



T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

**AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ VE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK
SİSTEMLERİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN
KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ali ÜNSAL

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Aykut EKİNCİ

Bilecik, 2016
10089750

T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ VE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK
SİSTEMLERİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN
KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ali ÜNSAL

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Aykut EKİNCİ

Bilecik, 2016
10089750



T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI
JÜRİ ONAY FORMU

BŞEÜ-KAYSIS Belge No	
İlk Yayın Tarihi/Sayısı	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Toplam Sayfa	

Öğrencinin Adı Soyadı: Ali ÜNSAL

Anabilim Dalı : İktisat

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Aykut EKİNCİ

Tezin Özgün Adı : Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi

Tezin İngilizce Adı : Comparative Analysis of Health Systems and Health Indicators of European Union Countries and Turkey

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 24/06/2016

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışması ilgili EYK kararıyla oluşturulan jüri tarafından OY BİRLİĞİ /OY ÇOKLUĞU ile Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aykut EKİNCİ.....

Üye Prof. Dr. Ekrem GÜL.....

Üye : Doç. Dr. Necati ÇİFTÇİ.....

Üye :

Üye :

İmza

ONAY

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/...../..... sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR

BEYAN

“Avrupa Birliği Ülkeleri Ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri Ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi” adlı yüksek lisans tezinin hazırlık ve yazımı sırasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlandığım bölümlerde bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezin herhangi bir kısmını Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Ali ÜNSAL

13.05.2016

İMZA

ÖN SÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Doç. Dr. Aykut EKİNCİ'ye değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim aileme şükranlarımı sunarım.

Ali ÜNSAL

13.05.2016



ÖZET

Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliği süreci, 1959 yılında Türkiye'nin Avrupa Ekonomik Topluluğu'na ortaklık başvurusu yapması ve 1963 yılında ortaklık anlaşması imzalamasıyla başlayan; akabinde 1987 yılında tam üyeliğe başvurması ile devam eden ve en nihayetinde 1996 yılında Gümrük Birliğine dahil olunması ve 2005 yılında tam üyelik müzakerelerine başlanması ile ivme kazanan bir süreçtir. Görüldüğü üzere Türkiye - AB ilişkileri hâlihazırda AB üyesi olan pek çok ülkeden daha eskilere uzanmaktadır. Ancak buna rağmen Türkiye'nin muasır medeniyetler seviyesine ulaşma hedefi yolunda AB üyeliğine bir mihenk taşı olarak anlam yüklemesi nedeni ile Türkiye ile AB arasındaki uzatmalı nişanlılık durumu devam etmektedir.

2004 yılından itibaren Çek Cumhuriyeti, Estonya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Malta, Polonya, Slovakya, Slovenya, Bulgaristan, Romanya, Hırvatistan ve özellikle Kıbrıs Rum Kesimi gibi ülkelerin Avrupa Birliği üyeliğine alınmaları, Türk hükümeti ve Türk kamuoyunda uzun zamandır var olan, Avrupa Birliği'nin çifte standart uyguladığına ilişkin zanlarını derinleştirmiştir.

Günümüzde AB ülkeleri ve ülkemizin de dahil olduğu tüm demokratik devletlerin nihai hedefi sürdürülebilir kalkınmayı gerçekleştirerek, vatandaşlarına daha kaliteli yaşam sunmak ve refah düzeyi yüksek bir toplumu inşa etmektir. Bu ise ancak beşeri sermayeye yatırım yapmak ile mümkündür. İnsan unsuruna yatırımın yolu ise eğitim hizmetlerinin yanı sıra; kaliteli, ulaşılabilir, kapsayıcı ve yeterli düzeyde sağlık hizmetlerinden geçer. Kalkınma yalnızca iktisadi bir kavram değildir. Kalkınma ekonomik büyümeye ek olarak (kişi başına düşen milli gelirdeki artış yanında), bir ülkede iktisadi, sosyal, kültürel ve siyasal yapının da gelişmesini içerir. Bu bağlamda; anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, doğumda beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergeleri ülkelerin kalkınmışlık düzeyini belirleyen en birincil kriterler olarak kabul edilmektedirler.

Türkiye'nin Avrupa Birliği adaylığı süresince, Türkiye ile Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemlerinin ve sağlık sektörlerinin ele alındığı yeterince akademik çalışma olduğu söylenemez. Bu boşluğu doldurmak amacıyla hazırlanan bu çalışmada; Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemleri ele alınmış ve ülkelerin doğumda

beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı, hasta bakım kalitesi gibi temel sağlık göstergelerinin yanı sıra, sağlık sektörlerinin fiziki sermaye birikimleri ve sağlık harcamaları gibi sağlık ekonomisine ilişkin göstergeleri karşılaştırmalı bir şekilde analiz edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ekonomisi, Türkiye, Avrupa Birliği, Temel Sağlık Göstergeleri.



ABSTRACT

The process of Turkey's membership of European Union started in the year of 1959 with Turkey's application to partnership of European Economic Community and with sign to partnership agreement in the year of 1963. As it can be seen Turkey-EU relationship is much older than relationship of EU and currently member of European Union. Although this fact this condition of protracted engagement between Turkey and EU continues in order to Turkey's goal which is reaching to the level of contemporary civilization. In this context the role of health services to build a prosperous society is obvious.

Since the year of 2004 affiliation of Czech Republic, Estonia, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Slovakia, Slovenia, Bulgaria, Romania, Croatia and especially Cyprus with EU deepens the Turkish government's and Turkish people's suspicion concerning the use of a double standard by EU.

Nowadays, the ultimate goal of all countries is to provide their citizens a higher quality of life and to build a prosperous society by carrying out sustainable development. And these goals can be achieved only by investing in human capital. The method of investment in human capital goes through education services along with high-quality, reachable, inclusive and adequate health services. Development is not only an economic term. Development –in addition to economic growth (in addition to increase in per capita income)- includes improvement on economic, social, cultural and political form in a country. In this sense; health indicators such as maternal mortality rate, infant mortality rate and life expectancy at birth are being accepted to be the most primary criteria which determine the development level of countries.

During Turkey's nomination process for EU, it may not be told that there is enough academic study on health systems and health sectors of Turkey and EU countries. In this study which has been prepared to fulfil this lack, healthcare system of Turkey and EU members are examined and along with basic health indicators such as life expectancy at birth, infant mortality rate, quality of patient care; also indicators regarding health economy such as real capital savings of healthcare sectors and healthcare expenses are comparatively analysed.

Key Words: Health, Health Services, Health Economics, Turkey, European Union, Primary health indicators.



İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI

1.1. SAĞLIĞIN TANIMLANMASINA İLİŞKİN MODELLER.....	7
1.1.1. Tıbbi Model.....	7
1.1.2. Holistik Model.....	8
1.1.3. İyilik Modeli.....	8
1.1.4. Çevre Modeli.....	9
1.2. SAĞLIK STATÜSÜNÜN BELİRLEYİCİLERİ.....	10
1.2.1. Çevre	10
1.2.2. Yaşam Tarzı	11
1.2.3. Kalıtım.....	11
1.2.4. Sağlık Hizmetleri.....	11

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI.....	13
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI.....	14
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	15
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	15
2.3.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	16
2.3.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	16
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
2.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	19

2.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	22
2.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	22
2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

3.1. SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI	27
3.2. SAĞLIK EKONOMİSİNİN GELİŞİMİ	29
3.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PİYASA BAŞARISIZLIKLARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİ DİĞER MAL VE HİZMETLERDEN FARKLI KILAN ÖZELLİKLER	30
3.3.1. Belirsizlik ve Öngörülmezlik	32
3.3.2. Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Varlığı	32
3.3.3. Sağlık Hizmetleri İkame Edilemez.....	34
3.3.4. Sağlık Hizmetleri Ertelenemez.....	35
3.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Çıktının Ölçülmesi Mümkün Değildir ve Çıktı Heterojendir.....	35
3.3.6. Sağlık Sektöründe Üretim Şeklini ve Miktarını Belirleyen Otoritenin (Piyasaya Giriş Çıkış Engellerinin) Varlığı	37
3.3.7. Sağlık -Hizmetleri- Piyasasının Tekelleşmeye Elverişli Olması	38
3.3.8. Sağlık Hizmetlerinin Kamusalılık ve Dışsallık Özelliği	39
3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI VE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	41
3.5. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	43
3.5.1. Sağlık Hizmetlerine Duyulan İhtiyacın Şiddeti.....	44
3.5.2. Gelir.....	45
3.5.3. Fiyat.....	48
3.5.4. Sigorta	48
3.5.5. Diğer Mal ve Hizmetlerin Fiyatı	50
3.5.6. Kişisel Özellikler.....	51
3.5.7. Hekim Rolü	51

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİ

4.1. AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE-AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ.....	55
4.2. AVRUPA BİRLİĞİ SAĞLIK SİSTEMİ	56
4.2.1. Avrupa Birliği Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış	57
4.2.1.1. Avrupa Birliği Sağlık Politikasının Amaçları.....	58
4.2.1.2. Avrupa Birliği Sağlık Politikasının Dayandığı Temel İlkeler Dayandırıldığı Temel İlkeler	59
4.2.2. Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Sistemleri ve Finansman Modelleri.....	60
4.2.2.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (USH) (National Health Services (NHS)) (Vergi Tabanlı Finansman (Beveridge Modeli)).....	62
4.2.2.2. Sosyal Sigorta Modeli (Zorunlu Kamu Sigortası) (Bismarck Modeli)	64
4.3. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ.....	66
4.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış.....	67
4.3.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	67
4.3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu	68
4.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış	69
4.3.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS).....	70
4.3.2.2. Aile Hekimliği Modeli.....	71
4.3.2.3. Sağlık İşletmesi Modeli	72

BEŞİNCİ BÖLÜM

TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN HESAPLANMASI

5.1. HIZ VE ORAN KAVRAMI	74
5.2. DOĞUMDA BEKLENEN ORTALAMA YAŞAM SÜRESİ.....	74
5.3. MORTALİTE (ÖLÜM HIZLARI)	75

5.3.1. Kaba Ölüm Hızı.....	75
5.3.2. Yaşa Özel Ölüm Hızı	76
5.3.3. Bebek Ölüm Hızı.....	77
5.3.3.1. Fetal (Ölü Doğum) Hızı.....	78
5.3.3.2. Perinatal Ölüm Hızı	78
5.3.3.3. Neonatal (Yenidoğan) Ölüm Hızı.....	78
5.3.3.4. Post-Neonatal Ölüm Hızı.....	79
5.3.4. Cinsiyete Özel Ölüm Hızı	80
5.3.4.1. Anne Ölüm Hızı.....	80
5.4. FATALİTE HIZI.....	81
5.5. MORBİDİTE (HASTALIK ÖLÇÜTLERİ).....	81
5.5.1. İnsidans Hızı.....	82
5.5.2. Prevalans Hızı.....	82
5.6. TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE KALKINMA İLİŞKİSİ.....	83

ALTINCI BÖLÜM

TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

6.1. DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ	88
6.2. BEBEK ÖLÜM ORANLARI	90
6.3. SAĞLIK BAKIM KAYNAKLARI	94
6.3.1. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı.....	94
6.3.2. 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı	97
6.3.3. Tıbbi Teknolojiler: CT Tarayıcılar ve MRI Üniteleri	101
6.3.4. Hasta Yatağı	107
6.4. HASTA BAKIM KALİTESİ	109
6.4.1. Hasta Yatış Oranı	109
6.4.2. Ortalama Yatış Günü.....	111
6.5. SAĞLIK HARCAMALARI	113
6.5.1. Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı	114
6.5.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları	116
6.5.3. Sağlık Harcamalarının Toplumun Sağlık Statüsüne Yansıması.....	121

SONUÇ.....	123
KAYNAKÇA.....	125
ÖZGEÇMİŞ.....	131



KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AET : Avrupa Ekonomik Topluluğu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GSYH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

GSMH : Gayri Safi Milli Hasıla

OECD : Organisation of Economic Cooperation and Development

WHO : World Health Organisation

TABLÖLÄR LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması62

Tablo 2: Bebek Ölümlerinin Seyri91-92



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Statüsünün Belirleyicileri.....	10
Şekil 2: Sağlık Hizmet Basamaklarının Karşılaştırılması.....	24
Şekil 3: Gelir Esnekliğine Göre Mal ve Hizmet Grupları.....	46
Şekil 4: Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerindeki Etkisi.....	50
Şekil 5: Arz Kaynaklı Talep.....	53
Şekil 6: Sağlık Statüsü ile Kalkınma Arasındaki İlişki.....	84
Şekil 7: Sağlık Hizmetleri ile Kalkınma Arasındaki İlişki.....	86
Şekil 8: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	89
Şekil 9: Bebek Ölüm Oranları	91
Şekil 10: 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı.....	96
Şekil 11: 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı.....	98
Şekil 12: Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı.....	100
Şekil 13: 1.000.000 Kişi Başına Düşen MRI Ünitesi Sayısı.....	102
Şekil 14: 1.000.000 Kişi Başına Düşen CT Ünitesi Sayısı.....	103
Şekil 15: 1000 Kişi Başına Düşen MRI Tetkiki Sayısı.....	105
Şekil 16: 1000 Kişi Başına Düşen CT Tetkiki Sayısı.....	106
Şekil 17: 1000 Kişi Başına Düşen Hasta Yatağı Sayısı.....	108
Şekil 18: 1000 Kişi Başına Hasta Yatış Oranı.....	110
Şekil 19: Ortalama Hasta Yatış Günü.....	112

Şekil 20: Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı (2012).....	115
Şekil 21: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (2012).....	118
Şekil 22: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarının Yıllık Büyüme Oranı (2000-2012).....	120
Şekil 23: Ülkelerin Sağlık Statüleri İle Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	122



GİRİŞ

Toplumların üretken olabilmelerinin ve kalkınabilmelerinin ilk koşulu sağlıklı nesillere sahip olmalarıdır. Çünkü iş gücü en ehemmiyetli üretim faktörüdür. Akın (2007:1) insan faktörünü “sahip olunması en kolay, fakat etkin bir şekilde kullanılır hale getirilmesi en pahalı üretim faktörü” olarak tanımlamıştır. Çünkü O’na göre, diğer üretim faktörlerinden toprak sınırlı miktarda bulunmakta ve arttırılması mümkün olmamakta, sermaye ise üretilmiş üretim faktörü olması nedeniyle sadece halihazırda mevcut bir üretim aracı ile ekonomik faaliyetlerde bulunarak arttırabilmektedir. Şerefoğlu da (2007:1) emeği ekonomik büyümenin temel unsurlarından birisi olarak nitelendirmiş ve sağlıklı bireylerin daha verimli çalışabildiklerini ve topluma faydalarının yüksek olduğunu savunmuştur. Gerçekten de sağlıksız insan, üretim kabiliyetini yitirmiştir ve bu nedenle bırakın katma değeri yüksek projeler üretmeyi; sağlıksızken insan, günlük rutin faaliyetlerini dahi yerine getiremez hale gelir.

Bireylerin ve ülkelerin sağlık için yaptıkları harcamalar bir tüketim harcaması olarak değerlendirilemez. Aksine sağlık harcamaları, insanların yani emek faktörünün niteliğini iyileştirmek için yapılan harcamalar oldukları için yatırım harcaması olarak değerlendirilirler. Günümüzde, örneğin bazı Kuzey Avrupa ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresinin Türkiye’deki süreden yaklaşık 10 yıl daha fazla olması (ki bu; bir Norveçlinin bir Türk’ten 10 yıl daha uzun yaşaması anlamına gelir) sağlık harcamalarının neden yatırım harcaması olarak kabul edilmesi gerektiğinin apaçık kanıtıdır. Bu hususla ilgili olarak Saltık (1995:39)’ın görüşlere dikkate değerdir;

Sağlık alanında yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilerek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu; doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır. Bu kazanımları ekonomiye enjekte etmek için ayrıca bir aksiyona gereksinim yoktur. Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değer ancak özel çaba ile birey ve topluma yararlı verimli yatırımlara dönüştürülebilmesi olanaklı iken; sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ayrıca bir çaba gösterilmeksizin ekonomiye doğrudan geri dönmektedir. Bu yüzden de, sağlık harcamaları tüketim harcamaları (cari harcamalar) grubunda değil, doğrudan yatırım harcamaları kategorisindedir. (Saltık, 1995:39)

Akın (2007:1)'a göre çift yönlü olarak sağlık ve ekonomi etkileşim içerisinde. Şöyle ki; ekonomik gelişme temel sağlık göstergelerini pozitif yönde etkilerken, sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmeler de ekonomik gelişmenin elde edilmesini sağlamaktadır. Yereli, Kobal ve Köktaş (2010a:5)'a göre neredeyse son on yılda, sağlık harcamalarının özellikle AB ülkeleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde arttığı gözlemlenmektedir. Ve bu artış ülkelerin ekonomik büyüme hızlarından fazladır. Bu durum AB ülkelerinin, Akın'ın paragrafın başında değindiğimiz görüşleri ile aynı yönde bir anlayışa sahip olduğunu göstermektedir. Peki "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık sistemini reforme eden Türkiye de, tıpkı dahil olmaya çalıştığı AB ülkeleri gibi ekonomik sosyal ve insani boyutlarda kalkınmanın yolunun insana yatırım yapmaktan geçtiğini ve bunun da eğitim ile birlikte sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakları arttırmak ve bunları etkin bir biçimde kullanmakla mümkün olduğunun farkına varabildi mi? İşte biz bu çalışmada bu sorunun cevabını aradık.

Bu çalışma altı ana bölüm altında ele alınmıştır. Birinci bölümde sağlığın tanımı ve tanımlanmasına ilişkin farklı modeller ile bireylerin ve toplumların sağlık düzeyi üzerinde belirleyici rol oynayan birtakım faktörler ele alınmaktadır. Bu noktada özellikle sağlık statüsüne etki eden sağlık hizmetleri dışındaki faktörlerin de ileri düzeyde belirleyiciliği üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmet türleri ele alınmakta ve böylece ilk iki bölümde temel bazı bilgiler verilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık ekonomisi başlığıyla üçüncü bölümde, sağlık ekonomisinin ekonomi biliminin bir alt çalışma alanı olarak ortaya çıkışı, sağlık piyasasının özellikleri ve sağlık sektöründe piyasa başarısızlıkları ele alınmış ve sağlık hizmetleri arz ve talebiyle ilgili genişçe bir çerçeve ortaya konulmuştur. Özellikle sağlık sigortalarının ve hekimlerin sağlık hizmetleri talebi üzerinde oynadıkları belirleyici rol üzerinde ayrıntılı bir biçimde durulmuştur.

Dördüncü bölümde önce AB ülkelerinin sağlık sistemleri hakkında genel bir bilgi verilmiş, hemen akabinde Türk sağlık sistemi sağlıkta dönüşüm programı öncesi

ve sonrası olarak iki döneme ayrılarak ele alınmıştır. Özet bir bilgi vermek gerekirse; Avrupa Birliği ülkelerince benimsenmiş olan iki ayrı sağlık sistemi modeli bulunmaktadır. Bunlardan ilki; Alman ekolü de diyebileceğimiz, sunulan sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kullanıcılardan düzenli olarak alınan sigorta primleri ile finanse edildiği ve buna ek olarak sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla, kullanımın kısıtlanması için hizmetin kullanımı anında kullanıcılardan bir katılım payının (cepten ödeme) alınabildiği ve Almanya'nın yanı sıra Türkiye, Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre ve daha bir çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede uygulanan Bismarck modelidir. İkincisi ise; kamu bütçesi ile finanse edilen ve kullanıcılardan katılım payı gibi doğrudan ya da sigorta primi yoluyla dolaylı herhangi bir ödemenin alınmadığı ve tamamen ücretsiz sunulan Beveridge modelidir ki bu model; İngiltere başta olmak üzere Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde tercih edilmektedir.

Beşinci bölümde temel sağlık göstergelerinin bazılarının hakkında bilgi verilmiş ve bunların nasıl hesaplandıkları da anlatılmıştır. Ve son bölümün hemen öncesinde de temel sağlık göstergeleri ile kalkınma arasındaki ilişki ele alınmıştır.

Son bölüm olan altıncı bölümde AB ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık girdi ve çıktıları ele alınmıştır. Bunun için de; Türkiye ile AB ülkelerinin doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranları gibi temel sağlık göstergeleri; 1000 kişi başına düşen hekim, hemşire, hasta yatağı ve CT¹ ve MRI² cihaz sayıları gibi tıbbi beşeri ve fiziki sermayeye birikimine ilişkin oranları ve sağlık harcamalarına ait verileri karşılaştırmalı bir şekilde ortaya konulmuştur.

¹CT (Computed Tomography): Bilgisayarlı tomografi ya da kısaca BT, x-ışını (röntgen) kullanılarak vücudun incelenen bölgesinin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik teşhis yöntemidir.

²MRI (Magnetic Resonance Imaging): Manyetik rezonans görüntüleme nörolojide en sık başvurulan testlerdendir. Beynin yapısı çok detaylı görüntülenir. Çok güçlü mıknatıslarla oluşturulan manyetik alandaki dokulardan alınan elektromanyetik sinyallerle görüntü oluşturulur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI

Sağlığın tanımlanması güçtür ve sağlığa ilişkin farklı tanımlamalar mevcuttur. Çünkü normallik, iyilik hali, hastalık hissi gibi sağlığı tanımlamada kullanılan kavramlarda belirsizlik hâkimdir. Ayrıca insanların kavramsal olarak sağlığa yükledikleri anlam ve hangi durumu sağlıklı, hangi durumu sağlıklı olarak tanımladıkları ile ilgili de net bir kaniye varmak kolay değildir. Çünkü ‘sağlıklı olma hali’ ya da ‘hasta olma hali’ hissedilen bir ‘hal’ ya da ‘duygu durumu’ olması hasebiyle sübjektiftir. Yani kişiden kişiye göre değişebilir. Bu yüzden bir kimse için hastalık olarak algılanan bir durum, başka bir kimse için normal veya alışıldık bir durum olarak nitelendirilebilir. Örneğin, kimilerinin ağrı eşiğinin yüksek olduğundan ve ‘canı tatlı’ olan diğerlerine nazaran daha dayanıklı olduklarından bahsedilir. Yine benzer bir biçimde, aynı hastalıktan mustarip iki kişiden birinin hiçbir şey yokmuş gibi günlük hayatına devam ederken; bir diğerinin yatak döşek yattığına hepimiz şahit olmuşuzdur.

Sağlığın ve sağlıklı olmanın ne demek olduğu kişiden kişiye değişebildiği gibi; ülkeler ve toplumlar arasında da neyin sağlıklı olduğuna yönelik birbirinden çok farklı anlayışlar mevcuttur. Örneğin, Hindistan’da fareler için yapılan bir tapınakta (Karni Mata Temple, Deshnok, Rajasthan, India) farelere sunulan yiyecek ve içeceklerden arta kalan kısımların yenmesinin hastalıklardan koruduğu ve mevcut hastalıkları iyileştirdiğine inanılması toplumlar arasında sağlığa ilişkin görüş farklılıklarının ne denli zıt olabileceğini gözler önüne serer.

Ancak bireyler ve toplumların sağlığa ilişkin görüş, düşünce, anlamlandırma, tanımlandırma ve inanışları stabil değildir. Yani aynı kişi ya da toplum için zaman içinde bu kavramlar farklı anlamlar ifade edebilir. Yani bir kişi ya da toplum için normal olan bir durum, zamanla aynı kişi ya da toplum için sağlıksızlık olarak değerlendirilebilir. Çünkü bireylerin ve toplumların kültürel, sosyal ve ekonomik

yapılarının zaman içerisinde gelişmesi ya da değişmesi sonucunda sağlığa yönelik bakış açılarının da değişmesi kaçınılmazdır. Geliri artan birey ve toplumların ağız-diş sağlığına daha fazla önem vermeleri ya da sağlıklarını korumak ve daha sağlıklı olmak ve görünmek amacıyla daha fazla spor yapmaları bu hususa işaret eder.

Hal böyle iken, yani sağlığı ve neyin sağlıklı olduğunu tanımlandırmak bu kadar zor iken, 'her şey zıddı ile bilinir' kaidesi gereğince insanlar sağlığın ne olduğuna, hastalığın ne olduğunu tanımlayarak ulaşma yoluna gitmişlerdir. Yine aynı şekilde sağlıklı olma düzeyi ya da derecesini ölçmek, yani kimin ne kadar sağlıklı olduğunu tespit etmek kolay değildir, ancak hastalık derecesi, yani kimin ne kadar hasta olduğu nispeten daha kolay ölçülebilir. Bunun için kişilerin günlük faaliyetlerine devam edebilme ve kendi kendilerine yetebilme seviyeleri bir gösterge olarak kullanılabilir. Örneğin, Somunoğlu'nun (1999:55), Larson (1991)'a atfen yapmış olduğu hastalık ve sakatlık derecelerinin sınıflandırması şu şekildedir: (1) Tedavi edilebilen durumlar, (2) Hastalığa ve sağlık statüsündeki bozulmalara rağmen, kişilerin fonksiyonlarını yerine getirebildiği durumlar, (3) Kişilerin fonksiyonlarını birtakım kısıtlamalar ile yerine getirebildiği durumlar, (4) Birtakım aktivitelerde kısıtlıklar olmasına rağmen kişilerin kendi kendine yetebildiği durumlar, (5) Kişilerin kendi kendilerine yetemediği durumlar.

Bu sınıflandırmada birinci aşamada bahsedilen 'tedavi edilebilen durumlar' kolaylıkla tedavi edilebilen, basit soğuk algınlığı ya da lokal ağrılar gibi durumlardır. İkinci aşamada bireylerin yaşam kaliteleri düşmüştür ancak yine de bireyler günlük hayatlarını devam ettirebilmektedirler. Üçüncü aşamada bireyler fiziksel olarak zor olan aktiviteleri yerine getirememekle beraber günlük yaşamlarına devam etmektedirler. Örneğin bireyler halen işe (ağır fiziksel güç isteyen işler haricinde) ya da okula gidebilmekte ancak ağır işler yapamamakta ya da örneğin spor yapamamaktadırlar. Dördüncü seviyede ise artık birey, işe ya da okula gidememekte ve sosyal hayatına (sağlıklı olarak) devam edememektedirler. Ancak bu bireyler yemek, ya da tuvalet gibi kendi özel ihtiyaçlarını halen kendi başlarına karşılayabilmektedirler. Kişilerin kendi kendilerine yetemediği durumlar olarak tarif edilen son aşamada ise bireyler artık tek başlarına yaşamlarını idame

ettirememektedirler. Birinci aşama akut hastalıklara işaret ederken, ikinci aşamadan itibaren sağlık durumundaki bozulma ve günlük aktivitelerin kısıtlanması durumunun ne kadar süre devam edeceği hastalığın akut ya da kronik³ olması ile ilgilidir.

Robinson ve Elkan (1996)'a atfen, Somunoğlu (1999:53) sağlığı negatif yönden (ya da bizim tabirimizle zıttı ile) hastalığın (disease) yokluğu şeklinde tanımlamıştır. Yine aynı çalışmasında Somunoğlu (1999:61) Tatar M. ve Tatar F (1997)'ye atfen bu tanım ile ilgili şu hususa dikkat çekmiştir:

İngilizce'de "disease" ve "illness" kavramları arasında net bir ayırım vardır. Disease vücudun herhangi bir yerinde bir dizi semptom ve işaretlerle kendini belli eden, bazı patolojik bulguların ya da anormalliklerin olmasıdır. Illness ise patolojik anormalliğin sonucu olabilen ya da olmayan, birey tarafından yaşanan sübjektif bir durumdur. Yani illness, bireyin kendini hasta hissetmesi olarak tanımlanabilir ve patolojik etkilere karşı davranışları ve hisleriyle ilgilidir. İngilizce 'deki bu netliğe karşılık Türkçe 'de hastalık terimi her iki kavram için de kullanılmaktadır. (Somunoğlu, 1999:61)

Bu açıklamalara dayanarak sağlığın yalnızca hastalığın (disease) yokluğu şeklinde tanımlanmasının yetersiz olduğunu öne sürebiliriz. Çünkü bu tanımlamaya göre hastalık, yalnızca bir dizi semptom⁴ ve tıbbi bulgular ile birlikte meydana gelen fizyolojik bir süreç olarak ele alınmıştır. Ancak biz biliyoruz ki, pek çok hastalığın altında aslında psikolojik sebepler yatmakta ve aslında fizyolojik olarak hiçbir anormallik var olmasa dahi kişiler kimi zaman kendilerini hasta olarak hissetmektedirler.

³ Burada akut ve kronik hastalıkların ne anlama geldiklerinden de bahsetmek gerekir. Akut hastalık hızlı başlayan ve/veya kısa süre devam eden hastalıklardır kronik hastalıklar ise daha uzun süreli tedavi gerektiren ve hatta hiç tedavi edilemeyen hastalıklar için kullanılır. Akut hastalıklara grip ya da nezle; kronik hastalıklara ise astım ya da bronşit hastalıkları örnek verilebilir. Ancak kronik hastalıkların daha ciddi ya da şiddetli hastalıklar olduğu, akut hastalıkların ise daha az şiddetli olduğu (ya da tam tersi) gibi bir genelleme yapılması doğru değildir. Örneğin, Akut Lenfoblastik Lösemi (kemik iliği kanseri) ölümcül bir hastalıktır.

⁴ Semptom veya belirti hasta tarafından fark edilen, bir hastalık veya alışılmışın dışında bir durum nedeniyle vücut işlevlerinin veya hislerin anormalleşmesi durumudur. Semptom sübjektif bir kavramdır, yalnızca hasta tarafından hissedilir ve gözlenir ve başkası tarafından ölçüm yapılamaz. Bulgu ise başkaları tarafından objektif olarak gözlemlenebilir. Örneğin, gribal enfeksiyonlarda ağrı semptom iken yüksek ateş ise bulgu olarak kabul edilebilir.

Bugün dünya genelinde yaygın bir şekilde kabul gören sağlık tanımı, 1946 yılında Dünya Sağlık Konferansında kabul edilen ve 61 üye devlet tarafından imzalanan Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş tüzüğünde yer alan tanımdır. Buna göre, “Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil; aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (WHO, 2006:1).

1.1. SAĞLIĞIN TANIMLANMASINA İLİŞKİN MODELLER

Her ne kadar bugün DSÖ'nün yapmış olduğu sağlık tanımlaması genel kabul görse de bir takım eleştirilere de maruz kalmıştır. Ve bu nedenle farklı türden sağlık tanımları ortaya çıkmıştır. Somunoğlu (1999:54), sağlık tanımlanmasına yönelik olarak Larson (1991)'a atfen dört ana modelden bahsetmiştir. Bunlar: “Tıbbi Model (The Medical Model)”, “Holistik Model (The Holistic Model)”, “İyilik Modeli (The Wellness Model)”, “Çevre Modeli (The Environmental Model)” olarak sayılabilir.

1.1.1. Tıbbi Model

Adından da anlayacağımız üzere bu model tıp alanında çalışmalar yapan akademisyenlerce ortaya atılmıştır. Somuncuoğlu'na göre (2012:4), tıbbi model sağlığı negatif yönden ele alır ve bu modele göre sağlık; “vücudun herhangi bir yerinde patolojik bulgular ya da anormalliklerin olmaması” şeklinde tanımlanır. Yazarın (Somunoğlu; 2012:5) tıbbi model ile ilgili dikkat çektiği husus; hastalığın negatif yönden tanımlanması ile hastalıkların bulaşıcı hastalıklar, ölümcül olmayan hastalıklar, kronik hastalıklar gibi sınıflandırılması sağlanması ve mortalite⁵ ve morbidite⁶ istatistikleri geliştirilerek toplumun sağlık seviyesinin ölçülmesi sağlanması olmuştur.

⁵ Mortalite (Ölüm oranı): Belirli bir hastalık nedeniyle ya da genel olarak bir popülasyon içinde ölenlerin tüm popülasyona oranı.

⁶ Morbidite (Hastalık oranı): Belirli bir nüfusta, belirli bir zaman dilimi içerisinde, belirli bir hastalığa tutulanların sayısının sağlıklı kalmış nüfusa oranıdır.

1.1.2. Holistik Model

Holistik sözcüğü bütüncül, bütünsel gibi anlamlara gelmektedir. Bu model sağlığı DSÖ'nün tanımında olduğu gibi, sadece negatif yönü ile yani “hastalığın yokluğu” şeklinde değil aynı zamanda bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Bu anlayışa göre bireyin yaşadığı her sağlık sorunu psikosomatiktir⁷. Yani hastalıklar bireyin başına bir tesadüf sonucu gelen bir olay değildir; her hastalığın ya da sağlık sorunun altında sosyal ya da ruhsal bir problem yatmaktadır. Kişinin sosyal dünyasının ve ruhsal altyapısının fiziksel sağlığı üzerindeki etkisi büyüktür. Bu nedenle insanların ruhlarını iyileştirmeden bedensel hastalıklarını iyileştirmek mümkün değildir. Ruhsal ve zihinsel tedavi uygulanmadan bir hastalık iyi edilse dahi yeni bir hastalık ortaya çıkacaktır. Bu nedenle bu anlayışa göre hastalığın iyileştirilmesinden çok hastalığa yol açan nedenin iyileştirilmesi gerekir. Platon'un bir sözü de bu düşünceyi destekler niteliktedir: “Hekimlerin en büyük hatası, ruhu düşünmeden yalnız bedeni tedaviye teşebbüs etmeleridir”.

Bu model ve paralel olarak DSÖ'nün sağlık tanımı bu gün genel kabul gören sağlık tanımı olsa da ölçülmesi ve erişilmesi zor yani fazla idealist ve hatta ütöpiktir. Ve bu nedenle eleştirilmektedir. Bireyin her an fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması mümkün değildir. Bu nedenle bu tanıma göre hepimizin hasta olduğunu iddia etmek yanlış olmayacaktır.

DSÖ tarafından yapılan bu tanım, her ne kadar sağlığı çok boyutlu bir kavram olarak ele alıp yaygın bir kullanıma sahip olsa da, ölçülmesi ve erişilmesi güç boyutları içerdiği için eleştiriye uğramıştır.

1.1.3. İyilik Modeli

Somunoğlu'na göre (2012:4), bu modelde sağlık, DSÖ'nün tanımında yer alan “iyilik hali” teriminin kapsamının genişletilmesi çerçevesinde ele alınmış ve “bireyin

⁷ Psikosomatik, psikolojik kökenli olan fiziksel hastalıklara verilen genel addır.

sezgisine bağlı olarak, fiziksel iyilik hali, enerji ve günlük faaliyetlerini yerine getirebilme yeteneği” olarak tanımlanmıştır.

İyilik hali ile ilgili bir çalışmalarında Korkut Owen ve Owen (2012:1) iyilik halini “en genel anlamıyla yaşamın birçok boyutunda iyi olma” olarak tanımlamış ve fiziksel, psikolojik / duygusal, sosyal, entellektüel/mesleki olmak üzere dört boyuttan oluştuğunu söylemişlerdir. Bu modele göre; fiziksel iyilik hali dengeli beslenme, fiziksel aktivite, uyku düzeni gibi sağlıklı yaşam tarzına ilişkin öğeleri içermektedir. Örneğin kötü beslenme ya da uyku bozukluğu gibi olumsuzluklar uzun dönemde insan sağlığını ciddi bir biçimde olumsuz olarak etkilemektedir. zet olarak fiziksel olarak iyi olan birey; dengeli beslenen, düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunan ve düzenli olarak örneğin koruyucu sağlık hizmetleri gibi tıbbi hizmetlerden yararlanan kişidir.

Psikolojik ya da duygusal iyilik hali; sağlıklı olmanın daha çok bireyin içsel dünyası ile ilgili olan boyuttur. Korkut Owen ve Owen (2012:1)’a göre bu boyutta, bireyin kendine ve dünyaya ilişkin pozitif hislerinin olması; kimliğinin ve karakterinin güvenli bir biçimde gelişmesi ve zorlukları ileriye gitmek ve gelişmek için fırsat olarak görebilmesi gibi özellikler de yer almaktadır.

Sosyal iyilik hali; bireyin ailesi, arkadaşları, karşı cins ile ve toplumdaki diğer kişilerle iyi ilişkiler kurabilmesidir.

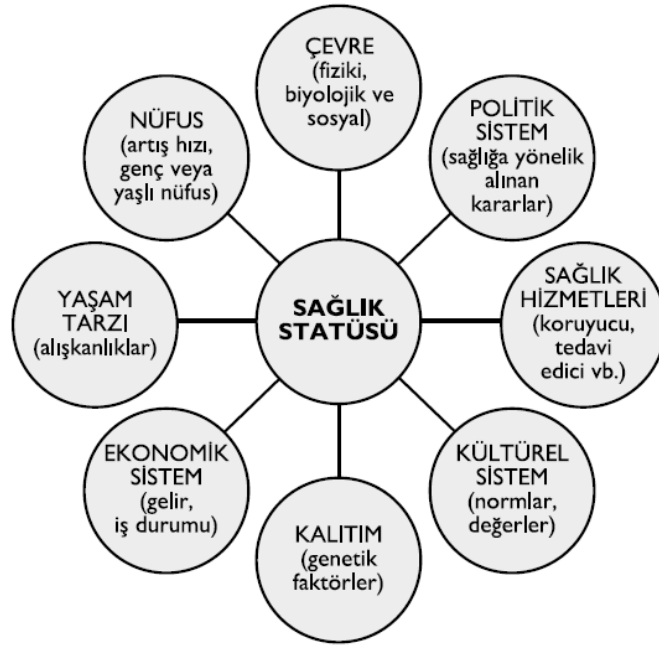
Ve son olarak entelektüel ya da mesleki iyilik hali ise; entelektüel aktivite, bilgilerini kendisi ve toplumun yararına kullanma ile ilgilidir.

1.1.4. evre Modeli

Somunoğlu (2012:6) evre modeline göre sağlığı; canlıların çevresine uyum sağlayabilmesi için sergilediği ve süreklilik arz eden bir adaptasyon hali olarak tanımlar. Buna göre bireylerin çevresine başarılı bir biçimde uyum göstermesi ile sağlıklı olarak kabul edileceği ve böylelikle toplumla bütünleşerek aktivitelerini gerçekleştirebileceği üzerinde durulmaktadır.

1.2. SAĞLIK STATÜSÜNÜN BELİRLEYİCİLERİ

Somunoğlu (2012:7) Henrik L. Blum'a atfen insan sağlığı üzerinde etkili olan bireylerin gelirinden yaşam tarzlarına; toplumun kültürel değerlerinden politik sistemlerine kadar pek çok unsurdan bahsetmiş ve bu unsurları aşağıda şekil 1'deki gibi bir şekil ile göstermiştir. Ancak bunlardan dört tanesinin (çevre, yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri) bireylerin sağlığı üzerinde etkilerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.



Şekil 1: Sağlık Statüsünün Belirleyicileri

Kaynak: Somunoğlu, 2012:7

1.2.1. Çevre

Somunoğlu (1999:60) Larson (1991)'a atfen son dönemde tıp alanında kat edilen ilerlemelerin, kişilerin sağlık statüleri üzerinde beklenilenden daha az etkiye sahip olduğunun ortaya çıktığı, buna karşın eğitim, sosyal ve ekonomik koşullar ve çevre şartlarındaki gelişmenin bireylerin sağlık statüleri üzerinde daha etkili olduğunun tespit edildiğine dikkat çekmektedir.

Yine Somunoğlu başka bir çalışmasında (2012:7) çevresel faktörleri “canlı organizmanın yaşamını sürdürmesi için etkili olan dış güçlerin tümü” olarak tanımlamakta ve çevresel faktörleri biyolojik, fiziki ve çevresel faktörler olarak üç kategoriye ayırmaktadır. Buna göre; biyolojik çevre, hastalık yapan bakteri, virüs ve parazit gibi mikro organizmalar ve bunların taşıyıcıları olan bitki ve hayvanlardır. Fiziki çevre, çevre ve özellikle hava kirliliği, iklim vb. gibi faktörlerdir. Sosyal çevre ise, nüfus artışı, gelir ve eğitim düzeyi vb. faktörlerdir.

