışmanı)

Yrd. Doç. Dr. Berna B. İZGİ (Jüri Başkanı)

Yrd. Doç. Dr. Özlem Y. UĞURLU (Üye)

ÖZET

OECD ÜYESİ AB ÜLKELERİNİN SAĞLIK EKONOMİSİ YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

DÜRRÜ, Zerrin

Yüksek Lisans Tezi, İktisat Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Cuma BOZKURT

Şubat 2012, 99 sayfa

Sağlık ekonomisi, ekonominin bir alt dalı olup günümüzde gittikçe önemi artan bir alandır. Ekonominin alt dalı olması sağlık hizmetlerinin iktisadiliği yönünü ortaya çıkarmaktadır. Bu çerçevede dünya sağlık harcamaları da sağlık ekonomisi göstergeleri çizgisinde şekillendirilmektedir. Sağlık harcamalarının yanı sıra finansman kaynakları ve yöntemleri de ülkelerin öncelikli konuları arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada yüksek gelir grubuna dahil OECD Üyesi AB Ülkeleri'nde sağlık düzeyi etkinliği demografik, hastane ve ekonomik gösterge bağlamında ele alınmıştır. Grup üyesi olmayan ve en yüksek sağlık harcaması yapan ABD ayrıca Türkiye de grup içerisinde değerlendirilmiş, sağlık harcamalarını arttıran nedenler tablolarındaki rakamlar aracılığıyla raporlarla desteklenmiştir. Nitekim sağlık harcamalarında kamuya ve özel sektöre ayrılan paylar ülkenin benimsediği sağlık sistemini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte sağlık ekonomisinin temel konularından biri olan sağlık sistemi modelleri ve genel işleyiş mekanizması üzerinden ülkeden ülkeye değişen çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Grup ülkeler içerisinde sağlık finansman sistemlerine adını veren Bismarck, Beveridge, Özel Sigorta gibi belirgin modeller ülke temsilinde ayrı ayrı incelenmiş, hizmet sunumu ve ağırlıklı finansman şekillerine yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Düzeyi Göstergeleri, Sağlık Harcamaları, Tipik Sağlık Sistemi Modelleri ve Finansman Şekilleri

ABSTRACT**COMPARISON OF OECD MEMBER EU COUNTRIES IN TERMS OF
HEALTH ECONOMICS**

DÜRRÜ, Zerrin

M. A. Thesis, Department of Economics

Supervisor: Assist. Ph. Dr. Cuma BOZKURT

February 2012, 99 pages

Health economics is a sub-branch of the economy and a field of which importance is increasing nowadays. Since it is a sub-branch of the economy it reveals the economical aspect of health services. In this context, the world health care spendings are being shaped along the line of health economy indicators. Besides health expenditures financing sources and methods are also among the prior issues of the countries.

In this research in OECD Member Countries of EU, including high-income group, effectiveness of health status is discussed in terms of demographic, hospital and economical indicators. The USA who is the member of the group and makes the highest health expenditure, Turkey is also within the group and factors that increase health spending are supported by the figures in tables. Besides, the shares of health care expenditures allocated to the public and private sector help to determine health care system of the countries. In addition, through health system models which is one of the key issue of health economics and through general functioning system have been classified changing from country to country. Bismarck, Beveridge, Private Insurance models are examined on the significant representation of the country separately, service delivery and financing types are mainly included.

Key Words: Health Economics, Health Status Indicators, Health Expenditure, Typical Health System Models and Financing Methods

ÖNSÖZ

Sağlık ekonomisi kendini oluşturan değişkenlerin birbirini etkilediği dinamik bir sistemdir. OECD Üyesi AB ülkeleri için elde edilen sağlık düzeyi gösterge değişkenleri OECD ve WHO bünyesinden alınıp ayrıştırma yapılmış, ortalamalar saptanmıştır. Grup ülkenin yanında grup üyesi olmayan ABD ve Türkiye' ye tablolarda yer verilmiş yüksek gelirli ülkeler kategorisinde konumları sağlık belirteçleriyle değerlendirilmiştir. Bulgular sağlık finansman sistemi modelleriyle eşanlı çıkarımlara olanak sağlamıştır. Yıl bazında verilen rakamlara bazı ülkelerin veri eksikliği nedeniyle yer verilememiştir. Değişkenler rakamlarla analiz edilerek hem teorik hem pratik sonuçlara ulaşılması hedeflenmiştir.

Bu çalışmada “OECD Üyesi AB Ülkeleri'nin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması” değerlendirilerek gösterge ve değişkenlerin vücut bulduğu sağlık sistemlerine yer verilerek bütünlük sağlanmaya çalışılmıştır.

Faydalı olduğuna inandığım çalışmamın araştırma safhasında ve oluşturulmasında yardımlarını esirgemeyen, yüksek bilgi birikimine sahip Sayın Yrd. Doç. Dr. Cuma BOZKURT (Gaziantep Üniversitesi İİBF) hocama, çalışmama ışık tutan Sayın Yrd. Doç. Dr. Berna BALCI İZGİ (Gaziantep Üniversitesi İİBF) hocama, veri araştırma noktasında rota çizmemde bana pusula olan Sayın Prof. Dr. Adnan KISA (Zirve Üniversitesi İİBF) hocama, engin bilgilerini yoldaş ettiğim Sayın Bayram TAŞ (MEB) hocama ve sabır konusunda beni destekleyen biricik aileme müteşekkirim.

Şubat 2012
Zerrin DÜRRÜ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLULARIN LİSTESİ	vi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1.GİRİŞ	1
1.1.GİRİŞ	1
2. KAYNAK ÖZETLERİ	4
2.1. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMSAL YAKLAŞIM	4
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları	4
2.1.2. Sağlık Ekonomisi Tanımı ve Tarihçesi	7
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI, KAPSAMI ve ÖZELLİKLERİ..	9
2.2.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kuruluşları Tanımı	9
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
2.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
2.2.2.2. İyileştirici (Tedavi Edici) Sağlık Hizmetleri	11
2.2.2.3. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri.....	12
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin İktisadi Özellikleri	13
2.2.3.1. Kamusal Mal ve Dışsallık	14
2.2.3.2. Talep ve Tüketici Davranışları	15
2.2.3.3. Doktorun Beklenen Davranışları	16
2.2.3.4. Eksik Bilgi ve Asimetrik Bilgi	16
2.2.3.5. Sağlık Hizmetlerinin “İkame Edilemez” Özelliği.....	18
2.2.3.6. Yararlı Mallar (Erdemli Mallar (Merit))	18
2.2.3.7. Sağlık Piyasalarında Eksik Rekabet Şartları	
Geçerlidir	19
2.2.3.8. Doğal Tekeller ve Ölçek Ekonomisi.....	19

2.2.3.9. Kamu Ekonomisinde Sağlık Hizmetleri ve Kamu Müdahalesi Gereği.....	20
2.2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasa Dengesi	21
2.2.4.1. Sağlık Hizmetleri Arzı ve Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler	22
2.2.4.2. Sağlık Hizmetleri Talebi ve Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler	23
2.2.5. Sağlık Düzeyi Göstergeleri	26
2.2.5.1. Demografik göstergeler	27
2.2.5.2. Ekonomik göstergeler	27
2.2.5.3. Hastane göstergeleri	27
2.2.5.4. Sağlık insan gücü göstergeleri	27
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI ve YÖNTEMLERİ	29
2.3.1. Finansman Kaynakları	30
2.3.1.1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları	31
2.3.1.1.1. Genel Vergi Gelirleri	31
2.3.1.1.2. Sosyal Sigorta	32
2.3.1.1.3. Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı	32
2.3.1.1.4. Özel Amaçlı Vergiler	33
2.3.1.1.5. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler	33
2.3.1.1.6. Tahsis Edilmiş Vergiler	33
2.3.1.1.7. Borçlanma	33
2.3.1.2. Özel Finansman Kaynakları	33
2.3.1.2.1. Özel Sağlık Sigortası	33
2.3.1.2.2. İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler	34
2.3.1.2.3. Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları	34
2.3.1.2.4. Toplum Finansmanı	34
2.3.1.2.5. Doğrudan Hane Halkı Harcamaları / Kullanıcı Katkıları	34
2.3.2. Finansman Yöntemleri	35
2.4. SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	36
2.4.1. Beveridge Modeli Finansman (Ulusal Sağlık Hizmeti).....	38
2.4.1.1. İngiltere	38
2.4.2. Bismarck Tipi Finansman (Sosyal Sağlık Sigorta Sistemi ya da Hastalık Sandığı).....	41
2.4.2.1. Almanya	41
2.4.3. Doğrudan Finansman (Özel Sigorta Modeli).....	43
2.4.3.1. Amerika Birleşik Devletleri	43
2.4.4. Bütünleştirilmiş Finansman (Karma Sağlık Sistemi Modeli)...	45
2.4.4.1. İtalya	45
2.4.5.Karma Finansman (Genel Sağlık Sigortası).....	47
2.4.5.1. Türkiye	47
3. MATERYAL VE YÖNTEM	51
3.1. Materyal ve Yöntem	51
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	52
4.1.OECD KURULUŞU VE YAPISI (İktisadi İşbirliği ve Gelişme.....	52

4.2. AB KURULUŞU VE YAPISI	56
4.3. OECD Üyesi AB Ülkelerinde Sağlık Ekonomisi Düzeyi Göstergeleri	56
4.3.1. Demografik Göstergeler	56
4.3.1.1. Bebek Ölüm Oranı.	58
4.3.1.2. Anne Ölüm Oranı (100000 Canlı Doğumda)	60
4.3.1.3. Toplam Doğurganlık Oranı (% 15-49 yaş arası)	62
4.3.1.4. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi	63
4.3.1.5. 65 Yaş Erkek ve Kadın Nüfus Yaşam Beklentisi ...	66
4.3.2. Hastane Göstergeleri	66
4.3.2.1. Nüfus Başına Hekim	67
4.3.2.2. Nüfus Başına Düşen Hemşire	68
4.3.2.3. Nüfus Başına Yatak Sayısı	69
4.3.2.4. Toplam Nüfus	70
4.3.3. Ekonomik Göstergeler	70
4.3.3.1. Kişi Başı GSYİH (Cari Fiyatlarla PPPs-US\$)	72
4.3.3.2. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları	74
4.3.3.3. Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması ve Tıbbi Malzeme US \$	76
4.3.3.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (%)	78
4.3.3.5. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları (US\$)	79
4.3.3.6. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%)	82
4.3.3.7. Kişi Başı Cepten Yapılan Harcamalar	82
4.4. SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ	82
SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKÇA	90
ÖZGEÇMİŞ	99

TABLOLARIN LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo.4.1. Bebek Ölüm Oranı	56
Tablo.4.2. Anne Ölüm Oranı	58
Tablo.4.3. Toplam Doğurganlık Oranı	60
Tablo.4.4. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi	62
Tablo.4.5. 65 Yaş Erkek Nüfus Yaşam Beklentisi	64
Tablo.4.6. 65 Yaş Kadın Nüfus Yaşam Beklentisi	64
Tablo.4.7. Nüfus Başına Hekim	66
Tablo.4.8. 1000 Nüfus Başına Düşen Hemşire	67
Tablo.4.9. 1000 Nüfus Başına Yatak Sayısı	68
Tablo.4.10. Toplam Nüfus(milyon)	69
Tablo.4.11. Kişi Başı GSYİH(Cari Fiyatlarla)	71
Tablo.4.12. Kişi Başına Sağlık Harcamaları (US\$)	72
Tablo.4.13. Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması ve Tıbbi Malzeme US \$	75
Tablo.4.14. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH' deki Payı	76
Tablo.4.15. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları	78
Tablo.4.16. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Payı (%)	79
Tablo.4.17. Toplam Sağlık Harcamalarında Özel payı (%)	79
Tablo.4.18. Kişi Başı Cepten Yapılan Harcamalar	81

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Sağlık Sistemi Modelleri.....	38
Şekil 4.2. Demografik Dönüşüm Kuramı.....	70

KISALTMALAR

OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
WHO	: World Health Organization
UNFPA	: United Nations Population Fund
UNICEF	: The United Nations Children's Fund
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TCSB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
BM	: Birleşmiş Milletler
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
EFHS	: European Federal Health System
EUROSTAT	: European Union Statistical Institute
NHI	: National Human Insurance
NHS	: National Health System
GP	: Genel Pratisyen Hekim
NICE	: National Institute of Clinical Practice Evaluation
SSN	: Servizio Sanitario Nazionale
BKH	: Binyıl Kalkınma Hedefleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
PPPs	: Satın Alma Gücü Paritesi
a.g.e.	: Adı Geçen Eser
a.g.t.	: Adı Geçen Tez

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.GİRİŞ

Sağlıklı bir nesile sahip olmak toplumun varlığının sürdürülmesinde önemli bir etkidir. Sağlıklı bireylerden oluşan toplumlar kalkınmanın itici gücü haline gelmektedir. Toplum sağlığı birey sağlığından geçmektedir. Öyle ki; her birey birer üretim faktörüdür, beşeri sermayedir. Üretim sistemleriyle eşanlı olarak üretim faktörleri de gelişime ve donanımına ihtiyaç duymaktadır. Gelişmiş ülkelerde beşeri sermayeye verilen önem eğitim ve sağlık ekseninde dönmektedir. Bu çerçevede ekonomi ile sağlık arasındaki ilişki birçok araştırmaya konu olmaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda ekonomik göstergeler ile sağlık göstergeleri arasındaki bağıntının pozitif yönlü olduğu ortaya çıkarılmıştır. Ekonomi ile sağlık göstergelerinde meydana gelen değişmelerin birbirleri üzerindeki etkilerinin ölçüsü belirlenmeye çalışılmıştır. Belirlemeler yapılırken kullanılan en yaygın ekonomik gösterge Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla olurken, kullanılan en yaygın sağlık göstergeleri Doğumdan Yaşam Beklentisi, Bebek-Anne Ölüm Hızı ve Toplam Doğurganlık oranı olmuştur. Buradan hareketle sağlık ve ekonominin ortak paydasında gelişen Sağlık Ekonomisi göstergelerinden Kişi Başı Sağlık Harcamaları, Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Oranı, Kişi Başı İlaç Harcamaları, Cepten Yapılan Harcamalar, Kişi Başı Kamu ve Özel Harcama kalemleri temel faktörlerdir.

Sağlık ekonomisinin temel konusu olan “sağlık hizmeti” de geniş bir listeyi kavrayan bir kategorinin adıdır. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetler şeklinde sınıflandırılırken sağlık hizmetlerinin iktisadi özellikleri de arz ve talep noktasını şekillendirmektedir. Gelişmiş birçok ülke koruyucu tedaviyi önemseyerek sağlık harcamalarını azaltıcı yönde politikalar benimsemekte, ortak çözüme gitmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamaları düzeyi farklılaşmaktadır. Gelişmiş ülkeler gelişmekte olan ülkelere nispeten daha az nüfusa sahip olmakla birlikte sağlığa daha fazla pay ayırmaktadır.

Dünya genelinde sağlık harcamaları 4,1 trilyon US\$ tahmin edilmektedir. Ülkelerin GSYİH'lerinden sağlık için ayırdıkları pay büyük farklılıklar göstermektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık harcamaları GSYİH ile ilişkilendirilip gelişmiş ülkelerin sağlık harcamaları ile kıyaslandığında rakamsal olarak çok büyük farklılıklar gözlenmemektedir. Grup ülke bağlamında sıralandığında alt sıralarda yer almaktadır. Sağlık harcamaları yapısının incelenmesi de etkinlik konusunu gündeme getirmektedir. Gelişmiş ülkeler koruyucu hekimlik harcamaları yaparken Türkiye'de sağlık harcamalarının yarısı ayakta tedavi hizmetlerine gitmektedir. Sağlık harcamalarının bileşenlerinden ilaç harcamaları oranındaki artışı ise sağlık harcamalarının yatırım amacından uzaklaştığını göstermektedir. Sağlık harcamalarında artışa yol açan risk faktörleri, kronik hastalıklar, nüfus piramidinin yapısının deforme olması gibi nedenler de ayrı bir bileşen olarak hesaba katılmalıdır.

Sağlık sistemi özelliklerinin de sağlık harcamaları üzerinde farklı potansiyel fonksiyonları bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının yanı sıra nasıl finanse edildiği de sistemler içerisinde çözümlenmektedir. Sağlık finansman sistemi modelleri İngiltere (Beveridge Modeli), Almanya (Bismarck Modeli), Amerika Birleşik Devletleri (Doğrudan Finansman), İtalya (Bütünleştirilmiş Finansman), Türkiye (Karma Finansman) şeklinde kategorize edilmektedir. Dünyadaki her ülkede sağlık hizmetleri finansmanında da finansman modellerinin tümü ya da bir kısmı bir ülkede farklı rol ve ağırlıklarda ülkenin sosyo ekonomik pozisyona göre şekillendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi kamu ve özel sektör sağlık harcamaları payında kendini göstermektedir. Finansman yöntemi de bu noktadan hareketle kamuya dayalı ya da özel sektöre dayalı bir değerlendirme tekniği benimsemektedir. Gerek hizmet sunumu gerek finansman değişik rejimlerle gerçekleştirilmektedir. Özetle sağlık sistemi modelleri finansman yöntemleriyle bağlaşıklık şeklinde görülmektedir.

Çalışmamız dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde girişe yer verilirken ikinci bölümde çeşitli kaynak özetleriyle sağlık ve sağlık ekonomisi tanımına yer verilecek, sağlık hizmetleri ve iktisadi özellikleri, sağlık hizmetleri

piyasa dengesi, sağlık d¼zeyi g¼stergeleri, sağlık hizmetleri finansman kaynakları ve yöntemleri incelenecektir.

¼ç¼nc¼ b¼l¼mde materyal ve yöntem çatısı altında çalışmanın oluşmasında kullanılan kaynak, veri ve materyallerin yanında çalışmanın kapsamından bahsedilecektir.

D¼rd¼nc¼ b¼l¼mde teorik bilgilerin ¼lke bazında yansımaları tablolarla desteklenecektir. OECD Üyesi AB ¼lkeleri'nde sağlık ekonomisi d¼zeyi g¼stergeleri demografik (bebek ¼l¼m oranı, anne ¼l¼m oranı, toplam doğurganlık oranı, doğumdan yaşam beklentisi, 65 yaş yaşam beklentisi), hastane (toplam n¼fus, n¼fus başına hekim, hemşire ve yatak sayıları) ve ekonomik g¼sterge (kişi başı gsyih, kişi başı sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaların gsyih'deki payı, kişi başı ilaç harcamaları, cepten yapılan harcamalar) alt başlıkları ile verilerek tabloladıştırılacak, ¼lkeler arasında karşılaştırmalı analiz yapılacaktır.

Değerlendirme ve sonuç b¼l¼m¼nde ise çalışmanın b¼t¼n¼nden elde edilen bulgular ışığı altında ulaşılan sonuçlar ortaya konulacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAYNAK ÖZETLERİ

2.1. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMSAL YAKLAŞIM

2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlık kavramı, sağlıklı olmanın nasıl değerlendirileceğine ilişkin bir çerçeve oluşturmaktadır. Bireylerin sağlıklı olması, toplumun devamlılığı ve gelişimi için şarttır. Toplumsal yapının üretim ve bölüşüm ilişkileri, sağlıklı olmanın hem biçim hem de içeriğini, sağlıklı olmak için gerekenleri belirleyen, sağlıksız duruma düşme durumunda yapılacakların saptanması, organize edilmesi ve sunumunu etkileyen ana unsurdur.(TTB,2007).Sağlığın tanımında yer alan kavramları sağlığın ekonomi politişinden hareketle değerlendirmek gerçekçi yargılara ulaştıracaktır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization)' nün tanımına göre sağlık; "yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur"¹ şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım sağlığı geliştirme etkinliklerinin ideal olarak vurgulanmasıdır.

Bir başka ifadeyle sağlık; belirlenebilir hastalık ve bozuklukların mortalite(ölüm oranı), morbidite(hastalık oranı) ve sakatlıklarının azaltılması ve sağlık seviyesinde fark edilebilir iyileşme sağlanmasıdır (Öztürk ve Hayran, 2000:228).

Hastalık ise; tıp bilimi açısından vücuttaki çeşitli organlara ilişkin ölçülebilen, objektif bazı belirti ve bulgularla tanımlanabilen bozukluklar anlamına gelir. Kişi açısından hastalık; subjektif bir durumdur ve bedende ya da ruhsal

¹ DSÖ, 1946'da Anayasa'sına koyduğu sağlık tanımı olan "bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu"nu, 1981'de "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık" olarak yeniden belirler. Bunun anlamı şudur: "Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır".

durumdaki olağan dışı değişiklik ve hisleri, rahatsızlıkları ifade eder. Son olarak hastalık, kendisini hasta hisseden ya da hekim tarafından hastalık tanısı konulmuş olan kişiden beklenen davranış biçimi, bir tür sosyal roldür (Hayran, 1998:4).

Tıbbın babası olarak anılan İyon hekim Hipokrates, dinsel uygulamalar ile hekimlik uygulamalarının birbirinden ayrılması gerektiğini belirterek, dinsel nitelikli tıbbi pozitif bilime dönüştürmüştür. Her hastalığın bir nedeni olduğunu, bedensel ve çevresel etmenlerin hastalığa neden olabileceğini, bedenin kan, balgam, safra ve kara safra adını verdiği dört temel öğeden oluştuğunu ve bu öğeler arasında uygun bir denge varsa kişinin sağlıklı olacağını savunmuştur (Humoral Kuram). Bu dengenin iklim, toprak, su, yaşam şekli ve beslenme gibi dış çevresel etmenlerce bozulabileceğini belirtmiştir (TCSB, 2007). Yunan mitolojisinde sağlık tanrısı Asklepios'e göre ise, sağlığın kaynağı doğadadır.

Sağlık ve hastalık kavramları kişinin sosyal ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir. Birçok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, ekonomik yetersizlikler sonucu iyi beslenememe, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler sayılabilir (Öztek, 2004:55).

Sağlık; haktır, tam bir iyilik halidir, toplumsaldır, sürekli, dayanışmadır, sağlık hizmetlerine kendiliğinden talep yetersizdir, sağlık işleri ticarileştirilemez, ekip işidir, kapsamlıdır, toplumun sağlık düzeyi insana verilen değer ölçülebilir bir göstergesidir (Eskiocak, t.y.:1-2). Ülke sağlık sistemleri karşılaştırmalı bakış açısıyla incelendiğinde sağlığı bir hak olarak gören ülkelerin göstergelerinin, sağlığı bir mal olarak gören ülkelerinkinden daha iyi olduğu söylenebilir (Yıldırım ve Tarcan, 2000:7). Sağlık hakkı iki temel bileşenden oluşmaktadır. Birincisi “sağlıklı varolma hakkı” ya da “sağlıklı yaşama” hakkı dediğimiz, sağlık hizmetini aşan, daha bütünlüklü bir çerçeve koyan kısımdır. Sağlıklı varolma (yaşama) için gerekenleri tanımlar: iş, gelir, sosyal güvence, barınma, beslenme, insancıl çalışma ortamı, toplumsal yaşama katılma, temsil edilme. İkinci kısım “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı” olarak belirtilebilir. Eşit, ulaşılabilir, tüm nüfusu kapsayan ücretsiz, nitelikli sağlık hizmetinden her yurttaşın yararlanmasını ifade eder (TTB, 2007).

Günümüzde insan hakları tanımı kapsamında temel beşeri sermaye değişkenleri olan “sağlık” ve “eğitim” bir hak olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler, her bireyin sağlıklı bir yaşam ile temel eğitim hakkı olduğunu kabul

etmektedir. Birçok ülkede “bireysel hak” tanımı kapsamında sağlık bir temel hak olarak kabul edilmektedir (Altay, 2007:36).

TC 1982 Anayasası’nda ise ” 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 genel sağlık sigortası kurulabilir” denilmektedir (2709 sayılı kanun,(1982),Md. 56).

2007 yılında hazırlanan Anayasa taslağının Dördüncü Bölüm Sosyal ve Ekonomik Haklar Başlığının altında Sağlık ve Sosyal Güvenlik Hakları ile Sosyal Yardım ve Hizmet alt başlığı altında 49. maddede” 1) Herkes, sağlık ve sosyal güvenlik haklarına sahiptir.(2) Devlet, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimlerini, malûl ve gazileri, engellileri, yaşlıları ve korunmaya, muhtaç çocuklar gibi kesimleri özel olarak korur. (3) Devlet, bu hakları sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilâtı kurar” şeklinde düzenlenmiştir (Yeğinboy ve Sayın, 2007:7).

1966’de imzaya açılan, 1976’da yürürlüğe giren ülkemizde de Haziran 2003’te onaylanan Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Uluslar arası Sözleşmesi’nin 12.maddesinde sağlık hakkı düzenlenmiş, alınacak önlemler 2.fıkıradaki sıralanmıştır. Buna göre:

“Bu sözleşmeye Taraf Devletler, her kişinin ulaşabileceği en iyi bedensel ve zihinsel sağlık durumundan yararlanma hakkına sahip bulunduğunu kabul eder” (United Nation, 2000).

Bir toplumdaki sağlık düzeyini yansıtan en önemli ölçütler, o toplumdaki bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, genel ölüm hızı, ortalama yaşam süresi, beklenen yaşam süresi, hastalık oranları, sağlık sektöründeki insangücü (doktor, hemşire, laborant vb.) sayısı, doktor başına düşen nüfus, sağlık kuruluşlarının sayısı, temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, sağlık bakımı, hastalıkları tedavi etme usûlleri, sağlık sigortaları, sağlık harcamaları ve sağlık politikalarıdır (Karabulut, 1998:15).

2.1.2. Sağlık Ekonomisi Tanımı ve Tarihçesi

Sağlık Ekonomisi, sağlık alanında çalışmalar, sağlık kaynakları, belirli bir sağlık bakım sistemi içinde kaynakların tahsisi, talep ve arz yönetimi şeklinde tanımlanmaktadır (Chen ve Feldman, 2000:211).

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin oldukça genç bir alt dalıdır. Esas olarak 1960'larda ilgi çekmeye başlamıştır. 1970'lerde ise bu ilginin yaygınlaştığı ve sağlık ekonomisinin öneminin giderek arttığıdır.

7 Nisan 1948 tarihinde BM tarafından kurulan, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), 1977 tarihli Genel Kurul Toplantısında belirlediği hedef, Sağlık Ekonomisinin, ekonomi bütünü içinde bir alt disiplin olmasında önemli bir başlangıç teşkil etmiştir. Bu hedef, "2000 yılına dek dünyada herkese sağlık hizmetlerinin sağlanması"dır. Bu hedefe ulaşılması doğrultusunda, sağlık politikalarına uygun yönetim ve finansman mekanizmalarının geliştirilmesi gereği, sağlık ekonomisi uygulamalarının önemini arttırmıştır.

Sağlık Ekonomisi, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, 1950'lerde ilk defa ABD'de, tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmaya başlanmış; eğitim, savunma, çevre ve enerji ekonomisinde olduğu gibi bu bilim dalı da Avrupa'ya geçmiş, bu yüzyılın son çeyreğinde gerek Amerika'da gerekse Avrupa'da, özellikle doğum yeri olarak ileri sürülen İngiltere'de beşeri sermayenin ön plana çıkmasıyla ekonomistlerin büyük ilgisini çeker bir duruma gelmiştir (Dağlı, 2006:16-17).

Ekonomistlerin Sağlık Ekonomisi alanına eğilmelerinin başlıca üç nedeni vardır.

- Sağlık hizmetleri finansmanının önem kazanması,
- Sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün ekonomide en çok kaynak kullanan sektör konumuna gelmesi,
- Sağlık sektörünün GSMH içindeki payının hızla büyümesi

Wilensky'e göre sağlık ekonomisinin Amerika'daki gelişimi; sağlık hizmetlerinin tam olarak yapılması, ödeme sistemlerinin iyileştirilmesi, sigortalı olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, kar amaçlı olmayan sağlık kurumlarının geliştirilmesi, nüfusun yaş bileşimi, sağlık personeli arzının değişmesi, sağlık ekonomisindeki değerlendirme tekniklerinin yeni tekniklerle desteklenmesi üzerinde durulmuştur (Tutar ve Kılınç, 2007:50).

Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analizi, bir başka deyişle sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizidir. Bu sektöre bakış (Şenatalar, 2003) iki farklı yaklaşıma dayanabilir: Birincisi pozitif yaklaşımdır. Bu

yaklaşım anlamaya, aydınlatmaya yönelik, neden-sonuç ilişkilerini araştırır. Değer yargılarından olabildiğince bağımsızdır. İkincisi ise normatif yaklaşımdır, değer yargılarına, hakkaniyet anlayışına, politik bakışa bağlıdır, tercih ortaya koymaktadır.

Sağlık politikasını belirlerken her iki yaklaşımdan da yararlanılmaktadır. Sağlık ekonomisi pozitif yaklaşıma dayanır. Öncelikle şu gibi sorulara yanıt arar: Bir toplumda sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayırılıyor 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? (Çilingiroğlu, 1997:388)

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. Samuelson'a göre ekonomi:

“İnsanların ve toplumların para kullanarak ya da kullanmadan, zaman içinde çeşitli mallar üretmek ve bunları bugün ve gelecekte tüketmek üzere, toplumdaki bireyler veya gruplar arasında bölüştürmek için, seçenek kullanım alanları olan kıt üretim kaynakları kullanmak konusundaki tercihlerini, kaynak dağılımı örüntüsünü geliştirmek ve daha etkili kılma yolundaki çabalarını, seçeneklerin maliyetlerini ve yararlarını inceler”

şeklinde tanımlanmaktadır (Çilingiroğlu, 2003). Nitekim ekonomide fırsat maliyetinin önemli bir yeri vardır. Şöyle ki; belirli bir mal ya da hizmeti elde edebilmek, herhangi bir faaliyeti gerçekleştirmek için diğer mal ve hizmetlerden belirli oranlarda vazgeçmektir.

Sağlıkla ilgili bilimlerde bireye yararlı olabilecek tüm tıbbi hizmetler sınırlı kaynaklar ve sonsuz istekler nedeniyle ihtiyaç duyan kişilere sunulamamaktadır. Kaynakların yararsız faaliyetlerle ziyan edilmemesi, belirli yarar sağlayan faaliyetlerin gerektiği kadar kaynak sağlayarak gerçekleştirilmesi gibi sorunların saptanmasında ve çözümünde yardımcı olan Sağlık Ekonomisi:

“Sağlık alanına ekonomi biliminin kurallarının, yöntemlerinin ve inceleme tekniklerinin uygulanması” olarak tanımlanacağı gibi;”sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynakların belirli dönemlerdeki miktarını, organizasyonunu, finansmanını, sağlık alanında kullanılmak üzere paylaştırılan kaynakların etkililiğini ve verimliliğini, bireysel ya da ulusal düzeydeki koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkisini inceler” (a.g.e.392).

(Çilingiroğlu, 2003)’e göre; *Pozitif Ekonomi*: “Ekonomi şu an nasıl, dün nasıldı, ne olacak”ı araştırır. Tanımlayıcıdır. ‘İyi’, ‘kötü’ yargılarına varmaz, popüler değildir.

Normatif ekonomi: “Ekonomi nasıl olmalı, ne olsaydı daha iyi olurdu” noktasını araştırır. Önericidir. Ekonomi ne kadar iyi çalışıyor, daha iyi nasıl çalışır (yargılayıcı) sorularına cevap arar. Dolayısıyla normlar, standartlar hakkında değer yargıları oluşturur. Örneğin: Sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün istenilirliği hakkındaki tartışmalar genellikle normatif ekonominin alanına girerken (tüketici tercihlerine verilen değer açısından), pozitif ekonominin de ilgi alanına girer.” şeklinde tanımlanmaktadır (Çilingiroğlu,2003).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI, KAPSAMI ve ÖZELLİKLERİ

2.2.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kuruluşları Tanımı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denilmektedir.(Öztek, 2004:60) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergede sağlık hizmetleri; ”İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 1.maddesinde “İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir” ifadesi yer almaktadır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge, (2006), Md.4), (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, (1961), Md.1).

Dünya Sağlık örgütü de (WHO) sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır: Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir (Karabulut, 1998:21).

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Alma Ata Bildirgesi, sağlık hizmetleri açısından birçok yeni düzenlemeler gerektiren öneriler içeren uluslararası bir sağlık sözleşmesi niteliğindedir. 6-12 Eylül 1978'de Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da toplanan TSH Konferansında bu hedefe varmak için izlenecek uluslar arası politika önerileri belirlenmiş ve "herkes için sağlık" hedefinin amaçları şöyle özetlenmiştir; herkes için yaşam beklentisini arttırmak ve yaşam niteliğini yükseltmek; ülke içi ve ülkeler arası sağlıkta birliği güçlendirmek, herkesin temel sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamak.

"TSH, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmetinin birinci halkasını oluşturur" (WHO,1978).

