

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ EKONOMİK GELİŞMİŞLİK POTANSİYELİ VE FARKLI ÜLKE ÖRNEKLERİYLE MUKAYESESİ

*Filiz TUTAR**

*Nurcan KILINÇ***

ÖZET

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde yapılabilmesine ilişkin planlama çalışmaları, son yıllarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir. Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük alt sistemleri hastanelerdir. Dolayısıyla söz konusu hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenmiş olması sebebiyle hastanelerin çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı; sağlık hizmetlerinde ekonominin önemini vurgulamak ve sağlık ekonomisi kavramının açık bir şekilde verilmesini sağlamaktır.

Çalışmamızda sağlık hizmetleri ile ekonomi ilişkisine kısaca değinildikten sonra; Türkiye’nin sağlık statüsü ile Avrupa’nın sağlık statüsü kıyaslanıp değerlendirilerek, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yapılması gerekenler ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Türkiye, İngiltere, ABD

ABSTRACT

At the present day; healthy services are important go along and great a service industry of country economics. Planning studies concerning with the planning of providing efficient and quality health services are become the most matters in recent days in our country.

* Niğde Üniversitesi, İ.İ.B.F. İktisat Bölümü, Yrd. Doç. Dr. Niğde, (E-mail: filiztutar@nigde.edu.tr)

** Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Bölümü, Sakarya. (E-mail: nurcankilinc@yahoo.com)

The most subsystem of health services are hospitals. Accordingly, point at issue service is undertook a major section of production. For this reason; hospitals should be conducted with modern business administration comprehension.

The aim of this study is emphasis the economy of health services and provides an explicitly giving of health economy concept.

After a shortly explanation of Healthy services and economy relation; is mention of this study. Healthy statute in Turkey and European will be compared and then the needing for the development of health service in Turkey is going to be discussed.

Key Words: Healthy Economy, Turkey, England, USA

GİRİŞ

Ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Ayrıca sağlık sektörü, müşterilerin tatminin sağlanması bakımından en problemlilerden biri olarak gözükmektedir. Teknolojinin hızla değişmesi, artan maliyetler, hastaların artan şikâyetleri ve iyi bakım isteğinin yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet % 100 güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bunun anlamı, bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalite olması gerektiğidir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir. İş görenler tarafından yapılacak bir hata bazen öldürücü olabilen çok tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Dolayısıyla bu endüstride hedef “sıfır hata” olmalıdır.

Ülkemizdeki sağlık sektöründeki işletmelerin sayısının hızlı nüfus artışını karşılamadığı bir gerçektir. Toplumun gelir düzeyinin artması ise müşterilerin daha iyi hizmet beklemesine neden olmaktadır. Sağlık işletmelerinin sayısının yetersizliği, hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayılarının eksikliği, malzeme ve

ekipmanların müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamadaki yetersizliği bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır. Bu gereklilik ise, hizmet kalitesinin ölçümünü beraberinde getirmektedir. Ölçemediğimiz bir şeyi iyileştirmemiz mümkün olmadığından hizmet kalitesini ölçme bu sektörde dikkat edilmesi gereken en öncelikli konuların başında yer almaktadır. Ölçüm konusu ise hizmet işletmelerinde en az anlaşılan konu olması, hizmetin soyut ve davranışlarla ilgili bulunması, bu sektörde ölçüm işlemini zorlaştırmaktadır.¹

Bu çalışmada öncelikli olarak sağlık ekonomisi ile ilgili kavramlar üzerinde durulmuş ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık harcamaları ve finansman yöntemleri anlatılmıştır. İlerleyen bölümde Türkiye'deki sağlık hizmetleri ile İngiltere ve ABD'deki sağlık hizmetleri karşılaştırılmıştır. Sonuç ve değerlendirme kısmında ise 21. yüzyılda Türkiye'deki sağlık ekonomisi kavramının gelişimi için gerekli faaliyet ve politikalara yer verilmiştir.

1. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMLARI

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynakların belirli dönemlerdeki miktarlarını, organizasyonunu, finansmanını, sağlık alanında kullanılmak üzere paylaştırılan kaynakların etkinliğini ve verimliliğini, bireysel ya da ulusal düzeydeki koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin etkisini inceler. Sağlık ekonomisi kavramları; teknolojinin gelişmesi, gelişmelerin sağlığa yansması, tanı ve tedavi olanaklarının artması, ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfus artışı, sağlık hizmetleri giderlerinin artması, maliyetin tartışılmaya başlanması sağlığa ayrılan payın artması, sağlık

¹ ARDINÇ, K. ve BAŞ, T. (2001), "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi (Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama)", *Sosyal Bilimler Dergisi*, No.4.

bütçesine ayrılan payı giderek sınırlama eğilimleri, kronik kaynak sıkıntısı şeklindedir.²

Sağlık ekonomisi, hastaların ve hekimlerin davranışlarını, nüfusun sağlık durumunun veya sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkilerini konu aldığından daha çok mikro ekonomik bir bakışa sahiptir. Sağlık ekonomisinin gelişiminde önemli rol oynayan unsurların başında sağlık sektörünün giderek daha fazla kaynak kullanılan bir sektör olması gelmektedir. Bu olgunun değişik nedenleri vardır. Bunların başlıca nedenleri şunlardır: Sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak sağlık hizmeti talebinin artması, ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması, tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin gelişmesi ve giderek daha pahalılaşması, bulaşıcı hastalıkların azalması, yerine uzun seyirli kronik hastalıkların artması şeklinde sıralayabiliriz(Mazgit, 2002:5).