1.2.2. Yaşam Tarzı

Bireyin günlük hayatında özellikle rutin olarak uyguladığı alışkanlık, davranış ve tutumlarıdır. Örneğin, bireyin spor yapıp yapmaması, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, uyku düzeni ve beslenme alışkanlıkları, kişisel hijyen gibi unsurlar kişinin sağlığı üzerinde belirleyici rol oynar.

1.2.3. Kalıtım

Genler insanların yaratılış itibari ile sahip oldukları kodlardır ve genler kalıtım yoluyla hastalıkları kuşaktan kuşağa taşırlar. Kanser, diyabet, tansiyon, bazı kas ve iskelet sistemi hastalıkları, koroner hastalıklar ve ruhsal hastalıklar kalıtım yoluyla kuşaktan kuşağa geçer. Düşünüldüğünün aksine kalıtım insan sağlığı üzerinde müdahale edilemez bir etki unsuru değildir. Örneğin yüksek tansiyon ve felç hastalığında ailesel geçmişi olan bir birey tuzsuz beslenme gibi önlemler almak suretiyle bu hastalığın kendinde görülme ihtimalini azaltabilir.

1.2.4. Sağlık Hizmetleri

Son dönemde ABD ve diğer gelişmiş ülkeler başını çektiği pek çok ülkede sağlık harcamalarının giderek arttığı ancak bu ülkelerde toplumun sağlık statüsünün yapılan sağlık harcamalarına orantılı bir şekilde artış göstermediği tespit edilmektedir. İşte bu durumun sebebi; topluma verilen sağlık hizmetlerinin toplumun sağlığını

etkileyen faktörlerden yalnızca bir tanesi olmasıdır. Hatta Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat'ın Schultz ve Johnson (2003:20)'a atfen bildirdiğine göre sağlık hizmetleri; sağlığın dört büyük belirleyicisi arasında sağlık üzerinde en az etki sahibi olanıdır. ABD'nin başını çektiği bu ülkelerde obezite, uyuşturucu kullanımı ve erken gebelikler gibi risk faktörlerinin artış göstermesi bu durumun birincil sebebi olarak gösterilebilir. İlerleyen bölümlerde karşılaştırmalı örnekler verilerek konu üzerinde daha ayrıntılı durulacaktır.

Çalışmamızda, sağlık hizmetleri önemine binaen ayrı bir bölüm olarak sunulmuştur.



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

Fişek (1983:4) sağlık hizmetlerini “sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar bütünü” olarak tanımlamıştır. Somunoğlu (2012:8) ise bu tanımı biraz genişleterek sağlık hizmetlerini, “hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü” olarak ifade etmektedir.

Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge (2006:1)’ye göre ise sağlık hizmeti; "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."

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI

Devletin vatandaşlarına sunması zaruri olan asgari düzeyde (temel) sağlık hizmetlerinin kapsamının tespit edilmesi doğrultusunda yapılan çalışmalardan en önde gelenlerden birisi, 1978 yılında Kazakistan’ın Alma-Ata şehrinde düzenlenen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’dır. Bu konferansta temel sağlık hizmetleri, “ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama sonucunda toplumun geneli tarafından kabul edilen ve tam katılım sağladığı esas sağlık hizmeti” şeklinde tanımlanmıştır. Somunoğlu (2012:9) bu konferansta belirlenen temel sağlık hizmetlerini şu şekilde sıralamıştır:

- 1) Mevcut sağlık sorunlarının cözölüp, kontrol altına alınması için halk eğitimi uygulamalarının yapılması,
- 2) Uygun beslenme şartlarının oluşturulması,
- 3) Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, ana sağlığı ve aile planlamasına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi,
- 4) Çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi,
- 5) Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın yapılması,
- 6) Çevre şartlarının iyileştirilmesi,
- 7) Gereksinim duyulan ilaçların temini,
- 8) Sağlık yönetimin geliştirilmesi,
- 9) Sık görülen hastalıklara ve yaralanmalara ilişkin tedavilerin geliştirilmesi.

Ancak toplumların sosyal ve kültürel yapısı değiştikçe ve geliştikçe, zaman içinde toplumun sağlık hizmetlerine yönelik yeni beklentilerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kapsamı her geçen gün artmaktadır. Bugün ortaya çıkan botoks ve saç ekimi gibi kozmetik hizmetler, cinsiyet değiştirme, döve sildirme gibi sosyal endikasyonu olan tıbbi işlemler; ya da dudak, burun ve göğüs estetiği gibi güzelleştirme amacına yönelik olarak yapılan estetik cerrahi operasyonlar bu durumun en belirgin örnekleridir.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACI

Sağlık hizmetlerinin vatandaşların tamamına hakkaniyetli bir biçimde ulaştırılması bugün tüm demokratik devletlerin birincil vazifelerindedir. Bu bağlamda Somunoğlu sağlık hizmetinin temel amacını net bir biçimde ortaya koymaktadır;

Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve sağlıklılık halinin devamının sağlanması için çaba sarf edilmesi, bireylerin hastalıklardan korunması, hastalananların uygun yöntemler ile tedavi edilmesi ve kimseye bağımlı olmadan kendi kendine yetecek şekilde yaşamalarının sağlanması şeklinde ifade edilmektedir. Tüm bu çabaların sonucunda, bireylerin sağlıklı geçirecekleri ömrün ve üretkenliklerinin uzatılması ve işgücü kayıplarının azaltılması istenmekte, psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmeleri, yüksek morale sahip olmaları ve sağlıklı bireylerden oluşan toplumun devamlılığı hedeflenmektedir. Belirtilen tüm bu amaçların gerçekleştirilmesi için, sağlık hizmetinin bazı özellikleri taşıması gerekmekte ve bu özellikler de, sağlık hizmetini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellikler olarak kabul edilmektedir. (Somunoğlu, 2012:10)

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında temel olarak; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri, olmak üzere üç farklı hizmet türünden bahsedilir.

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge (2006:1)'de koruyucu sağlık hizmetleri; “Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir” şeklinde tanımlanmaktadır. Somunoğlu (2012:11)'na göre koruyucu sağlık hizmetleri, “sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik verilen hizmetleri kapsamakta, toplumun hastalık etmenlerinden uzak tutulmasını hedeflemekte ve sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezleri (AÇSAP) vb. kurumlar tarafından sunulmaktadır”.

Ayrıca Somunoğlu haklı olarak korumanın tedaviden daha etkili, zahmetsiz ve ucuz olması nedeniyle, ülkelerin koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna ağırlık verilmesinin gerekliliğine dikkat çekilmektedir (2012:11). Öztürk ve Karakaş (2015:41) ise bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere toplumu olumsuz etkileyen

hastalıkların, ancak koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulmasıyla minimize edilebileceğini öne sürmüştür.

Bunun dışında farklı bir çalışmada hastalık ve sakatlıklar oluşmadan insanları korumak için verilen hizmetlerin tamamı koruyucu sağlık hizmetleri olarak nitelendirilmiş ve hastalık risklerine karşı bir mücadele şekli olarak tanımlanan bu tür hizmetlerin amacının hastalık risklerini azaltmak ve sağlık seviyesi yüksek bir toplum oluşturmak olduğundan, toplumun tamamına ücretsiz olarak sunulması gerekliliğine dikkat çekilmiştir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009:79). Gerçekten de çalışmanın sonraki kısımlarında daha detaylı olarak üzerinde duracağımız üzere koruyucu sağlık hizmetleri, yoğun bir biçimde pozitif dışsallık ve sosyal fayda ihtiva eder ve bu özellikleri nedeniyle kâr amacı güdülmeksizin toplumun tamamına sunulmalıdır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ikiye ayrılmakta ve sağlık hizmetlerinin ilk basamağını oluşturmaktadır.

2.3.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Ateş (2012:10)'e göre hekim, hemşire ebe ve sağlık memuru gibi sağlık ve yardımcı sağlık personelleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Ve Kısa (2002:27)'ya atfen Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2009:82)'a göre sağlık ocağı, AÇSAP merkezleri, dispanserler (bugün, bu sayılanlara aile hekimliklerini de ekleyebiliriz) gibi sağlık birimlerinde sunulan hizmetler olarak kabul edilmişlerdir. Ancak günümüz itibari ile koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından veya yalnızca sağlık birimlerinde sunulan hizmetler olmaktan çıkmışlardır. Örneğin; kamu spotları ile basın yayın organlarından sağlık hizmeti verilmesi bu hususa örnek teşkil etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri genel olarak; erken tanı ve tedavi, kişisel hijyen, kemoprofilaksi (ilaçla koruma), sağlık eğitimi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin, bağışıklama, beslenme koşullarının iyileştirilmesi şeklinde sıralanabilir.

2.3.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Akdur (2011:376) Bireylerin etkileşim içinde olduğu ve onların sağlığını olumsuz etkileyen zararlı etkenleri yok ederek, çevreyi zararsız hale getirmek veya zararlı çevresel etmenlerinin kişileri olumsuz yönde etkilemesini önleme çabalarının tümünü çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlamıştır.

Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2009:79) ilgili alanda eğitim almış mühendis çevre sağlığı teknisyeni, veteriner ve benzeri meslek mensuplarının çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde istihdam edilebileceklerini belirtmiş ve bu hizmetleri insan sağlığını olumsuz etkileri haiz fiziki, kimyasal, biyolojik ve sosyo-ekonomik çevresel faktörlerin ortadan kaldırılmasını amaçlayan tüm girişimler olarak tanımlamışlardır. Buna göre çevreye yönelik koruyucu hizmetleri genel olarak; temiz su kaynaklarının sağlanması, katı atık kontrolü, hava kirliliğinin kontrolü, iş sağlığı ve güvenliği, gürültünün kontrolü, zararlılarla mücadele vb. şeklinde sıralanmaktadır.

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sahip olduğu avantajları nedeniyle önemli olduğu ve öncelik verilmesi gerektiği aşikârdır. Ancak devlet tarafından sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve kalitesi ne kadar yüksek seviyede olursa olsun hastalıkların tamamen önüne geçmek mümkün olmayacaktır. Her birimiz gündelik yaşamımızda her türlü hastalık, kaza ve yaralanmalara maruz kalmaktayız ve bu durum bizim sağlık durumumuzun geçici ya da uzun süreli ve hatta kimi zaman kalıcı bir şekilde bozulmasına neden olmaktadır. İşte bu aşamada tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkacaktır.

Tedavi bireyin hastalığının (disease) ve rahatsızlığının (illness) en hızlı ve en doğru bir biçimde tespit edilip, en doğru yöntemlerle bu hastalık ve rahatsızlıkların bertaraf edilmesidir. Yani hastalığın yok edilmesine yönelik ilaç, cerrahi operasyon, fiziksel terapi ya da psikolojik telkin gibi yöntemlerin birini ya da birkaçını uygulamak suretiyle yapılan girişimlerin yanında; hastalığın teşhis edilmesine yönelik yapılan her türlü tetkik ve muayene işlemleri de tedavi kapsamına girmektedir. Tedavide amaç bireyin bozulan sağlık durumunun en hızlı şekilde eski haline getirilmesidir.

Aktan ve Işık (2007:3)'a göre tedavi edici sağlık hizmetleri hastalığın semptomlarının ortaya çıkmasının ardından başlayan ve hastalığın teşhis ve tedavisine ilişkin tüm işlemleri kapsayan bir süreçtir. Buna göre, tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesinde yani daha ileri düzeyde hizmetleri kapsar ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda ihtiva eder. Hastaların tedavisi sonucu iş gücü kayıplarının önüne geçilmesinden ötürü sosyal fayda da içerir. Tedavi edici sağlık hizmetleri hem bireyin ömrünü uzattığı hem de yaşamı boyunca bireyin üretkenliğini arttırdığı için milli gelir artışına katkıda bulunur.

Somunoğlu (2012:11) tedavi edici sağlık hizmetlerini, “sağlık statüsünde meydana gelen bozulmalara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesi ve hastalık etkenlerinin yok edilmesi amacıyla yönelik olarak verilen hizmetler” olarak tanımlamaktadır.

Bu tanıma göre tedaviye yönelik olarak uygulanan her işlemin iki farklı amaca yöneldiği görülür. Birincisi “hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesi”; ikincisi ise “hastalık etkenlerinin yok edilmesi”. Yani tedavinin birinci amacı semptomatik tedavidir. Bu tedavi hastalık sonucu baş gösteren ve hasta tarafından hissedilen ve algılanan rahatsızlıkların yok edilmesine yönelik gerçekleştirilir. Semptomatik tedavide amaç hastanın konforunu ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Örneğin gribal enfeksiyonlarda uygulanan analjezik (ateş düşürücü) ve antipiretik (ağrı kesici) ilaçlar semptomatik tedaviye birer örnektir. Bazı alerjiler, diyabet, tansiyon bazı kanser türleri gibi bazı hastalıklarda ise semptomatik tedavi yoluyla hastanın yaşam kalitesini yükselme çabaları tek yoldur. Tedavinin ikinci amacı ise bireyin vücudunda hastalık yapıcı virüs, bakteri, parazit gibi etkenlerin yok edilmesidir ki buna yönelik tedavi aslında birinci amaca da otomatik olarak hizmet edecek ve hastalık etkenlerinin yok edilmesi ile hastalık hali de sona ermiş olacaktır. Örneğin gribal enfeksiyonlarda antibiyotik ilaç uygulanması hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik olarak uygulanan tedavidir.

Daha öncede vurguladığımız üzere koruyucu sağlık hizmetleri kolay ve düşük maliyetli iken tedavi edici sağlık hizmetleri ise hem pahalı hem de hasta için acı verici

ve yıpratıcı bir süreçtir. Bu özelliklerinin yanı sıra bir de tedavinin başarı garantisi yoktur.

Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmakta ve hizmetlerin sunumunda ayakta ve yatarak sağlık hizmeti sunan kurumlar görev yapmaktadır.

2.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; hastaların ayakta fiziki muayenelerinin yapılıp hastalıklarının teşhis edildiği ve tedavilerinin yapıldığı hizmetleri ifade etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini tedavi edici sağlık hizmetleri başlığı altında incelemekteyiz ancak aslında birinci basamak sağlık hizmetleri hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Örneğin sağlık ocaklarında hem hastalanan bireylere reçete yazılarak tedavileri planlanırken aynı zamanda sağlık ocağının bulunduğu bölgede aşılama faaliyetleri de planlı bir şekilde yürütülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunan ‘birinci basamak sağlık kuruluşları’ ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir çalışmada (Sağlık Bakanlığı, 2004:43) “hastane müdahalesi gerektiren acil durumlar (trafik kazası, travma, kalp krizi, vb.) dışında, hastanın ilk teması geçtiği sağlık personelinin bulunduğu ve genellikle kişinin yaşadığı toplumsal çevre içinde bulunan sağlık kuruluşudur” şeklinde tanımlamıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık ocakları, aile hekimlikleri, muayenehaneler, poliklinikler, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇSAP) merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri (TSM) olarak sayılabilir.

Pek çok yazar birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine dikkat çekmiştir. Örneğin Ateş (2013a:5), birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha hızlı, kesintisiz ve sürekli hizmet sunumu ve sağlık sorunlarının erken teşhis ve tedavisini sağladığını, uzmanlık ve acil sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını engellediğini ve hastanede yatış süresini azaltmak ve ilaç kullanımını azaltmak suretiyle sağlık harcamalarında önemli düşüşler sağladığını ileri sürmüştür.

Ateş'in ortaya koymuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin avantajlarına tek tek daha yakından bakacak olursak yazarın ne denli haklı olduğu ortaya çıkacaktır. Şöyle ki; birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha hızlı ve kesintisiz hizmet sunumu sağlar, çünkü birinci basamak sağlık hizmeti sunan poliklinik, sağlık ocağı ve aile hekimliği gibi birimler hastanelerin aksine çok daha kolay ulaşılabilir durumdadır. Çünkü bu birimler neredeyse kapı komşumuz olacak kadar yakın bir şekilde her mahalle ve sokakta mevcuttur. Birçoğumuzun hastanelerde bekleyeceğimiz sıradan gözümüz korkup hasta olduğumuz halde muayene olmaya gitmeden hastalığımızın kendiliğinden geçmesini beklediğimiz ve bunun faturası olarak hastalığımızın daha da ilerlemesi sonucuna katlandığımız olmuştur. Özellikle düşük gelirli bireyler hastalıkları çok ilerlemeden; tabir-i diğerle yatağa düşmeden hastaneye gitmemektedirler. Çünkü örneğin esnaf, işçi ve memur gibi mesleklerden insanlar hastaneye gittiklerinde muayene ücreti, ilaç ve diğer tedavi masrafları ve bekleme, ulaşım gibi diğer masrafların yanında, bir de o gün işlerinden oldukları için uğrayacakları gelir kaybı gibi bir alternatif maliyetle karşı karşıya kalacaklardır. Hâlbuki hasta birey, örneğin neredeyse her sokakta bulunan aile hekimliklerinde işine gidip gelirken kısa bir vaktini ayırarak kolaylıkla muayene olabilir. Böylelikle hastalıklar henüz ilerlemeden, çok daha erken evrelerde teşhis edilmiş olacaktır. Erken teşhis sayesinde uygulanacak olan tedavinin de başarı şansı artacaktır. Örneğin meme kanseri ve lenfoma gibi hastalıkların erken evrede teşhis edilmesi durumunda kolaylıkla tedavileri mümkünken; teşhisin gecikmesi halinde bu hastalıkların bireyi ölüme kadar götürmesi erken teşhisin önemini ortaya koymaktadır.

Erken teşhisin tedavinin başarı şansını arttırmasının yanında, erken teşhisle birlikte hastanın tedavisine bir an evvel başlanacağı için erken başlanan tedavi, tedavi süreci boyunca kullanılan ilaç miktarını azaltacak ve ayaktan ya da yatarak tedavi süresini kısaltacaktır. Ve böylece hastanelerin sağlık bakım maliyetleri ve totalde sağlık harcamaları azalmış olacaktır. Özellikle hastayı yatırılarak yapılan tedavi oldukça maliyetlidir. Çünkü hastanın yatışı boyunca hastaya her gün yapılan onlarca tetkik ve tedavi işleminin yanı sıra birde hasta ve yakınına otelcilik hizmetleri de sunulmaktadır. Ayrıca yatışı boyunca tedavi nedeniyle vücut direnci düşen hasta, diğer

hastaların ve refakatçi ve ziyaretçilerinin taşıdıkları hastalıklara ve en kötüsü de hastane enfeksiyonlarına karşı açık halde olacak ve bütün bu durumlar da hastanın tedavisinin daha da uzamasına neden olacaktır.

Ayrıca hasta yoğunluğu, büyük hastanelere nazaran çok daha az olan aile hekimliklerinde birey daha hızlı muayene ve tedavi olacaktır ve bu durum da hastaya uygulanan tedavinin başarısını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Çünkü sağlık tesisleri hastalar için son derece rahatsız ve sağlıksız ortamlardır. Sıra bekleme ve kalabalık, hastane kokusu ve tetkik ve tedaviye yönelik yapılan işlemler hastaları hem duygusal hem de fiziksel olarak olumsuz etkileyen, yoran, üzen ve yıpratıcı unsurlardır. Diğer hastaların taşıdıkları bulaşıcı hastalıklar da hastalar için ayrıca bir risk faktörüdür. Ve bu nedenlerle hasta için en iyi tedavi en az işleme gerektiren en hızlı tedavidir.

Bunların dışında birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan, örneğin aile hekimlerinin bir diğer misyonu da kendisine kayıtlı olan en azından herhangi bir hastalığı olan ya da engelli, yaşlı veya hamile gibi risk grubundaki hastaların genel sağlık durumlarını ve tedavilerini aktif bir şekilde takip etmektir. Örneğin aile hekimleri hastalarına reçete ettikleri ilaçları hastaların kullanıp kullanmadığı ve uyguladıkları tedavinin başarıya ulaşmış olup olmadığını bir kontrol muayenesiyle denetlemekle vazifelidirler. Bu husus da az önce Ateş'e ithafen belirttiğimiz birinci basamak sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve sürekli sağlık hizmet sunumuna işaret etmektedir.

Son olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin “kapı tutucu” fonksiyonundan da bahsetmek gerekir. Çoğumuz daha kaliteli ve kapsamlı hizmet almak amacıyla basit hastalıklarımız için dahi daha üst basamaklardaki hastanelere başvurabiliyoruz. Hâlbuki birinci basamak sağlık kuruluşlarının kapı tutucu fonksiyonunun etkin bir şekilde uygulanılabileceği, özellikle basit hastalıklardan mustarip hastaların tedavileri birinci basamak sağlık kuruluşlarında, daha ucuza yapılmış olacak ve bu sayede sağlık kaynaklarının etkisiz kullanımının önüne geçilebilecektir. Birinci basamak sağlık kuruluşları hastaların ilk başvuru noktasıdır. Ve hastalar ancak bu kuruluşlarda görev

yapan hekimlerin gerekli görmesi halinde üst basamak sağlık kuruluşlarından hizmet talep etmelidirler. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının bu fonksiyonları sayesinde uzmanlık ve acil sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı engellenmiş olur. Sosyal, Kıraç ve Alu (2016:83) ise bu kavramı “kapı doktoru” olarak tanımlamışlar ve örneği aile hekimliği gibi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin diğer hizmet basamakları üzerinde denetim ve kontrol sahibi olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve özellikle aile hekimliği uygulaması batıda sağlık hizmetlerinin temelini teşkil ederken; ülkemizde de “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte uygulanmaya başlanmıştır. Ancak maalesef ülkemizde bugün aile hekimlikleri, daha önce de sağlık ocakları bazında birinci basamak sağlık hizmetleri etkili uygulanamamıştır. Bu durumun nedenlerini Ateş (2013a:28) “finansman sağlanamaması, sevk zincirinin oluşturulamaması, birinci basamakta çalışanlara tatminkar ücretlendirme yapılmaması, yarı zamanlı çalışma, siyasi otoritenin kararlılık göstermemesi” şeklinde açıklamıştır.

2.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

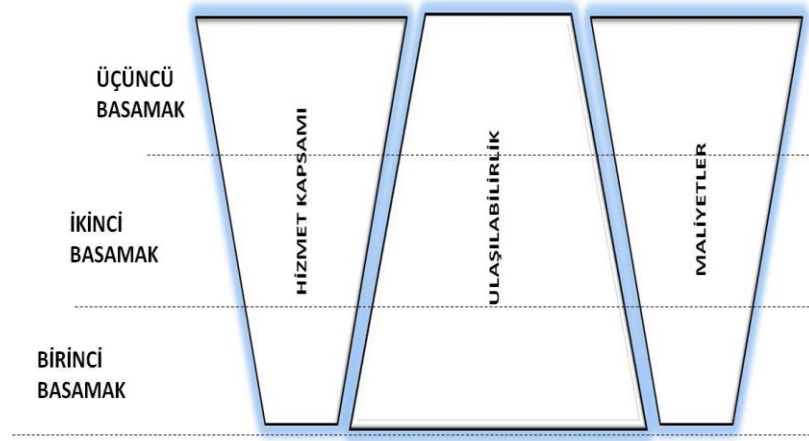
İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilmeyen, nispeten daha ciddi veya acil durumlarda, yataklı bir sağlık kuruluşunda verilen teşhis ve tedaviye yönelik tüm sağlık hizmetleridir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastanelerin bir bölümü İkinci basamak sağlık kuruluşları arasında sayılabilir.

2.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Somunoğlu (2012:12) üçüncü basamak sağlık hizmetleri, farklı uzmanlık alanlarından sağlık personelin ileri teknolojiye sahip sağlık kuruluşlarında verdiği hizmetlerdir. Kalp dış, göz ve onkoloji hastaneleri gibi özel dal hastaneleri, üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında yer almaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilgili değinmemiz gereken son husus sevk zinciri kavramıdır. Sevk zinciri hastaların ufak yada büyük her türlü sağlık problemleri için ilk önce aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapması, eğer gerekli görülürse burada görev yapan hekim tarafından devlet hastanesi gibi bir ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi, burada da hastanın başvuru yaptığı hekim tarafından gerekli görülmesi halinde ileri düzeyde tetkik veya spesifik uzmanlık gerektiren durumlarda tedavi için özel dal ya da üniversite hastaneleri gibi üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulabilmesi ve hastaların bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanabilmesi için, basamaklar arasındaki sevk zincirine gereken önem verilmelidir. Bu sisteme göre hasta bu sevk zincirine uymadığı zaman ortaya çıkan ücret farklılıklarını ödemek zorunda bırakılarak sevk zincirine riayet etmesi teşvik edilir. Somunoğlu (2012:12)'na göre sevk zincirine sistemine riayet edilmesi, hastaların lüzumsuz yere sağlık kurumlarında yığılmalarını ortadan kaldıracadığı gibi, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulmasına da imkân sağlayacaktır.

Son olarak bu üç basamağın güçlü ve zayıf yönlerini tartışacak olduğumuzda; şekil 2'de görüldüğü gibi, bu üç basamaktan birincisinde yer alan özellikle aile hekimliği ve sağlık ocaklarında sunulan ilk basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı dardır; yani buralarda sunulan hizmetleri eğitim, aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile beraber çoğunlukla ileri düzeyde tetkik işlemleri gerektirmeksizin teşhis edilebilen basit hatalıkların ayaktan yapılan tedavileridir. İleri düzey tetkik işlemleri yapılmadığından ve hastalar yatırılmadan yalnızca ayaktan muayeneleri yapılarak tedavi edildiklerinden bu birimlerde sunulan sağlık hizmetinin maliyeti düşüktür. Son olarak bu birimler neredeyse her mahallede buldukları için ulaşılabilirlik durumları da en üst seviyededir. 2. ve 3. basamak gibi daha üst seviyelerdeki sağlık kuruluşlarının (devlet hastanesi ve üniversite hastanesi gibi) ulaşılabilirlikleri düşer, ancak buralarda sunulan hizmetin kapsamı genişler dolayısıyla hizmet üretim maliyetleri de yükselir.



Şekil 2: Sağlık Hizmet Basamaklarının Karşılaştırılması
Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:41

2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Akdemir, Birol, Özcan ve Cayrat (2003:71-80, 2000:12-52 ve 1997:183-186)'a atfen Akdemir ve Akkuş (2006:85) rehabilitasyon teriminin, bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesi anlamına gelen, Latince 'habilitasyon' sözcüğünden geldiğini belirtip; doğuştan yada sonradan, hastalık yada yaralanma nedeniyle, az veya çok, kısmen yada tamamen bazı fonksiyonlarını yitiren olan bireyin kaybettiği fonksiyonlarını yeniden icra edebilmesini veya bireyi tıbbi, ruhsal, sosyal ve mesleki açıdan mümkün olan en iyi düzeye ulaştırmak suretiyle hem kendine hem de ailesine ve topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan tedavi süreci olarak tanımlamışlardır.

Somunoğlu (2012:12) bireylerin sağlık durumunun bozulmasına neden olan hastalık, sakatlık, yaralanma, vb. gibi olayların her seferinde tamamen tedavi edilemediğini, bu durumda bireylerin kaybettiği fiziksel ve zihinsel becerilerin bireye yeniden kazandırılması ve bireyin kimseye bağımlı olmadan yaşayabilmelerinin sağlanması için rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Rehabilitasyon hizmetlerinin amacı bireylerin yeniden topluma kazandırılması ve sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan iyileştirilmeleridir.

Somunoğlu'nun tespitleri yerindedir. Çünkü çoğu zaman hekimler ve diğer sağlık çalışanları hastalıkların tedavisi için gereken her şeyi yapsalar da her zaman her hastalığının tedavisi mümkün olmamakta, bazı hastalık ve yaralanmalar bireylerde kalıcı marazlara veya maluliyetlere sebebiyet verebilmektedir. Bu durumdaki bireler kaçınılmaz olarak günlük rutin fonksiyonlarını tek başlarına eda edemez hale gelmekte ve kendileri hem de onlara bakmak zorunda olanlar sosyal hayattan soyutlanabilmektedirler. Ayrıca bunun sonucu olarak da iş gücü kayıpları ortaya çıkmaktadır. İşte rehabilitasyon hizmetleri, hasta bireylerin kendi kendilerine yetmelerinin ünün açmak suretiyle bu olumsuz tabloyu en aza indirmek amacıyla sunulur.

Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi Rehabilitasyon, hastalık, sakatlık ve yaralanmaların neden olduğu fiziksel engellerin veya fonksiyon kayıplarının giderilmesine yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Fizik tedavi seansları, işitme cihazı veya diğer her türlü protez gibi uygulamalar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon uygulamaları sayesinde bireylerin yitirdikleri fonksiyonlarının yeniden kazandırılması amaçlanır. Sosyal rehabilitasyon ise, bireylerin içinde bulunduğu durumu kabul etmesi ve bu duruma uyum sağlaması için psikolojik destek, eğitim, istihdam sağlama ile sportif sosyal, kültürel faaliyetlere yönlendirme gibi uygulamaları kapsamaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

Ünsal (2010:10) iktisat bilimini; “Toplumların sınırlı kaynakları sınırsız isteklerin karşılanmasında nasıl kullandıklarını inceleyen bir sosyal bilim dalı” şeklinde tanımlamıştır. Tanımdan anlaşılana göre ekonomi bilimi, kıt olan kaynakların toplam fayda ve refahı maksimize etmek amacıyla tüketilmesi gerekli olan mal ve hizmetlerin üretiminde nasıl en iyi şekilde kullanılacağına yollarını aramaktadır. Bu bağlamda ekonomi biliminin cevap aradığı dört temel soru: 1) Ne 2) Ne kadar 3) Nasıl (hangi yöntemle 4) Kim için üretilecek? sorularıdır.

Sağlık bilimleri, iktisat, istatistik ve maliye gibi disiplinlerin ortak çalışma alanı olan sağlık ekonomisi, Mills ve Gilson (1988:2)’a atfen Tıraş (2013:130)’a göre ekonomi biliminin kuramları ve kurallarının sağlık sektörüne uygulanması ile ortaya çıkmıştır ve bu nedenle de ekonomi biliminin alt dalı olarak kabul edilir. Tokat (1994)’a atfen Çelik (2013:49) sağlık ekonomisini, “sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarını en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek” şeklinde tanımlar. Bu tanım yakından incelendiğinde sağlık ekonomisinin de tıpkı ekonomi bilimine çok benzer bir biçimde üç farklı soruya cevap aradığı söylenebilir:

- 1) Hangi tür sağlık hizmetleri ne kadar üretilmeli?
- 2) Bu sağlık hizmetleri kim tarafından (devlet-özel sektör gibi) hangi yöntemlerle üretilmeli?
- 3) Toplumu oluşturan hangi sosyal grup üretilen bu sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacak?

Cevaplanması gereken bu soruların yanında bir de sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması çözülmesi gereken en mühim problemlerin bir diğeridir. Günümüzde bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler

kaynaklarını daha iyi nasıl kullanılacağıının yollarını aramakta ve bu kapsamda çeşitli reformlar yapmaktadır.

3.1. SAĞLIK EKONOMİSİNİN KAPSAMI

Sağlık ekonomisinin kapsamı oldukça geniştir; Tıraş (2013:131) sağlık ekonomisinin kapsamını ya da çalışma alanını; Çalışkan (2008:32) ve Çoban (2009:6)'a atfen sağlık sektöründeki yasal düzenlemelerden, sağlık alanındaki bu düzenlemelerin iktisadi sonuçlarına; sağlık politikalarının oluşturulmasından, sağlık hizmetleri sunumu sırasında kaynakların etkin kullanımının sağlanmasına; sunulan hizmette ulaşılabilirliğinden sürekliliğine; hizmetlerinde çıktı ya da faydanın artırılmasından, sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talebi; yönetim ve organizasyonu ve iş gücünün planlanmasına kadar uzanan bir genişlikte ele almıştır. Bu açıklamaya göre denilebilir ki; sağlık ekonomisi sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili neredeyse bütün faaliyetleri kapsamaktadır.

Çoban (2009:7) ve Tıraş (2013:133), Culyer ve Newhouse (2000:4)'a atfen sağlık ekonomisi disiplinin kapsamına giren hususları bir şema halinde göstermiş ve sağlık ekonomisinin çalışma alanına ilişkin kapsamlı bir analiz ortaya koymuşlardır.

Tıraş (2013:131)'a göre sağlık ekonomisinin cevap aradığı ilk soru “sağlık ve sağlığın değeri nedir?” sorusudur. Bununla birlikte; “sağlığın unsurları ve nitelikleri nelerdir?”, “bireylerin sağlık durumu ölçülebilir mi?” “sağlık durumu ölçütü nelerdir?”, “sağlığa doğrudan veya dolaylı olarak etki eden faktörler nelerdir?”, “sağlığın faydası ya da sağlık hizmetlerinden elde edilen faydanın ölçümü yapılabilir mi?” gibi konular yine sağlık ekonomisinin cevap aradığı ve inceleme alanına dahil olan konulardır. Buna göre; sağlık ekonomisi sağlık statüsü belirleyicilerinden; kalıtım, iş hayatının getirdiği riskler, sağlık hizmetleri, toplumdaki gelir dağılımının ne kadar adaletli olduğu ve kişi başı gelir, eğitim ve okur-yazarlık düzeyi, beslenme ve barınma şartları, yaşam tarzı ve alışkanlıklar ve toplumun fiziki ve beşeri sermaye birikimi gibi sağlığı etkileyen sağlık hizmetleri dışındaki unsurları ele alır.

Çoban (2009:7) ve Tıraş (2013:132), sağlık ekonomisinin temel çalışma alanlarından bir diğerinin sağlık hizmetleri talebi olduğunu vurgulamışlardır. Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları ve sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörler sağlık ekonomisinin kapsamındadır. Buna göre bireylerin mevcut refah seviyelerini yükseltebilmek için sağlıklı yaşama istekleri sağlık hizmeti tüketmelerine yol açacaktır. Bunun dışında sağlık hizmetleri talebine etki eden; sağlık hizmetlerinin fiyatı, zaman etkisi, yasal unsurlar, kurum, kuruluş ve sağlık sisteminin yapısı, özel ve sosyal sağlık sigortası, sağlık hizmet sunucularına duyulan güven gibi faktörlerin etkileri sağlık ekonomisinin kapsamında incelenmektedir.

Çoban (2009:7) ve Tıraş (2013:133)'a göre sağlık hizmetlerinin talebi gibi arzı da doğal olarak sağlık ekonomisinin kapsamına dahildir. Tıraş (2013:133)'a göre sağlık ekonomisi sağlık hizmetlerinin üretim yönü de ele almakta ve sağlık hizmetleri üretimi, üretim faktörleri, üretim fonksiyonları ve maliyet fonksiyonları, üretim teknikleri, sağlık hizmetlerinin girdileri ve girdiler arası ikame oranları, sağlık emek piyasası, sağlık hizmetleri piyasası, hem kamu hem de özele ait olan sağlık hizmeti üretimi yapan sağlık kuruluşlarının sayısı ve yeterliliği ve sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık ekonomisinin, sağlık hizmetlerinin arzına ilişkin incelediği konulardır.

Çoban (2009:7)'in "piyasa analizi", Tıraş (2013:133)'in ise "piyasa dengesi" olarak isimlendirdiği ve sağlık hizmetlerinin sunumunda arz talep dengesinin kurulduğu denge fiyatlarının oluşumuna etki eden; sağlık hizmetlerini sunucularının davranışları, sunulan sağlık hizmetinin fiyatı, zaman ve bekleme süreleri nedeniyle ortaya çıkan alternatif maliyetler, dışsallıklar ve kamusal mallar ve bizim ileride ayrı bir bölüm olarak ele alacağımız piyasa başarısızlıkları sağlık ekonomisi içerisinde incelenen konulardır.

Ve sağlık ekonomisinin kapsamıyla ilgili son olarak Tıraş (2013:134)'a göre sağlık ekonomisi; sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumu için ayrılan kaynakların miktar, dağılım ve yeterliliğini sağlık hizmetleri üretiminde ve sağlık hizmetleri üretimi için kaynak tahsisinde optimizasyonun nasıl sağlanacağı ve maliyet-fiyat,

maliyet-etkinlik, maliyet-minimizasyon gibi farklı yöntemler kullanılarak sağlık hizmetlerine tahsis edilen kıt kaynaklardan maksimum faydanın sağlanması ve verimliliğin artırılması gibi konuları mikro ekonomik bir yaklaşımla ele almaktadır.

3.2. SAĞLIK EKONOMİSİNİN GELİŞİMİ

Sağlık ekonomisinin tanımı ve çözüm aradığı problemlere bakıldığında görüleceği üzere, sağlık ekonomisi genel ekonominin teorilerinin sağlık sektörüne uygulanmasıyla oluşan uygulamalı bir alt disiplin olarak ortaya çıkmıştır. Tıraş (2013:130)'a göre, sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesindeki en önemli neden, sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanması için sarf edilen kaynakların bütün ülkelerde giderek artış göstermesidir. Sağlık harcamalarındaki hızlı ve sürekli artış her ülke için önemli bir problem haline gelmiş. Ve bu probleme çözüm arama çabaları da sağlık ekonomisinin gelişmesine neden olmuştur.

Şenatalar (2003:25) 1960'lardan bu yana çalışma konusu olan sağlık ekonomisinin, ekonominin çok genç bir alt dalı olduğunu belirtmiştir. Tatar (2009:2) ve Tıraş (2013:135) ise sağlık ekonomisi alanında akademik anlamda ilk çalışmaları 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından kurulan Tıbbi Ekonomi Bürosu'nun yaptığı ve ilk kez sağlık ekonomisi terimlerini içeren çalışmalara kadar dayandırmakla beraber, her iki yazar da tıpkı Şenatalar gibi, sağlık ekonomisinin ekonomi biliminin bir alt dalı olarak 1960 yılında ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Tatar sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak ortaya çıkışını Selma J. Mushkin'in 1958'de kağıda döktüğü "Toward a Definition of Health Economics" başlıklı makalesine bağlar. Bu makalede Mushkin, tıp teknolojisindeki hızlı ve sonu gelmez ilerlemeye ve bununla birlikte artan maliyet ve sonuç olarak artan sağlık hizmetleri fiyatları konusuna dikkat çekerek, sağlıkta piyasa ve fiyat gibi konulara değinmiş ve sağlık ekonomisini ilk kez sistematik olarak ele almıştır. Mushkin 1962 yılına ait "Health as an investment Journal of Political Economy" isimli başka bir çalışmasında ise ilk kez sağlık harcamalarının bir yatırım harcaması olarak kabul görmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Ancak, her iki yazar da Kenneth J. Arrow tarafından 1963 yılında kağıda

dökülen ve bizim de ayrı bir bölüm olarak ele alacağımız “sağlık sektöründe serbest piyasa ekonomisi kuralları neden işlemez?” sorusunun cevaplarını aradığı “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care” isimli çalışmasını sağlık ekonomisi açısından asıl dönüm noktası olarak kabul etmişlerdir.

Çelik (2013:55)’e göre de sağlık ve sağlık hizmetleri pek çok ülkede hem ekonomik hem de sosyal yönü olan bir sorun alanı olarak özellikle son yıllarda oldukça fazla tartışılmaktadır. Özellikle sağlık sektörünün büyüklüğü ve diğer ekonomik sektörlerle arasındaki ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda, ekonomi bilimi içinde sağlık ekonomisinin ayrı bir disiplin olarak gelişmesi şaşırtıcı değildir.

3.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PİYASA BAŞARISIZLIKLARI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİ DİĞER MAL VE HİZMETLERDEN FARKLI KILAN ÖZELLİKLER

Mills ve Gibson (1988:30-31) ile Shackley ve Ryan (1994:522)’a atfen Yıldırım (1999:126)’a göre fiyat mekanizmasının düzgün bir biçimde işlemesi, teorik olarak idealize edilmiş olan ve tam rekabet piyasası olarak adlandırılan ortamın varlığına bağlıdır.