Sağlık hizmetleri yalnızca 'Sağlık Sektörü' tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur ve birçok farklı sektörü de ilgilendirir. Bu nedenle (multisektörlü) sektörler arası eşgüdüm gereklidir.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sınıflandırmada hizmet sunumunda etkinlik ve fayda-maliyet analizi önemli rol oynamaktadır. Dünyada sağlık alanında en yetkili örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış ve ülkemizde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nca da kabul edilmiş aşağıda belirtildiği şekilde sınıflandırılıp açıklanacaktır.

Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: *Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi edici Sağlık Hizmetleri ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri* şeklindedir.

2.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir" (Altay, 2007:65).

Üç düzeyde ele alınmaktadır.

Birincil Primer Koruma; kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınmasıdır.

İkincil Sekonder Koruma; sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.

Üçüncül Tersiyer Koruma; hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir (Hayran, 1998:14).

Koruyucu sağlık hizmetleri klasik olarak iki grupta incelenmektedir:

Çevreye yönelik hizmetler, genellikle mühendislik hizmetleri içeren, hekimlerin doğrudan görev almadıkları hizmetlerdir. *Kişiyeye yönelik hizmetler*, tamamı başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından yapılması gereken hizmetlerdir. Bunlar; bağışıklama, ilaçla koruma, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, yeterli ve dengeli beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi, kişisel temizlik ve bakım şeklinde sıralanabilir. *Çevreye yönelik koruyucu hizmetler ise*; besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü şeklinde sıralanabilir (Hayran, 1998:18), (Öztek, 2004:58).

2.2.2.2. İyileştirici (tedavi edici) sağlık hizmetleri

Üç basamakta ele alınır. Bunlar: *Birinci basamak tedavi hizmetleri*, hastaların tedavilerinin evde ve ayaktan yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yerleşim yerlerine en yakın yerlerde bulunan kuruluşlardır. Yataklı tedavi kuruluşlarının yani hastanelerin önünde birer filtre görevi

görürler. Bir başka ifadeyle; hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalı, buradaki hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmelidirler. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardandır.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardandır. Tedavi edici hizmetlerin basamaklar halinde ele alınmasının nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak içindir (Hayran, 1998:17-20), (Öztek, 2004:57-60).

2.2.2.3. Rehabilitasyon (esenlendirme) sağlık hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. İki türlü rehabilitasyon hizmeti vardır:

Tıbbi rehabilitasyon; bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sosyal (mesleki) rehabilitasyon; sakatlık ya da özrü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmalarını kapsar (Hayran, 1998:18-19), (Öztek, 2004:57-60).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır (Altay, 2007:61).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge’de örgütlenme biçimi ile ilgili bazı temel kavramlara yer verilmektedir.

Dikey örgütlenme: Tek bir sağlık sorununa ya da programa yönelik sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş hizmet örgütüdür. Sıtma ve verem gibi hastalıklarla mücadele amacıyla kurulan örgütler buna örnektir. Bu örgütlerde, en uç noktadan merkezdeki üst düzey kademeye kadar hiyerarşik bir örgütlenme söz konusudur. Dikey örgütler, geniş bir bölgede tek amaçlı sağlık hizmeti verirler.

Yatay örgütlenme: Dikey örgütlenme modelinin aksine, bütün sağlık sorunlarına hizmet vermek üzere kurulmuş hizmet örgütüdür. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve özellikle sağlık ocakları bu tür örgütlenme anlayışı ile kurulmuştur. Yatay örgütler, dar bir bölgeye ya da belli bir nüfusa çok amaçlı sağlık hizmeti verirler.

Bölge Tabanlı Hizmet Uygulaması: Kentsel bölgelerde altyapısı ile personel uygun olan ve nüfusu 10.000'i aşan sağlık ocaklarında, sağlık ocağının hizmet bölgesi alt bölgelere ayrılarak, hizmetler "Bölge Tabanlı" olarak sunulur. Kişiye yönelik koruyucu hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerini verecektir. Sağlık hizmetinin planlanmasında ve sunulmasında üç temel kurumun işbirliği ve ortak çalışmasına gerek vardır (Aksakoğlu, 2004:20).

- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar (Sağlık Bakanlığı, SSK, vb.)
- Sağlık personeli yetiştirmekle yükümlü kuruluşlar (Akademi)
- Sağlık personeli çalıştırmakla görevli kuruluşlar (Meslek kuruluşları: Türk Tabipler Birliği, Türk Hemşireler Derneği, vb.)

Üç kurumun sunduğu hizmeti alan ve aynı zamanda denetlemekle yükümlü olan tek bir kurum vardır:

- Toplum

Sağlık hizmetleri talebi, sağlık ekonomisinin tüketim tarafını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen piyasa şartları, hizmetlere yönelik davranışlar, gelir vb. faktörler sağlık ekonomisinin talep yönünü belirleyen unsurlardır.

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir (WHO, 1978).

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin İktisadi Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı olarak önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır.

2.2.3.1. Kamusal Mal ve Dışsallık: Sağlık ve sağlık hizmetleri günümüzde en önemli küresel kamu malı özelliğine sahip olup; Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kuruluşların ilgili olduğu alanlardan biridir. Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın, dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir “kamu malı”dır. Özellikle “koruyucu sağlık hizmetleri” sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır. “Kamu ekonomisi” toplumun genel sağlığını ilgilendiren ve dışsal fayda üreten sağlık hizmetlerini sunmak durumundadır. Sağlık hizmetleri, yararlananın finansmanına katılabileceği, fiyatlandırılabilen ve pazarlanabilen hizmetler olarak piyasa ekonomisi tarafından da üretilebilen “yarı kamusal” mal niteliğindedir (Altay, 2007:37-39). Yarı kamusal hizmeti doğuran dışsallık olayıdır. Dışsallık, toplumun belirli bir üyesi tarafından yapılan üretim ve tüketim sonucu doğan fayda ve maliyetlerin toplumun diğer üyelerine taşmasıdır (Batirel, 2007:37). Yarı kamusal mal hizmetlerin fiyatlanmasında; olumlu dışsallığı olan yarı kamusal hizmetlerde özel faydayı karşılayan bölümü, hizmetten yararlanana ödettirilebilir (Hastanede muayene, yüksek öğrenim vb) (a.g.e. 87).

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olması, bu hizmetlerin kişilere özel fayda sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklanmaktadır. Birey muayene veya tedavi olarak sağlık hizmetlerinin tüketiminden özel bir fayda sağlarken, toplum içinde sağlıklı bireylerin artması topluma da sosyal bir fayda sağlar. Özel mal ve tam kamusal mal ve hizmetlerin özelliklerin birlikte göstermesi sonucu, bu mal ve hizmetlere “karma mallar” da denilmektedir. Bu tür kamusal mal ve hizmetler bölünebilir veya pazarlanabilir özelliklerinden özel mala benzerken birlikte tüketim olanağı vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması nedeniyle tam kamusal mal niteliği de taşırlar (Şener, 1996:57).

Kamu harcamaları belirli bir açıdan bakılınca görülür ki ya bazı fertlere özel fayda ya da toplumun bütün fertlerine genel karakterde bir yarar sağlarlar. Bir de bu iki zıt kutbun arasında kalan ve bu iki tür harcamadan herhangi birine yaklaşan diğer

bir kısım giderler vardır. Cohn*² ve Plehn* yaptığı sınıflandırmada devletin geleneksel fonksiyonlarından sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar toplumun bütün bireyelerine fayda sağlayan harcamalar şeklinde bu gruba dahil edilmiştir. Bölünemeyen mal ve hizmet üretimini içermektedir (Nadaroğlu, 161:1978).

“Bölünemeyen hizmet” niteliğindeki sağlık hizmetleri (bunlar esas olarak önleyici nitelikte hizmetlerdir) devletçe üretilmek zorundadır, aynı nedenle bu hizmetlerin maliyetlerinin kamusal finansmanla karşılanması zorunludur (Şenatalar, 2003).

Aşılama, aile planlaması, gebe ve yenidoğan bakımı, sağlık eğitimi gibi bazı hizmetler doğrudan ödeme yapmayan kişilere de verilmek zorundadır. Bu nedenle bunlar birer kamu malı sayılabilir (Uz, 1998a:4).

Mevcut ekonomik birimin bir başka ekonomik birim üzerindeki olumlu yarattığı etkiye “pozitif dışsallık”, olumsuz yarattığı etkiye “negatif dışsallık” denilmektedir. Konumuz açısından, zamanında yapılmış olan bir kuş gribi aşısını, toplu bireyelerine yayacağı dış fayda dolayısıyla pozitif dışsallığa; kimyasal maddeler üreten bir fabrikanın üretim sırasında çevreye verdiği sağlık zararlarını da (üretim dışsallığı), negatif dışsallığa örnek olarak verebiliriz. Buna bağlı olarak dışsallık, piyasa koşullarının verimliliği sağlayamayacak ölçüde işlemeyi ve piyasaya müdahaleyi beraberinde getirecektir.

2.2.3.2. Talep ve Tüketici Davranışları: Sağlık hizmetlerinin tüketimi kolayca belirlenmemektedir. Talepler düzensiz ve önceden tahmin edilememektedir. Nitekim sağlık hizmetlerinin ertelenememesi talebin de ertelenememesi anlamına gelmektedir. Örneğin; bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemi sınırlayan bir etken olabilmektedir. Talebi karşılayacak gelir ve sağlık statüsünün de mevcut olması tüketiciye güvence sağlamaktadır (Aktan ve Işık, ty: 2-3).

Sağlık hizmetleri piyasasında tüketici konumundaki kişinin özgürlüğü sınırlıdır. Hasta fert, hekim hastane idaresi ve ilaç karşısında “mutlak bağımlı” durumundadır. Pazarlık etme, mal veya hizmeti almaktan vazgeçme, başka bir zamana erteleme ya da ikame etme gibi bağımsızlıkları sınırlanmıştır (Karabulut, 1998:17).

*Cohn ve Plehn, kamu maliyesi alanında çalışmış iktisat düşünürleridir.

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bireyin fiyat değişmelerine karşı talep ettiği hizmet miktarında değişiklik yapması mümkün değildir. Fiyat yükseldiğinde daha az, fiyat düştüğünde daha fazla talep edilmesi piyasa yapısına ters düşmektedir. Sağlık hizmetleri tüketilmeleri zorunlu hizmetlerdir. Yani, sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır (Çalışkan, 1999:19).

Serbest piyasa koşullarında tüketiciler, üretilen mal ve hizmetler hakkında tam bir bilgi sahibidirler. Ama sağlık hizmetlerinde, gerekli olan bilgiye sadece hekim sahiptir. Hasta doktora görünme konusunda ilk kararı kendisi alır, ancak hizmetten ne kadar tüketeyeceğine doktor karar verir. Tüketicinin bilgisizliği söz konusudur.

Sosyo-ekonomik koşullar, eğitim, kültürel etkenler ve sağlık bakım olanakları tüketici talebinin ertelenmesinde rol oynayan etkenlerdir. Sağlık hizmetlerine talep ve tüketici davranışları hem içsel hem de dışsal faktörlerle şekillenir.

2.2.3.3. Doktorun Beklenen Davranışları: Sağlık hizmeti sunumunda arz belirleyicisi doktor, tedavi uygulaması sürecinde bazı kısıtlamalarda bulunabilmektedir. Doktorun bu davranışı tamamıyla tüketicinin refahı tarafından şekillenmektedir.

Arrow (1963)'a göre;

- Doktorlar arasındaki açık fiyat rekabeti ve reklam çabaları yaklaşık olarak ortadan kalkmıştır.
- Doktorlar tarafından tedavi amaçlı verilen yardımlar çıkar doğrultusunda değildir.
- Tedavi ihtiyacı finansal koşullarla sınırlanamaz.
- Doktorlara hastalıkların tedavisinde güvenilmelidir

Doktoru ziyaret etmeye karar veren hasta tedaviye karar verirken ne kadar harcama yapacağını bilmelidir. Doktorun teşhisi, ne kadar harcanacağını belirlemede önemli olduğundan, bu bilgi tüketicinin tedaviye karar vermesinde önemli bir etkidir (a.g.t.26).

2.2.3.4. Eksik Bilgi ve Asimetrik Bilgi: Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasında farklılıklar (bilgi asimetrisi)

mevcuttur. Bu durum sağlık bakımını diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özelliktir.

Hasta, kendi gereksinimlerinin ve talebinin belirlenmesini hekime bırakmakta, hekim hem hizmet sunan kişi rolünü, hem de hastanın vekili rolünü üstlenmektedir. Bu ilişkide hekim hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte, aynı zamanda talep yaratabilme ve talebi yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir, bu sayede sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletmek ve harcama düzeyini yukarı doğru itmek olanağı vardır. Sağlık hizmeti piyasa kuralları içinde sunuluyorsa, bu olanak daha büyüktür (Şenatalar, 2003).

Sağlık bakımında girdiler, çıktılar ve faaliyetler hakkında yeterli bilgiye sahip olunamadığı için bu faktörler arasındaki ilişkilerle ilgili de yetersiz bilgi söz konusudur. Tüketicilerin sağlık bakım ihtiyacının belirlenmesi veya ne tür sağlık bakımını ne miktarda ne kalitede tüketeyeceğı noktasında birikimin kıt olması dolayısıyla doktor bir vekil olarak devreye girmekte ve tüketimi şekillendirebilmektedir. Doktorun hem hizmet sunucusu, hem hizmeti talep eden/belirleyebilen pozisyonuna literatürde “arzın yarattığı talep” denilmektedir (Yıldırım, 1999:5).

Sağlık hizmetleri piyasasında mal ve hizmetler “heterojen” özellikler taşımaktadır. Sunulan malın heterojen olması, malın piyasası hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına neden olacaktır. Bu durumda bireyin sağlık hizmetlerinin tüketimi noktasında irrasyonel davranması muhtemeldir. 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 (Altay, 2007:38-41).

Sağlık bilgisi, tüketicinin en iyi sağlık bakım kararını verebilmesinde önemlidir. Hastalık durumunda, her bir hastalık için farklı bir üretim fonksiyonu ve farklı bir marjinal ürün vardır. Marjinal ürün anlayışına dayanarak, tüketici, marjinal maliyetlerle sağlık iyileşmesinin sağladığı marjinal yararları karşılaştırarak optimal bakım kararını verir. Bu çerçevede, bireyler hangi hastalığın önceden var olacağını tahmin edemezler, bu nedenle onlar marjinal yararları hakkında eksik bilgiye sahiptirler. Ancak bireyler bazı hastalık bulguları hakkında önceden bir deneyime sahiptirler. Bu bulgulardan yola çıkarak sağlık bakımının marjinal ürününü tahmin

edebilirler. Eğer marjinal ürünün yeterince yüksek olduğuna inanırlarsa bir doktora görünürler. Bunun yanında, kişilerin sağlık bilgilerinin genişliği, elde edilen bilginin maliyetini belirleyecektir. Örneğin; genel sağlık bilgisi zayıf bir kişi için elde edilen ek bir bilginin daha değerli olduğu varsayılmaktadır. Nitekim bireyin eğitim durumu bu bilgilere ulaşma sırasında karşılaşılabilecek maliyetlerin azalmasına neden olacaktır (Çalışkan, 1999:26-27).

2.2.3.5. Sağlık hizmetlerinin “ikame edilemez” özelliği: Herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Buna sağlık hizmetlerinin “ikame edilemezlik” ilkesi denir (Saltık, 1995:38). Ayrıca sağlık hizmetleri niteliği gereği diğer mal ve hizmetlerin, kişilerin ekonomik ve diğer nedenlerle söz konusu olan taleplerini ertelemeleri gibi geciktirmeleri mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinde bir hastaya beyin ameliyatı olması gerekirken maliyeti daha ucuz olduğu için apandisit ameliyatı yapma imkanı yoktur.

2.2.3.6. Yararlı Mallar (Erdemli Mallar (Merit)): Musgrave, halkın sağlığı açısından gerekli olan ancak bilgi ve eğitim eksikliği nedeniyle yeterince tüketilemeyen mallar olarak tanımlar. Örneğin; çocukların aşılmasının zorunlu olması ve okulda süt dağıtılması, koruyucu sağlık hizmetleri erdemli mallardır. Erdemli mal ve hizmetlerden bireyler tek tek faydalanır (ancak sosyal faydası vardır); bu malların tüketiminden iktisadi olarak mahrum bırakmak mümkündür ancak sosyal olarak mahrum bırakılmamalıdır; fiyatlanabilir; tüketici tercihlerine tamamen uygundur; arzı azaltıcı etkisi vardır; etkinlik bağlamında tüketici sübvansede edilmiş fiyat öder; ödeme ve yararlanma ilişkisi mevcuttur; üretimine genelde düzenlenmiş piyasalar karar verir (Durmuş, 2008:135). Erdemli mallar, sosyal faydası özel faydasından fazla olan, bireysel isteklere bakılmadan toplum tarafından herkesin tüketilmesinin gerektiği düşünülen, özel mal niteliğindedir. Yani dışlama ve rakip olma özellikleri taşır (Ulutürk, 2011:137-138).

Toplumdaki bireyler öyle mal ve hizmetler vardır ki, kimi nedenlerden dolayı bunların erdemini yeterince anlayamazlar. Böylece de şahsi risklerini ve geleceklerini hafife alırlar. Örneğin; insanlar “ benim başıma asla gelmez” ihmali altında sağlık ve kaza konularında özel sigorta yaptırmaktan kaçınma ya da “yaşlılığın uzak olduğunu” düşünüp özel emeklilik sigortası yaptırmayabilirler. Oysa ki sahip olduğu olumlu dışsallıklar göz önünde tutulduğunda malların erdemliliği görülecektir.

Bu tür mallarla ilgili en belirgin sorun eksik üretim (dolayısıyla da tüketim) biçimindeki etkin olmayan kaynak tahsisidir. Bu etkinsizlikler bireysel risk eğitimi, zorunlu tüketim yoluyla yeterli düzeyde sigorta ettirme şeklinde (a.g.e.134) giderilebilmesinin yanı sıra nitelikli mallar yeterince tüketilmedikleri için, toplum açısından sakınca yaratabilmektedir. Dolayısıyla bu mallar ya devlet tarafından sunulmalı veya tüketimin artması için sübvansiyon uygulanmalıdır (a.g.e.137).

2.2.3.7.Sağlık Piyasalarında Eksik Rekabet Şartları Geçerlidir: Tam rekabetin hakim olduğu piyasalarda, fiyatı tek başına etkileyemeyecek kadar çok sayıda alıcı ve satıcı vardır. Piyasaya giriş ve çıkış serbesttir. Alıcı ve satıcılar piyasa hakkında tam bir bilgiye sahiptir. Mallar homojendir. Alışverişe konu olan mallar birbirinin aynıdır (Dinler, 2006:211).

Halbuki sağlık piyasalarında, piyasaya girişte kısıtlama vardır. Sağlık hizmeti sunacak kişi ve kuruluşların belli başlı bilgi, beceri ve deneyimlere sahip olması gerekmektedir. Yani devlet tarafından belirlenmiş standartlara uymayanların sağlık hizmeti veremeyeceğinden dolayı, her isteyen kişi sağlık hizmeti sunmak üzere pazara giremez.

Alıcı ve satıcılar piyasa hakkında eksik ya da asimetric bilgiye sahiptir. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamamaktadır. Piyasada herhangi bir mal gibi standart hale getirilmiş sağlık hizmetleri söz konusu değildir. Tam rekabet piyasasının aksine sağlık piyasalarında bu şartların mevcut olmadığı, aksine eksik rekabetin ortaya çıktığı görülmektedir. Başka bir ifadeyle piyasa başarısızlığı şeklinde tanımlanmaktadır (Çoban, 2007:34).

2.2.3.8. Doğal tekeller ve Ölçek Ekonomisi: Tekel piyasa, ikamesi güç malın üretim ya da satışının tek bir firma tarafından yapılmasını ifade eder. Bir pazar ortamında, hizmeti sunanlar, yaptıkları yatırımlardan maksimum kar elde etmeyi amaçlar. Bundan dolayı bazı bölge veya yörelere sağlık hizmeti konusunda yatırım yapmak ticari şirketler için rasyonel olmayabilir. Bu durumda da rekabet edeceği kimse olmadan devlet tek başına hizmet sunucu rolünü üstlenmek zorunda olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde, tüketici durumunda olan hasta bu konuda bilgisiz olduğu için, sağlık hizmetlerinin üretici tarafında tekelleşmesine imkan tanımaktadır. Tekelleşme, hekim ve hastanelerin rekabet koşullarını azaltmaktadır. Hizmet

içeriğinin ve fiyatlarının sağlık kurumları tarafından istenildiği gibi düzenlenebilmesi sonucunu yaratmaktadır. Bunun da ötesinde üreticiye tüketici tercihlerini düzenleme imkanı vermektedir. Buna üreticinin “uyarıdığı talep” denmektedir (Uz,1998)

Sağlığın ve verilecek hizmetin doğası gereği bazı hizmetlerin pazar şartlarında özel sektöre bırakılması bazen uygun olmayan sonuçlar doğurabilir. Kan üretimi, aşı üretimi ve dağıtımı, sağlığın geliştirilmesi uygulamaları buna birer örnektir. Ayrıca satıcılar bir pazar ortamında yaptıkları yatırımlardan maksimum faydayı/kârı elde etmeyi amaçlar. Ancak bazen belli bir hizmeti vermek için yapılacak yatırımlar ve bunun işletilmesi çok büyük sermayeler gerektirir. Sağlık hizmetlerinde de Doğu Anadolu'nun ücra köy ve mezralarına sağlık kuruluşu kurmak ve işletmek pahalı ve kârlılığı düşük olduğundan özel sektörün yatırım yapması beklenemez. Belli bir düzeyden sonra kârlılıkları azalmaya başlayacağından, kârlılıklarının artışına göre belli bir düzeye kadar yatırımlarını büyütme eğilimindedirler Dolayısıyla bu kârı elde edemeyeceklerini saptadıkları bölge veya yörelere yatırım yapmayabilir. Bu durumda devletin buralarda yaşayanlara sağlık hizmetini götürmesi kaçınılmazdır. Böylece o hizmeti üreten tek bir kuruluş pazarda yerini alır (Uz,1998).

2.2.3.9. Kamu Ekonomisinde Sağlık Hizmetleri ve Kamu Müdahalesi Gereği:

Toplumda hastalık halini azaltmak ve ömrü uzatmak için kamu ekonomisi iki tür hizmet sunar: Hastalananları iyileştirmek (tedavi hekimliği) / Sağlamların hastalanma olasılığını azaltmak (koruyucu, önleyici hekimlik). Sağlığı koruyucu hizmetlerde kişinin doğrudan yararlanması ikincil, bütün olarak toplumun yararlanması asıl amaçtır. Koruma hizmeti hem aşılana bağımsızlık verir, hem de bulaşıcılığı azaltarak *kamusal fayda* yaratır. İnsanın hastalık halinde tedavisini bir kamu hakkı sayan anlayışta devlet sağlık hizmetini veren hastanelerin maliyetini bütçeden karşılar. Devlet bütçesinde tedavi giderlerinin aşırı artmasını önlemek için tedaviye konan sınırlardan daha fazla tedavi bakım isteyen hasta bunu kendi geliri ile piyasadan sağlar. Tedavi ihtiyacı kamu ekonomisinde tedavinin şeklini ve süresini belirler.

Devletin sağlık hizmetleri programlarında toplumun bakışını yansıtan bir fayda fonksiyonu kullanmak zorunludur. Çünkü sağlık programları vatandaşların ödedikleri vergilerle karşılanır.

Tedavi hizmetlerinden farklı olarak çevre sağlığı hizmetlerinin tüm faydası kamusal niteliktedir (Nadaroğlu, 1977:263-271).

Ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu sektörü üstlenmektedir. Devletin sağlık sektöründe olması gerekliliğine dair dört başlık sıralanabilmektedir (Sayım, 2011:154-155):

- *Yetersiz Bilgi*: Problem belirsizlik veya asimetrik bilgi şeklinde ortaya çıkmaktadır.
- *Dışsallık*: Kişi ya da firmanın yaptığı faaliyetlerle ilgili bütün maliyetleri üstlenmediği (negatif dışsallık) ya da bütün faydaları içine almadığı (Pozitif Dışsallık) durumlarında ortaya çıkmaktadır.
- *Paternalizm*: Devletin, kişilerin en iyi çıkarının ne olduğunu onlardan daha iyi bildiği için müdahale etme isteğinde bulunmasıdır.
- *Olumsuz Seçim ve Ahlaki Tehlike*: Özel sigorta firmalarının farklı risklere maruz bireyler arasında ayırım yapmadığı durumlarda, riski az olanların riski fazla olanları finanse ettiği bir durumda şekillenmektedir. Sadece kötü risklerin özel sigorta satın aldığı sürece olumsuz seçim adı verilmektedir. Ahlaki tehlike, sigortanın bireylerin davranışları üzerindeki etkilerine denilmektedir.

2.2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasa Dengesi

Sağlık hizmetleri piyasasında arz ve talep koşulları fiyat ve miktarın farklı şekillerde belirlenmesinde rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri talebinde meydana gelecek bir artış, hizmetin fiyat ve miktarın arz esnekliğine bağlı olarak değişik ölçüde etkileyecektir. Eğer arz nispeten esnek ise, sağlık hizmetleri talebi arttığında, hizmetin miktarı arzın inelastik olduğu duruma göre daha çok artarken fiyat daha az artacaktır. Yani arzın elastik olduğu koşullarda hizmet artışı daha fazla gerçekleşecektir. Eğer hükümetin sübvansiyon programları sonucu talep artışı olursa ve arz inelastik ise, bu program için yapılan kamu harcamalarındaki artış ile, arzın elastik olduğu duruma göre bir yandan nispeten daha yüksek bir fiyat oluşumuna yol açılırken diğer yandan da nispeten daha az çıktı elde edilecektir (Çalışkan,1999:28). Sağlık durumunun iyileştirilmesi için girdilerin en az maliyetle oluşturulmasında, girdiler ile sonuç çıktı arasındaki fonksiyonel ilişki sağlık üretim fonksiyonu kullanarak ifade edilir. Sağlık üretim fonksiyonu, alternatif programlar arasında kaynakların nasıl dağıtılacağına analitik bir yöntemle belirlenmesidir.

Sağlık hizmetleri piyasasının çıktısı olan sağlık bakımı içsel ilişkileri olan üç değişik piyasa tarafından belirlenmektedir. Feldstein bunları; kurumsal piyasalar, insangücü ve faktör piyasaları ile eğitim piyasası şeklinde üçe ayırmıştır. Bu piyasalar arasındaki karşılıklı etkileşim sağlık hizmetlerinin miktarını ve fiyatını belirlemektedir.

2.2.4.1. Sağlık Hizmetleri Arzı ve Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler

Arz, belirli bir zamanda -fiyat dışındaki faktörler sabitken- satıcıların çeşitli fiyatlardan satmak üzere piyasaya sundukları miktarlar olarak tanımlanmaktadır. Piyasa arzı ise, belirli bir dönemde o malın fiyatı dışında arzı etkileyen faktörler değişmemek kaydıyla (ceteris paribus), çeşitli fiyatlardan satıcıların satmak istedikleri miktarlar şeklinde tanımlanabilir. Herhangi bir piyasada arz edilen miktar; söz konusu malın fiyatına, piyasadaki öteki malların piyasa fiyatlarına, üretim faktörlerinin fiyatlarına, teknolojik düzeye, vergilere, sübvansiyonlara, firmaların sayısına ve beklentilere bağlıdır (Dinler, 2006:206-208). Yukarıya doğru artan bir eğim gösteren arz eğrisi, fiyatla sunulan miktar arasındaki ilişkiyi ifade eder. Arz edilen miktarın fiyatlar karşısında gösterdiği değişiklik ise arz esnekliği ile ölçülür. Bu esneklik kendisini arz eğrisinin eğimi ile gösterir.

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, siyasi otoritenin uyguladığı politikalar ve finansman yöntemleri gibi faktörlerin etkisi altındadır. Sağlık hizmetlerinin düzeyini, miktarını, kalitesini ve dağılımını belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar; sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık mal ve hizmetlerini üreten sağlık üretim birimleridir (Cullis ve West, 1979:141-142).

Sağlık hizmetleri arzı sağlık ekonomisinin üretim yönünü oluşturur. Sağlığa ayrılacak kaynaklar, üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, girdiler arasındaki ikame oranı, sağlık personeli, ilaç ve diğer sağlık girdileri, piyasanın yapısı, kâr amacı gütmeyen sağlık hizmeti üreten kurumların varlığı/yokluğu, sağlık hizmetinin finansman biçimi vb. etkenler sağlık ekonomisinin arz ile ilgili temel unsurlarıdır (Işık, 1997:9-13).

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık ekonomisi kapsamında mal ve hizmet üretilirken birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi yönünde gerçekleştirilen faaliyetler, tanı ve tedavi sağlayacak mal ve hizmet arzı ile koruyucu nitelikli mal ve hizmet arzı şeklinde iki başlık altında ele alınmaktadır.

Klasik anlamda arzda meydana gelen bir artış, daha düşük bir fiyata neden olurken, sağlıkla ilgili mal ve hizmet arzında meydana gelen artış (teknolojik gelişme gibi) daha yüksek bir fiyatın oluşmasına rağmen özel ve büyüyen bir talebe öncelik edebilir. Nitekim, serbest piyasa koşullarında talebin arzı etkilediği kuralı, bu örnekteki gibi tersine dönerek arzın talebi etkilemesi sonucunu doğurmaktadır.

Sağlık sektöründe arzın artırılabilmesi ise kapasitenin artırılması ile mümkündür ancak bu durum yüksek maliyetlere katlanmaya neden olmaktadır. Bu yönüyle bu maliyetleri karşılayabilecek kaynaklara sahip olmayan ya da kaynak tahsisi edemeyen ülkelerde arzın artırılması imkanı sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle, sağlık alanındaki mal ve hizmetlere olan talebin artmasına karşın, arzın bu değişimlere kısa dönemde uyum göstermesi zordur.

Sağlık hizmetleri arzı gerçekleştirilirken, üreticiler bağımsız hareket edemezler ve idari müdahalelerin etkisinde kalırlar. Bu müdahaleler doğrudan üretici rolünde olabileceği gibi sadece düzenleyici de olabilir (Mutlu ve Işık, 2005:95-97).

Sağlık hizmetleri arzını belirleyen faktörler arasında fiyat, sağlık sektöründe istihdam edilebilecek teknik donanımına sahip insan gücü, fiziki altyapı kullanılan teknoloji ve fiili kapasitenin kullanım sayılabilir. Bu faktörlerle, sağlık hizmeti arzı arasında pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur.

Sağlık bakımı arzının, ürün karmaşıklığı (sağlığı geliştirmeye yönelik mal ve hizmetler birleşik ürünlerdir), organizasyon karmaşıklığı (ticari kar gütmeyen özel ve kamu kuruluşları yan yana ya da çakışık olabilir), ihtisaslaşmış girdi piyasaları (sağlık bakımı endüstrisinde temel girdiler yalnızca bu alana ayrılmış pazarlarda üretilmektedir) özellikleri sağlık arzının incelenmesini güçleştirmektedir (Çilingiroğlu, 1997:397-398).

2.2.4.2. Sağlık Hizmetleri Talebi ve Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri talebi, sağlık ekonomisinin tüketim tarafını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen piyasa şartları, hizmetlere yönelik davranışlar, gelir vb. faktörler sağlık ekonomisinin talep yönünü belirleyen unsurlardır (Çilingiroğlu, 1997:397-398).

Talep, bir bireyin ya da tüketicinin belirli bir dönemde satın almak istediği ve satın alma gücüne sahip olduğu mal miktarıdır. Talep edilen miktar; malın fiyatına, tüketicinin parasal gelirine, ikame ve tamamlayıcı malların fiyatına, tüketicinin zevk

ve tercihine, tüketicilerin fiyat ve gelir düzeyine ilişkin beklentilerine ve alıcıların sayısına bağlı olarak değişmektedir. Her bir fiyat düzeyinde maldan ne kadar talep edileceğini gösteren talep eğrisi, azalan eğilim gösterir. Talebin değişkenlerdeki değişimlere ne derece duyarlı olduğu da talep esnekliği ile ölçülür.

Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir kişinin ortalama yılda hekime (sağlık hizmetine) başvurma sayısı önemli bir ölçüt olmaktadır. OECD ülkelerinde bir kişi yılda ortalama 6,1 kez hekime başvururken Türkiye’de bu oran 0,5 ile 4 arasında değişmektedir (Orhaner, 2006:4-5).

Sağlık piyasalarında, arz ve talep geleneksel anlamda birbirini etkilemez. Örneğin; hizmeti sunan sağlık bakımını ister doğrudan tüketsin, ister tüketmesin belirsizlik ve bilgi açıkları yüzünden karar vermede etkilidir ve tüketici kendi tercihlerine ilave olarak sunum yapan kişiye de başvurur ve hizmeti sunanın talebi etkilemesi söz konusu olur.

Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklarla bu kaynakların artırılması yönünde rol oynayan faktörler birlikte ele alınmaktadır. Sağlık harcamalarının gelecekteki refah düzeyi üzerindeki etkisini inceleyebilmek için sağlık talebini belirlemek önemlidir. Sağlık hizmetleri talebi incelenirken de talep teorisi oluşturulması gerekmektedir. Sağlık ekonomisinde talep; ihtiyaç, istek ve talep doğrultusunda gerçekleşecektir. İlk olarak ihtiyaçlar talep doğrultusunda geliştirilmez. Örneğin; çürük dişinden dolayı acı çeken bir kimse bu durumu kabullenip tedavi almıyorsa, sağlık ihtiyacının varlığı söz konusu iken, ihtiyaç talebe dönüşmemiştir.

Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan bir mal veya hizmetin tüketiciye fiziksel olarak aynı tatmin düzeyi sağlarken sağlık hizmetleri tüketicisinin sağladığı tatmin düzeyleri arasında farklılıklar mevcuttur. Sağlık hizmetleri talebi “türetilmiş talep” özelliği taşır. Sağlık hizmetleri için üretilen mal ve hizmetlere yönelik talebi öncelikle tüketiciler tarafından değil, doktorlar tarafından belirlenmektedir. Burada finansman şekli ve ödenen ücret düzeyi gibi faktörler doktorun karar vermesinde etkilidir. Sağlık sistemlerindeki yapı ve farklılıklar ile değişik finansman şekilleri de sağlık hizmetleri talebinin değişik şekillerde ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005:67-75).

Sağlık hizmetleri alanında sağlık talebinin fiyat esnekliğinin zayıf olduğu gözlemlenmektedir. Fiyat elastikiyeti, ilaç ve tedavi araçlarında en yüksek, doktor ve hastane hizmetleri alanında ise en düşük orandadır. Sağlık hizmetleri talebinde gelir

etkisi daha kuvvetlidir. Gelir artışları belirli bir noktaya kadar sağlık hizmetleri tüketimini artırır ve doyum noktasına yaklaşıldıkça esneklik azalmaya başlar (Mutlu ve Işık, 2005:75-93). Bireylerin sağlık hizmetleri talebinde değişiklikler demografik koşullar, eğitim, çevre, genetiğe bağlı nedenler ve hayat tarzlarının farklı olmasından da kaynaklanabilmektedir. Eğitim oranının yükselmesi sağlık talebini azaltırken, yine bu tür ülkelerde diş, göz, estetik talebi yüksek oranda gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmayan ve tüketimi zorunlu bir hizmet olması nedeniyle fiyat esnekliği düşüktür, hatta acil ve zorunlu durumlarda sıfıra yakındır. Yani, talep sağlık hizmetleri fiyatlarındaki değişime karşı hayli duyarsızdır.

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmaları bakımından tedavi edici hizmetler, hastaya yönelik koruyucu hizmetler ve genel halka yönelik hizmetler olmak üzere üç kategoride incelenebilir: Tedavi edici sağlık hizmetlerinde talep esnekliği esas olarak düşüktür. Çünkü birey belli bir süre için sağlık sorununu ertelese bile, sonunda bir sağlık kuruluşu ya da ilgili hekime başvurarak tedavi olmak zorunda kalacaktır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde bireyler, söz konusu hizmetlerin varlığı hakkında bilgilendirilmezlerse talebi düşük olur. Bu tür hizmetler topluma yayacakları düşünülen dışsal faydaları dolayısıyla genel olarak gerçek fiyatlarının altında kalan ücretlerle topluma sunulur. Talebin fiyat esnekliğinin en yüksek olduğu hizmetler halkın geneline yönelik sağlık hizmetleridir. İşte bu neden bu hizmetlerin fiyatlandırılmasını zorlaştırmaktadır (Kurtulmuş, 1996:118).

Sağlık hizmetleri talep esnekliğinin düşük olmasına karşılık, gelir esnekliği oldukça yüksektir. Bireyler belli gelir eşğine kadar genellikle kamu kesimi tarafından ücretsiz veya çok düşük ücretlerle sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Gelir düzeyi belli bir eşik değerinin üstünde olan bireyler ise, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmeti yerine ya da bununla birlikte ücretli özel sağlık hizmetlerinden de yararlanmaktadır.

Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile bireylerin gelir düzeylerinin artması durumunda, sağlık harcamaları da artar. Bu durumu, “Engel Kanunları”yla açıklayabiliriz. Engel, tüketicilerin talep ettikleri malları, üç ana gruba(gıdasal mallar; giyim, lojman; kültür, eğlence, hijyen, sağlık, ulaşım) ayırıp gelir artışı halinde, sözü edilen mallara yapılan harcamalardaki değişimleri inceleyerek şu sonuçlara ulaşmıştır (Dinler, 2006:115-118):

Tüketicilerin geliri arttıkça, toplam harcamalar içindeki gıdasal malların payı azalmaktadır.

Tüketicinin gelirindeki bir birimlik değişimin, herhangi bir sağlık malının talebinde meydana getireceği değişim olarak ifade edebileceğimiz, sağlık talebinin gelir esnekliğini (E), aşağıdaki şekilde formüle edebiliriz:

$E = \text{Sağlık malının talebindeki yüzde değişme} / \text{Tüketicinin gelirindeki yüzde değişme}$.

Yapılan araştırmalar, gelir seviyesinin artmasıyla hekime gitme sıklığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, gelir seviyeleri ile sağlık hizmetlerine olan talep arasında bir ilişkiyi ortaya koyan, 1992 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmalarına göre, yıllık toplam 50 bin liradan daha fazla geliri olanların, 1.500 liradan daha az geliri olan kişilerden yüzde 50 daha fazla doktora gittikleri belirlenmiştir (Kurtulmuş,1996:117).

Sunulan sağlık hizmetinin hangi yöntemle finanse edileceği, sağlık hizmetleri talebini etkilemektedir. Bu etki, doğrudan finansmanın söz konusu olduğu uygulamalarda talep katsayısı düşerken, devletin finansmanı tamamen karşıladığı universal sistemlerde veya kısmen finansmanına katıldığı sosyal sigortalar gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde, sağlık hizmetleri talep katsayısı yükselmektedir (a.g.e.119).

Ülkede sosyal güvenlik ve sağlık sigortası sistemleri yaygınlaştıkça, söz edilen bu karşılanmamış ya da ertelenmiş hizmet talebi gündeme gelmektedir (Stiglitz, 1994:362).

Özetle, sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörler; sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği, gelir esnekliği, finansman yöntemlerinin etkisi, sağlık sigortalarının yaygınlığı, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, sosyo-ekonomik gelişmenin sağlık üzerindeki etkisi şeklinde sıralanabilir.

2.2.5. Sağlık Düzeyi Göstergeleri

WHO, OECD ve EUROSTAT standart sağlık indikatörleri geliştirerek veri toplamakta olan ve ülkelerden değişik periyotlarla bu kapsamda sağlık verisi talep eden başlıca uluslar arası kuruluşlardır. Bu kuruluşlarda “demografi ve sosyoekonomik durum”, “sağlık durumu”, “sağlığın belirleyicileri” ve “sağlık sistemleri” ana başlıkları kapsamında WHO’da 353 adet, OECD’de 309 adet ve EUROSTAT’da 190 adet olmak üzere toplam 852 adet sağlık göstergesi kullanılmaktadır. Bu sağlık göstergelerinin Sağlık Bakanlığında kullanılmakta olan mevcut veri formları kullanılarak ancak % 32’si, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire

Başkanlığı tarafından hazırlanan Aile Hekimliği Minimum Veri Seti (MVS) kullanılarak ise ancak % 42'si elde edilebilmektedir (TCSB,2007).

Sağlık düzeyini belirleyen değişkenler arasında kalıtımın, beslenme alışkanlıklarının, konut ve işyeri koşullarının, sigara, alkol veya uyuşturucu bağımlılığının, temiz ya da kirli çevrenin, egzersizin, eğitim düzeyinin rolü büyüktür. Beslenmenin ya da konut koşullarının da ekonomik verilerle bir ilişkisi olduğu da açıktır. Sağlık ekonomisi bu gibi ilişkileri de kapsamakla birlikte, birincil alanı sağlık hizmetleridir (Şenatalar, 2003).

Sağlık hizmetlerinin özellikle uluslararası düzeyde bir karşılaştırmasının yapılabilmesi için sağlıkla ilgili olan alt sistemlerdeki birtakım göstergelerin bilinmesi gerekmektedir. Bu göstergeler şunlardır (Üçdoğruk, 1996:102-104):

- Demografik Göstergeler (Nüfus Göstergeleri- Yaşam Göstergeleri)
- Ekonomik Göstergeler
- Hastane göstergeleri,
- Sağlık İnsangücü Göstergeleri

2.2.5.1. Demografik göstergeler: Demografik göstergeler olarak ele alınan nüfus ve yaşam göstergeleri ülkenin sağlık politikasının geleceğe yönelik yönlendirilmesinde ve bugünkü etkinliklerinin ölçülmesinde önemli iki unsurdur. *Nüfus göstergeleri* olarak bir ülkenin; nüfusu, yüzölçümü, nüfus yoğunluğu, nüfusun dağılımı, doğal nüfus artış hızı, nüfusun iki katına katlanması ile ilgili bilgileri kapsamaktadır. *Yaşam göstergeleri* olarak bir ülkenin; bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, kaba doğum oranı, kaba ölüm oranı, genel doğurganlık oranı, beklenen yaşam süresi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.2.5.2. Ekonomik göstergeler: Sağlıkla ilgili belirlenmesindeki amaç, genel sağlık sigortası için bir sosyo-ekonomik değerlendirme yapmak ve kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının refah seviyesi ile ilişkilendirilmesinin yapılabilmesi gibi ilişkileri belirleyebilmektir.

2.2.5.3. Hastane göstergeleri: Yatarak tedavinin sağlandığı temel sağlık birimleri hastanelerdir. Hastanelerle ilgili bilgilerin belirlenmesi, teknik yenilikler, maliyet-

hasıla değerlendirmesi, hastanelerin etkin çalışıp çalışmadıklarının ortaya çıkarılması gibi konularda sağlık plançılarına yardımcı olmaktadır.

2.2.5.4. Sağlık insangücü göstergeleri: Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerle birlikte en önemli unsurlardan birisi de sağlık sektöründe çalışanlardır. Sağlık insan gücünün belirlenmesindeki amaç; nüfusun ihtiyacı olan teknik elemanın projeksiyonlarının yapılması, ihtiyaca göre etkili bir dağılımın gerçekleştirilmesi, sağlık personelinin ücreti konusunda yeterince kaynak temin edilebilmesi gibi unsurların yerine getirilebilmesidir (Üçdoğruk, 1996:102-106).

Sağlık hizmeti sunumuna ilişkin ölçütler; nüfus başına hekim, hemşire, ebe ve her türlü sağlık personeli sayısı, hastane yatak sayısı, yatakların işgal oranı,sağlık hizmetlerinin kullanımı sayılabilir. (Hayran,1998:40) Doğumların oldukları yere göre dağılımı, kişi başına düşen muayene sayısı, sevk hızı, bağışıklama hızı, doğum başına düşen ortalama izlem sayısı, çocuk başına düşen ortalama izlem sayısı sağlık hizmetlerini gösteren ölçütlerdendir.(Öztek, 1996:354-357)

Öztek (1996)'e göre ise: Sağlık düzeyi göstergeleri (ölçütleri) üç ana grupta toplanabilir:

Ölüm (mortalite) ölçütleri;

Kaba Ölüm Hızı: Bir ülkede bir takvim yılındaki toplam ölüm sayısının aynı yıl içinde ülkedeki toplam yıl ortası nüfusa oranlanması ile elde edilen değerdir.

Bebek Ölüm Hızı: Bir yıl içinde canlı doğan ve o yıl içinde ölen bebeklerin sayısının, o yılki toplam canlı doğum sayısına bölümünün bin katına denir. Bebeklik döneminde ölüm riski yüksek olduğundan bebek ölüm hızı önemlidir. *Bebek Ölüm Hızı;* “erken neonatal”, “geç neonatal” ve “post neonatal” olmak üzere üç gruba ayrılır. Bu üç hızın toplamı “bebek ölüm hızına” eşittir.

Ana Ölüm Hızı: Bir ülkedeki bir takvim yılında gebelik ya da doğum nedeniyle ölen anaların sayısının aynı yıldaki toplam canlı doğum sayısına bölümünün on bin ya da yüz bin katıdır.

Yaşa Özel Ölüm Hızı, Cinsiyete Özel Ölüm Hızı, Beş Yaşından Küçük Çocuklarda Ölüm Hızı, Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızı, Cinsiyete Özel Orantılı Ölüm Hızı, Nedene Özel Orantılı Ölüm Hızı, Fatalite Hızı, Erken Yenidoğan (Erken Neonatal) Ölüm Hızı, Geç Yenidoğan (Geç Neonatal) Ölüm Hızı, Yenidoğan (Neonatal) Ölüm Hızı, Yenidoğan Sonrası (Post neonatal) Bebek Ölüm Hızı, Ölü Doğum Hızı, Perinatal Bebek Ölüm Hızı da diğer ölüm ölçütleridir.

Hastalık (morbidite) ölçütleri:

Prevalans Hızı: Belirli bir zaman içinde A hastalığının eski ve yeni toplam vaka sayısının aynı toplumun o süredeki risk altındaki nüfusuna bölümünün yüz ya da bin katıdır. Örneğin; kızamık hastalığının prevalans hızının hesaplanmasında risk altındaki nüfus 0-14 yaş grubu olarak alınmalıdır.

İnsidans Hızı: Belirli bir süre içinde A hastalığına yakalanan yeni hasta sayısının aynı toplumun aynı süredeki risk altındaki nüfusa bölümünün yüz ya da bin katıdır. Kronik hastalıklarda insidans ve prevalans hızları birbirinden farklı iken, akut hastalıklarda genellikle bu hızların değerleri birbirine yakındır.

Atak Hızı: Bulaşıcı hastalıklarla ilgili hastalık (morbidite) ölçütlerine atak hızı adı da verilir. Belirli bir sürede saptanan B bulaşıcı hastalığı olgu sayısının aynı sürede B hastalığına duyarlı nüfusa bölümünün yüz ya da bin katıdır.

Doğurganlık (fertilitite) ölçütleri:

Kaba Doğum Hızı: Bir takvim yılındaki toplam canlı doğum sayısının aynı yıl içinde toplam yıl ortası nüfusa bölümünün bin katıdır.

Genel Doğurganlık Hızı: Bir takvim yılındaki toplam canlı doğum sayısının 15-49 yaş arasındaki kadın nüfusa bölümünün bin katıdır.

Yaşa Özel Doğum Hızı: Bir toplumda bir yılda “X” yaş grubundaki kadınların yaptığı canlı doğum sayısının aynı toplumun aynı süredeki “X” yaş grubundaki kadın sayısına bölümünün bin katıdır.

Nüfus Artış Hızı: Bir toplumda doğumlarla ölümler arasındaki farkı hesaplayarak iki dönem arasında ne kadar arttığını gösterir.

$$\text{Nüfus Artış Hızı} = \text{Kaba doğum hızı (binde)} - \text{Kaba ölüm hızı (binde)}$$

Çocuk /Kadın Oranı : Doğurganlık dönemindeki her 100 kadından kaç tanesinin 5 yaşından küçük çocuğu olduğunu gösterir. 0-4 yaş grubundaki çocuk sayısının 15-49 yaş arasındaki kadın sayısına bölümünün yüz katıdır (Öztek, 1996:346-354).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI ve YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetleri ve bunların gerektirdiği harcamaların finanse edilmesi sağlık ekonomisi literatüründe geniş bir şekilde ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri için, maliyet artışı nedeniyle, giderek daha fazla harcama yapılması, finansman konusunun önemini artırmıştır.

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Sağlık hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konudur (Orhaner, 2006:6).

Sağlık Finansman Politikasının Amaçları (Teksöz, 2008):

- Kalite
- Kullanımda ve kaynak dağılımında eşitlik
- Verimlilik
- Şeffaflık ve Açıklanabilirlik şeklinde belirtilmektedir.

2.3.1. Finansman Kaynakları

Finansman, bir ülkenin sağlık sistemini finanse etmesi için gerekli olan fonları elde etme, arttırma ve bunları en iyi şekilde kullanma mekanizmalarıdır (Yalçın ve Yıldırım, 2001:2). Teorik olarak sağlık hizmetleri kamu, özel ve karma şeklinde üç ana kaynaktan finanse edilmektedir. Pratikte ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin finansman modellerine bakıldığında ise temel yaklaşımın kamu, özel veya çoğunlukla rastlanan her ikisinin belli derecelerde yer aldığı bir karma modelin var olduğu görülmektedir (Uz, 1998a).

Sağlık hizmetleri finansmanı ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli ele alınmaktadır. Toplumların sağlık bakımı masraflarını nasıl ödediği ve ne kadar kaynak ayırdığı hem bakım ve hem de kalitesini etkiler. Gelişmiş ülkelerin çoğunda, sağlık hizmetleri büyük ölçüde vatandaşlardan toplanan vergiler, hükümet ya da onunla bağlantılı bir örgüt tarafından finanse edilir. Fransa ve Almanya'da kamu sağlık sisteminin bir parçası olarak hükümet finanse etmek için vergi toplar ve işverenler ile bireyler doğrudan maliyetlerin geri kalanı için ödeme yapar. İngiltere'de de hükümet bakım için "tek mükellefi" sistem ile doğrudan öder.

Diğer ülkelerde, örneğin Amerika Birleşik Devletleri gibi, sağlık sisteminin bir kısmı, işverenler ve bireyler gibi piyasa tabanlı özel kişiler tarafından ödenmektedir. Piyasa tabanlı sistemlerde de, hükümet savunmasız insanlara sağlık hizmeti verebilir. Örneğin, ABD'de, 1965 yılından beri 65 yaşın üstündekiler ve sakatlar için “Medicare” ve özel sağlık sigortasına maddi gücü yetmeyenler için “Medicaid” federal fonlardan karşılanmakta ve parçalı bir sistem sunmaktadır (Financing Health Care, 1998).

OECD ülke sakinlerinin büyük çoğunluğu için temel birincil sağlık sigortası önem arz etmektedir. Ancak, ülkelerin kapsamı farklılık göstermektedir. Otomatik sağlık sigortasında Avustralya, Kanada, Danimarka, Finlandiya, İzlanda, İrlanda, İtalya, Yeni Zelanda, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık' ta tüm nüfus faydalanmakta ve adı geçen 13 OECD ülkesinde harcamalar vergilerden finanse edilmektedir (Paris, Devaux, vd., 2010:8). Özel sigorta ABD’de olduğu gibi sistemin temel ögesi olabileceği gibi, sosyal sigortanın ya da vergi ile finansmanın egemen olduğu bir ülkede de varlık gösterebilir. Vergi ile finansman İngiltere, İtalya, İsveç gibi ülkelerde egemen olan sistemdir (Şenatalar, 2003).

Sistematik anlamda sağlık hizmetlerinin finansmanı piyasa tabanlı ve hükümet tabanlı şeklinde gerçekleştirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin piyasa tabanlı finansman *Cepten Ödeme(Doğrudan)* ve *Özel Sağlık Sigortası* ile şekillenirken; kamu tabanlı finansman da *Vergilerle Finansman* ve *Zorunlu Sosyal Sigortasını içermektedir.*

Çok çeşitli finansman kaynakları –genel vergiler, ithalat ve ihracat vergileri, satış vergileri, piyangolar, sosyal sigortalar, dış yardımlar, kullanıcı katkıları, özel amaçlı vergiler, özel sigortalar- olmasına rağmen en çok kullanılan kamu-özel ayırım çerçevesinde sistematik olarak aşağıdaki gibi belirtilebilir (Yalçın ve Yıldırım, 2001:2-3), (Çilingiroğlu, 1997:402-404), (İstanbuluoğlu, Güleç, vd., 2010).

2.3.1.1.Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları

2.3.1.1.1. Genel Vergi Gelirleri: Vergilerle finans sistemlerinin doğması 1920’li yıllara rastlamaktadır. Genel vergi gelirleri dünyanın hemen tüm ülkelerinde kullanılan en önemli kaynaktır. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde vergilerin toplanmasında karşılaşılan güçlükler bu finansman kaynağını etkilemektedir (Çilingiroğlu,1997). Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı

gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı; yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır. Toplanan vergiler amaçlarına göre genel ve özel amaçlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır (İstanbulluoğlu, Güleç, vd., 2010).

2.3.1.1.2. Sosyal Sigorta: Yaşlılık ve maluliyette olduğu gibi, toplumun tümünü ya da bir kısmını sağlık açısından kapsar. Sağlık hizmetlerinin yanısıra emeklilik, yaşlılık, sakatlık vb. durumlar için yapılacak ödemelerin finansmanını da sağlama amacını taşıması nedeniyle toplum refah düzeyini geliştirmesiyle ilgili sistemin tümüne “sosyal sigorta” adı verilmektedir (Öztek,1998:96). Çalışanların ücretlerinden alınan zorunlu kesintilerle desteklenir. Ayrıca işveren de en az çalışan kadar prim öder. Bazı hallerde devlet de katkıda bulunur. Sigortadan yararlananlar (çalışanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler) hizmetin kullanımını halinde de bazen ödemede bulunurlar. Devlet ise işveren rolü üstlenerek ya kendi sosyal programını yürütür ya da özel sigorta kurumlarıyla anlaşarak hizmet sunar. Sosyal sigortada temel sorun eşitlik sağlanmasıyla ilgilidir (Çilingiroğlu,1997:402). Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (İstanbulluoğlu, 2010:86-99):

- Üyelik zorunludur.
- İlk uygulama, işçi ve işveren katkıları ile başlamış, sonra zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
- Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde taşımamaktadır.

Almanya'yı takiben 1910 yılında İngiltere, 1921 yılında da Fransa sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır.

2.3.1.1.3. Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı: Açık finansmanı daha çok iç veya dış borçlanmayla yapılabilir. Bu durumda ödenecek faizler, sunulan hizmetin maliyetlerini artıracaktır. Enflasyon kullanımı yüksek ve gelişmenin az olduğu

ülkelerde kredi bulma şanslarının az olmasından dolayı devamlı ve güvenli bir metod değildir (Uz, 1998:97).

2.3.1.1.4. Özel Amaçlı Vergiler: Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir (İstanbuluoğlu, 2010). Sekiz yıllık zorunlu eğitime fon oluşturmak amacıyla Sayısal Loto’da oynanan kupon başına ve araç alım satımında konulan ek vergiler, bu vergi türünün ülkemizdeki güncel uygulamalarıdır (a.g.e.96).

2.3.1.1.5. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler: Piyango ve bahisten elde edilen gelirler de finansman şeklinde kullanılabilir. Doğrudan bir finansman kaynağı değildir. Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir (Yalçın ve Yıldırım,2001:5).

2.3.1.1.6. Tahsis Edilmiş Vergiler: Çoğu vergiler bir kaynaktan toplanır ve daha sonra çeşitli alanlara dağıtılır. Bazı devletler belirli bir vergiyi belirli bir amaç için tahsis ederler. Örneğin; akaryakıt, sigara harcamalarından kesilen vergiler ya da lüks mallardan alınan vergiler şeklindedir (Çilingiroğlu,1997:402).

2.3.1.1.7. Borçlanma: Genel vergi gelirleri kısa vadeli bir yardım kaynağı olan borçlanma ile de desteklenebilir. Borç kaynakları ulusal ya da uluslararası olabilir. Genel vergi gelirlerinden karşılanan geri ödemeler belirli bir faiz oranı üzerinden hesaplanmaktadır.

2.3.1.2. Özel Finansman Kaynakları

2.3.1.2.1. Özel Sağlık Sigortası: Özel sağlık sigortası maluliyet ve yaşlılığı kapsamadığı ve ödenen ücretler nüfusun büyük kısmının maruz kaldığı tüm riskleri temel olarak almadığı için sosyal sigortadan farklılaşır. Diğer bir fark ise; kişilerin ödemesi gereken primlerin havuz mantığı ile değil, sağlık yönünden kişisel risklerin ve hastalanma olasılıklarının dikkate alınarak hesaplanmasıdır. Primler farklı kişi veya gruplar için değişiklikler gösterir (Uz, 1998:97). İşlevleri açısından zorunlu sağlık sigortası yerine geçen “ikame edici özel sağlık sigortası” ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan “tamamlayıcı özel sağlık sigortası” olarak ikiye ayrılmaktadır. Primlerin hesaplanma şekilleri açısından; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları mevcuttur. Sigorta şirketleri

statü açısından, kâr amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak farklılaşmaktadır (İstanbulluoğlu, 2010:91).

Özel sağlık sigortası az gelişmiş ülkelerden çok gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın veya NHS gibi ulusal sistemlerin bulunmadığı ülkelerde yaygın bir biçimde başvurulmuş finansman mekanizmasıdır. Ulusal Sosyal Sigorta veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha fazla özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere sağlık sigortası şirketleri vardır (Yalçın ve Yıldırım, 2001:6).

2.3.1.2.2. İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler: İşverenler çeşitli yollarla çalışanlarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse ederler (Yalçın ve Yıldırım,2001:6). Ancak önemli bir kaynak değildir. Genellikle ailenin diğer bireyleri kapsamaz.

2.3.1.2.3. Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları: Bu tür yardımlar parasal destek şeklinde olabildiği gibi, hizmet sunma, malzeme ve teçhizat ya da fiziksel mekan sağlama şeklinde de olabilir. Yardımlar vergiden muaf oldukları için az da olsa genel vergi gelirlerini azaltabilirler.

2.3.1.2.4. Toplum Finansmanı: İnsanların malzeme, işgücü gibi yönlerden katkıda bulunduğu finansman yöntemidir. Toplum katılımlarının en iyi yönü toplumun kendi potansiyellerinin farkına varmalarıdır. Sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı uygulaması ağırlıklı olarak sağlık projelerine para, malzeme veya işgücü sağlanması şeklinde gerçekleşmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001:7).

2.3.1.2.5. Doğrudan Hane Halkı Harcamaları / Kullanıcı Katkıları: Kişilerin kullandıkları sağlık hizmeti için kendi ceplerinden yaptıkları doğrudan ödemelerdir. Sosyal sigorta şemsiyesi altında dahi olsa en azından yazılan ilaçların bedelinin belirli bir kısmına yapılan katkı payları bu kapsamda değerlendirilebilir (Uz,1998:99). Kullanıcı katkıları, gereksiz kullanımları önleyeceği, hastaları taleplerinde daha duyarlı ve maliyet bilinçli hale getireceği için faydalı düşünülürken; fakir kesim tarafından kullanılan sağlık hizmetlerini engelleyeceği, finansman yükünün bu kesime yıkılacağı ve finansal maliyetleri artıracacağı içinse

zararlıdır. Olumsuz etkileri en aza indirmek için kişilerin gelirine göre kullanıcı katkıları alınması gerektiği belirtilmektedir (Yalçın ve Yıldırım,2001:6-7).

Abel Smith (1978) ise finansman yöntemlerini endirekt (devlet/merkezi ve yerel, zorunlu sigorta/devlet yardımlarını da kapsar, gönüllü sigorta, işverenler, hayır ve kuruluşlar, dış yardımlar) ve direkt (kişiler tarafından yapılan direkt ödemeler) olmak üzere ikiye ayırmaktadır.

Roemer (1991) ise; finansman kaynaklarını ve yöntemlerini, genel vergi gelirleri, sosyal güvenlik, gönüllü sigorta, yardımlar, kişi ve aileler olarak sınıflamaktadır. Sağlık hizmetleri finansman sistemleri Kamu Yardım Sistemi, Sağlık Sigortası Sistemi ve Sosyalleştirme Sistemi şeklinde de sınıflandırılabilir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2000).

Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen ödeyiciler, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak da temel amaç olmalıdır (İstanbuluoğlu, Güleç, vd., 2010:89).

2.3.2.Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı dört kümede toplanabilir:

Doğrudan ödeme (cepten ödeme), Özel sigorta sistemi, Kamusal sigorta sistemi, Vergi ile finansman.

Sayılan dört kümeden doğrudan ödemeyi tüm ülkelerde görmek olanaklı olmakla birlikte, toplam harcama içindeki payı sürekli olarak gerilemiştir (Appleby, 1993).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç temel işlev bulunmaktadır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma.

Gelir Toplama: Kimin, hangi yöntemle ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve ödemeleri toplayacak kurumları içermektedir.

Gelir toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır.

Gelir toplama yöntemleri; “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır.

Fon Havuzlama; fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilemektedir. Bu sayede belirsizlik azaltılmakta ve yeni yatırımlara yönelme teşvik edilmektedir. Hizmet sunuculara aktarılması, sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma şeklindedir (İstanbuluoğlu, Güleç, vd., 2010:89). Sağlık Finansmanı Stratejisini Belirlerken Öne Çıkan Kriterler ise (Teksöz,2008);

- Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi
- Mali kapasite
- Uygulanabilirlik
- Verimlilik
- Hakkaniyet
- Talep/kullanım ve tüketici davranışı
- Arz/hizmet sunumu ve hizmet sunucusu davranışı şeklinde sıralanmaktadır.

Finansman yöntemlerini ülke sağlık sistemi modelleriyle özdeşleştireceğiz.

2.4. SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık sistemi, sağlık kaynakları sınırlı olduğundan, "bir toplumun üretim tercihleri, tüketim ve sağlık hizmetlerinin dağıtımını kılan organizasyonel düzenlemeler ve süreçler" olarak tanımlanır.

Gezeganimiz üzerinde yaklaşık 200 ülke sağlık sisteminde üç temel hedefi karşılamak için düzenlemeler yapar. Bu düzenlemeler; insanları sağlıklı tutmak, hasta tedavisi ve tıbbi faturaları kontrol etmek gibi mali olumsuzluklara karşı aileleri korumak şeklindedir.

Sağlık sistemlerinin temel unsurları; kaynaklar, kaynakların örgütlenmesi, yönetim, finansman kaynakları ve sağlık hizmetlerinin sunulması şeklindedir. Literatürde birçok sağlık sistemleri sınıflaması vardır. Roemer' e göre; ABD-Serbest piyasa tipi sağlık sistemi; Almanya-Refah yönelimli tipteki sağlık sistemi; İngiltere-Kapsayıcı (bütüncül) tipteki sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır. Bunun yanı sıra

SSCB ve Küba gibi sosyalist tipteki sağlık sistemleri de sınıflandırmanın içerisinde bulunmaktadır (Yıldırım ve Tarcan, 2000:5-6).

Yerel uygulamalar göz önünde bulundurularak ülkelerde uygulanan sağlık hizmeti sistemleri ele alındığında, dört ana sistem mevcuttur. Bunlar; Beveridge Modeli(NHS), Bismarck Modeli, Ulusal Sağlık Sigortası Modeli, Cepten Ödeme Modeli olarak özelleşmektedir (McCanne, 2010). Reid'in "Beveridge" modeli tek mükellefi ulusal sağlık hizmetlerini (Birleşik Krallık) kapsar. İskandinav sağlık sistemlerini de bu model açıklayabilmektedir. "Bismarck" modeli kar amacı gütmeyen "hastalık fonları" ya da "sosyal sigorta modeli" kullanan ülkelerde (Almanya) uygulanır. "Ulusal Sağlık Sigortası" (Kanada, Tayvan) tek mükellefi ulusal sağlık sigortasına karşılık gelmektedir. "Cepten ödeme modeli" de piyasa odaklı sistemi sembolize eder. Bazı ülkelerde de (İsveç, İtalya) karma modeller uygulanmaktadır. *Beveridge*; İngiltere, İspanya, Yeni Zelanda, İskandinavya. *Bismarck*: Almanya, Fransa, Belçika, bir dereceye kadar Hollanda, Japonya, İsviçre ve Latin Amerika. *Ulusal Sağlık Sigortası*; Kanada, bazı yeni sanayileşmiş ülkeler Tayvan, Güney Kore' de belirgin uygulanan sistemlerdir.

Sağlık sistemleri arasındaki temel fark sağlık bakım sağlayıcı, sigortacı ve alıcı arasında finansal risklerin nasıl ayrıldığı şeklindedir (Chen ve Feldman, 2000:211-214).

Günümüzde sağlık sistemlerinin tümü tek bir modele doğru dönüşüm yönünde evrilmektedir. Bu dönüşüm ise içinde yaşamakta olduğumuz dönemin neoliberal makro ekonomik politikaları ile şekillenmekte ve bu şekillenme tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanını da şekillendirmektedir. Diğer bir deyişle devletin küçülmesi ideolojisinden hareketle kamusal harcamaların finansmanının karşılanmasının giderek zorlaştığı bu nedenle de bu alanda finansman bulma sorunu olduğunu ve bu finansmanı sağlayan kurumların devletçe verilen hizmetleri verebileceği düşüncesi egemen olmaya başlamıştır (TTB,2009).

Sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu temel zorluk, hastaların ihtiyaç duydukları tedaviyi almalarını sağlarken maliyetleri kontrol etmektir. Hemen hemen tüm OECD ülkeleri yakında tarihi bir başarı olabilecek neredeyse evrensel bir sağlık kapsamına sahip olacaktır. Ancak sağlık maliyetleri, maliyet düşürme önlemlerinin başarısına bağlı olarak, 2050 yılına kadar % 10 ve % 13 arasında ortalama GSYİH'nin yaklaşık % 9'u kadar artışı tahmin edilmektedir (OECD, 2011:28).

Özetle tablodaki gibi belirgin özellikleriyle sınıflandırılan sağlık hizmeti modelleri esas alınarak açıklamalar yapılmıştır.

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti, Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası, Almanya	Birleşik Amerika
Karar Verme Mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık Hizmeti Sunucuları	Kamu	Kamu/ Özel	Özel

Şeki2.1.Sağlık Sistemleri Modelleri

Sağlık hizmetleri hasta, hizmet sunucu ve üçüncü taraf ödeyici üçgeninden ibarettir. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında hem vergiler, hem sosyal sigorta primleri hem hane halklarının cepten yaptığı ödemeler hem de özel sağlık sigortasının aynı anda mevcut olabildiği görülmektedir. Bu nedenle ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre isimlendirilmektedir. Aşağıda ülkeler ekseninde finansman yöntemleri ve sağlık hizmetleri sunumunu dikkate alarak sınıflandırma yapılmıştır (Tatar, 2011:15).

2.4.1. Beveridge Modeli Finansman (Ulusal Sağlık Hizmeti)

2.4.1.1. İngiltere

İngiltere sağlık sistemi kapsamında sağlık hizmetleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetler temelinde Sağlık Bakanlığı; çevre sağlığı hizmetleri ise yerel yönetimlerin sorumluluğu altında sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığının sorumluluğundaki sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü 1948 yılında kurulmuş olan devlet denetiminde olan ve finansmanı genel vergilerle sağlanıp, ücretsiz sunulan Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) (National Health Service-NHS) kapsamında verilmektedir. Sağlık hizmetleri içinde küçük bir paya sahip olmakla birlikte özel sektör tarafından finanse edilip özel hastaneler veya özel

dal merkezlerinde sunulan hizmetler de söz konusudur (Dinç,2000). Nüfusun her bir üyesi, bir pratisyen hekime kayıt ve servisleri ücretsiz kullanmak hakkına sahiptir (Chen ve Feldman, 2000:213).

İngiltere sağlık sistemi vergiye dayalı sağlık sistemlerinin tipik bir örneğidir. “Beveridge tipi sağlık sistemleri” olarak adlandırılan finansmanı vergiye dayalı sağlık sistemleri, adını 2.Dünya Savaşı sonrası İngiltere’de devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini doğrudan üstlenmesi gerektiği yönündeki sosyal politika görüşünü ortaya atan Beveridge’den almaktadır (Dinç,2000:5). Sağlık harcamalarında kamunun payı oldukça yüksektir. İngiltere sağlık sisteminin sigorta ile finanse edilen sağlık sistemlerinden önemli bir farklılığı sağlık hizmetleri finansmanında genel vergilerle sağlanan kamu payının yüksek olmasıdır (a.g.e.57).

Bu sistem, kişi başına maliyetleri düşürme eğilimlidir, çünkü devlet “tek ödeyici” olarak, doktorların ne yapabileceklerini ve neleri masraf gösterebileceklerini kontrol eder.

İngiltere sağlık sistemi birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde üç ayaklı yapıya sahiptir. Birinci basamakta, tek ya da grup halinde çalışan genel pratisyen uzmanları (GP) ve toplum sağlığı çalışanları, ikinci ve üçüncü basamakta ise kamu hastanelerince sunulmaktadır. GP grupları NHS’ nin ilk başvuru yeridir. Genel pratisyenler hastalara birincil bakım ve özel bakım için kapı nöbetçileri olarak hizmet vermektedirler. GP gerektiğinde hastasını ikinci basamak tanı ve tedavi hizmeti sunan bir sağlık kurumuna sevk etmektedir. Kişiler kayıtlı oldukları genel pratisyen tarafından sevk edilmek koşulu ile NHS kapsamında tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır. NHS’ de zorunlu sevk zinciri uygulaması sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve kaynak verimliliğini arttırmaktadır (a.g.e.77). İngiltere’de ulusal sağlık hizmeti bütçesi her yıl sabittir. Ancak, enflasyon oranına bağlı olarak gerekli ayarlamalar yapılmaktadır. Ulusal sağlık hizmetleri harcamaları için oluşturulan fon, Birleşik Krallık içerisinde, İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda olmak üzere dört ayrı bölge için paylaştırılmaktadır. . İngiltere'deki sistem, bireye doğumundan ölümüne kadar yoğun hizmet sunması nedeniyle dünyanın en iyi sistemi olarak görülmektedir (Çalışkan, 1999:75).

İngiltere’de parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirilmektedir (Oral, 2003:62-68).

İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (NHS) içerisinde Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü (NICE) Enstitüsü kurulmuştur. 1999 Londra merkezli olan bu kuruluş bağımsız ancak NHS' nin bir parçasıdır (özel sağlık otoritesi). Amacı; maksimum sağlık yardımı, yüksek değerli yeni teknolojilerin yaygınlaştırılmasını teşvik etmek, klinik değerlendirmeler yapmak şeklindedir. Ulusal Sağlık hizmetlerinin izlenmesine yönelik standartlar oluşturmaktadır. NICE, seçilmiş bir yönetim kurulu ve yıllık yaklaşık 70 milyon dolarlık bir bütçe ile bağımsız bir otorite olarak yapılandırılmıştır. NICE rehberleri ile uyumu iyileştirmek ve yerel farklılıkları azaltmak için çeşitli adımlar atılmıştır. NICE' nin misyonu, sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi yanı sıra sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için sorumluluğu 2005 yılında genişletilmiştir (Chalkidou, 2009:2-12).

NHS, Royal Society of Medicine Dergisi'nde yayınlanan bir araştırmaya göre, gelişmiş dünyanın en maliyet-etkin sağlık sistemlerinden biridir (Ramesh, 2011). Dünya Bankası'nın sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemidir.

İngiltere genel sağlık harcamaları 2009 profili:* Sağlık harcamaları 204 milyar US\$, kişi başı sağlık harcamaları 3,285\$, % 10'u hanehalkı tarafından cepten yapılan harcamalardır. Sağlık hizmetlerinin % 100 yurtiçi fonlardan sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin % 10'u hane halkı, % 84 'ü hükümet tarafından % 6'sı ise diğer grup tarafından satın alınmaktadır. Kişi başı GDP 35,092 \$, yaşam beklentisi 80 yıl olarak hesaplanmıştır.100000 canlı doğum başına 12 anne ölüm oranı (2008) belirlenmiştir (WHO,2009).

İngiliz hükümeti, 2011 yılı itibariyle Ulusal Sağlık Sisteminin (NHS) revizyonuna ilişkin yasa tasarısı hazırlamıştır. Yasa tasarısına göre, 150 NHS kurumu kapatılacak ve 2013 yılından itibaren sağlık bütçesinin % 80'inden pratisyen hekimler ile sağlık merkezleri yararlanacaktır. Ayrıca hastanelerin yetkileri artırılacak ve bağımsız bir yönetim kurulu, sunulan hizmetleri denetleyecektir (Haber7, 2011).

* Sağlık sistemlerinde bahsi geçen 2009 sağlık harcamaları profili ülkeler itibariyle verilmektedir. Buradaki veriler WHO'dan alınmış olup, OECD'den alınan tablolarda belirtilen verilerle ufak farklılıklar arz etmektedir.

2.4.2. Bismarck Tipi Finansman (Sosyal Sağlık Sigorta Sistemi ya da Hastalık Sandığı)

2.4.2.1. Almanya

Almanya toplumsallaşmış sağlık sigortası programı, hastalık fonları ile karakterize bir sağlık sistemine örnektir. Alman nüfusunun yaklaşık % 88'i sosyal sağlık sigortası, % 10'u özel sigorta kapsamındadır ve geri kalan % 2 ortak programlar tarafından karşılanmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası (SHI) altında ilaç ve diğer tıbbi hizmetlerin kapsamı ile ilgili kararlar hasta temsilcileri ile birlikte, doktorlar, hastane ve hastalık fonları birlikleri üyeleri, Federal Ortak Komitesi tarafından alınır. Federal Ortak Komite, kendi kendine yönetilen sağlık sisteminin ana karar alma organıdır. Komite sağlık hizmetleri ile ilgili kanıta dayalı karar vermede sorumludur. Ayrıca, kronik hastalıklar için hastalık yönetimi programları ile ilgili kararlar alır, ilaçlar için referans fiyatları belirler ve maliyet-etkinlik analizleri yapar ve kalite güvence testlerinin yanı sıra ayaktan ve yatılı bakım yapar (Nasser, 2009:2).

Alman sağlık sistemi, hükümet, işverenler ve çalışanlar tarafından zorunlu finansmana dayanmaktadır. Hastalık fonları gelirin yüzdesine göre, işverenlerin ve çalışanların katkılarıyla finanse edilmektedir. Bir hastalık fonu tüm aile fertleriyle çalışanları kapsamı altına alır (Chen ve Feldman, 2000:212). Önceden belirlenmiş vaka başına ödeme (DRG) sistemi uygulanmaktadır. Almanya' da sağlık hizmeti kamu ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Kamu sağlık kuruluşları özel görevler üstlenmiş Belediyeler, Federe ve Eyalet düzeyindeki tüzel kurumlardır. Federal Almanya'da mülkiyetine göre hastaneler: Devlete ait hastaneler, Kar amacı gütmeyen hastaneler, Özel hastaneler olmak üzere 3'e ayrılmaktadır.

Bismarck model ismini, 19. yüzyılda Alman Birliğinin bir parçası olarak refah devletini icat eden Prusya Başbakanı Bismarck'tan almaktadır. Avrupai mirasa rağmen bu sağlık hizmet sistemi, Amerikan sistemlerine benzemektedir. Sigortalıların "hastalık sandığı" dediği bir sigorta sistemini kullanan bu modeli uygulayan ülkelerde doktorlar ve hastaneler özel olma eğilimindedir; bu çok-ödeyicili (Almanya'da 240 kadar farklı fon bulunmakta) bir sistem ise de, konulan katkı kuralları hükümete, tek-ödeyicili Beveridge modelinden daha fazla maliyet kontrolü olanağı sağlamaktadır. Bu model Almanya ile Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre, Avusturya, İtalya, Lüksemburg, İsveç ve Norveç olmak üzere ve bir dereceye kadar Latin Amerika ülkelerinde uygulanmaktadır (Er, 2011:71-76).

Almanya’ da Yasal Sağlık Sigortası tüm sigortalıların aynı oranda katkı payı ödeyecekleri şekilde yardımlaşma prensibi üzerine kurulmuştur. Güncel olarak bu oran % 15,5’tir ve ödenecek olan primler buna göre hesaplanmaktadır. Primler maaştan çekilmektedir ve sağlık sigortası fonuna aktarılmaktadır. Primler, prim ölçüm sınırı adı verilen sınıra kadar tahsil edilmektedir. Her yasal sigortalı, kapsamı devlet tarafından tespit edilmiş tıbbi hizmetler almaktadır. Ayrıca sadece yasal sağlık sigortasında, çocukları ve eşleri aile sigortası kapsamında ücretsiz olarak sigortalama imkanı bulunmaktadır. Diğer yandan bir özel sağlık sigortasına kayıt olmak herkes için mümkün değildir ve ancak yasal sağlık sigortası olmayanlar özel sağlık sigortalarını yaptırabilmektedir. Özel sağlık sigortasının primleri, her bir sigortalı için farklı olarak, gelirden tamamen bağımsız her bir sigortalının sağlık durumuna, yaşına ve sigorta tarifesine göre belirlenebilmektedir (<http://tr.la-krankenversicherung.de/>). Zorunlu sigortaya tabi olanlarda, sigortalı ve işveren eşit veya az farklı oranlarda programa katılmaktadır. Bir işveren bağlı olarak çalışan herkesin priminin yarısını işveren karşılar. Genç nüfusun gittikçe azalması sonucu, daha önce kesilmediği halde, emeklilerden de %5,2 oranında kesinti yapılmaktadır. Diğer kişiler primlerini kendileri karşılamaktadırlar. Emekli ve güçsüzlerin sağlık harcamaları, “sazialversicherung” adlı özel fondan, işsizlik yardımı ve diğer temel ihtiyaçlar ise Çalışma Bakanlığınca karşılanır.

Almanya’daki genel hastalık sigortası sistemi hastalık risklerine karşı sigorta yapmaktadır. Dolayısıyla da tedavi edici hizmetlere yöneliktir. Temel hizmet ayakta bakım ve tedavi hizmetidir. Hastalık kavramı tam olarak tanımlanmış ve bunun dışındaki bütün olgular sigorta kapsamı dışında bırakılmıştır. Geniş bir yelpazede, sağlık ve diş tedavisi, koruyucu muayene, ilaç vb. hizmetleri karşılarlar. Diş tedavilerinde tüm masraf hastalık fonu tarafından karşılanır. İlaçlarda sigortalı hasta yazılan her ilaç için belli bir miktarını, gerisi ise sigorta tarafından karşılanır. Ayrıca, evde hemşire nezaretinde tedavi, erken teşhis için muayeneler verilen hizmetler arasındadır. Dört yaşına kadar çocuk hastalıkları taraması, 45 yaşından sonra erkeklerde, 30 yaşından sonra kadınlarda kanser taraması yapılır (TCSB, t.y.).

Özetle; bu sistem Avrupa’da oldukça yaygın bir sistemdir. Devlet sağlık hizmetlerinde makro düzeyde işlev görür. Almanya bu sistemin doğduğu ülke olup, geliri belirli miktarın altında olanlar ve tarımda kendi adına çalışanlar için katılımı zorunlu kılmıştır. Böylelikle refahın toplumun tüm kesimlerine yaygınlaşması

sağlanmaya çalışılır. Serbest çalışanlar ve geliri belirli bir düzeyin üstünde olanlar için ise isteğe bağlıdır. Hastalık riski yüksek bir olgu olduğu için nüfusun %90'ından fazlası sigortalanmıştır (Çilingiroğlu, 2007:1086-1087).

Yapılan son reformlarla yasal sağlık sigortalarındaki primlerde artış ve primlerde sosyal dengeyi düzenleyecek değişiklikler getirilmiştir (Hürriyet,2010).

Almanya genel sağlık harcamaları 2009 profili: Sağlık harcamaları 379 milyar US\$, kişi başı sağlık harcamaları 4629\$, % 11'i hanehalkı tarafından cepten yapılan harcamalardır. Sağlık hizmetlerinin % 100 yurtiçi fonlardan sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin % 11 i hane halkı, % 76 sı hükümet tarafından % 13'ü ise diğer grup tarafından satın alınmaktadır. Kişi başı GDP 40,699 \$, yaşam beklentisi 80 yıl olarak hesaplanmıştır.100 000 canlı doğumda 7 anne ölüm oranı (2008) belirlenmiştir.

2.4.3. Doğrudan Finansman (Özel Sigorta Modeli)

2.4.3.1. Amerika Birleşik Devletleri

ABD diğer gelişmiş ülkelerin aksine sağlık hizmetlerinde kamu düzenlemesinin en az olduğu ülkedir. ABD'de sağlık sisteminin ana omurgası özel sağlık sigortalarıdır. Ancak sağlık sigortası sahibi olmak zorunlu değildir. Sadece koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu tarafından verilmektedir. Buna karşın, sağlık harcamaları için gayri safi milli hasıladan en çok pay ayıran ülkedir. ABD'de "Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı" (Department of Health and Human Services) sağlık işlerinden sorumlu birimdir (Çalışkan,1999:89).

Amerikan sağlık hizmetlerinin temel ilkesi toplumun hekimini seçme ve hekimin de hastasını seçme özgürlüğünün olmasıdır. Ülkede sağlık bakım uygulamalarında tam bir birlik yoktur. Eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir (Oral, 2002:90-94).

Ülkedeki hastaneler şu şekilde sınıflandırılır : kar amaçlı - özel, kar amacı olmayan - özel, üniversite, emekli ve askeri hastaneler.Birkaç emekli hastanesi ve kent hastanesi dışında devlet hastanesi nadirdir (TCSB, t.y.).

ABD'de sağlık sistemi 1960'lara kadar sadece özel sağlık sigortaları tarafından yürütülmekteyken, imkanı olmayan kişilerin sağlık problemi gündeme geldikçe, kamunun devreye girmesi ihtiyacı oluşmuştur. Bu çerçevede özel sağlık

sigortası yaptırmaya gücü olmayanlar için Medicaid, yaşlılar içinse Medicare adıyla ayrı kamu kurumları oluşturulmuştur. 1965 yılında kurulan “Medicare” ve “Medicaid” önceleri ayrı idare edilmekteyken, 2001 yılından bu yana “Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)” adı altında ortaklaşa idare edilmektedirler.

Medicare ve Medicaid hizmetlerine kaynaklar hem Federal bütçeden hem de Federe devletlerin (eyaletlerin) bütçesinden aktarılmaktadır. Medicare harcamaları Sosyal Güvenlik İdare tarafından finanse edilirken, Medicaid finansmanı merkezi ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır (Mutlu ve Işık,2005:312). Toplumun yaklaşık % 10’ u Medicaid kapsamındadır. ABD nüfusunun 47 milyon kişilik bir kesiminin sağlık sigortası bulunmamaktadır. Bu toplam nüfusun %16’sına denk gelmektedir. Bunun nedenlerinden biri ABD’nin giderek bir sanayi toplumundan hizmet toplumuna dönüşmesidir. Hizmet sektöründe çalıştırılan kişiler için sağlık sigortası zorunluluğu, sanayideki gibi değildir. Çoğu çalışan sigorta primlerinin yüksekliği nedeniyle kendi cebinden ödeyerek özel sağlık sigortası yaptırmayı da tercih etmemektedir (Deloitte, 2008:10-11).

ABD’nin sağlık sigorta şirketleri dağılımı şu şekildedir. Champus ve Champva askeri hizmetlerde çalışanları kapsayan bir sigorta türüdür. Kar amaçlı özel sigorta şirketleri Blue Cross/Blue Shield (Hekim Hizmeti Ağı), HMO (Sağlık Hizmetleri Teşkilatı), PPO (Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon), EPO (Belirlenmiş Üretici Organizasyonu) Amerikan toplumunun büyük bir bölümünü kapsamaktadır (Karabulut, 1999:149). Maviler: Mavi Haç ve Mavi Kalkan (Kar amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir), Bağımsız Sigorta Planları SDO ve THO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Medicare ve Medicaid ise kamu sigorta sistemi içerisindedir (TCSB, t.y.)

NHI (Ulusal Sağlık Sigortası) özellikle yoksullar tarafından sağlık hizmetleri kullanımının genişletilmesi ile sağlık performansını artırabilmektedir (Cullis ve West, 1979:273)

Sağlık harcamalarında büyümeyi azaltmak için politika çözümleri önerilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri büyümeye katkıda bulunan harcama faktörlerini sağlık kullanımı değişiklikleri, nüfus yapısı, fiyat enflasyonu ve tıp teknolojisi olarak sıralamaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artış, hem daha geniş ekonomik büyüme üzerinde bir ağırlık olarak hem de sektörel ve yerel refah üzerinde negatif etki olarak görülmektedir (HHS, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri, sağlık alanında kişi başına en çok para harcayan ve dünyanın teknolojik açıdan en gelişmiş sağlık sistemine sahip bir ulus olmasına rağmen dünyanın en sağlıklı toplumu değildir (Cutler,2008:9). Bu ülkede sağlık harcamalarına aktarılan kaynak önemli bir unsur iken etkinlik açısından çok iyi durumda olmadığı belirtilmektedir. Çünkü diğer sağlık düzeyi göstergeleri diğer gelişmiş ülkelerle aynı düzeydedir (Karabulut,1999:150). WHO 191 ülke araştırmasında performans düzeyi 31.Sırada yer almaktadır.

Mart 2010, Obama tarafından imzalanan Hasta Koruma ve Uygun Fiyatlı Bakım Yasası birçok sorunu dikkate almaktadır. Sağlık reformu yasası ile Medicaid için erişimin genişletilmesi ve özel sigorta üzerinde kısıtlamalar (yasa ayrıca sadece zayıf sağlık sigortası reformu ile ilgili değil diğer pek çok hüküm içermektedir), sigortasız sayısını azaltacaktır. Ancak, evrensel kapsama doğru adım, etkin maliyet kontrolü ile kolektif eylem gerektirecektir. Yasa ile tüm ABD vatandaşlarını kapsayan Genel Sağlık Sigorta Sistemi kurulması olanağı elde edilmiştir 310 milyon nüfuslu ülkede sağlık sistemi kapsamı dışında kalan % 15'lik kesime (yaklaşık 45-50 milyon kişiye) de sağlık güvencesi sağlanması amaçlanmaktadır (Okma,2011). Ayrıca son reform sağlıkta teslimat ve ödeme değişikliklerini yürürlüğe koymak Sağlık Sigortalarının borsalara sunulması önemli bir parçasını oluşturmaktadır (OHE, 2010).

ABD genel sağlık harcamaları 2009 profili: Sağlık harcamaları 2,276 milyar US\$, kişi başı sağlık harcamaları 7,410 US\$, % 12'si hane halkı tarafından cepten yapılan harcamalardır. Sağlık hizmetlerinin % 100 yurtiçi fonlardan sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin % 12'si hane halkı, % 49'u hükümet tarafından % 39'u ise diğer grup tarafından satın alınmaktadır. Kişi başı GDP 45,714 \$, yaşam beklentisi 79 yıl olarak hesaplanmıştır.100 000 canlı doğum başına 24 anne ölüm oranı (2008) belirlenmiştir (WHO,2009).

2.4.4. Bütünleştirilmiş Finansman (Karma Sağlık Sistemi Modeli)

2.4.4.1. İtalya

İtalya sağlık bakım sistemi Ulusal Sağlık Servisi (SSN) tarafından ücretsiz olarak evrensel bir kapsama alanı sağlamaktadır. Ulusal, bölgesel ve yerel sistem üç seviyede organize edilmektedir (European Observatory, 2009).

Ulusal düzey ulusal sağlık sistemi, genel amaç ve temel ilkeleri sağlamakla sorumludur. Bölgesel yönetimler, bölgesel sağlık birimleri aracılığıyla, bir ağ

üzerinden topluma kamu ve özel akredite hastaneler ve populasyon ağı aracılığıyla yararlı paketlerin dağıtılmasından sorumludur. Bölgelerin sağlık finansman organizasyonu ve yönetimi için kamuya karşı neredeyse özel bir sorumluluğu vardır (a.g.e.24).

Sağlık sisteminin denetimi Çalışma ve Sosyal Refah Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren Ulusal Sağlık Hizmeti 20 bölgede Bölge Sağlık İdaresi şeklinde hizmetlerini sürdürmektedir. Bu idarelerin altında da 650 yerel sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla donatılmış sağlık kuruluşlarıdır (Oral,2002:139-146). İtalyan Anayasasına göre sağlık sorumluluğu devlet ve 20 bölge tarafından paylaşılır.

1958 yılında bağımsız bir Sağlık Bakanlığı ilk kez oluşturulmuştur. 1978 yılında da Ulusal Sağlık Hizmetleri (SSN) kurulmuş ve bunun sonucu olarak sağlık sigortası fonları kaldırılmıştır. 1978 sağlık reformu evrensel kapsama alanı sağlık hizmetlerinin eşit dağıtılması (sağlık işçi hakkından vatandaşlık hakkına dönüştürülmüş, birbirinden ayrı kuruluşlar yerine bölgesel ve yerel sağlık sistemlerine dayalı bir sistem oluşturulmuştur. Bu yasal çerçeve 1980'lerde aşırı politikleşme ve mali teşviklerin yokluğu sebebiyle 1992 de Ulusal Sağlık Hizmet Reformu yapılmış bu reformla yerel sağlık birimlerinin yapısı değiştirilerek kamu işletmelerine dönüştürülmesi ve hastanelere örgütsel özerklik ve sorumluluk verilmesi olmuştur. İlk Ulusal Sağlık Planı 1994 yılında, ikinci 1998 yılında, üçüncü 2003 yılında, dördüncü ise 2006 yılında *A New Deal for Health* başlığı altında gerçekleştirilmiştir. Ulusal Sağlık planları şu prensiplere dayanmaktadır:

İnsan onuru, sağlık ihtiyacı, eşitlik, koruma, en savunmasız insan dayanışması, sağlık müdahalelerinin etkinliği ve uygunluğu ile maliyet etkinliği esasları şeklindedir (a.g.e.24).

2008 Bütçe Yasası'na göre; Sağlık Bakanlığı'nın yerini Çalışma Sosyal Hizmetler ve Sağlık Bakanlığı almıştır (European Observatory, 2002).

Günümüz İtalyan ulusal sağlık teşkilatının idari yapı ve işlemlerinin planlanışında İngiltere sağlık sistemi örnek alınmıştır. Sağlık sigortası finansmanının Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmesi büyük zaman almıştır.

Toplumun sağlık hizmetinin karşılanması için United Sanitaria Lucane (USL) adlı örgüt kurulmuştur. USL, çoğunlukla siyasi partiler tarafından seçilen

Yönetim Kurulu'nca yönetilir. USL ülkenin genel sağlık hizmetlerinden sorumludur. Sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın teknik standartlarına uygun olarak kurulur ve USL tarafından denetlenir. USL bünyesindeki sağlık sigortalarından tüm vatandaşlar ve talep etmelerine bağlı olarak yabancılar faydalanır. Sigorta haklarına sahip olunabilmesi için gerekli çalışma süresinin doldurulması gerekir. Her bir USL sağlık birimi 50.000-200.000 arası nüfusa hizmet verir ve alt sağlık ünitelerine bölünebilir (TCSB, t.y.).

Kişinin doktorunu seçme hakkı vardır. Ücretlendirme hastanın önceden seçmiş olduğu doktor üzerinden olsa da kişi doktorunu değiştirebilir.

Hastanelerin kurulumu ve idarelerinin, bölgesel sağlık otoriteleri tarafından gerçekleştirilmesi benimsenmiştir Doktorların ücret miktarı sabit değildir. Hasta başına belirlenen sabit fiyat her doktorun aldığı eğitime, uzmanlık derecesine, deneyimine, kıdemine, hastanın yaşına göre değişir. Anlaşmalı bir doktora, kendisine kayıtlı olan maksimum 1500 hasta sayısına göre, özel doktorlarla da saat hesabına veya konsültasyon başına ödeme yapılacak şekilde, buldukları bölge ile kontrat yaparlar (TCSB, t.y.).

İtalya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, genel pratisyen, pediatriyen ve serbest hekimler tarafından yürütülmektedir. GP hizmeti ücretsizdir. Her hasta kendisini bir GP' ye kaydettirmek zorundadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri; akredite kamu ve sağlık kuruluşu tarafından sağlanmaktadır. Kamuya ait hastaneler genel bütçeden sağlanan finansmanla doğrudan yerel sağlık merkezleri tarafından yönetilmektedir (Oral,2002:142).

2.4.5. Karma Finansman (Genel Sağlık Sigortası)

2.4.5.1. Türkiye

Roemer'in sınıflandırmasında Türkiye gelişmekte olan ve refah yönelimli bir ülke olarak gruplandırılmıştır. Türk Anayasası uyarınca sağlık hizmeti kamu malı niteliğindedir ve devletin görevidir (TCSB, t.y.). T.C. Anayasası 56. Maddesine göre yasal olarak sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı yasal olarak standartları belirlemek ve etkinlikleri koordine etmekle yükümlüdür. Sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye İstatistik Kurumu, Yüksek Öğretim Kurumu gibi kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yaparak mevcut ortaklıklarını güçlendirmişlerdir (Mollahaliloğlu, 2007:97-99).

Türk Sağlık Sisteminin sağlık kaynaklarında kullanım etkinliğinin yetersizliği, sağlık kuruluşlarında yönetim eksikliği, kamu hastanelerinde koordinasyon yetersizliği, ülkenin doğu ve batı bölümlerinde sağlık hizmetlerinin dengesizliği yüzleştiği alanlardandır (Kısa, Kavuncubaşı, vd., 2002).

Türk Sağlık Sistemi son derece merkezi ve parçalı kompleks bir yapıya sahiptir. Mevcut sistem tarihsel gelişmelerin sonucudur.

Hizmet akdi ile bir işverene bağlı olarak çalışanların sosyal güvenlikleri SSK, kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların sosyal güvenlikleri Bağ-Kur, kamu görevlilerinin sosyal güvenlikleri de Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktayken nüfusun tamamına, eşit, sağlık tesislerinin ortak kullanıldığı, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse eden genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla bu üç sosyal güvenlik kuruluşu kaldırılmış 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2007 tarihinde de yürürlüğe girmiştir. Reform, dağınık bir halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenebildiği ve objektif yararlanma ölçütlerine dayalı bir sosyal yardımlar sisteminin oluşturulmasını hedeflemiştir (SGK, 2011).

Türkiye’de sağlık finansmanı ana kaynakları; genel bütçe vergi gelirleri, sosyal güvenlik primleri ve cepten ödemeler şeklinde gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek ve en büyük sağlayıcısı, ağırlıklı olarak, genel bütçe kanalıyla vergi gelirleriyle finanse edilmektedir (Health Care Systems in Transition, 2002:24-38).

Türk sağlık Sisteminde iki önemli tarihsel gelişmenin ilki 1960 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (sosyal refah devleti yönelimli politikalar), ikincisi 1980 yılında ortaya konan kamu harcamalarının daraltılmasına yönelik Monetarist yaklaşımdır.

İlk olarak 1993 yılında Türkiye’nin en kapsamlı ilk sağlık politikası dokümanı yayınlanmış ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayıran, tüm nüfusu genel sağlık sigortası 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 büyüklüğü ve bu kaynakların geldiği yere ve fonksiyonlara göre nasıl dağıldığı ortaya konmuştur (Mollahaliloğlu, 2007:98).

DPT vesilesiyle 1992’de; Birinci Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu yıllardan sonra sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir (Mollahaliloğlu, 2007:100). 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.

Türkiye’de son yıllarda Sağlık Bakanlığı’ndaki sağlık bilgi sistemi ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geliştirilen MEDULA Sistemi ile çok önemli gelişmeler elde edilmiştir. Bu gelişmelerin esas hedefine ulaşabilmesi için veri setlerinin, gerekli veri koruma şartlarına uyularak yaygın olarak kullanılabilmesi için gerekli ortam hazırlanmalıdır (Tatar, 2008:24-26)..Türkiye’de sağlık sisteminde hizmet sunucu olarak kamu alanında Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Savunma Bakanlığı yer alırken, özel anlamda özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlık hastaneleri, özel çalışan pratisyen/uzman hekimler, ayakta tedavi klinikleri, laboratuvarlar ve tanı merkezleri, eczaneler, tıbbi cihaz ve malzeme satıcıları, Sivil Toplum Örgütleri içerisinde de Kızılay ve Vakıflar, Dernekler yer almaktadır. Finansman kurumu bazında Maliye Bakanlığı, SGK, Özel Sigorta Şirketleri, kendi kendini finanse eden kurumlar ve uluslararası ajanslar yer almaktadır.

1961 Anayasasıyla, “sosyal güvenlik” kavramı ilk kez çalışma hayatı ve sosyal politikalara ilişkin ana yasal terminolojiye girmiştir. 1982 Anayasasının “sosyal güvenlik” başlıklı 60. maddesinde de yer verilmiştir. Söz konusu maddede “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli

tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” denilmek suretiyle, sosyal güvenlik alanında Devlete önemli görevler yüklenmiştir.

Sosyal Güvenlik Reformu ile GSS sistemi yürürlüğe girmekte ve tüm vatandaşlar GSS kapsamına alınmaktadır. Bu çerçevede 18 yaş altındaki tüm vatandaşların herhangi bir şart aranmaksızın sağlık sigortasından faydalanmaları sağlanmaktadır (Orhaner, 2006:1-22).

Türkiye’de "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", daha çok sağlık evleri, sağlık ocakları, AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü) Merkezleri, semt poliklinikleri, özel poliklinikler vb. tarafından sunulmaktadır. "İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri" de, "genel hastaneler" tarafından sunulmaktadır. "Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri" ise, genellikle Tıp Fakültelerinin Uygulama ve Araştırma Hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Özel Dal Hastaneleri (İhtisas Hastaneleri) tarafından sunulmaktadır (Mazgit, 1998:3-4).

Sağlık harcamaları ve finansmanı konusunda güvenilir ve karşılaştırılabilir istatistikler için OECD Ulusal Sağlık Hesapları yapılmaktadır.