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

- Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır.
- Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler.
- Hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir.
- Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.³

Sosyo ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden olan sağlık hizmetleri kullanımı giderek artan bir önem kazanmaktadır.

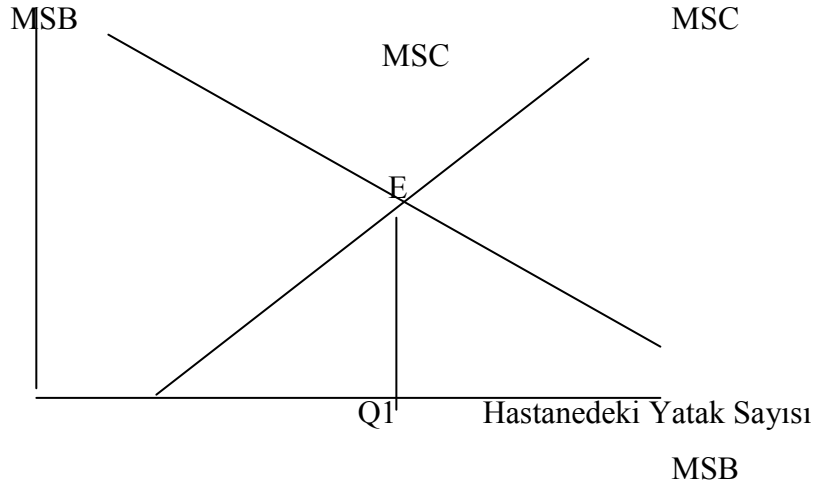
² KARABABA, O. (2005), "Sağlığın Maliyeti", Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/Maliyet_A_Karababa.ppt (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

³ TOKAT, M. (1990), "Sağlık Ekonomisi", *Milli Prodüktivite Merkezi (Özel Sayı)*, Ankara. www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

Sağlık hizmetlerinin önemli sunucularından biri olan hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri, her şeyden önce sağlık bakım hizmetlerini en düşük maliyetle ve maksimum nicelikte üretmelerine yani kaynaklarını etkin olarak kullanmalarına bağlıdır. Hastane işletmelerinde verilen sağlık bakım hizmetlerinin maliyetlerini hesaplamak ve hastanelerin verimliliğini ölçmek hastaneler için büyük önem arz etmektedir.⁴

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Etkinlik

Ekonomide sağlık hizmetlerinin amacı; hizmetlerin sunulmasında ekonomik etkinliğin sağlanması ve hizmetlerin dağıtımında adaletin gözetilmesidir. Bu iki amaç ister özel sektörde olsun, isterde kamu sektöründe yoğun olsun gerçekleştirilmesi esastır.⁵



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Etkin Hizmet Düzeyi

Kaynak: ASLAN, M. H. (1998), "Hizmet Ekonomisi", Alfa Yayınları, Yayın No: 459, Haziran.

⁴ YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ. (2004), "Hastanelerde Maliyet- Performans Analizi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama", Hastanelerde Maliyet-Performans Analizi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8

⁵ ASLAN, M. H. (1998), "Hizmet Ekonomisi", Alfa Yayınları, Yayın No: 459, Haziran.

Şeklin yatay ekseninde hastane yatak sayısı, dikey ekseninde ise marjinal fayda ve maliyet ölçülmektedir. Yatak sayısına paralel olarak marjinal maliyet yükselirken marjinal fayda azalmaktadır. Başlangıçta her ilave 1000 yatağın marjinal faydası marjinal maliyetten büyüktür ($MSB > MSC$). Bu eşitsizlik, yatak sayısının artırılmasının toplam sosyal faydayı arttıracığını ifade eder. Bu durum Q1 yatak sayısı kadar devam etmektedir. Q1 noktasında kesişen MSC ve MSB eğrileri, 1000 yatağın marjinal sosyal faydasının marjinal sosyal maliyetine eşit olduğunu ifade eder. Q1 sağında ise $MSC > MSB$ olmaktadır. Yani yatak sayısı optimalin üzerindedir.⁷

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Esneklik, Arz ve Talep

Esneklik (*elasticity*), arz ve talebi etkileyen faktörlerden fiyat ve gelirdeki değişikliklere arz ve talebin verdiği cevabın ölçüsüdür. En sık kullanılan ölçü Talebin Fiyat Esnekliği (*Price Elasticity of Demand*)'dir. Bu talep edilen miktardaki orantısal değişikliğin fiyattaki orantısal değişikliğe oranıdır.

$$E = (D M / M) / (D F / F)$$

$$E = -1 - 0 \quad \text{Fiyat Esnek Olmayan Talep}$$

$$E = -1 - -\infty \quad \text{Fiyat Esnek Talep}$$

(D M: Talep Miktarındaki Değişiklik, M: Talep Edilen İlk Miktar, D F: Fiyattaki Değişiklik, F: İlk Fiyat Düzeyi)

Bir fiyattaki artışa karşın talep oluşuyorsa bu mal veya hizmete “fiyat esnek olmayan talep - price inelastic demand” denir. Normalde ise talebin esnekliği negatiftir. Eğer mal veya hizmetin esneklik sonucu 0 (sıfır) çıkıyorsa; fiyat tam esnek değildir.⁶

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizması

Serbest piyasa mekanizmasının sağlık hizmetlerinde işleyişi şu şekilde gerçekleşmektedir.