Tam rekabet piyasasının teşkil edebilmesi için ise; alıcı ve satıcıların tek başına fiyata etki edemeyecek kadar çok sayıda olması (atomisite koşulu), piyasaya giriş ve çıkışların serbest olması (mobilité koşulu), piyasada üretilen ve satılan ürünlerin homojen olmaları (homojenlik koşulu) ve alıcı ve satıcıların tam bir bilgiye sahip olmaları (açıklık koşulu) gibi dört farklı koşulun tesis edilmiş olması gerekmektedir.

Sayılan bu şartlardan yalnızca bir tanesinin bile var olmaması durumunda tam rekabet piyasası oluşmaz ve bu duruma piyasa başarısızlığı adı verilir. İşte devlet bu nedenle aksak rekabet piyasaları üzerinde düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmelidir. Sağlık hizmetlerinin birazdan bahsedeceğimiz karakteristik özellikleri nedeniyle tam rekabet piyasası koşullarından değil yalnızca biri, hiçbir koşul

gerçekleşmez ve sonuç olarak sağlık piyasasında eksik rekabetin ve piyasa başarısızlığının ortaya çıkması ve dolayısıyla devlet müdahalesi kaçınılmaz hale gelir.

Musgrove (96:9-13) ve Self ve Grabowski (2003:835)'ye atfen Çevik (2013: 115) sağlık sektöründe devlet müdahalesinin kamusal malların yeterli seviyede üretilmesini sağlamak, sektörde var olan piyasa başarısızlıklarını düzenlemek ve gelirin yeniden dağılımını düzenlemek yani alım gücü düşük olan dezavantajlı sosyal grupları sübvansetmek amacı ile savunulduğunu ileri sürmüştür.

Farklı çalışmalarda sağlık sektörü ve sağlık -hizmetleri- piyasası tanımlanmakta ve sağlık hizmetlerinin kendine has bazı özelliklerine vurgu yapılmaktadır. Buna göre sağlık -hizmetleri- piyasası; sağlık hizmetlerini arz edenler ve bunları talep edenlerden oluşmakta ve bu piyasada değişime konu olan (alınıp satılan) şey, hasta bireylerin çeşitli sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak ve sağlıklı bireylerin ise sağlığını geliştirmek suretiyle fayda sağlayan sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin tamamına yakını alınıp satılabildiğine için, bu piyasada arz-talep mekanizması işletilebilir. Yani sağlık hizmetlerinin serbest piyasaya bırakılması mümkündür (Şenatalar, 2003:26; Tıraş, 2013:140). Ancak sağlık sektörünü diğer sektörlerden ve sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklı kılan, kendine has bazı özellikleri vardır ve birazdan inceleyeceğimiz bu özelliklerinden dolayı piyasada üretilen, alınıp satılan diğer ekonomik mallardan farklı bir kategoride ele alınması gerekir (Aktan ve Işık, 2007:1; Çelik, 2013:55; Tıraş, 2013:142) Bu nedenle bu piyasada fiyat mekanizması düzgün işlemediği için arz ve talep klasik anlamda birbirini etki etmez ve piyasa şartları teşkil etmez. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin serbest piyasaya bırakılması sonucunda ve eksik rekabet şartları oluşacaktır ve bu nedenle sağlık -hizmetleri- piyasasına devlet müdahalesinin gerekliliği ortaya çıkacaktır (Şenatalar, 2003:26; Çelik, 2013:55; Tıraş, 2013:140). Piyasa başarısızlığı olarak adlandırılan bu durumun en önemli nedenleri aşağıdaki gibi açıklanabilir.

3.3.1. Belirsizlik ve Öngörülemezlik

Pek çok yazara göre sağlık hizmetinin en önemli özelliklerinden birisi belirsizlik ve öngörülemezliktir (Arrow, 1963:949; Çelik, 2013:55; Şenatalar, 2003:25; Akdağ, 2012:50). Çelik'e göre sağlık hizmetlerinde belirsizlik durumu hem sağlık hizmetleri talebi hem de sağlık hizmetleri arzı için geçerlidir. Talebin belirsiz olması demek kişilerin belirli bir gelecekte sağlık statüsünün bilmemeleri ve ne tür sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacaklarını kestirememeleri anlamına gelmektedir. Ayrıca hastaların tedavisinin ne kadar süreceği ve başarılı olup olmayacağı da kesin olarak bilinemez. Bu özelliği itibariyle sağlık hizmetleri talebi düzensizdir. Aynı şekilde sağlık hizmetleri arzında da belirsizlik söz konusudur (Çelik, 2013:55; Mutlu ve Işık, 2012:55). Örneğin Mutlu ve Işık'a göre farklı hekimlerin bir hasta için veya bir hekimin aynı hastalıktan mustarip farklı hastalar için ve hatta tek bir hekimin tek bir hasta için önerdiği ve planladığı tedavi zamanla farklılık arz edebilir. Bu durumda da bazı güven problemlerinin ortaya çıkması kaçınılmaz olur. Şenatalar'a göre sağlık hizmetleri arz ve talebindeki söz konusu olan belirsizliklerin kaçınılmaz bir sonucu olarak sağlık harcamaları da belirsiz ve öngörülemezdir.

Akdağ (2012:50) sağlık hizmetlerindeki belirsizlik sorununa, piyasanın verdiği cevabın "sağlık sigortası sistemi" olduğunu belirtmiştir. Bu sistem bildiğimiz gibi bireylerin ilerde yaşaması muhtemel sağlık sorunlarının belirsizliğine karşı bir güvence mahiyetindedir.

3.3.2. Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Varlığı

Düzenli işleyen tam rekabet koşullarında piyasada ekonomik faaliyette bulunan tüm üreticiler, tüketiciler ve faktör sahiplerinin piyasa hakkında kusursuz bilgiye sahip oldukları kabul edilmektedir (Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012:564; Tıraş, 2013:141).

Pruitt (1987:44)'e atfen Yıldırım (99:127) ise benzer bir şekilde; tam rekabet piyasasında mübadeleye konu olan mal ve hizmetlerin özellikleri, fiyatları ve

nitelikleri hakkında alıcılar ve satıcıların fayda fonksiyonlarını maksimize edecek gerekli bilgi seviyesine sahip olduklarını ifade etmektedir.

Kaul & Conceiçao, (2006:612)'ya atfen Sayım (2015a:8) bilgi asimetrisini, “işlemin taraflarından bir ya da birden fazlasının, diğer kişi ya da kişilerden daha iyi bilgiye sahip olması durumu” olarak tanımlar. Bir tarafın mübadeleye konu olan mal ya da hizmet hakkında diğer tarafa göre daha fazla bilgiye sahibi olması, bilgisiz olan tarafı etkileme, yönlendirme ve kandırma imkanını daha fazla bilgiye sahip olan tarafa sunmaktadır. Bu durum, eksik rekabet piyasasının oluşmasına yol açar. Çoban (2009:13) bilgi asimetrisinin, sağlık hizmetlerine ilişkin piyasa aksaklıklarının en birincil gerekçelerinden birini oluşturduğunu öne sürer.

Schneider (2004)'e atfen Bilgili ve Ecevit (2008:208) sağlık hizmetlerinde asimetrik bilginin hekim ve hasta ile hasta ve sağlık kuruluşu arasında görüldüğünü ve sağlık hizmetleri üreticisi olan hekimin hastalardan daha fazla bilgiye sahip olduğunu ayrıca sağlık hizmeti sunumunda çoğu zaman standart bir tedavi protokolü olmadığı için hekimlerin uyguladığı tedavi yöntemlerinin farklılık gösterebildiğini belirtmişlerdir. Gerçekten de sağlık -hizmetleri- piyasasında üreticiler (hekim) ile tüketiciler (hasta) arasında asimetrik bilgi mevcudiyeti söz konusudur. Hastalar kendi sağlıkları ile ilgili tüm kararları hekime bırakmak zorundadırlar. Gündelik hayatta örneğin temizlik ihtiyacını gidermek amacı ile deterjan satın almak isteyen tüketici düşündüğümüzde; üretici ya da satıcının, tüketicinin vereceği karar üzerinde belirleyici rol oynaması mümkün değildir. Böyle bir durumda satıcı yalnızca çeşitli deterjan alternatifleri arasından seçim yapması doğrultusunda tüketiciye yönlendirici telkinlerde bulunabilir. Ancak nihai kararı verecek olan tüketicidir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda ise durum tamamen farklılaşır. Tüketici pozisyonundaki hastanın, alternatifler arasından seçim yapıp tüketim kararı vermek bir yana; mevcut hastalığının ne olduğu ve hangi tür mal ve hizmeti tüketmek suretiyle bu ihtiyacını gidereceği konusunda dahi hiçbir fikri yoktur. Bu nedenle bu durumda tek söz sahibi hekim olacaktır.

3.3.3. Sağlık Hizmetleri İkame Edilemez

Çoban (2009:14) tüketicilerin mal ve hizmetler arasında özellikle malların tamamlayıcılık ve ikame derecesine göre başta fiyat olmak üzere bir çok faktörü veri kabul ederek tercihte bulunarak basit rasyonel seçimler yaptıklarını, ancak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda böyle bir tercihin yapılamayacağını, çünkü sağlık hizmetlerinin diğer bütün mal ve hizmetlere karşı üstünlüğü olduğunu ve herhangi bir mal ve hizmet ile ikame edilebilmesinin mümkün olmadığını ifade etmiştir. Tıraş (2013:139)'a göre de fiyatı çok yüksek olsa bile hizmet sunulan mekan haricinde sağlık hizmetlerinin başka bir hizmetle ikame edilemediği belirtilmiştir. Ancak Tıraş, sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekanın dışında; örneğin cerrahi operasyon, kemoterapi, radyoterapi gibi yönlemsel ikamenin de söz konusu olduğunu atlamıştır.

Sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığında ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin yerine başka bir mal veya hizmet ya da farklı türden bir sağlık hizmeti tüketerek bu ihtiyacın giderilmesi mümkün değildir. Örneğin iletişim ihtiyacı; yüz yüze görüşme, mektup gibi klasik yollarla karşılanabileceği gibi bilgisayar kullanılarak elektronik posta ya da sosyal medya siteleri aracılığıyla ya da cep telefonu kullanılarak konuşma, görüntülü konuşma, kısa mesaj ya da yine sosyal medya siteleri veya çeşitli uygulamalar aracılığıyla da karşılanabilmektedir. Veya daha basit bir örnekle izah edecek olursa; sıcak içecek içmek isteyen bir insan çay ya da kahve gibi farklı alternatifler arasında tercih yapabiliyorken; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin yerine bir başkasını koymak, örneğin böbrek nakli gereken bir hastaya karaciğer nakli yapmak ya da antibiyotik endikasyonu olan bir hastaya antidepressan uygulamak söz konusu bile olamaz. Bu özelliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin çoğunun talebi esnekliği tam katıdır. Sağlık hizmetlerinin talebi ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

3.3.4. Sağlık Hizmetleri Ertelenemez

Bir çok çalışmada (Çoban, 2009:15; Saltık, 1995:38) sağlık hizmetlerinin ikame edilememesinin yanı sıra ertelenemez oluşuna da vurgu yapılmıştır. Saltık'a göre özellikle acil, kişiye acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren sağlık hizmeti ertelenemez ve bu ihtiyaç derhal karşılanmak zorundadır. Çünkü bu durum bireyin sakat kalmasına, hatta ölümüne yol açabilir veya en azından geçici olarak bireyin üretim kabiliyetini azaltabilir. Yazar bireyin erken ölümünün toplum için kayıp olduğuna dikkat çekmiş ve konuyu örneklendirerek oldukça veciz bir şekilde açıklamıştır:

İnsan en pahalı yatırımdır. Gereken toplumsal üretimi yapmadan ölümü, bir makinenin adeta garanti süresi ya da ekonomik ömrü (yahut amortisman dönemi) dolmadan devre dışı kalmasına benzetilebilir. Kaldı ki kişinin hastalığı ailesinin ve toplumun huzurunu bozar; sosyal güvenlik ve barışı zedeler. Ertelenen sağlık hizmeti istemleri ileride kişiye, ailesine ve topluma daha büyük ekonomik yükler getirir. (Saltık, 1995:38)

İhtiyaç duyulan sağlık hizmeti ihtiyaç duyulduğu anda tüketilmelidir. Çünkü tedavinin uygulanmaması sonucunda hem semptomların ağırlaşması sonucunda hastanın hissettiği ıstırap ve huzursuzluk artacak hem de hastalık ilerleyecek ve hatta hayati risk ortaya çıkabilecektir. Bu özelliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin çoğunun talep esnekliği tam katıdır.

3.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Çıktının Ölçülmesi Mümkün Değildir ve Çıktı Heterojendir

Tıraş (2013:142)'a göre her dayanıklılığı, vücut direnci ve hastalıklara karşı olan bağışıklığı farklı olabilir. Aynı hastalık her insanda farklı şekillerde seyredebilir. Hastaların taşıdıkları semptomların farklılığı ve her hastanın kendine has özelliği ile tedaviyi planlayan hekimlerin tecrübe, bilgi ve becerilerinden kaynaklanan farklı uygulamalarından dolayı da sağlık hizmetleri asla homojen bir yapıda sunulamaz. Böylece sağlık –hizmetleri- piyasasında sunulan hizmetlerin heterojen olmasının

nedeniyle tüketicilerin piyasa hakkında eksik bilgiye sahip olması, piyasa başarısızlığına neden olan bir başka sebeptir.

Karabulut (1998:28)'a atfen Tıraş (2013:136)'a göre sağlık alanına iktisadi analiz ve tekniklerin tatbik edilmesi, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden dolayı zorluklar doğurmuştur. Çünkü yazara göre sağlık hizmetleri diğer piyasalardaki diğer ekonomik mal ve hizmetlerle aynı süreçler izlenerek üretilemez ve sağlık hizmetleri üretiminin yapısını açık ve tam olarak belirlemek zordur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden hasıl olan hem özel hem de sosyal faydayı ve sağlığı bir çıktı olarak tespit etmek, ölçmek ve değerlendirmekte zordur.

Saltık da sağlık hizmetlerinde çıktının ölçülememesi ile ilgili önemli tespitlerde bulunmuştur.

Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez. Sağlık hizmetleriyle bireylerin ve toplumun sağlık düzeyi yükselir. Çalışma verimleri artar, daha uzun yaşar ve daha çok üretirler. Önlenebilen gereksiz ölümler engellenir. Yaşamın gerçek esprisi olan "sağlıklı yaşam" gerçekleşir. Bu yüzden, örneğin bebek ölüm hızını binde 54'ten binde 44'e çekmek için yapılan sağlık ve diğer ilgili harcamaların karşılığı, muhasebe defterinin diğer sayfasında denk kılacak çıktı (getiri, kar) hesaplanamaz. (Saltık, 1995:39)

Sayım (2011:120-121)'a göre mal ve hizmetlerin homojenliğinin sağlanabilmesi için ilk şart, bu mal ve hizmetlerden elde edilen faydanın da nesnel bir biçimde ölçülebilmesinin mümkün olmasıdır. Oysa ki, özellikle uygulanan tedavilerin olumlu ve olumsuz (komplikasyonları) sonuçları hastadan hastaya önemli ölçüde farklılık gösterebilmektedir. Bir mal ya da hizmetin standartlaşması ve homojenleşmesi ancak zaman içinde mümkün hale gelir. Bu nedenle, belki teşhis ve tedavisi oturmuş hastalıklar ve tedavi prosedürleri için homojenlikten bahsedilebilir. Ancak tedavi yöntemlerinin ve tıbbi teknoloji sürekli gelişmesi ve yenilenmesi ve sağlık hizmet sunucularının farklı uygulamaları nedeniyle piyasada homojen bir yapıdan bahsedilmesi mümkün değildir. Ayrıca Sayım ve Sarısoy (2010:252)'a göre; serbest piyasada tüketilen bir mal veya hizmetten elde edilen fayda tüketiciden

tüketiciye farklılık arz etmezken; sağlık hizmetlerinin tüketilmesi sonucunda tüketicilerinin elde edecekleri fayda hep birbirinden farklı olacaktır.

3.3.6. Sağlık Sektöründe Üretim Şeklini ve Miktarını Belirleyen Otoritenin (Piyasaya Giriş Çıkış Engellerinin) Varlığı

Yıldırım (1999:9) ve Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012:564) sağlık hizmetlerinde yeni tedavi yöntemlerinin uygulanmasına müsaade edilmesi, ilaçların ve eczanelerin ruhsatlandırılması ve sağlık personelinin mesleki yeterliliğinin aranması gibi birçok kısıtlamanın sağlık –hizmetleri- piyasasına kolaylıkla giriş çıkışı engellediğini belirtmektedirler. Sağlık hizmetlerini sunan sağlık personellerinin resmi bir eğitim sürecinden geçmeleri gerekmektedir. Aynı şekilde sağlık hizmeti üretiminde kullanılan ara mal niteliğindeki yeni bir ilaç veya yeni tıbbi araçlar da piyasaya girmeden önce sıkı bir denetime tabidirler.

Çoban sağlık hizmetleri piyasasında çok sayıda alıcı olmasına karşın (2009:13), sağlık hizmetlerinin sunulmasının uzmanlık gerektirmesi sebebiyle Sağlık Bakanlığı ya da meslek örgütleri gibi yetkili kuruluşlar tarafından piyasaya girişte sınırlandırmalar getirildiğini ifade etmektedir (2009:15).

Sağlık hizmet sunucuları, devlet otoritesinin katı denetim, ruhsat ve sınırlamalarına tabidir. Bu durum piyasa ekonomisinin işleminde önemli bir faktör olan piyasaya giriş çıkış serbestisini önemli ölçüde engellemektedir.

Ayrıca sağlık hizmet üreticilerinin, hizmetin üretim şekli ve miktarı konusunda devlet otoritesinin dışında uluslararası akreditasyon kurumları ile ilaç ve cihaz üreticilerinin standartlarına bağlı kalma zorunlulukları bulunmaktadır. Ruhsat denetim ve akreditasyon sağlayan kurumların çokluğu, bu mekanizmaların geçilmesinde yaşanacak zorluklar sebebiyle yeni girişimcilerin piyasaya dahil olmasını güçleştirmektedir. Bu durum rekabet koşullarının oluşmasında sorunlara yol açar.

3.3.7. Sağlık -Hizmetleri- Piyasasının Tekelleşmeye Elverişli Olması

Çoban (2009:15) sağlık sektörü üzerinde biraz önce değindiğimiz kısıtlamaların varlığı, sağlık hizmet sunucularının sahip olduğu asimetrik bilgi avantajı ve teknolojik gelişme ile birlikte sağlık sektöründe artan ölçek ekonomileri sebebiyle sağlık -hizmetleri- piyasasında tekelleşme, monopolleşme eğilimlerini artmakta olduğuna dikkat çekmektedir.

Bu noktada ölçek ekonomisini tanımlayacak olursak, bir mal ya da hizmetin optimal düzeyde (uygun nitelik, nicelik ve çeşitlilikte) üretilebilmesi için, kurumun belli büyüklüğün altında ve belli araç, gereç, teknoloji, iş gücü, olanak ve tesisten yoksun bir biçimde kurulamaması ve hizmet üretim ve sunumunda ortaya çıkacak olan maliyetlere katlanabilmek için belli düzeyde talep potansiyelinin gerekliliği olarak tanımlanabilir.

Her türden mal ve hizmetin üretilmesi ve piyasaya arzı sırasında sabit, değişken ve yarı değişken olmak üzere üç tür maliyete katlanmak gereklidir. Bu gereklilik sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması için de geçerlidir. Değişken maliyet, üretim artışıyla birlikte değişen artan maliyettir. Sabit maliyet, üretim düzeyiyle birlikte değişiklik göstermeyen ve genellikle işletmenin kuruluşu aşamasında katlanılan maliyetlerdir. Yarı değişken maliyetler ise hiç üretim yapılmaya da var olan, ancak üretim düzeyiyle birlikte artan maliyetlerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kullanılan enjektör, pamuk, ilaç gibi her türlü tıbbi sarf malzemeyi değişken maliyetlere; hastane arsası, bina inşası, hasta yatakları, otomasyon sistemi kurulumu, tıbbi tetkik cihazları ve diğer tüm sabit fiziki sermaye unsurları sabit maliyetlere ve elektrik tüketim ücreti ya da personel maaşları ise yarı değişken maliyetlere örnek gösterilebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu dışındaki sağlık hizmetlerinde genellikle sabit yatırım maliyetlerinin çok yüksek olması, bu maliyetlerin katlanılabilir düzeye getirilebilmesi için, ölçek ekonomilerini gerekli kılmaktadır.

Ölçek ekonomisinin oluşması için kurum başına düşen hasta sayısının yüksek olması nedeniyle sağlık kurumlarının sayısı nüfusa bağlı olarak sınırlı miktarda artmaktadır. Bu durum rekabet koşullarında aksaklıklar ve tekelciliğe zemin hazırlamaktadır.

Kurtulmuş (1998:49)'a atfen Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012:564), sağlık sektöründe uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması nedeniyle piyasadaki hekim kıtlığı sonucu sağlık hizmetlerinin arzında bir “tabii monopol” durumunun ortaya çıktığı; buna ek olarak sağlık hizmet sunucularının kendi aralarında oluşturdukları birliklerin piyasadaki monopolleşmeyi arttırdığını; monopolleşme nedeniyle ise rekabetin yok olması sonucunda piyasada kalitenin düştüğünü, buna karşın fiyatların yükseldiğini ve piyasaya yeni firmaların girmesinin engelleneceğini açıklamakta ve bütün bunların sonucu olarak piyasa başarısızlığı ve devletin piyasaya müdahalesinin kaçınılmazlığına vurgu yapmaktadır.

3.3.8. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal ve Dışsallık Özelliği

Kamusal mallar toplumdaki kişiler tarafından birlikte ve eşit olarak tüketilen mal ve hizmetlerdir. Ayrıca kamusal mallar, sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmetler biçiminde tanımlanmaktadır. Bu mal ve hizmetlerin faydaları bölünemez ve bedel ödemeyenler hizmetin tüketiminden ve dolayısıyla faydasından dışlanamazlar. Bu nedenle bu mal ve hizmetler ya bedava arz edilir ya hiç arz edilmez.

Dışsallık kavramı ise, Mutlu ve Işık (2012:49) tarafından; “bir ekonomik biriminin üretim veya tüketim faaliyeti sonucunda başka birimlerin fayda veya maliyet fonksiyonlarının olumlu (pozitif dışsallık) veya olumsuz (negatif dışsallık) olarak etkilenmesi” şeklinde tanımlamışlardır. Dışsallık sonucunda ortaya çıkan artı ya da eksi değer tam olarak ölçülemez dolayısıyla fiyatlanamaz.

Sağlık hizmetleri erdemli mallardır. Yani sağlık hizmetlerinin kullanımı sonucunda yoğun pozitif dışsallıklar ortaya çıkar. Bu nedenle özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak devlet tarafından tüm vatandaşlara sunulmalıdır.

Aktan ve Işık (2007:3) koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan faydanın, onu tüketen birey dışında toplumun tamamına da fayda sağladığını, dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal faydasının özel faydasından daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler.

Aslında özellikle estetik operasyonlar gibi güzelleştirme amacına yönelik olarak uygulananlar başta olmak üzere tüm tedavi edici sağlık hizmetleri ‘kamusal mal’ değil de daha çok ‘yarı kamusal mal’ niteliğindedir. Çünkü tedavi edici sağlık hizmetleri toplumun tamamına genel bir fayda sağlamakla beraber; hizmeti tüketen kişiye özel bir fayda sağlar ve bu nedenle fiyatlandırılabilir ve ücretini ödemeyenler bu hizmetin tüketiminden dışlanabilirler. Ancak özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yukarıda da belirtildiği gibi tam kamusal mallardır ve taşıdıkları yoğun pozitif dışsallığa binaen devlet tarafından ücretsiz sunulmalıdırlar. Bununla beraber Çoban (2009:15), sağlık hizmetlerinin bir kamusal mal olmadığını beyan etmekle beraber; sağlık hizmetlerinin bulaşıcı hastalıkları önleme ve koruma ve bu hizmetlerin oluşturduğu ekonomik dışsal etkiler nedeniyle, sağlık hizmetlerini kamusal mal hatta kendi deyişimiyle “global kamusal mal” olarak ele almıştır.

Çoban (2009:12), toplumun en küçük yapı taşı olan ailede yaşanan hastalığın neden olduğu ekonomik dışsallıkların ilk olarak aile bütçesini olumsuz bir şekilde etkileyeceğini. Daha sonra sağlığın bozulmasına binaen üretimin ve gelirin azalmasının neden olduğu ekonomik kayıp tüm toplumu olumsuz olarak etkileyeceğini ifade etmiştir. Sachs (2001:24)’a atfen Çoban örneğinin, doğumda beklenen yaşam süresine % 10’luk seviyede bir artışın sağlanabilmesi için, ekonomik büyümede % 0,3’lük bir artışın sağlanması gerektiğini öne sürmektedir. Woodward ve Smith, 2006:24)’e atfen Çoban, ekonomik gelişme-sağlık veya yoksulluk-hastalık arasındaki karşılıklı ilişki, hastalık nedeniyle insanların ve ülkelerin gelirlerinin azalmasının yanında, gelecek nesillerin de olumsuz biçimde etkilenmesi sonucunu doğurmaktadır.

Sayım (2015a:6), tedavi edici sağlık hizmetleri sonucu da, sağlığına kavuşan bireylerin, elde ettikleri özel faydanın yanı sıra toplam iş gücüne katılımları sonucunda bir pozitif dışsallık ortaya çıkacağını ve tedavi edilen bireylerin kendi mesleklerinin de

dışsallığı yoğun mesleklerden olmasının ek bir pozitif dışsallık ortaya çıkaracağını ifade etmektedir. Mesela bir öğretmenin tedavi edilmesiyle elde edilecek sosyo-ekonomik faydanın ölçülmesi mümkün değildir.

Normalde bir mal yada hizmetin yeterince arz edilmemesi veya tüketilmemesi genellikle toplumda herhangi pozitif ya da negatif bir etki yapmaz; sadece o mal ve hizmeti tüketmeyen kişinin elde edeceği fayda ortadan kalkacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinde durum farklıdır; sağlık hizmetlerinin ihtiva ettiği kamusal ve dışsallık özellikleri nedeniyle yeterince tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir. Örneğin hasta bireylerin tedavi edilmemesi sonucunda sağlıklı bireylerin de sağlıkları bozulacaktır. Bu nedenle sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı sosyal grupların sağlık hizmetinden yeterli bir biçimde faydalanabilmeleri için sağlık hizmetlerinin bir bölümü devlet tarafından ücretsiz sunulmaktadır. Burada devletin amacı kâr maksimizasyonu değil; sosyal fayda maksimizasyonudur. Ancak her türlü üretim faaliyetinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin de kâr amacı gütmeyen sağlık kuruluşları tarafından sunulması kaynak israfı gibi bazı olumsuzluklara yol açmaktadır.

3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI VE SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sonsuz olan insan ihtiyaçlarını gidermek için sarf edilen her türlü çabaya üretim denir. Arz ise satıcıların farklı fiyat düzeylerinden satmak istedikleri mal veya hizmetlerin miktarıdır. Buna göre, bir mal ya da hizmetten arz edilen miktar o mal ya da hizmetin fiyatı ile aynı yönlü olarak artar yada azalır. Bir mal veya hizmetin fiyatı ne kadar yüksekse o mal veya hizmetten arz edilen miktar o kadar yüksek olacaktır.

Tıraş (2013:137)'a göre diğer mal ve hizmetlerin arzında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin üretiminde de fiyat önemli bir belirleyicidir. Ancak konu sağlık hizmetleri olduğu zaman, fiyat değişimleri sağlık hizmetinin arz miktarını her zaman değiştiremeyebilir. Çünkü sağlık hizmetlerinin arz miktarı fiyattan daha çok, başkaca faktörlerin etkisi altındadır Sağlık hizmetlerinin arz esnekliği kısa vadede katı hatta

sıfırken, uzun dönemde daha esnek hale gelmesi mümkündür. Bu durumun da sebepleri olan sağlık hizmetlerinin arzına etki eden faktörler şunlardır:

- Sağlık hizmetlerinin stoklanamaması: Daha önce de belirttiğimiz üzere sağlık hizmetlerinin stoklanma imkanı olmaması nedeniyle sağlık hizmetlerinin arz fiyat değişimlerine kolaylıkla tepki vermez.
- Sağlık işgücü: Sağlık hizmetlerinin ve sağlık sektörünün en önemli özelliklerinden ikisi sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması ve sağlık sektöründe uzmanlaşma seviyesinin yüksek olmasıdır. Sağlık hizmetleri hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, laborant, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, radyoloji teknisyeni gibi ileri düzeyde eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından arz edilmektedir. Sağlık meslek mensuplarının yetiştirilmeleri ise uzun bir zaman almakta hatta Tıraş (2013:138)'a göre uzmanlaşma seviyesinin artması ise bu zamanı daha da uzatmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri fiyatı çok yükselmiş olsa bile sağlık hizmetleri arzı fiyat artışına kısa dönemde tepkisiz kalacaktır. Böyle bir durumda arzı arttırmanın tek yolu sağlık çalışanlarının verimliliğini arttırmaktan geçer.
- Sabit maliyetlerin yüksek olması: Eğer bir mal ve hizmetin üretiminde sabit maliyetler önemli bir yere sahipse bu türden mal ve hizmetlerin arz esnekliği katı olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de olası fiyat artışlarına anında tepki vermek mümkün değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kurumları inşa etmek uzun ve maliyetli bir süreçtir.
- Tıbbi teknoloji: Mal ve hizmetlerin üretiminin de olduğu gibi sağlık sektöründe de teknoloji kullanımı çok önemlidir. Hatta Çelik (2013:78)'e göre diğer sektörlerle karşılaştırıldığında hem daha ileri hem de daha pahalı teknolojinin kullanılması şarttır. Tıraş (2013:138) teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini

düşürebileceğini iddia etmektedir ancak Tıraş'ın iddia ettiğinin aksine Çelik (2013:8) haklı olarak sağlık sektöründe yeni bir teknolojik ilerlemenin, maliyetleri düşüren değil yükselten bir etkiye sebep olduğunu ileri sürmüştür. Çünkü sağlık alanında gerçekleşen teknolojik gelişmelerin amacı ve fonksiyonu diğer sektörlerde olduğu gibi maliyetleri düşürmek değil; yeni tedavi yöntemleri bulmak ve mevcut sağlık bakım kalitesini yükseltmeye yöneliktir. Mutlu ve Işık, (2012:99)'ta teknolojik ilerlemelerin tedavi imkanlarının çoğalması ve hastaların tedavilerinin daha kısa sürede gerçekleşmesini mümkün hale getirdiğinin söylemektedir.

Sağlık ekonomisinin çalışma alanı içerisinde arz ve talep önemli yer tutmaktadır. Dağlı (2006:15)'e atfen Tıraş (2013:131), sağlık hizmetleri arzının, sağlık ekonomisinin üretim yönünü oluşturduğunu ve sağlığa ayrılan üretim faktörleri, üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri (teknoloji yoğun-emek yoğun), piyasanın yapısı, kar amacı gütmeyen faaliyet gösteren kurumlarının varlığı, sağlık hizmetlerinin finansman tipi gibi konular sağlık hizmetlerinin arz yönündeki temel inceleme alanları olduğunu belirtmiştir.

3.5. SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bir malın çeşitli fiyat düzeylerinden tüketilmek (satın alınmak) istenen miktara talep denir. Ancak pek çok yazara göre bir isteğin talep olarak nitelendirilebilmesi için o isteğin satın alma gücü ile desteklenmesi gerekir (Mutlu ve Işık, 2012:69; Çelik, 2013:118; Tıraş, 2013:138). Talep kanununa göre bir mal veya hizmetin fiyatı arttıkça talebi düşer, fiyatı düştükçe o mal veya hizmete olan talep artar.

Ayrıca pek çok yazara göre fiyat ve gelir haricinde sağlık hizmetleri talebi; yaş, cinsiyet, eğitim, tüketicilerin tercihleri, uygulamadaki finansman yönteminin hangisi olduğu, sağlık kuruluşlarının fiziksel imkanları ve sağlık çalışanlarının tutumları gibi

bir çok unsurdan etkilenmektedir (Tıraş, 2013:39; Çoban, 2009:54; Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012:565).

Çelik (2013:118)'e göre sağlık hizmetleri talebi “toplumun sosyo-ekonomik demografik ve epidemiyolojik yapısına göre nüfusun hasta kısmının ortaya koyduğu her türlü (ayakta veya yatarak) tedavi sağlık hizmeti ile ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacını içerir”. Ayrıca yazara göre talep kavramı sağlık sektöründe diğer sektörlerde farklı ele alınmak durumundadır. Çünkü satın alma gücü olmasa da sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin bu ihtiyacı sadece kendilerini değil diğer toplum üyelerini de yakından ilgilendirmektedir. Bu nedenle bu bireylerin satın alma gücü olmasa ve hatta sağlık hizmeti talebinde bulunmasalar dahi devlet bu bireylere sağlık hizmetlerini ulaştırmak durumunda kalacaktır.

Tıraş (2013:131)'a göre sağlık hizmetlerinin talebi sağlık ekonomisinin tüketim yönünü oluşturmakta ve bireylerin geliri, sağlığa yönelik bakış ve davranış biçimi, piyasa şartları gibi etkenler ise sağlık hizmetleri talebinin temel belirleyicileridir. Mills ve Gilson (1988:44)'a atfen Tıraş (2013:139)'a göre genel olarak sağlık hizmeti talebi, birey belirli bir sağlık sorunu ile karşılaştığında doğmaktadır. Bireylerin sağlık hizmetine olan talebi, yalnızca tedaviye yönelik de değildir. Konunun önemine binaen sağlık hizmetlerinin talebine etki eden unsurları aşağıdaki şekilde ayrıntılı olarak ele alabiliriz.

3.5.1. Sağlık Hizmetlerine Duyulan İhtiyacın Şiddeti

Karşılanmadığı takdirde yaşamın devamını imkânsız hale sokan ihtiyaçlara zorunlu ihtiyaçlar olarak tanımlanır. Ancak bunun yanında gerçekte insan hayatının devamı için gerekli olmayan ancak karşılanmadığında yaşam kalitesini düşüren bazı ihtiyaçlarda vardır. Örneğin sigara içmeden yapamam ya da her akşam kitap okumadan uyuyamam veya her hafta sonu kahvaltımınla birlikte gazetemi okumazsam haftam iyi geçmez gibi sözleri çevremizdeki insanlardan duyduğumuz olmuştur. Bu nedenle belki de insan hayatının sağlıklı ve kaliteli bir şekilde idamesi için tüketilmesi mecburi olan ihtiyaçları zorunlu ihtiyaçlar olarak tanımlamak daha doğru olacaktır.

Zorunlu ihtiyaçların talep esnekliği katı iken, zorunlu olmayan malların talep esnekliği esnektir.

Akdağ (2012:61)'a göre sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç, diğer mal ve hizmetlere duyulan ihtiyaca oranla çok daha fazla acil, ertelenemez ve Őiddetlidir. Yazara göre insanların talepleri ve tüketimleri normalde kişisel özellikleri alışkanlıkları, zevk ve tercihleri, kültür seviyeleri ve hayat tarzları doğrultusunda Őekillenmekte iken; sağlık hizmetleri talebi ve tüketimi söz konusu olduğunda ihtiyaın Şiddeti, az önce sayılan diğer bütün unsurların önüne geçmektedir.

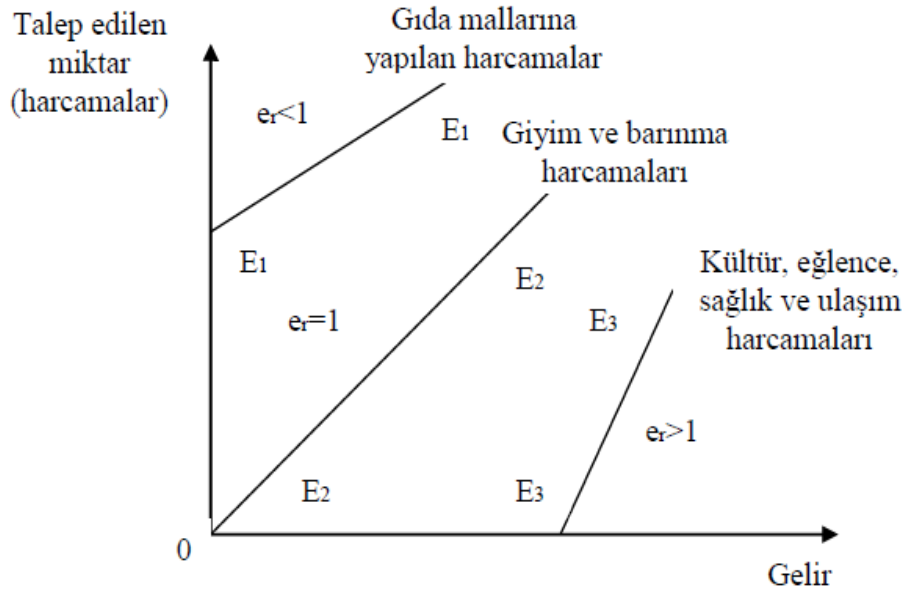
elik (2013:119)'e göre yaŐamımızı idame ettirebilmek açısından tüketilmesi çok da mecburi olmayan mal ve hizmetlerin tüketim miktarı bu mal ve hizmetlerin fiyat deđiŐmelerine karşı daha kolayca deđiŐir. Örneğin bu mal ve hizmetlerin fiyatları azalırsa bu maldan tükettiğimiz miktarı arttırabiliriz. Sağlık hizmeti ihtiyacının Şiddeti ve talep esnekliği ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti türüne göre değişiklik gösterir. Örneğin hayati tehlikesi olan veya uzuv kaybı riski olan bir insan için acil sağlık hizmetlerinin talep esnekliği tam katı ve esneklik katsayısı sıfırdır. Ancak tükettiğimiz örneğin güzelleştirme amacına yönelik olan sağlık hizmetleri gibi bazı sağlık hizmetlerine duyuduğumuz ihtiyaç hep bu örnekteki gibi yüksek değildir. Bu durumda bu türden sağlık hizmetlerinin talebi esnek olacaktır.

3.5.2. Gelir

Mutlu ve IŞık (2012:75)'a göre de sağlık hizmetlerinin talebi üzerinde gelirin etkisi fiyatın etkisinden daha kuvvetlidir. Bireylerin gelir düzeyi düşük iken sağlık hizmetlerinin gelir esnekliği fiyat esnekliğinden daha yüksek olmaktadır. Bireylerin gelirindeki artış belirli bir seviyeye kadar bireylerin sağlık hizmetleri tüketimini önemli derecede arttırır ve belirli bir noktadan sonra artık esneklik kazanır. Bu seviyeden sonra gelir artıŐları talepte bir deđiŐikliđe neden olmaz ancak pahalı olan ve bu nedenle ertelenen estetik ve ağız-diş sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin tüketimi bu aşamadan sonra artacaktır.

Çelik (2013:120)'e göre bireyler gelirleri oranında mal ve hizmet tüketirler. Eğer bir bireyin geliri yükselirse bu durumda talep kayması ortaya çıkacak ve bireyler neredeyse her çeşit mal ve hizmet kullanımlarını çoğaltacaklardır. Ancak Dinler Mikro İktisat (1998:99) isimli kitabında Alman iktisatçı Ernest Engel'in aile bütçeleri üzerinde yaptığı ve sonuçlarını kendi adıyla anılan Engel eğrileri ile açıkladığı çalışmalara yer vermiş ve bireylerin gelirindeki değişmelerin birey tarafından tüketilen her türden mal ve hizmette aynı oranda artış göstermeyeceğini belirtmiştir. Engel tüketicilerin talep ettikleri malları 3 ana gruba ayırarak incelemiştir.

- Gıda mallarına yapılan harcamalar gelir olmasa dahi yapılmak durumundadır ve tüketicilerin gelirindeki artışa oranla daha düşük seviyededir.
- Giyim ve barınma harcamaları tüketicilerin gelirleri ile aynı oranda artış göstermektedir.
- Kültür, eğlence, ulaşım, hijyen ve sağlık harcamalarındaki artış ise gelirdeki artıştan daha yüksek oranda olmaktadır.