Sağlık sigortası kapsamında bir dizi gelişmenin art arda gelmesi ve bununla birlikte GSS'yi hayata geçiren mevzuatın 2007 yılında kabul edilmesi, hem nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde hakkaniyeti artırmış hem de yüksek sağlık harcamalarına karşın yoksul kesim için mali korumayı iyileştirmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Materyal ve Yöntem

“OECD Üyesi AB Ülkeleri’nin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması” adlı yüksek lisans tezinde sağlık ekonomisi düzeyi göstergelerinin ülkeler arasında karşılaştırılması amaçlanmıştır. Göstergeler hem beşeri hem sağlık belirteciyle anlam kazanmıştır. Gösterge ifadeler ile en uygulanabilir etkin, verimli sağlık ekonomisi politikaları açıklanmıştır.

Araştırmaya ilişkin veriler, konunun niteliklerine uygun olarak kütüphaneler, kitaplar, dergiler, araştırmalar, raporlar, tezler, makaleler, uzman birincil kaynaklardan yararlanılarak kaynak çeşitlemesi yoluna gidilmiştir. Ayrıca ulusal ve uluslararası kuruluşlar web sayfalarından ziyaret edilerek gerekli dokümanlar, raporlar, bilgi ve belgeler takip edilerek incelemeye tabi tutulmuştur. Çalışmanın rakamsal analiz kısmında ise elde edilen bulgular ekonomik anlamda değerlendirilmeye çalışılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1.OECD KURULUŞU VE YAPISI (İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı)

OECD, 14 Aralık 1960 tarihinde imzalanan Paris Sözleşmesi'ne dayanılarak, 1961'de kurulmuştur ve savaş yıkıntıları içindeki Avrupa'nın Marshall Planı çerçevesinde yeniden yapılandırılması amacıyla 1948 yılında kurulan Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü'nün (OEEC) doğrudan mirasçısıdır. OECD'yi kuran anlaşma 30 Eylül 1961 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Karluk, 2007:53). Üyelerinin büyük bir bölümü AB ve İUT üyeleridir, çoğunluğu da gözlemci üyelerdir. OECD ülkeleri sanayileşip zengin olmuş ülkelerdir. Dünya çapında 34 OECD üyesi ülke sorunlarını tanımlamak, tartışmak ve bunları analiz ve çözüme politikalar geliştirmek için ortak paydada birleşmişlerdir. Sicili dikkat çekmektedir (OECD, 2011:28).

OECD Üyesi Ülkeler:

Kurucu Üyeler (1961): Avusturya (1961) , Belçika (1961) , Kanada (1961) , Danimarka (1961), Fransa(1961), Almanya(1961), Yunanistan (1961), İzlanda(1961) İrlanda (1961) , İtalya (1961) , Lüksemburg (1961) , Hollanda (1961) Norveç (1961) Portekiz (1961), İspanya (1961), İsveç(1961), İsviçre(1961), Türkiye(1961) , Birleşik Krallık(İngiltere) (1961), Birleşik Devletler(ABD) (1961).

Sonradan Katılanlar: Avustralya (1971), Şili (2010), Çek Cumhuriyeti (1995), Estonya (2010), Finlandiya (1969), Macaristan (1996), İsrail (2010), Japonya (1964), Kore (1996), Meksiko (1994), Yeni Zelanda (1973), Polonya (1996) Slovakya (2000), Slovenya (2010).

OECD üyesi ülkelere ek olarak Avrupa Birliği ülkeleri de OECD'nin çalışmalarına katılmaktadır.

Üyelerinin ekonomik gelişme seviyeleri dikkate alındığında Türkiye, Portekiz, İspanya ve Yunanistan gibi nispeten daha az gelişmiş ekonomilerin Batılı

sanayileşmiş ülkelerin kulübü olarak adlandırılan OECD'ye, ondan önce de OEEC'ye kabulü daha çok politik niteliktedir. Aslında ekonomik ve sosyal göstergeler açısından diğer üyeler ile aralarında önemli gelişmişlik farkı vardır. Aynı gerekçeyle İspanya, Portekiz ve Yunanistan daha sonra AB'ye üye olmuşlardır. OECD uluslar üstü yetkiyle donatılmış bir kuruluş değildir. Üye ülkelerin ekonomik, mali, sosyal politika uygulamalarının belli bir uyum içinde ortaklaşa öğrenilip çözümlenmesine imkan hazırlamaya yönelik sürekli bir müzakere ve konferans ortamıdır. Merkezi: Paris'tedir.

4.2. AB KURULUŞU VE YAPISI

Avrupa Birliği'nin temelleri 1951 yılında, altı ülkenin (Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda Belçika, İtalya) katılımıyla oluşturulan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu'na ve 1957 Roma Antlaşması'na dayanmaktadır.

Avrupa Birliği, Avrupa Ekonomik Topluluğu, Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nun uzantısında geliştirilen Avrupa Topluluğu Kasım 1992 yılında topluluk içerisinde iktisadi ve siyasi amaçların birlikte geliştirilip ortak hedeflere doğru yol almak için belirledikleri hususları gerçekleştirebilmeleri amacıyla Maastricht anlaşması imzalamışlardır. 1993 yılında yürürlüğe giren Avrupa Birliği Antlaşması (Maastricht Antlaşması) sonucu Avrupa kıtasındaki bütünleşme süreci Avrupa Birliği (AB) adını almıştır (Bekmez ve Karataş, 2005:292-295).

Haziran 1993 tarihinde gerçekleştirilen Kopenhag Zirvesi'nde bütün aday devletler için geçerli olacak olan tam üyelik kriterleri (Kopenhag Kriterleri) belirlenmiştir. Bu ölçütler, hukukun üstünlüğüne ve insan haklarına saygı gösteren istikrarlı bir demokrasi, birlik üyeleri ile rekabet edebilecek düzeyde sağlam temelli bir ekonomi ve Avrupa Birliği yasalarını da içeren üyelik koşullarının kabul edilmesini gerektirir.

Avrupa Birliği Kurucu Üyeleri; Batı Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda Belçika, İtalya şeklindedir. Birinci genişleme(1973) ; Danimarka, Birleşik Krallık(UK), İrlanda. İkinci genişleme (1981); Yunanistan. Üçüncü genişleme (1986) Portekiz, İspanya. Dördüncü genişleme (1995); Avusturya, Finlandiya, İsveç. Beşinci genişleme (2004); Çek Cumhuriyeti, Estonya, Güney Kıbrıs Rum Kesimi, Letonya, Litvanya, Macaristan, Malta, Polonya, Slovakya, Slovenya. Altıncı genişleme(2007); Bulgaristan, Romanya. 2011 Aday ülkeler; Hırvatistan, İzlanda,

Karadağ, Makedonya, Türkiye. Olası adaylar; Arnavutluk, Bosna-Hersek, Kosova, Sırbistan. Avrupa Birliği'nin toplam nüfusu dünya nüfusunun %7,3'üne denk düşer.

AB Sağlık Politikası; 1992 imzalı Maastricht Antlaşması AB vatandaşlarının sağlığını yüksek düzeyde korumayı ve iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Işık, 2001:50). Bu hukuki altyapı 1997 Amsterdam Anlaşması ile güçlendirilmiştir. AB tüzel kişiliği sağlık hizmetleri ilkeleri; Felsefi ilkeler, Sağlık Bakım İlkeleri, Örgütlenme İlkeleri, Koruyucu Hizmet İlkeleri olarak gruplanabilir. Ayrıca, AB'nin halk sağlığını geliştirmek amaçlı ve üye ülkelerle ortak çözüme yönelik yürütülen çeşitli programlar mevcuttur (Akdur, 2006:134).

AB sağlık alanında üye ülkelerin sağlık yetkilerini tamamlayıcı bir rol oynamaktadır. AB'yi oluşturan ülkelerin sağlık sistemleri ekonomik, kültürel, teknolojik ve sosyolojik, ideolojik açıdan farklı yapı sergilerken, değişen demografik yapılar, küreselleşme, tüketici davranışları, AB iç pazar dinamikleri, AB genişlemesi ve artan sağlık harcamaları belirteçleri üyeler arasında bir yap-boz tahtasını andırmaktadır.

Aşağıda sağlık ekonomisi düzeyi göstergelerinden hareketle OECD'ye üye AB ülkeleri için demografik, sağlık insan gücü ve ekonomik perspektif ele alınmış karşılaştırılma yapılmıştır.

4.3. OECD Üyesi AB Ülkelerinde Sağlık Ekonomisi Düzeyi Göstergeleri

4.3.1. Demografik Göstergeler

4.3.1.1. Bebek Ölüm Oranı

OECD'ye üye AB ülkelerine ilişkin sağlık düzeyini belirlemede etkili demografik göstergelerden biri olan Bebek Ölüm Oranı rakamları Tablo.1'de belirtilmektedir. Tablo 4.1.'e göre; 1990 yılında % 19,4 ile Polonya, % 14,8 ile Macaristan, % 12,3 ile Estonya bebek ölüm oranı en yüksek üç ülkedir. İsveç ve Finlandiya % 6, Almanya % 7 ile bebek ölüm oranı en düşük üç ülke arasında yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bebek Ölüm Oranı

(OECD Health Data,2011)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	7,8	5,4	4,8	4,2	3,8
Belçika	8,0	6,0	4,8	3,7	3,4
Çek Cumhuriyeti	10,8	7,7	4,1	3,4	2,9
Danimarka	7,5	5,1	5,3	4,4	3,1
Estonya	12,3	14,9	8,4	5,4	3,6
Finlandiya	6,0	4,1	3,4	2,4	2,6
Fransa	7,3	4,9	4,5	3,8	3,9
Almanya	7,0	5,3	4,4	3,9	3,5
Yunanistan	9,7	8,1	5,9	3,8	3,1
Macaristan	14,8	10,7	9,2	6,2	5,1
İrlanda	8,2	6,4	6,2	4,0	3,2
İtalya	8,2	6,2	4,5	3,8	3,7
Lüksemburg	7,3	5,5	5,1	2,6	2,5
Hollanda	7,1	5,5	5,1	4,9	3,8
Polonya	19,4	13,6	8,1	6,4	5,6
Portekiz	11,0	7,5	5,5	3,5	3,6
Slovakya	12,0	11,0	8,6	7,2	5,7
Slovenya	8,4	5,5	4,9	4,1	2,4
İspanya	7,6	5,5	4,4	3,8	3,3
İsveç	6,0	4,1	3,4	2,4	2,5
Türkiye ³	55,4	43	28,9	23,6	13,1
İngiltere(UK)	7,9	6,2	5,6	5,1	4,6
Ortalama	9,3	7,1	5,5	4,2	3,6

Türkiye ise % 55,4 ile AB üyesi ülkeler ortalamasının haylice üstündedir. 1990 OECD üyesi AB ülkelerinde ortalama bebek ölüm oranı % 9,3 'tür. Bu oran Türkiye'de bebek ölüm oranının yaklaşık 5 katıdır. 2009 yılı verilerine göre; 1990-2009 arası incelenen dönemde rakamlarda genel düşüş görülmesiyle birlikte Polonya ve Macaristan % 5,6 Estonya % 5 oranıyla bebek ölüm oranında en yüksek üç ülke konumuna sahiptir. % 1,8 ile Lüksemburg en düşük orana sahiptir. Lüksemburg' u % 2,1 ile Slovenya, % 2,5 ile Finlandiya takip etmektedir. Türkiye'de ise bebek ölüm oranının 1990'dan 2009'a % 55,4 'ten % 13,1 oranına düşmesi önem arz etmektedir. 2009 OECD üyesi AB ülkelerinde ortalama bebek ölüm oranı

³ Ortalama rakamlara Türkiye dahil değildir.

3,6'dır. Buna göre Türkiye'de bebek ölüm oranı azalsa da hala AB üyesi ülkeler ortalamasının üzerinde seyretmektedir. Ülkemizin bu konudaki durumu, aşırı doğum oranından genel yaşam standartlarının düşüklüğüne, sağlık imkanlarından kültürel özelliklere uzanan geniş ve karmaşık faktörler dizisi ile açıklanabilir (TİSK, 2000).

Bebek ölümleri azaldıkça, daha aşağı seviyelere düşürmek çok daha zor olmasına rağmen düşüş hızı gittikçe artmaktadır. OECD ülkeleri bebek ölüm hızını yıllar önce düşürmüştür. Bugünkü seviyeye gelmeleri de yıllar almıştır. Türkiye OECD ülkelerinin bebek ölümlerinde 30 yılda kat ettiği mesafeyi son 8 yıla sığdırmayı başarmış bulunmaktadır.

Genel olarak AB de son yüzyılda hem tanı sırasında mortalite açısından çok önemli bir azalma hem de düşük bebek ölümleri açısından genel düşüşler enfeksiyöz (mikroplu) ve dejeneratif(dokuların bozulması) hastalıkların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar da büyük ölçüde önlenilmekte nitekim ortak risk faktörleri altında yatan belirleyiciler müdahale fırsatı taşımaktadır (Eurostat Yearbook, 2010). Tıbbi sağlık hizmetlerinde yapılan ilerleme azalan bir bebek ölüm hızı ile yansıtılır. Dünya Sağlık Örgütü ve Save The Children kuruluşuna göre tüm dünyada 3 milyon 300 bin bebek doğduktan sonraki dört hafta içinde yaşamını yitirmektedir (Amerika'nın Sesi,2011).

Dünya Bankası tarafından yayınlanan *Dünya Kalkınma Raporu*'nda ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yayınlanan *İnsani Kalkınma Raporu*'nda bebek ve çocuk ölümleri farklı boyutlarıyla birer kalkınma göstergesi olarak kabul edilmiştir. Benzer şekilde, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri içerisinde bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasını ülkeler için öncelikli hedeflerden biri olarak kabul etmiştir (Koç, Eryurt, vd., 2008).

Türkiye'de çocukların ve doğurgan çağdaki kadınların nüfus içinde büyük yer tutması, bebek, çocuk ve anne ölümlülük hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği gibi nedenlerle tıbbi hizmetler önem kazanmıştır. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması faaliyetlerini geliştirmeye yönelik bilgi, eğitim ve iletişim programları da yaygın olarak uygulanmaktadır. Bunlara ek olarak, 2006 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından Genel Sağlık Sigortası yasası çıkarılmış ve 2007 yılında uygulamaya geçilmiştir. Bu yasaya göre tüm 18 yaşın altındaki kişiler, ailelerinin sosyal güvenliği olup olmamasına bakılmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamı altına alınmıştır (TNSA, 2008:10).

Diğer taraftan Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) tarafından hazırlanan bir raporda Türkiye, Binyıl Kalkınma Hedeflerine zamanından önce ulaşan ve bu hedefi geçen az sayıdaki ülke arasında gösterilmektedir. Yine aynı raporda Türkiye tüm OECD ülkeleri arasında beş yaş altı ölüm hızında en büyük azalmayı gerçekleştiren ikinci ülke olarak gösterilmektedir (UNICEF, 2009)

4.3.1.2. Anne Ölüm Oranı (100000 Canlı Doğumda)

OECD'ye üye AB ülkelerine ilişkin sağlık düzeyini belirlemede etkili demografik göstergelerden bir diğeri olan Anne Ölüm Hızı rakamları Tablo 4.2.'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2. Anne Ölüm Oranı (UNDP, UNICEF)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2008
Avusturya	6,6	1,1	2,6	3,8	2,6
Belçika	3,4	9,5	8,1	7,7	7,8*07
Çek Cumhuriyeti	19	6	10	15	12
Danimarka	..	..	13,6*99	7,7	20,6*09
Estonya	31,4	51,8	45,9	13,9	0
Finlandiya	6,1	1,6	5,3	5,2	8,4
Fransa	10,4	9,6	6,5	5,3	7,6*07
Almanya	9,1	5,4	5,6	4,1	5,3*09
Yunanistan	1	5	..	0	0
Macaristan	20,7	15,2	10,2	5,1	18,7*09
İrlanda	3,8	0	1,8	1,6	2,7
İtalya	8,6	3,2	3	5,2*04	2/06
Lüksemburg	20,3	18,4	17,5	18,6	17,9
Hollanda	7,6	7,3	8,7	8,5	4,9*09
Polonya	12,8	9,9	7,9	3	1,9*09
Portekiz	10,3	8,4	2,5	2,7	3,8
Slovakya	6,3	8,1	1,8	3,7	3,5
Slovenya	8,9	5,3	22,1	16,6	13,8
İspanya	5,5	3	3,5	3,9	4,6
İsveç	3,2	3,9	4,4	5,9	5,5
Türkiye^	100	81	70*98	28,5*06	18,4*09
İngiltere(UK)	8	7	6,8	5,7	6,9
Ortalama	14,4	12,4	9,1	6,9	6,2

Tablo 4.2'ye göre; 1990 yılında Estonya 100000 canlı doğumda 31,4 oranıyla en yüksek anne ölüm oranına sahiptir. 20,7 oranıyla Macaristan, 20,3 ile Lüksemburg, 19,0 ile Çek Cumhuriyeti Estonya'yı takip etmektedir. En düşük anne ölüm oranı ise; 100000 canlı doğumda 1,0 oranıyla Yunanistan'dır. İsveç 3,2 AB kurucu üyelerinden Belçika 3,4 ile Yunanistan'ı takip etmektedirler.

OECD'ye üye AB ülkeleri 1990 yılı Anne Ölüm Oranı ortalaması 10,2'dir.

Türkiye' de ise anne ölüm oranı 100000 canlı doğumda 100 olarak görülmektedir. Bu oran ortalamasının 10 katı şeklinde ciddi farklılık göstermektedir. OECD'ye üye AB ülkeleri 2000 yılı Anne

Ölüm Hızı ortalaması 9,2 'ye gerilerken Türkiye ortalaması 70,0 e düşmüştür. Nitekim bu düşüş ile AB ortalaması yakalanamamıştır. 2008 yılında da 100000 canlı doğumda 0,0 anne ölümü ile Yunanistan en düşük anne ölüm hızına sahip yerini korumaktadır. Yunanistan'a refakat eden bir diğer ülke de 0,0 anne ölümüyle AB'nin beşinci genişleme sürecinde yer alan bir Baltık ülkesi Estonya'dır. 2,6 anne ölümüyle Avusturya da düşük oranlı ülkeler arasındadır. Danimarka 22,9 anne ölümüyle en yüksek orana sahiptir. Lüksemburg 17,9, Macaristan 17,1 anne ölümüyle Danimarka'dan sonra en yüksek orana sahip ülkelerdir. OECD'ye üye AB ülkeleri 2000 'de 9,2 anne ölümü ortalaması 2008'de 9,0 'a gerilemiştir Türkiye'nin 1990 yılında resmi olarak kabul ettiği Ulusal Sağlık Politikasında ulaşılması gereken hedefler ortaya konmuş ana çocuk sağlığı gibi sağlıkla ilgili temel öncelikler belirlenmiştir. Bu hedefler içerisinde; hedef yıl 2000 için, bebek ölüm hızının %30 oranında azaltılarak % 29'a düşürülmesi, anne ölüm oranının da 1000 canlı doğumda 67'ye düşürülmesi hedeflenmiştir (OECD, 2008).

Doğumdan sonra 48 saat kritik öneme sahiptir. Bütün anne ölümlerinin % 50'si bu dönemde gerçekleşmektedir. Ve bir annenin ölümü yenidoğan için yüksek bir risk oluşturmaktadır. Özellikle acil durumlar sırasında anne ve bebek ölümlerinde yükseliş olabilmektedir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) acil sağlık kitleri araçları olarak sağlık tedarikçilerinin bir annenin sağlığı için yetersiz beslenme, sıtma ve diğer tehditleri önlemek için tıbbi muayene, ilaç ve sarf malzemeleri kullanarak temel doğum öncesi bakımın sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır.(UNFPA) Anne sağlığının iyileştirilmesi, uluslararası toplum tarafından 2000 yılında kabul edilen sekiz Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH)'nden biridir Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu 2011'de ise çocuk ölümlerini azaltma ve anne sağlığını iyileştirme hedefi yinelenmiştir (United Nations, 2011). BM Dünya Nüfus Fonu'nun;

"Orta Asya ve Doğu Avrupa'da Ana Sağlığındaki İlerlemeler 2009" raporuna göre doğumda anne ölüm oranlarının 2005'ten itibaren % 50 oranında azaltılması hedefinde başarı sağlanmıştır. Fakat anne ölümleri Türkiye'de, her 100000 canlı doğumda 20,94(2009) anne ölüm oranı ve bölgelerarası önemli farklılıklarla (kırsal bölgelerde 100000 de 40,3'lük oran dahil) birlikte önemli bir sorun olarak kalmaya devam etmektedir. Bölgeler arasında ana sağlığı ve bakım hizmetleri açısından büyük farklılıklar olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır"

Bir kadının yaşam boyu risk haritasında gebelik ve doğum komplikasyonları (hastalık belirtileri) ihtimalinde gerçekleşen hem anne ölüm oranı hem de toplam

doğurganlık hızı (üreme yılı boyunca kadın başına doğum muhtemel sayısı) yer almaktadır. Bu nedenle yüksek doğurganlığın gerçekleştiği ortamda bir kadın birden çok kez anne ölüm riski ile karşı karşıya kalmakta ve düşük fertilitte (doğurganlık) ayarı daha yüksek olmaktadır (UNICEF, 2008). Şöyle ki; dünyanın bazı bölgelerinde anne ölümlerinin yüksek sayıda olması sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri yansıtır. Gebelik ve doğum sırası ya da sonrasındaki komplikasyonları önlemek ve yönetmek gibi sağlık çözümleri önlenebilir niteliğini açıklamaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde, neredeyse tüm kadınlar, en az dört defa doğum öncesi ve sonrası bakım ziyaretleri ile sağlıklı doğum gerçekleştirilmektedir (WHO,2010).

4.3.1.3. Toplam Doğurganlık Oranı (% 15-49 yaş arası)

Tablo 4.3. Toplam Doğurganlık Oranı (OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics ve WHO yearbook)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	1,46	1,42	1,36	1,41	1,4
Belçika	1,62	1,55	1,72	1,77	1,8
Çek Cumhuriyeti	1,89	1,28	1,14	1,28	1,5
Danimarka	1,67	1,81	1,77	1,8	1,8
Estonya	2,05	1,38	1,39	1,5	1,7
Finlandiya	1,79	1,81	1,73	1,8	1,8
Fransa	1,78	1,71	1,87	1,92	1,9
Almanya	1,45	1,25	1,38	1,34	1,3
Yunanistan	1,39	1,32	1,27	1,34	1,4
Macaristan	1,84	1,57	1,33	1,32	1,4
İrlanda	2,12	1,85	1,9	1,88	2,1
İtalya	1,36	1,19	1,26	1,32	1,4
Lüksemburg	1,62	1,67	1,78	1,62	1,7
Hollanda	1,62	1,53	1,72	1,71	1,7
Polonya	1,99	1,55	1,37	1,24	1,3
Portekiz	1,56	1,41	1,56	1,41	1,3
Slovakya	2,09	1,52	1,29	1,25	1,3
Slovenya	1,46	1,29	1,26	1,26	1,4
İspanya	1,36	1,17	1,23	1,35	1,5
İsveç	2,14	1,74	1,55	1,77	1,9
Türkiye [^]	3,07	2,75	2,27	2,2	2,1
İngiltere (UK)	1,83	1,7	1,64	1,79	1,9
Ortalama	1,78	1,56	1,53	1,55	1,61

OECD'ye üye AB ülkelerine ilişkin sağlık düzeyini belirlemede etkili demografik göstergelerden olan 15-49 yaş arası Toplam Doğurganlık Oranı Tablo 4.3' te gösterilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde, kadın başına 2.1 çocuk doğurganlık oranı sıfır net göç varsayımsal(doğal yenilenme düzeyi) bir durum altında, uzun vadede istikrarlı bir nüfusu korumak için gerekli olarak kabul edilir (Eurostat,2010).

Tablo.3'teki bulgulara göre; 1990 itibariyle kadın başına 1,36 çocuk ile İspanya ve İtalya, 1,39 ile Yunanistan toplam doğurganlık oranına göre en düşük ülkelerdir. 2009 yılında 1,3 ile Almanya,

Polonya, Slovakya kadın başına çocuk oranıyla en düşük üç ülkedir. 1990 yılı verilerine göre kadın başına 2,14 çocuk ile İsveç en yüksek oranlı ülkedir.

Türkiye ise kadın başına 3.07 çocuk ile grup ülke ortalamasının üstündedir. İrlanda kadın başına 2,12 çocuk, Slovakya da 2,09 oranla en yüksek oranlı ülkeler arasında yerini almaktadır. 2009 yılı verilerine göre; İrlanda 2,1, Fransa ve İngiltere 1,9 oranla toplam doğurganlık oranı sıralamasında en yüksek oranlı ülkelerdendir. 1990 yılı kadın başına çocuk ortalaması 1,73 iken 2000 yılında ortalama 1,51 e düşmüştür. 2008 yılı ile ortalama 1,63 e yaklaşmıştır. 2008 yılı oranlarına göre Türkiye’de kadın başına çocuk 2,14 ‘e gerilemiştir ancak grup ülke ortalamasının üstündedir. Grup ülkelerinde toplam doğurganlık hızı genel anlamda azalışa meyillidir.

Avrupa Birliği resmi istatistik kurumu Eurostat'ın 2011 verilerinde Türkiye'nin Avrupa'daki doğum oranının en yüksek ve nüfusu en hızlı artan ülke olduğu belirtilmiştir. AB’de daha az çocuk sahibi olmanın nüfusun büyümede yavaşlamasını getirmektedir. Aynı zamanda AB’de doğurganlığın düşüş parçası olarak çocuk doğurma yaşının ertelenmesi olasılığı hakimdir. Düşük doğum ve doğurganlık oranları ve çocuk doğurma erteleme oranları olumlu ya da olumsuz etkilemektedir (Eurostat,2010).

Toplam doğurganlık hızının 2,1 olduğu doğurganlık düzeyidir. Erken dönem ölümlerini ve doğumdaki dengesiz cinsiyet oranlarını telafi etmek için 2’ye fazladan 0,1 eklenerek elde edilen 2.1 seviyesi doğurganlık yenilenme düzeyi olarak kabul edilir. Bu doğurganlık düzeyinde ebeveynler kendileri yerine net olarak 1’i kız olmak üzere 2 çocuk bırakırlar ve böylece nüfus ancak kendisini yenileyebilir. Doğurganlığın yenilenme seviyesine düştüğü toplumlarda, nüfus momentumunun*⁴ etkisi ile 25-30 yıl daha artmaya devam eder. Daha sonra ise önce durağanlaşır ve sonra da azalmaya başlar.

Dünya genelinde doğurganlık hızlarında meydana gelen esaslı düşüşlerin demografik dönüşümün küresel süreci (Yüceşahin, 2011:12) ve toplam popülasyonu ne anlamda etkilediğini ortaya koymaktadır.

⁴ Doğurganlık yenilenme düzeyine ulaşıldıktan sonra nüfusun bir süre daha nüfusun iç dinamiklerinin etkisi ile artmaya devam etme eğilimidir. Geçmişteki yüksek doğurganlık seviyesinin etkisiyle genç yaşlardaki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artar ve bu genç nüfus doğurganlık çağına girdiğinde doğumlar ölümlerden sayıca fazla olmaya devam eder. Bu büyük grup zaman içinde tedrici olarak yaşlanır ve nüfustaki ölümler doğumlarla eşitlenir. Böylece nüfus momentumunun etkisi ortadan kalkar.

4.3.1.4. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi

OECD'ye üye AB ülkelerine ilişkin sağlık düzeyini belirlemede etkili demografik göstergeler kategorisinden Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi⁵ Tablo 4.4' te gösterilmektedir.

Tablo 4.4. Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi
(OECD Health Data,2011)

OECD Ülkesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	75,6	76,7	78,2	79,4	80,4
Belçika	76,1	76,9	77,8	79	80
Çek Cum.	71,5	73,3	75,1	76,1	77,3
Danimarka	74,9	75,3	76,8	78,2	79
Estonya	69,6	67,7	70,6	72,7	75
Finlandiya	75	76,6	77,7	79,1	80
Fransa	76,9	77,9	79	80,3	81
Almanya	75,3	76,6	78,2	79,4	80,3
Yunanistan	77,1	77,7	78	79,3	80,3
Macaristan	69,4	69,9	71,7	72,8	74
İrlanda	74,9	75,5	76,6	79,5	80
İtalya	77,1	78,3	79,8	80,8	81,8*08
Lüksemburg	75,6	76,8	78	79,5	80,7
Hollanda	77	77,5	78	79,4	80,6
Polonya	70,7	72	73,9	75,1	75,8
Portekiz	74,1	75,4	76,7	78,1	79,5
Slovakya	71	72,4	73,3	74	75
Slovenya	73,3	74	75,5	77,7	79
İspanya	77	78,1	79,4	80,3	81,8
İsveç	77,6	78,8	79,7	80,6	81,4
Türkiye ⁶	67,5	69,3	71,1	73	73,8
İngiltere (UK)	75,7	76,7	77,9	79,1	80,4
Ortalama	74,5	75,1	76,8	77,8	79

1990 yılı verilerine göre ülke grupları içerisinde doğuştan beklenen yaşam süresi en düşük ülkeler 69,4 yıl ile Macaristan; 69,6 yıl ile Estonya ;70,7 yıl ile Polonya (yüksek-orta gelir grubu ülkesi) şeklinde sıralanmaktadır. Türkiye'de (yüksek-orta gelir grubu ülkesi) ise 67,5 yıl olarak verilmektedir. 1990 yılı yaşam beklentisi ortalaması 74,5 olarak belirlenmiştir. Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Polonya, Portekiz, Slovakya ve Slovenya'nın yanı sıra Türkiye de ortalamanın altında seyretmektedir. 2000 yılı verilerine göre; yaşam süresi en düşük ülkeler arasında yer alan Macaristan, Estonya ve Polonya'da yaşam süresinde artış olmasına rağmen yine en düşük

ülkeler şeklinde kategorize edilmektedir. Türkiye'de de anlamlı bir artış yaşanarak doğuştan beklenen yaşam süresi 71,1 yıla yükselmiştir. Nitekim değerlendirilen ülke grubunda en düşük yaşam süresine sahiptir. 2000 yılı ortalamasıyla beklenen yaşam süresi 76,8 yıla yükselmesine rağmen ortalamanın altında kalan ülkeler varlığını korumaktadırlar. 2009 yılı yaşam sürelerine bakılırsa; 74 yıl ile Macaristan; 75 yıl ile

⁵ Yaşa bağlı mortalitenin sabit kaldığı düşünülürken, söz konusu yaştaki bir insanın yaşaması beklenen ortalama süredir. Bir ülkedeki genel ölümlülük seviyesinin özet bir göstergesidir.

Estonya ve Slovakya yaşam süresi en düşük ülkelerdir. 1990 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi en yüksek ülkeler; 77,6 yıl ile İsveç; 77,1 yıl ile Yunanistan ve İtalya; 77,0 yıl ile İspanya ve Hollanda şeklinde sıralanmakla birlikte ortalamanın üzerindedir. 2000 yılı verilerine göre; 79,8 yıl ile İtalya; 79,7 yıl ile İsveç; 79,4 yıl ile İspanya; 2009 verilerine göre ise; 81,8 yıl ile İspanya ve İtalya; 81,4 yıl İsveç ve 81 yıl ile Fransa doğuştan yaşam süresi beklentisinde en yüksek ülkeler olarak yer almaktadır. 200 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi ortalaması 79 yıla yükselmiştir. Genel anlamda ülke grubunda 1990 yılından 2009 yılına beklentisel döngüde yaşam süresi beklentisinde artış görülmektedir. Yaşam beklentisindeki kademeli artış AB nüfusunun yaşlanmasına katkıda bulunan faktörler arasındadır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaşam beklentisi kullanılan ölçütlerden biridir.

Nispeten sağlıklı yaşlanan nüfus ekonomik büyüme için uyarıcı niteliğindedir (Eurostat, 2010).

2009 yılında dünya nüfusunun doğumda ortalama yaşam beklentisi 68 yıl olarak belirlenmiştir (WHO-Global Health Observatory, 2009).

Doğuştan beklenen yaşam süresi, bebek/çocuk ölüm oranı, DALYs (Disability Adjusted Life Years) sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları = mortalite azalmasına bağlı kurtarılan yaşam yılları + morbidite azalmasına bağlı kurtarılan yaşam yılları, QALY (Quality Adjusted Life Years) kaliteye uyarlanmış yaşam yılları, vb. şeklinde formüle edilebilmektedir.

Doğumdan yaşam beklentisi ve OECD ülkelerinde kişi başına sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki vardır. Son bir OECD çalışmasına göre; yaşam beklentisindeki artış, 1990'ların başından beri % 40 oranında artan toplam sağlık harcamalarında artışa mukabildir (Joumard, Andre, vd., 2010).