⁶UZ, H. M. (1998), “Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları”, <http://www.merih.net/ml/whulkuz25.htm> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

- Hastaneler kar amacı güden kuruluşlar olarak, hastalar sundukları hizmet çeşidi ve süresine göre belirleyecekleri fiyatları uygularlar.

- Doktorlarda sağlık kurumlarından bağımsız olarak özel muayene için bedel alırlar.

- Özel firmalarca üretilen ilaç ve diğer tıbbi malzemeler hastane, doktor ve hastalara satılır.

Bu şekilde çalışan sağlık sistemi serbest piyasa mekanizması için büyük avantaj oluşturmaktadır; ikinci avantajı ise; hastaların seçim özgürlükleridir.⁷

Sağlık hizmetinin piyasaya bırakılması olanaklıdır, ancak piyasa mekanizmasının işleyişi çeşitli sakıncalar yaratacaktır, dolayısıyla sağlık hizmetlerinde “piyasa başarısızlığı” çok önemli bir sorundur. Piyasa başarısızlığının ya da yetersizliğinin çeşitli yönleri vardır.

- Sağlık hizmetinin küçük bir bölümü “bölünemeyen hizmet” niteliğindedir. Böyle bir hizmetin yararını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak olanaksızdır. Bu tür hizmetleri piyasa mekanizmasının üretmesi olanak dışıdır.

- “Dış fayda” yaratan sağlık hizmetleridir. “Dış fayda”nın sağlık hizmetlerindeki klasik örneği bulaşıcı hastalıklara karşı aşıdır. Aşı yaptıran kişi kendini koruduğu gibi başkalarına bulaştırma şansını da düşürdüğü için tanımadığı, bilmediği kişileri de korumuş, yararlandırmış olmaktadır.

- Kuşkusuz sağlık hizmetlerinde devlete özel bir görev yüklenmesinin önemli bir nedeni de sağlık hizmetine bakıştır. Sağlık hizmetinin tümüyle piyasaya bırakılması demek, bundan yararlanmanın gereksinime göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmesi demek olacaktır. Bu da gelir ve servet farklarına göre büyük eşitsizlikler yaratacağı gibi, düşük gelirli kesimlerin bazı hizmetlerden hiç yararlanamaması sonucuna yol açacaktır.

⁷ ASLAN, M. H. (1998), “Hizmet Ekonomisi”, Alfa Yayınları, Yayın No: 459, Haziran.

- Belirsizlik ve öngörülemezlik nedeniyle sağlık hizmeti için gereken harcamanın ne zaman ne kadar olacağı da tam bilinemez. Bu soruna piyasa mekanizmasının yanıtı sağlık sigortasıdır.

- Özel sağlık sigortası sisteminin düzgün işleminin koşullarından biri tarafların dürüst bilgi vermesi ve taahhütlerine uymasıdır. Bu sorunu önlemek amacıyla sigortanın ön denetimler ve incelemeler yaptırması da yine maliyetleri ve primleri yukarı iter.

- Sağlık hizmetinin önemli bir özelliği de “asimetrik enformasyon” kavramı ile ilişkilidir. Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve giderilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri arasında çok büyük bir fark vardır. Bu ilişkide hekim hizmeti arz eden taraf olmakla birlikte, aynı zamanda talep yaratabilme ve talebi yönlendirme açısından büyük bir güce sahiptir, bu güç sayesinde sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletmek ve harcama düzeyini yukarı doğru itmek olanağı vardır.⁸

2. TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ, MALİYET ANALİZİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Türkiye’deki sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarından düşük olmakla birlikte, sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimli kullanımı gelişmiş ülkelerdeki kadar önemlidir. Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutması hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamaların önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlık harcamaları ülkelerin en önemli kalkınmışlık göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Ülkelerin kalkınmışlık düzeylerine göre GSMH içindeki sağlık harcamalarından ayırdıkları paylar da artış göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı %6,5–

⁸ ŞENATALAR, B. (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25 (4), *Özel Eki*, İstanbul Bilgi Üniversitesi, 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı Ve Sosyal Bilimler, 23 – 25 Haziran, Sivas.