Şekil 3: Gelir Esnekliğine Göre Mal ve Hizmet Grupları

Kaynak: Parasız, 1994:95

Şekilden de anlaşılacağı üzere gelirin değişmesi durumunda, her türden mal ve hizmet için talep düzeyi farklı olmaktadır. Parasız (1994:94) bu durumu talebin gelir esnekliğine bağlamakta ve bu terimi diğer tüm faktörler sabitken, tüketicinin gelirindeki değişimin talep edilen mal miktarının değişmesi suretiyle ortaya çıkaracağı tepkinin şiddeti olarak tanımlamaktadır.

Nyman (1999:812)'a atfen Tıraş (2013:139)'a göre sağlık hizmetleri talebi söz konusu olduğunda bireylerin gelirinin talep üzerindeki etkisi sağlık hizmetlerinin fiyatının belirleyiciliğinden daha yüksektir ve bu etki sağlık hizmetlerinin cepten ödemelerle karşılandığı durumda daha yüksek olmaktadır. Bireyin sağlık hizmetleri talebi gelirlerinin artması ile birlikte artmaktadır. Daha teknik bir ifade ile konuyu özetleyecek olursak; sağlık hizmetlerinin talebinin fiyat esnekliği katı iken sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği esnektir. Ancak örneğin acil sağlık hizmetleri ya da hayati tıbbi müdahaleler söz konusu olduğu zaman sağlık hizmetlerinin gerek fiyat gerek gelir esnekliği tam katı hale gelmektedir.

Çelik (2013:121) gelir arttığında tüketimi artan mal ve hizmetleri gelir esneklik katsayısı yüksek olan mal ve hizmetler kategorisine sokmuştur. Sağlık hizmetleri için yapılan bir dizi çalışmada, sağlık hizmetlerinin gelir esnekliğinin esnek olduğunu ortaya çıkmıştır. Örneğin, Mutlu ve Işık (2012:76) Fransa'da yapılan bir çalışmada beslenme ve giyim harcamaların gelir içerisindeki payının gelir artışı ile beraber düşmesine karşın; sağlık harcamalarının gelir artışı ile birlikte yükseldiğini belirtmişlerdir. Yapılan farklı bir araştırmada Kurtulmuş (1996:117)'a atfen Akdağ (2012:60) 1992 yılında yapılan 'Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım' isimli araştırmada yıllık toplam 1,5 milyon TL'den az geliri olan bireylerin, yıllık 50 milyon TL'den daha fazla geliri olanlardan daha %50 daha az hekime başvurdıklarını bildirmiştir. Yine farklı bir örnek olarak Çelik (2013:121), sağlık hizmetlerinde gelir esnekliğinin, kişi başına düşen sağlık harcamalar için 1.35, ağız ve diş sağlığı harcamaları için 0,6-3,2 arasında olduğunu belirtmektedir. Yazara göre bireyleri gelirleri arttıkça sağlık hizmetlerinin talep miktarı da artmaktadır ancak bu durum her

türden sağlık hizmeti için geçerli değildir. Örneğin gelirleri artan bireyler tıbbi bir endikasyon olmaksızın sırf gelirleri arttı diye hastaneye yatmaz ya da ameliyat olmak istemezler. Ancak ertelenmiş ve özellikle güzelleştirme amacına yönelik sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik estetik operasyonlar gibi bazı sağlık hizmetlerinin tüketimini arttırabilirler.

3.5.3. Fiyat

Fiyat tıpkı diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin talebini de etkilemektedir. Ancak bir dizi çalışmada sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın çok şiddetli olması halinde sağlık hizmetleri fiyatının talep üzerindeki etkisinin az ya da hiç olacağı tespiti yapılmıştır (Akdağ, 2012:60; Çelik, 2013:122).

Mutlu ve Işık (2012:81)'a göre sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği oldukça düşüktür yani sağlık hizmetlerinin fiyatı değiştiğinde talep çok az miktarda değişmektedir hatta az önce vurguladığımız gibi bazı sağlık hizmetleri türleri için neredeyse hiç değişmemektedir. Çelik (2013:123)'e göre de benzer bir şekilde sağlık hizmetlerinde talebin fiyata biraz da olsa duyarlı veya inelastik ancak tam katı değildir. Örneğin yazarın bildirdiğine göre muayene hizmeti için -0,08 hasta yatışı için -0,14 ile -0,17 arasında, evde sağlık bakımı hizmetleri için -0,69 ile -0,76 arasında ve okulların sağlık merkezlerindeki muayeneler için -0,25 ile -0,50 arasında bir fiyat esnekliği hesaplanmıştır.

3.5.4. Sigorta

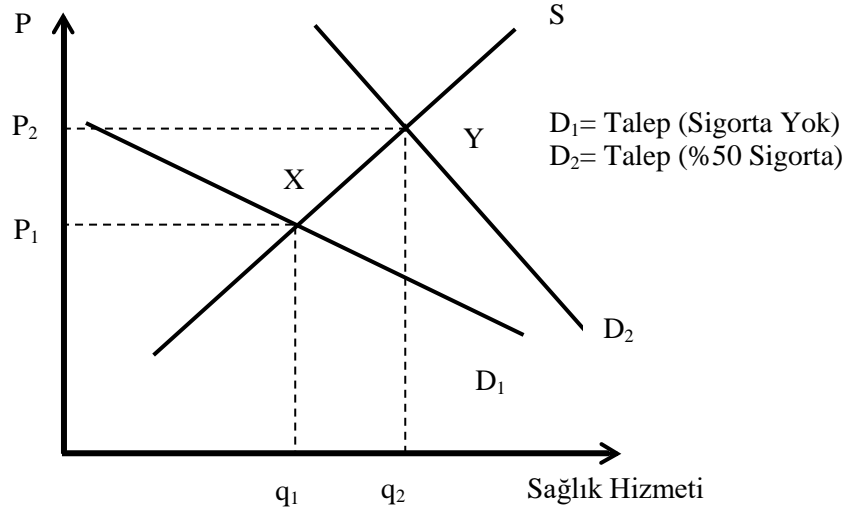
Şenatalar (2003:26)'a göre öngürülemezlik ve belirsizlik sebebiyle herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman doğacağı ve bu hizmet için gereken harcamanın tutarının ne olacağının önceden bilinmesi mümkün değildir. Bazı tedaviler oldukça maliyetli olabilir ve bu tedaviler için yapılacak olan harcama bireylerin yıllar boyunca biriktirdikleri paralarını kısa sürede eritebilir. Bu belirsizlik sorununa serbest piyasa mekanizmasının tepkisi sağlık sigortasıdır.

Çoban (2009:64); Wong ve diğerleri (2010:24)'ne atfen Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012:565); Çelik (2013:123) ve Tıraş (2013:139) bireylerin sigortalı olmasının sağlık hizmetlerinin fiyatını birey için oldukça düşüreceği hatta sigorta şirketinin sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin tamamını karşılaması durumunda sağlık hizmetlerinin birey için bedava olacağı ve bu nedenle sağlık hizmeti tüketim miktarını azaltmak için hiç bir çaba sarf etmeyeceğini ve dolayısıyla sağlık hizmetleri talebinin artacağını belirtmişlerdir.

Erdem ve Pirinçci (2003:42) sağlık sigortasını sağlık hizmetleri kullanımını kolaylaştırıcı faktör olarak tanımlamış Tatar (1994:527-546)'a atfen, bireyin sigortalandıktan sonra bunun sağladığı güven duygusuyla, hususiyetle koruyucu sağlık hizmetleri talebini azaltması ya da sigara ve alkol kullanımı veya sakatlanma tehlikesi olan sporları yapma gibi faaliyetlerde bulunması ve bu gibi durumların sonucu olarak da bu bireyin tedaviye edici sağlık hizmetleri talebini artırma eğiliminin artış gösterdiğini belirterek konunun farklı bir boyutuna değinmişlerdir.

Ayrıca Çelik (2013:123), bireylerin henüz sağlıklılarken prim ödemek suretiyle risk satın alımında bulunsalar da, bireylerin genellikle tüketim anında ödediklerini daha fazla umursadıklarını öne sürmüş ve tüm nüfusun devlet ya da özel sigorta şirketleri tarafından genel sağlık sigortası kapsamına alınması ve bireylerin herhangi bir katkı payı ödememesi halinde, fiyat artışlarının, sağlık hizmeti tüketim miktarını azaltmayacağı ve talep esnekliği katsayısının tam katı olacağını vurgulamıştır.

Konuyu özetleyecek olursak Çelik (2013:123)'e göre sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin talebini arttırmak ve talep esnekliğini azaltmak gibi sağlık hizmetleri kullanımını üzerinde iki önemli etkisi vardır. Diğer bir ifade ile sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerinin fiyatına karşı duyarlılığını azaltır. Bu etkisi nedeniyle sağlık sigortası sağlık hizmet kullanımının ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.



Şekil 4: Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerindeki Etkisi
Kaynak: Çelik, 2013:124

Sigortalı olmanın sağlık hizmetleri tüketim ve harcamasını nasıl arttırdığını Çelik yukarıdaki şekil aracılığıyla aşağıdaki ifadelerle açıklamıştır.

Yukarıdaki şekilden de görüleceği üzere sigorta olmadığı durumda talep seviyesi D_1 seviyesinde ve kullanım q_1 kadar iken, yüzde 50 kapsamlı bir sigorta söz konusu olduğunda, sağlık hizmeti kullanıcıları için sağlık hizmetlerinin fiyatı göreceli olarak daha ucuza hale geleceği için daha fazla sağlık hizmeti talebi söz konusu olacak ve yeni talep eğrisi D_2 olacaktır. Bu eğri üzerinde dengede, daha yüksek fiyat seviyesinde daha fazla sağlık hizmeti kullanımı söz konusu olacak ve dolayısıyla da daha fazla sağlık harcaması gerçekleşmiş olacaktır. (Çelik, 2013:124)

3.5.5. Diğer Mal ve Hizmetlerin Fiyatı

Sayım (2015b:83) bir malın fiyatı sabit olduğu halde talebinin, piyasadaki diğer mal ve hizmetlerin fiyatlarındaki değişmelere bağlı olarak artıp azalabileceğini belirtmektedir. Bu tür mallar ikame ve tamamlayıcı mallar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Çelik (2013:120) sağlık hizmetleri mevzu bahis olduğunda çoğu yazarın sağlık hizmetlerinin ikame edilemez olduğunu söylediğini ancak bir sağlık hizmeti ihtiyacını gidermeye yönelik kullanılması mümkün olan alternatif tedavi yöntemlerinin var

olduğu belirtmiştir. Örneğin prostat kanseri lazer tedavisi yöntemi ile ya da açık cerrahi girişimlerde tedavi edilebilir ama lazerli yöntem daha pahalıdır. Sayım (2015b:83)'da konu ile ilgili olarak; tedavi amacıyla aynı etkiye ve eşit düzeyde iyileştiriciliğe sahip çeşitli ilaçların piyasaya girmesiyle birlikte mevcut ilacın talebinin olumsuz bir biçimde etkilenmesini örnek vermiştir.

3.5.6. Kişisel zellikler

elik (2013:124)'e göre sağlık hizmetleri talebine tesir eden kişisel özelliklerin başında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gelmektedir. Bunlardan ilk ikisi ile ilgili olarak; yaşlıların daha çok hastalanmaları sonucunda daha çok sağlık hizmeti talep etmeleri ve kadınların gebelik döneminde daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları örnek olarak verilebilir. Eğitim seviyesi de sağlık hizmetleri tkretim düzeyini ve aynı zamanda tkretilen sağlık hizmetlerinin sağlık statüsüne katkısını önemli derecede etkileyen bir unsurdur. Mutlu ve Işık (2012:81) ve Sayım (2015b:86) ise eğitim düzeyinin yükselmesinin sağlık hizmetlerinin bir bölümüne yönelik talebi düşürürken bir bölümüne yönelik talebi ise yükselttiğini ne sürmüşlerdir. Örneğin, eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin tkretiminde artış olurken; eğitimi bireylerin kişisel temizliklerine daha fazla zen göstermeleri sebebiyle bu kişilerin enfeksiyon hastalıklarına daha az yakalandıkları ve bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetleri taleplerinin düşük olduğu söylenebilir.

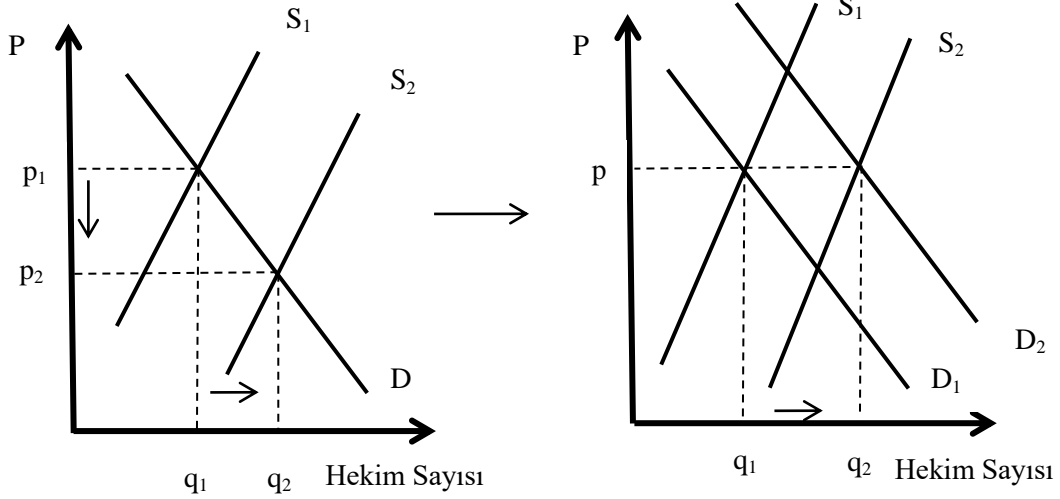
3.5.7. Hekim Rolü

Birçok yazar sağlık hizmetleri talebini 'türetilmiş talep' olarak nitelendirmektedir. Çünkü; sağlık hizmetleri talebi çift yönlü olarak hasta ve hekimler tarafından belirlenmekte; başlangıçta tkretim talebi sağlık hizmeti ihtiyaç hisseden hasta tarafından ortaya çıkmakta ve hekimlerin de talep edilen tedaviyi gerçekleştirmek için sağlık hizmeti üretiminde bulunmaktadırlar. Bu nedenle hekimlere hem sağlık hizmet sunucusu hem de adeta bir danışman gibi hastaların tkretim kararlarında yol gösterici bir rol biçilmiştir. Buradan anlaşılan hekimler sağlık

hizmetlerini hem arz eden hem de sağlık hizmetleri talebini Őekillendiren bir fonksiyon eda etmektedirler (Mutlu ve IŞık, 2012:80; Yaylalı, Kaynak ve Karaca, 2012:565 ve Tıraş, 2013:139).

TıraŐ, (2013:141) hekimi, “hastanın ihtiyaçlarını en iyi bilen ve onu en iyi anlayan kiŐi” olarak nitelendirmiŐtir. Yıldırım (99:127) ise hekim ile hasta arasındaki iliŐkiyi, tıpkı ‘Borçlar Kanunu’nda tanımlandığı Őekilde, vekil ile művekkil arasındaki iliŐkiye benzetmiŐtir. Bilgi eksikliği nedeniyle kendi sağlığı ve bedeni űzerinde karar veremeyen hastanın imdadına hekim yetiŐmekte ve hasta adına bir vekil veya danıŐman gibi hareket etmekte ve tűketimi Őekillendirmektedir. Sonuç olarak bu durum hekimi, literatűrde “arz kaynaklı talep” olarak tanımlanan, talebi kontrol etme imkanı veren bir konuma sokmaktadır.

Çelik (2013:125)’e gűre hekimin tutumuna bađlı olarak sađlık hizmetlerinde hasta ve hekim arasındaki bilgi asimetrisinin varlıđı iki farklı Őekilde sonuçlanabilir. Eđer hekim, hastasının “műkemmel ajanı” rolűnű oynarsa hastanın ihtiyaçları, alım gűcű ve tercihlerini dikkate alarak sađlık hizmetinin en optimal miktarını ve karıŐımını tavsiye edecektir. Ancak tam tersine eđer hekim hasta ile arasındaki bilgi asimetrisini kendi çıkarlarını űn planda tutacak Őekilde kullanırsa literatűrde tanımlanan arz kaynaklı talep ortaya çıkacak ve arzın talep oluŐturması sonucunda, geri űdeme yűntemine bađlı olarak, sađlık hizmet sunucuları (hem kuruluŐlar hem sađlık personelleri) gelirlerini maksimize etmek için tűketicileri yanlıŐ yűnlendirerek hem tetkik hem tedaviye yűnelik lűzumsuz tıbbi iŐlemleri uygulamaları, ilaç kullanımını ve hasta yatıŐ gűnű sayısını arttırmaları ve bu suretle hem tűketicileri maddi ve manevi kűlfet altına sokmaları hem de toplam sađlık harcamalarının arttırmaları sonucu ortaya çıkar. Arz kaynaklı talebin etkisi aŐađıdaki Őekilde açıklanmıŐtır.



Şekil 5: Arz Kaynaklı Talep

Kaynak: Çelik 2013:125

Çelik (2013:126) yukarıda solda bulunan şekildeki S_1 arz eğrisinin belli bir zamanda arz miktarını ifade eden arz eğrisi olduğunu ve aynı zaman aralığında bu bölgede yaşayan bireyler tarafından talep edilen sağlık hizmetleri talebinin de D eğrisi ile gösterildiğini, bu koşullar altında dengenin, p_1 fiyat seviyesinde ve q_1 kadar sağlık hizmetlerinin üretildiği noktada olacağını belirtmiştir. Hal böyle iken bu bölgede önceden beri herhangi bir sebeple bölgede istihdam edilen hekim sayısının artmış olduğu kabul edildiğinde p_1 fiyat seviyesindeki sağlık hizmeti üretimi artarak arz eğrisi S_2 ile gösterilen konuma gelecektir. Diğer tüm faktörler ve sağlık hizmeti talebi sabitken arz miktarı arttığı için hekimlerin arasındaki rekabet artacak ve dolayısıyla fiyatlar düşecektir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin fiyatı p_2 seviyesine düşecek ve bu sefer denge, S_2 arz eğrisi ile D talep eğrisinin buluştuğu noktada olacaktır. Bu dengede tüketiciler daha düşük fiyatta sağlık hizmeti almanın tadını çıkarırken bu bölgede çalışan hekimler eskiden olduğu kadar kazanamayacaklardır. Ancak sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin fiyatları ya devlet ya da mesleki örgütler tarafından belirlenir bu nedenle doktorlar isteseler de sundukları hizmetin fiyatını aşağıya çekmek suretiyle rekabet etme imkanına sahip değildirler. Bu nedenle soldaki grafikte gösterilen bir biçimde fiyatların aşağıya çekilmesi suretiyle talebin artırılması mümkün olmayacaktır. Bu nedenle hekimler bunun yerine bilgi asimetrisinden faydalanarak müşterilerine daha fazla -suni- sağlık hizmeti sunmaya çalışırlar. Hekimler kolaylıkla bireyleri gereksiz tetkik ve tedaviler uygulayabilir, lüzumsuz yere hastaları hastanede

yatırabilir ve hatta gereksiz cerrahi operasyonlarda bile bulunabilirler. Bu sayede hekimler hasta sayıları azalmış olsa da hasta başına uyguladıkları tıbbi işlemleri arttırmak suretiyle gelir kayıplarının önüne geçmiş olurlar. Bu anlatılanlar, şekil 5'teki grafiğin sağ tarafında gösterilmiştir. Hekim sayısı artışı sunulan sağlık hizmeti miktarını da arttırarak arz eğrisini S_2 konumuna getirmiş, aynı zamanda hekimlerin sunduğu gereksiz hizmetler sonucunda hastalarının talebini arttırarak D_1 konumundan D_2 eğrisi konumuna getirmişler ve yeni denge p_1 fiyat seviyesi aynı kalmak suretiyle, q_2 miktarında, yani D_2 ve S_2 eğrilerinin buluştuğu noktada gerçekleşmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİ

4.1. AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE-AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ

Avrupa Birliği, bu gün itibarı ile yirmi sekiz üye ülkeden oluşan ve topraklarının neredeyse tamamı Avrupa kıtasında bulunan siyasi ve ekonomik bir örgütlenmedir. Avrupa Birliği'nin temeli 1951 yılında, altı ülkenin katılımıyla oluşturulan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu'na ve 1957 tarihli Roma Antlaşması'na dayanmaktadır. Avrupa Birliği 1992 yılında, Maastricht Antlaşması'nın yürürlüğe girmesi sonucunda, var olan Avrupa Ekonomik Topluluğu'na yeni görev ve sorumluluklar yüklenmesiyle kurulmuştur. Kurulduğu günden bu yana, birlik yeni üyelerin katılımlarıyla boyut olarak büyümüş; var olan yetkilerine yeni görev ve sorumluluk alanları eklenerek de gücünü arttırmıştır. 500 milyondan fazla nüfusuyla Avrupa Birliği, dünya ülkelerinin GSYİH'ye (nominal) göre sıralanışında nominal gayrisafi yurtiçi hasılasının %30'luk bölümünü oluşturur.

Avrupa Birliği olgusu, bir değerler sistemidir. Avrupa Birliği değerler sisteminin temelinde, demokrasi, insan hakları, hukukun üstünlüğü, kurumları ve kurallarıyla işleyen bir serbest piyasa ekonomisi kavramı vardır. Bu temeller üzerinde geliştirilmiş Avrupa Birliği, giderek kıta için ve genelde dünya için bir cazibe merkezi haline gelmektedir. İşte soğuk savaşın hemen sonrasında ideolojik kutuplaşmanın bittiği bir dönemde, Merkezi ve Doğu Avrupa ülkelerini birdenbire tam üyelik yarışına iten de bu değerler sisteminin hakim ve egemen olmasıdır.

Avrupa Birliği ile Türkiye ilişkileri her zaman çalkantılı ve zıtlarla dolu bir seyir izledi. Ancak Türkiye uzun yıllardır Avrupalılaşıma çabası içinde. Osmanlı döneminde başlayan bu çabaların dönüm noktası Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasının ardından Mustafa Kemal Atatürk'ün izlediği reform programıdır. Bu

programın anahtar unsurları miladi takvimin, İsviçre Medeni Kanunu'nun ve İtalyan Ceza Kanunu'nun uygulamaya sokulması, devlet dini uygulamasından vazgeçilerek laik esasların uygulanmaya başlanması ve Latin alfabesinin kabulüdür. Reformun amacı batılılaşma yoluyla Avrupa'yla bütünleşmektir. Türkiye'nin II. Dünya Savaşı sonrasındaki dış politikası da, ülkenin 1948 yılında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'ne (OECD), 1949'da Avrupa Konseyi'ne ve 1952'de NATO'ya dahil olmasıyla batılılaşma yönünde gelişti. Türkiye'nin Avrupa bütünleşmesine büyük ilgi göstermesi ve başlangıcından itibaren AB ile yakın ilişkiler içinde olması bu tarihsel geri plan nedeniyle şaşırtıcı değildir.

Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliği süreci, 1959 yılında Türkiye'nin Avrupa Ekonomik Topluluğu'na ortaklık başvurusu yapması ve 1963 yılında ortaklık anlaşması imzalamasıyla başlayan; akabinde 1987 yılında tam üyeliğe başvurması ile devam eden ve en nihayetinde 1996 yılında Gümrük Birliğine dahil olunması ve 2005 yılında tam üyelik müzakerelerine başlanması ile ivme kazanan bir süreçtir. Aslında AB-Türkiye ilişkileri beş döneme ayrılabilir: iyimserlik (1960'lar), kriz (1970'ler), donma (1980'ler), ilerleme (1990'ların ve 2000'lerin başı) ve belirsizlik (2006'dan günümüze kadar). Görüldüğü üzere Türkiye - AB ilişkileri hâlihazırda AB üyesi olan pek çok ülkeden daha eskilere uzanmaktadır. Ancak Ekinci ve Ünsal (2015:1)'a göre, buna rağmen Türkiye'nin muasır medeniyetler seviyesine ulaşma hedefi yolunda AB üyeliğine bir mihenk taşı olarak anlam yüklemesi nedeni ile Türkiye ile AB arasındaki uzatmalı nişanlılık durumu devam etmektedir.

4.2. AVRUPA BİRLİĞİ SAĞLIK SİSTEMİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık sistemi, birincil amacı sağlığı geliştirmek olan, tüm insan, faaliyet ve oluşumları içeren bir sistemdir (WHO, 200:1). Ateş (2013b:59)'te sağlık sistemini; "sağlık hizmetlerinin arızı, finansmanı, mevzuatı ve politikasından oluşan bütün" şeklinde kısa ve net bir biçimde tanımlamıştır.

Yıldırım ve Yıldırım (2015:219) her ülkenin geçmişini, kültürünü, sosyal ve iktisadi gelişmişliğini ve ülkeye hakim olan siyasi ideolojiyi yansıtan ve evrensel tıbbi

bilgi ve teknoloji, ülkenin nüfusunun demografik yapısı, toplumdaki sağlığa ilişkin algı ve beklentiler gibi faktörlerden de etkilenen bir kendine has ulusal sağlık sistemine sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Görüldüğü üzere gerek ideolojik, gerek sosyo-ekonomik ve gerekse kültürel unsurlar gibi çeşitli sebeplerden ötürü ülkelerin sağlık sistemleri birbirinin aynı değildir ve bu durum ülke sağlık sistemleri arasında bir karşılaştırma yapılması gerekliliğini doğurmuştur. Ülkeler arasında her zeminde olduğu gibi sağlık sistemleri alanında da çok yoğun bir biçimde bilgi alışverişi olmaktadır. Hem Avrupa Birliği ülkeleri kendi arasında, hem de Avrupa Birliği üyeliğine aday olan ülkelerle karşılıklı olarak bu bilgi alışverişinin hızlanmasına paralel olarak bir yakınlaşma süreci yaşanmaktadır. Bu bağlamda Yıldırım (2004)'a atfen Karagan (2008:30), Avrupa Birliği'ne üye ve aday ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının, ülkelerin birbirlerinden dersler çıkarmalarına ve karşılıklı kazanımlarına vesile olduğunu vurgulamıştır. Sargutan (2005:81)'da, karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı ile iki veya daha fazla ülke ya da ülkeler grubunun sağlık sistemlerinin birbiri ile kıyaslanarak, kullanılabilir ve faydalı veri ve sonuçlara ulaşmanın gerekliliğine vurgu yapmıştır.

Bu doğrultuda, bu bölümde önce Avrupa Birliği'nin benimsemiş olduğu sağlık politikalarından bahsedilecek akabinde Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemleri genel itibari ile ele alınacak ve son olarak Türk sağlık sistemi de reform öncesi ve sonrası dönem olmak üzere ele alınacaktır. Ve böylece son bölümdeki, Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık göstergelerinin karşılaştırılmasından evvel, Avrupa ve Türkiye'de uygulanan sağlık sistemleri ile ilgili kapsamlı bir çerçeve ortaya konmuş olacaktır.

4.2.1. Avrupa Birliği Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış

Avrupa Birliği yalnızca ekonomik bir organizasyon değil, aynı zamanda sosyal boyutu da olan bir varlıktır. Avrupa Birliği'nin bu sosyal boyutu, Avrupa Birliği Sosyal Modeli (ABSM)'ne binaen oluşturulan Avrupa Birliği Sosyal Politikası

kapsamında ele alınmaktadır. Hervey (2000)'e atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:31-47) sağlık politikası ya da sağlık hizmetlerini Avrupa Birliği sosyal Politikası kapsamında değerlendirmişlerdir. Buna göre sağlık hizmetleri; eğitim, barınma, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlerle birlikte Avrupa Birliği Sosyal Politikasının yapı taşlarını teşkil etmektedirler.

AB'ne üye devletlerde uygulanan farklı sağlık sistemleri mevcuttur ancak Yıldırım ve Yıldırım (2015:45)'a göre üye ülkelerin uyguladıkları sağlık sistemleri hangisi olursa olsun bağlı kaldıkları “dayanışma, hakkaniyet ve herkesi kapsama” gibi ortak değerler söz konusudur. Örneğin üye ülkelerin kullandıkları sistem ne olursa olsun, nüfuslarının neredeyse tamamı sağlık güvencesi kapsamı altındadır. Ayrıca Saltman (2002)'a atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:45), dayanışma ilkesinin Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemlerinde; “sağlıklıdan hastaya, zenginden fakire, gençten yaşlıya, bireyden aileye ve erkeklerden kadınlara doğru” beş farklı çapraz sübvansiyon şeklinde tezahür ettiğini öne sürmüşlerdir.

4.2.1.1. Avrupa Birliği Sağlık Politikasının Amaçları

Yıldırım (2004)'a atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:52), Avrupa Birliği sağlık politikalarının birincil amaçlarını; (1) Avrupa Birliği katma değeri oluşturmak, (2) Ölçek ekonomisini mümkün kılmak, (3) Üye ülkelerin sağlık sistemlerinde tamamlayıcı rol oynamak, (4) Avrupa Birliği vatandaşlarının genel sağlık düzeyini yükseltmek ve (5) Avrupa Birliği'nin nihai hedefi olan siyasi birlik amacına ulaşmayı sağlamak olarak saymışlardır.

Bunların dışında Yıldırım ve Yıldırım (2015:53), Avrupa Birliği Komisyonu'nun 2001 tarihinde yayınladığı bir bildirisinde, Avrupa Birliği'nin sağlık alanındaki uzun vadeli amacı üç amacının “sürdürülebilirlik, ulaşılabilirlik ve kalite” olarak belirlendiğini belirtmektedir.

4.2.1.2.Avrupa Birliği Sağlık Politikasının Dayandığı Temel İlkeler Dayandırıldığı Temel İlkeler

Hem Avrupa Birliği sağlık politikasına hem de diğer Avrupa Birliği politikalarına temel teşkil eden; ihtiyatlılık, yetki ikamesi, Avrupa katma değer ilkesi, şeffaf koordinasyon ilkesi ve orantılılık ilkesi gibi ilkeler aşağıda ana hatları ile ele alınmıştır.

Yıldırım ve Yıldırım (2015:54)'a göre ihtiyatlılık veya ihtiyatlı olmak ilkesi, kesin olmasa dahi, insan sağlığına ve çevreye zarar verme ihtimali olan bir durum veyahut bir eylemin önlenmesi ve yok edilmesine yönelik önlemlerin alınması gerekliliği anlamına gelmektedir. Öztürk ve Karakaş (2015:41) ise, ihtiyatlılık ilkesini, “nleyici eylem prensibi” adı ile ele almışlar ve bu prensip gereği AB'nin koruyucu sağlık hizmetlerine verdiği önem üzerinde durmuşlardır.

Hughes (1992)'e atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015) yetki ikamesi prensibine göre yerel veya ulusal düzeyde etkili bir biçimde yürütüldüğüne kanaat getirilen vazife ve hizmetler ulusal ve yerel idarelere bırakılmalı ve ulusal ve yerel düzeyde alınacak kararlara müdahil olunmamalıdır. Avrupa birliği tıpkı diğer hizmet sosyal alanlarda olduğu gibi. Yıldırım (2004)'a atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:55), Avrupa Birliği'nin tıpkı diğer sosyal alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de yetki ikamesi çerçevesinde hareket ettiği görüşündedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili karar alma ve uygulama süreçlerini ye ülkelere bırakmakta ve fakat ye devletlerin yetersizliği veya AB lkelerinin ortak çıkarları söz konusu olduğu zaman da bizzat devreye girip rol üstlenmektedir.

Hervey (2002)'e atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:55)'a göre Avrupa katma değer ilkesi, birliğe ye ülkelerin karşılıklı olarak birbirlerinin deneyimlerinden ders çıkarmaları veya bilgi alışverişine imkan veren projelerin hayata geçirilmesi gerekliliğine atıf yapmaktadır.

Öztürk ve Karakaş (2015:41)'a göre Şeffaf koordinasyon ilkesi, kurum ve kuruluşların, organizasyon ve örgütlerin oluşturulmasında ve bunların faaliyetlerinin yürütülmesinde olabildiğince şeffaf olunması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Yıldırım ve Yıldırım (2015:57)'a göre Avrupa Birliği sağlık politikalarına yol gösteren son ilke orantılılık ilkesidir. Kısaca eylemlerin ölçülü olması olarak tanımlayabileceğimiz bu ilke, herhangi bir durumda AB kurumlarının ulusal ve yerel yönetimlere müdahale gereğinin doğması durumunda, aynı sonucu doğuracak birden çok alternatiften üye devlet ve bireylere en fazla özgürlük tanıyan seçeneğin tercih edilmesi gerekliliğini ortaya koyar.

4.2.2. Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Sistemleri ve Finansman Modelleri

Daha önce de değindiğimiz üzere hane halklarının ve ülkelerin sağlık harcamaları gün geçtikçe artmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu da giderek önemini arttırmaktadır. Tutar ve Kılınç (2007:43)'a göre, sağlık sektöründe yaşanan en ehemmiyetli problem sağlık hizmetlerinin finansmanı konusudur. Ülkeler ne ölçüde kalkınmış olurlarsa olsunlar, tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında problemler yaşanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artış hızı milli gelirdeki artışı aşmakta, gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık hizmetlerine kaynak tahsisinde yetersizlikler yaşanmaktadır.

İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur (2010:86)'a göre dünya genelinde tüm ülkelerde, sağlık politikaları üzerinde karar vericiler için temel konu; ülke vatandaşlarının talep ettikleri sağlık hizmetine erişmelerinin nasıl garanti edileceği konusudur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli ve birbiriyle ilişkili üç sacayağı bulunmaktadır.

- 1) Fonlama; yani sağlık için yeterli fonun toplanması. Fonlama yönteminin seçimi ülke sağlık sistemlerinin yapısını belirleyen temel

unsurdur. Çelik (2013:169)'e göre fonlama aşamasında, yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak, finansmanda hakkaniyeti sağlamak ve bu süreçte bireylerin yoksullaşmasını önlemek gerekmektedir

- 2) Fon havuzlama; yani sigortalılar arasında risk paylaşımının sağlanması. Çelik (2013:170)'e göre fon havuzlama, sağlık hizmetleri kullanımı sonucunda yapılacak ödemelerin riskinin fonlara katkı sağlayan tüm üyelerce paylaşılmasını sağlayan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir. Fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır. Ayrıca fon havuzlama, sağlık hizmetleri talebini arttırıp fon akışını garanti altına aldığı için hizmet sunucular için belirsizliği azaltmaktadır.
- 3) Hizmet sunuculara yapılacak olan ödeme yöntemlerinin belirlenmesi.

Pek çok yazara göre, bugün dünya genelinde sağlık hizmetlerinin finansmanında üç model (fonlama modelleri) kullanılmaktadır. Bunlar; genel vergilerle finansman (Beveridge modeli), sosyal sigorta (Bismarck Modeli), özel sigortalar ve cepten yapılan harcamalardır (Özer ve Şantaş, 2012:100; Çelik, 2013:174-186; Tıraş, 2013:143).

Tatar (2011:104) ile Erol ve Özdemir (2014:27)'e göre, sağlık hizmetlerinin finansman tipleri ülkeler arasında farklılık gösterse bile, neredeyse bütün ülkelerde vergilerin, sosyal sigorta primlerinin, özel sağlık sigortasının ve bireylerin cepten yaptığı ödemelerin bir arada kullanıldığı karma bir uygulama görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin sağlık sistemleri açısından sınıflandırılırken ağırlıklı olarak benimsenen finansman yöntemine göre sınıflandırılırlar. Avrupa Birliği ülkelerinin benimsemiş olduğu iki temel model bulunmaktadır. Bu modellerin ayrıntılı olarak incelenmesine geçmeden önce genel bir fikir edinmek amacıyla tablo???'da iki sistemin özellikleri kıyaslanmıştır.

Tablo 1: Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (USH) (Beveridge Modeli)	Sosyal Sigorta Sistemi (Bismarck Modeli)
Genel vergilerle finanse edilir.	Sigorta primleri ile finanse edilir.
Evrensel kapsam.	Sağlık sigortası fonları yoluyla kapsam.
Kamu altyapısı.	Karma altyapı (kamu ve özel).
Hekimler maaş karşılığı çalıştırılır.	Hizmet başına ödeme.
Yüksek düzeyde devlet müdahalesi öngörülür.	Sistem devlet tarafından organize edilir ancak devlet hizmet üretmez.
İngiltere, İrlanda, İsveç, İspanya, Danimarka, Yunanistan, İtalya Portekiz, Finlandiya.	Almanya, Türkiye, Belçika, Lüksemburg, Hollanda.

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım, 2015:232

4.2.2.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (USH) (National Health Services (NHS)) (Vergi Tabanlı Finansman (Beveridge Modeli))

Birleşik Krallık, İkinci Dünya Savaşı sonrasında sağlık sistemini reforme etmiş ve ulusal bir sağlık politikası güdümünde, ulusal sağlık hizmetleri sistemini benimsemiştir (National Health Services). Bu model savaş yıllarında bir dizi sosyal ve ekonomik planın bir parçası olarak, İngiliz iktisatçı William Henry Beveridge tarafından ortaya atıldığı için “Beveridge Modeli” olarakta bilinmektedir.

Hitrıs (1997)’e atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:2032)’a göre, sunumu ve finansmanının devletin kontrolünde olduğu bir sistem olan ulusal sağlık hizmetleri sisteminde, çalışıp çalışmamalarına veya başka bir kritere bağlı olmaksızın tüm vatandaşlar eşit bir biçimde kapsar ve sistemin finansmanı ve genel vergilerden sağlanmaktadır. Bu sistemde sağlık çalışanları genellikle maaşlı memur statüsündedirler. Tıraş (2013:143)’a göre bu modelde kamu hem sağlık hizmetini sunan, hem finanse eden ve hem de düzenleyen bir konumdadır.

Orhaner (2006:7)'e göre, sağlık harcamalarının finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi yani vergilerdir. Uğurluoğlu ve Özgen (2008:137)'e göre, vergilerle finanse edilen sistemler, “sağlık harcamaların çoğunluğunun vergi ödemeleri ile karşılandığı veya vergilerle finanse edilen kısmın diğer bileşenlerden büyük olduğu sistemlerdir”.

Yıldırım ve Yıldırım (2015:232)'a göre ulusal sağlık hizmetleri modelinde finansman genel olarak ulusal bütçeden (vergilerden) sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri için tahsis edilecek kaynaklar her sene bütçe görüşmeleri sırasında parlamentoda kararlaştırılır. Sağlık hizmetlerinin genel organizasyonu ve sunumu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hususunda bölgesel idareler ve yerel yönetimler yetkilendirilmiştir.

Yıldırım ve Yıldırım (2015:233), bu sistemde temel teminat paketinin kapsamının derin olduğunu; yani birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamı, yataklı tedavi bakımı, AÇSAP hizmetleri ile ilgili tüm hizmetleri kapsadığını vurgulamıştır. Bunun yanında ağız-diş sağlığı hizmetleri ve bazı ilaçlar için hastaların belirli tutarlarda katkı payı ödemek durumunda olduğunu da eklemiştir.

Pek çok yazar (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:138; Çelik, 2013:176; Tıraş, 2013:147) bu sistemin avantajlarından bahsetmiştir. Bu sistemin ilk avantajı, tüm nüfusun sağlık risklerinin aynı havuzda toplanmasıdır. İkinci avantajı, fonlama kapasitesinin yüksek olmasıdır. Yani bu sistemde hane halkları gelir elde etme, satın alma ve satma, faiz elde etme ve bunun gibi pek çok farklı ekonomik faaliyet sonucunda vergi ödeyerek sağlık hizmetleri için fon toplanması işine katkıda bulunmuş olurlar. Üçüncü avantajı, risk seçimi⁸ (risk selection) ve ters seçim⁹ (adverse selection) problemlerinin oluşmamasıdır. Tüm vatandaşlar sağlık durumları, gelirleri ve mesleklerinin ne olduğuna bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden ücretsiz bir biçimde faydalanırlar. Bu sistemin bir başka avantajı; sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar

⁸ Risk seçimi, sigorta kuruluşlarının, bireylerin sağlık durumunu dikkate alarak; sağlıksız olan bireyleri yüksek primler karşılığında sigortalamaları ve hatta sigortalamamaları durumu.