4.3.1.5. 65 Yaş Erkek ve Kadın Nüfus Yaşam Beklentisi

Demografik göstergelerden 65 yaşındaki erkek nüfus yaşam beklentisi Tablo 4.5 ve Tablo 4.6.'da verilmektedir. Buna göre; 1990 yılı kalan yaşam süresi ümidi en düşük 11,7 yıl ile Çek Cumhuriyeti; 11,9 yıl ile Estonya; 12 yıl ile Macaristan iken 15,7 yıl ile Yunanistan; 15,5 yıl ile Fransa ve İspanya en yüksek yaşam süresi ümidi olan ülkelerdir. 65 yaşındaki kadın nüfus yaşam beklentisi ise Tablo 4.6'da verilmektedir. Buna göre; aynı yıl kalan yaşam süresi ümidi en düşük 15,3 yıl ile Çek Cumhuriyeti ve Macaristan; 15,5 yıl ile Estonya; 19,8 yıl ile Fransa; 19,3 yıl ile İspanya; 19 yıl ile İsveç en yüksek beklenti içerisinde olan ülkelerdir. Türkiye'de de

erkek nüfus kalan yaşam süresi ümidi 12,8 yıl ile Polonya ve Macaristan'ın üzerinde olmakla birlikte ülke grup sıralamasında en alt sıralarda yer almaktadır ve 13,1 ortalamasının altında dalgalanmaktadır.

Türkiye kadın nüfus kalan yaşam süresi ümidi ise 14,3 yıl ile ülke grubunun en düşük süresidir. 17,6 yıl ortalamasının altında kalan ülkeler arasında yerini almıştır., 2000 yılı verilerine göre 65 yaşındaki erkek nüfus yaşam beklentisi en düşük 12,5 yıl ile Estonya; 12,7 yıl ile Macaristan; 12,9 yıl ile Slovakya iken 16,7 yıl ile Fransa, İtalya,İspanya, İsveç yaşam beklentisi en yüksek ülkelerin başında sıralanmaktadır. Türkiye ise 13,4 yıl ile kalan yaşam süresi ümidi en düşük üç ülkeyi geçmiştir.

Tablo.4.5. 65 Yaş Erkek Yaşam Beklentisi

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	14,4	15	16	17	17,7
Belçika	14,3	14,8	15,6	16,6	17,5
Çek Cum.	11,7	12,7	13,8	14,4	15,2
Danimarka	14	14,1	15,2	16,1	16,8
Estonya	11,9	11,9	12,5	13,1	14,4
Finlandiya	13,8	14,6	15,5	16,8	17,3
Fransa	15,5	16,1	16,7	17,7	18,2
Almanya	14	14,8	15,8	16,9	17,6
Yunanistan	15,7	15,9	16,1	17,1	18,1
Macaristan	12	12,1	12,7	13,1	13,7
İrlanda	13,3	13,5	14,6	16,7	17,2
İtalya	15,2	15,9	16,7	17,4	18,2
Lüksemburg	14,3	14,8	15,5	16,7	17,6
Hollanda	14,4	14,7	15,3	16,4	17,4
Polonya	12,4	12,9	13,6	14,4	14,7
Portekiz	14	14,7	15,4	16,1	17,1
Slovakya	12,2	12,7	12,9	13,2	13,9
Slovenya	13,2	13,5	14,1	15,5	16,3
İspanya	15,5	16,1	16,7	17,3	18,3
İsveç	15,3	16	16,7	17,4	18,2
Türkiye [^]	12,8	13,1	13,4	13,9	14
İngiltere (UK)	14	14,6	15,8	17	18,1
Ortalama	13,8	14,3	15,1	16	16,7

Tablo.4.6. 65Yaş Kadın Yaşam Beklentisi

OECD Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	18,1	18,8	19,6	20,3	21,2
Belçika	18,8	19,3	19,7	20,2	21,1
Çek Cum.	15,3	16,2	17,3	17,7	18,8
Danimarka	17,9	17,6	18,3	19,1	19,5
Estonya	15,5	16	16,8	18,1	18,3
Finlandiya	17,8	18,8	19,5	20,9	21,5
Fransa	19,8	20,6	21,2	22	22,5
Almanya	17,7	18,7	19,6	20,1	20,8
Yunanistan	18	18,2	18,4	19,2	20,2
Macaristan	15,3	15,8	16,5	16,9	17,6
İrlanda	17	17,2	18	19,8	20,6
İtalya	18,9	19,9	20,7	21,3	22
Lüksemburg	18,5	19,7	20,1	20,4	21,4
Hollanda	18,9	19	19,2	20	20,8
Polonya	16,1	16,6	17,5	18,6	19,1
Portekiz	17,1	18,1	18,9	19,4	20,5
Slovakya	15,7	16,1	16,5	16,9	17,6
Slovenya	16,7	17,1	17,9	19,9	20,1
İspanya	19,3	20,2	20,8	21,3	22,4
İsveç	19	19,6	20	20,6	21
Türkiye [^]	14,3	14,7	15,1	15,6	15,9
İngiltere (UK)	17,9	18,2	19	19,7	20,8
Ortalama	17,6	18,1	18,8	19,6	20,2

15,1 yıl ile ortalamanın altında kalmıştır. 65 yaşındaki kadın nüfus yaşam beklentisi en düşük üç ülke 16,5 yıl ile Macaristan ve Slovakya; 16,8 yıl ile Estonya iken 21,2

yıl ile Fransa; 20,8 yıl ile İspanya; 20,7 yıl ile İtalya yüksek beklentili ülkelerin ilk sıralarında yer alırken, 18.8 yıl ortalamasını aşmış ülkelerdendir. Türkiye 15,1 yıl ile bu ortalamanın altında kalmıştır.

2009 yılı verileri Tablo.5'e göre; göre 65 yaşındaki erkek nüfus yaşam beklentisi en az 13,7 yıl ile Macaristan; 13,9 yıl ile Slovakya ;14,4 yıl ile Estonya ülkeleri sıralanmaktadır. 16,7 yıl ile ülke grup ortalamasının altında seyretmektedir. Türkiye de 14 yıl ile buna dahildir. 18,3 yıl ile İspanya; 18,2 yıl ile İtalya ve İsveç de kalan yaşam süresi ümidi en yüksek ülkelerdir. Tablo.6'ya göre; 65 yaşındaki kadın nüfus yaşam beklentisi en az 17,6 yıl ile Slovakya ve Macaristan; 18,3 yıl ile Estonya sıralanırken, 20,2 yıl ile ülke grup ortalamasını geçemeyen ülkeler olarak konumlanmaktadır. Türkiye de 15,9 yıl yaşam süresi ümidiyle ortalamayı yakalayamamıştır. 22,5 yıl ile Fransa; 22,4 yıl ile İspanya; 22 yıl ile İtalya en yüksek beklentili yaşam süresi sıralamasında 1990'dan 2009'a belirlenen periyotlar çerçevesinde en yüksek beklentili ülke konumlarını korumuşlardır.

Tablolarda gözlenen verilere göre kalan yaşam süresi ümidinde genel olarak artan bir trend izlenmektedir. Kadınlar için yaşam beklentisi erkeklere göre yaklaşık 4 yıl daha fazladır. Erkek ve kadınların yaşam beklentileri arasındaki fark önemli ölçüde erkeklerin fiziksel efor gücü yüksek derecelerde gün boyu çalışmaları (örneğin; tarım, madencilik, demir ve çelik üretimi gibi) ve yaşam tarzlarının benzerliği etkili olmaktadır (Eurostat, 2010:184-185). Yaşam beklentisi insanların yaşı arttıkça artar. Sakatlık ve hastalık ile karakterize bir yaşlı nüfusun ek sağlık ve sosyal hizmetlere ihtiyaç duyması da muhtemel bir konudur.

Doğurganlık düzeyindeki düşüş ve ölüm hızındaki sürekli azalma nüfusun yaşlanmasına yol açar. Türkiye'de yapılan projeksiyonlarla gelecekte yaşlı nüfusun artacağı tahmin edilmektedir (DPT, 2001).

Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun % 20 olan payının 2050 yılında % 33'e yükselmesi öngörülmektedir. Bu ülkelerde hali hazırda 60 yaş ve üstü nüfus sayısı, 15 yaş altının nüfus sayısını geçmiştir. 2050 yılında iki grup arasındaki farkın iki katına çıkması beklenmektedir (Erdönmez, 2007:59-62). Risk grubu içerisinde yer alan yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarının da artmasına yol açacaktır.

BM Dünya Nüfus Beklentileri Raporu Avrupalıların 65 yaş ve üzeri nüfusun 2000 yılında % 16' dan 2030 yılında % 24 oranlarına çıkacağını tahmin etmektedir. Yaşam beklentisi, özellikle de zengin Avrupa ülkelerinde artmaktadır (The Economist, 2011).

Birleşmiş Milletler toplam nüfusunun % 15'i yaşlı olan ülkeleri “yaşlı nüfus” olarak adlandırmaktadır (Özbay, 2009). Dünyanın yaklaşık her bölgesinde yaşam beklentisinin yükselmesi ve doğurganlığın azalması gibi belirleyiciler yaşlıların oranını artırmaktadır (UNECE, 2011).

4.3.2. Hastane Göstergeleri

4.3.2.1. Nüfus Başına Hekim

Sağlık arzı ya da sağlık girdileri göstergelerinden 1000 nüfus başına hekim sayısı verileri Tablo 4.7’de gösterilmektedir.

Tablo 4.7.Nüfus Başına Hekim(OECD,2011)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	3	3,5	3,9	4,3	4,7
Belçika	3,3	3,5	2,8	2,9	2,9
Çek Cumhuriyeti	2,7	3	3,4	3,6	3,6
Danimarka	2,5	2,7	2,9	3,3	3,4*08
Estonya	3,5	3,2	3,3	3,2	3,3
Finlandiya	..	2,2	2,5	2,6	2,7*08
Fransa	3	3,2	3,3	3,4	3,3
Almanya	2,8*91	3,1	3,3	3,4	3,6
Yunanistan	3,4	3,9	4,3	5	6,1
Macaristan	2,9	3	2,7	2,8	3
İrlanda	..	..	..	..	3,1
İtalya	..	..	..	..	3,4
Lüksemburg	2	2,2	2,1	2,6	2,7
Hollanda	..	..	2,4	2,7	2,9*08
Polonya	2,1	2,3	2,2	2,1	2,2
Portekiz	2,8	2,9	3,2	3,4	3,8
Slovakya	..	..	3,2	..	..
Slovenya	..	..	2,2	2,3	2,4
İspanya	..	2,5	3,3	3,8	3,5
İsveç	2,6	2,9	3,1	3,5	3,7*08
Türkiye [^]	0,9	1,1	1	1,4	1,6
İngiltere (UK)	1,6	1,8	2	2,4	2,7
Amerika (USA)	..	2,2	2,3	2,4	2,4

Tablo 4.7’ye göre; OECD Üyesi AB Ülkeleri’nin 1000 nüfus başına düşen hekim sayısı 1990 yılı en yüksek oranlı ülkeler, 3,5 oranıyla Estonya; 3,4 oranıyla Yunanistan; 3,3 oranıyla Belçika şeklindedir. 1,6 oranıyla İngiltere; 2 oranıyla Lüksemburg; 2,1 oranıyla da Polonya en düşük oranlı ülkelerdir. Türkiye ise 0,9 oranıyla ülke grubunun en düşük hekim oranını temsil etmektedir. 2000 yılı 1000 nüfus başına hekim sıralamasında 4,3 oranla Yunanistan; 3,9 oranla Avusturya; 3,4 oranla Çek Cumhuriyeti en üst sıralarda yer alırken, Slovenya ve Polonya 2,2 oranıyla; Lüksemburg 2,1 oranla; İngiltere de 2 oranıyla; en alt sırada

yer almaktadır. Türkiye ise 1000 nüfus başına 1 hekim oranıyla ülke grup ortalamasının altındadır. 2009 yılı 1000 nüfus başına hekim sayısı; Yunanistan 6,1; Avusturya 4,7 ve Portekiz 3,8 oranıyla sayıca en yüksek ülkelerdir. 2,2 oranıyla

Polonya; 2,4 oranla Slovenya; 2,7 oranıyla Lüksemburg ise hekim sayısı en düşük ülkelerdir. Türkiye de 1,6 oranla ortalamanın altında kalmıştır. 1990 yılından 2009 yılına 1000 nüfus başına hekim sayısında en fazla artış % 3,4'ten % 6,1'e Yunanistan ile % 3'ten % 4,7'ye yükselen Avusturya olmuştur. Bunun yanı sıra Belçika ve Estonya ülkelerinde verilen oranlarda düşüş gözlenmektedir.

Hekim sayısındaki artışın nüfustaki oransal artıştan daha fazla olması etkin sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi anlamına gelmektedir.

4.3.2.2. Nüfus Başına Düşen Hemşire

Sağlık girdileri göstergelerinden 1000 nüfus başına düşen hemşire sayısına ilişkin veriler Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8.1000 Nüfusa Düşen Hemşire

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıl	2000	2005	2009
Avusturya	6,7	7,2	7,6
Belçika	9,6	..	14,8
Çek Cumhuriyeti	13,3	8,1	8,1
Danimarka	12,4	14,4	14,8/08
Estonya	5,2	6,3	6,1
Finlandiya	5,6	9,1	9,6/08
Fransa	6,7	7,6	8,2
Almanya	3	10,2	11
Yunanistan	7,4	3,3	3,3
Macaristan	2,2	5,9	6,2
İrlanda	..	12,3	12,7
İtalya	5	5,8	6,4
Lüksemburg	6,9	11	..
Hollanda	9,9	8,2	8,4/08
Polonya	8,7	5,1	5,2
Portekiz	10,2	4,6	5,6
Slovakya	7,4	6	6
Slovenya	6,87	7,5	8,1
İspanya	3,57	4,2	4,9
İsveç	9,92	10,7	11/08
Türkiye [^]	..	1,1/06	1,5
İngiltere (UK)	8,68	10,1	9,7

Tablo incelendiğinde; 2000 yılı verilerine göre; % 13,3 oranıyla Çek Cumhuriyeti; % 12,4 oranla Danimarka; % 10,2 oranıyla Portekiz ülke grup sıralamasında üst sıralarda yer alırken; Macaristan % 2 oranla en düşük orana sahip ülkedir ve % 3 oranla Almanya takip etmektedir. 2009 yılı verilerine göre; % 14,8 oranla Danimarka ve Belçika; % 12,7 oranla İrlanda en yüksek oranlı ülkeler iken % 3,3 oranla Yunanistan takibinde % 4,9 oranla İspanya; % 5,2 oranla Polonya ise en düşük oranlı ülkeler arasındadır. Türkiye ise % 1,5 oranla ülke grup oranlamasında nüfus başına en az hemşireye sahip ülkedir.

Hastane yatak ve ortalama kalış uzunluklarında artış ayrıca yaşlanan nüfus beklentileri hemşire talebini artırmıştır. Sağlık bakım sisteminin yeniden yapılandırılması ile artan teknolojik gelişmelerin sonucu daha az hemşire talebidir.

Bunun yanı sıra yaşlanan nüfus gibi demografik eğilimleri yani yaşlıların giderek artan sayıda olması ayrıca uzun vadeli ve evde bakım sebebi hemşireler için talebi

artırabilir (Simoens, Villeneuve, vd. , 2005). Avrupa'da sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu hemşireler ve ebeler oluşturmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde teslimi önemli bir rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölgesi büyüyen uluslararası krizin sağlık işgücününün krizi ile paralel olarak ciddi nitelikli hemşire ve ebe sıkıntısı ile karşı karşıya kaldığını açıklamaktadır (WHO, 2009).

4.3.2.3. Nüfus Başına Yatak Sayısı

Sağlık girdileri (sağlık hizmet kaynakları) göstergelerinden biri de 1000 nüfus başına düşen yatak sayısıdır.

Tablo 4.9. 1000 Nüfus Başına Yatak Sayısı

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	2000	2005	2009
Avusturya	8,0	7,7	7,7
Belçika	7,8	7,4	6,5
Çek Cum.	7,8	7,6	7,1
Danimarka	4,3	3,9	3,5
Estonya	7,2	5,5	5,4
Finlandiya	7,5	7,1	6,2
Fransa	8,0	7,2	6,6
Almanya	9,1	8,5	8,2
Yunanistan	4,7	4,7	4,8
Macaristan	8,1	7,9	7,1
İrlanda	6,2	5,5	4,9*08
İtalya	4,7	4	3,7
Lüksemburg	5,1	5,8	5,5
Hollanda	4,9	4,5	4,7
Polonya	6,2	6,5	6,7
Portekiz	3,8	3,5	3,3
Slovakya	7,8	6,8	6,5
Slovenya	5,4	4,8	4,6
İspanya	3,7	3,4	3,2
İsveç	3,6	2,9	2,8
Türkiye^	2,0	2,2	2,5
İngiltere (UK)	4,1	3,8	3,3

Tablo 4.9'da veri mevcut olan üye ülkeler 2000 yılı verilerine göre; en yüksek rakam % 9,1 ile Almanya'ya aittir. % 8,1 ile Macaristan Almanya'nın ardından gelmektedir. % 3,6 oranıyla İsveç; % 3,7 oranıyla da İspanya en düşük oranlı ülkeler konumundadır. Türkiye ise % 2,0 oranıyla mevcut ülke grubu ortalamasını yakalayamamaktadır. 2009 yılı verilerine göre; % 7,7 ile Avusturya; % 7,1 ile Çek Cumhuriyeti ve Macaristan yüksek oranlı ülkeler olarak sıralanırken % 2,8 ile İsveç; % 3,2 ile İspanya düşük oranlı ülkeler olarak konumlanmaktadır. Türkiye % 2,5 ile tabloda yerini almaktadır. 2000 yılından 2009 yılına genel anlamda hissedilir düşüşler görülürken, Türkiye de 1000 nüfus başına yatak sayısı 2,0 den 2,5 e yükselmiştir. En fazla hissedilen düşüş (7,2 den 5,4 e) 1,8 ile Estonya 'da görülmektedir. Nüfusa göre yatak sayısının

yeterliliği, sağlık hizmetlerinin yapısı ve işleyişi diğer göstergeler ile birlikte kapsamlı bir analiz çerçevesinde değerlendirilmesi gereken bir konudur (ECHIM, 2010).

Hastanedeki yataklar kabul edilen hastaların düzenli bakımı için hemen kullanılabilir şekilde olmalıdır. Hastane yatak sayılarının genel olarak azaltılması yönü ise, kaynakların daha verimli kullanılması, ayakta tedavi, hastanede geçirilen operasyon ve süresi gibi faktörlerle sağlanabilmektedir (Eurostat, 2010:220).

4.3.2.4. Toplam Nüfus

Sağlık arzı kaynaklarından toplam nüfus göstergeleri Tablo 4.10’ da verilmektedir. Tablo 4.10’a göre veri mevcut ülke grubu basamaklandırmasında 1990 yılı en fazla nüfus 79,1 milyon ile Almanya’ dır.

Tablo.4.10. Toplam Nüfus (Milyon)

(Eurostat Data,2010) (Eurostat Yearbook,2010)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2010	2030*	2060*
Avusturya	7,6	8	8	8,2	8,4	9	9
Belçika	9,9	10,1	10,2	10,4	10,8	11,7	12,3
Çek Cum.	10,4	10,3	10,3	10,2	10,4	10,4	9,5
Danimarka	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,8	5,9
Estonya	1,6	1,4	1,4	1,3	1,3	5,8	5,9
Finlandiya	5	5,1	5,2	5,2	5,3	5,6	5,4
Fransa	56,6	57,8	60,5	62,7	62,6	68	71,8
Almanya	79,1	81,6	82,2	82,5	82,1	80,2	70,8
Yunanistan	10,1	10,6	10,9	11	11,3	11,6	11,1
Macaristan	10,4	10,3	10,2	10	10	9,7	8,7
İrlanda	3,5	3,6	3,8	4,1	4,6	5,9	6,8
İtalya	56,7	56,7	56,9	58,4	60	61,9	59,4
Lüksemburg	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7
Hollanda	14,9	15,4	15,9	16,3	16,5	17,2	16,6
Polonya	38	38,2	38,7	38,1	38,1	37	31,1
Portekiz	10	10	10,2	10,5	10,7	11,3	11,3
Slovakya	5,3	5,3	5,4	5,3	5,4	5,3	4,5
Slovenya	2	2	2	1,9	2	2	1,8
İspanya	38,8	39,3	40	43	46,7	52,7	51,9
İsveç	8,5	8,8	8,9	9	9,3	9,9	10,3
Türkiye^	55,5	59,7	66,9	71,6	73,7	..	..
İngiltere (UK)	57,2	58	58,8	60	62	69,2	76,7
Ortalama	20,5	20,8	21,2	21,6	22	23,3	22,9

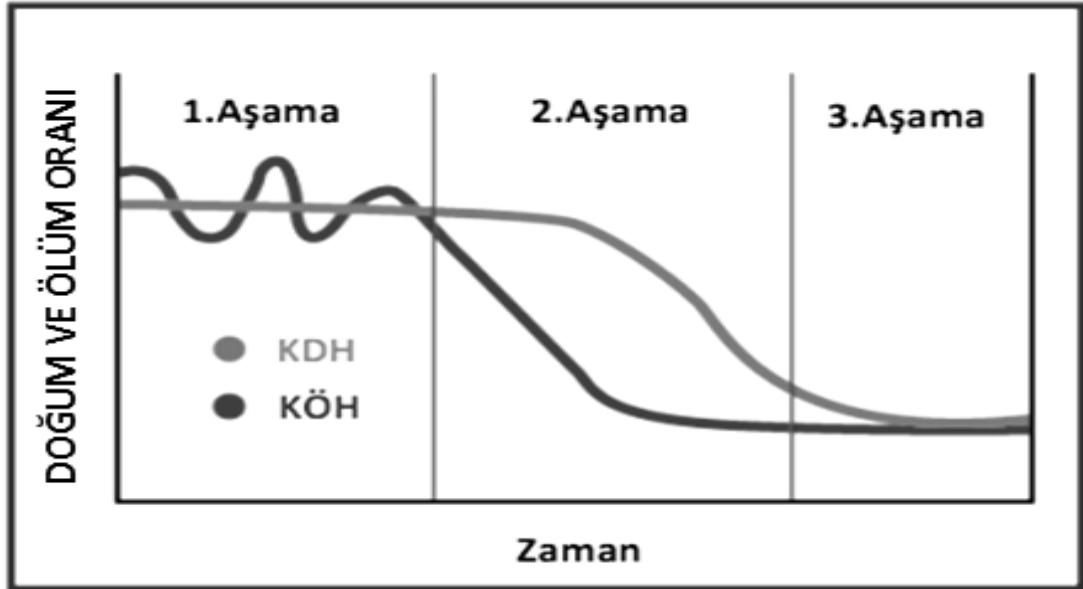
Almanya’ dan sonra ikinci en yüksek 57,2 milyon ile İngiltere, üçüncü en yüksek 56,7 milyon nüfus ile İtalya yerini almaktadır.

Türkiye’nin nüfusu ise 55,5 milyondur. Sayıca en az nüfusa sahip ülke de 400 bin ile Lüksemburg şeklindedir. 2000 yılı itibariyle, 82,2 milyon nüfus ile Almanya sırasını korurken, İngiltere’ nin yerini Fransa almıştır. Lüksemburg ise yıllar itibariyle en az nüfusa sahip ülke olarak görünmektedir. Türkiye de 66,9 milyon ile üye ülkeler arasında ikinci sırada yer almaktadır. 2010

yılı verilerine göre; Almanya nüfusunda önceki yıllara nispeten 82,2 milyondan 82,1 milyona hafif bir düşüş gözlenirken, en fazla nüfusa sahip Fransa, İtalya ve

İngiltere’ de nüfus pozitif yönde belirgin bir şekilde artmakta ve artmaya devam etmektedir. Nitekim 2030 ve 2060 nüfus projeksiyonları da bu eğilimi doğrulamaktadır. 2011 nüfus artış hızı da dünyada ortalama %1,09 olarak hesaplanmıştır (CİA, 2011).

Türkiye nüfusu da mevcut ülkeler içinde artış yönünde ve esaslıca ortalamanın üstündedir. 2000’li yılların sonunda 72 milyona ulaşan nüfus büyüklüğünün Cumhuriyet’in 100. yılında 82,3 milyon olması beklenmektedir (TÜİK, 2009) yani 2023 yılında Türkiye nüfusunun yaş yapısının, *durağan nüfusların* yaş yapısına benzer olacağı görülmektedir. Bu durum, nüfus büyüklüğünün bu yıllardan başlayarak tedrici olarak durağanlaşacağına işaret etmektedir.



Şekil 2.2. Demografik Dönüşüm Kuramı (Kaba Doğum ve Ölüm Oranları)

Kuramsal açıdan, Demografik Dönüşüm Kuramı'na göre ise, bütün toplumlar kaçınılmaz olarak doğurganlık ve ölümlülük hızlarının yüksek olduğu bir aşamadan her ikisinin de düşük olduğu bir aşamaya -Şekil.2'de gösterilmektedir- dönüşüm yapacaklardır. Örneğin, Avrupa ülkelerinin çoğunda bir yüzyılı bulan demografik dönüşüm süreci, Türkiye gibi ülkelerde *ertelenmiş* olarak ve daha kısa sürede yaşanan bir süreç olmuştur (Koç, Adalı, vd. , 2008:7-8).

Dünya nüfusu genel olarak hesaplandığında; 2010 toplam dünya popülasyonu 6,892,319,000' dir. Gelişmiş ülkeler 1,236,646,000 popülasyona sahip iken az gelişmiş ülkelerde popülasyon 5,655,673,000 şeklindedir (PRB, 2010).

4.3.3. Ekonomik Göstergeler

4.3.3.1. Kişi Başı GSYİH (Cari Fiyatlarla PPPs-US\$)

Sağlık ekonomisi ekonomik göstergeler belirtecinden Kişi Başı GSYİH cari fiyatlarla US dolar cinsinden Tablo 4.11’de verilmiştir. Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), ekonomik aktivite için bir ölçüdür.

Tablo 4.11.Kişi Başı GSYİH(Cari Fiyatlarla)
(OECD.StatExtract ,OECD Factbook 2010)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Avusturya	19457	23502	28773	33409	38814	39768
Belçika	18687	22450	27628	32141	36300	37435
Çek Cumhuriyeti	11875	12813	14994	20366	25563	25299
Danimarka	18462	22993	28826	33196	37680	39476
Estonya	..	6280	9863	16531	19876	20608
Finlandiya	17699	18773	25671	30644	35229	36664
Fransa [^]	17277	20222	25276	29692	33373	33835
Almanya	18389	22493	25952	31366	36332	37567
Yunanistan	12574	14679	18412	24641	29303	28189
Macaristan	..	9032	12114	16952	20275	20325
İrlanda	12991	17908	28680	38675	39562	39778
İtalya	17595	21112	25597	28144	32413	31563
Lüksemburg	30408	38842	53383	68313	84848	89633
Hollanda	17630	21552	29409	35111	40804	42478
Polonya	5991	7483	10568	13786	18920	19784
Portekiz	10678	13071	17089	20656	25055	25609
Slovakya	..	8308	10973	16163	22869	23448
Slovenya	..	12966	17471	23494	27462	27545
İspanya	13269	15989	21323	27377	32247	32076
İsveç	19319	21867	27761	32298	37155	39013
Türkiye [^]	5843	7126	9171	11391	14218	16398*
İngiltere(UK)	16322	19716	26074	32724	35151	35917
Ortalama	16390	17716	23135	28841	33773	34572

Tabloya göre; 1990 yılı için Lüksemburg 30408 US\$ ile en yüksek GSYİH’ ye sahipken Polonya da 5991 US\$ ile ülke grubunda en düşük kişi başı gelire sahiptir. Türkiye de 5843 US\$ ile sıralamada en sonda yer almaktadır.

Ülke grup ortalaması 16390 Cumhuriyeti, Yunanistan, İrlanda, Portekiz, İngiltere ve İspanya ortalamasının altında kalmaktadır. 2000 yılı verilerine göre; keza Lüksemburg en fazla kişi başı geliri elde ederken yıldan yıla sürekli artış eğilimindedir. Polonya da 10568 US\$ ile grupta en

düşük kişi başı geliri sahiplenmektedir. Türkiye de ise kişi başı gelir 9171 US\$’a yükselmesine rağmen mukayese yapılan ülkeler ortalamasını tutturamamıştır. 2010 yılı verilerine göre; Lüksemburg kişi başı gelir 89633 US\$’a yükselirken, en düşük kişi başı gelir Polonya da 19784 US\$ olarak verilmiştir. Türkiye de 16398 US\$ ile

grup ortalamasının altında kalmıştır. 2010 yılı grup ortalaması 34572 US\$ hesaplanırken, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Almanya, İrlanda, Hollanda, İsveç ve İngiltere kişi başı GSYİH 'de ortalamanın üzerindedir. Sıralama sonlarda yer alan Polonya ve Türkiye WHO' ya göre yüksek orta gelir grubuna dahil edilmiştir. Bu iki ülke dışında OECD üyesi AB ülkeleri yüksek gelir grubuna dahildir (WHO,2010).

4.3.3.2. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları

Tablo 4.12.Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	1623	2239	2862	3472	4289
Belçika	1354	1914	2481	3414	3946
Çek Cumhuriyeti	558	897	982	1475	2108
Danimarka	1540	1869	2383	3152	4348
Estonya	..	..	522	831	1393
Finlandiya	1363	1479	1855	2590	3226
Fransa	1445	2101	2553	3306	3978
Almanya	1764	2267	2669	3353	4218
Yunanistan	845	1261	1451	2352	2724*07
Macaristan	..	658	853	1411	1511
İrlanda	789	1187	1763	2924	3781
İtalya	1356	1532	2064	2516	3137
Lüksemburg	..	1906	3269	4152	4808
Hollanda	1412	1795	2340	3450	4914
Polonya	289	410	583	857	1394
Portekiz	628	1014	1511	2100	2508*08
Slovakya	..	..	604	1139	2084
Slovenya	..	984	1453	1978	2579
İspanya	870	1190	1538	2268	3067
İsveç	1592	1741	2286	2958	3722
Türkiye	155	173	433	591	902*08
İngiltere (UK)	960	1347	1837	2701	3487
Amerika (USA)	2810	3748	4703	6563	7960
Ortalama	1149	1463	1803	2495	3263

Sağlık ekonomisi ekonomik göstergeler belirtecinden Kişi Başına Sağlık Harcamalarına ayrılan pay Tablo 4.12'de gösterilmektedir. Tabloya göre; 1990 yılı kişi başı sağlık harcaması en düşük ülkeler; 289 US\$ ile Polonya, 558 US\$ ile Çek Cumhuriyeti, 628 US\$ ile Portekiz şeklindedir. Yel pazenin diğer ucundaki kişi başı sağlık harcaması en yüksek olan ülke 1764 US\$ ile AB'nin büyük ekonomilerinden biri olan Batı Avrupa ülkesi Almanya'dır. Türkiye de 155 US\$ ile yüksek gelirli ülke grubunun gerisinde kalmaktadır. 2000 yılı verilerine göre değerlendirildiğinde; minimal noktada 522 US\$ ile Kuzey Avrupa ülkesi Estonya

yer alırken, kişi başı sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın maksimal noktasında 3269 US\$ ile Batı Avrupa ülkesi⁶ Lüksemburg görülmektedir.

⁶ Batı Avrupa Ülkeleri (Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg, Hollanda)
Kuzey Avrupa Ülkeleri (Danimarka, Estonya, Finlandiya, İrlanda, İsveç, İngiltere (Birleşik Krallık))
Doğu Avrupa Ülkeleri (Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Slovakya)
Güney Avrupa Ülkeleri (İtalya, Portekiz, İspanya, Slovenya, Yunanistan) (PRB,2010)

Lüksemburg takibinde, 2862 US\$ ile Batı Avrupa ülkesi Avusturya ve 2669 US\$ ile bir diğer Batı Avrupa ülkesi Almanya konumlanmaktadır. Bu noktadan hareketle Batı Avrupa ülkelerinde kişi başı sağlık harcamalarının yüksek olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması 433 US\$'a yükselirken ülke grup ortalamasının gerisinde kalmıştır.

2009 yılı verilerine göre; 4914 US\$ ile Hollanda; 4808 US\$ ile Lüksemburg; 4348 US\$ ile Danimarka kişi başı sağlık harcaması yüksek olan ülkelerdir. 1393 US\$ ile Estonya; 1394 US\$ ile Polonya; 2084 US\$ ile Slovakya ise miktarı en düşük kişi başı sağlık harcamalarına sahip ülkelerdir. Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması 902 US\$ seyrindeyken medyandan saptmaktadır. 2005 yılı itibariyle en düşük kişi başı sağlık harcamasına sahip Estonya'ya yaklaştığımız, 2009 yılı rakamları gösteriyor ki Estonya'nın yaptığı atağı Türkiye gösterememiştir. Bunun yanı sıra Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması miktarı oldukça düşüktür ve mukayese edilen ülkeler ortalamasında 1990 yılı yaklaşık onda biri şeklinde ölçümlenirken 2009 yılı yaklaşık dörtte biri seviyesine ulaşabildiyse de açığı kapatamamıştır. Şöyle ki: *“Türkiye⁷'nin sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerin gerisinde dahi olsa, kendi gelirine oranla makul bir düzeyde olduğu”* belirtilmektedir.