14 arasında değişen oranlara sahiptir ABD’de GSMH’den sağlığa, savunma hizmetlerinden daha fazla kaynak aktarılmaktadır.⁹

Bireylerin sağlık hizmetleri hakkında giderek bilgi sahibi olması ve kalitenin artması yönünde kalite gelişimi kavramı sağlık hizmetlerinde de ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite durağan değildir, en iyi sonucu alabilmek için sürekli çaba göstermeyi amaçlayan dinamik bir süreçtir. Sağlık düzeyinin daha iyiye götürülebilmesi ve etkili kaynak kullanımı için sağlıkla ilgili faaliyetlerde kullanılan girdi ve çıktıların incelenmesi ve kıyaslama yapılması gerekir. Sağlık sektöründe maliyet analizi ile tıbbi programların veya yöntemin potansiyel ekonomik etkisinin maliyetleri incelenebilir.¹⁰

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi

Hastanelerde maliyet ve performans analizinin yapılmasının temel amacı maliyetlerin azaltılması, etkililik, verimlilik, performans artışlarının sağlanması ve kaliteli sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmektir. Maliyet analizi, hastanenin ürettiği hizmetin üretimi sürecinde rol oynayan maliyet merkezlerinde oluşan maliyetlerin, nihai çıktı sunan maliyet merkezlerine dağıtım ölçütleri kullanılarak dağıtılması ve bu maliyetlerin analiz edilmesi sürecidir.¹¹

Hastanelerdeki maddi ve beşeri kaynaklar, hastanelerin tam kapasite ile çalışması öngörülerek planlanmasına rağmen, ülkemizdeki hastanelerin ortalama kapasite kullanım oranlarının (yatak işgal yüzdesi) % 60,2 dolayında ve doğumevi hastanelerinde % 62,2 olduğu dikkate alındığında yaklaşık % 40,0’lık atıl kapasite önemli bir maliyet sorununu oluşturmaktadır. Hastanenin hizmet sunan bütün hizmet merkezlerinin ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve sunulan

⁹ YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ. (2004), “Hastanelerde Maliyet- Performans Analizi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama”, Hastanelerde Maliyet-Performans Analizi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8

¹⁰ ÇİLİNGİROĞLU, N. (2005), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması Maliyet, Sağlık Maliyet Analizi”, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=1837 (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

hizmetlerin değerlendirilmesinde maliyetlerin ortaya konulmasına gereksinim vardır.¹¹

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerindeki Maliyet Analizi

Olası Ölçütler:	Maliyet Analizi: M1, M1+M2
M: Maliyetlerle İlgili K: Ekonomik Kazançla İlgili Y: Sağlık Etkileri İle İlgili E: Yarar Birimleri İle İlgili	Maliyet - Kazanç Analizi: $(K1+K2) - (M1+M2)$, $(K1+K2) / (M1+M2)$
M1: Doğrudan Maliyetle K1: Doğrudan Kazanç M2: Dolaylı Maliyetler K2: Dolaylı Kazanç	Maliyet - Etkinlik Analizi: $(M1+M2) / E$, $(M1-K1) / E$, $[(M1+M2)-(K1-K2)] / E$
M3: Ölçülemeyen Maliyetler K3: Ölçülemeyen Kazanç	Maliyet - Yarar Analizi: $(M1+M2) / Y$, $(M1-K1) / Y$, $[(M1+M2)-(K1-K2)] / Y$

Kaynak: KARABABA, O. (2005), "Sağlığın Maliyeti", Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/Maliyet_A_Karababa.ppt

Ekonomik olarak maliyetler, fırsat maliyetleri (opportunity costs) veya başka bir deyişle kaçan bir fırsatın maliyeti olarak tanımlanır. Herhangi bir mal veya hizmet sonuçta kaybedilmiş başka bir mal veya hizmete mal olmuştur. Bu maliyetlerin nasıl fiyatlandırılacağı hakkında değişik yaklaşımlar vardır. Bazı durumlarda pazar fiyatları kullanılabilir, hastaneler için çalışanların aylıkları uyarlanabilir. Bunun yanında fırsat maliyetlerinin ölçülmesi için insanların ödemeye razı oldukları miktar (willingness to pay) kullanılabilir. Bu belki gerçek maliyetlere daha yakın sonuçlar

¹¹ YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ. (2004), "Hastanelerde Maliyet- Performans Analizi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama", Hastanelerde Maliyet-Performans Analizi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8

verecektir ama bunun fizibil olmadığı da kesindir. Teknolojideki değişimler ve bunun maliyetlere olan etkisi belirlenmemektedir. Emeğe dayalı endüstriler enflasyondan daha çok etkilenmektedir. Hastanelerin ortalama % 70 maliyeti insan gücü masrafları olduğundan bu durum maliyet analizlerine zorluk getirmektedir. Karar vericilere yardımcı olmak için maliyet prosedüründe kabul edilmiş olan varsayımları netleştirmek gerekmektedir.¹²

Tablo 2: Sağlık Ekonomisinde Maliyet ve Kazanım Ölçümü

Analiz	Maliyet Ölçümü	Kazanım Ölçümü	Kazanım Ölçütü	Özellik	Örnek
Maliyet analizi (Cost Analysis)	Para	-	-	Salt Maliyet	Kızamık bağışıklaması maliyeti
Maliyet Düşürme Analizi (Cost Minimization Analysis)	Para	Eşit Sonuçlar	-	İki seçeneğin kıyaslanması	Fıtık ameliyatında evde bakım/hastanede yatma kıyaslaması
Maliyet Etkinlik Analizi	Para	Etkinlik Ölçümü	Doğal birimler (kazanılan)	Aynı sonucun farklı	Diyaliz/böbrek transplan