⁹ Ters seçim, hasta olanların ya da daha yüksek hastalanma ve yaralanma ihtimali olanların sigortalanma eğilimi göstermesi.

arasında ödeme konusunun mevzu bahis olmaması nedeniyle tüketicilerin yani hastaların, hizmet sunuculara yani sağlık personellerine yönelik baskısı minimize edilebilir. .Bu sistemin son avantajı ise; fonların toplanması için ayrıca bir kurumun varlığına gerek olmamasıdır. Böylelikle, fon toplamak için ayrı bir maliyete katlanılmamış olacak ve sağlık hizmetleri için toplanan fonların hizmete dönüşme oranı yükselecektir ki; bu sistemin diğer sistemlerle kıyaslandığında en büyük avantajı budur.

Tıraş (2013:147)'a göre bu sistemin en büyük dezavantajı ise, ülkenin önceliklerini iyi tespit etmemesi durumunda, bütçeden sağlık hizmetleri için tahsis edilecek fonun diğer sektörlerin baskısı nedeniyle azaltılarak, sağlık hizmetleri için yetersiz kaynak ayrılması ihtimalinin ortaya çıkmasıdır.

4.2.2.2. Sosyal Sigorta Modeli (Zorunlu Kamu Sigortası) (Bismarck Modeli)

1883 yılında ilk Almanya şansölyesi Otto von Bismarck tarafından uygulanan modeldir. Bu nedenle Bismarck Modeli olarak da adlandırılmaktadır. Uğurluoğlu ve Özgen (2008:140) bu modelin Almanya'da 1883 yılına kadar gönüllülük esasına dayalı mevcut sigorta sisteminin, devlet tarafından yürütülmeye başlanması ve zorunlu hale getirilmesiyle ortaya çıktığını vurgulamışlardır. Yıldırım ve Yıldırım (2015:233) bu model ile ilgili olarak, “kapsamın konusu vatandaş değildir. Çalışanlar istihdam kategorilerine göre gelirlerinden bir kısmını hastalık fonlarına katkı olarak öderler. Aktif olmayan nüfus (emekliler ve bağımlılar) çalışanlar üzerinden kapsama dahil edilirler” açıklamasında bulunmuşlardır.

Sosyal sigorta modelinde finansman, çalışan ve işverenlerin ödedikleri sigorta primleri ve buna ek olarak devlet bütçesinden yapılan katkılardan oluşur. Çelik (2013:179'e göre tam da bu nedenle; yani sistemde devlet katkısının söz konusu olması nedeniyle bu sisteme sosyal sigorta modeli denilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ise hem kamusal hem de özel sağlık kurum ve kuruluşlarca sunulmaktadır.

Sigorta kuruluşları, sağlık kurum ve kuruluşları ile toplu sözleşmeler yaparak hastalar adına sağlık hizmeti satın alırlar.

Kapsamındaki kişiler için zorunlu olan bu modelde, Çelik (2013:179)'e göre, kapsamın genişliği ile ilgili ülkeden ülkeye farklı uygulamalar mevcuttur. Bazı ülkelerde yalnızca kamu çalışanları ve onların yakınları bu sisteme dahil edilirken; bazı ülkelerde ise tüm nüfus güvence altına alınmaktadır. Sistemin nüfusun tamamını kapsaması durumuna genel sağlık sigortası denir.

Yıldırım ve Yıldırım (2015:233), 1883 te Almanya'nın sosyal sigortalar modelini uygulamaya başlamasının akabinde; 1894'te Belçika, 1898'de Fransa, 1901'de Lüksemburg, 1911'de Birleşik Krallık (1948'de USH'yi uygulamaya başlamıştır) ve İrlanda, 1927'de İtalya, 1934'de Yunanistan, 1935'de Portekiz ve 1942'de İspanya'nın zorunlu sağlık sigortası uygulamasına geçtiğini belirtmektedir. Ancak ülkelerin uygulamaları arasında ufak da olsa farklılıklar vardır. Örneğin Almanya ve Hollanda'da belirli bir yüzeyin üzerinde gelire sahip olanlar zorunlu sağlık sigortası sisteminin dışında tutulmaktadırlar. Ya da örneğin Belçika Fransa ve Lüksemburg sağlık sisteminde bir sevk sisteminde söz edilemezken ve kullanıcıların sigorta primleri haricinde herhangi bir ödeme yapma zorunluluğu bulunmazken; Almanya, Avusturya Hollanda sağlık sistemlerinde sevk zinciri sisteminin uygulanmakta ve kullanıcılar bu sevk sistemine uymamaları nedeniyle katılım payı ödemek zorunda bırakılmaktadırlar.

Brettenthaler ve Wallner (2001)'e atfen Yıldırım ve Yıldırım (2015:234), Sovyetlerin çökmesi ile birlikte doğu Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerinde dönüşüm sürecinin başlatıldığını ve bu ülkelerin Semashko¹⁰ sağlık sistemi modelinden, sosyal sigorta modeline geçiş yaptıklarını belirtmektedirler.

Çelik (2013:178)'e göre sosyal sigorta modelinde; primlerin bireysel hastalanma riskleri ile ilgili olmaması nedeniyle düşük risk gruplarından yüksek risk gruplarına ve primlerin bireylerin gelirine endeksli bir şekilde toplanması nedeniyle de

¹⁰ Semashko sağlık sistemi modeli, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliğinde uygulanan ve merkezileşmiş ve vergi temelli bir modeldir.

yüksek gelir gruplarından düşük gelir gruplarına sübvansiyon söz konusudur. Ve bu nedenle sosyal sigorta modeli toplumdaki refah düzeyini arttırmaya katkı yapar ve bu modelin en büyük avantajı da budur. Modelin dezavantajı ise; bu sistemde sigorta primlerinin toplanması için özel bir kurumun varlığına ihtiyaç duyulmasıdır. Çünkü bu durum ek maliyet anlamına gelmektedir. Bu nedenle aynı sağlık hizmetini üretmek için bu modelde daha fazla finansmana ihtiyaç duyulacaktır.

Avrupa Birliği'ne üye ülkeler yukarıda ele aldığımız iki temel sağlık sistemlerinden (Beveridge Modeli ve Bismarck Modeli) birini ağırlıklı olarak kullanmaktadırlar. Bununla birlikte Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemlerinde gerçekleştirdikleri reformların bir sonucu olarak sistemler giderek Yıldırım ve Yıldırım (2015:234)'ın ifadeleri ile "melez sistem" haline gelmektedirler.

Bu bağlamda Türk sağlık sisteminin hangi modeli benimsediğine ilişkin bir değerlendirme yapmak gerekirse; Yıldırım ve Yıldırım (2015:234)'a göre, özellikle 2008 yılında genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlanmasının ardından Türk sağlık sisteminin adı geçen modellerden Bismarck modeline uygun olduğu belirtilmektedir.

4.3. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ

Erol ve Özdemir (2014:27)'e göre Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi olarak ağırlıklı bir biçimde sosyal sigorta yöntemi kullanılmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve sosyal güvenlik sistemi aşamalı bir biçimde gelişmiştir. Türk Sağlık Sistemi incelenirken, 2003'te sağlık sisteminde uygulanmaya başlayan bir dizi reform hareketinden -Sağlıkta Dönüşüm Programı- önce ve sonraki dönemi ayrı ayrı incelemek daha doğru olacaktır.

4.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış

4.3.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Yavuz (2011:57), 2003 yılından önce, Türk Sağlık Sisteminde sağlık finansmanı yapısının, (1) Kamu ve özel sektörde görev yapan işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) (2) Esnaf ve Sanatkarlar gibi bağımsız çalışanlar için Bağ-Kur (3) Devlet Memurları için Emekli Sandığı olmak üzere üç farklı sağlık sigorta fonundan oluştuğunu belirtmektedir. Ancak o dönemde halihazırda çalışan memurlar Emekli Sandığı’nın dışarısında bırakılmışlardı ve harcamaları direkt olarak devlet bütçesinden karşılanmaktaydı. Bu üçüne ek olarak 1992 senesinde sağlık hizmetlerini karşılayamayacak kadar fakir vatandaşlar için sağlık yardımı sağlamak amacı ile Yeşil Kart uygulaması başlatıldı. Yeşil Kart başvuruları her ilçenin kaymakamlıklarında kurulan bir komisyon tarafından değerlendirilerek sonuçlandırılmaktaydı.

OECD (2008:20) tarafından hazırlanan Türk Sağlık Sistemi ile ilgili bir rapora göre, 2003 yılından önce uygulamada olan sosyal güvenlik sistemlerinin sağlık sigortalarının teminat paketleri farklılık arz etmekteydi. Örneğin, SSK’dan sigortalı olan vatandaşlar sadece SSK’ya ait hastanelerinden ve SSK ile anlaşmalı olan eczanelerden hizmet alabiliyorlardı. Bağ-Kur’lular ise Sağlık Bakanlığı hastaneleri de dahil olmak üzere kamu ve özel pek çok hastaneden hizmet alabiliyorlardı ancak bunun için Bağ-Kur’luların hizmet alacakları günden en az 90 gün öncesine kadar bir zaman içerisinde primlerini ödemiş olmaları gerekiyordu. Sosyal güvenlik kurumları arasında en kapsamlı teminat paketini uygulayan Emekli Sandığıydı. Ödeme yöntemleri de sağlık sigortası fonları arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin SSK, kendi bütçesinden finansman yoluyla kendine bağlı hastaneleri işletirken, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur ise hastanelere ödemelerini hizmet başı ödeme yöntemine göre yapmaktalardı.

OECD (2008:22)'nin raporunda, DPT'ye atfen, 2003 yılındaki sağlık hizmetlerinin kapsama alanı da ortaya konmuştur. Buna göre, 2003 yılında, nüfusun %85'ine yakını sağlık sigortası kapsamına alınmıştı. Nüfusun geri kalanının ise herhangi bir sağlık sigortası korumasında değildi ve bu vatandaşlar herhangi bir katkı payı ödemesi de yapamıyorlardı. Ancak bu vatandaşlar en azından koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri ihtiyaçları ücretsiz olarak karşılanmaktaydı. Sosyal sağlık sigortalarından SSK nüfusun %46,3'lük kesimini kapsamakta ve en yaygın kullanıma sahip sigorta kuruluşuydu. Onu nüfusun yaklaşık %22'sini kapsamına alan Bağ-Kur izliyordu, son olarak da nüfusun %15'ini kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı ise yok denecek kadar azdı.

4.3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sunumu

2003'te, Türkiye'de kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi vardı. Başlıca üç kamu hizmet sunucusu şunlardı: (i) SB (ii) SSK (iii) üniversite hastaneleri. OECD (2008:24)'nin raporuna göre, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'nın idaresinde 700'e yakın hastane, 6000 toplum sağlığı merkezi ve sağlık ocağı, 247 veremle savaş dispanseri, 234 AÇSAP merkezi ve 138 poliklinik vardı. SSK'ya bağlı ise 120 hastane bulunmakta ve bunlara ek olarak 50 üniversite hastanesi bulunmaktaydı.

OECD (2008:24)'nin raporuna göre Sağlık Bakanlığı en önemli birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı olan tek kurumdu. Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda dört kademeli bir yapı mevcuttu. Buna göre taşra ve kırsal bölgelerdeki sağlık evlerinde 2000–2500 arası bir nüfusa hizmet verilmekte ve bu kuruluşlarda ebeler görev yapmaktalardı. Bir sonraki kademedede, bir pratisyen hekim, iki ebe, bir hemşire ve destek personeller olmak üzere toplam 8 adet personelin görev yaptığı 5000-10.000 arası nüfusa hizmet sunan taşralardaki sağlık ocakları bulunmaktaydı. Bir

sonraki kademedede ise, 10.000–30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birkaç adet hekim, bir diş hekimi, bir eczacı, birkaç adet sağlık memuru ve sağlık teknisyenleri, ebeler ve hemşireler olmak üzere toplam 16 personelin görev yaptığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı. Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan toplam 28 kişilik personeliyle hizmet sunan illerdeki sağlık ocakları bulunmaktaydı.

Sağlık ocakları bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, AÇSAP hizmetleri, aşılama hizmetleri, sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve sağlıkla ilgili diğer hususlarda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri sunmaktaydı. Bu bağlamda sağlık ocakları bireyler için sağlık sistemindeki ilk başvuru noktası ve daha üst düzey sağlık kuruluşlarına ulaşmada bir basamak olarak işlev görmektedir.

4.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış

Sağlıkta dönüşüm programı, Türk sağlık sektöründe uzun zamandan beri var olan; diğer OECD ülkelerden geri kalmış olan sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, sağlık hizmetlerinde kaynak etkinsizliğine neden olan mali sürdürülebilirliği güçleştiren parçalı finansman yapısı, sağlık hizmetleri kalitesindeki düşüklük gibi sorunların giderilmesi için tasarlanmıştır.

Yereli, Kobal ve Köktaş (2010a:1)'a göre 2003 yılından itibaren uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı sonucunda, bebek ölüm oranlarından, doğumda beklenen hayat süresine kadar birçok sağlık göstergesinde olumlu yönde ilerlemeler kaydedilmiştir. Ayrıca yapılan reformların sonucu olarak, hizmet sunucularına erişim artırılmıştır.

Erol ve Özdemir (2014:12)'e göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen reformlar; sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması, aile hekimliklerinin kurulması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sağlık

işletmesi modeline geçilmesi ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yeniden yapılandırılması olmak üzere dört temel başlık altında toplanmaktadır.

4.3.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk ayağı sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde faaliyet gösteren üç sosyal güvenlik kuruluşu; Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında 20 Mayıs 2006 tarihinde yürürlüğe giren 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile birleştirilmiştir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren kurum ile finansmanını gerçekleştiren kurumlar birbirinden tamamen ayrılmış ve hesap verebilirlik mekanizması güçlendirilmiş ve ayrıca SGK sağlık sektöründeki tek alıcı haline gelmesi nedeniyle sağlık sigortalarının teminat paketleri arasındaki farklı uygulamalar ortadan kalkmıştır.

Ayrıca ve 1 Ekim 2008 tarihli ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile de Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturularak tüm vatandaşlar güvence altına alınmıştır. GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemidir ve Erol ve Özdemir (2014:13)’e göre temel ilkesi “herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek”tir. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm yurttaşlar her ay prim ödemek zorundadır. Erdoğan (2006:226)’ya atfen Ataay (2008:173), asgari ücretin üçte birinden daha düşük bir gelire sahip olan vatandaşlar primleri devlet tarafından ödeneceğini ve böylece bu vatandaşların GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlandırılacaklarını ifade etmektedir. Böylece eskide kalan yeşil kart uygulaması yoluyla dezavantajlı ekonomik grupların desteklenmesinin devamı ve bu yapılırken de kimlerin bu haktan yararlanacaklarının daha belirgin ve net bir şekilde tespit edilmesi hedeflenmiştir. Ancak, burada Ataay (2008:173) ve Erol ve Özdemir (2014:13) tarafından eleştirilen durum; yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri gibi düşük seviyede tespit edilmesidir. Yazarlar bu sınırın gerçekte yoksulluk sınırına karşılık gelmediği konusunda hemfikirdirler.

Ayrıca sağlık harcamalarını kontrol altına almak amacıyla, sigortalının başvurduğu sağlık kuruluşunun özel ya da resmi olmasına göre farklılık göstermekle birlikte belirli oranlarda, hekim ve diş hekim poliklinik başvurularında katkı payı alınmaktadır. Sayılanlara ek olarak Ataay (2008:172-173) ile Erol ve Özdemir (2014:15) GSS'nin farklı bir yanına dikkat çekmişlerdir. Şöyle ki; primlerini ödeyen tüm vatandaşların ihtiyaç duyacakları tüm sağlık hizmetlerine erişebilecekleri ve doğan tüm masrafların vatandaşın sigortalı olduğu kuruluş tarafından ödendiği bir metot yerine, vatandaşların kamuya ait sağlık kuruluşlarına ilaveten özel hastanelere de başvurulabildiği ancak bunun için ek ödeme yapmak durumunda oldukları yarı kamusal, yarı özel bir sistem oluşturulmuştur.

4.3.2.2. Aile Hekimliği Modeli

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında getirilen ikinci köklü değişiklik, aile hekimliği sisteminin oluşturulması ve sağlık ocakları aracılığıyla yürütölen koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeni oluşturulan bu aile hekimliklerine devredilmesidir.

Erol ve Özdemir (2014:16)'e göre 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"un 2004 yılında çıkartılması sonucunda kademeli olarak tüm yurttaki aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları koruyucu sağlık hizmetlerinin topluma yönelik olan bölümü sağlık ocakları yerine kurulan toplum sağlığı merkezlerinin (TSM) sorumluluğuna devredilirken, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise aile hekimlerinin omuzuna bırakılmıştır.

5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" unda aile hekimi şöyle tanımlanmıştır: "Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına

göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir”.

Ataay (2008:176) ile Erol ve Özdemir (2014:16)’e göre aile hekimlikleri, hekimlerin hasta; hastaların da hekim seçme özgürlüğünden hareketle, tıpkı bir özel hekim muayenehanesi mantığı ile yeniden yapılandırılarak piyasanın işleyişine bırakılmıştır. Aile hekimliklerinde görev yapan, hekimler bir kamu çalışanı olmaktan daha çok, adeta bir girişimciye dönüştürülmüşlerdir.

4.3.2.3. Sağlık İşletmesi Modeli

Ataay (2008:170) ile Erol ve Özdemir (2014:16)’e göre Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında getirilen üçüncü önemli ve radikal yenilik, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda “sağlık işletmesi” modelinin uygulanmaya geçirilmesi; programın getirdiği dördüncü değişim ise Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yeniden dizayn edilerek, Sağlık Bakanlığını hizmet sunumundan tamamen azade edip, sağlık sisteminde bir denetleyici ve düzenleyici rol biçmek olmuştur. Bu doğrultuda her iki amaca yönelik olarak, Kasım 2011 tarihinde yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kamu hastanelerinin özertleştirilmesine yönelik merkezde Kamu Hastaneler Kurumu ve illerde Kamu Hastaneleri Birlikleri’nin kurulmasının önü açılmıştır. Böylece hem kamu hastanelerinin idari ve sağlık hizmeti üretimi açısından özertklığı sağlanmış, hem de Sağlık Bakanlığı ortaya çıkan sağlık piyasasının düzen ve denetiminden sorumlu bir kurum haline getirilmiştir.

Kamu hastanelerinin birer özel işletmeye dönüştürülmesi döner sermaye uygulaması ile geliştirilmiştir. Döner sermaye uygulaması, hastanenin elde ettiği gelirin sağlık çalışanlarının unvanlarına göre belli bir oranda dağıtılması ile başlamış ve 2004 yılında performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanmaya başlanmasıyla bir adım öteye taşınmıştır.

OECD (2008:41)’nin Türk Sağlık Sistemi reformları ile ilgili bir raporunda, performansa dayalı ödeme sisteminin temel amacının, kamu hastanelerinde görev

yapan sağlık çalışanlarının çalışma motivasyonları ve üretkenliklerinin teşvik edilmesi olduğu belirtilmiştir. Zencir (2011:97)'e göre performansa dayalı ödeme sistemi ile hizmet üretiminin artırılması yoluyla kâr maksimizasyonu yalnızca hastane idaresinin değil, tüm sağlık çalışanlarının neredeyse yegane hedefi haline getirilmiştir. Bu nedenle de her zaman hem suistimallere açık olmuş hem de; sağlık çalışanları, özellikle de hekim-yardımcı sağlık personeli arasında iş barışını olumsuz etkilemiştir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN HESAPLANMASI

5.1. HIZ VE ORAN KAVRAMI

Epidemiyolojik¹¹ bir kavram olan ve hastalık ve sağlıkla ilgili göstergelerin belirlenmesinde sıkça kullanılan ölçütlerden biri olan hız, Milli Eğitim Bakanlığının bir yayınında (2011:3) belirli bir süre içerisinde, sağlıkla ilgili belirli bir olayın görülme sıklığını hesaplamada kullanılan bir hesaplama aracı olarak tanımlanmıştır. Payında sağlık olayının sayısal ifadesi, paydasında ise o olayla ilgili toplam nüfus yer alır.

$$\text{Hız} = \frac{\text{Vaka sayısı}}{\text{İlgili toplam nüfus}} \times k \text{ (kat sayısı)} \quad (1)$$

Oran ise, sağlıkla ilgili mevcut iki olayın birbirleriyle karşılaştırılmasıdır. Hız, sağlık olayını topluma oranlarken; oran ise iki sağlık olayını birbiri ile kıyaslar.

$$\text{Oran} = \frac{\text{Vaka sayısı}}{\text{Hastalığa yakalanmamış nüfus}} \times k \text{ (kat sayısı)} \quad (2)$$

5.2. DOĞUMDA BEKLENEN ORTALAMA YAŞAM SÜRESİ

¹¹ Epidemiyoloji, toplumdaki hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklıklarını ve bunları etkileyen belirteçleri inceleyen bir tıp bilimi dalıdır.

Ölümsüzlük insanoğlunun en büyük hayali olagelmıştır. Bugün için ölümsüzlüğe erişemese de insanoğlu, yaşam süresini nispeten uzatmayı başarabilmiştir. Ve özellikle gelir artışı ile birlikte sağlık hizmetlerinin de içinde olduğu her türden mal ve hizmeti daha çok tüketen insanoğlu yaşam süresini uzatmaya devam etmektedir. İşte bu bağlamda diyebiliriz ki; doğumda beklenen yaşam süresi bir ülkenin kalkınma seviyesinin en temel göstergelerindedir. Çünkü bireylerin toplam yaşam süreleri ile gelirleri, eğitim seviyeleri, sağlık hizmetlerine erişim düzeyleri ve teknoloji seviyesi arasında pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur.

Doğumda beklenen yaşam süresi; farklı ülkeler ya da bölgeler ve farklı cinsiyetler için ayrı ayrı hesaplanır ve doğumda bir insanın ortalama ne kadar yaşayabileceğini belirtmek için kullanılır. Bununla beraber beklenen yaşam süresi farklı yaş grupları için hesaplanabilir ve insanın kalan yaşam süresini verebilir (örneğin 65 yaş için beklenen yaşam süresi gibi).

5.3. MORTALİTE (ÖLÜM HIZLARI)

5.3.1. Kaba Ölüm Hızı

Bir toplumun veya ülkenin sağlık seviyesini gösteren en önemli göstergelerden birisi toplumdaki ölümlerdir. Çünkü bir ülkede veya bölgede meydana gelen ölüm olaylarının nicelik ve nitelik olarak değerlendirilmesiyle elde edilen istatistiksel bilgiler toplumların sağlık sorunları ve öncelikleri tespit edilmeye çalışılır. Ayrıca ölüm istatistikleri sağlık hizmetlerinin planlamasında ve bölgeler arası karşılaştırmalarda kullanıldığından büyük önem taşımaktadır.

Kaba ölüm hızı, bir popülasyonda (belirli bir nedenle ya da genel olarak) bin kişi başına düşen ölüm sayısını ifade etmektedir. Bir toplumda meydana gelen ölümler hakkında kabaca bir fikir vermesine karşın bu ölçüt, cins ve yaş gruplarının ölüm açısından riskini tam olarak yansıtmadığından karşılaştırmalar yapmak için kullanılmaz. Aşağıdaki şekilde hesaplanır:

$$\text{Kaba ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde görülen toplam ölüm sayısı}}{\text{Yıl ortası nüfus}} \times 1000 \quad (3)$$

Kanser, kardiovasküler hastalıklar, trafik kazaları ve intihar gibi belirli bir nedene özel ölüm hızları da uluslararası karşılaştırmalarda sıkça kullanılır ve örneğin kanser mortalitesi, kalp krizi mortalitesi gibi isimlerle anılırlar.

5.3.2. Yaşa Özel Ölüm Hızı

Bu gösterge aracılığıyla yaş grupları arasındaki ölüm hızları karşılaştırılabilir. Ve bu sayede ölüm riskinin yüksek olduğu yaş gruplarının tespit edilmesinde ve sağlık çalışmalarının bu yaş gruplarına yönlendirilmesinde kullanılabilir. Örneğin ülkeler arasında 65+ nüfusun ölüm hızları karşılaştırılması önemli bir sağlık göstergesidir. Yaşa özel ölüm hızı aşağıdaki gibi hesaplanır:

$$\text{Yaşa özel ölüm hızı} = \frac{\text{x yaşında (grubunda) ölen kişi sayısı}}{\text{x yaş (grubu) yıl ortası nüfusu}} \times 1000 \quad (4)$$

Bu kategoride en çok üzerinde durulan 5 yaş altı ölüm hızıdır. 5 yaş altı ölüm hızı ülkeler arası karşılaştırmalarda sıkça kullanılmaktadır. Bir ülkede 5 yaş altı ölüm hızının yüksek olması o ülke de sunulan ana çocuk sağlığı hizmetlerinin ve temel sağlık hizmetlerinin yetersizliği anlamına geldiği gibi, ülke vatandaşlarının hem eğitim düzeylerinin düşük olduğu hem de ekonomik anlamda da geri kalmışlığı anlamına gelir. Ergin ve Hassoy (2011:1) dünya genelinde 2010 yılında 5 yaş altı ölüm sayısının 7,6 milyonu bulduğu ve bu ölümlerin yaklaşık %70'inin yani yaklaşık 5,4 milyonunun

bir yaş altı yani bebek ölümü olduğunu bildirmiştir. Ancak bebek ölüm hızlarının önemine binaen ayrı bir başlık altında ve ayrıntılı olarak incelenmesi daha uygun görülmüştür.

5.3.3. Bebek Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı bir toplumun sağlık düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biridir. Bebek ölümleri, ülkenin koruyucu sağlık hizmetleri, AÇSAP hizmetleri, genel sağlık hizmetleri ve sosyo-ekonomik koşullarının, kısaca toplumun kalkınmışlık düzeyini en net bir biçimde yansıtan bir göstergedir.

Bebek ölüm hızı bir ülkede bir yıl içerisinde her bin canlı doğumdan ne kadarının bir yaşını görmeden öldüğünü gösteren orandır. Daha basit bir ifade ile bebek ölüm hızı; bir popülasyonda bin canlı doğum başına düşen bebek ölümü sayısını ifade etmektedir. Ve şu şekilde hesaplanır:

$$\text{Bebek ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde bir yaşını doldurmadan ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki canlı doğum sayısı}} \times 1000 \quad (5)$$

Bebek ölümlerinin başlıca sebepleri; doğum asfiksi (solunumun başlamaması), zatürre, erken doğum komplikasyonları, ishal, sıtma, kızamık ve kötü beslenmedir. Bunların dışında, eğitim, çevre koşulları, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, toplumun ve ailenin ekonomik statüsü ve annenin yetersiz sağlık ve bakım bilgisi gibi pek çok faktör bu oran üzerinde belirleyici etkiye sahiptir. Gıda ve içme suyu temizliğinin sağlanması, bağışıklama ve diğer koruyucu sağlık önlemleri bebek ölümlerini engeller. Ergin ve Hassoy (2011:2)'un bildirdiğine göre dünya genelinde 2010 yılında toplamda 5,4 milyon bebek bir yaşını doldurmadan ölmüştür. Ve bu ölümlerin pek çoğu az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmiş, üstelik bu bebek ölümleri çoğu zaman önlenabilir ve tedavi edilebilir hastalıklardan olmuştur.

5.3.3.1. Fetal (Ölü Doğum) Hızı

28. haftadan sonra olan fetüs ölümleri, ölü doğum olarak kabul edilir. Sıtma, tüberküloz, tifo, dizanteri, kolera gibi hastalıklar, hijyenik koşullarda sürdürülemeyen gebelikler, evlilik dışı ilişkiler sonucu meydana gelen gebeliklerin sonlandırılması ölü doğum sayısını arttıran unsurlardandır. Şu şekilde hesaplanır:

$$\text{Fetal ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde ölü doğan bebek sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki toplam canlı ve ölü doğum sayısı}} \times 1000 \quad (6)$$

5.3.3.2. Perinatal Ölüm Hızı

Gebeliğin 28. haftasından itibaren, doğum esnasında ve doğumdan sonraki ilk hafta (0-7 gün) gerçekleşen bebek ölümleri perinatal bebek ölümleri olarak adlandırılır. Bu gösterge anne sağlığı düzeyini, doğum öncesi bakımın yeterli ve doğumun sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren önemli bir göstergedir. Ve aşağıdaki şekilde hesaplanır:

$$\text{Perinatal ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde ölü doğan bebek sayısı} + \text{(0-7) günlük iken ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki toplam canlı ve ölü doğum sayısı}} \times 1000 \quad (7)$$

5.3.3.3. Neonatal (Yenidoğan) Ölüm Hızı

Bebek ölümlerinin yarısından fazlası ilk bir ay içinde gerçekleşir ki bu döneme neonatal (yeni doğan) (0-28 gün) dönem ve bu dönemde gerçekleşen bebek ölümlerine

de neonatal bebek ölümleri denir. Bu ölümlerin ana nedeni engellenmesi zor konjenital (doğumsal) anormalliklerdir.

Neonatal ölüm hızı konjenital nedenlere bağlı ölümlerin genel bebek ölümleri içindeki yoğunluğunu, gebelik hijyeni önlemlerinin etkinliğini, doğum hizmetlerinin yeterliliğini belirlemek amacıyla hesaplanır. Neonatal ölüm hızı ilk bir ay içinde ölen bebeklerin sayısının o yıl gerçekleşen tüm canlı doğumlara oranıdır. Ve şu şekilde hesaplanır:

$$\text{Neonatal ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde 0-28 günlükken ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki canlı doğum sayısı}} \times 1000 \quad (8)$$

5.3.3.4. Post-Neonatal Ölüm Hızı

Bir aydan bir yaşına kadar olan (29-365) dönem ise post-neonatal dönem olarak bilinir ve bu dönemde gerçekleşen bebek ölümleri ise post-neonatal bebek ölümleri olarak isimlendirilir. Post-neonatal bebek ölümleri daha çok önlenemez nedenlerden ötürü gerçekleşmektedir. Ve aşağıdaki şekilde hesaplanır:

$$\text{Post-Neonatal ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde meydana gelen 29-365 günlük iken ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı yıl içindeki canlı doğum sayısı}} \times 1000 \quad (9)$$

5.3.4. Cinsiyete Özel Ölüm Hızı

Bir bölgede, bir yıl içinde, incelenmek istenen cinsiyete ait ölüm sayısının bu cinsiyetin yıl ortası nüfusuna bölünmesi ile bulunur. Ölümlerin cinse göre hangi boyutta olduğunu saptamada kullanılır.

$$\text{Cinsiyete özel ölüm hızı} = \frac{\text{x cinsiyetinde ölen kişi sayısı}}{\text{x cinsiyeti yıl ortası nüfusu}} \times 1000 \quad (10)$$

5.3.4.1. Anne Ölüm Hızı

Gebeliğin şekline ve süresine bakılmaksızın, gebelik, doğum ve lohusalık nedeniyle oluşan hastalıklar ve bunların komplikasyonları sonucunda gebelik veya doğum anında ve doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde oluşan ölümlere ana ölümü denilmektedir.

Anne ölüm hızı bir ülkenin sağlık düzeyini gösteren önemli ölçütlerden biridir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası verilen hizmetlerin bir göstergesidir. Bir yıl içindeki anne ölüm sayısının aynı yıl içinde canlı doğum sayısına oranlanmasıyla bulunur. Ana ölümleri az sayıda olduğundan sabit kat sayı 10.000 ya da 100.000 olarak alınır.

$$\text{Anne ölüm hızı} = \frac{\text{Bir yıl içinde gebelik, doğum ve lohusalık nedeniyle ölen anne sayısı}}{\text{Bir yıl içindeki toplam canlı doğum sayısı}} \times 10\,000 \quad (11)$$

5.4. FATALİTE HIZI

Milli Eğitim Bakanlığının (2011:28) tanımına göre fatalite (öldürücülük) hızı, “bir hastalığa yakalananlardan kaçının öldüğünü ifade eden hızdır ve belirli bir hastalıktan ölenlerin o hastalığa yakalananların sayısına oranlanması ile bulunur”.

Genellikle kısa süreli akut hastalıklar için hesaplanır. Örneğin; bir toplumda belirli bir süre içerisinde akciğer kanserine yakalanan 200 kişiden 50 kişi ölmüşse akciğer kanserinin o toplumdaki öldürücülük hızı (fatalite hızı) % 25'tir.

Fatalite hızı yüzde olarak ifade edilir. Bu hız yaş ve cinse göre özelleştirilebilir. Bu hızın hesaplanmasında sürenin belirtilmesi gerekir. Grip, nezle gibi hastalıkların fatalite hızları düşük; tetanos, AIDS, kuduz gibi hastalıkların fatalite hızları çok yüksektir.

$$\text{Fatalite hızı} = \frac{\text{Bir toplumda belirli bir sürede belirli bir hastalıktan ölenlerin sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süre içinde aynı hastalığa yakalananların sayısı}} \times 100 \quad (12)$$

5.5. MORBİDİTE (HASTALIK ÖLÇÜTLERİ)

Bir bölgede görülen hastalıkların görülme sıklığı, çeşidi, kişi, yer ve zaman özelliklerine göre dağılımı ile ilgili veriler; sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, hizmetin yeniden düzenlenmesi, alınan önlemlerin etkinliğinin ölçülmesi ve hizmetin değerlendirilmesinde kullanılır. Epidemiyolojide en sık kullanılan hastalık ölçütleri insidans ve prevalans hızlarıdır.

Bir bölgede görülen hastalıkları incelemek, ölüm hadiselerini incelemekten çok daha zordur. Çünkü bir kişi aynı hastalığa birden çok kez yakalanabilir veya aynı anda

birden çok hastalığa tutulmuş olabilir veyahut bazen de bireyler hastalandıklarını gizleyebilir ya da dağlık kuruluşlarına başvurmazlar.

5.5.1. İnsidans Hızı

İnsidans hızı, incelenen süre içinde başlayan yeni hasta sayısının risk altındaki toplam nüfusa bölünmesiyle bulunur.

$$\text{X ili Y hastalığı İnsidans hızı} = \frac{\text{Tespit edilen yeni Y hastalığı vaka sayısı}}{\text{X ili yıl ortası nüfusu}} \times 1000 \quad (13)$$

5.5.2. Prevalans Hızı

İncelenen süreden önce ve incelenen sürede başlayan yani, eski ve yeni vakaların toplamının risk altındaki nüfusa bölünmesiyle bulunur. Yani belirli bir zamanda bir hastalığın toplumda ne sıklıkta görüldüğünü belirtir.

$$\text{Prevalans hızı} = \frac{\text{İncelenen süreden önce başlamış vakalar + incelenen süre içerisindeki vakalar}}{\text{Risk altındaki nüfus}} \times 100 \quad (14)$$

5.6. TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ VE KALKINMA İLİŞKİSİ

Kalkınma ekonomik büyümeye ek olarak (kişi başına düşen milli gelirdeki artış yanında) bir ülkede iktisadi, sosyal, kültürel ve siyasal yapının da gelişmesini içerir. Bozkurt (2010:7)'a göre, bir ülkenin kalkınmışlık seviyesini, sadece kişi başına düşen milli gelir seviyesi ile açıklamak mümkün değildir. Kişi başına düşen gelir düzeyinin yanında sosyo-kültürel düzey de önemlidir. Kalkınma ile ilgili üzerinde durulması gereken unsur beşeri sermaye; yani insana yatırımdır. İnsana yatırım ise ancak sağlık ve eğitim hizmetleriyle mümkün olur. Ay ve Yardımcı (2006:491)'ya atfen Ay, Kızılkaya ve Koçak (2013:164), eğitim ve sağlık sektörlerinde yapılan yatırımların ülkenin beşeri sermaye stokunu ve emek verimliliğini arttırdığını ve bu sayede ekonomik büyüme sürecini hızlandırdığını ifade etmektedirler. Taban (2006:33)'a göre de, sağlığın ülkelerin gelir düzeyi, toplumların refahı, emeğin verimliliği ve beşeri sermaye unsurları üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

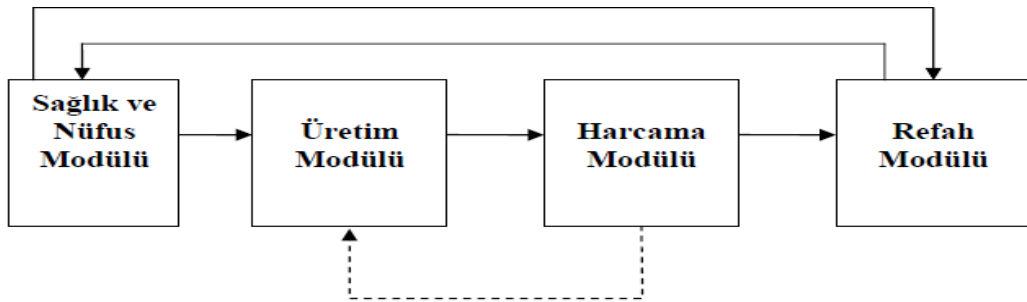
Bu bağlamda; anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, doğumda beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergeleri ülkelerin kalkınmışlık düzeyini belirleyen en birincil kriterler olarak kabul edilmektedirler. Ülkelerin gelişmişlik göstergeleri Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hazırlanan Beşeri Kalkınma Endeksi (Human Development Index) ile ölçülmektedir. Han ve Kaya (2006:274-275)'ya atfen Keskin (2011:129)'e göre bu indeks, toplumların refah düzeyleri ve gelişmişlik seviyelerini sayısal değerler aracılığıyla ölçmekte ve hem ekonomik hem de sosyal göstergeleri dikkate alan bir ölçüttür.

Beşeri Kalkınma Endeksi, dünyadaki ülkeler için yaşam uzunluğu, okur-yazar oranı, eğitim ve yaşam kalitesinin ölçülmesi ile hazırlanan bir göstergedir. İnsani Gelişme Göstergesi ülkelerde üç başlıca gelişimleri göz önünde tutar. Buna göre; uzun ve sağlıklı bir yaşam ölçümü ortalama yaşam süresi ile yapılır. Bilgi, ölçümü, okur-yazar oranı (2/3'ü) ve ilkökul, lise ve üniversite kayıtları yüzdesi (1/3'ü) ile yapılır. Ve kaliteli yaşam düzeyi, ölçümü kişi başına düşen gelir ve alım gücünün hesaplanmasıyla yapılır.

Pek çok yazar sağlık ile toplumların kalkınmışlığı ve ekonomik düzeyi arasında direkt bir ilişkinin varlığına vurgu yapmıştır. Örneğin Çöğür (2015:9) sağlık, “faydası bir yılı aşan, insana yatırım niteliğinde olan kalkınma carisi” olarak tanımlamıştır. Tutar ve Kılınç (2007:32) ise sağlık hizmetlerinin, ülkelerin sosyal ve ekonomik açıdan gelişmişlik düzeylerinin en belirleyici göstergelerinden birisi olduğunu savunmuştur. Yıldırım ve Yıldırım da (2015:47) sağlıklı toplumların her anlamda daha üretken olduklarını ve sosyal açıdan da daha uyumlu olduğunu öne sürmüşlerdir.

Over (1991:10)’a atfen Çoban ekonomideki dört temel mesele etrafında ekonomi ve sağlık ilişkisini Şekil 6’da oldukça net bir biçimde anlatmıştır. Şekildeki her bir modül ekonomide yer alan temel unsurları temsil etmektedirler. Oklar da bu unsurlar arasındaki neden sonuç ilişkisini ortaya koymaktadır. Düz çizgilerle gösterilenler direkt etkileri ifade ederken, kesik çizgiler dolaylı etkileri ifade etmektedir.

Görüleceği üzere sağlık ve toplumun refah seviyesi arasında, çift yönlü ve doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca toplumun sağlık seviyesi, mal ve hizmet üretimi üzerindeki direkt etkisi yoluyla, toplumsal refah düzeyi üzerinde dolaylı etkiye de sahiptir. Yani toplumun sağlık statüsünde yaşanan her hangi bir artış, hem doğrudan ve hem de dolaylı bir biçimde toplumun kalkınmışlık düzeyini arttıracaktır.