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. Şöyle ki; OECD ülkeleri dünya nüfusunun % 18'ini teşkil etmekteyken, 2004 yılı rakamlarına göre 4,1 trilyon dolar tutarındaki toplam sağlık harcamasının % 80'i bu ülkeler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu durumun nedenleri arasında, gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, tıp ve ilaç teknolojilerindeki gelişmeler sonucu sağlık hizmetlerinde arzın artması, performans dayalı ödeme sistemi, kalp rahatsızlıkları, kanser gibi kronik hastalıklarda görülen artış yer almaktadır. Ayrıca bu ülkelerde sağlık harcamaları, milli gelirden daha hızlı artmaktadır (Deloitte, 2008).

⁷ Dünya Bankası'nın sınıflandırmasına göre, Türkiye (OECD ülkeleri arasında Macaristan, Meksika, Polonya ve Slovakya ile birlikte) “üst orta gelir düzeyinde” bir ülke olarak kategorize edilmektedir. Geri kalan OECD ülkeleri ise “yüksek gelir düzeyindeki” ülkeler olarak kategorize edilmektedir. Üst orta gelir düzeyindeki ülkeler, 2006'da kişi başına düşen gayri safi milli hasılası (GSMH); 3956 ile 11.115 Amerikan Doları arasında olan ülkeler olarak tanımlanmaktadır. Yüksek gelir düzeyindeki ülkeler ise 2006 yılında kişi başına düşen GSMH'si 11.115 Amerikan Doları'nın üstünde olan ülkeler olarak tanımlanmaktadır

Sağlıkta yükselen maliyet, vergilendirme ve sigorta ile ilgili problemler kamu finansmanını gündeme getirmiştir. Avrupa'da artan sağlık maliyetlerinin ana unsurları şu şekilde belirtilmiştir: gelecekte yaşlanan nüfus ve kronik hastalık ile ilgili artış, pahalı teknolojik gelişmeler, artan hasta talebi ve daha az sağlıklı yaşam, diğer bir ifadeyle sağlıklı yaşamı devam ettirebilmede pasifize yaklaşımdır (The Economist, 2011).

Diğer taraftan, kişi başına sağlık harcamaları ile kişi başına düşen GSYİH genel anlamda pozitif korelasyon eğilimindedir. Bazı istisnalar da mevcuttur. Kişi başına düşen GSYİH benzer düzeyde olan ülkelerde bile, sağlık harcamalarında önemli farklılıklar olabilmektedir. Örneğin, İspanya ve Fransa'da kişi başına düşen GSYİH benzer ama İspanya sağlığı üzerine Fransa'dan % 80 daha az harcamaktadır (Health at a Glance:Europe, 2010).

Sağlık sistemi özellikleri ve nüfusun yaşlanması gibi etkenlerin sağlık harcamaları üzerinde çoğaltan etkisi olduğu gerçeğiyle birlikte sağlık harcamalarında büyüme için bir diğer önemli faktör GSYİH büyümesi olarak belirtilmektedir. Ayrıca sağlık sistemlerinin kurumsal özellikleri de sağlık harcamalarının büyüme hızını etkileyebilmektedir (Barros, Pedro, vd., 1998:535). GSYİH ile ölçülen ortalama zenginlik düzeyinin sağlıkla orantılı olduğu açıklanmaktadır (Anderson ve Hussey, 2001:227).

4.3.3.3. Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması ve Tıbbi Malzeme (US \$)

Sağlık düzeyini belirlemede kullanılan ölçütlerden ekonomik göstergelerin alt başlığından biri olan Kişi Başı İlaç Harcaması verileri Tablo 4.13' te gösterilmektedir. Tablodaki veri mevcut üye ülkeler 1990 yılı verilerine göre; kişi başı ilaç harcaması 96 US\$ ile İrlanda en düşük miktara sahiptir. 251 US\$ ile de Almanya en yüksek harcama yapan ülkedir.

Türkiye grup ülkelerinde 32US\$ ile en az harcama yapan ülke konumundadır. 2000 yılı itibariyle; Estonya 116 US\$ ile kişi başı ilaç harcaması en düşük ülke; 559 US\$ ile Belçika en fazla harcama payına sahiptir. Türkiye de 115 US\$ ile Estonya'ya yakın gidişat izlemekteyken 1990 yılından 2000 yılına yaklaşık 5 katına çıkmıştır. 2009 yılı eğilimine göre ise, 676 US\$ ile Yunanistan en yüksek harcamayı yapan ülke olurken yelpazenin diğer tarafında 312 US\$ ile Polonya en düşük harcamayı yapan ülke olarak bulunmaktadır. Türkiye'de de miktar 144 US\$ olarak hesaplanmıştır.

Şöyle ki, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara sağlanan ilaçlar OECD’de ilaç harcaması içinde yer almazken, Türkiye’ de hastalar bu ilaçları önemli oranda kendileri serbest eczanelerden temin etmek durumunda kaldıklarından ilaç harcamalarının yüksek görünmesine yol açmaktadır (Deloitte, 2008).

Tablo 4.13. Kişi Başına Düşen İlaç ve Tıbbi Malzemeler

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	161	210	351	452	536,7
Belçika	210	309	559,4	602,9	638,2
Çek Cumhuriyeti	117	225	230	365	408,3
Danimarka	115	170	210	270	318,6
Estonya	..	..	116	198	326,4
Finlandiya	128	187	273	402	462,5
Fransa	244	314	421	553	640,2
Almanya	251	291	362	505	628,1
Yunanistan	121	198	275	505	676,7*07
Macaristan	158,8*91	165	276,7*01	439	493,1
İrlanda	96	136	249	482	661,9
İtalya	275	317	454	507	572,2
Lüksemburg	..	229	299	380	406,5*08
Hollanda	135	197	273	..	472,5
Polonya	..	..	207,9*02	240	312,9
Portekiz	156	239	338	454	517,8*08
Slovakya	..	203,8*99	205	363	553,7
Slovenya	..	..	356,1*02	408	484,2
İspanya	155	229	327	507	578,5
İsveç	128	215	316	406	465,5
İsviçre	208	259	349	427	521,3
Türkiye [^]	32	55(94)	115	102	144
İngiltere(UK)	130	205	260	345	381,4
Amerika (USA)	251	324	533	790	956
Ortalama	169	232	304,5	386	451,3

1990-2009 arası dönemde kişi başı ilaç harcamalarında hissedilir artışlar yaşanmaktadır.

Dünyanın küresel ilaç harcamalarının % 78' i yüksek gelirli ülkelerde yapılmaktadır (WHO,2011).

Ayrıca ilaçlar için yapılan harcamaların oranı kişi başına düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir.

İlaç tüketim farklılıklarına katkıda bulunabilecek bazı faktörler vardır. Bunlar; reçeteli ilaçlar, doktor davranışı, ilaç, fiyatlandırma ve geri ödemede uygulanan

düzenleyici politikalar sağlık sigortası kapsamı içerir. Kişi başına düşen ilaç harcamaları ile gelir düzeyleri arasında negatif ilişki vardır. Buna kanıt olarak bireysel, geleneksel sosyolojik, psikolojik pozisyonlar ilaç tüketim harcamaları üzerinde etkisi sayılabilecek doğal etkenler arasında yer almaktadır. Nüfusun bilgi düzeyi ilaç kullanımını etkilerken, ilaçların atıl kapasiteyle kullanılmadığı da israfa, ek maliyete konu teşkil eder.

4.3.3.4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (%)

Tablo 4.14. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (WHO, OECD, 2011)

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	8,3	9,5	9,9	10,4	11,0
Belçika	7,2	8,5	9,0	10,6	10,9
Çek Cumhuriyeti	4,7	7,0	6,5	7,2	8,2
Danimarka	8,3	8,1	8,3	9,5	11,5
Estonya	..	5,9*99	5,3	5,0	7,0
Finlandiya	7,7	7,9	7,2	8,4	9,2
Fransa	8,4	10,4	10,1	11,1	11,8
Almanya	8,3	10,1	10,3	10,7	11,6
Yunanistan	6,6	8,6	7,9	9,5	9,6*07
Macaristan	7,0*91	7,3	7,0	8,3	7,4
İrlanda	6,1	6,6	6,1	7,5	9,5
İtalya	7,7	7,3	8,1	8,9	9,5
Lüksemburg	5,4	5,6	7,5	7,9	7,8
Hollanda	8,0	8,3	8,0	9,8	12,0
Polonya	4,8	5,5	5,5	6,2	7,4
Portekiz	5,9	7,8	8,8	10,2	10,1*08
Slovakya	..	5,8*97	5,5	7,0	9,1
Slovenya	..	7,5	8,3	8,4	9,3
İspanya	6,5	7,4	7,2	8,3	9,5
İsveç	8,2	8,0	8,2	9,2	10,0
Türkiye^	2,7	2,5	4,9	5,4	6,7
İngiltere (UK)	5,9	6,8	7,0	8,3	9,8
Amerika^(USA)	12,2	13,6	13,4	15,4	17,4
Ortalama	6,9	7,8	7,7	8,7	9,6

GSYİH'nin %'si olarak toplam sağlık harcamalarının payı Tablo.14'te belirtilmektedir.

Tabloya göre; sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı en fazla olan ülkeler, 1990 yılı verilerine göre; %8,4 ile Fransa, %8,3 ile Avusturya, Danimarka, Almanya şeklindedir. En az payı sahip olan ülkeler ise; %4,8 ile Polonya ve %4,3 ile Çek Cumhuriyeti şeklinde sıralanmaktadır. Türkiye ise %2,7 oranla paydaşlarından düşüktür. 2000 yılı verilerine göre; GSYİH'nin sağlık harcamaları içindeki payı en yüksek olan grup ülkesi % 10,3 ile Almanya'dır. %5,5 oranla ile de Polonya en az paya sahip

ülkedir. Türkiye payını %4,9 'a yükseltmiş olsa da grup ülkesinden düşüktür. 2009 yılı verileri değerlendirilirse; en fazla paya sahip ülke %12 ile Hollanda iken, en az paya sahip ülke de %7 ile Estonya'dır. Türkiye %6,7 ile grup ortalamasının gerisinde ancak en düşük paya sahip Estonya'ya yakınsamaktadır. Türkiye 1990 yılı itibariyle OECD üyesi AB ülkeleri ortalamasının yaklaşık beşte ikisi kadarken, 2009 yılında ortalamanın beşte dördüne yaklaşarak GSYİH' deki sağlık harcamaları payında kayda değer bir artış göstermiştir. Türkiye toplam sağlık harcamalarının GSYİH' deki payı ve kişi başı toplam sağlık harcamaları konusunda karşılaştırılabilir

diğer üst orta gelirli ülkelerdeki oranın biraz altında seyretmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

Grup ülke ortalaması 1990-2009 yılları arası dönemde ortalama rakamlarla mukayese edildiğinde % 6,9'dan % 9,6 oranına yükselmiştir. Genel anlamda GSYİH' den sağlığa ayrılan pay % 7 ile % 12 arasında değişmektedir.

Toplam sağlık harcamaları, sağlık mal ve hizmetlerin yanı sıra sağlık altyapı sermaye yatırımı şeklinde nihai tüketimi ölçer. Hükümetler, -ortalama yaşam ömrü artmasına rağmen- nispeten genç işgücüne dayalı olarak sigorta primleri ve vergi gelirlerini sağlık sistemlerinin finansmanı için kullanmaktadır. Nüfus yaşlandıkça, daha genç nüfusun vergi veya sigorta ödeme gelirlerinin düşmesi sonucu gelişmiş ülkelerde GSYİH'de sağlık payı giderek artan oranda tüketilmektedir (The Economist, 2011).

GSYİH' nin daha yüksek olduğu ülkelerde, sağlığa büyük miktarda harcama yapılırken ülkeler arasında geniş bir varyasyon söz konusudur (OECD Factbook, 2010). Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı piyasa ve sosyal faktörlerin yanı sıra, her ülkenin sağlık sisteminin farklı finansman ve organizasyon yapılarının bir yansıması olarak ülkeler arasında büyük ölçüde değişir.

OECD verilerine göre, sağlık harcamalarının, 2001 yılı ekonomik kriz öncesinde dahi, son on yılda ekonomik büyüme üzerine çıktığı ifade edilmektedir (Huber ve Orosz, 2003:1-2). Son küresel durgunluk ile de GSYİH'nin sağlık harcamaları payındaki artış damgasını vurmuştur (OECD, 2009).

Avrupa dünya nüfusunun % 13'ü kadar popülasyonu bünyesinde taşıyan sağlık harcamalarında da dünyanın % 34'ü kadar harcama yapmaktadır (Global Health Expenditure Database, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH' sinin en az % 5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, 1992:15).

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH' den sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır. Tablo.14'e göre sağlık harcaması en yüksek gelişmiş ülke ABD'ye aittir. Dünyada toplam sağlık harcamaları 4,1 trilyon tahmin edilmektedir (WHO, 2007).

4.3.3.5. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları (US\$)

Kişi başı kamu sağlık harcamaları Tablo 4.15'te verilmektedir. Tabloda 1990 yılı verilerine göre veri mevcut ülkelerde kişi başı kamu sağlık harcaması yapan en yüksek miktara sahip ülke 1431 US\$ ile İsveç'tir. İsveç'ten sonraki bir diğer ülke 1344 US\$ ile Almanya'dır. En düşük harcamayı yapan ülkeler ise; 265 US\$ ile Polonya ve 411 US\$ ile Portekiz şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo 4.15. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1990	1995	2000	2005	2009
Avusturya	1191	1655	2199	2644	3331
Belçika	..	1452	1675	2454	2964
Çek Cum.	544	815	887	1288	1769,5
Danimarka	1274	1542	1964	2639	3698
Estonya	..	397*99	403	637	1049
Finlandiya	1103	1065	1318	1903	2410
Fransa	1107	1674	2027	2620	3100
Almanya	1344	1852	2130	2577	3242
Yunanistan	454	656	871	1414	1644*07
Macaristan	513,5*91	553	603	1020	1053
İrlanda	566	863	1328	2241	2836
İtalya	1078	1084	1497	1917	2443
Lüksemburg	..	1762	2781	3526	3741*08
Hollanda	947	1275	1476	1769(02)	..
Polonya	265	299	409	594	1006
Portekiz	411	635	1097	1507	1633*08
Slovakya	..	517*97	540	848	1369
Slovenya	..	764	1076	1422	1893
İspanya	685	859	1101	1601	2259
İsveç	1431	1509	1941	2415	3033
Türkiye^	95	122	272	401	659*08
İngiltere (UK)	803	1129	1456	2212	2935
Amerika (USA)	1102	1683	2032	2916	3795
Ortalama	880	1129	1370	1874	2376

Türkiye ise sadece 95 US\$ ile alt sıralara yerleşmiş vaziyettedir. 2000 yılı verilerine göre; 2781 US\$ ile Lüksemburg ve 2199 US\$ ile Avusturya üst sıralardayken; 403\$ ile Estonya ve 409 US\$ ile Polonya alt sıralarda konumlanmaktadır. Türkiye de yaklaşık 3 katına çıkarak 272 US\$ seviyesine yükselmiştir. 2009 yılı verilerine göre, Lüksemburg ilk sırasını koruyarak 3741US\$ (2008 yılı verisi) ile en yüksek miktarda harcama yapan ülke olmuştur. Polonya da harcamalarda artış yaşansa

da 1006 US\$ ile en alt sırada gözlenmektedir. Türkiye kişi başı kamu harcamalarında 1990-2009 arası dönemde belirgin bir yükseliş yaşansa da 659US\$ ile ortalamamın altında kalmıştır.1990 yılında ülke grup ortalamasının yaklaşık onda biri iken, 2009 yılı ortalamasının yaklaşık onda üçü sınırlarına yaklaşmıştır.

1990-2009 incelenen zaman kesitinde kişi başı kamu sağlık harcaması OECD üyesi AB ülkelerinde 880 US\$ düzeyinden 2376 US\$ düzeylerine çıkmıştır.

Türkiye kamu sağlık harcamaları – ister toplam sağlık harcaması içindeki payı, ister GSYİH’ nin payı, isterse de kişi başına düşen ya da genel devlet harcamasının payı olarak ölçülsün – Türkiye, diğer üst orta gelir grubundaki ülkeler kadar veya bunlardan daha fazla harcama yapmaktadır (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

4.3.3.6. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%)

Tablo 4.16. Toplam Sağlık Harcamalarında
Kamu Payı

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1995	2000	2005	2009
Avusturya	73,9	76,8	76,1	74,5
Belçika	68,7	67,5	72	68,4
Çek Cum.	90,9	90,3	83,7	80,2
Danimarka	82,5	82,4	79,3	80,1
Estonya	89,8	77,5	77,2	75,5
Finlandiya	72	71,1	69,5	72,1
Fransa	79,7	79,4	76,9	76,6
Almanya	81,6	79,8	74,3	75,7
Yunanistan	52	60	60,1	62,6
Macaristan	84	70,7	69,7	69,9
İrlanda	72,7	75,3	76,6	79,6
İtalya	70,8	72,5	75,2	77,3
Lüksemburg	92,4	69,8	74,6	74,2
Hollanda	71	63,1	60,5	77,2
Polonya	72,9	70	64,7	68,2
Portekiz	62,6	72,5	67,9	69,9
Slovakya	88,5	85	72,1	67,3
Slovenya	77,7	74	68,9	70,2
İspanya	72,2	71,6	67,8	72,1
İsveç	86,6	84,9	78,8	78,6
Türkiye^	70,2	62,9	67,8	75,2
İngiltere (UK)	83,9	79,3	81,9	83,6
Amerika^(USA)	44,9	43,2	45,5	48,6
Ortalama	77,4	74,9	72,8	73,9

Tablo 4.17. Toplam Sağlık Harcamalarında
Özel payı(WHO,2011)

1995	2000	2005	2009
26,1	23,2	23,9	20,5
20,7	23	23,5	24,1
9,1	9,7	12,7	16,6
17,5	17,6	16,3	13,7
10,2	22,5	22,9	20,9
28	28,9	25,3	23,6
20,3	20,6	20,3	20,8
18,3	20,2	21,8	21,2
48	40	39,9	37,4
16	29,3	27,3	27,6
27,3	24,7	23,4	20,4
29,2	27,5	24,8	22,7
7,6	14,9	15,1	16
23,2	32	31,4	15,2
27,1	30	29,5	25,4
37,4	27,5	27,2	26,3
11,5	15	23,7	28,2
22,3	26	26,3	25,1
27,8	28,4	28,9	24,8
13,4	15,1	17,4	16,6
29,8	37,1	32,2	24,8
16,1	20,7	18,1	16,4
55,1	56,8	54,5	51,4
21,8	23,7	23,8	22,07

Toplam sağlık harcamaları içinde kamu ve özel sektörün payı Tablo 4.16 ve Tablo 4.17’de verilmektedir. Tablolara göre; 1995 yılı itibariyle en yüksek kamu

sağlık harcamalarına en fazla hisse ayıran ülke % 92 oranla Lüksemburg iken aynı ülke özel sağlık harcamalarına % 7,2 pay ayırmaktadır. Kamu sağlık harcamalarına % 52 ile en az pay ayıran ülke olan Yunanistan özel sağlık harcamalarında % 48 oranla yer tutmaktadır. Türkiye'nin OECD üyesi AB ülkelerinde toplam sağlık harcamalarında kamuya ayırdığı pay % 70,2 şeklindedir ve % 77,4 ortalamasının altında kalmıştır. Ancak bazı ülkelere oransal olarak yaklaşmaktadır.

Çek Cumhuriyeti özel sağlık harcamaları payı da %9,7 şeklindedir. Toplam sağlık harcamalarında kamu payı en düşük ülke %60 ile Yunanistan olup bir önceki döneme göre artış kaydetmiştir. Türkiye de %62,9 ile kamu sağlık harcamaları payını azaltmış ülke grup ortalamasının gerisinde seyretmektedir. 1995 yılından 2000 yılına toplam sağlık harcamalarında kamu sağlık harcamalarına ayrılan pay yönüyle Avusturya, Yunanistan, İrlanda, İtalya ve Portekiz hariç tutulduğunda grubun diğer üye ülkeleri bu oranı azaltmaktadır. 2009 yılı verilerine göre; kamu sağlık harcamalarında İngiltere %83,6 oranla birinci sırada yer alırken, %62,6 oranla Yunanistan son sırada yer almaktadır. Özel sağlık harcamalarında ise; İngiltere %16,4 oranında; Yunanistan da %37,4 ile yelpazenin bir ucundan diğer ucuna açılmaktadır. Türkiye kamu sağlık harcamalarında %75,2 oranına çıkış yaparken, özel sağlık harcamalarında %24,8'e gerilemiştir. 1995-2009 arası izlenen dönemde kamu sağlık harcamalarına ayrılan pay ortalama anlamda % 3,5 oranında iniş seyrine girerken, özel sağlık harcamalarında da %0,27 oranında çok küçük miktarda artış yaşanmıştır. Özüyle, özel sağlık harcamalarının yüksek olması temel olarak sağlık hizmetleri sorumluluğunun kamu olduğu AB ve TR' de hakkaniyet, etkinlik ve verimlilik açısından tercih edilen bir eğilim olmadığı belirgindir.

OECD tarafından sağlık politikaları ve sağlık sisteminin verimliliği konusunda ülkeler arasında karşılaştırmalı olarak derlenen yeni veriler, araştırma kapsamındaki tüm ülkelerde kamu sağlık harcamalarının verimliliğini daha arttırmanın mümkün olduğunu göstermektedir.

- Sağlık harcamalarını sabit tutarak, bütün ülkeler en iyi performans gösterenlerle aynı seviyede etkin olmayı sağlayabilirlerse, OECD genelinde doğum anındaki tahmini insan ömrü ortalama olarak iki yıldan fazla uzatılabilir.

- Ülkelerin üçte birinden fazlasında sağlık harcamalarını sabit tutarak verimliliğin arttırılması, ortalama insan ömrünün 2017 yılına kadar olan on yıl içerisinde en az bundan önceki on yıllarda olduğu kadar arttırılmasını sağlayabilir.

• Alternatif olarak, sağlık sistemlerinin verimliliğinin artırılması, OECD ülkelerinin kamu harcamalarında ortalama olarak GSYİH'nin %2'sine yaklaşan büyük tasarruflar elde edilmesine yol açabilir (OECD,2011).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başlatıldığı yıl olan 2003-2004’ten bu yana sağlığa yapılan kamu harcamalarının artış oranının, sağlığa yapılan toplam harcamanın artış oranına benzer olması ve her ikisinin de GSYİH’ nin büyüme hızından çok az daha yavaş olması dikkat çeken bir konudur (OECD ve Dünya Bankası, 2008).

4.3.3.7. Kişi Başı Cepten Yapılan Harcamalar

Tablo 4.18. Kişi Başı Cepten Yapılan Harcamalar

OECD Üyesi AB Ülkeleri/Yıllar	1995	2000	2005	2009
Avusturya	340,4	438,3	546,1	585,3*07
Belçika	..	600,9*03	596,4	787,4
Çek Cumhuriyeti	81,7	95,0	157,7	304,2
Danimarka	304,6	380,7	465,0	572,7
Estonya	72,3*99	104,0	169,6	282,3
Finlandiya	334,2	413,5	478,6	614,0
Fransa	159,7	181,3	218,9	290,9
Almanya	217,9	295,5	452,0	552,1
Yunanistan	..	..	..	..
Macaristan	105,6	224,0	335,9	358,5
İrlanda	182,5	270,1	452,7	464,4
İtalya	407,5	505,6	515,0	616,5
Lüksemburg	118,0	385,7	481,4	559,0
Hollanda	173,5*98	210,1	245,7	208,3*06
Polonya	111,0	174,8	223,7	310,2
Portekiz	..	411,6	548,0	681,3*08
Slovakya	..	64,1	257,2	532,6
Slovenya	..	210,8*03	247,4	333,8
İspanya	280,1	362,4	509,4	615,9
İsveç	..	414,8*01	494,5	620,3
Türkiye^	51,3	119,6	134,5	167,4*07
İngiltere (UK)	146,8	245,8	322,4	364,5
Amerika^(USA)	549,8	716,3	892,4	976,2
Ortalama	214	280	385	481

Kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları Tablo 4.18’de verilmiştir. Tabloya göre 1995 yılı verilerince en yüksek miktarda harcama yapan ülke 407 US\$ ile İtalya’dır. En az harcama yapan ülke ise 72,3 US\$ (1999 yılı verisi) Estonya’dır. Türkiye de 51,3 US\$ ile en alt sırada yer almaktadır. 2005 yılı bulgularına göre; 596,4 US\$ ile Belçika en fazla harcama yapan ülke iken 157,7 US\$ ile Çek Cumhuriyeti en az harcama yapan ülkeler arasındadır.

Türkiye de 134,5 US\$ harcama miktarını artırsa da oranların altında yer almaktadır. 2009 yılı bulgularına göre; Belçika birinci sırayı koruyarak 787,4 US\$ ile

en fazla cepten harcama yapan ülke 208,3 US\$ (2006 yılı verisi) ile Hollanda en az

cepten harcama yapan ülke olmuştur. Türkiye de 167,4 US\$ düzeyine çıksa da ülke ortalaması Türkiye oranlarının üstündedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları OECD ülkelerinin birçoğunda özel tüketimin en dinamik bileşenleri arasında yer almaktadır. Cepten ödenen mal ve hizmetler sepet fiyatının ülkeler arasında önemli farklılıkları vardır (Huber ve Orosz, 2003:14).

4.4. SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ

Sağlık harcamalarında yaşanan nüfus, yaşam tarzı teknoloji maliyetleri, risk grupları önemli yer tutarken yüksek gelirli ülkeler için risk faktörleri; tütün kullanımı, yüksek kan basıncı, fazla kilo ve obezite, fiziksel hareketsizlik, yüksek kan şekeri, yüksek kolesterol, düşük düzeyde sebze ve meyve tüketimi, kentsel hava kirliliği, alkol kullanımı ve iş riskleri şeklinde yüzde oranı en fazla olandan en az olana doğru sıralanmaktadır (WHO,2004). Bu riskler, kalp hastalığı, diyabet ve kanserler gibi kronik hastalıkların riskini artırdığı için sorumludur. Ve tüm gelir gruplarındaki ülkeleri etkilerler.

Ayrıca küresel sağlık sorunları bağlamında bulaşıcı hastalıkların yanı sıra bulaşıcı olmayan hastalıklar da risk içermektedir. Özellikle "yaşam tarzı" koşulları dünya çapında önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Bu koşullar şunlardır: Diyabet ve obezite, akıl hastalığı, madde bağımlılığı, tütün kullanımı ve yaralanmalar (WHO,2007). Dünya Ekonomik Forumu'nun 2009 raporuna göre ise bulaşıcı olmayan hastalıkların daha fazla mali kriz yarattığı ve doğal afetler ya da pandemik influenzadan (H1N1-Domuz Gribi) daha zararlı olduğu belirtilmekte, küresel ekonomik gelişme için en ciddi tehditler arasında yer almaktadır.

2004 Dünya Sağlık Örgütü raporunda, dünyada mortalitede önde gelen küresel riskler; yüksek kan basıncı (küresel ölümlerde % 13 sorumlu), tütün kullanımı (% 9), yüksek kan şekeri (% 6), fiziksel hareketsizlik (% 6 olduğunu söyler) ve fazla kiloluluk ve obezite (% 5). Bulaşıcı olmayan hastalıklar da karmaşık, küreselleşme, kentleşme, demografik ve yaşam tarzı gibi geçişler ile bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Küreselleşme hastalık risklerini ve potansiyel çözümleri de etkileyen karşılıklı bir bağımlılık yaratıyor. Küresel bağlantılar, bulaşıcı hastalıklar, virüsler ve bakteriler daha kolay sınır ötesi tehdit olarak algılandığından çok daha belirgin kendini göstermektedir (Narayan ve Mohammed, 2010).

Hastalıkların yanı sıra geri ödeme sistemleri ve harcamaların finansmanı da

önemli bir yer teşkil etmektedir. Ulusal düzeyde sağlık finansman krizini çözmek için başarısız olan AB Üye Devletleri 2030 yılında sağlık sistemlerini birleştirmeyi kabul etmiştir. AB, tüm blok ülkeler için sağlık organize etmek ve standartlaştırmak için Brüksel merkezli bir organizasyon kuracak ve resmi birleşmesi 2013 civarında gerçekleşecektir. Belirli kalite sonuçları ile AB ülkeleri katılırken Avrupa Federal Sağlık Sistemi (EFHS) adlı bu dev sağlık sisteminin Avrupa'da mali açıdan sürdürülebilir hale getirilmesi ile birlikte tahsil edilecektir. Özellikle, EFHS'nin aşağıdaki hedefleri olacaktır:

- Avrupa genelinde sağlık kaynaklarının sistematik rasyonalizasyonu
- Avrupa'da sağlık standartlarının uyumlaştırılması
- Avrupa sağlık işgücünün eğitimi ve yeniden eğitim
- Entegre bir e-sağlık sisteminin Avrupa çapında oluşturulması
- Sağlık fonu finansal model uyumu.

Sağlık harcamaları ve finansmanı ortak politika çerçevesinde analitik metotlarla ülke profilleri göz önünde tutularak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte sağlık sistemleri modelleri ve sağlıkta kamu-özel payı ya da ortaklığının net bir şekilde açıklanıp buna dayalı tahminlerle ileriye dönük stratejiler geliştirilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlığa ayrılan kaynakların en etkin şekilde kullanımına yönelik değerlendirmeleri kapsayan sağlık ekonomisi günümüzde önem kazanmaktadır. Bu çalışmada sağlık ve hastalık kavramı üzerinde durularak sağlık ekonomisi hakkında açıklayıcı bilgiler verilmiş, sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki sağlık ekonomisi ortak paydasında dünyada gelişmişlik göstergesi olarak belirlenmiş sağlık göstergeleri kullanılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin tanımı ve iktisadi özellikleri ayrı ayrı maddelenmiş sağlık hizmetleri piyasa dengesini açıklayıcı nitelikte oluşturulmuştur. Sağlık hizmet arz ve talebinin piyasada şekillendiği, yarı kamusal mal özelliği taşıdığı, eksik rekabet şartlarının var olduğu, kamu müdahalesinin gerekliliği, ikame olmayan tüketimi zorunlu mal olması, eksik ve asimetric bilginin hüküm sürdüğü piyasa modeli açıklanmıştır. Nitekim tüketici davranışları ve sağlık hizmeti sunan doktorun davranışları da birbirini tamamlayıcı nitelikte piyasada var olmaktadır. Arz ve talep çerçevesinde girdilerin en az maliyetle oluşturulmasında girdiler ile çıktılar arasında fonksiyonel ilişki kurulmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzı sağlık ekonomisinin üretim yönünü oluştururken tanı ve tedavi sağlayacak mal ve hizmet arzı ile koruyucu nitelikli mal ve hizmet arzı önemli rol oynamaktadır. Sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, siyasi otoritenin uyguladığı politikalar ve finansman yöntemleri gibi faktörler arz yönünü etkisi altına almaktadır. Sağlığa ayrılan kaynağın yanı sıra bu kaynakların etkin kullanılıp kullanılmadığı önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetleri talebi ise sağlık ekonomisinin tüketim yönünü oluşturmaktadır. Piyasa şartları, hizmete yönelik davranışlar, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği, gelir esnekliği, finansman yöntemlerinin etkisi, sağlık sigortalarının yaygınlığı, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik, sosyo-ekonomik gelişme talep yönünü etkileyen unsurlardandır.

Sağlık ekonomisinin temel konusu olan “sağlık hizmeti” de geniş bir listeyi kavrayan bir kategorinin adıdır. Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetler şeklinde sınıflandırılırken ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre bu hizmetlere verdiği önem farklılaşmaktadır. Örneğin; gelişmiş ülkeler koruyucu hekimliği ön plana çıkarıp harcamalarda bu alana daha büyük pay ayırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin uluslar arası düzeyde karşılaştırılabilmesi için bazı alt göstergelere ihtiyaç duyulmaktadır. WHO, OECD ve EUROSTAT standart sağlık indikatörleri geliştirerek veri toplamakta ve ülkelere değişik periyotlarla bu kapsamda sağlık verisi talep etmektedirler. Bu kuruluşlarda “demografi ve sosyoekonomik durum”, “sağlık durumu”, “sağlığın belirleyicileri” ve “sağlık sistemleri” ana başlıkları kapsamında göstergeler belirlenmektedir. Çalışmamızda demografik göstergeler, hastane göstergeleri ve ekonomik göstergeler sağlık ekonomisi çatısı altında incelenmiştir. Sağlık ve ekonomi arasındaki bu fonksiyonel bağıntı sağlık harcamaları şeklinde kendini göstermektedir. Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etme çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Ayrıca yaşlanan nüfus, kronik hastalıklar, beslenme, kalıtım, çevre faktörleri, teknolojik maliyetler sağlık harcamalarında artışa neden olan unsurlardır. Bununla birlikte ülkeler için beşeri sermayede verimlilik ve sağlıklı nüfus eldesi sağlık harcamalarının başat faktörleri olarak görülmektedir. Demografik göstergelerden ekonomik göstergelere hem kişi başı hem de kamu harcamalarının sağlığa ayırdığı pay önemli yer tutarken dünyadaki tüm ülkeler bu harcamaları finanse etme yolunda bir ya da birden fazla yöntemi benimsemektedir. Sağlık finansman politikasını seçerken kalite, verimlilik, şeffaflık, açıklanabilirlik, kaynak dağılımında eşitlik amaçları önceliklidir.