¹² LEODOLTER, K. ve SUR, H. (2005), "Hastane Hizmetlerinde Ölçek Ekonomisi", www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1870 - (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

(Cost Effectiveness Analysis)			yaşam yılı, kan basıncında düşme	düzeyde oluştuğunun belirlenmesi	tasyonunda kazanılan yaşam yılı kıyaslaması
Maliyet Yarar Analizi (Cost Benefit Analysis)	Para	Parasal	Para	Etkinliğin parasal ifadesi	Hipertansiyonun önlenmesiyle durdurulan ölümlerin, influenza aşılmasıyla durdurulan işgücü kaybıyla kıyaslanması
Maliyet Kullanım Analizi (Cost Utility Analysis)	Para	Değersel	Kazanılan yaşam kalitesi (kazanılan sağlıklı gün, kaliteye standardize yaşam yılı)	Etkinliğin değersel (kalite) ifadesi	İki ayrı yeni doğan bakımında kazanılan yaşam kalitesinin kıyaslanması

Kaynak: KALKAN, O. (2004), "Sağlık Ekonomisi Araştırmaları", Halk Sağlığı Uzmanı, <http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014>

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Finansal Yöntemler

Sağlık hizmetlerinin finansmanında; doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemi olarak iki yöntem vardır. Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerine ödenmesi anlamına gelir. Kamu ve özel sektör tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır. Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmet sunumu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü parti ödeyici yer almaktadır. Bu finansman yönteminde sağlık sistemi, genel vergilerle, özel vergilerle, tüketici katkıları ve bağışlarla finanse edilmektedir.¹³

Sağlık sektöründe yaşanan en önemli sorunların başında finansman sorunu yer almaktadır. Bu sorun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmakta ancak ekonomik yansımaları her ülkede farklı olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamaları artış hızı milli gelir artış hızını aşarken, düşük gelirli ülkelerde ise sağlık kaynakları açısından önemli yetersizlikler yaşanmaktadır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık gereksinimlerinin daha etkili şekilde karşılanması hedeflenmekte ancak ekonomik yetersizlikler bu hedefin gerektiği ölçüde gerçekleştirilmesine engel olmaktadır.¹⁴

Aşağıda tabloda yıllar itibariyle Türkiye’de gerçekleştirilen sağlık harcamaları ile bu sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hâsıla’ya (GSMH) oranları ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının payı yer almaktadır.

¹³ AKTAN, Ç. C. ve IŞIK, A. K. (2006), "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

¹⁴ BELEK, İ. (2005), "Genel Sağlık Sigortası Halka Karşı Global Sermaye Saldırısı Sorunu", <http://www.ses.org.tr/bilgi/5.htm> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Cari Fiyatlarla (1980–2004)

Yıllar	Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$)	Kamu/Toplam (%)
1980	55,5	51,4
1985	39,7	44,6
1990	97,9	61,9
1995	106,4	64,3
2000	129,6	80,0
2001	105,6	86,1
2002	146,6	85,7
2003	191,5	84,9
2004	265,1	86,1

Kaynak: DPT, (2004), “Sağlık Harcamaları”, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr>

Tabloda yer alan veriler göz önüne alınarak kişi başına düşen sağlık harcamalarının gelişimine bakıldığında 1980–1985 yılları arasında düşme trendinde olduğu, sonrasında yükselme eğimine girmiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSMH’ya oranlarına bakıldığında ise bu oranın ortalama olarak %4 seviyelerinde gerçekleştiği görülür. Kamu kesiminin sağlık harcamaları içerisindeki yeri ise kamu sağlık harcamalarını toplam sağlık harcamalarına bölümüyle bulunur ve genelde artış trendinde olduğu görülmektedir.

GSYİH’lerden aldığı büyük pay ile ekonomik büyüme ve kalkınma için büyük bir istihdam alanı olan sağlık sektörü, sınırlı olan

kaynaklarını rasyonel bir biçimde kullanmak zorundadır. Türkiye’de sağlık alanında da “enformasyon sistemi”nin eksikliği nedeniyle sağlıklı ve de güvenilir rakamlar verilememektedir. Türkiye’nin GSYİH’den sağlığına ayırdığı oranın %6–7 civarında (kayıt dışılar da hesaba katıldığında) olduğu rivayet edilmektedir.¹⁵

3. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN SWOT ANALİZİ

Türk sağlık sisteminde zayıf yönler güçlü yönler göre daha baskın durumundadır. Hızla değişen dünyadaki yeni şartlara ayak uydurmada ise Türk sağlık sistemi için bazı fırsatlar ve tehditler söz konusudur.