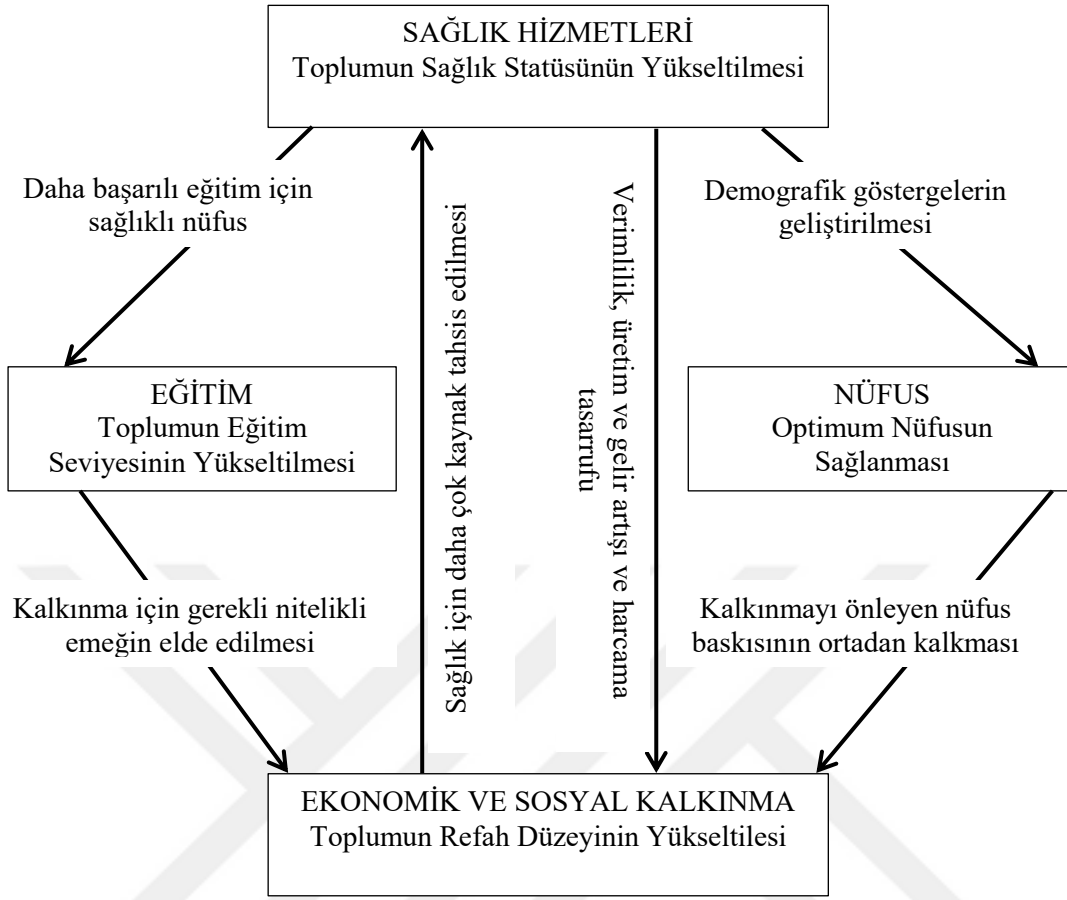


Şekil 6: Sağlık Statüsü ile Kalkınma Arasındaki İlişki
Kaynak: Çoban, 2009:2

Tüylüoğlu ve Tekin (2009:2), kalkınmanın esas amacını insani gelişme seviyesini yükselterek topluma daha iyi bir yaşam sunabilme olduğunu ve bu amaca ulaşabilmek adına ülkelerin daima yeni ve daha etkili politikalar geliştirerek toplumun yaşam koşullarının daha iyi şartlara ulaştırılması için çalıştıklarını belirtmiş. Ve bu açıdan sağlığın, daha iyi bir yaşamın temel yapı taşlarının başında geldiğini vurgulamışlardır. Çünkü Tüylüoğlu ve Tekin (2009:1)'e göre; bir ülkenin ne kadar kalkınmış bir ülke olduğunun o ülkede yaşayan insanların gelir, eğitim ve sağlık göstergelerine bakarak anlaşılacağı ve sağlığın da hem eğitime nitelik ve hem de üretime verimlilik kazandırmasından dolayı kalkınma açısından özel bir önemi vardır.

Mazgit (2002:405), ekonomik kalkınma ile sağlık hizmetleri arasında karşılıklı işleyen bir nedensellik ilişkisinin bulunduğunu ifade etmektedir. Gelir düzeyini yükseltebilmiş toplumlarda sağlık için tahsis edilen kaynaklar artmakta ve aynı zamanda böyle bir toplumu oluşturan bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Ayrıca, yeterli miktar ve kalitede sunulan sağlık hizmetleri de ekonomik kalkınmayı hızlandırmaktadır.

Farklı bir çalışmasında Mazgit (1998:109), sağlık hizmetleri ile kalkınma ilişkisini ele almış, sağlığın kalkınma üzerindeki etkilerini direkt etkiler ve dolaylı etkiler olarak sınıflandırmış ve sağlık ile kalkınma arasındaki çift yönlü ilişkiyi şekil 7'deki gibi ifade etmiştir.



Şekil 7: Sağlık Hizmetleri ile Kalkınma Arasındaki İlişki
Kaynak: Mazgit, 1998:109

Şekilde göreceğimiz üzere; sağlık ile kalkınma arasındaki ilişki karşılıklı ve çift yönlüdür. Sağlık hizmetlerinin ülkenin gelişmesine direkt etkisi üç şekilde ortaya çıkmaktadır: (1) verimlilik ve üretim artışı, (2) gelir artışı, (3) harcama tasarrufu. Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükselterek, bu toplumu oluşturan bireylerin ekonomik faaliyetlerde daha verimli bir biçimde yer almasını sağlamaktadır. Böylece sağlık hizmetleri direkt olarak emeğin verimini yani üretkenliğini artırarak ülkedeki üretim düzeyini arttıracaktır. Ve böylece ülkenin üretimi ve dolayısıyla kalkınmışlık düzeyi arttıkça da sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak tahsis edilmesi ve toplumun bilinçlenmesi yoluyla sağlık hizmetlerine katılımı sağlanacaktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin yaydığı pozitif dışsallık sonucu kalkınmaya yaptığı dolaylı katkılar da grafikte gösterilmektedir.



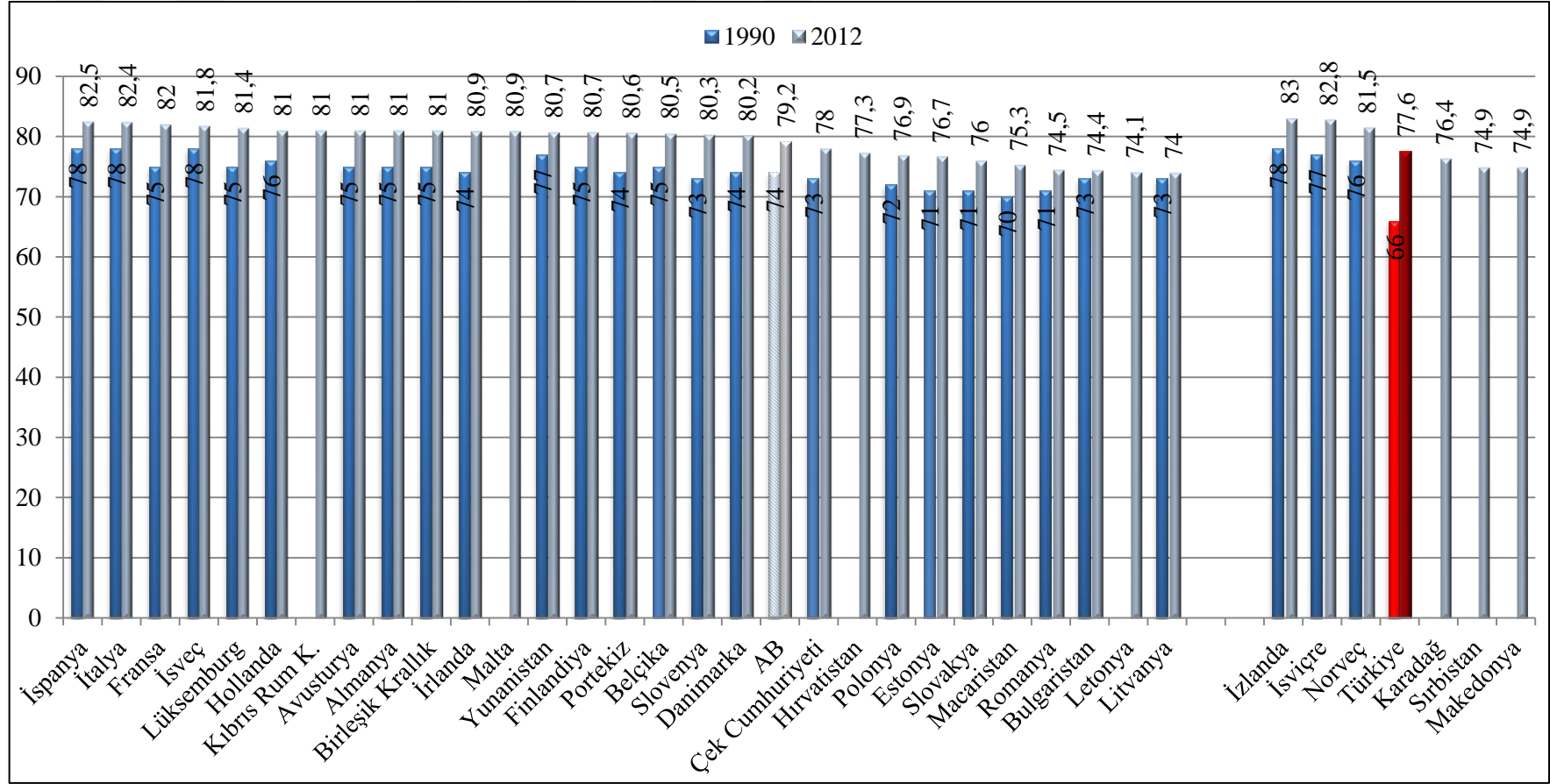
ALTINCI BÖLÜM

TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

6.1. DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ

Avrupa Birliği ülkelerinde yaşam süresi her yaşta ölüm oranlarını düşmesiyle birlikte artış göstermektedir. Bu uzun ömürlülük, birçok faktörle ilişkilendirilebilir; bu faktörler içerisinde Avrupa’da yaşam kalitesinin yükselmesi ve eğitim kalitesinin yükselmesi ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sayılabilir.

Şekil 8’de gösterilen OECD (2014:16) verilerine göre; 2012 yılında doğumda yaşam beklentisi süresi 28 Avrupa Birliği üyesi ülkede 1990 yılından beri 5.1 yıllık artışla 79.2 yıllık bir ortalama ulaşmıştır. Avrupa Birliği’nin üçte ikilik nüfus hacmine sahip olan İspanya, İtalya ve Fransa’da, doğumda beklenen yaşam süresi 80 yıldır. Bunun yanı sıra doğumda beklenen yaşam süresi, orta ve doğu Avrupa ülkeleri ve Baltık ülkelerinde hala 80 yılın altındadır.



Şekil 8: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)
Kaynak: OECD, 2014:17.

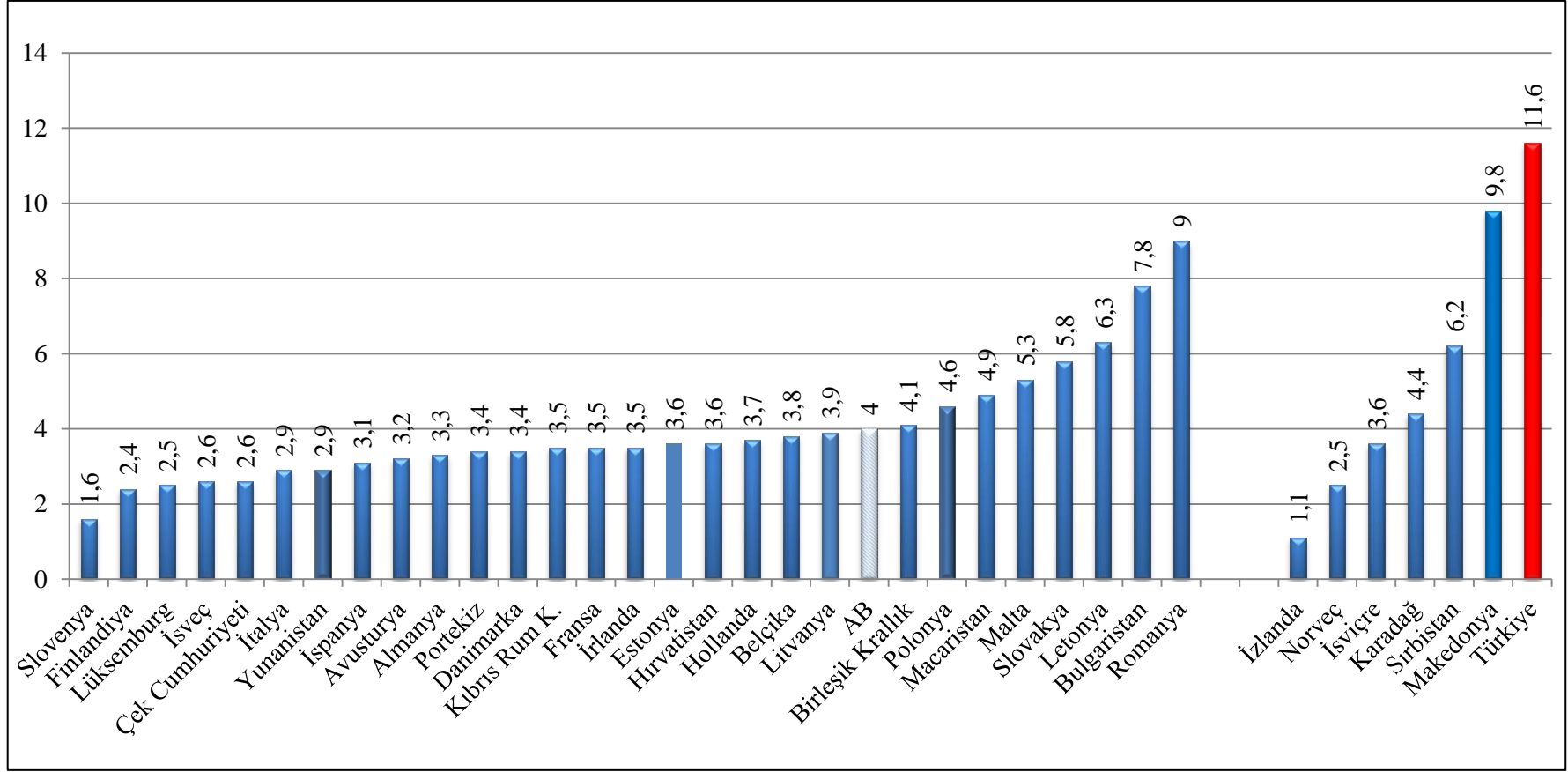
Tüm Avrupa Birliği üye ülkelerinde, 50 ve 60 yas arasındaki insanlardaki kardiovasküler hastalıklar sebebiyle oluşan ölümlerin azalmasıyla birlikte, doğumda beklenen yaşam süresi 1990 yılından beri önemli bir yükselme göstermiştir. Yaşam süresi artışında Estonya 1990'dan beri en fazla gelişmeyi göstermiş (yedi yıl civarı) olup, Çek Cumhuriyeti 6.6 yılla ikinciliği yakalamakla beraber, Litvanya ve Bulgaristan ise AB ülkeleri arasında 3 yıl ile en kötü performansı gösteren ülkeler olmuşturlardır.

77.6 yıl ile Türkiye, doğumda beklenen yaşam süresinde AB ortalamasının gerisinde kalmakla beraber, tüm AB üye ve aday ülkeleri arasında Türkiye'nin 1990 yılından itibaren kaydetmiş olduğu 10 yıllık artış ile birinci sırada yer almış olması da dikkate değer bir tablodur.

6.2. BEBEK ÖLÜM ORANLARI

Bebek ölüm oranı bir ülkede, bir yıl içerisinde, her bin canlı doğumdan bir yaşını tamamlayamadan ölenlerin yüzdesini veren orandır. Bebek ölüm oranı, ülkedeki ekonomik ve sosyal koşulların anne ve yeni doğan sağlığı üzerindeki etkisini göstermekle birlikte sağlık sisteminin etkinliğini de gözler önüne serer.

Şekil 9'da belirtildiği üzere, OECD (2014:30) verilerine göre; Avrupa ülkelerinin pek çoğunda bebek ölümleri düşük seviyededir ve ülkeler arasında oransal olarak çok küçük farklılıklar mevcuttur. Bunun yanında küçük bir grup ülke ise bebek ölümlerinde %0,5'in üzerinde bir orana sahiptir. 2012 yılında, bebek ölüm oranları Slovenya, Finlandiya, Lüksemburg, İsveç, Çek Cumhuriyeti İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerde %0,3'ün altında seyrederken; Bulgaristan ve Romanya da ise Avrupa Birliği içerisindeki en yüksek değerlerine ulaşmıştır. 2012 yılında, 28 Avrupa Birliği ülkesi genelindeki bebek ölüm oranları ortalaması ise %0,4 olarak gerçekleşmiştir. Bebek ölüm oranı Türkiye ve Eski Yugoslav Cumhuriyeti olan Makedonya'da da yüksektir. 2012'de 28 AB üyesi ülkede oran 1000 doğumda 4 ölüm ortalamasına sahiptir.



Şekil 9: Bebek Ölüm Oranları (Binde)
Kaynak: OECD, 2014:31.

Bir yaş altı ölümlerin üçte ikisini neonatal (yeni doğan (hayatın ilk dört haftası) ölümler oluşturmaktadır. Doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar, prematürite (erken doğum) ve gebelik sırasında meydana gelen diğer olumsuzluklar neonatal ölümlere sebebiyet veren başlıca unsurlardır. Bir aydan sonraki (5. hafta ile 1 yaş arası) bebek ölümlerine ise post-neonatal bebek ölümleri denir ve bunların nedeni en yaygın olarak ‘Ani Bebek Ölümü Sendromu’ (Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), doğum komplikasyonları, enfeksiyonlar ve kazalardır.

Tablo 2’de tüm Avrupa Birliğine üye ülkelerde bebek ölüm oranlarının 1990 yılından itibaren günümüze kadarki gelişimini görmekteyiz. Ülkelerin bebek ölüm oranlarında sergiledikleri iyileşmenin tespit edilmesinde tabloda belirttiğimiz yüzdelik değişim oranları belirleyici olmaktadır.

Tablo 2: Bebek Ölüm Oranları Seyri

ÜLKELER	1990	1995	2000	2005	2010	2013	FARK	DEĞİŞİM %
Lüksemburg	7,3	5,2	3,9	2,8	1,9	1,6	5,7	78
Finlandiya	5,5	4,3	3,5	3	2,5	2	3,5	63
İsveç	5,8	4	3,4	3	2,5	2,4	3,4	58
Danimarka	7,4	5,4	4,6	4	3,3	2,9	4,5	61
İtalya	8,3	6,4	4,7	3,7	3,4	3	5,3	64
Almanya	7	5,3	4,4	3,9	3,5	3,2	3,8	54
Avusturya	8	5,7	4,6	4	3,6	3,2	4,8	60
İrlanda	7,7	6	6	4,4	3,5	3,2	4,5	58
Hollanda	6,8	5,7	5	4,5	3,7	3,3	3,5	51
Belçika	8,3	6,3	4,8	4	3,6	3,5	4,8	58
Fransa	7,4	5,3	4,4	3,8	3,5	3,5	3,9	53
İspanya	9,3	6,9	5,3	4,8	3,9	3,6	5,7	61
Yunanistan	11,3	9	6,9	4,8	4	3,7	7,6	67

Kaynak: WHO, 2015:1-113.

Tablo 2: Bebek Ölüm Oranları Seyri (Devamı)

ÜLKELER	1990	1995	2000	2005	2010	2013	FARK	DEĞİŞİM %
Birleşik Krallık	7,9	6	5,6	5	4,4	3,9	4	51
Portekiz	22,9	17,8	13,6	10,6	8,7	7,8	15,1	66
Slovenya	8,8	6,2	4,5	3,5	2,6	2,3	5,5	63
Estonya	16,5	12,6	8	6,6	5	4,5	10,5	64
Kıbrıs Rum K.	9,9	7,9	5,5	4	3,1	2,8	7,1	72
Çek Cumhuriyeti	12,8	8,8	5,6	4,4	3,4	2,9	9,9	77
Hırvatistan	11	8,7	7,2	5,8	4,5	3,8	7,2	65
Litvanya	13,4	13,5	9,6	8	5,5	4	9,4	70
Polonya	15	12,6	8	6,6	5	4,5	10,55	70
Macaristan	17	19	9,7	7,2	5,7	5,2	11,8	69
Malta	10	8,3	6,8	6	5,5	5,3	4,7	47
Slovakya	15,6	12,6	10,2	8,3	6,8	6	9,6	62
Letonya	16,6	19,7	14,5	10,8	8,2	7,4	9,2	55
Bulgaristan	18,4	19,4	17,9	13,6	11,3	10	8,4	45
Romanya	31	27,3	23,3	18,2	12	10,5	20,5	66
AB	9	7	5,6	4,6	3,8	3,5	5,5	61
İzlanda	5	4	3	2,4	1,9	1,6	3,4	68
Sırbistan	24	17	11	7,7	6,6	5,8	18,2	76
Makedonya	33	22	14,2	12,1	8,7	5,8	27,2	82
Karadağ	31	27,3	23,3	18,2	12	10,5	20,5	66
Türkiye	55,7	43,7	33,7	25,7	19,5	16,5	39,2	70

Kaynak: WHO, 2015:1-113.

1990 yılında 28 AB ülkesinin ortalaması binde 9 iken 2013 yılı itibari ile bu oranın %61'lik azalma oranı ile binde 3,5 olduğu; 2004 yılından itibaren genişleme dalgalarıyla Avrupa Birliğine üye olan 13 AB ülkesinde 2009 da bu oranın binde dokuzdan %65 lik değişim oranı ile 2013 de 5,2 yıl olduğu ve son olarak, Avrupa Birliği adayı ülkelere bakıldığında ise 2009 yılında ortalama binde 29,2 olan oranın %73 lük bir azalma ile binde 8 olduğu görülmektedir.

Türkiye’de ise 1990 yılında binde 55,7 olan bu oranın 2013 yılında binde 16,5 olduğu görülmekte ve 1990 yılından itibaren büyük mesafe kaydedilse de, halen ülkemiz adına arzulanan tablonun çok uzağında bulunduğu da açıktır.

OECD (2014:40) raporuna göre; birçok çalışmada çeşitli tıbbi ya da tıbbi olmayan belirleyici unsurların etkilerini incelemek üzere bebek ölüm oranları bir sağlık çıktısı olarak kullanılmıştır. Bu konuyla ilgili birçok analiz, bebek ölüm oranları ile sağlık harcamaları arasındaki negatif ilişkiyi (sağlık harcamaları arttıkça bebek ölüm oranları azalır) gösterse de gerçek şu ki; yüksek sağlık harcaması seviyelerine sahip bazı ülkeler bebek ölüm oranlarında düşük seviyeleri yakalayamamaktadırlar ve bu durum sağlık harcamaları dışındaki gelir eşitsizliği, yoksulluk, eğitimsizlik, sosyal çevre ve yaşam tarzı gibi diğer faktörlerin de sağlık üzerindeki önemli rolünü gözler önüne serer.

6.3. SAĞLIK BAKIM KAYNAKLARI

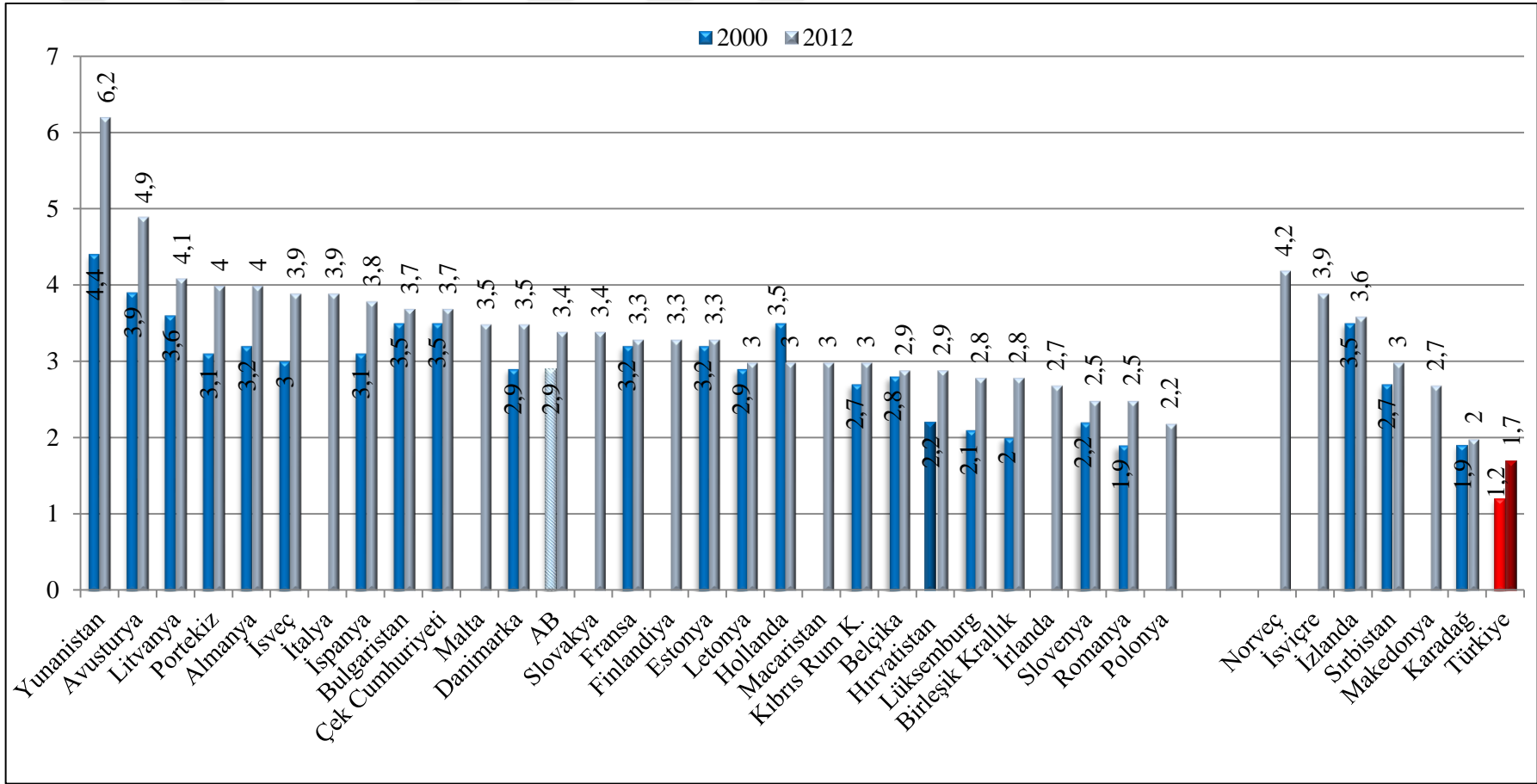
6.3.1. 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı

Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde, kişi başına düşen doktor sayısı farklılık arz etmektedir. Şekil 10’da kişi başına düşen hekim sayısı verilmiştir. Buna göre; 2012 yılında, Yunanistan AB ortalaması olan 3.4’ün neredeyse iki katı olan, 1000 kişiye 6.2 doktor ile uzak ara ilk sırayı çekmektedir. 1000 kişiye düşen 3.9 doktor ile Avusturya, Yunanistan’ın arkasından gelmektedir. Kişi başına düşen doktor sayısı Litvanya ve Portekiz’de de göreceli olarak yüksektir. AB ülkeleri arasında kişi başına düşen doktor sayısı en az olan ülkeler Polonya, Romanya ve Slovenya’dır.

2000 yılından beri, oranı koruyan Fransa hariç kişi başına düşen doktor sayısı tüm ülkelerde artmıştır. AB ülkeleri ortalamasında doktor yoğunluğu 2000 yılında 1000 kişide 2.9 doktordan, 2012’de 3.4 doktora yükselmiştir. 2000 yılındaki en düşük 2. sıradaki İngiltere de büyüme oranı çok güçlü gerçekleşmiştir, dolayısıyla AB ülkeleri arasındaki fark azalmıştır. Şekil 10’da görüleceği üzere Türkiye, 1000 kişi

başına düşen hekim sayısında, AB üyesi ve Avrupa bölgesi tüm ülkelerden daha düşük bir ortalamaya sahiptir.



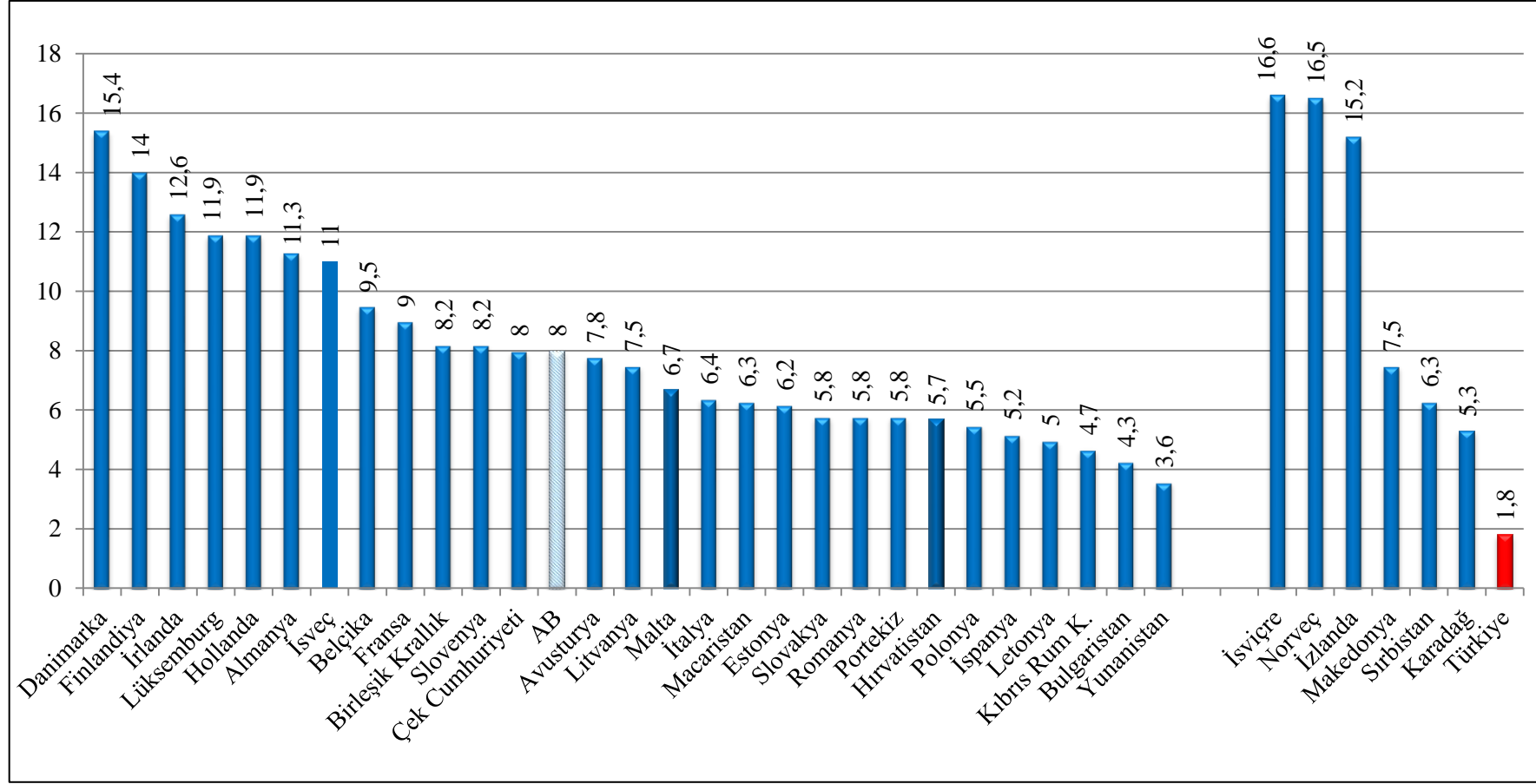


Şekil 10: 1000 Kişi Başına Düşen Hekim Sayısı
Kaynak: OECD, 2014:63.

6.3.2. 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı

Avrupa Birliği'nde birçok ÷lkede hemşire yetersizliği endişeleri mevcuttur. Temel bakım hizmetlerine ihtiyaçın giderek artması ve nüfusun giderek yaşlanması nedeniyle gelecekte hemşire ihtiyaçı çok daha ciddi bir biçimde hissedilecektir.

şekil 11'de 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı gösterilmiştir. OECD (2014:66) verilerine göre; AB ÷lkeleri ortalamasında, 2012'de 1000 kişi başına 8 hemşire bulunmaktadır. Kişi başına düşen hemşire sayısı en çok İsviçre, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, Lüksemburg ve Hollanda'dadır. Yunanistan AB ÷lkeleri arasında en az hemşireye sahiptir ve onu Bulgaristan ve Kıbrıs Rum Kesimi takip eder. AB'ne üye olmayan ÷lkelere baktığımızda İsveç, Norveç ve İzlanda'nın AB ÷lkelerinin daha ilerisinde oranlara sahip olduklarını görmekteyiz. Türkiye'nin sahip olduğu 1000 başına yaklaşık 2 hemşire oranları ise hem AB hem de AB üyesi olmayan tüm ÷lkelerin çok gerisinde kalmaktadır.

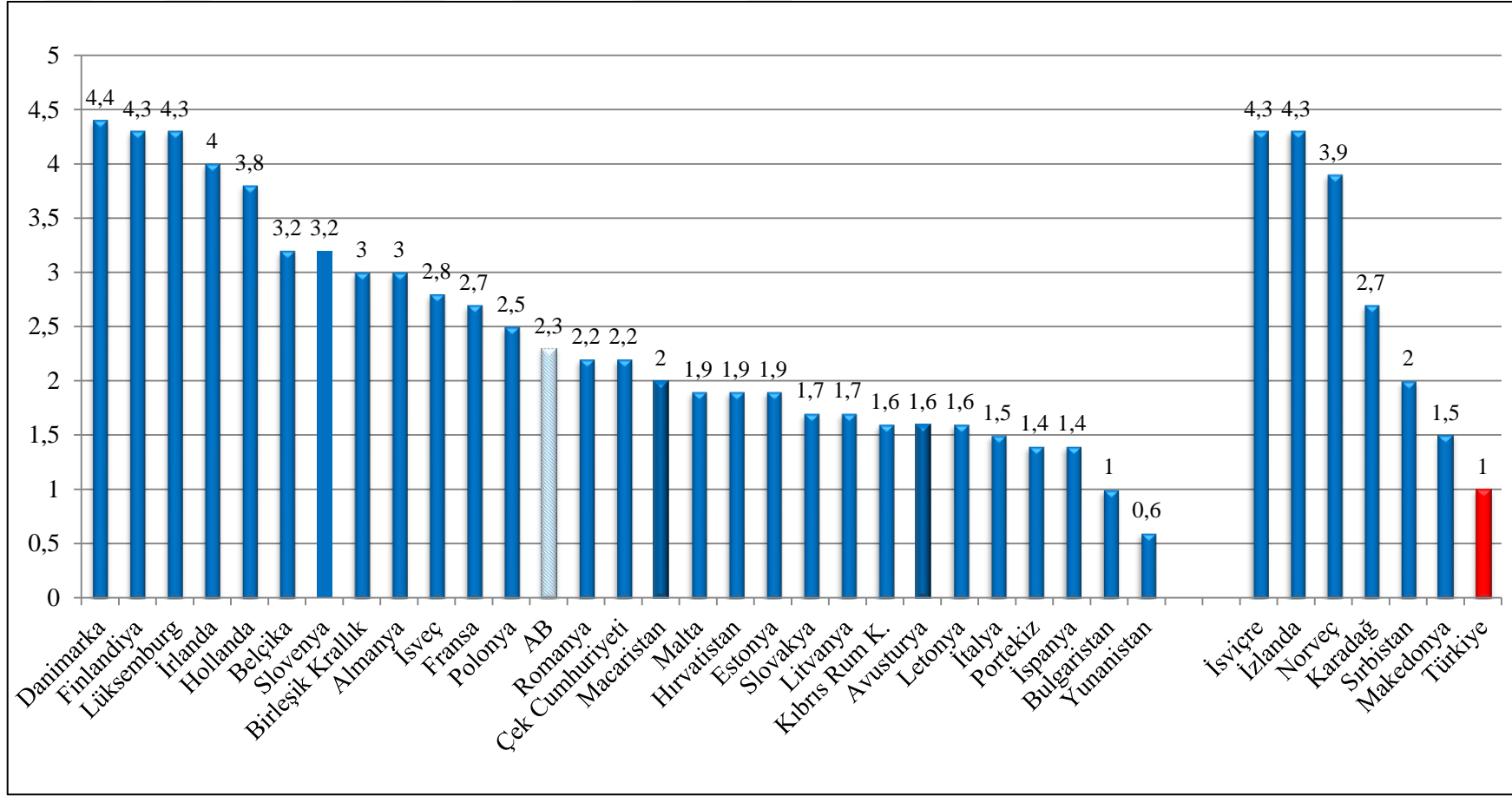


Şekil 11: 1000 Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı

Kaynak: OECD, 2014:67.

Şekil 12’de ise AB ülkelerinde doktor başına düşen hemşire sayısı gösterilmiştir. Buna göre; 2012’de, doktor başına düşen hemşire sayısı Danimarka, Finlandiya, Lüksemburg ve İrlanda’da 4 ya da yüksek olarak gözlemlenirken; Türkiye’de her doktor başına bir hemşire düşmektedir. AB ülkeleri arasında en düşük ortalama Yunanistan’dadır (her doktor için 0.6 hemşire) ancak bu durum Yunanistan’da hemşire sayısının kıtlığından çok hekim sayısındaki fazlalığa bağlanabilir.