Sağlık hizmetleri finansmanı ülkeden ülkeye değişirken sağlık sistemi modelleri finansman yöntemleri ile özdeşleştirilmektedir. Finansman stratejisini belirlerken arz sunumu, talep kullanımı, mali kapasite gibi kriterlere dikkat etmek gerekmektedir. Bu çerçevede oluşturulan kamu, yarı kamu ya da özel kaynaklı finansman kaynaklarının etkin finansman yöntemleriyle kullanılması önem arz etmektedir. Finansman yöntemleri piyasa ekonomisi aracılığıyla, cepten ödeme ve özel sağlık sigortası; kamu ekonomisi aracılığıyla, vergiler ve zorunlu sosyal sigorta şeklinde kümelenir. Çalışmamızda sağlık sistemleri modellerini dört gruba

ayrılmıştır. Türkiye de bu gruba eklenmiştir. İngiltere-Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti), Almanya-Bismarck Modeli (Hastalık Fonları), Amerika Birleşik Devletleri-Doğrudan Finansman (Özel Sağlık Sigortası), İtalya-Bütünleştirilmiş Finansman (Karma Sistem), Türkiye-Karma Finansman (Genel Sağlık Sigortası) şeklinde sınıflandırılmaktadır. İngiltere'de sağlık bakımı, devlet denetiminde olan ve finansmanı genel vergilerle sağlanıp, ücretsiz sunulan "Ulusal Sağlık Hizmetleri" (National Health Services) kurumu aracılığı ile yürütülmektedir. Almanya toplumsallaşmış sağlık sigortası programı yani hastalık fonları ile karakterize bir sağlık sistemidir. ABD'de sigorta, özel sağlık sigortası ya da hükümet programları Medicare ve Medicaid şeklinde yaptırılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, sağlık alanında kişi başına en çok para harcayan ve dünyanın teknolojik açıdan en gelişmiş sağlık sistemine sahip bir ulus olmasına rağmen dünyanın en sağlıklı toplum olmayışı eleştiriye açık bir konudur. İtalya sağlık bakım sistemi Ulusal Sağlık Servisi tarafından ücretsiz olarak evrensel bir kapsama alanı sağlamaktadır. Hem zorunlu, hem gönüllü sigortaların mevcut olduğu karma sistemdir. Türk Sağlık Sistemi son derece merkezi ve parçalı kompleks bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetleri, kamu, yarı kamu, özel ve hayırsever kuruluşlar tarafından sağlanır. Sağlık hizmetleri, (Maliye Bakanlığı aracılığıyla), hükümetin sosyal güvenlik kurumları (Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)) tüccarlar; esnaf ve kendi hesabına (Bağ-Kur) ve devlet memurları emekli sandığı (Emekli Sandığı) tarafından ve cepten ödemelerle finanse edilmektedir. Türkiye'de sağlık finansmanı ana kaynakları; genel bütçe vergi gelirleri, sosyal güvenlik primleri ve cepten ödemeler şeklinde gerçekleştirilmektedir.

“Beveridge”, “ Bismarck” ya da “Özel Sigorta” modellerinin dünyada kullanımları arasında “Beveridge” (vergi) Dünya Bankası'nın sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemidir. Royal Society of Medicine Dergisi'nde yayınlanan bir araştırmaya göre, gelişmiş dünyanın en maliyet etkin sağlık sistemlerinden biri İngiltere Sağlık Sistemi (Beveridge) olarak verilmektedir. Bunun yanı sıra Avrupa'da yaygın kullanım alanı bulan Bismarck (sosyal sigorta sistemi) da kullanımı etkin bir sistemdir. Her iki model de kamu payı yüksektir. Beveridge'de hizmetten yararlanma ücretsiz ve kamu hukuku ile tanımlanır, bireyin mali katkısından bağımsızdır. Beveridge de olduğu gibi Bismarck'da da devlet makro düzeyde işlev görmektedir. Bu sistemlerin tercih

edilmesinin en temel sebebi kamu eksenli yürütülmesidir. Kamu koruyucu hekimlik hizmetleri sunumunda başat faktördür. Günümüzde ise kamu-özel ortaklığına doğru bir yönelim gerçekleşmekte olup sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliği artırılmaya çalışılmaktadır.

Çalışmamızda yüksek gelir grubuna dahil OECD Üyesi AB Ülkeleri'nde Sağlık Düzeyi Göstergeleri ülkeler bazında karşılaştırma yapılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Demografik göstergeler bünyesinde; 1990 yılı bebek ölüm oranı % 9,3 2009 yılı ortalama bebek ölüm oranı % 3,6'dır. Buna göre Türkiye'de bebek ölüm oranı % 55,4 'ten % 13,1 oranına düşse de hala AB üyesi ülkeler ortalamasının üzerinde seyretmektedir. Ülkemizin bu konudaki durumu, aşırı doğum oranından genel yaşam standartlarının düşüklüğüne, sağlık imkanlarından kültürel özelliklere uzanan geniş ve karmaşık faktörler dizisi ile açıklanabilmektedir. Ayrıca Türkiye tüm OECD ülkeleri arasında beş yaş altı ölüm oranında en büyük azalmayı gerçekleştiren ikinci ülke olarak gösterilmektedir. Bebek ölüm oranlarındaki düşüş doğum öncesi ve sonrası bakım, anne doğurganlık yaşı ve beslenme gibi faktörlerle sağlanabilir.

Anne Ölüm Oranı grup ülke ortalaması 1990 yılında ortalama 14,2 iken 2008 yılı verilerine göre 100000 canlı doğumda ortalama 6,2 oranına düşmüştür. Türkiye ise 100000 canlı doğumda 100 iken bu oran 2009 itibariyle 18,4 'e gerilemiştir. Doğumdan sonra 48 saat kritik öneme sahiptir. Bütün anne ölümlerinin % 50'si bu dönemde gerçekleşmektedir. Ve bir annenin ölümü yenidoğan için yüksek bir risk oluşturmaktadır. Doğum sonrası bakım, her ikisi için de yaşam ve ölüm arasındaki fark anlamına gelmektedir. Bu anlamda gelişmiş ülkeler gebelik öncesi ve sonrası, doğum sırası ve sonrasında anne sağlığını iyileştirici önlenebilir ortak çözümler sunmaktadır. Önlenebilir tedbirlerle anne ölüm oranları daha makul düzeye indirilebilir.

Gelişmiş ülkelerde, kadın başına 2,1 çocuk doğurganlık oranı sıfır net göç varsayımsal (doğal yenilenme düzeyi) durum altında, uzun vadede istikrarlı bir nüfusu korumak için gerekli olarak kabul edilir. Toplam Doğurganlık Oranı (15-49 yaş arası), grup ülke ortalaması 1990 yılında ortalama % 1,78 iken 2009 yılı verilerine göre % 1,61 oranına gerilemiştir. Türkiye ise 2009 yılı itibariyle kadın başına 3.07 çocuk ile grup ülke ortalamasının üstündedir. Türkiye'nin Avrupa'daki doğum oranının en yüksek ve nüfusu en hızlı artan ülke olduğu belirtilmiştir. AB'de

daha az çocuk sahibi olmanın nüfusun büyümede yavaşlamasını getirmektedir. Yaşlanan nüfus piramidi ise sağlık harcamalarında artışı teşvik edecektir.

Doğumdan Yaşam Beklentisi grup ülke ortalaması, 1990 yılı yaşam beklentisi ortalaması 74,5 olarak belirlenmiştir. 2009 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi ortalaması 79 yıla yükselmiştir. Genel anlamda ülke grubunda 1990 yılından 2009 yılına beklentisel döngüde yaşam süresi beklentisinde artış görülmektedir. Yaşam beklentisindeki kademeli artış AB nüfusunun yaşlanmasına neden olan faktörler arasındadır. OECD ülkelerinde doğumdan yaşam beklentisi ve kişi başına sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişki olması durumu açıklamaktadır. Kalan yaşam süresi ümidinde ise genel olarak artan bir trend izlenmektedir. Kadınlar için yaşam beklentisi erkeklere göre yaklaşık 4 yıl daha fazladır. Kalan yaşam süresi beklentisi insanların yaşı arttıkça artar. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun % 20 olan payının 2050 yılında % 33'e yükselmesi öngörülmektedir. Risk grubu içerisinde yer alan yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarının da artmasına yol açacaktır. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan tasarrufların yatırıma dönüşmesi gelirden artışa neden olabilecektir.

Hastane göstergeleri ya da sağlık girdileri içerisinde yer alan nüfus başına hekim, nüfus başına hemşire oranında grup ülke ortalamasında artış izlense de nüfusa oranlanması sonucu yeterli düzeyde olup olmadığı anlaşılabilir. Türkiye için bu oran kafi düzeyde değildir. Bu anlamda sağlık insangücü ihtiyacını karşılayabilecek yüksek öğretim kurumlarının açılması çözüm sunabilmektedir. Toplam nüfus sayısına göre; 1990 yılı için Türkiye'nin nüfusu ise 55,5 milyondur. Sayıca en az nüfusa sahip ülke de 400 bin ile Lüksemburg şeklindedir. 2010 yılı verilerine göre; Almanya nüfusunda önceki yıllara nispeten 82,2 milyondan 82,1 milyona hafif bir düşüş gözlenirken, en fazla nüfusa sahip Fransa, İtalya ve İngiltere' de nüfus pozitif yönde belirgin bir şekilde artmakta ve artmaya devam etmektedir. Nitekim 2030 ve 2060 nüfus projeksiyonları da bu eğilimi doğrulamaktadır. 2011 nüfus artış hızı da dünyada ortalama %1,09 olarak hesaplanmıştır.

Dünya nüfusu genel olarak hesaplandığında; 2010 toplam dünya popülasyonu 6,892,319,000' dir. Gelişmiş ülkeler 1,236,646,000 popülasyona sahip iken az gelişmiş ülkelerde popülasyon 5,655,673,000 şeklindedir.

Ekonomik göstergeler cephesinde ise Kişi Başı Sağlık Harcamaları, Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Oranı, Kişi Başı İlaç Harcamaları, Cepten Yapılan Harcamalar, Kişi Başı Kamu ve Özel Harcama kalemleri temel faktörlerdir.

Ekonomik Göstergeler tablolarında grup ülkeye ek olarak dünyanın en yüksek sağlık harcamasını yapan ABD'ye yer verilmiştir.

2009 ABD'de sağlığa ayrılan kaynak GSYH'nin % 17,4 ü iken, OECD üyesi AB ülkelerinde bu oran %9,6 Türkiye %6,7 şeklindedir. Kamu ve özel sağlık harcamaları payı anlamında ABD'de kamu payı %48,6 özel pay %51,4; grup ülke ortalamasında kamu payı oranı %73,9 özel pay %22,1; Türkiye'de kamu % 75,2 özel %24,8 payını almaktadır.

Kişi başı GSYH'si en yüksek ülke Lüksemburg, onu ABD takip etmektedir. Kişi başı toplam sağlık harcamalarında ise en yüksek rakam ABD'ye aittir. ABD'nin ardından Lüksemburg gelmektedir. Türkiye' de ise kişi başı GSYH ve toplam sağlık harcamaları grup ülke ortalamasının altında seyretmesine rağmen kendi gelir düzeyi ülke grubunda normal seyirlere sahiptir.

Şöyle bir sonuç elde edilebilir ki; OECD Üyesi AB Ülkeleri'nin Sağlık Düzeyi Göstergeleri Karşılaştırılması yapılırken AB üyesi ülkeler Kuzey, Batı, Güney, Doğu Avrupa şeklinde gruplandırıldığında AB'ye beşinci genişleme süreci ile dahil olan Doğu Avrupa ülkeleri gruptaki diğer bölge ülkelerine nispeten daha negatif anlamda portre çizmektedir. Bu noktadan gelir düzeyi daha düşük olan Polonya, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Slovakya gibi Doğu Avrupa ülkelerinin sağlık düzey göstergeleri üzerinde iyileştirici çabalara daha da önem vermesi sonucu çıkarılmaktadır. Bölge ülkeleriyle farklılıkların giderilmesinde ve ortak sağlık sistemi oluşturulması amacı 2030 Avrupa Federal Sağlık Sisteminin hedefi olmuştur.

Çözüm önerisi şeklinde sağlık düzeyi iyi durumda olan ülke ile daha kritik bir durumda olan ülkelerin birbirlerine destek çıkması ileri sürülebilmektedir.

Yüksek gelir grubu içerisinde değerlendirilen Türkiye için ise, ülkeler arasında ortalama yakalayamasa da kendi gelir grubu statüsünde ortalama rakamlara erişebilmektedir. Son zamanlarda hayata geçirilen politikalar ve sağlık sisteminin tabana yayılması çabaları kendini göstermektedir.

Genel öneri yönünde; "Sağlık Köyleri" ya da "Sağlık Kampüsleri" kurularak dal merkezi ile ihtisaslaşma ve yenileşmeye dayalı proje odaları kurarak ülkesel fayda- maliyet analizleri ile etkin verimli yöntemlerin deneme yanılma metodu ile gerçekleştirilmesi sağlıkta fark attıracaktır. Ayrıca sağlıklı yaşam reçeteleri sunularak bireylerin sağlık çizelgelerinde belirli bir zaman zarfında

ilerleme kaydedip kaydetmediği izlenebilmektedir. Bunun yanı sıra alternatif tıp ile daha çabuk iyileşme ya da stabil sağlık koruması gerçekleştirilebilmektedir.

Sonuç itibariyle sağlık düzeyine ilişkin göstergeler birbirleriyle i içe geçmiş ve birbirlerini açıklayıcı nitelikte makul bir çözüm sunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Akbulut, Y.Sarp, N. ve Uğurluoğlu, E. (2007). Reform of the health care system in Turkey: A review of universal health insurance. *World Hospital Health Service*.43(1):13-6.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17621768>),(08.05.2011).
- Aksakoğlu, G. (2004). Eğitim-Araştırma Bölgeleri Uygulamalarının Birincil Sağlık Hizmeti Anlayışının Gelişimine Katkısı. *2.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu*,Manisa.
- Aktan, C.C. ve Işık, A.(t.y.). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>), (10.04.2011).
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64:36.
- Anderson,G. Ve Hussey, P.S. (2001). Comparing Health System Performance in OECD Countries. *Health Affairs*, 20(3),227.
- Appleby, J. (1993). Financing Health Care in the 1990s. Open University Press, Buckingham. p.51.
- Barros, P.P.(1998). The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants. *Health Economics*, 7(6):535.
- Batirel, Ö. F. (2007). *Kamu Maliyesi ve Yönetimi*. İstanbul Ticaret Üniversitesi Yayını, İstanbul, s.37-41.
- Bekmez, S. ve Karataş,M. (2005).Avrupa Birliği'nin Gelişim Süreci.*Ekonomik Entegrasyon: Küresel ve Bölgesel Yaklaşım*, Küçükahmetoğlu, O., Çeştepe, H. ve Tüylüoğlu,Ş. (Ed.).Ekin Yayınevi, Bursa, ss.292-295.
- Chalkidou, K. (2009). Comparative Effectiveness Review Within the U.K.'s National Institute for Health and Clinical Excellence. *Commonwealth Fund*, 1296(59):2-12.
- Chen, G.J. ve Feldman, R.S. (2000). Economic Aspect of Health Care Systems: Advantage and Disadvantage Incentives in Different Systems. *Dermatologic Clinics Dergisi*, 18(2):211-214.

- CIA,2011.(<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2002rank.html>), (19.09.2011).
- Cullis , J. G.ve West, P. A. (1979). *The Economics of Health An Introduction*. Martin Robertson Press.pp.223-234.
- Cutler,M.D.(2008). The American Healthcare System.
(<http://www.economics.harvard.edu/faculty/cutler/files/The%20American%20Healthcare%20System.pdf>), (14.03.2011).
- Çalışkan, Z. (1999). *Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, s.19.
- Çilingiroğlu, N. (1997). Sağlık Ekonomisi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Bertan, M. ve Güler, Ç.(Ed.). Güneş Kitabevi, Ankara, s.392-394.
- Çilingiroğlu, N. (2003). Sağlık Ekonomisine Giriş. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ders Notları.
(<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3055.doc>),(01.06.2011).
- Çoban, S. (2007). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yerelleştirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s.34.
- Dağlı, G.H. (2006). Türkiye’ de Sağlık Sektörünün Yapısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, ss.16-17.
- Deloitte, (2008). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Ekonomisi Raporu.
http://www.deloitte.com/view/tr_TR/tr/basin-odasi/basin-bultenleri/b920453ae710e110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm, (17.05.2011).
- Dinç, G. (2009). *Birleşik Krallık Sağlık Sistemi*. Celal Bayar Üniversitesi Yayını, Manisa, ss.57-77.
- Dinler, Z. (2003). *Mikroekonomi*. Ekin Kitabevi, Bursa, ss.203-208.
- DPT, (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. (<http://www.dpt.gov.tr>), (12.03.2011).
- DPT, (2001). *Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas KomisyonuRaporu*.(http://www.kalkinma.gov.tr/.../Nüfus_Demografi_Yapısı_Göç_ÖİK.pdf), (15.06.2011).
- Durmuş, M. (2008). *Kamu Ekonomisi*. Gazi Kitabevi, Ankara, ss.135-136.
- ECHIM,(2010).(http://www.healthindicators.eu/object_document/o6118n29138.html#rationale),(29.03.2011).

- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı-Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,.Ankara, ss.74-76.
- Erdönmez, P.A. (2007).Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri. *Bankacılar Dergisi*,(62):59-62.
- Eskiocak, M.(t.y.). Sağlıkla İlişkin Gerçekler. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Ankara,ss.1-2.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2002). Health System in Transition:Turkey Health System Review,11(6):39-45. (<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/turkey-hit-2002>),(10.07.2011).
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2009). Health System in Transition:Italy Health System Review, 11(6):39-45. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf), (12.08.2011).
- Eurostat Yearbook. (2010). Europe in Figures. European Statistical Books. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/eurostat_yearbook_2010),(02.05.2011).
- Europa Gateway to the European Union. (http://europa.eu/about-eu/countries/index_en.htm),(24.01.2011).
- Financing Health Care,.(1998). pp.2-4. (<http://www.jnj.com/wps/wcm/connect/93ee64004f55687aa020a41bb31559c7/financing-health-care.pdf?MOD=AJPERES>), (28.07.2011).
- Global Health: 2020 Topics & Objectives. (<http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=16>),(30.07.2011).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA,(2008).(<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>),(24.06.2011).
- Hayran, O. (1998). Sağlık ve Hastalık Kavramları. *Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, Hayran, O. ve Sur, H.(Ed.). Yüce Yayım, İstanbul, ss.1-9.
- Huber, M.ve Orosz, E. (2003). Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001.*Health Care Financing Review*,25(1), 1-2.
- Işık, A. (1997). *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, ss.9-13)

- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, ss.84-93.
- Joumard, I., C. Andre C. Nicq.(2010).Health Care Systems: Efficiency and Institutions .*OECD Economics Department Working Papers*, (769), OECD Publishing, Paris.
- Karabulut, K. (1998). Türkiye’de Sağlık Sektörü (Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama). Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, s.15.21.
- Karabulut, K. (1999). Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(1):143-145.
- Karluk, R.(2007a). *Küreselleşen Dünyada Uluslararası Kuruluşlar*. Beta Yayınevi, İstanbul, ss.53-56.
- Karluk, R. (2007). *Avrupa Birliği ve Türkiye*. Beta Yayınevi, İstanbul, ss.374-378.
- Kısa, A.,Kavuncubaşı, Ş., Ersoy, K., (2002). Is the Turkish Health Care System Ready to be a Part of the European Union?, *Journal of Medical Systems*, 26(2):90-94.
- Koç, İ., Eryurt,M.A., Adalı, T., ve Seçkiner, P.(2008). Türkiye’nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler: 1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
(http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf),(10.05.2011).
- Kurtulmuş, S. (1996). *Sağlık Ekonomisi*. İstanbul, s.118.
- Mazgit, İ. (1998). *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, ss.20-25.
- McCanne, Don. (2010). Health Care Systems-Four Basic Models; Physicians For A National Health Program (PNHP),06 Nisan,2010 *Basın Bülteni*, Chicago. , (http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php), (12 Ağustos 2011).
- Mohammad, K.ve Narayan,V. (2010). Global Noncommunicable Diseases — Where Worlds Meet.
(<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1002024>),(01.01.2011).
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Ekin Kitabevi, Bursa, ss.95-97.
- Nadaroğlu, H. (1978). *Kamu Maliyesi Teorisi*. Sermet Matbaası, İstanbul, s.161-163.

- Nasser, M. ve Sawicki P. (2009). Institute for Quality and Efficiency in Health Care: Germany. *Commonwealth Fund*, 1294(57):2.
- OECD ve IBRD/Dünya Bankası.(2008). OECD Reviews of Health Systems - Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants. (http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html), (16.06.2011).
- OECD.(2009).OECDHealthData2009.Erişim:10.08.2011,http://www.oecd.org/document/54/0,3343,en_2649_37407_43220022_1_1_1_1,00.html.
- OECD. (2010). Health at a Glance: Europe 2010. (http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2010_en.htm), (06 .09.2011).
- OECD Factbook. (2010). (<http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/fulltext/3010061ec076.pdf?expires=1314112619&id=id&accname=freeContent&checksum=52FFF1697621FA53AAD5F8B812C8015F>), (26.06. 2011).
- OECD.(2011). Better Policies For Better Lives. Health: spending continues to outpace economic growth in most OECD countries. (http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html .), (01.09.2011).
- OECD.(2011). Better policies for better lives-The OECD at 50 and beyond.(http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1,00.html),(19.07.2011).
- OECD.(2011).Economic Policy Reforms 2011: Going For Growth.Oecd Publishing.
- OECD.(2011).Government at a Glance 2011. Health outcomes and expenditures (http://www.oecd-ilibrary.org/sites/gov_glance-2011-en/12/07/index.html;jsessionid=dn7746b19mpms.epsilon?contentType=&itemId=/content/chapter/gov_glance-2011-63-en&containerItemId=/content/serial/22214399&accessItemIds=/content/book/gov_glance-2011-en&mimeType=text/html), (12.08.2011).
- Office of Health Economics -OHE, (2010). 2010 Lecture on US Health Reform. (<http://www.ohe.org/news/2010/07/20/part-1-2010-lecture-on-us-health-reform/9/>), 01.04.2011).
- Okma, G.H.K. (2011). A European Perspective of U.S. Health Reform. *Journal of Health Politics*. (<http://www.pnhp.org/news/2011/june/okma-a-european-perspective-of-us-health-reform>), (30.07.2011).
- Oral, İ. (2002). *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir,ss.78-94.

- Oral, İ. (2003). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi İİBF Sosyal Bilimler Dergisi*, ss.62-68.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Sistemleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*,(1):6.
- Özbay, H.Erişti, H. E., Öncül, H.G., Arı, H. O., Çelepçikay, B.L., Gökçimen, M. ve Mollahaliloğlu, S. (2007). ‘Sağlık Hizmetleri Sistemi’. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.*Türkiye’de Sağlığı Bakış 2007*, Bölük Yayınevi, Ankara.
- Özbay,H.(2009). Türkiye’de Demografik Dönüşüm: Yaşlanan bir Toplumun Karşı Karşıya Olduğu Sorunlar Üzerine Birlikte Düşünmek. Konferans Sonuç Raporu.(<http://www.spf.boun.edu.tr/docs/fes-spf-turkiyede%20demografik%20donusum-rapor-revize.pdf>), (11.05.2011)
- Öztek, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Palme Yayıncılık, Ankara, s.55.
- Paris, V., Devaux, M. ve Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries.*OECD Health Working Paper*, (50): 8. (<http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en>), (21.08.2011).
- Population Reference Bureau,(2010).(http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf), (10.02.2011).
- Ramesh, R. (2011). Comparing USA and UK on efficiency and effectiveness. NHS among developed world's most efficient health systems, says study. *The Guardian*.(7Ağustos,2011),(<http://www.guardian.co.uk/society/2011/aug/07/nhs-among-most-efficient-health-services#history-link-box>), (22.08.2011).
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, (1961),Md.1.(http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/11042005_k_11.pdf), (02.06.2011).
- Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge, (2006), Md.4.(<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10644/h/ysaglikhizyuryon.pdf>), (02.06.2011).
- Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 10(68):38.
- Savaş, B. S. (2002).et al. In Thomson, S. and Mossialos, E., eds. *Health care systems in transition: Turkey*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4:(4).
- Sayım, F. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev ve Yetkiler. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 35(1):154-156.

- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2011). Sağlıkta Reform.(<http://www.sgk.gov.tr>), (02.02.2011)
- Stiglitz, J.E.(1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*, (Çev: Ömer Faruk Batirel), Marmara Üniversitesi Yayınları. İstanbul, s. 362.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4):25-27.
- Şener, O. (1996). *Kamu Ekonomisi*. Beta Yayınları, İstanbul, s.57.
- Tatar, M. (2008). Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'ye İlişkin Genel BirDeğerlendirme.(<http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59-teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likin-genel-bir-deerlendirme>), (14.04.2011).
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'deki Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (1):110.
- TC Anayasası 2709 Sayılı Kanun, (1982), Md.56.
- TC Dış İşleri Bakanlığı.(2011). OECD Kuruluşu. (<http://www.mfa.gov.tr/default.tr.mfa>), (23.09.2011).
- Teksöz, T. (2008). Sağlık Finansman Sistemleri ve Türkiye Reform Süreci, (<http://kamag.etu.edu.tr/S15Egitim1.gun.pdf>), (18.07.2011).
- The future of healthcare in Europe (2030) : A report from the Economist Intelligence Unit. Sponsored by Janssen .(2011). *The Economist*, (18 Ağustos 2011) (http://www.eufutureofhealthcare.com/sites/default/files/EIUJanssen%20Healthcare_Web%20version.pdf), (30.08.2011).
- Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu. (2000). Avrupa Birliği'ne Aday Ülkeler Kıyaslama Raporu. (<http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=146>), (16.03.2011).
- Tokat,M.(t.y.).SağlıkEkonomisi.(<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/.../Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf>), (20.06.2011).
- Tutar, F. ve Kılınç, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(1):50-52.
- Türk Tabipleri Birliği. (2007). *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım*. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, s.11.
- Türk Tabipleri Birliği. (2009).Hekimlerin Performansa Dayalı Ödeme Sistemlerinin Değerlendirilmesi. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, ss.10-13.

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (1992). *Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı*. TCSB Yayını, Ankara.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2007). *Surveyans Sistemi Mevcut Durumu ve Uluslararası Kuruluşların Talep Ettiği Sağlık Göstergeleri İle Uyumu*. (<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/surveyans/calismaraporu.pdf>), (25 Temmuz 2011).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (t.y.). *Dünyada Sağlık Sistemleri*. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, ss.14-20.
- Ulutürk, S. (2011). *Kamu Ekonomisi Mal ve Hizmet Üretimi Analizi, Kamu Ekonomisi*, Kökocak, A.(Ed.). Ekin Yayınevi, Bursa, s.137.
- UNECE,(2011).(<http://live.unece.org/index.php?id=25532>),(13.03.2011).
- UNFPA, (2009). *Protecting Mothers in Risky Situations*. (<http://www.unfpa.org/emergencies/motherhood.htm#safe>), (23.07.2011)
- UNICEF. (2008). *A global overview of maternal mortality. Child info monitoring the Situation of Children and Women*. (http://www.childinfo.org/maternal_mortality.html),(21.07.2011).
- UNICEF.(2009). *The State of World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. (<http://www.unicef.org/protection/SOWC09-FullReport-EN.pdf>), (21.03.2011).
- United Nations. (2000). *The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument)), (22.05.2011).
- United Nations.(2011). *The Millennium Development Goals 2011*. ([http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2011/11-31339%20\(E\)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf](http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2011/11-31339%20(E)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf)),(21.07.2011),(10.02.2011).
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS).*Effects of Health Care Spending on the U.S. Economy-* (<http://aspe.hhs.gov/health/costgrowth/>), (20.07.2011).
- Uz, H. (1998a). *Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları*. (<http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm>),(20.06.2011).
- Uz, H. (1998). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri. Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, Hayran, O. ve Sur, H.(Ed.). Yüce Yayın, İstanbul, s.97.
- Üçdoğruk, Ş. (1996). *Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Ekonometrik Analizi: Eşbütünleşme Testi*. *D.E.Ü. Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, 7(21):102-104.

- World Health Organization, (1978). Report Of the International Conferance On Primary Heallth Care, Alma-Ata Primary Health Care-Geneva. (http://www.bayar.edu.tr/halksagligi/semper_2.pdf), (28.05.2011).
- World Health Organization. (1978). *From Alma-Ata to the year 2000.Reflection at the midpoint*, Geneva.ss.97-102.
- WHO.(2004).(http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html),(12.05.2011).
- World Health Organization. (2007). Spending on health: A global overview.(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index.html>), (12.05.2011).
- World Health Organization.(2007). World Health Report 2007: Global public health security in the 21st century. (<http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>), (26.06.20011)
- World Health Organization. (2009).Global Health Expenditure Database; Health System Financing Country Profile: Germany. (<http://www.who.int>), (17 Nisan 2011).
- World Health Organization. (2009). Simoens,Villeneuve and Hurst,2005: Tackling Nurse Shortages in OECD Countries- Nurses and Midwives: A force for health, 2009.(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery>),(11.02.2011).
- WHO-Global Health Observatory. (2009). (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/index.html),(16.02.2011).
- World Health Organization Health Reports (2010).World Health Organization., (<http://www.who.int>), (17 Nisan 2011).
- World Health Organization. (2010). (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>),(09.08.2011).
- World Health Organization, (2011). (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/>),(05.04.2011).
- Yalçın, T. Ve Yıldırım, H.H. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı*, (40):2.
- Yeğınboy, Y. ve Sayın, Ş. (2007). Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları. 2.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi 2008. (http://www.deu.edu.tr/userweb/iibf_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf), (26.04.2011).

Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1):2-5.

Yıldırım, H.ve Tarcan, M. (2000). ‘Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler’.*1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara.

Yumuşak, İ.G. ve Yıldırım, D.Ç. (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 4(1):58.

Haber Kaynakları:

Avrupa Sağlık Reformu Neleri Değiştirecek?.(*Hürriyet*). (23 Kasım, 2010).

Bebek Ölümünü Engellemek İçin Daha Fazla Küresel Çaba Çağrısı. *Amerika'nın Sesi*. (08.09.2011), (<http://www.voanews.com/turkish/news/Bebek-Ölümlerini-Engellemek-cin-Daha-Fazla-Kuresel-Caba-Cars-129480183.html>),(19.10.2011).

İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi Revizyonu.(*Haber7*). (19 Ocak, 2011).

ÖZGEÇMİŞ

Zerrin DÜRRÜ 1986 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk ve orta öğrenimden sonra 2005 yılında başladığı Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF İktisat Bölümü'ndeki yüksek öğrenimini 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi İİBF İktisat Bölümü'nde dereceyle tamamladı. 2010 yılında Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD'de yüksek lisansa başladı. 2012 yılı Sosyal Bilimler Araştırmaları Derneği'nin 2.Sosyal Bilimler Araştırmaları Konferansı'nda "OECD Üyesi AB Ülkeleri'nde Sağlık Düzeyi Göstergeleri ve Karakterize Sağlık Sistemi Modelleri" konulu bildirisi yayınlanmıştır. Zerrin DÜRRÜ orta üstü düzeyde İngilizce, başlangıç düzeyde Almanca ve Arapça bilmektedir.

VITAE

Zerrin DÜRRÜ was born in Gaziantep in 1986. After the first and secondary education attended, faculty of Economic and Administrative Sciences, the Department of Economy at Süleyman Demirel University in 2005. In 2009, completed with degree higher education faculty of Economic and Administrative Sciences, the Department of Economy at Gaziantep University .She started master program at Graduate School of Social Science, the Department of Economy at Gaziantep University in 2010 year. In 2012, Social Sciences Research Association 2nd Social Sciences Research Conference has published on subject releasing with "Health Level Indicators for OECD Member EU Countries and characterization Health System Models". Zerrin Dürrü speaks upper-intermediate level English, beginning level Deutsch and Arabic.