Güçlü Yönler:

- Sağlık göstergelerinde gittikçe iyileşme vardır.
- İyi bir tıp eğitimi vardır.
- Döner sermaye uygulaması ile sağlık sistemine reel para akışı sağlanmaktadır.
- Türkiye’de alkol, uyuşturucu oranı Batılı ülkelere göre daha düşüktür.
- Türk insanın geleneklere bağlılığı, HIV, AIDS ve Hepatit gibi hastalıkların yayılımını azaltmaktadır.
- Ülke Geneline yaygın acil yardım hizmetleri bulunmaktadır.¹⁶

Zayıf Yönler:

- Uzun vadeli stratejik planlama oluşturulmamaktadır.
- Profesyonel sağlık yönetici hem nitelik hem de nicelik açısından eksiktir.
- Sağlık harcamalarına bütçeden yeterli pay ayrılmaktadır.

¹⁵ YILDIRIM, H. (2004), “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Sorgulama”, Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Haziran, www.saglikyonetimi.org (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

¹⁶ AKTAN, Ç. C. (2006), “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönteminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”,<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

- Sağlık harcamalarının çoğu cari giderlere ve verimsiz alanlara harcanmaktadır.
- Sağlık sisteminde merkeziyetçi-bürokratik gelenek ve sistem hâkimdir.
- Sağlık Bakanlığında merkezde ve taşra örgütünde şişkin kadrolaşma söz konusudur.
- Çok sayıda tıp fakültesinin olması eğitimin kalitesini düşürmektedir.
- İşletme ve finans açısından eksiklikler mevcuttur.
- Enformasyon ve istatistik çalışmalar son derece eksiktir.
- Çarpık kentleşme halk sağlığını olumsuz etkilemektedir.
- İlaç, sağlık malzemeleri ve donanım bakımından dışa bağımlıdır.
- Kalite kontrolü, iş verimlilik analizi, denetimler ve geri bildirim kanalları etkin biçimde çalışmamaktadır.
- Sağlık mevzuatına yönelik düzenlemeler yetersizdir.¹⁸

Fırsatlar:

- Avrupa Birliğine uyum sürecinde, sağlık alanında olumlu gelişmeler ve iyileşmeler beraberinde getirecektir.
- Yeni meslek grupları sağlık hizmetlerine olumlu katkılarda bulunabilir.
- Sağlık turizmi uluslar arası alanda gelişmektedir.
- Türkiye’ni Avrupa Birliğine katılımı, Türk hekim ve sağlık personeli için yeni kaynaklar oluşturulabilir ve Avrupa ülkelerinde yeni iş bulma imkânı sağlayabilir.¹⁸

Tehdit ve Tehlikeler:

- Altyapısı düşünülmeden açılan tıp fakülteleri gelecekte halk sağlığını tehdit edebilir.

- Artan yoksullukla beraber beslenme bozukluğuna bağlı hastalıklar artabilir.
- Globalleşme insan hareketliliğini arttırmıştır. AIDS, SARS gibi hastalıklar kıtalar arası yayılabilmektedir.
- Dünya trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biri Türkiye'dir.
- Türkiye'nin deprem ülkesi olması sağlık alanında bazı tedbirlerin ve ek harcamaların yapılması gerekmektedir.¹⁸

4. İNGİLTERE, ABD VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

Sağlık ekonomisi gelişmiş ülkelerin yanında gelişmekte olan ülkelerde de giderek önem kazanmaktadır. Aslında sağlık ekonomisinin bugünkü gelişimi son 20 yılın ürünüdür.

Tablo 4: Yıllar İtibariyle Ülkelerin Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması (1996–2005)

Yıllar	İngiltere'nin Toplam Sağlık Harcamaları/GSMH (%)	ABD'nin Toplam Sağlık Harcamaları/GSMH (%)	Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları /GSMH (%)
1996	7.0	13.2	3.9
1997	6.8	13.1	4.2
1998	6.9	13.1	4.8
1999	7.1	13.1	6.4

¹⁸ AKTAN, Ç. C. (2006), "Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönteminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

2000	7.3	13.3	6.6
2001	7.5	14.0	7.5
2002	7.7	14.7	7.4
2003	7.8	15.2	7.6
2004	8.1	15.3	7.7
2005	8.3	15.6	7.6

Kaynak:WHO, (2007), “ National Expenditure on Healthy Statistic”, www.who.int/countries/en/ (Giriş Tarihi: 13. 05. 2007).

4.1. Türkiye İngiltere Karşılaştırması

Sağlık ekonomisi kavramı ilk olarak İngiltere ve sonrasında diğer Avrupa ülkelerinde yaygın olarak ele alınmaya başlanmıştır. Avrupa’da sağlık ekonomisi alanında ilerlemenin elde edilmesi için sağlık alanındaki kaynakların yeniden tahsisi, sağlık sektörünün içsel verimliliğin yükseltilmesi, organizasyon, sosyal değişim ve farklı teknolojilerin elde edilmesi ve bunların uygulaması sağlık alanında ilerleme sağlayan unsurlar olarak ele alınması gerektiğini vurgulanmaktadır.