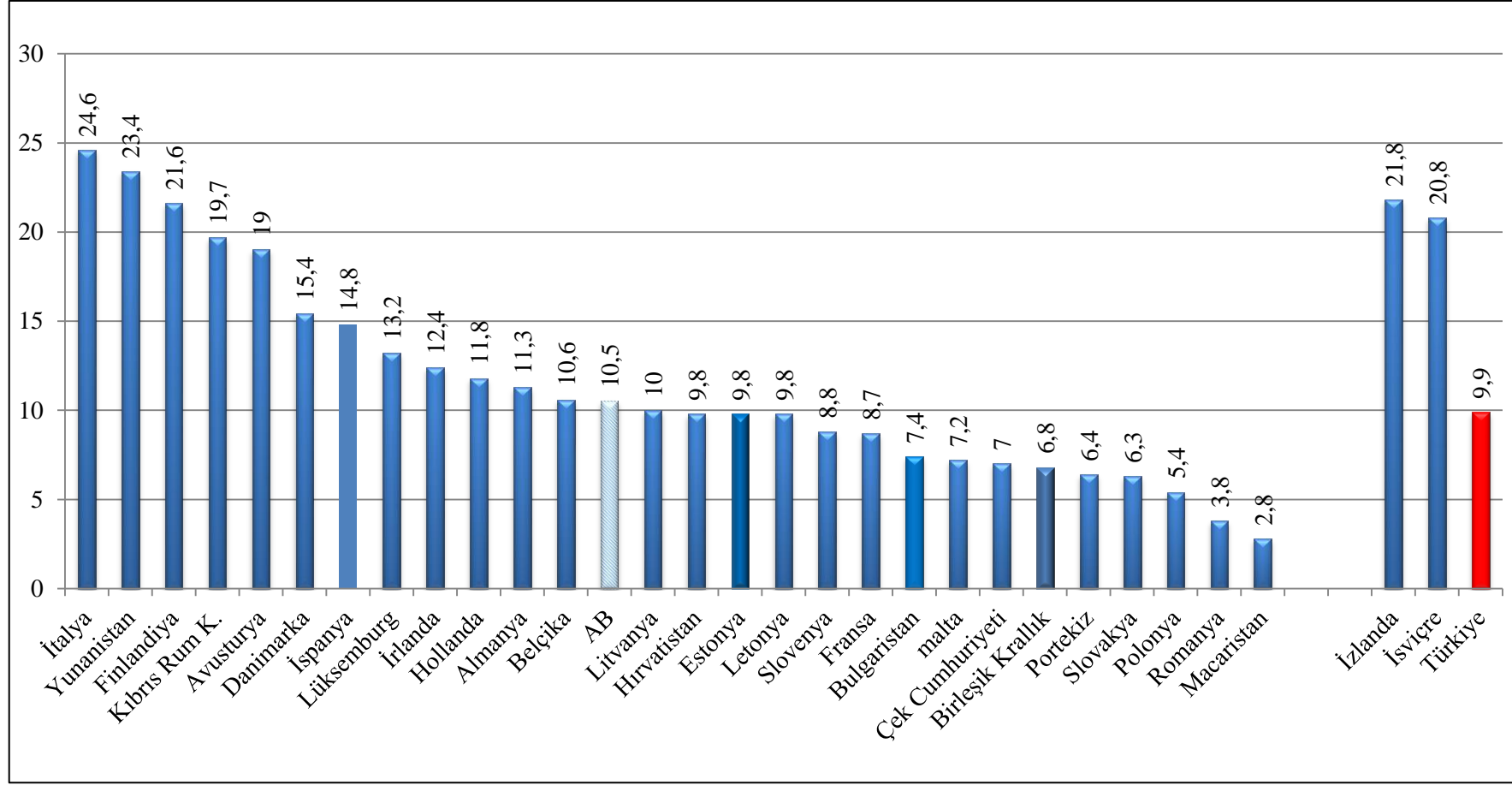


Şekil 12: Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı
Kaynak: OECD, 2014:67.

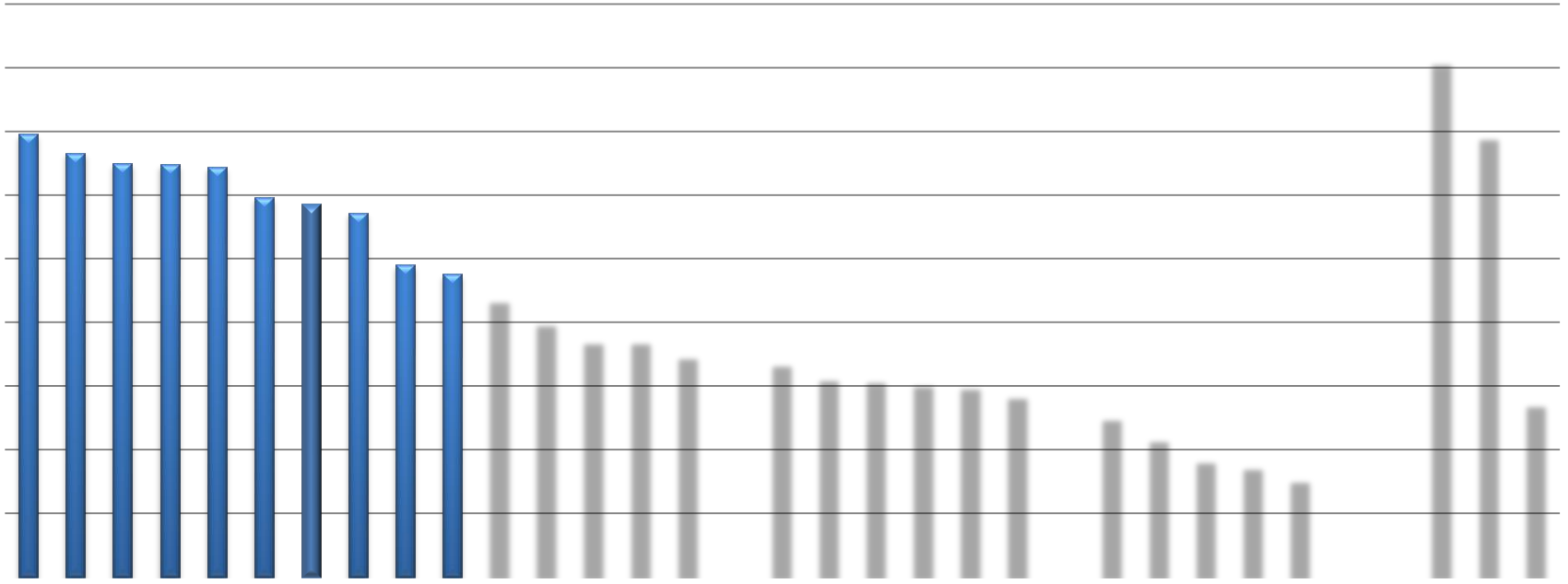
6.3.3. Tıbbi Teknolojiler: CT Tarayıcılar ve MRI Üniteleri

Tıbbi görüntüleme teknolojilerindeki yakın tarihli ilerlemeler çeşitli hastalıkların tanılarını kolaylaştırmakta ve tedavilerini mümkün kılmakta, ancak sağlık giderlerini arttırmaktadır. Bu bölüm, iki tanı teknolojisinin (computed tomography scanners (CT) ve magnetic resonance imaging (MRI) üniteleri) AB ve Avrupa kıtası ülkelerindeki mevcudiyeti ve kullanımıyla ilgili veriler sunmaktadır. CT tarayıcıları ve MRI üniteleri iç organların ve vücut yapısının resimlemesini sağlayarak, doktorlara bir dizi hastalığın tanısının yapılmasında yardımcı olur.

Şekil 13 ve Şekil 14’de gösterildiği üzere, OECD (2014:68) verilerine göre, son yirmi yılda, çoğu Avrupa ülkesinde CT tarayıcılarının ve MRI ünitelerinin mevcudiyeti hızla artış göstermiştir. 2012 yılında, AB üye ülkeleri arasında 1.000.000 kişi başına düşen MRI ünitesi sayısı en fazla İtalya, Finlandiya ve Kıbrıs Rum Kesimi’nde iken; Yunanistan, İtalya, Letonya ve Rum Kesimi 1.000.000 kişi başına düşen en fazla CT sayısı oranına sahiptir. AB ülkeleri arasından 1.000.000 kişi başına düşen MRI ünitesi ve CT tarayıcısı sayısı en az Macaristan ve Romanya’dadır. AB dışında kalan Avrupa Kıtası ülkelerinden İzlanda ve İsviçre’de kişi başına düşen hem MRI hem de CT tarayıcı sayıları yüksektir. Ancak Türkiye hem 1.000.000 kişi başına düşen MRI hem de CT sayısında AB ortalamasını yakalayamamıştır.



Şekil 13: 1.000.000 Kişi Başına Düşen MRI Ünitesi Sayısı
Kaynak: OECD, 2014:69.

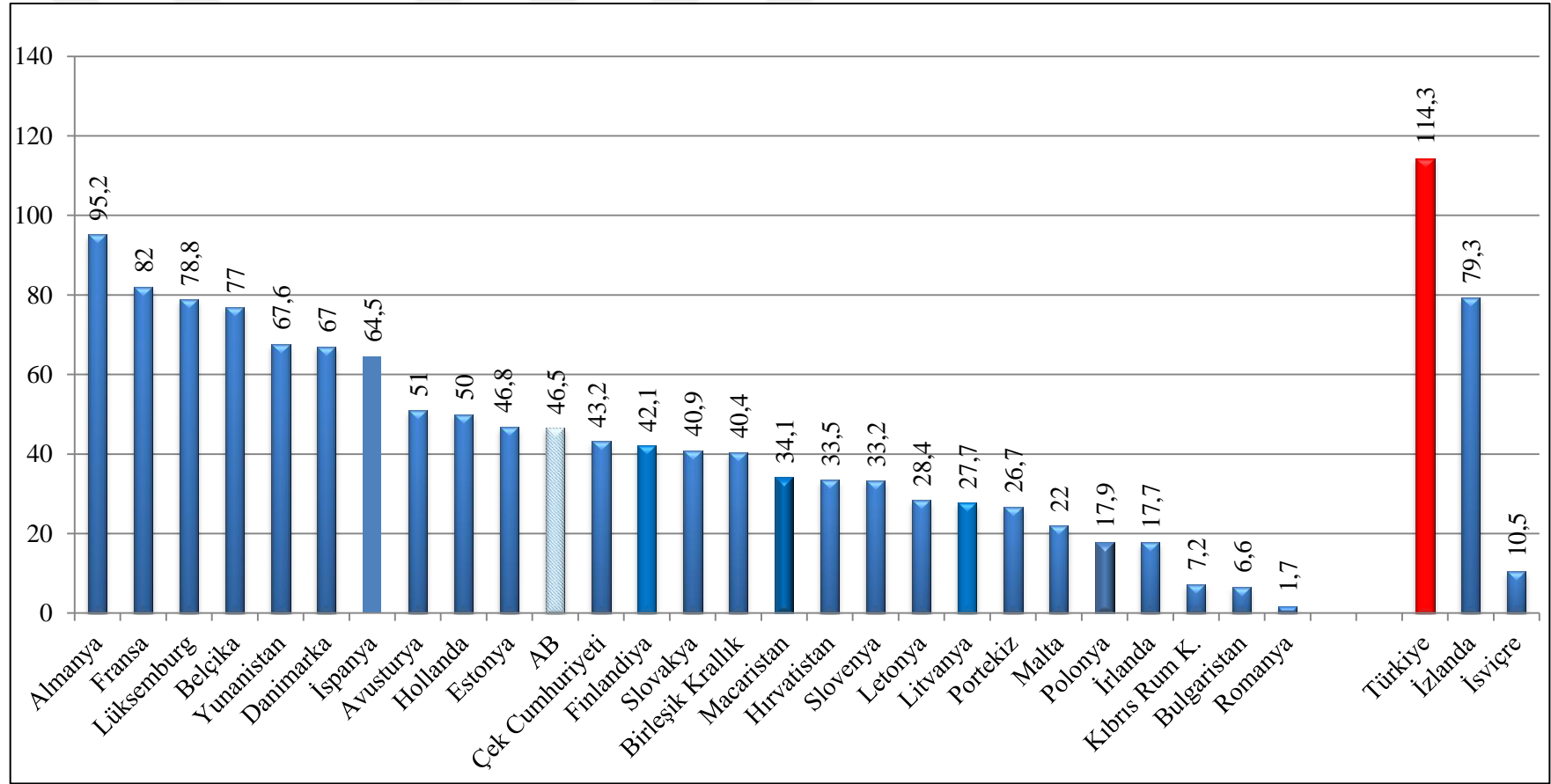


Şekil 14: 1.000.000 Kişi Başına Düşen CT Ünitesi Sayısı
Kaynak: OECD, 2014:69

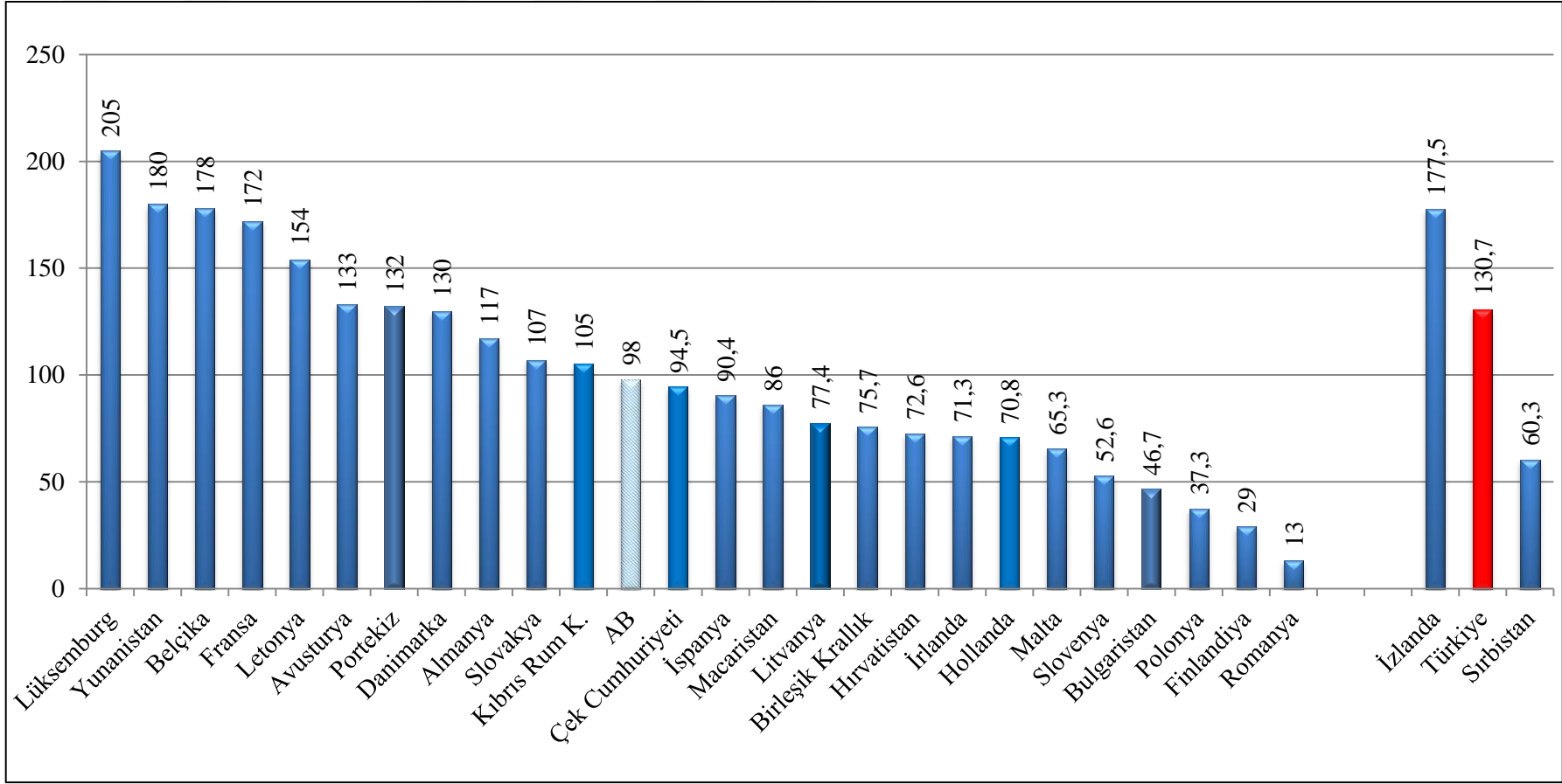
İdeal CT tarayıcısı ve MRI ünitesi sayısına ait genel bir ana hat ya da ölçüt mevcut değildir. Yine de, eğer çok az sayıda ünite mevcutsa bu ünitelere olan coğrafi uzaklık ya da bekleme sıraları olarak problemlere sebep olmaktadır. Eğer sayıları çok fazla ise bu masraflı tanı prosedürlerinin aşırı kullanımını sonucunu doğurabilir.

Şekil 15 ve 16'da bu tanılama ekipmanlarının kullanımına ilişkin veriler verilmektedir. Buna göre, 2012'de AB ülkeleri arasında kişi başına düşen en çok MRI yapılan ülkeler Almanya, Fransa, Lüksemburg, Belçika ve Yunanistan'dır. 1000 kişi başına düşen en çok CT uygulaması da Almanya hariç aynı grup ülkeleri göstermektedir.





Şekil 15: 1000 Kişi Başına Düşen MRI Tetkiki Sayısı
Kaynak: OECD, 2014:69.



Şekil 16: 1000 Kişi Başına Düşen CT Tetkiki Sayısı

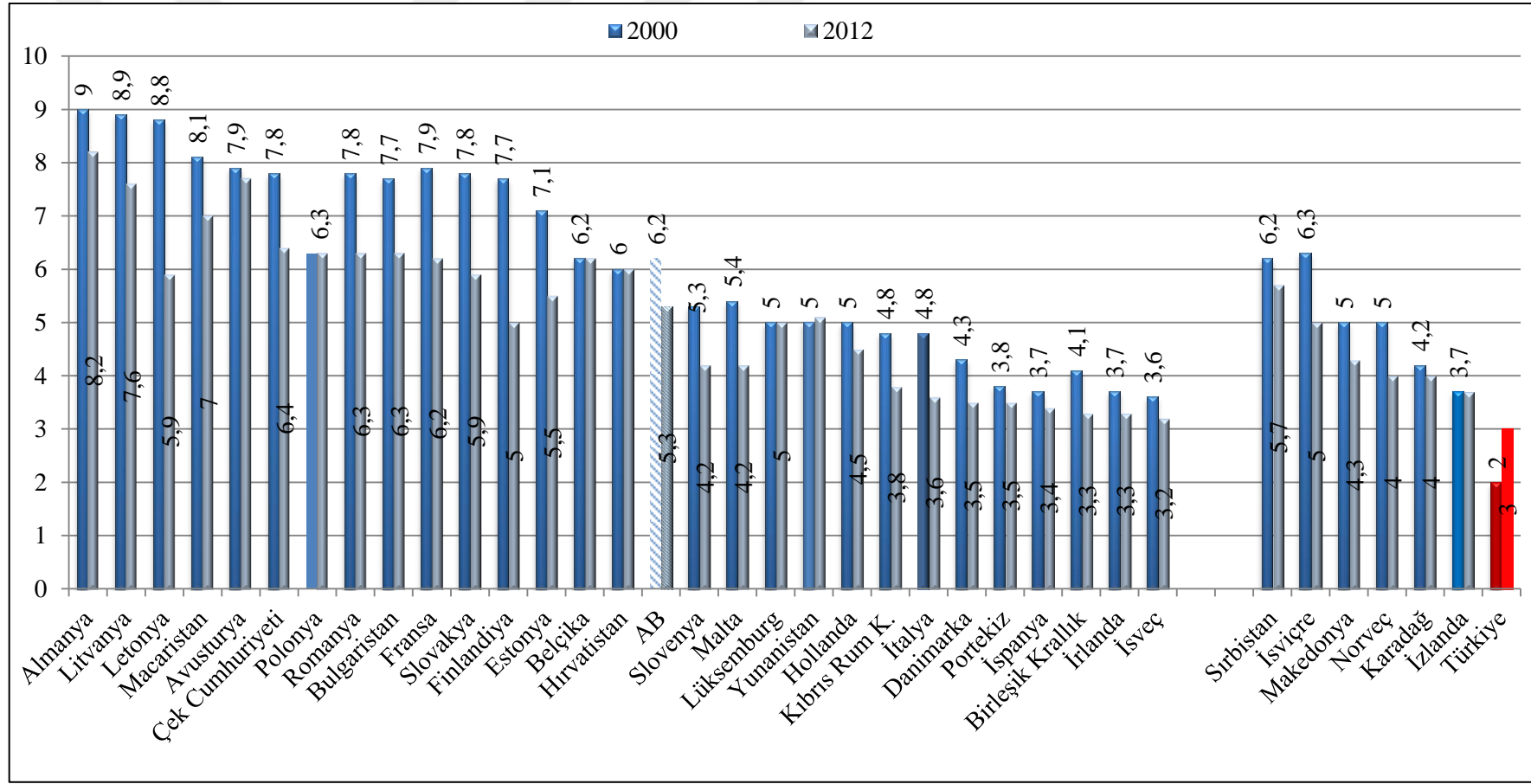
Kaynak: OECD, 2014:69.

Türkiye'nin verilerine bakıldığında ise ileri düzeyde bir tezatlık göze çarpmaktadır. Şöyle ki; 1.000.000 kişi başına düşen MRI ve CT üniteleri sayısında Türkiye, AB ortalamasının çok gerisinde kalırken; bu ünitelerin 1.000 kişi başına düşen MRI tetkik sayısı tüm AB ve Avrupa Kıtası ülkelerinde ilk sırada yer almakta ve CT kullanımında da AB ortalamasının çok üzerinde yer almaktadır. Bu durum, Türkiye sağlık sektöründe tıbbi teknoloji ve fiziksel sermaye kıtlığı ve yetersizliğinin yanı sıra; gereksiz tetkik istemleri ile mevcut olan bu kıt kaynakların da etkinsiz kullanıldığına işaret etmektedir.

6.3.4. Hasta Yatağı

Hasta yatakları, hastanelerde düzenli olarak sağlık hizmet üretimine tahsis edilen, bir çalışan tarafından gözetilen ve derhal kullanıma hazır yataklar olarak tanımlanır. Genel hastanelerde, ruh ve akıl sağlığı hastanelerinde ve madde kullanım hastanelerinde ve özel hastanelerde bulunur. Hastanelerde kullanılan; kadın doğum ünitesi yatakları, acil servis yatakları, sedyeler, ameliyathane yatakları ve refakatçi ve personel dinlenme yatakları bu kategoride değerlendirilmez.

OECD (2014:71) verileri doğrultusunda hazırlanana şekil 17'de AB ülkelerinin 2000 ve 2012 yıllarında sahip oldukları hasta yatağı sayısı verilmiştir. 2000 yılından beri tüm AB ülkelerinde hasta yatağı sayısı düşüş gösterdi. AB üye ülkeleri arasında ortalamada, bu sayı her yıl yaklaşık %2 düşüş göstermiş, 2000 yılında her 1000 kişi için 6.4 seviyesinden, 2012 yılında 5.2 seviyesine kadar düştü. Hastane yatağı sayısındaki azalma Letonya, Slovakya, Estonya ve Finlandiya'da aşikârdır. Türkiye'de ise bütün AB ve Avrupa Kıtası ülkelerinin aksine, 2000 yılından 2012 yılına kadarki süreçte 1.000 kişi başına düşen hasta yatağı sayısında %1'lik (%2'den %3'e artış söz konusu) bir artış gözlenmekteyse de; bu oran halen AB ortalamasının çok gerisindedir.



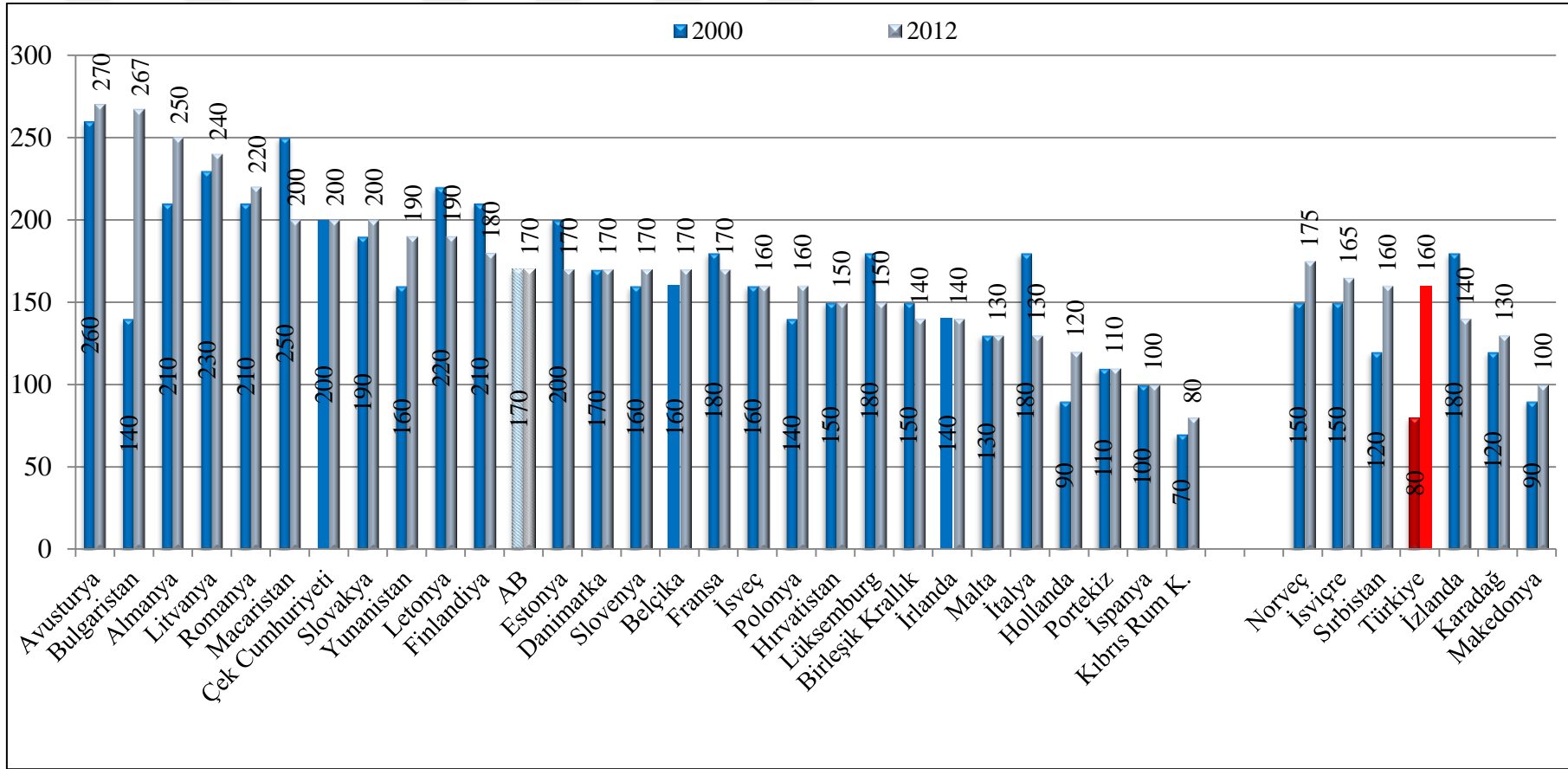
Şekil 17: 1000 Kişi Başına Düşen Hasta Yatağı Sayısı
Kaynak: OECD, 2014:71.

6.4. HASTA BAKIM KALİTESİ

6.4.1. Hasta Yatış Oranı

Hasta yatış oranları, yatışına (hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine) karar verilen hastaların tüm nüfusa oranıdır. Bunun için hastanede en az bir gece geçiren hastalar bu değerlendirmeye tabi tutulur. Bu veriler, ortalama hastanede yatış süresi ile birlikte, ülkelerin sağlık sisteminin çeşitli basamaklarında yer alan kurum ve kuruluşlarda sunulan sağlık bakımının kalitesinin birer göstergeleridir. Hasta yatış oranının yüksek çıkması arzu edilir, çünkü bu durum sağlık sisteminde sevk sisteminin iyi çalıştığını gösterir. Yani, yataklı tedavi kuruluşları olan hastanelerin polikliniklerine başvuran hastaların yatışlarına karar verilmesi ve bu hastaların yatırılarak tedavilerinin gerçekleşmesi, gerçekten durumu ciddi olan hastaların birinci basmaktan ikinci basamağa sevk edildiklerinin bir kanıtıdır.

Şekil 18’de AB ülkelerinde 1000 kişi başına düşen hasta yatış oranları verilmiştir. Buna göre; 2012’de, hasta yatış oranı en çok Avusturya, Bulgaristan, Almanya ve Litvanya’da; en düşük seviyede ise Kıbrıs Rum Kesimi, İspanya ve Portekiz’de gerçekleşti. Daha fazla hasta yatağı sayısına sahip ülkeler, doğal olarak daha fazla hasta yatış oranına sahiptir. Örnek olarak, Avusturya’da ve Almanya’da kişi başına düşen hasta yatağı sayısı, Portekiz ve İspanyadakinden iki kat fazla iken; hasta yatış oranları da iki kat fazladır.



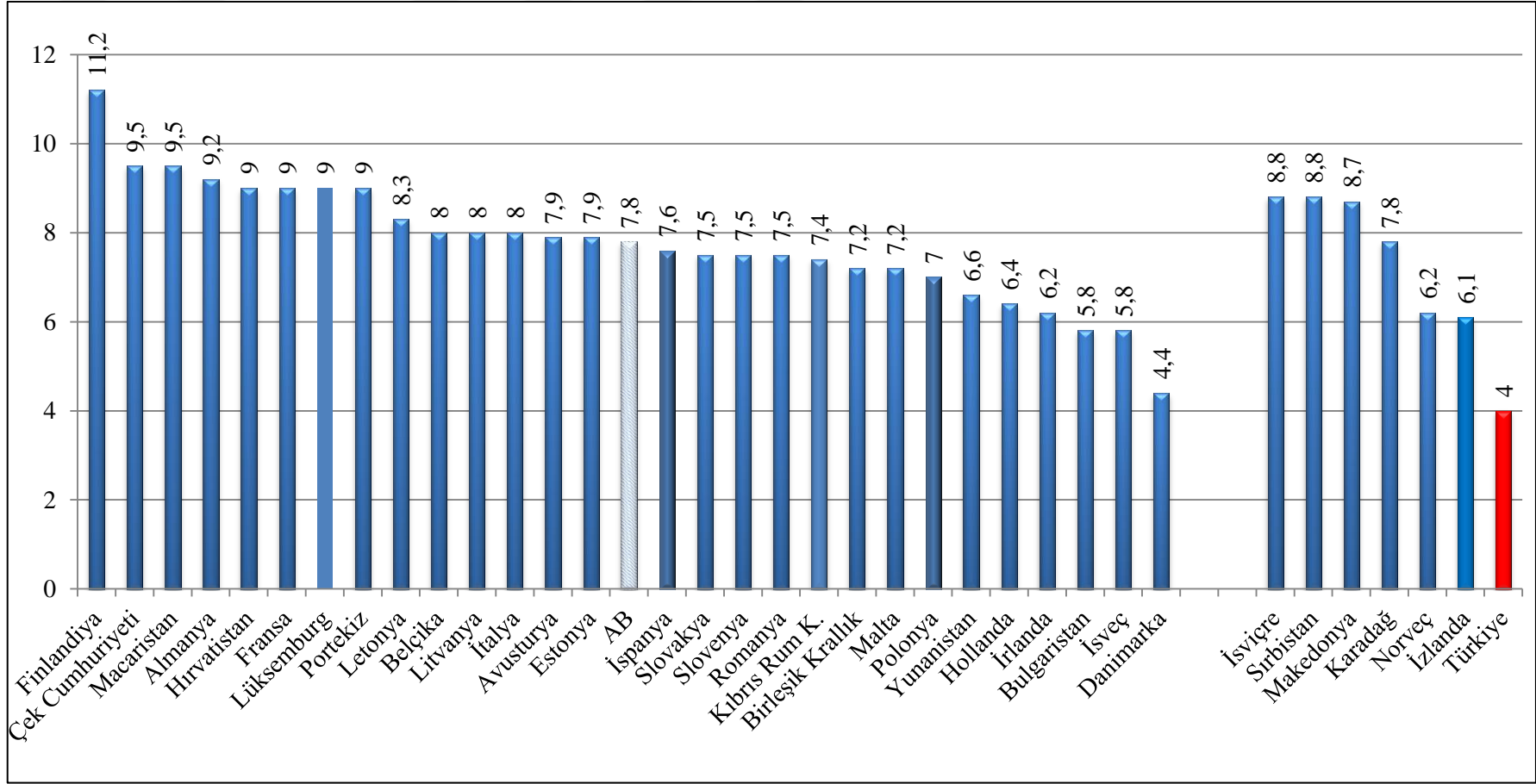
Şekil 18: 1000 Kişi Başına Hasta Yatış Oranı
Kaynak: OECD, 2014:73.

AB ülkeleri arasında hasta yatış oranları büyük çeşitlilik göstermektedir. OECD (2014:72) verilerine göre; AB ülkelerinin yaklaşık üçte birinde 2000 ve 2012 yılları arasında (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Romanya, Yunanistan ve Polonya) hastaneden taburcu olma sayıları artış gösterdi. Türkiye’de de 2000 – 2012 yılları arasında hasta yatış oranında artış gözlenmiştir. İkinci bir grup ülkelerde ise (Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İsveç, Birleşik Krallık ve İrlanda) sabit kalırken üçüncü grup ülkelerde (Macaristan, Finlandiya, Estonya, Fransa, Lüksemburg ve İtalya) hasta yatış oranları 2000-2012 yılları arasında düşüş gösterdi.

6.4.2. Ortalama Yatış Günü

Ortalama yatış günü, hastaların hastanede kaldığı günlerin sayısının ortalamasıdır. Bir sene boyunca, tüm hastaların hastanede kaldığı günlerinin toplamının hasta kabul ya da taburcu sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Günü birlik yatışlar dahil edilmez.

Ortalama yatış günü sağlık bakım kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olmuştur. Hastaların hastanede daha süre kalmaları, eski sağlıklarına bir an önce ulaşmalarına bağlıdır. Hastanede hastanın daha kısa süre kalması, tedavi edilen her hasta için daha düşük bir maliyete katlanılması anlamına gelir. Ancak hasta yatış süresinin çok kısa olması hastanın sağlığını olumsuz etkileyecektir. Eğer bu daha fazla hastanın yeniden hastaneye başvurmasına sebep olursa, bu kez istenenin tam aksine toplam sağlık harcamaları artmış olacaktır. Şekil 19 incelendiğinde Türkiye’nin durumunun tam da bu duruma bir örnek teşkil ettiğini görmekteyiz. Dikkat edilirse ortalama yatış gününde 2012 yılında Türkiye’de 4 gün ile tüm AB ve Avrupa Kıtası ülkelerinden daha iyi bir veri elde edilmiştir. Normalde ortalama yatış gününün düşük çıkması olumlu bir durumken ve sağlık bakım kalitesini yansıtırken; Türkiye’de bu oranın düşük çıkması sağlık bakım kalitesinin iyi olmasından ötürü değil de, hasta yatak sayısının yetersizliği nedeniyle, hastaların tedavileri aslında sonlanmadan taburcu edilmelerinden ötürüdür. Şekil 19’da verilen, 2012 yılına ait OECD (2014:75) verilerine göre; AB ülkeleri arasında ortalama hasta yatış günü Danimarka ve İsveç’te en düşük; Finlandiya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Almanya’da ise en yüksek düzeydedir.



Şekil 19: Ortalama Hasta Yatış Günü
Kaynak: OECD, 2014:75.

Çoğu ülke hasta bakım kalitesini kaliteyi arttırarak ya da en azından sabit tutarak ortalama hasta yatış günü sayısını düşürme arayışındadır. Bu ikiz hedefe ulaşmak için çeşitli çözüm seçenekleri mevcuttur. Çoğu ülkedeki tıbbi teknolojilerdeki gelişmesi, ameliyat sonrası aynı gün taburculuğun yolunu açarak hastanede yatış süresinin düşürülmesini sağlamıştır. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesiyle birlikte erken taburcu programlarının hayata geçirilmesi hasta yatış günü sayısını düşürerek sağlık bakım maliyetlerinin kontrol altında tutulmasına hizmet eder. Bunlara ek olarak bir de, gün başına ödeme sisteminin terk edilip, teşhise dayalı grup (DRG) yöntemiyle sağlık hizmet sunucularına ödeme yapılmasının hayata geçirilmesiyle birlikte hasta yatış günü ortalamasında düşüşler yaşanmıştır.

6.5. SAĞLIK HARCAMALARI

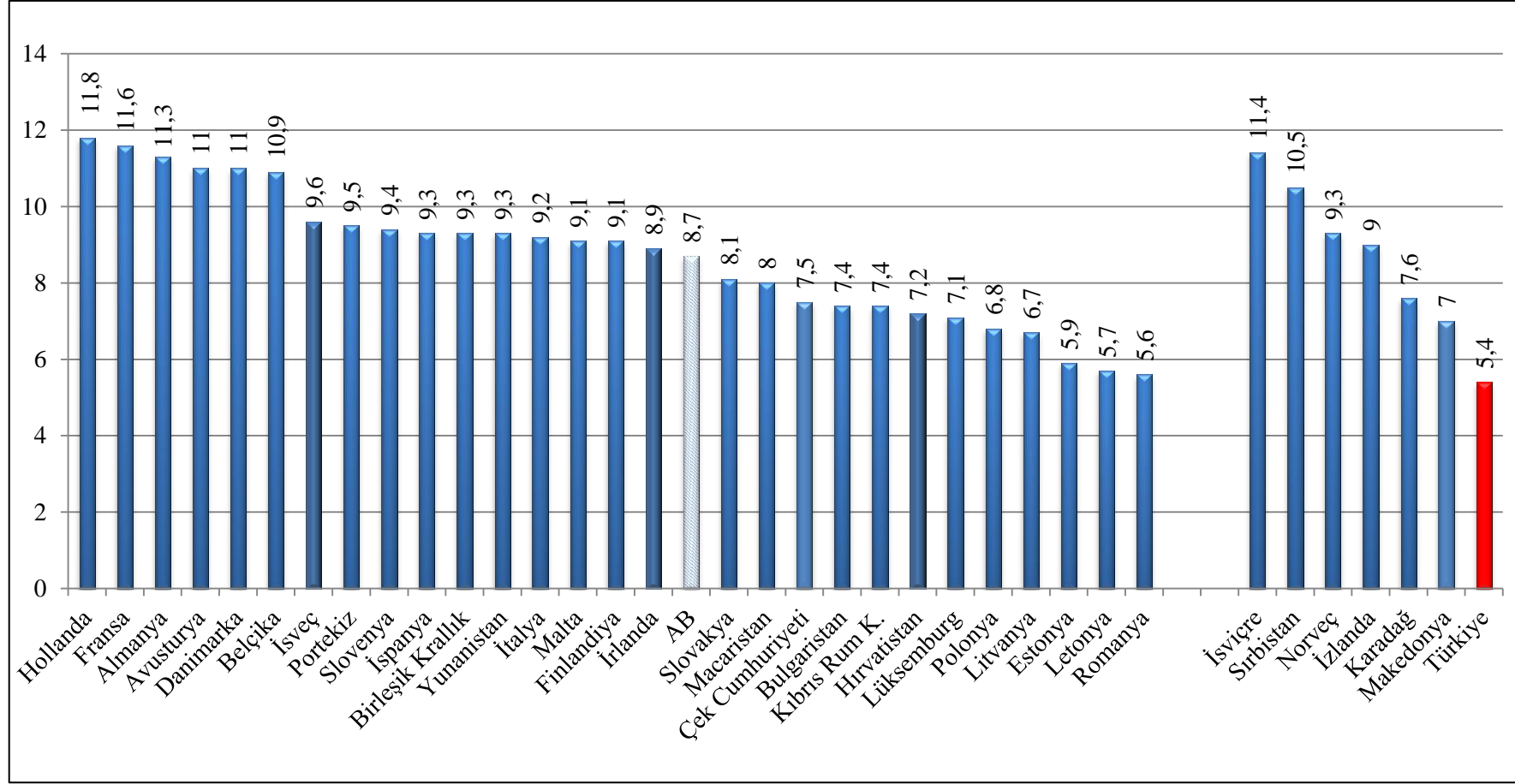
Gülcan (2008:24) ile Aydemir ve Baylan (2015:418)'a göre, bir ülkenin yaptığı sağlık harcamaları, ülkenin ekonomik gelişmesini direkt olarak etkiler. Sağlık sektörü eğitim sektörü, bir ülkenin birincil öncelikleri arasında yer almalıdır. Sağlık harcamalarını yalnızca bir tüketim harcaması olarak görmek yanlıştır; çünkü sağlık harcamaları en önemli üretim faktörü olan insana yapılan yatırım mahiyetinde olduğu için, aynı zamanda bir yatırım harcaması olarak kabul görmelidir.

Sağlık harcamaları vatandaşların her türden sağlık hizmetine erişmek ve devletin de bu hizmetleri vatandaşlarına sunmak için yaptıkları harcamalardır. Yani hem bireylerin hem de devletin yaptığı harcamalar ayrı ayrı bir sağlık ve dolayısıyla gelişmişlik göstergesi olarak değerlendirilir. Saltık (1995:39) 'a göre, bir ülkede sağlık hizmetleri için tahsis edilen payın büyüklüğü o ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyine bağlıdır ve bunun tam tersi de doğrudur; yani bir ülkenin gelişmişliğini mümkün kılan, o ülkenin sağlık ve eğitim alanında yaptığı harcamalardır.