İngiltere’de 1950’li yıllarda başlayan sağlık ekonomisi günümüze kadar hızlı bir şekilde gelişmiştir. Bu konudaki önemli gelişimlerden bir tanesinde “İngiltere Sağlık Ekonomisi İnceleme Grubu (Health Economics Survey Group, HESG) kurulmuş ve bünyesinde birçok sağlık ekonomisti istihdam edilmiştir. Günümüzde ise York Üniversitesinde Sağlık Ekonomisi Araştırma Merkezi vardır. Bu merkezde çalışan araştırmacılara çeşitli fonlardan destek sağlanmakta ve sağlık hizmetleri-araştırmaları alanında her yıl öğrenci alınmakta ve bunlar sağlık ekonomisti olarak yetiştirilmektedir. Her yıl bu kuruma belli bir kaynak ayrılmaktadır. İngiltere’de toplam sağlık hizmetleri içinde özel sektörün payının çok az olması bunun yanında özel sektörün tamamının maliyet içerikli sorunlar ile karşı

karşıya bulunması ve özel sigortaların kapsadığı alanın çok yavaş büyümesi -%3–4 gibi- İngiltere'deki sağlık sektörünün sorunlarından bir tanesidir.

İngiliz sağlık ekonomistleri maliyet-etkenlik analizleri için daha çok çaba harcamaya başlamışlardır. Şuanda İngiltere'de verimlilik tekniklerinin kullanımı giderek artmakta ve değerlendirme –ölçmeye yönelik- tekniklerini giderek geliştirmektedirler.¹⁸

İngiltere'de sağlık harcamalarının yüzde 86'sı hükümet tarafından ödenmektedir. İngiltere hükümetinin sağlık bütçesi ise, genel bütçenin yüzde 20'si iken bizde bu oran yüzde 2,7 civarlarındadır. İngiltere'de kişi başına sağlık harcaması 522 dolar iken Türkiye'de sağlık harcaması kişi başına sadece 63 dolar dır. İngiltere'de kişi başına sağlık harcamasının yüksek olmasının temel nedeni, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yürütülmesidir.¹⁹

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finansmanı 1911'lere dayanmaktadır ve 1948'de uygulamaya konan Ulusal Sağlık Hizmetinin (National Health Service, NHS) rolü büyüktür. NHS' nin amacı sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, ihtiyacın olduğunda her zaman her yerde, hiçbir ölçüt aramaksızın herkese sunulmasıdır. Bugün sağlık hizmetleri hükümetin topladığı vergiler ve sosyal sigorta fonları NHS' nin finansmanında temel kaynak oluşturmaktadır. NHS İngiltere'de halen yürürlükte ve herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeksizin yararlanmak mümkündür. Bu durum sağlık alanında Türkiye ile İngiltere arasındaki en büyük farktır.

Yukarıda tablo incelendiğinde Türkiye'deki sağlık harcamalarının İngiltere'ye göre oldukça düşük seviyede gerçekleştiği görülmektedir.

4.2. Türkiye ABD Karşılaştırması

¹⁸ MUTLU, A. IŞIK, A. K. (2005), “Sağlık Ekonomisine Giriş”, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.

¹⁹ FİŞEK, N. (1990), “Genel Sağlık Sigortası Bir Finansman Kaynağıdır!.. Para Toplamayı Amaçlar”, *Sağlık İşkolunda Sendika Dergisi*, Sayı:2, Haziran, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/30.html (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

ABD’de sağlık ekonomisi ile ilgili dikkati çeken önemli gelişme 1960’lı yıllarda olmuştur. 1960’lardan günümüze sağlık ekonomistlerinin çalışmaları; sağlık hizmetlerinde erişebilirlik, fiyat ve gelir değişikliklerine karşı talebin esnekliği, mikro-teori kapsamında hastane ve doktorların davranışlarının incelenmesi ve maliyet içerikli çalışmalardır. Amerika’daki bu gelişmeler Avrupa üzerinde de etkili olmuştur. Sağlık ekonomisi alanındaki dergilerin ve konferansların önemli bir kısmı Amerika orijinlidir.²⁰ Wilensky’e göre sağlık ekonomisinin Amerika’daki gelişimi; sağlık hizmetlerinin tam olarak yapılması, ödeme sistemlerinin iyileştirilmesi, sigortalı olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, kar amaçlı olmayan sağlık kurumlarının geliştirilmesi, nüfusun yaş bileşimi, sağlık personeli arzının değişmesi, sağlık ekonomisindeki değerlendirme tekniklerinin yeni tekniklerle desteklenmesi üzerinde durulmuştur.²¹

Amerika’da sağlık hizmetlerinin finansmanı; kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir sistemdir. Amerika’daki dört farklı finansman örgütlenmesi ise kar amaçlı özel sigorta şirketleri, mavi haç ve mavi kalkan uygulaması, bağımsız sigorta planları ve sağlık organizasyonları, kamu sigortası şeklindedir (Medicare and Mecicaid).²²

²⁰ MUTLU, A. IŞIK, A. K. (2005), “Sağlık Ekonomisine Giriş”, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.

²¹ WILENSKY, G. (1987), “Future Directions in Health Economics Research in the USA”, Health Economics: Prospect for the Future, Edited by George Telling Smith, Croom Helm Ltd.

²² ÖZGEN, H. ve ÖZTÜRK, A. (1992.), “Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim Ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma”, *Sosyal Siyaset Dergisi*, Cilt:1, No:8, Ağustos, s.27–37. www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1834 - 35k - (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Ülkemizde ekonomik gelişmeyi sağlayacak kaynakların sınırlılığı dikkate alındığında, sunulan sağlık hizmetlerinin, sağlık ekonomisinin bakış açısıyla değerlendirilmesi gerekliliği açıktır.

Sağlık hizmeti üreten kurum ve kuruluşların daha etkin ve verimli bir üretim sürecine girebilmelerinin sağlanması için mevcut sorunların ortaya konması ve çözümlenmesi gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmeti üretiminin büyük bir çoğunluğu hastanelerde sağlanmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmeti üretiminin en büyük alt sistemleri olan hastanelerin verimli ve etkin olmamalarında çeşitli etmenlerin rolü bulunmaktadır. Bunların başlıcaları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmetleri üretim faktörleriyle ilgili etkin ve uzun vadeli plan ve programların olmaması etkenlerden biridir.
- Sağlık hizmeti üretiminin toplumun ihtiyaçları listesinde hangi önceliğe sahip olduğunun objektif olarak belli değildir.
- Sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yetersiz oluşu.

Mevcut üretim faktörlerinden maksimum verim elde edilebilmesi amacıyla, çeşitli tedbirlerin alınması ve nihayet sağlık hizmeti üreten kurum ve kuruluşların modern yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilmemeleridir.²¹

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yapısal ve teknik özelliklerinin verimli, kaliteli, süratli ve ekonomik bir şekilde sürdürebilecek bir anlayış ile planlanması, son yıllarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir. Hizmetlerin daha ileriye götürülebilmesi; yeni hizmet birimlerinin faaliyete geçirilmesiyle ya da mevcut imkânların daha etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlayacak tedbirlerin alınması ile mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

- AKTAN, Ç. C. (2006), “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönteminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- AKTAN, Ç. C. ve IŞIK, A. K. (2006), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- ARDINÇ, K. ve BAŞ, T. (2001), “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi (Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama)”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, No.4.
- ASLAN, M. H. (1998), “*Hizmet Ekonomisi*”, Alfa Yayınları, Yayın No: 459, Haziran.
- Belek, İ. (2005), “Genel Sağlık Sigortası Halka Karşı Global Sermaye Saldırısı Sorunu”, <http://www.ses.org.tr/bilgi/5.htm> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- ÇİLİNGİROĞLU, N. (2005), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanmasında Maliyet, Sağlık Maliyet Analizi”, *Hacettepe Üniversitesi Dergisi*, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=1837 (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- DPT, (2004), “Sağlık Harcamaları”, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- FİŞEK, N. (1990), “Genel Sağlık Sigortası Bir Finansman Kaynağıdır! Para Toplamayı Amaçlar”, *Sağlık İşkolunda Sendika Dergisi*, Sayı:2, Haziran, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/30.html (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- KALKAN, O. (2004), “Sağlık Ekonomisi Araştırmaları”, Halk Sağlığı Uzmanı, <http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014> (Giriş Tarihi: 14.05.2007)

- KARABABA, O. (2005), “Sağlığın Maliyeti”, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/Maliyet_A_Karababa.ppt
(Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- LEODOLTER, K. ve SUR, H. (2005), “Hastane Hizmetlerinde Ölçek Ekonomisi”,
www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1870
– (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- LEWITT, R. ADREW, W. APPLEBY, J. (1996), “*The Reorganized National Health Service*”, 6th Edition, Chapman and Hall UK.
- MAZGİT, İ. (2002), “Bilgi Toplumu ve Sağlığın Artan Önemi”, *I. Ulusal Bilgi, Ekonomi Ve Yönetim Kongresi Programı*, Mayıs, Hereke-İzmit.
http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=194
(Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- MUTLU, A. IŞIK, A. K. (2005), “*Sağlık Ekonomisine Giriş*”, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- ÖZGEN, H. ve ÖZTÜRK, A. (1992.), “Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim Ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma”, *Sosyal Siyaset Dergisi*, Cilt:1, No:8, Ağustos, s.27–37.
[www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1834 - 35k](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1834-35k) - (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- ŞENATALAR, B. (2003), “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Ek, 23 – 25 Haziran*, Sivas.
- TOKAT, M. (1990), “Sağlık Ekonomisi”, *Milli Prodüktivite Merkezi (Özel Sayı)*, Ankara.
www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- UZ, H. M. (1998), “Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları”,
<http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm> (Giriş Tarihi: 12.05.2007).

- YILDIRIM, H. (2004), “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Sorgulama”, Sağlıkta Dönüşüm, *T.C. Sağlık Bakanlığı*, Haziran, www.saglikyonetimi.org (Giriş Tarihi: 12.05.2007).
- YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ. (2004), “Hastanelerde Maliyet- Performans Analizi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama”, Hastanelerde Maliyet-Performans Analizi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8.
- WILENSKY, G. (1987), “*Future Directions in Health Economics Research in the USA*”, Health Economics: Prospect for the Future, Edited by George Telling Smith, Croom Helm Ltd.
- WHO, (2007), “National Expenditure on Healthy Statistic”, www.who.int/countries/en/ (Giriş Tarihi: 13. 05. 2007).