Bu bölümde sağlık harcamalarını incelerken; öncelikle Avrupa Birliği Ülkelerinin kamusal düzeyde yaptıkları harcamaları daha sonra da, Avrupa Birliği vatandaşlarının bireysel olarak yaptıkları harcamaları karşılaştırmalı olarak analiz edeceğiz.

6.5.1. Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı

OECD (2014:122) tarafından yayınlanan rapora göre, Avrupa Birliği devletleri 2000 yılında gayri safi yurtiçi hasıllarından sağlığa ayırdıkları % 7,3'lük payı, 2012 yılına kadar belirgin bir biçimde yükselterek % 8,7'ye çıkarmışlardır. Birçok ülkede 2008'in ortasında başlayan ekonomik krizi izleyen 2009 yılında bu oran % 9 ile zirve yapmıştır. Bunun sebebi, ekonomik krizin hemen ardından bu ülkelerin gayri safi yurt içi hasıllarının düşmesine rağmen, kamusal sağlık harcamalarının hâlihazırdaki durumlarını korumuş olmasıdır. Ancak 2010 ve 2011 yıllarında bütçe açıklarını kapatmak amacıyla uygulanmaya konan bir dizi tedbir gereğince, kamusal sağlık harcamaları dizginlenmiştir. Şekil 20'de sağlık harcamalarının Avrupa Birliği üye ve aday ülkelerinin tamamında GSYH içerisindeki payı 2012 yılı verileri ile gösterilmiştir.



Şekil 20: Sağlık Harcamalarının GSYH İçerisindeki Payı (2012)

Kaynak: OECD, 2014:123

OECD (2014:122)'nin raporuna göre; Avrupa Birliği'ne üye ülkeler arasında, 2012 yılında % 11,8 ile GSYH'sından sağlığa en çok payı ayıran ülke Hollanda'dır ve Hollanda'yı % 11,6 ile Fransa ve % 11,3 ile Almanya takip etmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri arasında sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı en düşük olan ülkeler % 6'nın aşağısında kalan Romanya, Letonya ve Estonya'dır. Avrupa Birliği dışında kalan Avrupa Kıtası ülkelerine baktığımız zaman ise Sırbistan ve İsviçre'nin %11 ile en yüksek payı ayıran AB ülkeleriyle başa baş düzeyde olduğunu görmekteyiz. Türkiye ise sağlık harcamalarına GSYH'sının yalnızca yaklaşık % 5'ini ayırarak tüm AB ve Avrupa Kıtası ülkelerinden geride kalmıştır.

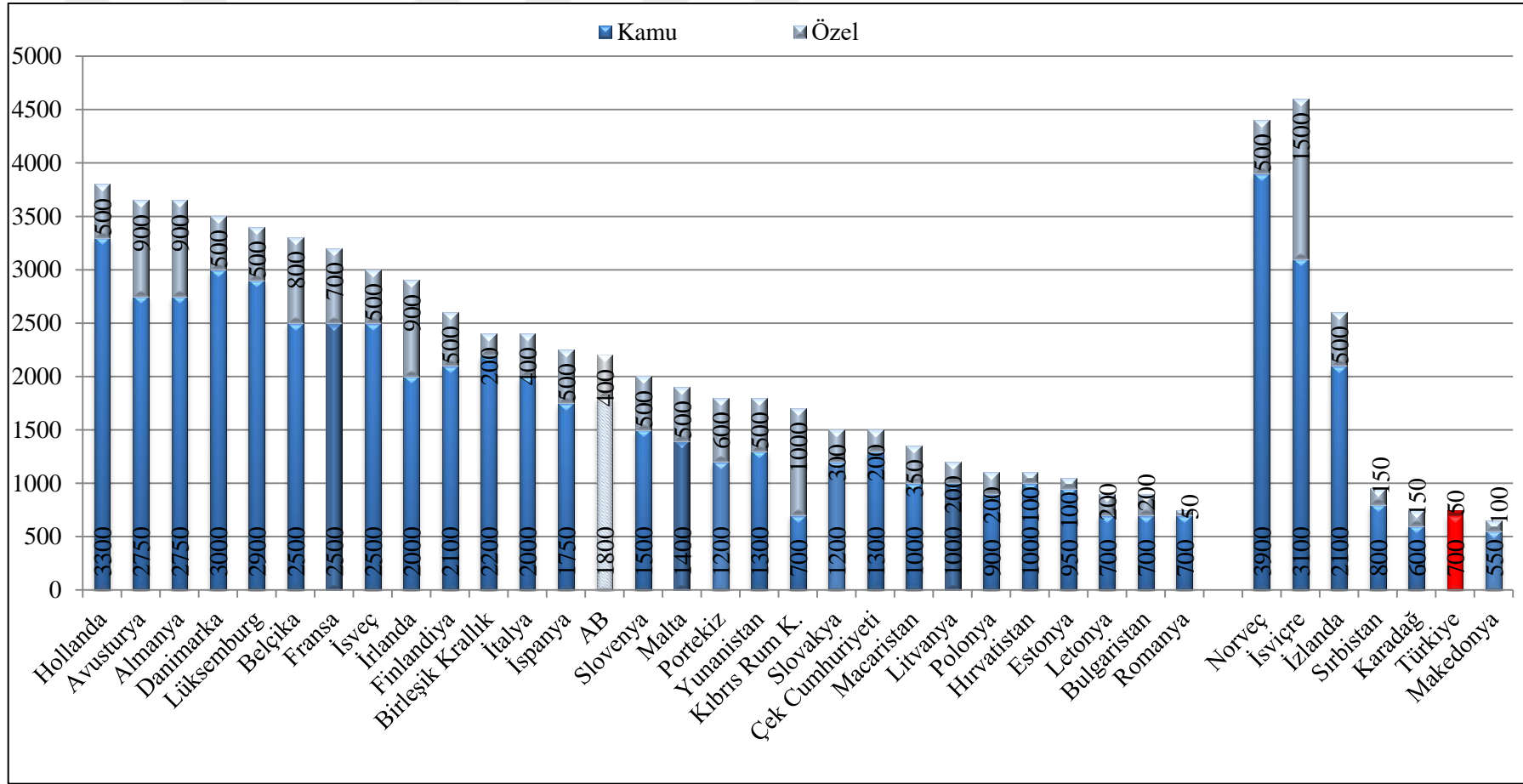
Sağlık harcama seviyesinin tam olarak anlaşılabilmesi için sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki oranı ile birlikte, kişi başına düşen sağlık harcamalarının da göz önüne alınması gereklidir. Ülkelerin sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı nispeten yüksekken; kişi başına düşen sağlık harcaması göreceli olarak düşük olabilir ve bunun zıttı da mümkündür. Örnek olarak OECD (2014:122)'ye atfen Ekinci ve Ünsal (2016:301)'a göre, hem Lüksemburg hem de Hırvatistan'da sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı %7 civarında iken Lüksemburg'un kişi başına düşen sağlık harcamaları oranı Hırvatistan'ın neredeyse üç katı kadardır (nüfus bu konuda belirleyici etken olabilir).

6.5.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Bir ülkenin toplam gelir seviyesi ile ülkenin sağlığa yapmış olduğu harcama arasında güçlü bir ilişki vardır. Çevik (2013:117)'e göre; çok sayıda akademik çalışma sağlık harcamaları ile milli gelir seviyesi arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya koymaktadır. Ayrıca Hansen ve King (1996:128)'e atfen Çevik (2013:117), birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan sağlık harcamalarının temel zorunlu nitelikte olduğunu, birçok gelir seviyesi yüksek ülkelerde sağlık harcamalarının önemli bölümünün tedavi edici hizmetlere için yapıldığı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin de lüks mal niteliğinde olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle OECD (2014:120)'nin raporuna göre, Norveç ve İsviçre'nin kişi başına yaklaşık 4500

€ tutarında harcama ile Avrupa ülkeleri içerisinde 2012 yılında sağlığa en çok harcama yapan iki ülke olması şaşırtıcı değildir. OECD (2014:120)'nin raporuna atfen Ekinci ve Ünsal (2016:301)'a göre; Avrupa Birliği'ne üye devletler arasında Hollanda 3829 €, Avusturya 3676 € ve Almanya 3613 € ile kişi başına düşen sağlık harcamasında ilk sıralarda yer almışlar ve Avrupa Birliği ortalaması olan 2193 Euro'nun epeyce üzerine çıkmışlardır. 753 € ile Romanya ve 900 € ile Bulgaristan ise AB ülkeleri içerisinde sağlığa en az harcama yapan iki ülke olmuşlardır. Türkiye, Makedonya, Karadağ, Sırbistan gibi Avrupa Birliği dışında kalan diğer Avrupa ülkelerinde ise kişi başına düşen sağlık harcamaları benzer bir biçimde düşük seviyede kalmıştır.

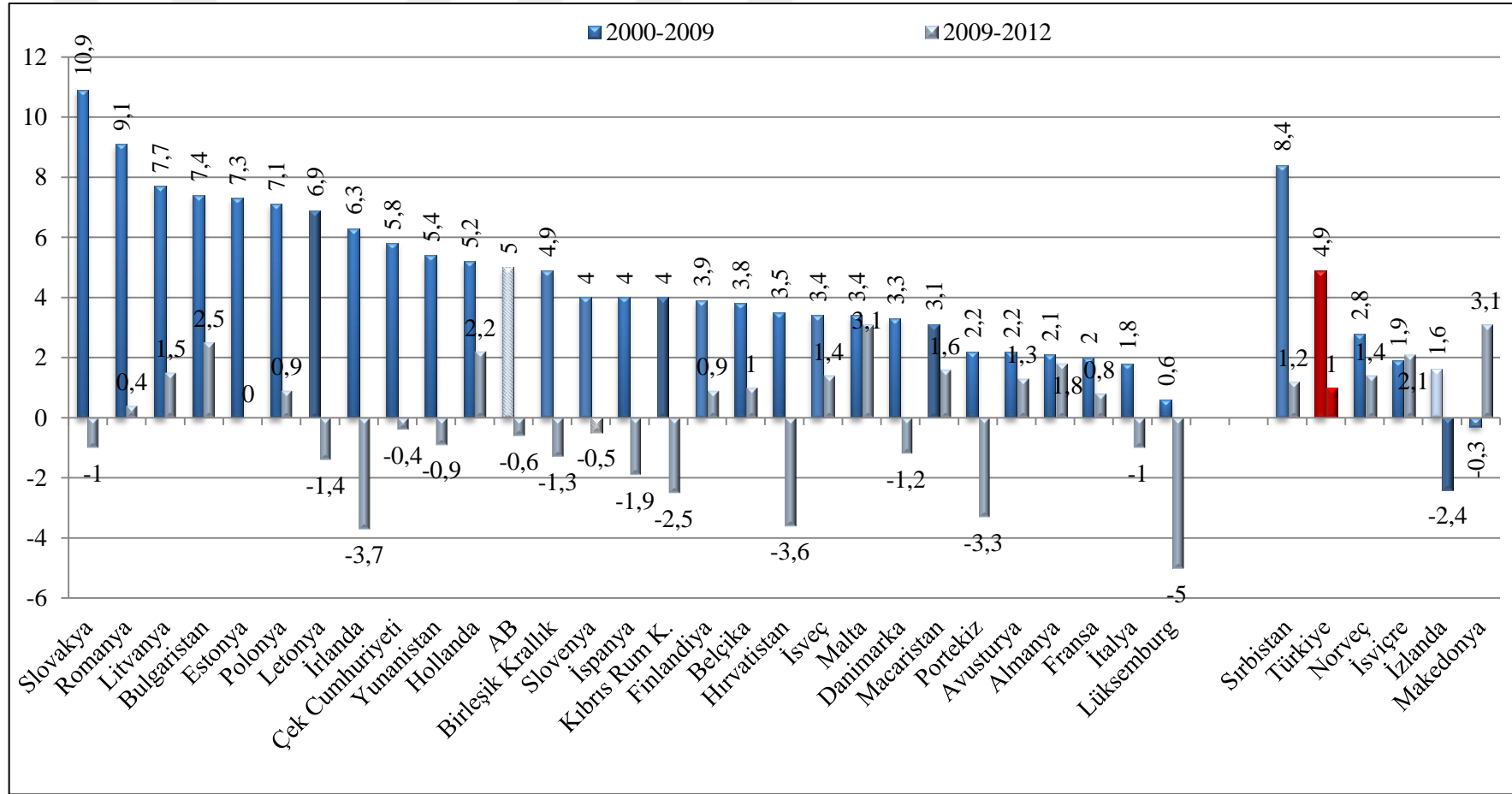
Şekil 21'de hem kamu hem de özel kaynaklarla yapılan kişi başına düşen sağlık harcamaları gösterilmektedir. Ortalama olarak, sağlık harcamalarının yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri arasında yalnızca Kıbrıs Rum Kesimi'nde özel sağlık harcamaları kamu harcamalarını geçmektedir. Buna karşın Hollanda, Birleşik Krallık ve kuzey Avrupa ülkelerinin çoğunda ise kamusal sağlık harcamalarının seviyesi %80'i aşmaktadır.



Şekil 21: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (2012)

Kaynak: OECD, 2014:121

Şekil 22’de ise; AB ülkelerinde sağlık harcamalarının 2000 yılından 2012 yılına kadarki seyri, 2008 öncesi ve sonrası olmak üzere iki ayrı dönemde incelenmektedir. OECD (2014:120) raporuna göre; 2008 ekonomik krizinin başlamasıyla birlikte yıllardır büyümekte olan sağlık harcamalarında önemli derecede azalma olmuştur. Krizden en çok etkilenen ülkelerin başında gelen Yunanistan’da, 2000 - 2009 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamaları yıllık %5’in üzerinde artış gösterirken, 2009’dan itibaren her yıl %9 oranında düşüş yaşanmıştır. 2009 - 2012 yılları arasında Avrupa Birliği ülkelerinin yarısından çoğunda sağlık harcamaları reel anlamda (enflasyondan arındırılmış) düşmüştü; diğer AB ülkelerinde ise sağlık harcamalarının artış hızında önemli derecede yavaşlama gerçekleşmiştir. 2000 - 2009 ve 2009 - 2012 yılları karşılaştırıldığında, 2000 - 2009 yılları arasındaki yıllık yaklaşık %5’lik büyümeye karşın, 2009 - 2012 yılları arasında tüm Avrupa Birliği genelinde sağlık harcamalarında her yıl ortalama %1 oranında düşüş yaşandığı görülmektedir. Türkiye’de ise kişi başına düşen sağlık harcamalarında kriz öncesi dönemde gerçekleşen yıllık % 5’lik büyümeye karşın, 2009 yılından itibaren büyüme oranı büyük ölçüde düşerek % 1 seviyesine gerilemiştir.



Şekil 22: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarının Yıllık Büyüme Oranı (2000-2012)

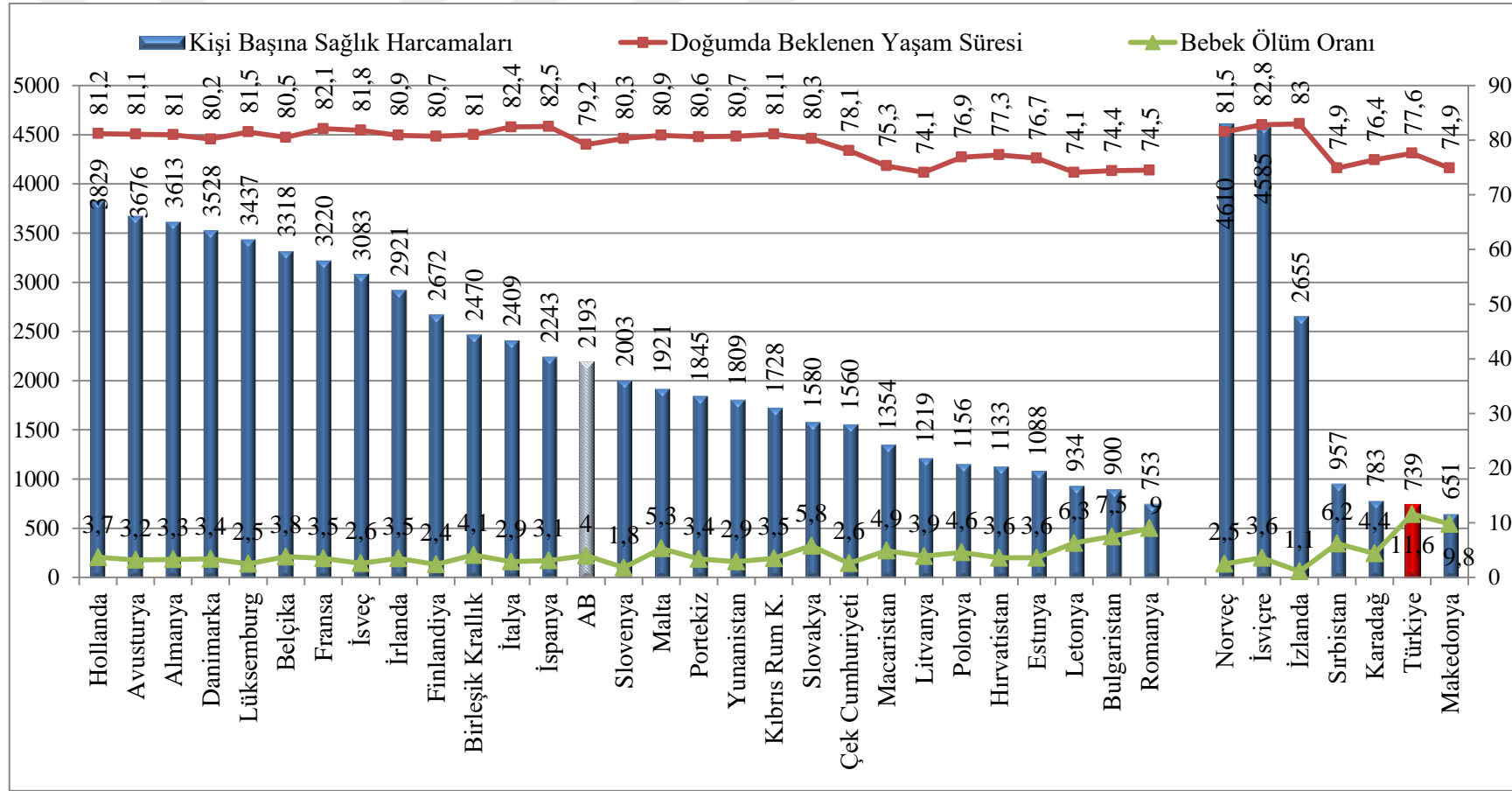
Kaynak: OECD, 2014:121

6.5.3. Sağlık Harcamalarının Toplumun Sağlık Statüsüne Yansımaları

Çevik (2013:113)'e göre, sağlık sisteminin ne kadar iyi çalıştığının göstergesi olarak kabul edilen genel bir ölçüm aracı yoktur. Çünkü sağlık hizmetlerinde çıktının tanımlanabilmesi ve ölçümü her zaman mümkün olmamaktadır. Ancak genel itibarı ile sağlık statüsü iki değişik araçla ölçülmeye çalışılır. Bunlardan ilki bireylerin doğrudan doğruya algıladığı sağlık durumlarını sorgulamaktadır ki buna subjektif ya da algılanan sağlık düzeyi denir. İkincisi ise, ölüm oranı ya da doğumda beklenen yaşam süresi gibi göstergelerdir ve bunlar da objektif ya da gözlemlenebilir sağlık statüsü olarak adlandırılır. Ülkeler arası kıyaslamalarda sağlık hizmetlerinin ölçütü olarak genellikle objektif sağlık statüsü göstergeleri kullanılır. Bunlardan en yaygın kullanılanları, bebek, beş yaş altı çocuk ya da anne ölüm oranı ve doğumda ya da 65 yaşında hayat beklentisidir. Çalışmanın bu bölümünde bebek ölüm oranları ve doğumda hayat beklentisi üzerinden sağlık harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki genel etkisi değerlendirilecektir. Şekil 23'de ülkelerin sağlık statüleri ile sağlık harcamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Şekil 23 incelendiğinde sağlık harcamaları ile sağlık göstergeleri arasındaki pozitif yönlü ilişkinin mevcudiyeti açıkça görülmektedir. Ancak yine de nispeten düşük harcama seviyesi ile daha yüksek sağlık sonuçları elde eden ülkeler de vardır. Söz gelimi İtalya'da 2655 € sağlık harcaması karşılığında 83 yıl hayat beklentisi ve binde 1,1 bebek ölüm oranına sahipken, neredeyse iki katı (4610 €) sağlık harcaması ile Norveç 81,5 yaşam beklentisi ve binde 2,5 bebek ölüm oranına sahiptir. Bu durum ülkelerin sağlık statüsünün sağlık hizmetlerinin dışında; kalıtım, yaşam tarzı, fiziki ve biyolojik çevre, eğitim, yoksulluk, yeterli beslenme gibi daha birçok unsur ile yakından ilişkili olmasının bir sonucudur.

2012 yılında Avrupa Birliğinde sağlığa kişi başına ortalama 2193 Euro harcanırken, doğumda beklenen yaşam süresi Avrupa ortalamasında 79,2 ve bebek ölüm oranı ise % 0,4'dür. AB ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin 739 Euro kişi başına sağlık harcaması, 77,6 doğumda beklenen yaşam süresi ve binde 11,6 bebek ölüm oranı ile AB ortalamasının gerisinde olduğu görülmektedir.



Şekil 23: Ülkelerin Sağlık Statüleri İle Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması
Kaynak: OECD, 2014:17, 31, 121.

SONUÇ

Bu çalışmada, çok uzun bir süredir AB üyesi olma yolunda gayret sarf eden Türkiye'nin sağlık sistemi ve her biri birer kalkınmışlık göstergesi olan temel sağlık göstergeleri açısından, hali hazırda AB üyesi olan ülkelerle arasında belirgin bir fark olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda Türkiye ve AB ülkeleri sağlık harcamaları ve bu harcamaların sonucunda elde edilen sağlık düzeyi açısından bir karşılaştırmaya tabi tutulmuşlardır.

AB ülkeleri sağlık hizmetlerini ülkelerinin refah sistemlerinin bir parçası olarak görürler. Türkiye'nin AB ve diğer tüm Avrupa bölgesi ülkeleri arasında gayri safi yurt içi hasılasından sağlığa en az pay ayıran ülke olduğu ve kişi başına sağlık harcaması sıralamasında da Makedonya'nın ardından sondan ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Bu sağlık harcaması düzeyine karşılık Türkiye'nin, bebek ölüm oranlarında tüm Avrupa ülkeleri arasında son sırada yer alması ve beklenen yaşam süresi düzeyinin AB ortalamasının çok gerisinde kalması hiçte şaşırtıcı değildir. Bize göre bir devletlerin sağlık hizmetleri için tahsis ettikleri kaynakların oransal olarak çokluğu o devletin vatandaşına verdiği değer bir göstergesidir. Bu doğrultuda Türkiye'nin önceliklerini yeniden belirlemesi ve sağlık hizmetlerinin yeterliliğini sağlayabilmek adına gayri safi yurt içi hasılasından sağlığa ayırdığı payı arttırması elzemdir.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi, Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemleri birbirlerinden farklılıklar arz etmektedir. Ancak bu farklılıkların yanı sıra AB ülkelerinin sağlık sistemlerinde pek çok ortak uygulama ve benzerlikler de mevcuttur. Bunun sebebi AB ülkelerinin kendi tecrübeleri ve birbirlerinin tecrübelerinden ders çıkararak sağlık sistemlerini reforme etmeleridir. AB üyesi olmayı hedefleyen Türkiye'nin de sağlık politikalarını belirlerken AB ülkelerinin tecrübelerinden faydalanması gereklidir. Çünkü çalışmamızda uyguladığımız karşılaştırmalı analizlerin de ortaya koyduğu gibi Türkiye'nin sağlık göstergeleri üyesi olmaya çalıştığı AB sağlık göstergelerinden çok daha kötü durumdadır. Dolayısıyla Türkiye, AB

lkelerinin bu yüksek sağlık düzeyine nasıl ulaştıklarını iyice tetkik edip dersler çıkararak politikalarını buna göre şekillendirmelidir.

Avrupa genelinde yaşlı ve bakıma muhtaç nüfusun artması, teknolojik gelişmeler ve uyυřturucu kullanımın artması gibi sosyal nedenlere bağlı olarak, sağlık harcamalarında artış yaşanmaktadır. Bu artış 2008 küresel krizin ardından ülkelerin gayri safi yurt içi hasıllarından daha hızlı gerçekleşmiş ve bu nedenle ülkelerin bütçeleri üzerinde ciddi bir baskıya neden olmuştur. Bu bağlamda sağlık harcamalarındaki artışın doğru bir şekilde tetkik edilmesi hayati önem arz etmektedir. Çünkü sağlık harcamalarındaki artış az önce saymış olduğumuz unsurlara ilaveten kaynakların gereksiz ve verimsiz kullanımından da kaynaklanıyorsa öncelikle bu problemin çözümüne yönelik tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Türkiye ve diğer tüm Avrupa lkeleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumuna yönelik yapılan harcamaların seviyesi ile sağlık göstergeleri arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu ancak sağlık harcamalarına yüksek düzeyde pay ayırmanın tek başına yeterli olmadığı; çeşitli farklı unsurların sağlık üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerinin varlığının da hesaba katılmasının gerektiği ve sağlık göstergeleri üzerinde asıl olumlu etki yaratanın sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumu için sarf edilen kaynakların etkili ve verimli kullanılması olduğu ortaya çıkmaktadır. Uzun vadede temel sağlık göstergelerinde iyileşmenin elde edilebilmesi için koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem ve ayrılan pay arttırılmalıdır. Böylece temel sağlık göstergelerinin iyileşmesi sağlanacağı gibi, aynı zamanda maliyeti daha yüksek olan yataklı tedavi hizmetlerine olan talep azalmış olacak ve uzun vadede toplam sağlık harcamaları da düşürülmüş olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, Yaşar (2012), *Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Denizli.
- Akdemir, Nuran ve Akkuş, Yeliz (2006), “Rehabilitasyon ve Hemşirelik”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, ss.82-91.
- Akdur, Recep (2011), Sağlık Hizmetleri ve Politikaları, Birgül Piyal (Ed.), *Halk Sağlığı*, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları: Ankara, ss. 364-390.
- Akın, C. Serhat (2007), *Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Adana.
- Aktan, C. Can ve Işık, A. Kadir (2007), *Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Alternatif Yöntemler*, Aura Yayınları, Ankara.
- Ataay, Faruk (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, C:41 (S:3), ss.169-184.
- Ateş, Metin (2012), *Sağlık İşletmeciliği*, 2. Baskı, Beta Yayıncılık: İstanbul.
- Ateş, Metin (2013), *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, 2. Baskı, Beta Yayıncılık: İstanbul.
- Ateş, Metin (2013), *Sağlık Sistemleri*, 2. Baskı, Beta Yayıncılık: İstanbul.
- Ay, Ahmet, Kızılkaya, Oktay ve Koçak, Emrah (2013), “Sağlık Göstergeleri İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği”, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, C:6 (S:1), ss.163-172.
- Aydemir, Cahit ve Baylan, Seniha (2015), “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C:7 (S:13), ss. 417-435.
- Bilgili, Emine ve Ecevit, Eyyup (2008), “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözü Önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C:11 (S:2), ss. 201-228.
- Bozkurt, Hilal (2010), “Eğitim, Sağlık Ve İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkiler: Türkiye İçin Bir Analiz”, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, C:5 (S:1), ss.1-21.
- Constitution Of The World Health Organization, (2006), Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, ss.1-18.

- Çelik Yusuf (2011), “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, S:1, ss. 62-81.
- Çelik, Yusuf (2013), *Sağlık Ekonomisi*, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi: Ankara.
- Çevik S. (2013), “Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçları Üzerindeki Etkisi: Ülkelerin Gelir Seviyelerine Göre Bir Karşılaştırma”, *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi* S:48, ss. 113-133.
- Çoban, Hilmi (2009), *Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, Yayınlanmış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çöğürçü, İclal (2015), “Sağlık Hizmetleri Piyasa Arz ve Talebi”, Burcu Güvenek (Ed.); *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*, Çizgi Kitabevi Yayınları: Konya, ss.9-44.
- Dinler, Zeynel (1998). Mikro Ekonomi, 12. Baskı, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- Ekinci, Aykut ve Ünsal, Ali (2015), “Sağlık Hizmetleri Ve Toplumun Sağlık Statüsü Açısından Beşinci, Altıncı Ve Yedinci Genişleme Dalgaları İle Avrupa Birliğine Üye Olan Ve Avrupa Birliği Üyeliğine Aday Ülkelerin Karşılaştırılması: Polonya-Türkiye Örneği” [Bildiri], *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimlere Küresel Yaklaşımlar-Kuram ve Uygulamalar Sempozyumu*, 16-18 Eylül, Polonya.
- Ekinci, Aykut ve Ünsal, Ali (2016), “Avrupa Birliği ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, Murat Ercan ve Ali Ayata (Ed.); *21. Yüzyılda Türkiye-AB İlişkileri: Algular, Sorunlar ve Politik Yaklaşımlar*, Nobel Akademik Yayıncılık, ss.299-311.
- Erdem, Ramazan ve Pirinççi, Edibe (2003), “Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, C:20 (S:1), ss.39-46.
- Ergin, Işıl ve Hassoy, Hür (2011), “Bebek Ölümlülüğünde Eşitsizlikler: Dünya Ve Türkiye’deki Duruma Dair Bir Değerlendirme”, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, C:1 (S:3), ss.98-104.
- Erol, Hatice ve Özdemir, Abdullah (2014), “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C:4 (S:1), ss. 9-34.
- Fişek, Nusret (1983), *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını: Ankara.
- Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge (2006), 11465, 13 Ekim.

- Gülcan, M. C. (2008), *Kamu Harcamaları İçinde Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Yeri, Ekonomik Etkileri ve Türkiye Uygulaması*, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- İstanbulluoğlu, Hakan, Güleç, Mahir ve Oğur, Recai (2010), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim Tıp Gazetesi*, C:85 (S:2), ss.86-99.
- Karagan, Erhan (2008), Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 3. Baskı, Siyasal Kitabevi: Ankara.
- Keskin, Abdullah (2011), “Ekonomik Kalkınmada Beşeri Sermayenin Rolü Ve Türkiye”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, C:25, (S:3-4), Ss.125-153.
- Korkut Owen, F. ve Owen, D. (2012), “İyilik Hali Yıldızı Modeli, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi”, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, C:3 (S:9), ss.24-33.
- Mazgit, İsmail (200), “Bilgi Toplumu Ve Sağlıkın Artan Önemi” [Bildiri], *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 10-11 Mayıs, Hereke-Kocaeli.
- Mazgit, İsmail (1998), *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Murray C.J.L., Govindaraj R. ve Musgrove, P. (1994), “National Health Expenditures: A Global Analysis”, *Bulletin of the World Health Organization*, ss. 630-631.
- Mutlu, Ayşegül ve Işık, A. Kadir (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, 3. Baskı, Ekin Yayınevi: Bursa.
- Musgrove, Philip (1996), *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank, Washington D.C., ss. 9-13
- OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.
- OECD, EUROSTAT ve WHO (2011), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing.
- OECD ve WORLD BANK (2008), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeler – Türkiye*, OECD Publishing.

- Oğlak, Sema (2007), “Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası” *Turkish Journal of Geriatrics*, C:10(S:2), ss. 100-108.
- Orhaner, Emine (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, S:1, ss.1-22.
- Özer, Özlem ve Şantaş, Fatih (2012), “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C:3 (S:2), ss.96-103.
- Öztürk, Zekai ve Karakaş, E. Tuğba (2015), “Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim Ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda Ve İngiltere Örnekleri”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, C:1 (S:2), ss.39-59.
- Parasız, İlker (1994). *Mikro Ekonomi*, 5. Baskı, Ezgi Kitabevi Yayınları: Bursa.
- SAĞLIK BAKANLIğI (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Mavi Ofset: Ankara.
- Saltık, Ahmet (1995), “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekimlik Dizini*, C:10 (S:68), ss. 38-44.
- Sargutan, Erdal (2005), “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C:8 (S:1), ss. 81-111.
- Sayım, Ferhat (2011), *Sağlık Piyasası ve Etik*, MKM Yayınları: Bursa.
- Sayım, Ferhat (2015), “Sağlık Hizmetinin Özellikleri”, *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, S:15, ss.1-12.
- Sayım, Ferhat (2015), “Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler”, *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, S:15, ss.79-88.
- Sayım, Ferhat ve Sarısoy Sinan (2010) “Kamu Sağlık Kurum Bütçelerinde Mevzuat ve Kalite Uygulamalar Açısından Tanıtım ve Reklam Harcamaları”, *Maliye Dergisi*, S:159, ss.244-261.
- Self, S. ve Grabowski, R. (2003), *How Effective is Public Health Expenditure in Improving Overall Health? A Cross-Country Analysis*, Applied Economics, ss. 835.
- Somunoğlu, Sinem, (1999), “Kavramsal Açından Sağlık”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C:4 (S:1), ss. 51-62.
- Somunoğlu, Sinem (2012), “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi”, Mehtap Tatar (Ed.); *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını: Eskişehir, ss. 3-24.

- Sosyal, Abdullah, Kırac, Ramazan ve Alu, Ali (2016), “Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi Ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri” *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C:6 (S:10), ss.76-88.
- Şenatalar, Burhan (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,C:25 (S:4), ss.25-30.
- Şerefoğlu, Ö. Arslan (2007), *Şerefoğlu Kahramanmaraş’ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye İle Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Kahramanmaraş.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2011), *Hızlar ve Oranlar*, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları: Ankara.
- T.C. Resmi Gazete, *Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*, 11 Mayıs 2000, Sayı:24046, başbakanlık Basımevi, Ankara.
- T.C. Resmi Gazete, *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*, 09.12.2004, Sayı:5258, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- Taban, Sami (2006), “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, *Sosyo-Ekonomi*, C:2, ss.31-46.
- Tatar, Mehtap (2009), “Teorik Çerçevesiyle Sağlık ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme”, *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, S:1, ss.1-4.
- Tengilimoğlu, Dilaver, Işık, Oğuz ve Akbolat, Mahmut (2009), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 5. Baskı, Nobel Yayıncılık: Ankara.
- Tıraş, H. Hayrettin (2013), “Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C:3 (S:2), ss.125-151.
- Tutar, Filiz ve Kılınç, Nurcan (2007), “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİB.F. Dergisi*, C:9 (S:1), ss.31-54.
- Tüylüoğlu, Şevket ve Tekin, Mustafa (2009), “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri”, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, C:13 (S:1), ss.1-31.
- United Nations (2002), *Manual on Statistics of International Trade in Services*, United Nations Publications: Geneva, Luxembourg, New York, Paris, Washington.
- Uğurluoğlu, Ece ve Özgen, Hacer (2008), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C:11 (S:2), ss.133-160.

- Ünsal, Erdal (2010), *Mikro İktisat*, 8. Baskı, İmaj Yayıncılık: Ankara.
- World Health Organization (2000), *Performance The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization Publication: Switzerland.
- World Health Organization (Eylül 2015), *Global Health Observatory Data Repository: Probability of Dying Per 1000 Live Births Data by Country*, [Erişim: 01 Eylül 2015, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-2?lang=en>].
- Yavuz, Nurgül (2011) *Türkiye Ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*, Yayınlanmış Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Yereli, A. Burçin, Kobal, İsmail ve A. Murat Köktaş (2010), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler” [Bildiri], *8. Uluslar Arası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 28-31 Ekim, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, İstanbul.
- Yereli, A. Burçin, Kobal, İsmail ve A. Murat Köktaş (2010), “Sağlık Piyasasında Düzenleyici ve Denetleyici Otorite: Türkiye Üzerine Bir Öneri”, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, S:69, ss.36-39.
- Yaylalı, Muammer, Kaynak, Selahattin ve Karaca, Zeynep (2012), “Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma”, *Ege Akademik Bakış*, C:12 (S:4), ss:563-573.
- Yıldırım, H. Hüseyin (1999), “Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, *Amme İdaresi Dergisi*, C:32 (S:1), ss.123-134
- Yıldırım, H. Hüseyin ve Yıldırım, Türkan (2015), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri*, 3. Baskı, ABSAM Yayınları: Ankara.
- Zencir, Mehmet (2011), “Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi” [Bildiri], *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birim XVI. Konferansı*, 29 Eylül -2 Ekim, Çankaya Belediyesi Çağdaş Sanatlar Merkezi, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

Ali ÜNSAL

E-mail : ali.unsal@bilecik.edu.tr
Phone (work) : +902282141632-
Phone (Mobile) : +905457717101
Adres : Bilecik Seyh Edebali Üniversitesi Osmaneli Meslek
Yuksekokulu Osmaneli/Bilecik/Turkey

Öğrenim Durumu

Yüksek Lisans : Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Sağlık
Hukuku (YL) (Tezli) 2016-...
Yüksek Lisans : Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler
Enstitüsü/İktisat (YL) (Tezli) 2014-...
Lisans : Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler
Fakültesi/Sağlık İdaresi Bölümü 2003-2011

Görevler

2013-... : Öğretim Görevlisi Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi/
Osmaneli Meslek Yuksekokulu/Yönetim Ve
Organizasyon Bölümü/Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Pr.)

Üniversite Dışı Deneyim

2012-2013/Hemşire : Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,
2008-2012/Hemşire : Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

2007-2008/Sağlık Memuru: Zonguldak Çaycuma Yetiştirme Yurdu, (Kamu)

Projelerde Yaptığı Görevler:

Sağlık Turizmi Potansiyelinin Arttırılması Eskişehir, Kalkınma Bakanlığı, Eğitimci,
01/09/2015 (Devam Ediyor) (ULUSAL)

Yazılan Ulusal/Uluslararası Kitaplardaki Bölümler:

21. Yüzyılda Türkiye-AB İlişkileri Algılar, Sorunlar ve Politik Yaklaşımlar, Bölüm adı:(Avrupa Birliği ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Karşılaştırmalı Bir Analiz) (2016)., EKİNCİ AYKUT,UNSAL ALİ, Nobel Akademik Yayıncılık, Editör:Ercan Murat, Ayata Ali, Basım sayısı:1, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 2721882)

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings)

Basılan Bildiriler :

Unsal Ali, Ekinci Aykut (2015). Sağlık Hizmetleri Ve Toplumun Sağlık Statusu Açısından Beşinci, Altıncı Ve Yedinci Genişleme Dalgaları İle Avrupa Birliğine Uye Olan Ve Avrupa Birliği Uyeliğine Aday Ülkelerin Karşılaştırılması: Polonya-Türkiye Örneği. SSHIF2015- Social Sciences and Humanities in Focus (Özet bildiri)(Yayın No:2142803)

Son İki Yılda Verdiği Önlisans Düzeydeki Dersler

(2014-2015)	Sağlık Hukuku
(2014-2015)	Sağlık Ekonomisi
(2014-2015)	Sağlık Kurumlarında Maliyet Muhasebesi
(2015-2016)	Sağlık Kurumları Yönetimi
(2014-2015)	Tıbbi Etik Ve Hasta Hakları
(2014-2015)	Sağlık Kurumları Yönetimi

(2014-2015)	İlk Yardım Ve Rehabilitasyon
(2015-2016)	İlk Yardım Ve Rehabilitasyon
(2014-2015)	Tıbbi Dokümantasyon Ve Arşivcilik
(2015-2016)	Mezuniyet Projesi
(2015-2016)	Mesleki Okumalar
(2015-2016)	Sağlık Ekonomisi
(2014-2015)	Genel Ekonomi
(2014-2015)	Sağlık Kurumlarında Otomasyon Sistemleri
(2015-2016)	Tıbbi Dokümantasyon Ve Arşivcilik
(2015-2016)	İktisada Giriş
(2014-2015)	Sağlık Kurumlarında Otomasyon Sistemleri-2
(2015-2016)	Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri
(2014-2015)	Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri